

Die Rolle der Reflexion in der sozialen  
Arbeit am Beispiel einer stationären  
Drogentherapieeinrichtung

**Masterarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades  
einer Magistra der Philosophie

an der Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftlichen Fakultät  
der Karl Franzens Universität Graz

vorgelegt von  
Tanja Rinner Bakk.<sup>a</sup> phil.

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachterin: Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Johanna Hopfner

Graz, 2011

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.  
Diese Arbeit wurde noch keiner anderen Prüfungskommission vorlegt.

(Tanja Rinner Bakk.<sup>a</sup> phil.)

## **Zusammenfassung**

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit den Themenbereichen Drogen, Sucht, Suchthilfe und Reflexion. Dabei liegt der Fokus auf der Reflexion, im speziellen sozialpädagogischen Berufsfeld in der stationären Suchthilfe. Die grundlegende Forschungsfrage lautet „Welchen Stellenwert hat die Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit, im speziellen in der stationären Drogentherapie?“. Der Aufgabenbereich der Sozialpädagogen in der Suchthilfe ist differenziert. Die Klientengruppe hat unterschiedliche Lebensgeschichten und differenzierte Ansprüche. Neben den Klienten spielen für die sozialpädagogische Arbeit individuelle, teambezogene und/ oder institutionelle wie auch rechtliche Faktoren eine große Rolle. Für dieses Tätigkeitsfeld der Sozialpädagogen in der Suchttherapie, und den unterschiedlichen Herausforderungen in den verschiedensten Settings ist eine sehr reflektierte Handlungsweise unverzichtbar. Die Bedeutung, die Umsetzung, der Nutzen und die Notwendigkeit von Reflexion werden neben der Auseinandersetzung mit der Literatur exemplarisch an einer Drogentherapiestation dargestellt. Dies geschieht durch ein Experteninterview mit einer Sozialpädagogin der Therapiestation „walkabout“. Dabei soll eine Verbindung zwischen der Literatur und der Praxis hergestellt werden.

In der Arbeit wurde ersichtlich, dass Mitarbeiter, die im Bereich der Suchthilfe arbeiten, in ständiger Auseinandersetzung, eingebettet in den täglichen Arbeitstag und/ oder in professionell geleiteten Reflexionsformen, mit ihrer Arbeit sind. Der Reflexion wird in der sozialpädagogischen Arbeit ein hoher Stellenwert zugeschrieben.

## **Abstract**

The subject of the present master thesis concentrates on drugs, addiction, addiction support and reflection. The particular focus has been set on reflection in stationary addiction aid within the specific social-pedagogical occupational area. The particular research question being: “Which importance is placed on reflection as part of the social-pedagogical work, specifically within stationary drug therapy?” Social education workers have a differentiated area of responsibilities in addiction support. The client group has highly diverse life stories and differentiated needs. Apart from the clients themselves, various individual, team-orientated and/ or institutional and other factors are of importance for the social-pedagogical work. A highly reflective conduct is essential for this activity field of social pedagogues within the area of addiction therapy and with regard to the various challenges within different settings. Significance, implementation, benefit and necessity of reflection are described by means of examples from a drug therapy station in conjunction with a literature analysis. In particular this is achieved through an interview with a social pedagogical expert from the therapy ward “walk-about”. This serves to establish a link between literature and practice.

In the course of this work it became obvious that members of staff working in the area of addiction treatment constantly analyse their work while being embedded in daily workday routines or professionally managed reflexion designs. Social-pedagogical work certainly attaches a high significance to reflexion.

## **Mein besonderer Dank gilt...**

... Frau Univ. - Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Johanna Hopfner für die Betreuung meiner Masterarbeit und ihre fachlichen Ratschläge.

... der Mitarbeiterin der Drogentherapieeinrichtung „walkabout“ für die Bereitschaft zur Durchführung des Experteninterviews.

... meinem Freund Jörg für seine Geduld, den moralischen Beistand und die motivierenden Worte.

... meinen Eltern für den emotionalen Rückhalt im Laufe meines ganzen Studiums.

... meinen Freundinnen für die vielen Gespräche und inspirierenden Ideen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Drogen – Sucht – Therapie.....</b>	<b>4</b>
2.1	Definition der Begriffe.....	6
2.1.1	Drogen.....	6
2.1.2	Sucht/ Drogenabhängigkeit.....	8
2.2	Drogenarten.....	11
2.3	Suchtsituation in Österreich .....	19
2.4	Therapieformen/ Suchthilfe .....	20
2.4.1	Ambulantes Hilfesystem .....	26
2.4.2	Stationäre Therapiebehandlung.....	31
<b>3</b>	<b>Rolle der Reflexion .....</b>	<b>36</b>
3.1	Formen der Reflexion.....	36
3.1.1	Selbstreflexion/ Selbstevaluation .....	37
3.1.2	Fallbesprechung.....	41
3.1.3	Kollegiale Beratung und Intervention.....	43
3.1.4	Beratendes Gespräch unter Kollegen .....	48
3.1.5	Supervision.....	49
3.1.6	Coaching.....	53
3.2	Problemlagen in der sozialpädagogischen Arbeit in der Suchttherapie.....	55
3.2.1	Institutioneller Bereich .....	57
3.2.2	Klientenbezogener Bereich .....	58
3.2.3	Teamarbeit.....	59
3.2.4	Selbstbelastungen .....	60
3.3	Stellenwert der Reflexion – Wichtigkeit? .....	62

<b>4</b>	<b>Drogentherapieeinrichtung „walkabout“ .....</b>	<b>75</b>
4.1	Institutionelle Rahmenbedingungen .....	75
4.2	Rechtliche Grundlagen und Gesetze .....	78
4.3	Stationäre Therapie .....	80
4.3.1	Phasen.....	83
4.3.2	Ziele.....	88
4.3.3	Besonderheiten der Einrichtung .....	88
4.4	Formen pädagogischen Handelns in der Drogenarbeit.....	90
4.4.1	Klinische Handlungskompetenzen .....	91
4.4.2	Klinisch - soziale Fallarbeit.....	92
4.4.3	Integrierter Handlungsansatz und methodische Grundformen .....	93
4.5	Reflexion in der Praxis .....	97
4.5.1	Problemlagen.....	97
4.5.2	Formen von Reflexion.....	99
4.5.3	Stellenwert.....	100
<b>5</b>	<b>Resümee und Ausblick.....</b>	<b>103</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>105</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>111</b>

## 1 Einleitung

Der Aufgabenbereich der Sozialpädagogen in der Suchthilfe ist umfangreich. Die Klientengruppe hat unterschiedliche Lebensgeschichten und differenzierte Ansprüche. Neben den Klienten spielen für die sozialpädagogische Arbeit individuelle, teambezogene und/oder institutionelle wie auch rechtliche Faktoren eine große Rolle. Für dieses Tätigkeitsfeld der Sozialpädagogen in der Suchttherapie und den unterschiedlichen Herausforderungen in den verschiedensten Settings ist eine sehr reflektierte Handlungsweise unverzichtbar. Unter dem Gesichtspunkt der leitenden Forschungsfrage: „Welchen Stellenwert hat die Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit? Welchen Stellenwert hat die Reflexion in der stationären Drogentherapieeinrichtung „walkabout“?“ wird in den folgenden Ausführungen auf eine Darstellung der Themenbereiche Drogen – Sucht – Therapie und Reflexion auf die Klärung der Frage hingeführt.

Das **erste Kapitel** umfasst das Thema Drogen – Sucht – Therapie. Dies umfasst ein breites Spektrum an Literatur und Studien. Es ist schwer, eine Auswahl zu treffen und gewisse Bereiche auszuschließen, und dennoch alle Punkte zu erwähnen. Die Klassifikation nach den Diagnosesystemen ICD - 10 und DSM - IV ist für die Arbeit in diesem Bereich sehr wichtig. Sie bieten eine gute Ausgangsposition um die Sucht zu konkretisieren. Zum weiteren ist es wichtig einen Überblick über die gängigsten Drogenarten zu haben, da viele Konsumenten nicht nur eine Substanz zu sich nehmen und es von Vorteil ist, die Wirkung und Auswirkungen der Stoffe zu kennen. Der Drogenmarkt wächst immer mehr und bietet ständig ein größeres Spektrum an verschiedenen Substanzen. Bei der Arbeit in diesem Bereich ist es wichtig einen guten Überblick über die verschiedenen, auch neu entstandenen, Substanzen zu haben. Der Bericht zur Drogensituation 2009 im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit bietet einen guten Überblick über die derzeitige Situation, politische und organisatorische Rahmenbedingungen und über neue Trends im Bereich Drogenarten und Therapieformen. Ein weiterer Teil dieses Kapitels beschäftigt sich mit der ambulanten und stationären Suchthilfe. Eine Auflistung ambulanter und stationärer Organisationen und Einrichtungen der Drogenhilfe in der Steiermark



---

findet sich im Anhang. Abschließend ist zu sagen, dass das Gebiet der Sucht und Drogen im ständigen Wandel ist und die ständige Beobachtung der Trends und Forschung für die Arbeit in diesen Bereichen unumgänglich ist.

Im **zweiten Kapitel** steht die Reflexion im Mittelpunkt. Dabei wird auf unterschiedliche Reflexionsmethoden eingegangen. Die häufigste Form der Reflexion ist die Besprechung von Fällen in der Dienstbesprechung und im Austausch mit den Kollegen (vgl. Heiner 1988, S. 8). Diese finden im Alltag der sozialpädagogischen Arbeit täglich statt. Die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Reflexionsmethoden verschwimmen sehr stark ineinander und klare Definitionen werden schwer. Es ist wichtig am Anfang der Problembearbeitung heraus zu finden, welches das geeignete Mittel für einen erfolgreichen Abschluss ist. Je nach persönlichen Nutzen und Problemlage ist nicht jede Methode die geeignete. In dieser Darstellung der Reflexionsmethoden sollen ebenfalls Unterschiede zwischen den Methoden aufgezeigt werden und kritische Überlegungen Platz finden. In einem weiteren Bereich wird auf die verschiedenen Belastungsfelder im speziellen in der Suchthilfe eingegangen. Das Umfeld von Institution, Team und der speziellen Patientengruppe fließt in die Arbeit ein und beeinflusst die Sozialpädagogin als Individuum. Ein weiterer Faktor sind die Selbstbelastungen die von der Person selbst ausgehen. Abschließend in diesem Teil der Arbeit wird der Stellenwert der Reflexion in der sozialen Arbeit und im Tätigkeitsbereich der stationären Suchthilfe aufgezeigt.

Der **dritte praxisorientierte Teil** dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Reflexion in der stationären Therapiestation „walkabout“. Dabei wird die Therapiestation vorgestellt und die rechtlichen Rahmenbedingungen in die die sozialpädagogische Arbeit gebettet ist, angeführt. Dann wird näher auf die Therapie und die Besonderheiten der Therapiestation „walkabout“ eingegangen. Die Formen des pädagogischen Handelns in der Drogenarbeit bilden einen weiteren Bereich des Kapitels. Abschließend wird auf den Stellenwert der Reflexion in der Therapiestation „walkabout“ eingegangen. Zur Unterstützung der Literatur fließt in den praxisorientierten Teil der Arbeit ein Experteninterview ein. Das Experteninterview wurde halbstandardisiert und leitfadenorientiert geführt und in Schriftsprache transkribiert. Die vollständige Transkription des Interviews sowie der Interviewleitfaden finden sich im Anhang. Des Weiteren werden zum Teil Auflistungen

---

verwendet, die der Verfasserin von der Therapiestation „walkabout“ persönlich ausgehändigt wurden. Aus diesem Grund wird keine Quellenangabe stattfinden.

Der Anspruch der vorliegenden Arbeit liegt nicht darin, repräsentative Schlussfolgerungen durch einen eigenen Auswertungsteil zu ermöglichen, sondern das Ziel ist, eine Verbindung zwischen Literatur und Praxis herzustellen und dabei den Stellenwert der Reflexion in der stationären Drogentherapiestation „walkabout“ darzulegen.

Für die bessere Lesbarkeit dieser Arbeit wurde auf die explizite geschlechtsneutrale Schreibweise verzichtet. In der gesamten Arbeit wird die männliche Form verwendet. Diese Schreibweise gilt für Männer und Frauen.

---

## 2 Drogen – Sucht – Therapie

Die moderne Drogenproblematik entwickelte sich in Österreich Mitte der 60er Jahre, als immer mehr Jugendliche Haschisch, rauscherzeugende Medikamente, LSD und Opium zu konsumieren begannen (vgl. Busch/ Haas 2004, S. 76). Zu diesem Zeitpunkt war die Drogenproblematik größer und aussichtsloser als je zuvor. In Österreich formten sich neue Konsumtypen. Die Sudenten- und Hippiebewegungen dieser Zeit versteckten ihren Drogenkonsum nicht, denn das „high - sein“ war Zeichen des Protests und der Rebellion (vgl. Jungblut 2004, S.47). Anfang der 80er Jahre gab es bereits 5.000 polizeibekannte Heroinsüchtige, wobei die Dunkelziffer der Konsumenten auf 8.000 bis 10.000 Abhängige geschätzt wird (vgl. Busch/ Haas 2004, S. 76).

Dieser Bereich der Arbeit befasst sich mit Drogen, Sucht und dessen Therapie. Zum Ersten wird der Begriff „Drogen“ erklärt. Der Gebrauch des Wortes „Drogen“ ist problematisch, da es keine einheitliche Definition gibt und die Verwendungsweisen des Wortes, auch in Fachkreisen, nicht einheitlich sind. Es werden immer wieder neue Begriffe für das Wort „Droge“ gefunden um mehr Bereiche, die er umfasst, mit einzuschließen. Drogen werden in legale und illegale Formen von Substanzen unterteilt. Im Bezug darauf wurde sich dabei am Suchtmittelgesetz Österreich (SMG) orientiert, welches zwischen Suchtgifte, psychotropen Substanzen und Drogenausgangsstoffen unterscheidet. Darin ist eine umfangreiche Liste aller illegalen Drogenarten aufgeführt. Eine weitere Unterscheidung ist gesellschaftlicher Natur in harte und weiche Drogen, darauf nimmt die Unterteilung in legale und illegale Substanzen keinen Einfluss.

Die Definition von Sucht und Abhängigkeit orientiert sich an den beiden Diagnosesysteme ICD - 10 (International Classification of Diseases) und DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Diese gehen nach phänomenologischen Kriterien und diagnostischen Lösungswegen des Problems „Sucht“ vor (vgl. Musalek 2004, S. 4). Gerade im klinischen Bereich werden diese Diagnosesysteme für die Bestimmung herangezogen. Es gibt stoffgebundene und nicht stoffgebundene Süchte. Die nicht stoffgebundene Sucht bezieht sich auf Verhaltenssüchte, nichtstoffliche Abhängigkeit oder auf Sucht ohne Drogen. Sie umfasst zum Beispiel die Spielsucht, Kaufsucht oder

Esstörungen. Nicht stoffgebundene Süchte finden ohne pflanzlicher oder chemischer Substanz statt.

Im Kapitel Drogenarten werden die häufigsten Substanzen aufgezählt und auf die Herstellung, die Konsumform, die Wirkung und die Entzugserscheinungen eingegangen. Hierbei wurde sich bei der Einteilung der Substanzen an dem Diagnosesystem ICD - 10 (International Classification of Diseases) orientiert. Bei der Auswahl der Substanzen wurde der Bericht zur Drogensituation 2009 im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit herangezogen.

Die Suchtsituation in Österreich durch den Bericht zur Drogensituation 2009 im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit unterscheidet zwischen Probierkonsumenten, Freizeitkonsumenten und Problemkonsumenten. Die aktuellsten Zahlen im Bezug auf die letzte Gruppe, die Problemkonsumenten, stammen aus dem Jahr 2007 und gehen von 22.000 bis 33.000 Personen aus. Der allgemeine Drogenkonsum ist in den letzten Jahren zurück gegangen. Die am häufigsten beschlagnahmte illegale Droge in Österreich ist Cannabis neben Kokain und Heroin (vgl. ÖBIG 2010, S. 4).

Der letzte Teil dieses Kapitels befasst sich mit der Therapie der Drogenabhängigen. Dies umfasst die Darstellung des ambulanten Hilfesystems und der Substitution in Österreich wie auch des stationären Hilfesystems. Die Entwicklung der ambulanten und stationären Suchthilfe steht im engen Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz. Die Novelle des Suchtgiftgesetzes von 1971 ist eine Entscheidende für die Entstehung der Suchthilfe. Dabei wurden erstmals sozialmedizinische Maßnahmen als besserer Weg für die Hilfe gegen die Drogensucht in das Gesetzbuch aufgenommen und die ersten ambulanten und stationären Einrichtungen für Drogenabhängige wurden gegründet (vgl. Burian 2004, S. 229-230). Die Aufgabenfelder der ambulanten Einrichtungen liegen im sekundärpräventiven Bereich bei Menschen, bei denen ein missbräuchliches oder riskantes Konsummuster vorliegt (vgl. Leune 2002, S. 33-24). Ein Weg der ambulanten Entzugsbehandlung wird im Bereich der Substitution in Österreich angeführt. In Öster-

---

reich beginnt die Substitutionsbehandlung mit dem 1987 erstellten Erlass zur oralen Substitutionsbehandlung von Suchtkranken. Diese wurde in den ersten drei Bundesländern (Tirol, Wien, Oberösterreich) bereits 1987 umgesetzt (vgl. Stolz-Gombocz 2004, S. 238; Burian 2004, S. 229). Neben dem ambulanten Vorsorgesystem gibt es Fachkliniken beziehungsweise Fachabteilungen in Krankenhäusern, die speziell auf die Bedürfnisse von Suchtpatienten ausgerichtet sind. Diese sind im Bereich der stationären Drogentherapie Teil dieser Arbeit. Eine Übersicht über die Einrichtung der Suchthilfe und Suchtprävention findet sich im Anhang wieder.

## ***2.1 Definition der Begriffe***

### **2.1.1 Drogen**

Der Gebrauch des Wortes „Drogen“ ist, wie bereits erwähnt, problematisch, da im Sprachgebrauch mit diesem Wort alle illegalen Drogen zusammengefasst und die legalen Drogen wie Alkohol, Nikotin sowie alle nicht stoffgebundenen Süchte wie Kaufsucht, Spielsucht, Esssucht völlig ausgegrenzt werden. Es gibt viele Begriffe die im Zusammenhang mit Drogen definiert werden, aber man findet keine allgemein gültige Definition, in der alle Bereiche mit einbezogen werden.

Blum (2002) definiert Drogen als Stoffe, die eine psychoaktive Wirkung entstehen lassen (vgl. Blum 2002, S. 79). Dabei wird ersichtlich wie schwierig es ist, alle Punkte, die mit Drogen in Zusammenhang stehen, in eine Definition einfließen zu lassen. Sie beschränkt sich dabei nur auf die Wirkung und schließt die Substanz in ihrer Definition aus. Uhl und Springer (2002) gehen in ihrer Definition näher auf die Substanzen und Tätigkeiten ein. Wichtig dabei ist es, zwischen den Bereichen zu trennen.

- Alle Heilmittel
- Alle Heilmittel pflanzlicher und tierischer Herkunft
- Stoffe, die gezielt eingesetzt werden, um Funktionen des Organismus zu verändern

- 
- Alle psychoaktiven Drogen
  - Illegale psychoaktive Drogen
  - Substanzen, Gegenstände und/ oder Tätigkeiten, von denen man irgendwie abhängig werden kann

(vgl. Uhl/ Springer 2002, S. 15)

Seit Jahren versuchen die Fachverbände eine klare, einheitliche Definition für den Begriff „Droge“ zu finden und haben sich auf den Begriff alle psychoaktiven Substanzen bzw. Substanzmittel bzw. Stoffe geeinigt. Tretter (2000) fasst unter psychoaktive Stoffen oder Substanzen zusammen, wenn „(...) deren Hauptwirkungen in der Veränderung psychischer Zustände und Prozesse besteht“ (Tretter 2000, S. 8). In dieser Arbeit werden alle legale Drogen (Alkohol, Tabak) und nicht stoffgebundene Süchte ausgeklammert. Mit eingefasst in den Begriff Drogen werden alle nach dem Suchtmittelgesetz Österreich verbotenen Substanzen.

Im Suchtmittelgesetz Österreich (SMG) wird zwischen Suchtgifte, psychotropen Substanzen und Drogenausgangsstoffen, wobei die unter Suchtmittel, die Suchtgifte und psychotrope Substanzen zusammengefasst werden, unterschieden (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2010, S. 1). Alle diese Substanzen, die laut der Gesetzgebung unter die Gruppe der Suchtgifte (vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 1978, S. 3378-3385), psychotropen Substanzen (vgl. Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe 1971, S. 2365) oder Drogenausgangsstoffe fallen, zählen zu illegalen Drogen. Im Gegensatz dazu gibt es Stoffe, die nicht im Strafgesetzbuch angeführt sind, jedoch auch in die Gruppe der Suchtmittel zählen. Zu dieser Gruppe der legalisierten Substanzen gehören Alkohol, Nikotin, Koffein, Teein, verordnete, aber unnötige Medikamente, Schnüffelstoffe wie Lösungsmittel oder Lacke (vgl. Böhnisch/ Schille 2002, S. 45). Neben der Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen, nach dem österreichischen Strafgesetzbuch, wird eine weitere Unterteilung zwischen harten und weichen Drogen gemacht. Es gibt jedoch keine anerkannten Kriterien nach jenen diese Unterscheidung getroffen wird. Hierbei geht es um den gesellschaftlichen Stellenwert der jeweils konsumierten Droge. Alkohol wird traditionell zu den weichen Drogen gezählt, wie jegliche Art von Spirituosen (vgl. Tretter 2000, S. 9-10). Es ist zu beden-

---

ken, dass Alkohol dennoch eine Droge ist, jedoch ist sie nicht illegal. Vom gesellschaftlichen Standpunkt gesehen, wird in manchen Gesellschaften erwartet oder gewünscht, dass Alkohol konsumiert wird. Wird diesem Verlangen nicht gefolgt, kann dies der Ausschluss aus dieser Gesellschaft sein. Cannabis wird gesellschaftlich gesehen ebenso den weichen Drogen zugeordnet, obwohl es im Suchtmittelgesetz zu den illegalen Substanzen gezählt wird (vgl. Tretter 2000, S. 10).

### **2.1.2 Sucht/ Drogenabhängigkeit**

Die Herkunft des Wortes „Sucht“ stammt im Deutschen von Siechen, nicht wie geglaubt von suchen, und bedeutet krank (vgl. Böhnisch/ Schille 2002, S. 42). Die lateinische Bezeichnung „addicere“, welche zusprechen, sich überlassen, preisgeben, verpflichten meint (vgl. Musalek 2004, S. 3), beschreibt dabei schon eher das Erlebnis einer Sucht. Die Betroffenen erleben es oft, sich der Droge zu überlassen oder verpflichtet zu sein.

Eine grundsätzliche Unterscheidung wird zwischen den stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchten gemacht (vgl. Tretter 2000, S. 5; Brosch/ Juhnke 1995, S. 4-5). Die Sucht umfasst nicht nur, dass dem Körper von außen etwas zugeführt wird, dessen wiederkehrender und zunehmender Gebrauch zu einer Bewusstseinsveränderung führt, sondern kann sich auch durch andere Verhaltensweisen äußern. Wird kein chemischer oder pflanzlicher Stoff verwendet, spricht man von nicht stoffgebundenen Suchtformen, von Verhaltenssüchten, nichtstofflichen Abhängigkeiten oder von Sucht ohne Drogen (vgl. Gross 2002, S. 510-511). Diese nicht stoffgebundene Sucht kann zum Beispiel eine Essstörung, Spielsucht, Kaufsucht, Extremsportarten, Missbrauch von Medien oder süchtiges Risikoverhalten sein (vgl. Brosch/ Juhnke 1995, S. 5). Diese Art von Sucht definiert Gross (2002) „als unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten (veränderten) Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand. Das Ziel von süchtigem Verhalten ist entweder, Lustgefühle herbeizuführen und/oder Unlustgefühle (Unruhe, Trauer, Wut, Entzugssymptome u.a.) zu vermeiden“ (Gross 2002, S. 511). Diese Definition kann im Grunde auf jede Art von Sucht bezogen werden. Dabei ist es nicht wichtig,

ob man nach einer nicht stoffgebundenen Sucht strebt oder den Zustand durch eine bestimmte Substanz erreichen möchte. Die stoffgebundene Sucht bezieht sich immer auf den Konsum einer Substanz, welche es in verschiedensten Ausprägungen und Formen gibt.

Die Abhängigkeit von den illegalen Drogen ist neben dem Alkohol und der Medikamentensucht die dritte große Gruppe der stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Schmidt 2002, S. 226). Hierzu zählen zum Beispiel Opiate, Kokain, Halluzinogene, Cannabisprodukte, synthetische Drogen und nicht verordnete Medikamente unterschiedlichen Typs (vgl. Brosch/ Juhnke 1995, S. 5). Da die Palette der Substanzen sehr umfassend ist, wird in dieser Arbeit nur auf einen Teil dieser eingegangen.

Die beiden Diagnosesysteme ICD - 10 (International Classification of Diseases) und DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gehen nach phänomenologischen Kriterien und diagnostischen Lösungswegen des Problems „Sucht“ vor (vgl. Musalek 2004, S. 4). Im Folgenden wird auf die zwei Klassifikationssysteme eingegangen. Die Auswahl wurde getroffen, da in der klinischen Arbeit mit Abhängigen, auf die sich die Arbeit bezieht, sich an diesen Systemen orientiert wird. Auf die Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen von Sucht, Abhängigkeit, Substanzabhängigkeit, Drogenabhängigkeit und Missbrauch wird hier nicht näher eingegangen.

Im DSM-IV wird Sucht im Zusammenhang mit den Störungen durch Substanzkonsum definiert. In diesem Zusammenhang werden die Begriffe Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch gegliedert. Das Hauptmerkmal der Substanzabhängigkeit „ist ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, die anzeigen, dass das Individuum den Substanzgebrauch trotz einschneidender substanzbezogener Probleme fortsetzt. Es liegt ein Muster wiederholter Substanzanwendung vor, das normalerweise zu Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und dem unwiderstehlichen Drang (...) zur Drogeneinnahme führt“ (Saß/ Wittchen/ Zaugg 1996, S. 223). Die Abhängigkeit wird definiert als ein Muster von drei oder mehr Kriterien, aus einem Korb von sieben, die während eines bestimmten Zeitraums innerhalb eines Jahres auftreten (vgl. Saß/ Wittchen/ Zaugg 1996, S. 223). Das Phänomen der



---

Toleranzentwicklung steht an erster Stelle, dabei bezieht es sich zunächst auf die Notwendigkeit immer mehr konsumieren zu müssen, um den gewünschten Effekt des „high – seins“ zu erreichen und weiters auf den verminderten Rauschzustand bei immer gleichbleibender Konsummenge. Das zweite Kriterium für Sucht steht in Zusammenhang mit dem Auftreten der typischen Entzugssyndrome, wobei der Entzug jeder Substanz andere Syndrome aufweist. Das Phänomen des Kontrollverlusts umfasst die Kriterien drei und vier. Die Konsumenten können weder die bewusste Menge der Einnahme kontrollieren, noch können sie dem Wunsch folgen, den Konsum zu reduzieren oder einstellen. Die dabei entstehenden Ausdrucksformen einer psychischen Abhängigkeit schließen die Kriterien fünf bis sieben mit ein. Der Tagesablauf umfasst nur mehr die Beschaffung der jeweiligen Substanz, dabei haben die Konsumenten meist keine sozialen, beruflichen oder erholsamen Aktivitäten und trotz des Wissens der schädigenden Wirkung, wird die Substanz weiter konsumiert (vgl. Saß/ Wittchen/ Zaugg 1996, S. 227). Die Definition nach DSM - IV umfasst einen umfangreichen Bereich der Sucht und des Suchtmisbrauchs. Sie grenzt die umliegenden Bereiche von Nicht – Abhängig - Sein durch den kontrollierten Gebrauch und völliger Abhängigkeit nicht aus (vgl. Musalek 2004, S. 6). Das Klassifikationssystem bietet ein erweitertes Spektrum von Abhängigkeit.

Neben dem amerikanischen Diagnosesystem gibt es von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben eine internationale Klassifikation von psychischen Störungen. Die ICD - 10 (1999) beschreiben das Abhängigkeitssyndrom im Bereich „[p]sychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt 1999, S. 89). Das Abhängigkeitssyndrom wird nach Dilling u.a. Weltgesundheitsorganisation (1999) definiert als „(...) eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiven Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht) (...) zu konsumieren“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt 1999, S. 92). In der Definition wurden die Bereiche ausgeklammert, die für die Arbeit keine Rolle spielen. Nach der Vorgehensweise in der ICD - 10 wird die Diagnose

„Abhängigkeit“ diagnostiziert, wenn im vergangenen Jahr irgendwann drei oder mehr der nachstehend aufgeführten Kriterien gleichzeitig vorhanden waren. Zum Ersten den starken Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen zu konsumieren. Zum Zweiten die verminderte Kontrollfähigkeit im Bezug auf den Zeitpunkt und die Menge des Konsums. Der dritte Punkt umfasst die körperlichen Entzugssyndrome der jeweiligen Substanz. Zum Vierten der Nachweis einer Toleranz. Als fünfter Punkt ist der dauernde Wunsch oder wiederkehrende, erfolglose Versuche, den Konsum einzuschränken oder zu kontrollieren zu nennen. Der sechste Punkt nach ICD - 10 bezieht sich auf Lebensgestaltung der Konsumenten. Der Tagesablauf wird auf Substanzgebrauch und die Beschaffung der psychotropen Substanzen ausgerichtet. Der siebte und letzte Punkt umfasst den anhaltenden Konsum trotz der wissenden schädigenden Folgen des Konsums und des erhöhten Zeitaufwandes der in Zusammenhang mit der Substanz besteht. Eine weitere Unterteilung des Abhängigkeitssyndroms wird an der Abstinenz beziehungsweise dem Konsum der Substanzen gemacht (vgl. Dilling/ Mombour/ Schmidt 1999, S. 92-93). Die Punkte der ICD - 10 und die Kriterien in DSM - IV haben sich einander angenähert. Darum ist ein Vergleich der beiden Klassifikationssysteme möglich und sie werden in der Bestimmung der Abhängigkeit oft parallel angewendet.

## ***2.2 Drogenarten***

Im nachfolgenden soll ein kurzer Einblick in die meist konsumiertesten illegalen Drogen gegeben werden. Dabei wurde sich bei der Auswahl der Drogenarten am Bericht zur Drogensituation 2009 im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit orientiert. Wie anfangs erwähnt orientiert sich diese Arbeit unter anderem an dem Klassifikationssystem ICD - 10 (International Classification of Diseases). Aus diesem Grund wird bei der Einteilung der Drogenarten nach diesem vorgegangen. Die dabei genannten Drogen schließen Alkohol, Tabak und flüchtige Lösungsmittel aus, da ausschließlich illegale Substanzen und psychotrope Stoffe nach dem geltenden Suchtmittelgesetz Österreich Teil dieser Arbeit sind. Das ICD - 10 orientiert sich bei der Klassifikation an den unterschiedlichen

---

Formen und Auswirkungen auf die Psyche und die Physis der Konsumenten durch die Einnahmen von Substanzen (vgl. Brosch 2004, S. 197).

Das Kapitel der „Psychischen- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ des Leitfadens der internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation differenziert zwischen folgenden Drogen:

- „F11 Störungen durch Opioide
- F12 Störungen durch Cannabinoide
- F13 Störungen durch Sedativa und Hypnotika
- F14 Störungen durch Kokain
- F15 Störungen durch andere Stimulantien einschließlich Koffein
- F16 Störungen durch Halluzinogene
- F19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“

(Dilling/ Mombour/ Schmidt 1999, S. 87)

In dieser Auflistung wird auf die Punkte F10 Störungen durch Alkohol, F17 Störungen durch Tabak, und F18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel aus den oben genannten Gründen verzichtet, da diese Bereiche wegen ihrer Legalität im strafrechtlichen Sinn in der Arbeit ausgeklammert werden. Diese Auflistung wird übernommen, um eine übersichtliche Gliederung mit den entsprechenden Wirkungen und Entzugserscheinungen der verschiedenen Substanzen aufzuzeigen.

Im Vergleich dazu orientiert sich das Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen DSM - IV an elf Gruppen nach jenen die Substanzen eingeteilt werden. Die Gruppen sind Alkohol, Amphetamine oder ähnlich wirkende Sympathomimetika, Cannabis, Halluzinogene, Inhalantien, Koffein, Kokain, Nikotin, Opiate, Phencyclidine (PCP) oder ähnlich wirkende Arylcyclohexylamine, Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika. Die Merkmale der verschiedenen Substanzen laufen ineinander. Im DSM – IV findet sich ein Hinweis auf das Suchtpotenzial von rezeptfreien Medikamenten sowie chemische und toxische Substanzen (vgl. Saß/ Wittchen/ Zaugig 1996, S. 221).

---

## **F11 Opioide**

Opiate sind Substanzen, die aus dem Pflanzensaft der Kapseln des Schlafmohnes gewonnen werden. Der Hauptinhaltsstoff ist das Morphin, aus dem vollsynthetische Opioide wie zum Beispiel Methadon oder durch chemische Veränderung das halbsynthetische Heroin hergestellt werden kann. Die wichtigsten Opioide sind Opium, Morphin, Codein, Heroin und Methadon (vgl. Brosch 2004, S. 1999). Methadon findet sich im Kapitel der Substitution in Österreich wieder, da Methadon für die Substitution ein wichtiges Mittel ist. Vielen Konsumenten ist das Methadon schon bekannt, da Methadon auf den Drogenschwarzmärkten sehr beliebt ist.

Im Folgenden werden die Substanz der Gruppe „F11 Opioide“ das Opium und das Heroin näher beschrieben.

### Opium

Opium kann in verschiedensten Weisen konsumiert werden; geraucht, inhaliert, geschluckt, injiziert, getrunken. Opium hat eine beruhigende zum Teil auch einschläfernde und angst- und schmerzlindernde Wirkung auf die Konsumenten (vgl. Blum 2002, S. 96). Das Suchtpotential von Opium ist sehr hoch. Bereits nach kurzem Konsum besteht ein hohes Anhängigkeitspotential sowohl körperlich wie auch psychisch (vgl. Brosch 2004, S. 201).

### Heroin

Heroin kann in flüssiger Form intravenöse verabreicht werden, geraucht oder geschnupft werden. Die Wirkung ist sehr von den allgemeinen Bedingungen des Konsumenten abhängig und ist in der Regel beruhigend, entspannend, schmerzlösend, bewusstseinsmindernd und schlafanstoßend. Das Suchtpotenzial von Heroin ist extrem hoch und es entsteht nach jahrelanger Abstinenz noch die psychische Heroinabhängigkeit. Der Druck, der Sucht zu erliegen, ist ein ganzes Leben vorhanden. (vgl. Tretter 2000, S. 365-367). Heroin wurde separat angeführt, weil es im Bericht zur Drogensituation 2009 im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Ge-

---

sundheit als eigenständige Gruppe angeführt wurde und im Bereich des Drogenkonsums eine wichtige Rolle spielt.

Der Entzug äußert sich in Muskelschmerzen, Gliederschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Kälteschauer, Schwitzen und Unruhe (vgl. Tretter 2000, S. 365-367). Die psychischen Symptome sind eine starke Unruhe, Gier, negative Befindlichkeit, schwankendes Selbstwertgefühl, Depressionen, Schlafstörungen, Ängste und Hoffnungslosigkeit (vgl. Brosch 2004, S. 201).

## **F12 Cannabinoide**

Diese Gruppe umfasst alle Produkte der Cannabispflanze. Das Cannabis kann mit chemischen Cannabinoiden, andere chemischen Substanzen, Streckmittel und Verunreinigungen gestreckt sein (vgl. Brosch 2004, S. 202).

### Cannabis

Cannabis ist in den Blüten- und Fruchtständen sowie den Blättern THC-haltiger Hanfpflanze enthalten (vgl. Blum 2002, S. 84). Es wird mit Tabak in Zigaretten geraucht, kann aber auch als Tee, in Gebäck oder Süßspeisen zubereitet werden (vgl. Tretter 2000, S. 363). Cannabis bildet eine eigene Stoffklasse der Betäubungsmittel, da es weder zu den Stimulanzien, Transquilizern, Halluzinogenen noch zu den Narkotika gehört (vgl. Blum 2002, S. 84). Die Wirkung kann euphorisierend, intensivierend und allgemein entspannend sein (vgl. Tretter 2000, S. 363). Es besteht kein körperliches Verlangen nach Cannabis, jedoch das psychische Verlangen zu konsumieren ist sehr hoch (vgl. Brosch 2004, S. 204).

Beim Entzug von Produkten der Cannabispflanze treten keine körperlichen Entzugerscheinungen auf. Nach langer Konsumation kann es zu psychischem Entzug wie Unruhe, Angstzuständen, Reizbarkeit und Schlafstörungen kommen (vgl. Brosch 2004, S. 205).

---

## F13 Sedativa und Hypnotika

Diese Substanzen, die zu der Gruppe der „Sedativa und Hypnotika“ fallen, sind Appetitzügler, Asthmamittel, Arten von Beruhigungsmittel, Meprobamate, Codeinpräparate, Opiathältige Narkosemittel und Schmerzmittel, Schlafmittel, Barbiturate, Methaqualone und Schmerzmittel (vgl. Dilling/ Mombour/ Schmidt 1999, S. 87). Diese Medikamente sind für große Bevölkerungsgruppen leicht zugänglich und werden völlig unauffällig gebraucht und missbraucht. Neben dem normalen Gebrauch sind ‚Sedativa und Hypnotika‘ in der illegalen Drogenszene ein beliebtes Mittel als Ersatzstoff für Opiate oder als Substanz für den Beikonsum (vgl. Brosch 2004, S. 205). Die Benzodiazepine werden im Folgenden näher beschrieben, da sie im Bereich der Suchthilfe in dieser Gruppe der „Sedativa und Hypnotika“ die bedeutendste Rolle spielen.

### Benzodiazepine

Benzodiazepine werden vorrangig im klinischen Kontext verwendet, sind aber auch auf dem Missbrauchsmarkt sehr beliebt. Sie besitzen ein großes Abhängigkeitspotential. Aus diesem Grund liegt die gegenwärtig bedeutendste Abhängigkeitsproblematik am Medikamentensektor bei den Benzodiazepinen (vgl. Tretter 2000, S. 362). Das Suchtpotential ist sehr hoch und die Dosierung sollte mit Absprache einer Arztes erfolgen (vgl. Brosch 2004, S. 205). Die Benzodiazepine werden in diesem Zusammenhang extra aufgeführt, da sie vor allem heutzutage stark im Vormarsch sind. Wie bereits erwähnt, sind sie am Schwarzmarkt sehr beliebt und spielen daher eine wichtige Rolle in Hinblick auf neue Entwicklungen im Bereich der Suchtentwicklung. Neben diesem Problem wird im aktuellen Bericht zur Drogensituation 2009 im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit die Beigabe von Benzodiazepinen zur Substitution kritisiert (vgl. ÖBIG 2010, S. 29).

Der Entzug von Sedativa und Hypnotika sollte schleichend erfolgen. Das abrupte Absetzen der Medikamente kann zu unerwünschten Erscheinungen führen (vgl. Brosch 2004, S. 205). Dies beinhaltet eine große Bandbreite von Entzugserscheinungen.

---

## **F14 Kokain**

Diese Gruppe umfasst neben dem Kokain auch das am Drogenmarkt wesentlich billigere, da in der Herstellung einfachere, Crack. Diese Substanzen finden neben der als Rausch- und Genussmittel auch in der Medizin und als Dopingmittel im Sport seine Verwendung (vgl. Brosch 2004, S. 206-208).

### Kokain

Die Blätter des Kokastrauchs sind das Grundmaterial für die Herstellung von Kokain. Durch einen langen Produktionsweg entsteht das feinflockige Pulver. Kokain wird durch die Konsumenten geschnupft, geraucht, geschluckt oder gespritzt. Die Wirkung ist gesteigertes Selbstwertgefühl, euphorische Stimmung, die Produktivität und Kreativität wird unterstützt und es gibt ein geringes Schlafbedürfnis, wenig Appetit und erweiterte Pupillen. Die Nebenwirkungen umfassen Psychosen, Gereiztheit, optische Halluzinationen, Depressionen, Angst, Wahnvorstellungen, Apathie, Verwirrtheit, Angetriebenheit, lange Schlafperioden, Appetitlosigkeit und Krämpfe (vgl. Tretter 2000, S. 367-369).

Der Entzug von Kokain führt wegen dem großen Suchtdrang zu psychischen Beeinträchtigungen. Es kommt zu großer Gereiztheit, innerer und motorischer Unruhe, Depressionen, Apathie, Antriebsstörungen, Schlafstörungen, Angst vegetative Beschwerden, wie Herzrasen, Atemnot, Kraftlosigkeit und führt zu einer Unerträglichkeit der Entzugssituation für den Patienten (vgl. Brosch 2004, S. 207).

## **F15 Stimulantien einschließlich Koffein**

Die Gruppe der „Stimulantien einschließlich Koffein“ umfasst neben Wirkstoffen, die in der Natur als Bestandteile von Pflanzen vorkommen, auch vollsynthetische Substanzen, deren Wirkungsspektrum große Ähnlichkeit zeigt. Als Genussmittel, als Lifestyleprodukte oder als Aufputzmittel in Medikamenten sind „Stimulantien“ in unserer Kultur allgegenwärtig (zum Beispiel Kaffee, Tee, Energiedrinks) (vgl. Brosch 2004, S. 209-210). Amphetamine und Methamphetamine wurden dabei näher beschrieben, da sie

---

die Hauptgruppe der Stimulanzen und Aufputschmittel darstellt (vgl. Tretter 2000, S. 361).

### Amphetamine und Methamphetamine

Diese Art von Drogen sind antriebssteigernde vollsynthetische Substanzen. Sie werden als Pulver oder Pillen geschluckt, geschnupft oder injiziert. Amphetamine und Methamphetamine ermöglichen mehr Ausdauer, Energie, Konzentration und Leistung und unterdrücken dabei Müdigkeits- und Hungergefühle. Dieses Gefühl hält zwölf bis dreißig Stunden an. Nach dieser Phase der Anregung des Körpers folgt eine Zeit der Müdigkeit bis hin zum Dauerschlaf und depressive und paranoide Symptome (vgl. Blum 2002, S.94-95).

Eine innere Unruhe, Gereiztheit, verstärktes Zittern, Herzrasen, Herzstolpern, Stimmungslabilität und Kopfschmerzen sind Entzugserscheinungen von Stimulation einschließlich Koffein (vgl. Brosch 2004, S.211).

## **F16 Halluzinogene**

Die Gruppe der „Halluzinogene“ umfasst Stoffe die natürlicher und chemischer Herkunft sind und beeinflussen die Bewusstseinslage und Sinnesempfindung. Halluzinogene Stoffe kommen in der Natur in den unterschiedlichsten Formen als Bestandteile von Pflanzen, Früchten, Pilzen und auch in Tiersekreten vor. Diese werden zum Teil durch chemische Veränderung der ursprünglich natürlichen Substanzen entwickelt. Neben LSD, Mescaline und Psilocybin enthalten sogenannte Designerdrogen wie DOM, MDA, Eve, Ecstasy und PCP halluzinogene Substanzen (vgl. Brosch 2004, S. 213). Exemplarisch für die große Gruppe der Halluzinogene wird im weiteren LSD und Ecstasy näher erklärt.

### LSD

LSD gehört zur Gruppe der Halluzinogene und der Wirkstoff Lysergsäurediäthylamid (LSD) wird halbsynthetisch aus dem Mutterkorn, einem Schmarotzerpilz von Getreide und anderen Gräsern, hergestellt. LSD wird oral eingenommen.



LSD bewirkt außergewöhnliche und intensive Sinneswahrnehmungen sowie Wahrnehmungsverschiebungen. Die Dauer des Trips beträgt acht bis zwölf Stunden. LSD ist schwer zu dosieren und dadurch kommt es häufig zu Überdosen oder Horrortrips. Bei dieser falschen Dosierung kommt es ebenfalls zu Panikgefühlen, Verfolgungswahn und Fehlhandlungen (vgl. Blum 2002, S. 86-87). Das Suchtpotential von LSD ist sehr hoch. Bereits nach wenigen Tagen regelmäßigen Konsums und gleicher Dosierung bleibt die gewünschte Wirkung aus (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 127).

### Ecstasy

Ecstasy ist eine synthetisch hergestellte Substanz, die zu einer Serotoninausschüttung im Gehirn führt. Ecstasy wird mittels Pillen oder Kapseln eingenommen (vgl. Blum 2002, S. 90). Die Wirkung von Ecstasy ist stimulierend und verstärkt die Wahrnehmung seiner Gefühle, zu sich selbst und zu anderen. Die Wirkung von Ecstasy entfaltet sich nach einer Stunde nach der Einnahme und hält vier Stunden an (vgl. Brosch 2004, S. 215-216). Diese Droge kann computerunterstützt angepasst und dadurch das Wirkungsspektrum verändert werden. Die Nebenwirkungen von Ecstasy umfassen den ganzen Körper (vgl. Tretter 2000, S. 362).

Die Entzugerscheinungen von „Halluzinogene“ sind Reizbarkeit, Unruhe und der starke Drang nach Wiedereinnahme (vgl. Brosch 2004, S. 212).

## **F19 Multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen**

In der Drogenszene ist es eher die Seltenheit, dass Konsumenten nur eine Substanz zu sich nehmen. Der wechselnde Gebrauch von mehreren Substanzen einer und/oder unterschiedlichen Gebrauchsgruppe ist weit verbreitet. Diese Gruppe der „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ wird herangezogen, wenn der eindeutige Hinweis darauf besteht. Dabei müssen die genauen Substanzen nicht klar sein (vgl. Brosch 2004, S. 221-222).

---

### **2.3 *Suchtsituation in Österreich***

Die Suchtsituation in Österreich wird folgend in Anlehnung an den Bericht zur Drogensituation 2009 im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit dargestellt.

Viele Menschen haben im jugendlichen Alter oder als junge Erwachsene Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Die größte Gruppe hierbei ist mit Cannabis in Kontakt gekommen. Man unterscheidet zwischen Probierkonsumenten, Freizeitkonsumenten und Problemkonsumenten. Zur Gruppe der Probierkonsumenten zählen jene, die psychotrope Substanzen probiert und damit experimentiert, jedoch den Konsum nach einiger Zeit wieder eingestellt haben. Die Freizeitkonsumenten konsumieren illegale Stoffe über einen längeren Zeitraum in der Freizeit bzw. gelegentlich. Dazu zählen auch diejenigen, die über einen längeren Zeitraum mit verschiedenen Substanzen experimentieren, diesen Konsum aber wieder einstellen. Unter Problemkonsumenten oder problematischem Konsum wird der Gebrauch von harten Drogen gezählt, der Folgen für das gesundheitliche, soziale und rechtliche Leben des Konsumenten hat (vgl. Busch/ Haas 2004, S. 75). Die aktuellsten Zahlen im Bezug auf die letzte Gruppe, die Problemkonsumenten, stammen aus dem Jahr 2007 und gehen von 22.000 bis 33.000 Personen aus (vgl. ÖBIG 2009, S. IV). In Österreich sind die Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen bei Cannabis mit dreißig bis vierzig Prozent bei jungen Erwachsenen am höchsten. Drei bis vier Prozent der Untersuchten haben Konsumerfahrungen mit Ecstasy, Kokain und Amphetamine und nur ein bis zwei Prozent konsumierten Opiate. Eine größere Vielfalt an unterschiedlichen Substanzen wurden bei der Gruppe der Probier- und Experimentierkonsumenten beobachtet (vgl. ÖBIG 2009, S. 11). Der allgemeine Drogenkonsum ist in den letzten Jahren zurückgegangen. Daraus könnte sich schließen lassen, dass sich der Konsum von illegalen Substanzen meist auf eine begrenzte Lebensphase oder auf das Experimentieren beschränkt (vgl. ÖBIG 2009, S. 12). Neben den Konsumenten muss auch die Angebotsseite, die Verfügbarkeit und Zusammensetzung und Konzentration von Drogen, aufgezeigt werden. Im Bezug auf Verfügbarkeit muss in Österreich auf die Beschlagnahmungen von psychotropen Substanzen zurückgegriffen werden. Dabei ist es wichtig zu bedenken, dass nicht alle beschlagnahmten

---

Drogen für den österreichischen Markt bestimmt ist (vgl. Busch/ Haas 2004, S. 96-97). Die am häufigsten beschlagnahmte illegale Droge in Österreich ist Cannabis neben Kokain und Heroin. Dabei ist ein Anstieg der Sicherstellung von Cannabis zu beobachten, aber bei den anderen Substanzen ist kein erheblicher Unterschied zu den vorigen Jahren ersichtlich (vgl. ÖBIG 2009, S. 73).

Obwohl in der Statistik nicht erwähnt, ist bekannt, dass verstärkt auf den Drogenmärkten die Substitutionsmedikamente im Umlauf sind. Diese Medikamente werden zum Beikonsum verwendet oder gewinnbringend weiterverkauft. Die Gruppe der Medikamentenabhängigen wurde im Bericht zur Drogensituation 2009 im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit ausgeklammert.

## ***2.4 Therapieformen/ Suchthilfe***

Einleitend soll das Kapitel der Suchthilfe einen Überblick über die möglichen Therapieformen geben. Zum Beginn soll ein kurzer Einblick in die Entwicklung der Drogenhilfe seit den 60er Jahren gegeben werden. Zu diesem Zeitpunkt entwickelten sich Sichtweisen, welche in der heutigen Drogenhilfe verankert sind.

Die Entwicklung der ambulanten und stationären Suchthilfe steht im engen Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz, welches in Österreich 1946 erlassen wurde. Dabei wurden Personen geahndet, die mittels der vorsätzlichen Erzeugung, Einführung oder Abgabe von Suchtgiften anderen Personen gesundheitliche Schäden zuführen. Dieses Gesetz von 1946 wurde bereits 1949 novelliert. Dabei wurde auch der Gebrauch von Suchtgiften mit einer Strafe versehen. Die Novelle des Suchtgiftgesetzes von 1971 ist eine entscheidende für die Entstehung der Suchthilfe. Dabei wurden erstmals sozialmedizinische Maßnahmen als besserer Weg für die Hilfe gegen die Drogensucht in das Gesetzbuch aufgenommen und die ersten ambulanten und stationären Einrichtungen für Drogenabhängige wurden im Anton Proksch – Institut in Wien gegründet. Die Einführung der anerkannten Einrichtungen in das Suchtmittelgesetz, führt zur offiziellen An-

erkenntnis und möglichen finanziellen Unterstützung des Gesundheitsministeriums von Einrichtungen, die Drogenmissbraucher betreuen oder behandeln. Ein weiterer Schritt im Hinblick auf die Entwicklung der Suchthilfe ist der Erlass 1987, in dem die Substitutionsbehandlung als Therapie angeführt wird. Das Suchtgiftgesetz tritt mit Ende 1997 außer Kraft und wird mit dem Suchtmittelgesetz weitergeführt (vgl. Burian 2004, S. 229-230).

Jungblut (2004) unterteilt in seiner „Systematik der Drogenhilfe“ in die präventiven Maßnahmen, ambulante Beratung und die stationären Therapieeinrichtungen. Diese Tabelle gibt einen guten Überblick über das Drogenhilfesystem (vgl. Jungblut 2004, S. 267).

<b>Zur Systematik der Drogenhilfe</b>	
Prävention des illegalen Drogenkonsums	
Personenzentrierte Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mädchenbezogene Prävention</li> <li>• Jungenbezogene Prävention</li> <li>• Prävention des Risikoverhaltens</li> </ul>	Strukturorientierte Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementarbereich</li> <li>• Schule</li> <li>• Jugendhilfe</li> <li>• Betrieb</li> <li>• Aufklärung über Toxizität der Drogen</li> </ul>
Voraussetzung einer zeitgemäßen Suchtprävention	
Ambulante Beratung und Hilfen bei belastendem Drogenkonsum	
Organisation (Harm – Reduction) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Streetwork</li> <li>• Kontaktläden</li> <li>• Gesundheitsräume</li> <li>• Peer – Support</li> <li>• Notunterkünfte</li> </ul>	Interaktion (Safer – Use) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Techniken der Qualitätskontrolle</li> <li>• Vermittlung von Applikationstechniken</li> <li>• Infektionsschutz</li> <li>• Substitutionsformen</li> <li>• Originalstoffabgaben</li> </ul>

Ambulante Beratung und Hilfen zur Wiederherstellung abstinenten Lebensführung	
<b>Organisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävention und Information</li> <li>• Ambulante Betreuungen</li> <li>• Therapievermittlung</li> <li>• Psychosoziale Unterstützung für Substituierte</li> <li>• Soforthilfe für Drogenabhängige</li> <li>• Zeugnisverweigerungsrecht</li> <li>• Finanzierung der ambulanten Drogenhilfe</li> </ul>	<b>Interaktion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodik der rekonstruktiven Sozialpädagogik</li> <li>• Sozialpädagogische Beratung</li> </ul>
Wege zu einer lebensweltorientierten Drogenberatung	
Stationäre Langzeittherapie zur Wiederherstellung einer abstinenten Lebensführung	
<b>Organisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Entzugsbehandlung</li> <li>• Stationäre Entwöhnungsbehandlung</li> <li>• Stationäre Nachsorge</li> <li>• Finanzierung der stationären Drogentherapie</li> </ul>	<b>Interaktion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzeltherapie</li> <li>• Gruppentherapie</li> </ul>
Wege zu einer lebensweltorientierten Drogentherapie	

Abb. 1: Zur Systematik der Drogenhilfe (Jungblut 2004, S. 267)

Der erste Schritt des Suchthilfesystems umfasst die Präventiven Maßnahmen, welche in dieser Arbeit nicht bearbeitet werden. Jedoch finden sie hier einen Stellenwert, um die Gesamtheit der Suchthilfe aufzuzeigen. Jungblut (2004) beschreibt in der Systematik der Drogenhilfe die Prävention des illegalen Drogenkonsums. Der Begriff Prävention umschreibt in diesem Zusammenhang die Vorbeugung. Die Maßnahme zielt auf die Verhinderung des Konsums illegaler Drogen bei Kindern und Jugendlichen ab. Die von ihm genannten strukturorientierten Maßnahmen umfassen den drogenpolitischen Bereich. Dabei wird der Konsum von illegalen Drogen als eine normale Erscheinungsform

---

im Entwicklungsprozess dieser Lebensphase gesehen. Das Probierverhalten und der rituelle Konsum bei jungen Menschen werden respektiert. Das Ziel dabei ist es, durch die Bereitstellung und Entwicklung von Ressourcen die Entfaltung von Lebenskompetenzen zu fördern. Strukturorientierte Maßnahmen finden im Zusammenhang von Sozial-, Jugend- und Schulpolitik statt. Die personenzentrierten Maßnahmen umfassen die Förderung und Stärkung personaler Ressourcen. Dies schließt ein soziales Kompetenztraining, die Stabilisierung von Selbstwertgefühlen sowie das Herausbilden von Fähigkeiten im Bereich des Stressmanagement (vgl. Jungblut 2004, S. 268-271). In der Steiermark kann man neun Einrichtungen finden, welche Präventionsprojekte im Bereich Sucht durchführen (vgl. Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark 2010, S. 4).

In den Bereichen der ambulanten Beratung und Hilfen bei belastendem Drogenkonsum spielen die Begriffe der Niederschwelligkeit und der Akzeptanzorientierung eine wichtige Rolle. Das Konzept der Harm - Reduction „(...) bezeichnet Organisationsformen in der Drogenhilfe, die akute Überlebenshilfen und Schadensminderungen durch Bereitstellung von äußeren Bedingungen sichern, die aus einer infektionsprophylaktischen Sicht zusätzliche Schäden des intravenösen Konsums reduzieren helfen“ (Jungblut 2004, S. 278). Das Konzept der Harm – Reduction kam mit der veränderten Sichtweise in der Drogentherapie auf, in der die Minderung der zusätzlichen Gefahren von Sucht einer Rolle spielen (vgl. Petzold/ Scheiblich/ Thomas 2006, S. 48). Dieser Konzeptrahmen der Harm - Reduction umfasst Streetwork, Kontaktläden, Gesundheitsräume, Notunterkünfte und Peer - support Gruppen (vgl. Jungblut 2004, S. 279-290). Der Begriff des Safer - Use beschreibt die methodisch strukturierte Umsetzung der Konzepte auf den Einzelnen und Gruppen (vgl. Jungblut 2004, S. 290, zit. n. Heudlass u.a. 1995, S. 70f.). Es gibt verschiedene Möglichkeiten des Safer – Use (zum Beispiel der Belchtest, der Screening - Test, der Wassertest und viele andere) um die Reinheit eines Stoffes festzustellen. Dies sollte von den Usern vor dem Gebrauch durch eine Qualitätskontrolle durchgeführt werden um die Wirkung des Stoffes besser einschätzen zu können. Ein weiterer Punkt sind die Applikationstechniken bzw. die Verfahren wie die Süchtigen die Drogen zu sich nehmen. Dabei ist das Rauchen einer Droge die ungefährlichste und die intravenöse spritzende Form diejenige die am meisten Infektionsgefahr mit sich bringt. Die Applikationsrisiken und die Beschaffungskriminalität wird durch die Abgabe von

---

Originalstoffen an Heroinabhängige als Safer - Use Methode minimiert (vgl. Jungblut 2004, S. 291-299). Die Substitution wird in dieser Arbeit im Kapitel der ambulanten Drogentherapie genauer behandelt. Der Bereich Streetwork und niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen sowie Wohnversorgung umfasst steiermarkweit elf Einrichtungen (vgl. Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark 2010, S. 4).

Im Unterschied zu den Hilfen im Bezug auf Harm - Reduction und Safer - Use umfasst der nächste Schritt des Suchthilfesystems ambulante Beratung und Hilfe mit dem Ziel einer abstinenten Lebensgestaltung. Aus der Sicht der Organisationsformen sind dies ambulant arbeitende Beratungsstellen und Drogenhilfezentren, teilstationäre und stationär arbeitende Drogenentzugseinrichtungen, Methadonambulanzen, Therapieeinrichtungen zur stationären Entwöhnung und Adaptionseinrichtungen. Diese Einrichtungen bieten dem Drogensüchtigen die Möglichkeit von Information, ambulante Betreuung, Vermittlung eines Therapieplatzes, psychosoziale Unterstützung und eine aufsuchende Arbeitsweise an. Die Arbeit im Drogenbereich liegt in einer grauen Zone und die Berater unterliegen dem Zeugnisverweigerungsrecht (vgl. Jungblut 2004, S. 300-304). Um auch in diesem Schritt des Hilfesystems auf die Methoden der Sozialpädagogen im Bereich Sucht einzugehen, liegt hier der Unterschied zu Safer - Use Methoden, welche sich vorrangig um die Vermittlung von Fertigkeiten zur Risikominderung beschäftigt, darin, dass die Methodik einer rekonstruktiven Sozialpädagogik und die sozialpädagogische Beratung im Zentrum stehen. Das Verstehen und Bewusstmachen von lebensgeschichtlichen Daten und Fakten mit dem Hinblick darauf diese dem User zu verdeutlichen und im Bezug auf die Drogenvergangenheit zu reflektieren. Der Kern der sozialpädagogischen Beratung in der Drogenhilfe liegt in der durch den Drogenalltag vorgegebene Komplexität (vgl. Jungblut 2004, S. 305-308). Es gibt in der Steiermark zehn ambulante Sucht- und Drogenberatungsstellen mit Ambulanzen, die im Suchthilfesystem die Aufgaben dieses Schrittes übernehmen (vgl. Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark 2010, S. 4).

Der abschließende Schritt der Reihe von Hilfen im Bereich Sucht ist die stationäre Langzeittherapie. Diese Maßnahme wird in dieser Arbeit im Kapitel stationäre Drogen-

---

therapie genauer behandelt, wobei die Auflistung in der Graphik selbstsprechend erscheint.

Im Grunde ist das Vorsorgesystem für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige ähnlich aufgebaut. Dabei stehen für bestimmte Phasen einer Therapie verschiedene Einrichtungen zur Verfügung (vgl. Tretter 2000, S. 36). Hierbei wird nur auf den Bereich der Medikamenten und Drogenabhängigen eingegangen. Diese Einrichtungen sind multiprofessionell, multiinstitutionell und multikonzeptionell gegliedert. Daher ist es wichtig, sich innerhalb der Bereiche gut zu koordinieren (vgl. Tretter 2000, S. 37). Das vierstufige Hilfesystem beginnt mit der Kontaktphase, diese findet in ambulanten Einrichtungen statt. Durch Suchtberatungsstellen, Klinikambulanzen, Fachärzte, Hausärzte, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsämter und Fachambulanzen. Die Entgiftungsphase wird in ambulanten wie auch in stationären Einrichtungen durchgeführt. In ambulanter Form wird diese bei Hausärzten und Fachambulanzen und stationär in psychiatrischen Kliniken, internistischen Kliniken oder neurologischen Kliniken durchgeführt. Die Entwöhnungsphase betrifft wieder beide Bereiche. Sie findet in ambulanten Fachambulanzen und in Selbsthilfegruppen statt. Psychiatrische Kliniken, Fachkliniken und Tageskliniken bieten stationär eine Entwöhnungstherapie an. Die letzte Phase, die Rehabilitationsphase, betrifft den ambulanten Bereich in Suchtberatungsstellen, Fachambulanzen, Werkstätten, Wohngemeinschaften, Selbsthilfegruppen, Hausärzten, Gesundheitsämter und Wohnheimen (vgl. Tretter 2000, S. 36).

Stationäre und ambulante Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen der Drogenhilfe gehen nach einem einheitlichen ersten Erfassen von Informationen über den zukünftigen Patienten vor. Diese umfassen soziodemographische Daten, Daten zum Suchtmittelkonsum und Daten zum Behandlungsprozess der Person. Diese deckungsgleiche Art der Dokumentation gibt es in Österreich seit 1999 (vgl. Busch/ Haas 2004, S. 85).

Eine weite Bandbreite an verschiedenen Behandlungskonzepten entstand in den 90er Jahren in Österreich. Neben der stationären, abstinentenorientierten Langzeittherapie, der Kurzzeittherapie, modular aufgebauten Therapieansätzen entstand die Substitutionsbehandlung (vgl. Busch/ Haas 2004, S. 85). Der Unterschied zwischen ambulanten und



---

stationären Einrichtungen liegt grundsätzlich im Bereich des sozialtherapeutischen Angebots, der Ortsgebundenheit, der Wirkung der therapeutischen Gemeinschaft und der Verlagerung des Süchtigen aus seinem Umfeld (Drogenszene) (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 145). Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft findet sich genauer im Kapitel der stationären Drogentherapie.

In Österreich beschäftigen sich cirka 100 Einrichtungen mit der Beratung, Betreuung und Therapie von Substanzabhängigen. Das Angebot ist regional sehr unterschiedlich. Dadurch entsteht ein reger Wechsel zwischen den Bundesländern bei der Nutzung von den verschiedenen Angeboten (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 147). In der Steiermark gibt es zurzeit elf Einrichtungen, welche ein niederschwelliges Angebot im Bereich der Suchthilfe bieten. Es bestehen zehn ambulante Sucht- und Drogenberatungsstellen in den verschiedenen steirischen Bezirken und acht stationäre Einrichtungen (vgl. Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark 2010, S. 4).

Der Therapieverlauf ist klar gegliedert (vgl. Tretter 2000, S. 38-41):

- Beratungsphase
- Entzugsphase
- Entwöhnungsphase
- Wiedereingliederungsphase
- Selbsthilfegruppen
- Angehörigengruppen

#### **2.4.1 Ambulantes Hilfesystem**

Die Aufgabenfelder der ambulanten Einrichtungen liegen im sekundärpräventiven Bereich bei Menschen, bei denen ein missbräuchliches oder riskantes Konsummuster vorliegt. Diese werden auf die Konsumrisiken hingewiesen und Hilfemöglichkeiten aufgezeigt. Ein weiteres Angebot der ambulanten Drogenhilfe liegt im primärpräventiven Bereich. Dabei werden von der jeweiligen Einrichtung Informationsveranstaltungen, Multiplikatorenschulungen und themenspezifische Projekte angeboten, um im

---

Vorfeld den Suchtmittelkonsum zu verhindern und/ oder den Einstieg hinauszuzögern (vgl. Leune 2002, S. 33-24).

Im Zentrum der suchtbegleitenden Beratung und Behandlung ist der Aspekt der Schadensbegrenzung und die Aufrechterhaltung minimaler Ordnungs- und Lebensstrukturen. Dabei spielt der Anspruch auf Abstinenz keine Rolle. Der Süchtige wird auf seinem Weg begleitet und die körperlichen, seelischen und sozialen Negativfolgen so gut wie möglich begrenzt (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 142).

Das Ziel ambulanter Einrichtungen ist es, den Missbrauch und/ oder den schädlichen und abhängigen Gebrauch psychotroper Substanzen zu vermindern, zu helfen, schädliche Auswirkungen des Konsums zu behandeln und zu reduzieren (vgl. Leune 2002, S. 32). Viele niedrigschwellige Einrichtungen bieten neben der Beratung medizinische Notversorgung rund um die Uhr, sozialarbeiterischen Beistand, Übernachtungsmöglichkeiten, Rechtberatung, Spritzentausch, Vermittlung in Arbeitsprojekte und Freizeitangebote an (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S.142).

Die Grundlage der Arbeit bildet ein Beratungs- und Behandlungskonzept, das wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle für das Krankheitsbild der Sucht beinhaltet sowie die Entwicklung spezifischer Fragen der Suchtgefährdung und des Suchtmittelgebrauchs und –missbrauchs umfasst. Dabei wird unter Berücksichtigung verschiedener Konsumentengruppen gearbeitet. Eine ambulante Einrichtung bietet verschiedene Beratungskonzepte für Angehörige und Multiplikatoren an. Die ambulante Beratung orientiert sich an folgenden methodischen Prinzipien: Die *Akzeptanz* gegenüber der Konsumenten und der Krankheit bildet die Voraussetzung für die Arbeit in diesem Feld. Die *Ganzheitlichkeit*, die vielschichtigen Problemlagen der Abhängigen durch ein breit gefächertes Spektrum an sozialen und persönlichen Hilfestellungen zu erfassen. Hier spielt die Vernetzung und Kooperation zwischen verschiedenen Einrichtungen eine wichtige Rolle. Die *Orientierung an der Veränderungsbereitschaft* des Konsumenten. Diese spielt in der Therapie eine wichtige Rolle und sollte während des Prozesses immer wieder überprüft werden. Die vorangehende *Vereinbarung von Grenzen* im Prozess ist entscheidend für den Erfolgsverlauf einer Maßnahme. Da in der ambulanten Form

---

die Einhaltung von vorher klar definierten Regeln, Terminen und Grenzen unumgänglich ist. Die *Vertraulichkeit* von allem Besprochenen ist Basis einer ambulanten Beratung. Durch die Einzelfallarbeit ist die *Teamarbeit und Supervision* ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Form der Therapie (vgl. Leune 2002, S. 32-33).

Die Einrichtungen bieten den Betroffenen, ihren sozialen und lebensnotwendigen Bedürfnissen nachzukommen und werden als Zufluchtsort genutzt. Die Süchtigen werden jederzeit und in jedem Zustand akzeptiert. Die ambulanten Einrichtungen sind der erste Schritt in Richtung einer kritischen Haltung gegenüber Drogen und dem eigenen Suchtverhalten (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 142).

Ambulante Entzugstherapien sollten immer ein wenig kritisch gesehen werden. Der Arzt bildet eine erste Anlaufstelle, da Drogenpatienten schon früh in ihrem Suchtleben ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen. In diesem Rahmen wird zwischen dem Arzt und dem Suchtpatienten eine Vertrauensbasis für den späteren Einstieg in den Entzug geschaffen. Von vielen Abhängigen wird die ambulante Form des Entzugs als leichter Weg zur Beschaffung von Medikamenten gesehen und der Arzt dadurch unbewusst zum Dealer. Ein weiteres Problem stellt der unkontrollierte Beikonsum der verschiedensten Substanzen dar (vgl. Tretter 2000, S. 67-68). Dadurch ist es unmöglich, einen Entzug zu gewährleisten. Durch die fehlende Aufsicht ist diese Form des Entzugs problematisch zu sehen. Dennoch können ambulante Beratungsformen einen guten Einstieg in das Hilfesystem bieten, sind jedoch längerfristig ohne einen stationären Aufenthalt nicht erfolgreich. Wie eingangs erwähnt, spielen ambulante Formen eine wichtige Rolle in der Kontaktphase und bei der Nachbetreuung der Konsumenten. In den meisten Fällen werden die Kontakte mit den stationären Entzugskliniken durch die ambulanten Einrichtungen hergestellt. Diese haben durch Vorgespräche die Abhängigen auf den Entzug vorbereitet und über die weitere Vorgehensweise aufgeklärt. Eine Liste der ambulanten und stationären Einrichtungen in der Steiermark findet sich im Anhang.

### Substitution in Österreich

Leininger (2010) definiert Substitution „die Behandlung von Drogenabhängigen mit legalen Ersatzdrogen. Die wird vorzugsweise angewandt, wenn keine Heilungschancen

---

schwer Abhängiger bei einer konventionellen Therapie (Entzug) bestehen. Sie sollen durch Substitutionsprogramme gesundheitlich und sozial stabilisiert und aus der Illegalität geführt werden“ (Leininger 2010, S. 105). In Österreich beginnen die Substitutionsbehandlungen mit dem 1987 erstellten Erlass zur oralen Substitutionsbehandlung von Suchtkranken. Diese wurde in den ersten drei Bundesländern (Tirol, Wien, Oberösterreich) bereits 1987 umgesetzt (vgl. Stolz-Gombocz 2004, S. 238; Burian 2004, S. 229). Zu diesem Zeitpunkt war Methadon noch nicht das einzige Mittel zur Substitution. Welches heute in Österreich noch wie vor erste Wahl ist (vgl. Stolz-Gombocz 2004, S. 239). Neben Methadon sind die wichtigsten Substitutionsmittel Levomethadon, Buprenorphin, Dihydrocedin und Codein (vgl. Leininger 2010, S. 105).

Der Einsatz der Substitutionsbehandlung kann in verschiedenen Bereichen statt finden. Die Substitution kann auch auf unbeschränkte Zeit geschehen. Wenn Patienten schon viele erfolglose Therapieversuche hinter sich haben, der Konsum bereits über einen sehr langen Zeitraum verläuft und das Ziel der Abstinenz nicht mehr zu erwarten ist, kann die Einnahme eines Substitutionsmittels eine lebensverlängernde und stabilisierende Wirkung haben. Ein weiteres Einsatzgebiet ist die Substitution eines Patienten bis zur Aufnahme in eine stationäre Einrichtung. Da sich die Wartezeit auf einen Therapieplatz meist über mehrere Wochen bis zu Monaten hinauszögert, dient dies zur körperlichen und sozialen Stabilisierung. Die Substitution bis hin zur Abstinenz ohne begleitende psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen ist in der Regel nicht erfolgreich. Dabei wird die Dosis des Substitutionsmedikamentes über einen längeren Zeitraum reduziert und der Suchtpatient in seinem Umfeld gelassen (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 143-144).

Der Entzug durch das Substitutionsprogramm orientiert sich wie jede Therapie nach den Kriterien der Anamnese, Diagnostik, Therapieplanung und –gestaltung und Dokumentation (vgl. Tretter 2000, S. 160). Der Grundgedanke des Substitutionsprogramms ist im genaueren auf vier Säulen ausgebaut. Die Voruntersuchungen finden bei einem Drogenfacharzt statt. Die Weiterbehandlung wird durch einen niedergelassenen Arzt durchgeführt. Die Einnahme des Methadons oder anderen Substitutionsmittel findet in der Apotheke oder direkt beim behandelten Arzt statt. Es werden Harntests sowie psycho-

---

soziale Begleitmaßnahmen vorgenommen. Die Ziele des Methadonprogramms sind die Besserung der gesundheitlichen Situation der Klienten und die Reduzierung des Beikonsums. Zum weiteren stehen die psychische Stabilisierung und die soziale Integration im Vordergrund. Diese neue Form des Entzugs soll zu einer Abnahme der Drogendelinquenz führen. Diese Erwartungen beziehen sich auf gesellschaftliche und individuelle Faktoren (vgl. Stolz-Gombocz 2004, S. 239; Tretter 2000, S. 161-162). Am Beginn der Therapie werden in einem Behandlungsvertrag die Abgabemodalitäten, die Abbruchgründe, die vorläufige Dauer der Substitution, die individuelle Zielsetzung und die Form der psychosozialen Betreuung festgehalten (vgl. Tretter 2000, S. 162). Es ist wichtig, bei dem Entzug durch Substitution die Therapieziele festzulegen und auch während der, oft auch länger dauernden, Medikation zu thematisieren und überprüfen (vgl. Tretter 2000, S. 161-162).

Die Substitution von Abhängigen hat aber auch Nachteile die im Weiteren aufgezeigt werden sollen. Durch die tägliche Einnahme des Methadons gegebenenfalls eines anderen Medikamentes in der Apotheke ist der Substitutionspatient immer an einen Ort gebunden. Auswärtsaufenthalte sind dadurch nicht möglich (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 143). In Einrichtungen die Substitutionsbehandlungen anbieten ist es in Ausnahmefällen möglich, durch die Bestätigung eines Elternteils, ins Ausland zu reisen. Jedoch hat sich das Mitgeben mehrerer Rationen als negativ erwiesen, da die Patienten das Medikament weiterverkauft oder gespritzt haben. Die Wirkung des Methadons als Basissubstitutionsmittel hat keine euphorisierende Wirkung und wird dadurch von Konsumenten mit weiteren Medikamenten oder Alkohol kombiniert. Durch die Substitution wird die Sucht nur auf den legalen Raum des Konsumierens verschoben, denn alleine durch die Einnahme des Medikamentes kann die Sucht nicht verschwinden (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 143).

Im Bericht der Drogensituation 2009 wird im Kapitel „drogenbezogene Behandlungen“ zur Verbesserung der derzeitigen Situation der Wunsch nach einem differenzierten Angebot auch auf Bezug der Auswahl an unterschiedlichen Substitutionsmitteln geäußert. Denn trotz der alternativen Medikamente wird vorrangig Methadon verwendet. Dabei werden die nicht erkenntlichen psychischen Unverträglichkeiten der Methadon-

---

substituierten angeführt (vgl. ÖBIG 2010, S. 28). Es ist wichtig in diese Therapieform zusätzlich psychosoziale Einrichtungen, insbesondere Drogenberatungsstellen beziehungsweise Psychotherapeuten/ Psychiater, einzubeziehen. Auch die sozialpädagogische Arbeit in diesem Bereich ist sehr wichtig und sollte auch niederschwellig und aufsuchend orientiert werden (vgl. Tretter 2000, S. 162).

## 2.4.2 Stationäre Therapiebehandlung

Neben dem ambulanten Vorsorgesystem gibt es Fachkliniken beziehungsweise Fachabteilungen in Krankenhäusern, die speziell auf die Bedürfnisse von Suchtpatienten ausgerichtet sind.

Diese schreibt Assfalg (2002) „haben den Auftrag, Menschen mit Abhängigkeitsproblemen im Rahmen einer stationären Behandlung dabei zu unterstützen, ihre Abhängigkeit von Suchtmitteln zu überwinden und all jene Fähigkeiten zu stärken, die erforderlich sind, um ein befriedigendes Leben ohne Suchtmittel zu führen. Die *Therapie* zielt auf eine Einstellungsänderung Suchtmitteln gegenüber und auf eine Entwicklung *gesünderer* Verhaltensweisen [hin]“ (Assfalg 2002, S. 136).

In der stationären Drogentherapie lassen sich drei zentrale Konzepte unterscheiden. Im Zentrum des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft liegt ein Selbsthilfeansatz ehemaliger Drogensüchtiger mit einer zum Teil lebenslangen Orientierung an der Gemeinschaft. Grundlegend dabei ist, dass die strikte Trennung zwischen Therapeuten und Patienten aufgehoben wird (vgl. Jungblut 2004, S. 317). Die Idee der therapeutischen Gemeinschaft ist für die Entwicklung der stationären Drogentherapie in heutiger Form prägend. Ende der 60er Jahre wurde klar, dass die bisher bestehenden Hilfeleistungen sehr begrenzt und das Angebot sehr einseitig war. Die ersten Ansätze einer neuen Form der Drogentherapie kamen von Großbritannien und entstanden aus den Ansätzen der Release - Bewegung. Nahezu zeitgleich entstanden nach amerikanischem Vorbild therapeutische Gemeinschaften orientiert an den pädagogischen Vorstellungen von Maka-

---

renko. Diese Gedanken entstanden durch die Anti-Psychiatriebewegung in den späten 60er Jahren beziehungsweise bis Mitte der 70er Jahre (vgl. Vormann 2002, S. 555-556). Die Merkmale einer therapeutischen Gemeinschaft bilden die Freiwilligkeit der Abhängigen an der Therapie, die aktive und verantwortliche Einbeziehung der Patienten in alle Bereiche der Einrichtung, die geringe Gruppengröße, die Betonung der Gruppenorientierung der Prozesse, die Gleichwertigkeit von Mitarbeitern und Patienten, das gemeinsame Arbeiten am Prozess (vgl. Vormann 2002, S. 557-558). Die dabei verfolgten Ideen einer therapeutischen Gemeinschaft bildeten die Kernideen, Solidarität und ein akzeptierter Umgang mit den betroffenen Menschen, den Grundstein für das heutige Konzept einer stationären Drogentherapieform im deutschsprachigen Raum (vgl. Bader 2002, S. 396). In den heutigen stationären Therapieformen, welche sich an diesem Konzept orientieren, ist die Behandlung am ganzen Menschen wichtig und es liegt keine Fokussierung an einem Problem vor. Die Idee einer freien, offenen, gleichrangigen Therapie ist noch vorhanden, jedoch fließen über die Jahre sozial- und psychotherapeutische Aspekte in die Therapiemethode mit ein (vgl. Vormann 2002, S. 559). Mit der Weiterentwicklung der therapeutischen Gemeinschaft wurden auch andere Professionen, neben den Ärzten, in die Drogentherapie integriert (vgl. Bader 2002, S. 400). Als Beispiel für eine stationäre Drogentherapieeinrichtung nach dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft ist hier die Einrichtung „Synanon“ in Berlin zu nennen (vgl. Jungblut 2004, S. 317).

Die Entwicklung des Suchthilfesystems steht im engen Zusammenhang mit den rechtlichen Faktoren, mit dem Einsetzen des Suchtmittelgesetzes und der Novellierung 1971. Durch die Entwicklung der therapeutischen Gemeinschaften unterscheidet man im stationären Bereich zwischen drogentherapeutischen Facheinrichtungen und psychischen Kliniken. Zwischen diesen beiden Behandlungsformen gibt es grundsätzliche Unterscheidungen, zum Beispiel hinsichtlich der Finanzierung (vgl. Bader 2002, S. 405).

Ein weiteres Konzept ist das der professionell geführten stationären Einrichtung. Diese Form der Therapie schließt die Elemente der therapeutischen Gemeinschaft aus. Die Organisationsstrukturen und Therapieinhalte werden aus einer theoretisch verantwortba-

---

ren Konzeption abgeleitet. Den Kern bildet eine spezifische psychodynamische Lehrmeinung wie Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Sozialisationstheorie oder andere. Die Behandlung findet nach zwei Wirkfaktoren, die Isolierung von Lebenssituationen und die Regulierung der Tageszeit durch die verpflichtende Teilnahme an den verschiedenen Therapien, statt. Der Tagesablauf der Patienten wird durch Lern-, Arbeits-, und Vorsorgebereiche strukturiert. Diese Bereiche umfassen die medizinische Vorsorge, Psychotherapie, soziale Gruppenarbeit, Werktherapie und Sport. In den Einrichtungen nach diesem Konzept werden sporadisch und systematisch Urinkontrollen durchgeführt (vgl. Jungblut 2004, S. 317-322). Als Beispiel für die Therapie nach diesem Konzept ist das Fachkrankenhaus für Drogenabhängige „Daytop“ in Berlin (vgl. Jungblut 2004, S. 319).

Ein weiteres Konzept der Drogentherapie ist eine professionell geleitete, stationäre Einrichtung, als Grundlage psychotherapeutische Settings, aber auch Elemente der therapeutischen Gemeinschaft zur Strukturierung der Therapie verwendet (vgl. Jungblut 2004, S. 318). Dieses Konzept wurde bereits in der Erklärung zur therapeutischen Gemeinschaft angesprochen und setzt sich aus Elementen beider genannten Konzepte zusammen. Wie bereits genannt orientieren sich viele Therapieeinrichtungen an Ideen der therapeutischen Gemeinschaft. In abgewandelter Form werden Prinzipien davon in die Strukturierung des Therapiealltags übernommen, jedoch die psychodynamischen Verfahren als Wirkmechanismen und die Regeln des Umgangs in der Therapie beibehalten. Kennzeichnend für diese Mischform der Therapie sind drei zentrale Merkmale. Die Übernahme von Tätigkeiten, die Diskussion und Klärung von Problemen mit den Patienten in Konsensbildung oder Mehrheitsentschlüssen und die Einbeziehung von anderen Patienten als Co-Therapeuten durch die Hilfe von anderen bei der Bewältigung von Aufgaben im Therapiealltag. Zu diesen Merkmalen kommen besondere Rituale und Verhaltensanweisungen, die das Leben in der Einrichtung kennzeichnen. (vgl. Jungblut 2004, S. 318). In diese Kategorie der stationären Therapie fällt die Therapieeinrichtung „walkabout“, welche im Mittelpunkt des vierten Kapitels dieser Arbeit steht.

Eine nächste grundsätzliche Unterscheidung in der stationären Drogentherapie findet über den zeitlichen Faktor statt. Dabei gibt es eine Differenzierung zwischen Kurzzeit- und Langzeittherapie. In den 90er Jahren entwickelten sich auch kurzzeitige Therapie-



formen. Diese umfassen einen Zeitraum von drei bis vier Monaten. Die Langzeittherapien umfassen einen Zeitraum von zehn Monaten bis zu zwei Jahren. Zeitlich gesehen orientieren diese sich sehr an den individuellen Bedürfnissen der Klienten (vgl. Bader 2002, S. 410-412). Eine Kurzzeittherapie bietet eine gute Möglichkeit für Menschen, die nach einer Langzeittherapie wieder rückfällig geworden sind oder nur über einen kurzen Zeitraum konsumiert haben und dadurch in die Drogenszene nicht so integriert sind (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 145). Die Behandlungsangebote einer mittelfristigen Therapie (drei bis vier Monate) sind deckungsgleich mit denen einer Langzeittherapieform. In der sehr kurzen Zeit ist die intensive Auseinandersetzung mit der Problemstellung jedoch nicht so gegeben und durch den kurzen stationären Aufenthalt bleiben die Erfolge hinsichtlich einer weiteren abstinenten Lebensweise aus. Die Angebote umfassen die Stabilisierung des Gesundheitszustandes, die Unterstützung des Patienten mit sozialarbeiterischen Maßnahmen, Gruppen- und Einzeltherapie, Ergotherapie und Freizeitgestaltung und die Übernahme von Aufgaben und Rollen innerhalb des Hauses (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 145). Sie bietet eine Möglichkeit das Leben zu ordnen, einen Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand zu erhalten, einen Einblick in seine psychischen Problembereiche zu bekommen und einen Einblick in eine Therapie zu erlangen (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 145).

Eine Langzeittherapie kann im Idealfall an eine kurze Therapieform oder einen reinen Entzug gekoppelt werden, da in dieser Form der körperliche Entzug bereits abgeschlossen sein sollte (vgl. Leininger 2010, S. 103). Die unterschiedlichen stationären Einrichtungen weisen Differenzen hinsichtlich ihrer Zielgruppe, der Größe der Einrichtung, der therapeutischen Orientierung, der Behandlungsart, dem Grad der regionalen Eingebundenheit und der Trägerschaft auf (vgl. Assfalg 2002, S. 136). Es gibt die unterschiedlichsten Arten von Spezialkliniken und jede versucht, ein optimales Angebot für die Individualität der Suchtpatienten zu bieten um einen positiven Therapieverlauf zu ermöglichen.

Am Beginn eines stationären Entzugs wird im Gespräch mit dem Patienten entschieden, ob er einen warmen Entzug mit Medikamenten oder einen kalten Entzug ohne die Beigabe von Medikamenten wünscht. Jede Variante bietet verschiedene Vorteile wie auch

Nachteile (vgl. Tetter 2000, S. 69-70). Nach dem körperlichen Entzug der Drogen ist die psychische Entwöhnung der Kernpunkt der stationären Therapie (vgl. Tretter 2000, S. 75). Das Therapieprogramm eines stationären Entzugs umfasst die Psychotherapie, die medizinische Behandlung, die physikalische Therapie und Sport, die Ergotherapie, die Auseinandersetzung mit dem vergangenen- sowie weiteren Leben und der Sucht und die Sozialberatung (vgl. Assfalg 2002, S. 142; Bader 2002, S. 413-415). Die Phasen, die ein Patient während der Therapie durchlebt, sind bei stationären Einrichtungen gleich. Die Therapie beginnt, wie genannt, mit einer Entzugbehandlung. Nach der vollständigen Entgiftung des Körpers beginnt die Rehabilitation. Sie umfasst die Orientierungsphase, die Intensivtherapie und die Adaptionsphase. In optimalen Fällen findet nach Abschluss der stationären Therapie eine Nachbetreuung statt (vgl. Bader 2002, S. 413). Es gibt Einrichtungen in der der Entzug wie auch die Rehabilitation stattfindet. Es kann nach dem Entzug, aber ein Wechsel in eine stationäre Therapieeinrichtung gemacht werden. Die weiterführende Behandlung in einer Langzeittherapie nach Abschluss einer kurzzeitigen Behandlung ist ebenfalls möglich. Dies wird individuell und in Gesprächen mit den Mitarbeitern der Einrichtungen entschieden und in die Wege geleitet.

### **3 Rolle der Reflexion**

Im Folgenden soll auf die Rolle der Reflexion in der sozialen Arbeit eingegangen werden. Ausgehend von der Forschungsfrage: „Welchen Stellenwert hat die Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit, im speziellen in der stationären Drogentherapie?“ werden in diesem Teil der Arbeit die Formen der Reflexion und die Problemlagen in der sozialpädagogischen Arbeit in der Suchttherapie diskutiert. Abschließend in diesem Kapitel wird der Stellenwert der Reflexion im Hinblick auf die Notwendigkeit und Wichtigkeit angeführt.

Reflexion „(.) ist der Schlüssel zum Lernen im Erwachsenenalter. Reflexion bedeutet, das eigene Verhalten und die eigenen Deutungen von einem anderen Standpunkt aus betrachten und kritisch hinterfragen zu können. Das geschieht im beruflichen Alltag oft beiläufig, ist aber von besonderer Wichtigkeit, wenn man verfahrenere Situationen erlebt, wenn das eigene Verhalten in bester Absicht unerwartete und vor allem unerwünschte Wirkungen hervorbringt oder wenn man sein Verhaltensrepertoire weiterentwickeln möchte“ (Tietze 2003, S. 21-22).

#### ***3.1 Formen der Reflexion***

Im Weiteren werden verschiedene Formen der Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit vorgestellt. Dabei soll ein Einblick in die unterschiedlichen Arten gegeben werden. Es gibt eine Masse an verschiedenen Fachbüchern zu Reflexionsformen wie Supervision. In gewissen Bereichen ist die Auswahl an verschiedenen Fachbüchern sehr klein. In diesem Fall ist die Fallbesprechung zu erwähnen.

Die häufigste Form der Reflexion ist die Besprechung von Fällen in der Dienstbesprechung und im Austausch mit den Kollegen (vgl. Heiner 1988, S. 8). Diese finden im Alltag der sozialpädagogischen Arbeit täglich statt. Jedoch findet sie sich in der Literatur nicht so umfangreich wieder.

Die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Reflexionsmethoden verschwimmen sehr stark ineinander und klare Definitionen werden schwer. Grundsätzlich fallen alle Methoden unter den Überbegriff Beratung. Der Begriff Beratung hat ein großes Bedeutungsfeld und durch die unzähligen Veröffentlichungen mit neuen Einteilungen und Unterscheidungen ist keine geschlossene Gesamtkonzeption zu erkennen. Es wird versucht, durch die Unterteilungen des Angebots einen Überblick zu bekommen. Diese Kategorien gehen nach Adressaten, Aufgabenfelder, Sozialformen oder Persönlichkeits-theorien bzw. Menschenbildern der Beratung vor. Diese Unterscheidungen sind jedoch nur ein Versuch verschiedener Autoren, eine Einteilung zu gewinnen. Entscheidend ist, dass Beratung einem durchdachten Setting und einer zielgerichteten Veränderungsbe-mühung folgt. Dabei sind die Freiwilligkeit und die ethischen Prinzipien der Ratsu-chenden einzuhalten (vgl. Schlee 2008, S. 18-19).

Es ist wichtig am Anfang der Problembearbeitung heraus zu finden, welches das geeig-nete Mittel für einen erfolgreichen Abschluss ist (vgl. Richter 2009, S. 29). Je nach persönlichem Nutzen und Problemlage ist nicht jede Methode die geeignete. In dieser Darstellung der Reflexionsmethoden werden neben der Vorstellung der Methode glei-chermaßen kritische Anmerkungen Platz finden.

### **3.1.1 Selbstreflexion/ Selbstevaluation**

Grundsätzlich entscheidet man bei dieser Form der Reflexion zwischen der Fremd- und Selbstevaluation. Die Fremdevaluation wird von außenstehenden Fachleuten über die Effektivität einer Institution durchgeführt. Dabei steht nicht das eigene Handeln einer Fachperson im Mittelpunkt der Evaluation, sondern das eines anderen Mitarbeiters (vgl. Stimmer 2000, S. 196-197 zit. n. Heiner 2000, S. 590). Im Folgenden wird näher auf die selbst durchgeführte Evaluation der Fachkräfte ihrer Arbeit eingegangen. Die Fremd-evaluation wird in dieser Arbeit nicht behandelt, da zentral die eigene klientenzentrierte, methodische Reflexion behandelt wird.

---

Selbstevaluation kann in verschiedene Phasen des Arbeitsprozesses durchgeführt werden. Es kann eine integrierte Reflexionsmethode im zirkulären Problemlösungsprozess sein oder am Ende einer Maßnahme als Ergebnisevaluation stattfinden (vgl. Stimmer 2000, S. 198).

Selbstevaluation meint die verstärkte Konzentration auf die eigene Arbeit (vgl. Galuske 2009, S. 324). Ein wichtiger Punkt dabei ist die Eigenverantwortung der Mitarbeiter. Handlungskompetenz, Erwartungen und Interesse der Fachkraft selbst ist Ausgangspunkt und Ziel der Reflexionsmethode (vgl. Spiegel 1994, S. 20). Der Fokus liegt dabei nicht auf der Absicht einer Veränderung der Handlungsweise, sondern die Betrachtung auf der Selbstbeobachtung, der Handlungsweise und organisatorischen Rahmenbedingungen (vgl. Galuske 2009, S. 324). Spiegel (1994) sieht Selbstevaluation als systematische Nach-, Denk- und Bewertungshilfe und sie soll dazu dienen, Handlungen zu reflektieren, zu kontrollieren und die Kompetenz der Fachkräfte zu verbessern (vgl. Spiegel 1994, S. 18). Selbstevaluation baut im Gegensatz zu anderen Reflexionsmethoden auf die Verschriftlichung und Dokumentation auf. Sie wirft einen weiteren Blick auf die Sachlage, da sie auch gesellschaftliche Bedingungen und strukturelle Mängel einer Institution einschließt. Sie fokussiert nicht nur einen Bestandteil des Problems, sondern umfasst einen größeren Radius. Sie schließt die Problemstellung als Ganzes ein. Im Mittelpunkt der Untersuchung steht jedoch die Wirkung der eigenen Maßnahme (vgl. Spiegel 1994, S. 18-19).

Ziel der Selbstevaluation ist es, durch eine „systematische Sammlung, Sichtung und Auswertung der Informationen (...), Distanz zu gewinnen, in Alternativen zu denken, mehrere Perspektiven zu berücksichtigen, umfassendere Zusammenhänge zu sehen und gezielter zu handeln“ (Heiner 1988, S. 10). Die Selbstevaluation kann sich auf verschiedene Bereiche der Arbeit eines Sozialpädagogen beziehen. Sie kann sich nur auf einen Teilbereich der Institution beziehen oder auf einen Bereich der Klienten. Die Selbstevaluation kann einen Mitarbeiter oder eine kleine Gruppe von Fachkräften umfassen (vgl. Stimmer 2000, S. 197 zit. n. Heiner 2000, S. 591ff.).

---

Die Selbstevaluation des eigenen klientenzentrierten, methodischen Handelns folgt nach mehreren Bewertungskriterien, welche für sich selbst reflektiert werden. Stimmer (2000) fasst diese Kriterien in einem Leitfaden zusammen, der einen Anhaltspunkt für die Selbstreflexion bieten kann, aber nach persönlichem Nutzen abgeändert werden kann.

- Werden bzw. wurden die mit dem Klienten anfangs vereinbarten Ziele erreicht?
- Sind bzw. war die Planung der gewählten sozialpädagogischen Maßnahmen für die Lösung des Problems angemessen?
- Ist bzw. war die Qualität der Durchführung im Bezug auf die methodischen Kompetenzen sichergestellt?
- Sind bzw. wurden die ethischen Prinzipien des methodischen Handelns beachtet?
- Läuft bzw. lief der Problemlösungsprozess zirkulär ab?
- Wird bzw. wurden andere Professionen und Institutionen in den Fall miteinbezogen? Ist bzw. war es der Fall?

Um die Fragen zu beantworten, sollten die allgemeinen Begriffe wie die Ziele, Maßnahmen, Kompetenzen individuell angepasst werden und die Fragestellungen hinterfragt werden. Eine Skalierung kann ebenfalls sehr hilfreich sein, um eine bessere Strukturierung und Dokumentierung zu erreichen (vgl. Stimmer 2000, S. 197-198).

Selbstevaluation ist im Bereich der Sozialen Arbeit noch sehr theoretisch angelegt und nicht praxisorientiert (vgl. Heiner 1994, S. 11). Sie bedient sich eines Spektrums verschiedener Methoden. Es gibt aber kein Verfahren, auf das die Selbstevaluation aufbaut. Stimmer (2000) gibt verschiedene Anregungen für verschiedene Fragestellungen, nach welchen sich eine solche Reflexion orientieren könnte. Dieser Leitfaden wurde zuvor bereits aufgezeigt. Des Weiteren kann die Führung von Journalen oder Teamprotokollen einen Prozess der Reflexion anregen und kann eine gute Grundlage bilden (vgl. Stimmer 2000, S.199 zit. n. Spiegel 1994, S. 272ff.). Ein weiterer Anhaltspunkt kann das allgemeine Orientierungsraster methodischen Handelns und das Modell des zirkulären Problemlösungsprozess, um die Fragestellungen zu strukturieren und eine gezielte Reflexion durchzuführen, darstellen (vgl. Stimmer 2000, S.199). Eine weitere Option ist

---

die Dokumentation der Handlungsregeln, um in diesem Bereich Unstimmigkeiten festzustellen (vgl. Stimmer 2000, S.199 zit. n. Spiegel 1994, S. 247f.). Das Verfahren der Situationsanalyse mit einem Verlaufsprotokoll, Entdeckungskarten und Reflexionsraster bietet schon während des Problemlösungsprozess eine Reflexion in Hinsicht auf das Erreichen des Ziels. Selbstevaluation im Team oder in Gruppen, welche in dieser Arbeit nicht genau betrachtet wurden, können sich der Methoden oder der Verfahren, die in der Klientenarbeit angewandt werden, bedienen. Dabei können theaterpädagogische Methoden, themenzentrierte Interaktionen, klientenzentrierte Gesprächsführung sowie die Moderation oder die Zukunftswerkstatt eine wichtige Rolle spielen (vgl. Stimmer 2000, S. 200). Die Methoden werden hier angeführt, um eine Vorstellung an den vielseitigen Möglichkeiten der Selbstevaluation zu geben. Ein Raster mit Fragen zu den Erwartungen und Anforderungen des Umfelds der Fachkraft kann der Reflexion der eigenen Arbeit behilflich sein (vgl. Stimmer 2000, S.199 zit. n. Heiner 1994, S. 143). Aspekte klientenzentrierter Beratung und ein Fragebogen, der dabei verwendet wird, kann Anwendung in der Selbstevaluation finden (vgl. Stimmer 2000, S. 200-201). Damit soll ein Einblick in die verschiedenen Möglichkeiten zur Selbstevaluation gegeben werden. Diese Form der Reflexion kann in unterschiedlichen Varianten selbst durchgeführt werden und einen guten Pol für eine Reflexion der Arbeit in verschiedenen Gegebenheiten bieten.

Kennzeichnende Aspekte der Selbstevaluation sind nach Galuske (2009) „Selbstbeobachtung, kontrollierte Erhebung mit erprobten (empirischen) Verfahren, Informationssammlung über Prozess und Ergebnis professioneller Interventionen sowie eine Dokumentation der Erhebung sowie der gewonnenen Erkenntnisse“ (Galuske 2009, S. 326). Dieses Verfahren kann eine gute Möglichkeit sein, sein Handeln zu überprüfen und verständlicher zu machen. Jedoch wird in der Literatur der kontrollierende und überprüfende Aspekt dieser Methode aufgezeigt. Es geht um eine nachträgliche Messung der Effektivität von Handeln und es entsteht eine Form von Kosten-Nutzenrechnung (vgl. Galuske 2009, S. 326). Dieser Aspekt führt zu den kritischen Anmerkungen der Selbstevaluation über. Mit der Änderung von der Inputorientierung zu einer outputorientierten Arbeit von „Was macht ihr?“ zu „Was bewirkt ihr?“ steht diese Rechnung zentral über der Arbeit als Sozialpädagoge (vgl. Müller 2010, S. 141). Spiegel (1994) meint dazu,

dass jede Fachkraft nur Daten nach eigenem Wunsch weiter geben muss. Sie kann die gewonnenen Daten zu ihrem Nutzen verwenden, um die Erkenntnisse zur Selbstdarstellung und Rechtfertigung ihrer Forderungen einzusetzen (vgl. Spiegel 1994, S. 20). Müller (2010) merkt ebenfalls zu bedenkende Aspekte zur Selbstevaluation an. Zum einen ist eine Evaluation der eigenen Arbeit immer subjektiv geprägt von der Person. Zum zweiten folgt diese Form der Reflexion empirisch - wissenschaftlichen Regeln, die nicht allen Personen bekannt sind. Die Herangehensweise, welche einen weiteren Punkt bildet, sollte nach verschiedenen Kriterien erfolgen. Des Weiteren ist die Selbstevaluation neben der beruflichen Aufgaben eine zusätzliche, anspruchsvolle Arbeit und wird meist nicht extra vom Arbeitgeber bezahlt (vgl. Müller 2010, S. 143). Als Form der selbstständigen Reflexion bietet die Selbstevaluation ein breites Spektrum an Möglichkeiten. Jedem Sozialpädagogen steht es offen, welche Informationen er weiter gibt. Diese Form der Reflexion ist sicherlich sehr geprägt von der durchführenden Person und soll nach Kriterien stattfinden. Dennoch besteht dabei ein großer Handlungsspielraum und man kann unter den verschiedenen Möglichkeiten, wie aufgezeigt wurde (offene oder geschlossene Fragen), die optimale Lösung individuell entscheiden. Die Selbstreflexion der pädagogischen Arbeit findet in der Auseinandersetzung mit der täglichen Arbeit immer statt. Oft wird diese nicht genau dokumentiert, da für das keine Zeit bleibt.

### **3.1.2 Fallbesprechung**

Die Fallbesprechung ist eine Analyse eines Problems, das im unmittelbaren Kontakt mit einem Klienten steht. Die Analyse erfolgt in vier Schritten: Beobachtung, Diagnose, Intervention bzw. Handeln und Kontrolle. Dabei wird nicht nach einer Lösung gesucht, sondern sie dient dem Informationsaustausch und der persönlichen Reflexion des Falls, denn in der Fallbesprechung werden persönliche Arbeits- und Handlungsweisen reflektiert. Es stehen die gemeinsame Arbeit des Teams an einem Fall und die gemeinsame gezielte Intervention im Mittelpunkt (vgl. Willig/ Ebel/ Erben/ Pulvermüller 1998, S. 283-284). Die Fallbesprechung ist im sozialpädagogischen Arbeitsalltag fest verankert. Diese sind wichtig, um den Veränderungsprozess des Klienten aufzuzeigen und ein



weiteres kooperatives Einwirken zu besprechen. Darum sollen die Treffen in regelmäßigen Abständen stattfinden. Bei Fallbesprechungen kommen alle Teammitglieder, die mit dem besprochenen Fall bzw. Klienten in Kontakt sind, im ungestörten Rahmen zusammen. Jedes Teammitglied ist gleichrangig und kann Beiträge im Bezug auf den Fall einbringen. Der zeitliche Rahmen sollte begrenzt sein (vgl. Willig/ Ebel/ Erben/ Pulvermüller 1998, S. 283-284). Jedoch kann man den zeitlichen Rahmen an den jeweiligen Fall anpassen.

Diese Fallbesprechungen werden nach einem bestimmten Ablauf gegliedert. Das Team einigt sich auf einen Fall. Es können in einem Treffen auch mehrere Fälle beschrieben werden, dies sollte jedoch voneinander gesondert geschehen. Der Fall wird aus subjektiver Sicht von jedem Beteiligten dargestellt. Alle Teammitglieder können die Fallbeschreibung des Anderen ergänzen bzw. bei Unklarheiten nachfragen. In dieser Phase werden verschiedene Informationen über den Klienten aufgezeigt. Diese Fakten können aus den Bereichen der unterschiedlichen Professionen stammen. Dieser Abschnitt der Fallbesprechung bezieht sich wie anfangs erwähnt auf die Beobachtungsphase. Im Weiteren wird dort aufgrund der gemeinsamen Schilderungen des Falls eine Diagnose erstellt. In dieser zweiten Phase der Diagnose kann jeder Teilnehmer seine Beobachtungen, Phantasien und Vermutungen einbringen. Dabei können individuelle Emotionen und Gefühle, die den Fall betreffen, eingebracht werden. In diesem Schritt werden vorläufige Lösungsvorschläge gesammelt und diskutiert. Im Austausch mit den Anderen wird die weitere Vorgehensweise besprochen und an einer bestmöglichen, gemeinsamen Intervention gearbeitet (vgl. Willig/ Ebel/ Erben/ Pulvermüller 1998, S. 284-285). Die nächsten Schritte beziehen sich auf die Durchführung der besprochenen Lösungswege und die Kontrolle der Umsetzung in der nachfolgenden Fallbesprechung. Um das gemeinsame Arbeiten mit dem Klienten zu überprüfen und vielleicht eine neue Richtung einzuschlagen ist es wichtig, dass die Fallbesprechungen in regelmäßigen Abständen stattfinden (vgl. Willig/ Ebel/ Erben/ Pulvermüller 1998, S. 285).

Kennzeichnend für die Fallbesprechung ist das gleichrangige Arbeiten an einem gemeinsamen Lösungsweg von einem bestimmten Fall. Jede Äußerung wird gleich aufgenommen und gemeinsam besprochen. Im Mittelpunkt steht nicht die Reflexion des

eigenen Handelns, sondern die Informationssammlung über einen bestimmten Klienten von den verschiedenen Teammitgliedern. Dennoch spielt dabei das individuelle Gefühl und Emotionen eine wichtige Rolle, was hier als kritische Betrachtungsweise angeführt wird. Obwohl Fallbesprechungen in der Arbeit als Sozialpädagoge eine wichtige Rolle spielen und unentwegt stattfinden, findet man sie in der Literatur nicht so häufig. Dabei wird häufiger auf die Fallberatung eingegangen, die sich jedoch von der Fallbesprechung unterscheidet. Die Unterschiede der Fallbesprechung und der Fallberatung finden sich im folgenden Kapitel der kollegialen Beratung und Intervision wieder.

### **3.1.3 Kollegiale Beratung und Intervision**

Die kollegiale Fallberatung ist auch als Fallberatung oder kollegiale Beratung bekannt (vgl. Rimmasch 2003, S. 17). Ebenfalls die Begriffe kollegiale Supervision, systemische Supervision und Intervision sowie kooperative Beratung und kollegiale Praxisberatung in der Gruppe werden im Zusammenhang mit diesem Begriff verwendet. Die jeweiligen Ausdrucksformen sind geprägt durch unterschiedliche Autoren (vgl. Schmid/ Veith/ Weidner 2010, S. 103; Tietze 2003, S. 37). In diesem Kapitel werden die verschiedenen Begriffe verwendet, jedoch bezieht es sich auf die gleiche Form der Reflexion.

Rimmasch (2003) definiert kollegiale Fallberatung als „(...) eine Form gegenseitiger beruflicher Beratung in einer von Kollegen selbst geleiteten Gruppe. (...) [Sie] stellt ein diagnostisches Instrument zur Reflexion und Klärung beruflicher Probleme – genannt »Fälle« - dar“ (Rimmasch 2003, S. 17). Dabei ist mit Fällen nicht ein Klientenfall gemeint, sondern bezieht sich auf eine Arbeits-, Entscheidungs- oder Leitungssituation die den Teilnehmer im Berufsalltag betrifft (vgl. Rimmasch 2003, S. 21).

Tietze (2003) erweitert die Definition und schreibt die „[k]ollegiale Beratung ist ein strukturiertes Beratungsgespräch in einer Gruppe, in dem ein Teilnehmer von den übrigen Teilnehmern nach einem feststehenden Ablauf mit verteilten Rollen beraten wird mit dem Ziel, Lösungen für eine konkrete berufliche Schlüsselfrage zu entwickeln“

(vgl. Tietze 2003, S. 11). Die Rollen werden anfangs klar verteilt, jedoch sind alle Teammitglieder gleichrangig.

Der Gedanke der kollegialen Beratung stammt aus der Arbeit mit Lehrern. Anfang der 70er Jahre begannen Lehrer und Referendare in Deutschland, den Umgang mit schwierigen Schülern in Gruppen zu besprechen (vgl. Tietze 2003, S. 36). In diesen kollegialen Unterstützungsgruppen sollten die Lehrer über alle berufsabhängigen Ärgernisse, Enttäuschungen und Schwierigkeiten sprechen. Der Austausch dabei umfasst nicht nur die Solidaritätsbekundungen der Anderen, sondern sollte durch das gemeinsame Diskutieren eine Lösungsstrategie hervorbringen (vgl. Schlee 2008, S. 25). Diese Fallarbeit wurde vorerst durch einen Psychologen geleitet, der den Ablauf strukturierte. Anfang der 80er Jahre entwickelte sich immer mehr die Richtung einer selbstgesteuerten und gegenseitigen Beratung ohne externe Person, die wir heute unter kooperativen Beratung kennen (vgl. Tietze 2003, S. 36). Diese Zusammentreffen, nicht mehr an die Gruppe der Lehrer gebunden, findet nach strukturierten Leitlinien statt, die jedoch unter der Anleitung einer teaminternen Person durchgeführt werden (vgl. Schlee 2008, S. 25). Diese Schritte werden zu einem späteren Zeitpunkt des Kapitels beschrieben.

Ausschlaggebend für die kollegiale Beratung sind der gemeinsame berufliche Hintergrund, der in der Gruppe als Wissens- und Erfahrungspotential genutzt wird und die Bereitschaft aller Teilnehmer, Fälle aus dem eigenen Arbeitsfeld einzubringen und zu diskutieren. Jeder der Teilnehmer ist gleichrangig in der Gruppe (vgl. Rimmasch 2003, S. 17).

Das Ziel der kollegialen Beratung ist, eine angemessene und verwirklichtbare Lösung zu einem aktuellen Problem zu finden und damit langfristig die Problemlösungskompetenzen firmenintern durch das gemeinschaftliche Entwickeln von Lösungsstrategien zu erhöhen (vgl. Rimmasch 2003, S. 17).

Wie in diesem Kapitel bereits erwähnt, stammen die Fälle oder der Fall, der in einer kollegialen Beratung diskutiert wird, aus dem beruflichen Alltag. Diese Problemstellung kann sich auf Personen oder Situationen beziehen. Als Beispiele können hier der Um-

gang mit veränderten Verhaltensweisen, die Bewältigung neuer Aufgaben, die Integration neuer Mitarbeiter, die eigene Arbeitsweise, die Probleme mit bzw. zwischen Mitarbeitern sowie Schwierigkeiten mit Klienten oder die Bewältigung von Veränderungen genannt werden (vgl. Tietze 2003, S. 31-32). Jedoch ist das Spektrum für eine solche Problemstellung breit gefächert und es gibt eine Fülle an verschiedenen Problemstellungen. Der eingebrachte Fall sollte verschiedenen Anforderungen entsprechen. Er bezieht sich aktuell auf eine konkrete soziale Situation oder eine oder mehrere Personen. Das Problem liegt außerhalb der kollegialen Beratungsgruppe und außer dem Fallerzähler ist niemand in den Fall miteinbezogen. Da das Problem aus einem aktuellen Anlass stammen sollte, beschäftigt sich die Person noch mit der Fragestellung und hat für sich noch keine zufriedenstellende Lösung gefunden (vgl. Tietze 2003, S. 31).

Die kollegiale Fallberatung findet in Kleingruppen von vier bis maximal sechs Personen statt. Bei mehr als sechs Teilnehmern sollte man an dem jeweiligen Fall in parallelen Kleingruppen arbeiten oder eine separate Bearbeitung mit anschließender Besprechung im Plenum abhalten (vgl. Schmid/ Veith/ Weidner 2010, S. 15-16). Die Zusammenkunft in der Gruppe sollte in regelmäßigen Abständen erfolgen um das Arbeitsklima aufrecht zu erhalten und dadurch ein effizienteres Arbeiten im Team zu ermöglichen (vgl. Schlee 2008, S. 68). Die Rollen sind grundsätzlich mit einem Fallgeber und zwei bis drei Beratern verteilt. Einer der Berater übernimmt zusätzlich die Rolle der Moderation und gegebenenfalls auch die des Zeitwächters (vgl. Schmid/ Veith/ Weidner 2010, S. 15). Tietze (2003) sieht in seiner Veröffentlichung die gleichen Hauptrollen. Er ergänzt diese um die Rolle des Sekretärs und des Prozessbeobachters (vgl. Tietze 2003, S. 52-59). Schlee (2008) sieht in seiner Aufgabenverteilung noch weitere Aufgaben vor. Er verteilt neben den Aufgaben des Moderators und des Fallgebers die Rollen des Gastgebers, des Zeitwächters, des Logbuchführers, des Wadenbeißers, der für die Einhaltung der Regeln zuständig ist, des Sekretärs und des Verwalters der Fragen und Probleme, die aus dem Gespräch entstehen (vgl. Schlee 2008, S. 69-74).

Der Prozessverlauf einer kollegialen Beratung wird unterschiedlich geschildert. Im Weiteren wird kurz auf zwei unterschiedliche Vorgehensweisen von Tietze und Schlee

---

eingegangen. Diese beiden Modelle wurden gewählt, um die verschiedenartigen Möglichkeiten der Gestaltung einer Einheit der kollegialen Beratung aufzuzeigen.

Der Ablauf einer kollegialen Beratungssitzung ist nach Tietze (2003) in sechs Phasen gegliedert. Die erste umfasst die Einteilung der Rollen. Darauf folgt die spontane Fall-erzählung. Dabei wird die Schlüsselfrage formuliert, welche in der Gruppe geklärt werden soll. Diese Formulierung der Schlüsselfrage umfasst laut Tietze die dritte Phase. Im vierten Schritt wird in der Gruppe durch Anleitung des Moderators eine Methode zur Lösung des Problems unter dem Gesichtspunkt der Schlüsselfrage gewählt. Die Methode kann aus einem Pool an verschiedenen Auswahlmöglichkeiten erfolgen. Zur besseren Lösung der Problemstellung können auch zwei Methoden kombiniert werden. Im sechsten Schritt folgt die Beratung des Fall-erzählers, welcher in dieser Phase eine passive, zuhörende Haltung einnimmt. Der Abschluss dient der Rückmeldung des Fallgebers an die Gruppe und der Reflexion der vorgebrachten Lösungsvorschläge. Die zeitliche Komponente ist bei Tietze 35 bis 40 Minuten (vgl. Tietze 2003. S. 60-110).

Schlee (2008) beschreibt im Unterschied zu Tietze nur zwei Phasen. Neben der hinführenden und abschließenden Sequenz in der kollegialen Beratung gibt es die Phase der Sicherheit und des Vertrauens und die Phase der Skepsis und Konfrontation. Die erste Phase umfasst circa 45 Minuten und dient zur Reflektion des Problems durch den Fall-geber. Die anderen Teilnehmer sollen in dieser Phase dem Erzählenden das Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens geben. Das respektvolle Zuhören und die Anteilnahme stehen dabei im Mittelpunkt. Wenn der Fallgeber es wünscht, kann nach der ersten Phase die Einheit beendet werden. Im Mittelpunkt der zweiten Phase steht, dass dem Ratsuchenden verschiedene Sichtweisen ersichtlich gemacht werden. Dabei können verschiedene Methoden herangezogen werden. Die meisten Konfrontationsmethoden beinhalten die gezielte Einsetzung von Fragen. Diese vorgegebenen Fragen werden von den Teilnehmern an den Ratsuchenden gestellt. Schlee betont während der gesamten Einheit den respektvollen Umgang mit der fallgebenden Person und des Problems. Es können mehrere Konfrontationsmethoden in einer Sitzung angewandt werden. Es sollten jedoch nicht mehr als vier bis sechs sein. Diese Phase der Konfrontation dauert 35

Minuten. Darauf folgt eine Abschlussrunde und weitere Fragen oder Anmerkungen (vgl. Schlee 2008, S. 77-107).

Tietze (2003) definiert drei Ziele der kollegialen Beratung. Das übergeordnete Ziel ist die Verbesserung der beruflichen Praxis und Teilziele sind die Lösung für das vorgebrachte Praxisproblem, die Reflexion der beruflichen Tätigkeiten und Berufsrolle und die Weiterentwicklung von praktischen Beratungskompetenzen (vgl. Tietze 2003, S. 19). Die kollegiale Beratung beinhaltet weitere positive Faktoren über die bereits genannten Ziele hinaus. Das Erfahren durch den Rückhalt in der Gruppe, die Entlastung durch andere Mitstreiter, der fachliche Austausch und die gemeinsame Arbeitskultur sind Vorteile, die jeder einzelne von einer Einheit mitnehmen kann (vgl. Tietze 2003, S. 24-25).

Schlee (2008) sieht als Ziel der kollegialen Beratung, den Ratsuchenden mit anderen Sichtweisen zu konfrontieren und ihn dadurch zu anderen Standpunkten, Hintergründen und neuen Zusammenhängen suchen lassen. Er zielt nicht so sehr auf die Findung einer Lösung in der Gruppe ab, sondern die Veränderung menschlicher Sicht- und Handlungsweisen (vgl. Schlee 2008, S. 97-102). Er spricht von drei Sicherheiten, welche durch die kollegiale Beratung erreicht werden können: emotionale Sicherheit, Orientierungssicherheit und Handlungssicherheit. Sollte die Einheit nicht zur Handlungssicherheit oder Neuorientierung der Sichtweise gelangen, so konnte er durch die erste Phase der Wertschätzung und Anteilnahme in der Gruppe die emotionale Sicherheit gewinnen (vgl. Schlee 2008, S. 102).

Die Wahl dieser Reflexionsform sollte an das Problem angepasst werden. Es gibt einige Problemstellungen, wobei eine andere Form der Reflexion gewählt werden sollte. Themen, die aus dem privaten Bereich einer Person stammen, sollten nicht in das kollegiale Beraterteam eingebracht werden. Ebenfalls wenn Teilnehmer untereinander Konflikte haben oder verschiedene teilnehmende Personen von der gleichen Problemstellung betroffen sind. In diesen letzten genannten Fällen ist es schwierig den nötigen Abstand zu dem Problem und seine Rolle einzunehmen (vgl. Tietze 2003, S. 34-35).

Die kollegiale Beratung ist ein gutes Mittel um, eingebettet in den beruflichen Alltag, Probleme selbst und in der Gruppe zu reflektieren und durch das Einbringen der Kollegen neue Sichtweisen und vielleicht auch Lösungswege für eine belastende Situation zu finden. Die kollegiale Beratung sollte an einem Regelwerk orientiert durchgeführt werden und ist nicht gleichzusetzen mit einem Gespräch unter Kollegen. Bei der kollegialen Beratung sind, zum Unterschied zum beratenden Gespräch unter Kollegen, Ratschläge, Hinweise, Tröstungen und Beschwichtigungen nicht erlaubt (vgl. Schlee 2008, S. 81). Die Unterschiede bzw. die Gemeinsamkeiten mit der Fallbesprechung werden in der Auseinandersetzung mit der kollegialen Fallberatung klar. Die Fallbesprechung hat einen bestimmten Klienten im Zentrum. Ziel der Fallbesprechung ist, wie bereits erwähnt, die Informationssammlung über einen bestimmten Klienten ausgehend von den verschiedenen Teammitgliedern. Dabei steht der Fall im Mittelpunkt und die Reflexion des eigenen Handelns spielt keine ausschlaggebende Rolle. In der Fallberatung steht der persönliche, individuelle Faktor im Vordergrund. Die Gleichrangigkeit der Mitglieder und das Strukturieren der Einheiten ist eine Gemeinsamkeit, wenn auch die Fallberatung klarer durch die Rollenverteilung strukturiert ist.

### **3.1.4 Beratendes Gespräch unter Kollegen**

Das Gespräch unter Kollegen findet bei der Arbeit ständig statt und erfolgt nach keinen vorgegebenen Regeln. Diese Art der Kommunikation kann man einer informellen und/oder problemzentrierten Gesprächsführung zuordnen. Diese Art von Gesprächsführung ist für den beruflichen Alltag sehr wichtig, dabei steht im Mittelpunkt ein entlastender Faktor und nicht so sehr die Lösung eines Problems (vgl. Manke 1996, S. 540). Ein gutes Team, das hinter einem steht, der Austausch mit Kollegen, kann helfen, problematische Situationen in der Arbeit mit dem Patienten realistisch einzuschätzen und einen neuen Weg einzuschlagen (vgl. Belardi<sup>2</sup> 2010, S. 91). Dieser Informationsaustausch unter Kollegen ist in der sozialen Arbeit ein sehr wichtiger Faktor. Für die bestmögliche Arbeit spielt vor allem die Mithilfe des Teams und der Austausch eine wichtige Rolle (vgl. Belardi<sup>2</sup> 2010, S. 89). Die informellen Gespräche unter Kollegen weisen keinen vorgegebenen Ablauf, keine zeitlichen sowie wiederkehrenden Vorgaben und keine

Gesprächsregeln auf. Ihr Ziel ist nicht die Lösung eines Problems noch ein ersichtliches Ziel (vgl. Manke 1996, S. 540). Hier wird die Unterscheidung zwischen den bereits genannten Reflexionsmethoden der kollegialen Beratung und der Fallbesprechung ersichtlich. Im Unterschied zur kollegialen Beratung, die strukturiert abläuft und zur Fallbesprechung, wo der Austausch über einen konkreten Fall im Mittelpunkt steht, ist im beratenden Gespräch unter Kollegen alles erlaubt. Hier fließen auch private Problemstellungen mit ein, welche in den anderen Reflexionsformen ausgeklammert werden.

Kritische Anmerkung im Bezug auf diese Form zur Problemlösung und Reflexion bringt Schlee (1992) auf. Er meint, dass diese normale, alltägliche Kommunikation in der Regel keine Probleme löst. Durch die Ratschläge, Tröstungen, Zusprüche, Aufmunterungen, Mitleidsbekundungen, Empfehlungen, Tipps und gut gemeinten Kommentare der Kollegen bleibt das Problem nach wie vor aufrecht (vgl. Schlee 1992, S. 194). Im Weiteren kann es in der alltäglichen Kommunikation mit den Kollegen zu Missverständnissen führen, welche auf der zwischenmenschlichen Ebene als Kränkungen oder Bevormundungen verstanden werden können (vgl. Schlee 1992, S. 198). Der Austausch mit den Kollegen ist wichtig in der sozialpädagogischen Arbeit und in dem alltäglichen Arbeitsablauf fest integriert. Da dieser Austausch in kurzen Arbeitspausen stattfindet, ist die Zeit sehr beschränkt und es führt dazu, dass die Rahmenbedingungen für eine intensive Reflexion nicht gegeben sind. Dennoch ist es wichtig bei einem bestehenden Problem auch ein anderes Reflexionsmedium heranzuziehen.

### **3.1.5 Supervision**

Die Supervision ist eine der professionsbezogenen Methoden in der Sozialen Arbeit. Sie bezieht sich auf den Sozialpädagogen selbst und das professionelle Setting in dem er arbeitet (vgl. Galuske 2007, S. 316). Belardi (2010) definiert Supervision als eine „berufsbezogene Beratung und Weiterbildung von Fachkräften, vor allem im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Pädagogik. Dabei geht es um Reflexionsprozesse, die ihre Schwerpunkte im kommunikativ - beziehungsmaßigen Bereich haben“ (Belardi<sup>1</sup> 2010,



---

S. 98). Bei der Supervision stehen die Selbstreflexion der Arbeit und das emotionale Lernen im Mittelpunkt (vgl. Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 99).

Der Ursprung der Supervision stammt aus dem Sozialwesen des späten 19. Jahrhunderts. Dabei sollte Kontrolle und Hilfe den ehrenamtlichen Sozialarbeitern von Seiten der Professionellen gegeben werden. Erst seit 1950 ist der Begriff Supervision im deutschsprachigen Raum gebräuchlich (vgl. Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 98). Mit dem 1950 erschienenen Buch „Casework in USA“ wird die Supervision, als Praxisberatung, als zentraler Bereich der Sozialen Arbeit genannt (vgl. Belardi<sup>3</sup> 2010, S. 60).

Galuske (2007) sieht den Nutzen der Supervision um die Arbeit zu reflektieren, die berufliche Kompetenz zu erweitern und Belastungen der psychosozialen Arbeit aufzuarbeiten (vgl. Galuske 2007, S. 316). „Mit Supervision wird die Hoffnung verbunden, dass der Sozialarbeiter, indem er in einem geschützten und methodisch strukturierten Rahmen unter fachkundiger Anleitung über seine Arbeit reflektiert, seine berufliche Kompetenz erweitern kann und zugleich vor den Belastungen psychosozialer Arbeit durch Helfersyndrom, Burnout u.a. geschützt wird“ (Galuske 2007, S. 316).

Das Ziel der Supervision ist die Verbesserung der beruflichen Kompetenzen im Bezug auf die Arbeit mit dem Klienten, die Erfüllung des Arbeitsauftrags des Sozialpädagogen, aber auch die im Bezug auf die institutionellen Bedingungen. Die Supervision hat in den verschiedenen Arbeitsbereichen der Sozialen Arbeit verschiedenartige Zielsetzungen und Themenschwerpunkte (vgl. Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 99). In jeder Einrichtung liegt der Focus auf anderen Zielen der Supervisionseinheiten. Die Themenschwerpunkte einer Supervisionseinheit lassen sich in drei Bereichen zuordnen: Fallarbeit, Selbstthematisierung und/ oder Institutionsanalysen. Diese Bereiche umfassen die Klientenarbeit, die persönlichen Faktoren und die Regeln und Rahmenbedingungen, welche die Arbeit von der Institution ausgehend beeinflussen (vgl. Galuske 2007, S. 318-319).

Die Supervision kann in verschiedenen Formen abgehalten werden. Die älteste Form ist die Einzelsupervision. Dies kann zum Beispiel eine Rollenberatung, Leitungsberatung oder das Coaching sein (vgl. Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 99). Wobei auf das Coaching gesondert in einem eigenen Unterpunkt eingegangen wird, da es sich von der Supervision, obwohl

---

die Grenzen zwischen den verschiedenen Reflexionsformen ineinander verschwimmen, in verschiedenen Punkten abgrenzt.

Eine weitere Art der Supervision ist die Gruppensupervision. Welche in verschiedenen Ausbildungsformen, aber auch in den Tätigkeitsfeldern der Sozialpädagogik eine wichtige Rolle spielt (vgl. Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 99). Die Gruppensupervision beschreibt Belardi (2010) als „(...) eine psychoanalytisch orientierte Gruppenarbeit zur Fallreflexion“ (Belardi 2010, S. 99-100). Bei der Fallbearbeitung sei nach Belardi (2010) die Gruppen- oder Teamsupervision heranzuziehen, da dabei schwierige oder unklare Klientenkontakte besprochen werden (vgl. Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 100). Die Gruppensupervision ist die häufigste Form der Reflexion im Berufsalltag (vgl. Galuske 2007, S. 319). Eine weitere Unterscheidung gibt es zwischen der organisationsinternen und der organisationsexternen Supervision. Bei einer internen Supervision bietet ein Kollege die Supervision an. Der Supervisor ist Teil der Teams und in der Organisation tätig (vgl. Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 101). Dabei werden die parallelen zur kollegialen Beratung sichtbar. In der Supervision sind die Teilnehmer jedoch nicht gleichrangig zu sehen. Das Heranziehen eines externen Supervisors fällt unter den Begriff der organisationsexternen Supervision. Dabei wird eine außenstehende Person für die Abhaltung der Einheit beauftragt. Dies hat den Vorteil, dass der Supervisor nicht in den Alltag der Institution eingebunden ist und die Supervisanden ein besseres Vertrauensverhältnis aufbauen können (vgl. Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 101). Ein weiterer positiver Punkt ist, dass der externe Supervisor den Fall oder das Problem aus einer neutralen Position beurteilen kann, da er darin nicht konkret involviert ist.

Im Weiteren sollen ein paar kritische Überlegungen zur Supervision Platz finden. Sicherlich ist die Einzelsupervision, Gruppensupervision und Teamsupervision in der Sozialen Arbeit ein nützlicher Bestandteil und sollte auch in jeder Einrichtung eine Rolle spielen. Dieser Rahmen ist für die reflektierte Arbeit, die Erweiterung der beruflichen Kompetenzen und dem Schutz vor beruflichen Belastungen in der psychosozialen Arbeit sehr wichtig. Stimmer (2000) ist der Meinung, dass die Supervision als Standard-Reflexionsmöglichkeit in der Sozialen Arbeit für alle Sozialpädagogen verbindlich eingeführt werde (vgl. Stimmer 2000, S. 196 f.). Ein weiterer Aspekt der Supervision ist

die ab den 80er Jahren zunehmende Debatte um Organisation und Steuerung in der Sozialen Arbeit, welche neben der psychotherapeutischen Verfahren als methodische Grundierung der Supervision noch solche der Organisationsentwicklung getreten ist (vgl. Galuske 2007, S. 321). Die Supervision beinhaltet vorrangig die Reflexion der Arbeit der Mitarbeiter und sollte Lösungswege aufzeigen und Erlebnisse verarbeiten. Sicherlich können diese Erkenntnisse zur Qualitätsentwicklung der Organisation beitragen, jedoch in Zusammenarbeit mit den betroffenen Berufsgruppen. Andererseits ist die Supervision auch von Seiten der Institutionsleitung zu betrachten. Dabei hat sie eine kontrollierende Funktion. Galuske (2007) betrachtet die Supervision sehr kritisch, da schon in der frühen Phase der Supervision sich ein Spannungsverhältnis zwischen Kontrolle durch den Vorgesetzten einerseits und kundige Unterstützung und Beratung andererseits abzeichnet (vgl. Galuske 2007, S. 317). Dabei macht er einen Hinweis auf die andere Seite von Supervision. Müller (1995) führt diesen Aspekt ebenfalls in seinen Auseinandersetzungen mit der Supervision an. Er schreibt, wenn die Supervision von der Arbeitsorganisation verordnet und bezahlt werde, sei dieser Einfluss größer und bekomme tendenziell sogar den Charakter einer Zwangssupervision, denn die Weigerung, an der Supervision teilzunehmen, könne von der Organisation indirekt oder direkt negativ sanktioniert werden (vgl. Müller 1995, S. 315).

Der Nutzen einer Supervisionseinheit ist von mehreren Seiten zu sehen. Unterstützend bei der Aufarbeitung von Problemen, die sich bei der Arbeit als Sozialpädagoge ergeben und kontrollierenden Aspekten von Seiten der Leitung der Organisation, aber auch die Qualitätssicherung einer Institution. Die Supervision ist eine sehr unterstützende Maßnahme, aber man sollte sie auch kritisch betrachten, da sie von vielen Institutionen vorgeschrieben wird und die Ergebnisse davon auch zum Teil öffentlich gemacht werden um die Qualität der Arbeit sichtbar zu machen. Die Leitungspositionen werden vom Supervisor über die Informationen informiert. Da die Supervisionseinheiten meist von der Institution vorgegeben sind, sind die Mitarbeiter zum Teil nicht bereit sich auf diese Form der Reflexion einzulassen und dann sollte auch der Nutzen dieser Reflexionsform hinterfragt werden.

---

### 3.1.6 Coaching

Lippmann (2009) sieht Coaching als „(...) eine professionelle Form individueller Beratung im beruflichen Kontext (...)“ (Lippmann 2009, S. 19). Im Coaching reflektieren Personen ihre Arbeit, um sich über die Entscheidungsalternativen und Konsequenzen ihres Tuns klarer zu werden. Dabei können mentale Modelle und innere Bilder hinterfragt und die gegenseitige Wirkung von Verhalten und Tätigkeit aufgezeigt werden. Das Coaching verknüpft die Ebenen der Person, Gruppe und Organisation miteinander (vgl. Beucke-Galm 2008, S. 133).

Die Entwicklungslinien zwischen der Supervision und des Coaching sind eng miteinander verknüpft und die Grenzen zwischen den beiden Reflexionsformen verschwimmen ineinander (vgl. Richter 2009, S. 21). In der 1970er Jahren wurde im amerikanischen Managementbereich erstmals von Coaching gesprochen. Zehn Jahre später ist der Begriff auch im deutschsprachigen Raum in der Personal- und Führungskräfteentwicklung fest etabliert (vgl. Lippmann 2009, S. 12-13). Coaching findet sich vorrangig im wirtschaftlichen Bereich wieder und betrifft die Leitungsebene einer Organisation. Es wird herangezogen, wenn Leitungspersonen eine neutrale und unparteiische Reflexion von einer außenstehenden Person wünschen (vgl. Belardi 2010, S.103). Coaching zielt auf eine personenorientierte Förderung von Menschen in ihrer Rolle und ihrem Umfeld ab. Sie ist eine Mischform von arbeitsspezifischer Beratung, gemeinsames Arbeiten an einem Lösungsweg und die Umsetzung davon (vgl. Richter 2009, S.21). Das Coaching sollte immer freiwillig geschehen. Wenn der Coach merkt, dass dies nicht der Fall ist, ist er verpflichtet den Auftrag abzulehnen (vgl. Richter 2009, S. 29).

Coaching unterstützt bei beruflichen oder organisationsbezogenen Problemen, eigene Ziele und Lösungswege zu entwickeln. Es soll die Fähigkeit zur selbstständigen Entwicklung von Problemlösungen und eigenständige Meisterung der beruflichen Anforderungen gefördert werden (vgl. Richter 2009, S.22).

Der Rahmen, in dem das Coaching stattfinden kann, ist sehr offen. Die klassische Form ist jedoch das Einzelcoaching. Dieses Setting bietet viele Vorteile, da es dadurch zu einer konkreten Auseinandersetzung mit dem eigenen, beruflichen Anliegen kommt. In

dieser Form des Coaching ist es wichtig die gleichwertige Position des Gecoachten und des Coach zu bewahren (vgl. Lippmann 2009, S. 48). Weiters spricht man von Gruppencoaching, welches gleichermaßen mit dem Ausdruck der Teamsupervision verwendet wird und kollegialem Coaching das sich mit der kollegialen Beratung bzw. Intervention deckt (vgl. Lippmann 2009, S. 48-56). Eine weitere Unterscheidung findet man beim Coaching durch externe oder interne Personen. Größere Unternehmen stellen für ihre Mitarbeiter interne, spezialisierte Fachkräfte zum Coaching zur Verfügung. Dies ist in den wenigsten Unternehmen gegeben (vgl. Lippmann 2009, S. 56-61) und findet sich im sozialpädagogischen Tätigkeitsbereich kaum wieder.

Der Ablauf eines Coaching läuft nach sieben Schritten ab. Diese können von der tatsächlichen Durchführung jedoch abweichen (vgl. Richter 2009, S. 52). Der Ablauf der Phasen verläuft während des Coaching spiralförmig ab, so dass die Phasen nicht dieser genauen Reihenfolge entsprechen. Die Schritte der Problemfindung, Lösung und Umsetzung werden meist neu aufgenommen und bearbeitet (vgl. Lippmann 2009, S. 35). Die erste Kontaktaufnahme mit einem Vorgespräch geschieht in der Vorphase. Dabei steht das eigentliche Problem nicht im Vordergrund. Es umfasst ein erstes Kennenlernen und das Abklären von möglichen Fragen. In der zweiten Phase stehen grundsätzlich strukturelle, inhaltliche und methodische Dinge im Vordergrund. Dabei entscheidet es sich, ob eine weitere Zusammenarbeit stattfindet. Der dritte Schritt umfasst das erste Herangehen an die Problemstellung und Einlassen und die Entwicklung einer positiven Arbeitsbeziehung. Eine erste Diagnose findet statt. Das Kernstück des Coaching bildet die vierte Beratungsphase. Hier wird das Thema, an dem gemeinsam gearbeitet werden soll, genau analysiert und über die Art der Bearbeitung diskutiert. In der nächsten Phase soll das zuvor Erarbeitete vom Gecoachten verarbeitet und in seine Handlungsweisen aufgenommen werden. Der sechste Schritt beinhaltet die Neuorientierung und die Praxisumsetzung der erarbeiteten Handlungsweisen. Die abschließende Phase dient einer Reflexion des Prozesses und eines Abschlussrituals des Coaching (vgl. Richter 2009, S. 52-59). Lippmann (2009) schildert den Ablauf des Coaching ähnlich, jedoch ist der fünfte und sechste Schritt bei ihm in einer Phase zusammengefasst (vgl. Lippmann 2009, S. 35-44).

In der Ausführung der kritischen Beleuchtung der Reflexionsform Coaching wird auf die klassische Form des Einzelcoachings durch eine externe Person eingegangen. Wie bereits erwähnt, ist diese Form die am häufigsten durchgeführte (vgl. Lippmann 2009, S.48). Das Heranziehen eines externen Coach führt neben den positiven Aspekten, dass er als außenstehende Person neutral an die Problemstellung herangeht, dass er organisationsspezifische Gegebenheiten und Abläufe erst erwerben muss. Er muss sich auf die Schilderungen und Sichtweisen des Gecoachten verlassen und sich die Einblicke in diese Bereiche erst erarbeiten (vgl. Lippmann 2009, S. 59). Der Coach ist verpflichtet, in jeder Einheit ein hohes Maß an Professionalität und Kompetenz zu zeigen (vgl. Bellardi 2010, S. 104). Der gecoachte Mitarbeiter, welcher im vertraulichen und diskreten Umfeld beraten wird, hat bei seiner Problemstellung ausschließlich die Sichtweisen, Perspektiven und Lösungsvorschläge des Coach, das zu einer einseitigen Zielverfolgung führt. Weiters kann der Ratsuchende kein Feedback anderer aufnehmen und das Lernen und der Austausch mit Kollegen sind in diesem Setting nicht gegeben (vgl. Lippmann 2009, S. 49). Diese Reflexionsform spielt in der Sozialen Arbeit keine entscheidende Rolle. In dieser Arbeit wird das Coaching aufgeführt, da es ebenfalls eine Möglichkeit der Reflexion bietet und eine große Ähnlichkeit mit der vorrangig praktizierten Supervision hat. Wie bereits erwähnt, spielt das Coaching in der Personal- und Führungskräfteentwicklung, wobei da in der Leitungsebene einer Organisation, eine größere Rolle.

### ***3.2 Problemlagen in der sozialpädagogischen Arbeit in der Suchttherapie***

In diesem Bereich der Arbeit wird auf die verschiedenen Belastungsfelder und im speziellen in der stationären Suchthilfe eingegangen. Bei dieser Eingrenzung wurde sich an der Fragestellung der Arbeit „Welchen Stellenwert hat die Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit, im speziellen in der stationären Drogentherapie?“ orientiert. Um die Ansatzpunkte der Reflexion zu verdeutlichen, wird im Folgenden die differenzierte Ausgangslage aufgezeigt.

Die Zunahmen an Hilfe in der Suchttherapie auch aus ökonomischen Gründen fordert ein Umdenken in der Gesundheitsvorsorge, dadurch steigt der Entlassungsdruck in der Therapie. Den Fachleuten wird durch ökonomische und institutionelle Faktoren vorgegeben, nach welchen Konzepten in einer relativ kurzen Zeit der Patient „geheilt“ werden soll. Dies erfordert ein erhöhtes Maß an Kooperation zwischen den Systemen und Professionen sowie die Fähigkeit zur Kooperation. Die Sozialpädagogen sollen trotz steigender Arbeitsbelastungen Suchtpatienten effektiv behandeln, dabei die psychosozialen Interventionen verbessern und die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen nachweisen. Dabei verschwimmt der Zuständigkeitsbereich zwischen den Professionen und die Sozialpädagogik kämpft dabei ständig um ihren Handlungsbereich und die berufliche Identität (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 19). Neben diesen Faktoren, welche den institutionellen Bereich und die Teamarbeit betreffen, stellen die Selbstbelastungen einen weiteren Belastungsbereich dar. Die Sozialpädagogen in der Suchttherapie arbeiten eingebettet in einem Team von Ärzten und Psychologen. Dabei kommt es zur Selbstabwertung seiner eigenen Arbeit gegenüber den anderen „wichtigeren“ Professionen. Dies führt zu einer Minderung der eigenen Fähigkeiten und Leugnung der Macht- und Entscheidungskompetenzen. Die Kontrolle wird zum Beispiel an den Arzt abgegeben. Diese Tendenz der Selbstentwertung und professionelle Verunsicherung führt zu einer veränderten Eigenwahrnehmung und der eigenen Zurücksetzung der Arbeit der Sozialpädagogik in der Suchttherapie. Die persönliche Unsicherheit in seinem Tun verlagert sich in die Arbeit und in das Gefüge des multiprofessionellen Team (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 20). Dies führt wiederum zu Konfliktpotential.

Die Belastungsfaktoren in der stationären Arbeit mit Suchtkranken hängen zusammen und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Körkel 1995, S. 47). Die strukturellen und personellen Vorgaben, die schwierige Klientengruppe, die Komplexivität der Arbeit im Team und nicht zuletzt die Selbstbelastungen, die durch die Umstände oder Merkmale einer Person selbst entstehen.

---

### 3.2.1 Institutioneller Bereich

Dieser Bereich umfasst alle strukturellen und personellen Rahmenbedingungen, in die die Arbeit im Suchtbereich eingebettet ist (vgl. Körkel 1995, S. 59). Burisch (2006) sieht in den Arbeitsbedingungen einen belastenden Faktor in der sozialpädagogischen Arbeit (vgl. Burisch 2006, S. 198).

Die Mitarbeiter auf einer stationären Therapiestation werden meist nicht oder unzureichend eingeschult, aber vollverantwortlich in der suchtspezifischen Arbeit eingesetzt. Die Einarbeitungsphase wird den Mitarbeitern nicht gegeben. Das Tätigkeitsfeld wird im Vorfeld nicht klar definiert und ist deshalb meist sehr intransparent und widersprüchlich. Die Rollen, welche der Sozialpädagoge einnehmen muss, sind von therapeutischen, kontrollierenden, erzieherischen und managenden Aufgaben geprägt sowie als Freund und Vorbild zu agieren. Der Aufgabenbereich ist dabei sehr weit gefächert. Ein weiterer Aspekt ist der zeitliche Rahmen zur Erreichung des Therapieziels, der von der Institution vorgegeben wird (vgl. Körkel 1995, S. 59-61). Diese orientieren sich an den rechtlichen Bedingungen hinsichtlich des Gesetzes und der Finanzierung (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2010, S. 8). In kurzer Zeit soll ein sehr komplexes Problem gelöst werden. Ein weiterer Punkt sind die Belastungsfaktoren der Entscheidungs- und Handlungsspielräume der einzelnen Fachrichtungen und die hierarchischen Strukturen in einer Suchtstation. Die Entscheidungskompetenzen von „tiefer“ gesetzten Professionen werden aufgelöst oder übergangen, um den ökonomischen Aspekt (zum Beispiel Bettauslastung) zu gewährleisten. Im Zentrum der Entscheidungen der Institutionsleitung stehen vorrangig Ressourcen- und Privilegiensicherung und nicht die individuellen Bedürfnisse. Die Hausregeln (zum Beispiel Entlassung bei Regelverstößen) werden von der Institutionsleitung nach ökonomischen Gegebenheiten angepasst und es ist keine klare Linie zu erkennen (vgl. Körkel 1995, S. 59-61).



---

### 3.2.2 Klientenbezogener Bereich

Die Arbeit mit Suchtpatienten ist besonders gekennzeichnet von Problemlagen, welche von den Klienten ausgehen. Nach einer Untersuchung von Fengler (1991) stehen unter den zehn stärksten Belastungsfaktoren vier, die von der Klientengruppe der Suchtkranken ausgehen (vgl. Körkel 1995, S. 48 zit. n. Fengler 1991, S. 101).

Die Klienten in der Suchtarbeit entscheiden sich nicht eigenständig zu einer Therapie. Diese Entscheidung ist von äußeren Faktoren (Therapie statt Strafe, Familie, Gesundheit) geprägt. Die Suchtpatienten machen die Therapie, um gewisse Erwartungen oder Vorgaben zu erfüllen und ihr Ziel ist meist nicht die Abstinenz, sondern die Erfüllung der Wünsche der Anderen. In den meisten Fällen sind sie aus falscher Motivation nicht bereit, am eigenen Verhalten große Veränderungen vorzunehmen. Sie sind der Ansicht, dass andere ihr Problem lösen sollen. Aus dieser fehlenden Behandlungs-, Veränderungs- und Abstinenzmotivation heraus wird der Sozialpädagoge als Gegner angesehen, woraus sich der Konflikt für die gelingende Arbeit in diesem Bereich entwickelt (vgl. Körkel 1995, S. 48-49). Der Widerstand gegen die Veränderung und dadurch auch gegen jegliche Maßnahme von Seiten der Sozialpädagogen fordert in der Arbeit mit Suchtpatienten eine besonders große Beharrlichkeit und Durchhaltevermögen (vgl. Körkel 1995, S. 49), was sehr kräftezehrend ist. Ein weiterer Aspekt ist der Zustand in dem sich die meisten Patienten befinden. Viele haben neben der Sucht auch Entwicklungs- und Sozialisationsdefizite. Sie haben schwere und/ oder multiple Beeinträchtigungen und stellen dadurch eine anspruchsvolle Klientengruppe dar (vgl. Körkel 1995, S. 50-51). Als weiterer Punkt ist hier die häufige Rückfälligkeit, die von den Suchtpatienten ausgeht, als besonders belastenden Faktor in der Suchtarbeit aufzuführen. Die zeitaufwendige Arbeit an einer drogenfreien Zukunft, die jedoch oft mit einem Misserfolg endet, führt meist zu einem großen belastenden Aspekt für den Sozialpädagogen (vgl. Körkel 1995, S. 51-52). Dieser Aspekt der hohen Rückfallquote in dieser Arbeit stellt sowohl für die Klientengruppe wie auch für die Arbeitshaltung der Mitarbeiter ein Problem dar, welches in dieser Arbeit im Bereich der Selbstbelastungen noch einmal näher aufgezeigt wird.

### 3.2.3 Teamarbeit

Probleme in der Arbeit mit Suchtpatienten sind von hoher Komplexivität, da es medizinische, soziale und individuelle Bereiche betrifft, und braucht daher die Sichtweisen von mehreren Fachdisziplinen. Aus diesem Grund ist die Arbeit im Team Voraussetzung für die Lösung des Problems (vgl. Kreft/ Mielenz 1996, S. 613).

Die Arbeit in einem multiprofessionellen Team, wie es in der suchtspezifischen Arbeit üblich ist, kann soziale und fachliche Unterstützung bieten, aber gerade deswegen auch Probleme fördern. Die Arbeit im Team kann zu Rivalität, Machtkämpfen und fehlendem Austausch führen, sie kann aber auch einen guten sozialen Rückhalt und gerade Austauschmöglichkeiten bieten (vgl. Körkel 1995, S. 62 zit. n. Fengler 1991, S. 85). Besonders in der Drogenhilfe ist die Arbeit im Team sehr wichtig um mit unterschiedlicher fachlicher Ausbildung an der Lösung des komplexen Sachverhalts zu arbeiten. Die Arbeit an der Suchtproblematik eines Klienten, welche ein komplexes Problemfeld (gesundheitliches, soziales, individuelles) darstellt, kann nur im Team mit einem breiten Wissens- und Erfahrungshintergrund geleistet werden. Wichtig ist es, dass dabei nicht zu viele Mitglieder zusammen arbeiten und die Rollen innerhalb der Teamarbeit geklärt sind. Die Spannungen in der Arbeitsgruppe entstehen, wenn die Aufgabenbereiche und Rollen im Team nicht klar definiert sind (vgl. Kreft/ Mielenz 1996, S. 612-613).

Diese Form der Problembearbeitung setzt das regelmäßige Abhalten von Teamsitzungen voraus, um dort inhaltsbezogene, sachliche und vor allem persönliche Beziehungsaspekte zu klären. Die Arbeit im Team setzt ein hohes Maß an sozialer Kompetenz jedes einzelnen und seine Flexibilität, Autonomiefähigkeit, Verständnis- und Lernbereitschaft und Kritikfähigkeit voraus. Sind diese Fähigkeiten nicht gegeben, kann sich in der Zusammenarbeit mit dem Anderen Konfliktpotential entwickeln. Die Arbeit im Team erfordert neben dem fachlichen Wissen ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Menschenkenntnis (vgl. Kreft/ Mielenz 1996, S. 613).

---

### 3.2.4 Selbstbelastungen

Neben dem institutionellen, klientenbezogenen und teamarbeiterischen Bereich gibt es personenbezogene Faktoren, die als Belastung in der stationären Arbeit auftreten. Diese beziehen sich auf die Tätigkeit der Sozialpädagogin und sind auch Merkmal der eigenen Person.

Die sozialpädagogische Arbeit in einer Drogenentzugseinrichtung ist gekennzeichnet von strukturellen Normen. Dabei ausschlaggebend sind die Punkte der immerwährenden Arbeit nach vorne, die Arbeitshaltung der Patienten ist meist nicht auf der Seite des Sozialpädagogen und die Erreichung der Zielvorgabe ist auf eine bestimmte Zeit beschränkt (vgl. Körkel 1995, S. 53 zit. n. Antons 1987, o. S.). Diese Faktoren wirken sich auf die Arbeitsweise in der Suchttherapie aus. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den bereits genannten Belastungsfaktoren.

Die Arbeit eines Sozialpädagogen soll nie im Stillstand sein. Es wird immer an einer Lösung der derzeitigen Situation gearbeitet werden. Der Stillstand oder das Verweilen auf einer Stufe ist auch wegen der beschränkten Zeit eines Patienten in der Einrichtung nicht möglich (vgl. Körkel 1995, S.53 zit. n. Antons 1987, S. 66). Der Drogensüchtige soll während seines Aufenthalts „clean“ werden. Die Arbeitshaltung der Patienten ist, wie bereits erwähnt, sehr auf die Problemlösung durch einen Anderen gekennzeichnet. Der Therapieteilnehmer kommt mit einem Problem zum Sozialpädagogen, der einen Lösungsweg dafür finden soll. Dazu kommt, dass die meisten Kliniken eine „Rundum - Betreuung“ anbieten, um dem Patienten dadurch die Möglichkeit zu bieten, beim Aufkommen einer kritischen Phase sofortige Hilfe zur Verfügung zu stellen (vgl. Körkel 1995, S.53 zit. n. Fengler 1988, S 48). Diese Haltung von Seiten der Patienten und die jederzeitige Beanspruchung können für den Pädagogen zu einem großen persönlichen Belastungsfaktor führen. Die immerwährende Bewegung im Vorankommen der Arbeit und die ständig bereitstehenden Sozialpädagogen, welche zur Lösung eines Problems von den Patienten beauftragt werden, geschehen mit dem Hintergedanken an die Frist des Entlassungstermins. Dieser spielt in der Tätigkeit als Sozialpädagoge in einer Klinik

---

immer mit und wirkt sich belastend auf die persönliche Arbeitshaltung aus (vgl. Körkel 1995, S. 53-54).

In der Suchttherapie ist es wichtig, die eigenen Ziele klar zu definieren. Die meisten Kliniken verstehen unter dem Ziel einer erfolgreichen Therapie die Abstinenz. Der größere Teil der Drogenpatienten bricht die Therapie vorzeitig ab oder hat einen Rückfall (vgl. Körkel 1995, S. 55 zit. n. Körkel/ Kruse 1994, o. S.). Der Rückfall eines Patienten wird als persönliches Versagen gewertet, dies führt zu einer ständigen Konfrontation mit dem eigenen Versagen. Ein weiterer persönlicher Belastungsfaktor im Zusammenhang mit der hohen Rückfallquote in der abstinenzorientierten Drogentherapie trifft ein, wenn dieser Rückfall unerwartet passiert und der Sozialpädagoge dieses Ereignis in seinen eigenen Verantwortungsbereich legt. Diese Wahrnehmung des nicht beeinflussen können des Geschehens und die Konfrontation mit dem eigenen Versagen wirkt sich auf das Selbstwertgefühl aus (vgl. Körkel 1995, S. 55-56). Die Antwort auf die Frage nach dem Ziel einer Therapie ist im Bereich Suchtpatienten nicht die Abstinenz, sondern in den meisten Fällen ist es das Überleben von Menschen. Nichthelfen kann leicht zu einer Überdosis führen (vgl. Körkel 1995, S. 57). Es ist wichtig, sich nicht das große, vorgegebene Ziel der völligen Abstinenz eines Patienten zu setzen, sondern persönliche Ziele zu definieren um für sich und den Patienten leichter erreichbare Erfolgsmomente zu ermöglichen.

Im Bezug auf die Belastungen, die von der Person selbst ausgehen, wird in diesem Zusammenhang in der Literatur das Wort „Helfersyndrom“ genannt.

„Auf der Verhaltensebene konstituiert sich das Helfersyndrom durch eine auffällige Hilfsbereitschaft selbst in Fällen, wo Hilfe nicht wirklich nötig wäre, durch eine verringerte Fähigkeit zu anderen Kommunikationsformen als der vom Typ Helfer-Schützling und durch die Unfähigkeit, Forderungen zu stellen bzw. direkt und unverdient gewährte Zuwendung anzunehmen“ (Burisch 2006, S. 207).

Dies umfasst das ständige Helfen - Wollen und der immerwährende Wunsch nach Anerkennung. Der Klient soll geheilt beziehungsweise gerettet werden, auch wenn das

---

nicht von Nöten ist (vgl. Körkel 1995, S. 56 zit. n. Schmidbauer 1977, o. S.). Personen mit diesen Persönlichkeitsstrukturen haben ein großes Bedürfnis nach Zuwendung, die aber nicht eintritt. Vor allem in der stationären Therapie ist diese Zuwendung vom Patienten durch die zeitliche Vorgabe der Entlassung spätestens dann zu Ende, wenn der Klient den Therapieaufenthalt beendet (vgl. Burisch 2006, S. 207). Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, spricht man ebenfalls vom Helfersyndrom, wenn der Sozialpädagoge das Problem des Patienten zu seinem eigenen Problem macht und die Veränderung vielleicht mehr will als der ehemals Abhängige selbst (vgl. Körkel 1995, S. 56 zit. n. Berry 1990, o. S.). Im Bezug auf das Helfersyndrom werden in dieser Arbeit keine weiteren Ausführungen stattfinden, da sich dieser Themenbereich zu weitläufig gestaltet.

### ***3.3 Stellenwert der Reflexion – Wichtigkeit?***

Beginnend mit einem kurzen Einblick in die Professionsdebatte, welche im deutschsprachigen Raum in den 1950er Jahren begann und ihren Höhepunkt in den 1960er und 1970er Jahren erreichte (vgl. Schwarz 2009, S. 41), wird damit und anschließend der Stellenwert der beruflichen Reflexion in der Sozialpädagogik aufgezeigt und dabei auf die Reflexion in der stationären Drogentherapie eingegangen. Im Abschluss wird auf das Burnoutphänomen eingegangen, wessen Verlauf an der Arbeit im stationären Suchtbereich angeführt wird.

Neben dem strukturfunktionalistischen, machttheoretischen und systemtheoretischen Modell kam das Konzept einer revidierten Professionalisierungstheorie auf. In dieser revidierten Theorie pädagogischen Handelns, auch strukturtheoretischen Ansatz genannt, geht Oevermann näher auf das berufliche Handeln ein (vgl. Schwarz 2009, S. 41-48). Dabei schreibt er, dass in der Praxis oft schnell, meist ohne Zeit darüber nachzudenken, gehandelt werden muss. Oevermann (1996) verpflichtet nach der Maßnahme durch Reflexion das Handeln zu begründen bzw. sich klar zu werden, in zukünftigen Situationen anders zu handeln (vgl. Schwarz 2009, S. 51 zit. n. Oevermann 1996, S. 132). Dewe führt diesen und weitere Gedanken Oevermanns in seiner Theorie einer

---

reflexiven Sozialpädagogik weiter aus. Die Ansätze dieser neuen Professionalisierungsdiskussion beziehen sich „(...) auf die Reflexivität der beruflichen Praxis sowie Selbstreflexivität, auf ein durch dialogische Prozesse zu bestimmendes Verständnis von Wissen und Praxis, Klientenorientierung, Fallverstehen und das Primat der Autonomie der Klienten“ (Schwarz 2009, S. 55).

Dewe (2008) verweist in seinen wissenschaftstheoretischen Ausführungen einer reflexiven Sozialpädagogik auf die große „(...) Bedeutung der Reflexivität in der Sozialpädagogik als struktur- und prozessreflexive(.) Handlungswissenschaft“ (Dewe 2008, S. 107). Des Weiteren sieht er einen zunehmenden Bedarf an Reflexionskompetenz in der sozialpädagogischen Theorie und Praxis (vgl. Dewe 2008, S. 107). In dieser Arbeit steht die Notwendigkeit der Reflexion in der Praxis im Vordergrund. Reflexion spielt in vielen Bereichen der sozialpädagogischen Arbeit eine wichtige Rolle. Sie findet in Organisationen Sozialer Arbeit, in der beruflichen Supervision, bei der Hilfeplanung und in der Beratung statt. Im Mittelpunkt dabei geht es um den Erwerb professioneller Reflexionskompetenz, aber auch um die Anleitung zur Reflexion (vgl. Dewe 2008, S. 107). Diese reflexive Sozialpädagogik sieht einen reflexiven Handlungstypus des professionellen Handelnden vor (vgl. Schwarz 2009, S. 56 zit. n. Dewe et al. 2001, S. 16). Sozialpädagogen müssen die Fähigkeit entwickeln und die Bereitschaft zeigen, die Praxis pädagogischer Arbeit in kritischer Selbstreflexion zu thematisieren und korrigieren. Hier geht es um die Reflexion der Handlungslogik der eigenen Berufspraxis, die die Reflexion der eigenen Person nicht ausschließt (vgl. Schwarz 2009, S. 58 zit. n. Dewe et al. 2001, S. 38). Die Reflexion beinhaltet Elemente der reflexiven sozialpädagogischen Arbeit wie auch die Reflexion der persönlichen Faktoren. Diese Bereiche werden in allen bereits vorgestellten Reflexionsmethoden (Selbstreflexion, Fallbesprechung, beratende Gespräche unter Kollegen, kollegiale Beratung, Supervision und Coaching) thematisiert.

Der Stellenwert der Reflexion in der sozialen Arbeit ist sehr hoch. Mitarbeiter im Bereich der Suchthilfe wie auch in allen anderen Bereichen denken stets über ihre Arbeit nach. Dies geschieht durch selbstreflexive Methoden, die Handlungen zu reflektieren, zu kontrollieren und die Kompetenz zu verbessern (vgl. Spiegel 1994, S. 18) oder in der

---

täglichen Arbeit mittels informeller Gespräche mit Kollegen und in Fallbesprechungen. Im Weiteren werden die bereits genannten Reflexionsmethoden noch einmal kurz diskutiert. Das informelle Gespräch unter Kollegen ist einer informellen und/ oder problemzentrierten Gesprächsführung zuzuordnen. Diese Art von Gesprächsführung ist für den beruflichen Alltag sehr wichtig, aber im Mittelpunkt steht eher ein entlastender Faktor und nicht so sehr die Lösung eines Problems (vgl. Manke 1996, S. 540). Fallbesprechungen sind zur Analyse eines Problems, das im unmittelbaren Kontakt mit einem Klienten steht (vgl. Willig/ Ebel/ Erben/ Pulvermüller 1998, S. 283-284). Eine weitere Form des Austauschs findet in den von der Psychologie geprägten Reflexionsformen der Supervision und dem Coaching statt. Die Supervision ist die bekannteste Form der Reflexion und findet verpflichtend statt. In einer Supervisionseinheit geht es um den kommunikativ - beziehungsmaßigen Bereich und die Anregung der Reflexionsprozesse (Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 98). Bei der Supervision stehen die Selbstreflexion und das emotionale Lernen im Mittelpunkt (vgl. Belardi<sup>1</sup> 2010, S. 99). Im Coaching reflektieren Personen ihre Arbeit, um sich über die Entscheidungsalternativen und Konsequenzen ihres Tuns klarer zu werden (vgl. Beucke-Galm 2008, S. 133). Diese Einheiten erfolgen nach klar definierten Regeln und sind in der täglichen Arbeit nicht schnell umsetzbar. Eine Ausnahme stellt die kollegiale Beratung dar. Sie wird auch nach klaren Regeln abgehalten, findet aber in einem vertrauenswürdigeren Rahmen statt. Die Intervision bzw. kollegiale Fallberatung ist eine Form gegenseitiger beruflicher Beratung, welche in der Gruppe von einem Kollegen geleitet wird (vgl. Rimmasch 2003, S. 17). Sie bezieht sich auf eine Arbeits-, Entscheidungs- oder Leitungssituation, die dem Teilnehmer im Berufsalltag betrifft (vgl. Rimmasch 2003, S. 21). Alle Reflexionsmedien bilden eine gute Basis für die reflektierte pädagogische Arbeit. Sie fließt in die tägliche Arbeit ein oder findet in einem strukturierten Rahmen statt. Sie dienen dem Austausch oder beschäftigen sich mit einem konkreten Problem. Die Reflexion der Praxis hat einen großen Stellenwert in der Arbeit mit Menschen und nimmt an Bedeutung zu. An der großen Auswahl an unterschiedlichen Methoden kann jeder für sich und den benötigten Nutzen das beste Reflexionsmedium finden. Die Methoden unterstützen wie von Dewe angeführt die Reflexion der Handlungslogik der eigenen Berufspraxis sowie die Reflexion der eigenen Person (vgl. Schwarz 2009, S. 58 zit. n. Dewe et al. 2001, S. 38).

---

Die Arbeit mit Menschen ist eingebettet in eine Hülle von Problemebenen. Wie bereits in diesem Kapitel besprochen, werden im Folgenden die Belastungsfaktoren der sozialpädagogischen Arbeit im klinischen Bereich angesprochen. Diese betreffen die persönlichen, teambezogenen, klientenbezogenen und institutionellen Problemlagen, die in dieser Arbeit im Kapitel der Problemlagen bereits Platz gefunden haben. Im Kern steht die Person selbst, welcher die individuelle Ebene darstellt. Sie ist umgeben vom zwischenmenschlichen Bereich, der in der Teamarbeit besprochen wurde. Eine weitere Problemebene ist die institutionelle und die äußerste Hülle ist die gesellschaftliche Ebene (vgl. Burisch 1995, S, 36). Im Weiteren werden diese Bereiche noch einmal kurz besprochen, um den Ansatzpunkt der Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit zu verdeutlichen.

Die individuelle Ebene umfasst die Merkmale die eine Person aufweist, die die Arbeit negativ beeinflussen kann. Die anderen Bereiche, gesellschaftliche, institutionelle und zwischenmenschliche Faktoren, beeinflussen jedoch die individuelle Ebene ebenso (vgl. Burisch 1995, S. 34-35; Marx 2004, S. 362). Die zweite Hülle schließt die Arbeit im Team mit ein. Die Arbeit in einem multiprofessionellen Team, wie es in der suchtspezifischen Arbeit üblich ist, kann soziale und fachliche Unterstützung bieten, aber gerade deswegen auch Probleme fördern. Die Arbeit im Team kann zu Rivalität, Machtkämpfen und fehlendem Austausch führen (vgl. Körkel 1995, S. 62 zit. n. Fengler 1991, S. 85). Die dritte, institutionelle Ebene sind alle strukturellen und personellen Rahmenbedingungen, die von der jeweiligen Institution vorgegeben sind und in die die Arbeit mit Suchtkranken stattfindet (vgl. Körkel 1995, S. 59). Der gesellschaftliche Bereich umschließt alle anderen Ebenen. Dies sind Rahmenbedingungen unter denen wir leben und arbeiten. Diese Bedingungen beinhalten den Verdienst und die Prestige des Berufes in der Gesellschaft (vgl. Burisch 1995, S. 36). Die Interventionsmaßnahmen müssen auf allen Ebenen ansetzen (vgl. Burisch 1995, S. 37). Die Reflexion beginnt im innersten Kern der Problemlagen, schließt aber alle Hüllen mit ein. Die Bearbeitung von Problemen von außen nach innen bringt den längsten Erfolg, ist aber sehr zeitaufwendig. Die Betroffenen brauchen eine sofortige Hilfe (vgl. Körkel 1995, S.37), die durch die Reflexion gegeben ist.



---

Rabe-Kleberg (1996) meint, die Ziele und Mittel in der Arbeit mit Menschen sind nicht genau bestimmbar. Es müssen immer neue Kompetenzen entwickelt werden. Zum einen geht es um die Fähigkeit, die Ungewissheit des Handelns zu verarbeiten. Zum anderen, die Folgen des Handelns in diesem unvorhersehbaren Rahmen zu reflektieren, Verantwortung dafür zu übernehmen und aktiv daran zu arbeiten (vgl. Schwarz 2009, S. 60-61 zit. n. Buer 2000, S. 298). Dafür ist eine der bereits genannten Reflexionsformen, wie zum Beispiel Supervision unverzichtbar (vgl. Schwarz 2009, S. 61 zit. n. Buer 2000, S. 297). Wieder wird auf die Wichtigkeit der Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit hingewiesen. Bereits 1950 erscheint erstmals im Buch „Casework in USA“ eine umfangreiche Darstellung der verschiedenen Felder des Sozialwesens. In diesem Text erscheint erstmals der Begriff Supervision, der als Praxisberatung schon früher bekannt war. Neben Casework war das unterstützende Reflexionssystem Supervision bis in die 1970er Jahre zentrale Bereiche der Sozialen Arbeit (vgl. Belardi<sup>3</sup> 2010, S. 60). Damals wie heute ist die Reflexion durch die Supervision eine der bekanntesten Methoden.

Neben den bereits dargelegten Faktoren unter dem Gesichtspunkt der Kompetenzentwicklung und der Wahl des richtigen Instruments, stellt die zunehmende Qualitätssicherung einen Bereich des Stellenwerts der Reflexion in der pädagogischen bzw. klinischen Arbeit dar. Denn überforderte/ unreflektierte Mitarbeiter können die Arbeit nicht nach den geforderten Zielen erledigen. Ein ausgebrannter Mitarbeiter kann die Differenziertheit der Patientengruppe der Suchtkranken nicht mehr im geforderten Umfang bewältigen und wird deutlich hinter den erreichbaren Zielen zurückbleiben (vgl. Marx 2004, S. 380). Mit den Anfängen der Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich in den 90er Jahren wurden auch für den Suchtbereich Modelle zur Beurteilung der Qualität der Behandlung entwickelt. Diese Beurteilung steht im medizinischen Bereich noch im Anfangsstadium, gewinnt jedoch immer mehr an Bedeutung. Dabei geht es in erster Linie um Finanzierungsfragen. Ein Aspekt der Qualitätssicherung im Suchtbereich, der bereits länger praktiziert wird, ist die Einbeziehung der Mitarbeiter in die Entwicklung von organisatorischen Verbesserungsmaßnahmen und bei der Entwicklung von möglichen Zielen der Einrichtung. Hier spielt der Austausch mit den Mitarbeitern eine wichtige Rolle (vgl. Schmidt 2004, S. 431-435). Ein weiterer Ansatzpunkt ist die reflektierte Arbeit zur Fehlerverbesserung. Dabei spielen die Reflexion der Arbeitsweise, die Feh-

---

leranalyse und die Entwicklung neuer Lösungsstrategien eine wichtige Rolle (vgl. Schmidt 2004, S. 434). Dies zeigt wieder einen Ansatzpunkt der Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit im Suchtbereich auf. Die Qualitätssicherung zielt ebenfalls auf das Aufzeigen der Mitarbeiterzufriedenheit ab (vgl. Schmidt 2004, S. 435), welches wiederum den Bereich der Reflexion mittels einer bereits genannten Reflexionsmethode aufzeigt. Natürlich ist dieser Bereich der Qualitätssicherung geleitet von dem Aspekt der Kosten – Nutzen Variable. Vor allem im Suchtbereich ist es wichtig, im Team an einem Problem zu arbeiten. Dies geschieht unter dem Aspekt der gemeinsamen Gestaltung von Rahmenbedingungen, unter denen das erreicht wird (vgl. Schmidt 2004, S. 443). Die beruflichen Anforderungen sollen an die jeweilige Person angepasst und die Möglichkeiten von den Mitarbeitern gestaltet werden. Die Fähigkeiten und Vorschläge des Einzelnen sind entscheidend (vgl. Marx 2006, S. 381). Gerade dadurch gewinnt die Reflexion einen immer höheren Stellenwert in der Arbeit mit Menschen.

Für die pädagogische Arbeit in der Suchttherapie, den unterschiedlichen Problemlagen in den verschiedensten Settings, bedeutet dies eine sehr reflektierte Handlungsweise. Dabei ist die Reflexion der Methodenwahl und des Handelns selbst, unter der Betrachtung von Effektivität und Effizienz, unabdingbar (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 105). Die sozialpädagogische Arbeit steht unter dem ständigen Gesichtspunkt der Wahl des optimalen Instruments. Ein großer Teil der Kompetenzentwicklung in der sozialpädagogischen Arbeit kommt durch die selbstkritische Auseinandersetzung mit seiner Arbeit zustande. In der Sozialen Arbeit ist es wichtig, eine prozessorientierte Haltung zum Leben einzunehmen und nicht eine rein technische. Dies führt in manchen Fällen zu Krisen, die zu einer Bedrohung des Beziehungssystems und des Selbstwertgefühls führen. Krisen geben Chancen zum Lernen und Verändern, wenn sie mittels eines Reflexionsmediums aufgearbeitet werden (vgl. Belardi<sup>2</sup> 2010, S. 89). Dies zeigt die Notwendigkeit einer Reflexion auf. Die Krisen müssen in einem Rahmen thematisiert und aufgearbeitet werden. Dabei ist die Reflexion mit einem der genannten Reflexionsmedien unabdinglich. In diesem Rahmen finden die Bereiche der reflexiven sozialpädagogischen Arbeit und die Reflexion der eigenen Person Platz. In diesem speziellen Bereich der Suchthilfe der sozialpädagogischen Arbeit ist ein hohes Maß an Psychohygiene erforderlich.

---

Dewe (2008) meint, dass die benötigte Handlungs- und Reflexionskompetenz in der professionellen Praxis durch geeignete Lern- und Handlungsformen, wie zum Beispiel Supervisions- und Fortbildungskonzepte, steigerbar oder sogar verbesserbar wären (vgl. Dewe 2008, S. 111 zit. n. Dewe 1992, o. S.). Ohne reflexive Arbeit ist der sozialpädagogisch Handelnde in Gefahr des Ausbrennens (Burnout - Phänomen) (vgl. Schwarz 2009, S. 58). Gerade in der personenbezogenen, beziehungsbetonten Arbeit mit anderen Menschen ergeben sich immer wieder Paradoxien und Widersprüche. Das kann zu Fehlinterpretationen und Burnout - Symptomen führen. Genau in diesem Arbeitsfeld ist die Supervision gefragt (vgl. Schwarz 2009, S. 59 zit. n. Buer 2000, S. 73-74), denn auch Jungblut (2004) ist der Meinung, dass gerade Mitarbeiter im Suchtbereich einem starken psychosozialen Druck ausgesetzt sind und ein Burnout in diesem Tätigkeitsfeld nicht selten ist (vgl. Jungblut 2004, S. 281). Dabei wird ersichtlich, dass die genannten Autoren die Reflexion der sozialpädagogischen Arbeit wie der persönlichen Faktoren zur Burnoutvorbeugung sehen. Der Begriff des Burnouts findet sich in diesem Kapitel wieder. Auch Kreft und Mielenz (1996) verweisen gerade durch das Burnoutsyndrom auf die Notwendigkeit systematischer und lebenslanger Reflexion der eigenen beruflichen Praxis (vgl. Kreft / Mielenz 1996, S. 445) und die Auseinandersetzung mit der eigenen Person.

Im Zusammenhang soll hier der Platz sein, um das Phänomen „Burnout“, im speziellen bei therapeutisch – helfenden Berufen wie die eines Sozialpädagogen in der Suchttherapie näher zu diskutieren. Wie bereits in der Auseinandersetzung mit dem Stellenwert der Reflexion erkenntlich, tritt im Zusammenhang mit Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit immer der Begriff des Burnouts auf. Gerade seit der intensiven Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild des Burnouts hat der Stellenwert der Reflexion aus gesellschaftlicher Sicht zugenommen. Jungblut (2004) bringt den Begriff Burnout in Zusammenhang mit der Drogenhilfe und meint, dass „[d]ie psychosoziale Befindlichkeit des Drogenhelfers ist einem starken Druck ausgesetzt, der nicht selten zu Burn – out - Syndromen führen kann“ (Jungblut 2004, S. 281). Dies kann in allen Bereichen der Arbeit mit Menschen aufkommen. Im Weiteren wird neben der Klärung des Begriffes „Burnout“ im spezielle auf den Verlauf des Burnouts in der stationären Drogentherapie eingegangen.

---

Der Versuch einer begrifflichen Eingrenzung von „Burnout“ ist schwer und Burisch (1995) spricht in diesem Zusammenhang von „(...) eine[r] begriffliche[n] Quelle“ (Burisch 1995, S. 25). An dieser Fülle an Versuchen einer Definition haben Schaufeli und Enzmann (1998) versucht, die Gemeinsamkeit dieser aufzugreifen und kamen zu folgender Arbeitsdefinition:

„Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand »normaler« Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung disfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlanpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht“ (Burisch 2006, S. 19 zit. n. Schaufeli/ Enzmann 1998, S. 36).

Diese Definition wurde gewählt, da sie viele Bereiche des Burnoutsyndroms anspricht. Die Symptome der Erschöpfung, Unruhe, Anspannung wie auch die verringerte Effektivität, gesunkene Motivation, Entwicklung veränderter Einstellungen und Verhaltensweisen sind genannt, die die Kernsymptome des Burnouts beinhalten (vgl. Marx 2004, S. 361 zit. n. Maslach/ Jackson 1986, o. S.). Des Weiteren wird der Punkt angesprochen, dass dieses Krankheitsbild von den Betroffenen wie auch von Familienmitgliedern, Mitarbeitern oder von Vorgesetzten meist nicht erkannt wird. Ein nächster Punkt, der in dieser Definition genannt wird, sind die zwei Grundbedingungen der Burnoutproblematik. Zum einen die Wechselwirkung von äußeren Anforderungen und zum anderen von Merkmalen der Person selbst (vgl. Marx 2004, S. 361). Das Burnout entsteht aus einem Mischverhältnis von inneren und äußeren Faktoren. Die Merkmale der betroffenen Person bzw. innere Faktoren, wie die eigene Leistungsfähigkeit überschätzen oder die Arbeit zu wichtig zu nehmen und über den privaten Bereich zu stellen, unbewusst oder bewusst motiviert, beeinflussen die Burnoutanfälligkeit. Natürlich wirken dabei Einflüsse wie die strukturellen, institutionellen und zwischenmenschlichen

---

Faktoren mit ein (vgl. Burisch 1995, S. 34-35; Marx 2004, S. 362). In der Suchttherapie sind die äußeren Faktoren meist die Mängel im Behandlungskonzept und in Ziel- und Machbarkeitsdefinitionen wie auch die unscharf definierten Ergebnismerkmale. Die zweite Grundbedingung des Burnouts ist die Tatsache, dass es sich um einen prozesshaften Verlauf handelt, der sich in Phasen über einen längeren Zeitraum entwickelt, findet in dieser Definition Platz (vgl. Marx 2004, S. 361-362).

Die Symptome des „Burnouts“ umfassen nach Burisch (2006) eine Fülle (über 120) an verschiedenen Zuständen (vgl. Burisch 2006, S. 25-26). Marx (2004) fasst in seiner Definition die Symptome „(...) Erschöpfung, Ohnmacht, reduzierte(.) Belastbarkeit, Überforderung bereits in alltäglichen Aufgaben, Resignation, Enttäuschung, Depression, innere Leere, Unfähigkeit zur Entspannung, Reizbarkeit, Rückzug von Menschen, Zynismus, Verlust des Gefühls für die eigene Person und auch Verlust des Gefühls für Personen, für die eine Verantwortung besteht“ (Marx 2004, S. 361) zusammen. Dieses wechselwirkende Gefühl aus diesen verschiedenen Zuständen beschreibt den Zustand eines Burnouts sehr treffend. In der Literatur spricht man von vier Kernsymptomen:

- Emotionale, geistige und körperliche Erschöpfung
- Ausgeprägte Abneigung und Widerwille gegen die eigene Arbeit
- Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung
- Selbstabwertung

(vgl. Burisch 1995, S. 31)

Viele Autoren versuchen einen Verlauf des Burnouts auszumachen. Alle diese Phasentheorien (Freudenberger und Richelsond 1983, Cherniss 1980, Lauderdale 1982, Pines und Maslach 1978, Edelwich und Brodsky 1980) entstehen auf intuitiven Typisierungen und nicht auf systematisch empirischen Studien (vgl. Burisch 2006, S. 39-41). Im Weiteren soll dabei kurz auf die Gemeinsamkeiten der genannten Verlaufsmodelle eingegangen werden und anschließend eines näher auf den Bereich der sozialpädagogischen Arbeit in der stationären Suchttherapie angewandt werden. Der auslösende Faktor, der Berufsstress, wird bei manchen Modellen als eigener Punkt angeführt und bei anderen als zeitlich davor mitgedacht. Als nächsten Schritt führen alle Autoren klassische Warnsignale wie Ermüdung, Erschöpfung, verschlechterte Beziehungen zur sozialen Umwelt

in Form von Reizbarkeit, Ungeduld, Vorwürfen und weitere an. Der Endzustand des Burnouts wird von allen mit Begriffen wie Depression und Rückzug beschrieben (vgl. Burisch 2006, S. 41).

Ein differenzierteres Modell stammt von Freudenberg und North (1992), in welchem hier im speziellen auf die sozialpädagogische Arbeit in der stationären Suchttherapie eingegangen wird (vgl. Marx 2006, S. 363-379, zit. n. Freudenberg/ North 1992, o. S.). Das Feld des Burnoutsyndroms umfasst eine große Fülle an Literatur. Aus diesem Grund wird hier im speziellen auf den Verlauf in der Suchttherapie eingegangen und die anderen Bereiche ausgeklammert, da die Suchttherapie den Kern der Arbeit umfasst. Die genauen Symptomlisten des jeweiligen Stadiums werden ausgeklammert und der Gesamtzustand auf die Tätigkeit im Bereich der Suchttherapie übertragen.

### 1. Stadium: Der Zwang sich zu beweisen

In der Suchttherapie ist dies vorhanden, wenn sich der Sozialpädagoge zu sehr mit dem Patienten identifiziert und durch erhöhten Arbeitseinsatz um jeden Preis zum Ziel „clean“ zu werden führen will. In den meisten Fällen wird dabei die mangelnde Effizienz der Arbeit nicht wahrgenommen (vgl. Marx 2006, S. 363-364).

### 2. Stadium: Verstärkter Einsatz

Der Arbeitseinsatz verstärkt sich zunehmend. Schwierige Patienten werden trotz Arbeitsauslastung übernommen. Die Arbeitszeit wird ausgeweitet und Aufgaben werden lieber selbst durchgeführt, als delegiert. Der Mitarbeiter wird ein Co - Abhängiger und macht sein Lebensgefühl vom Erfolg des Patienten abhängig. Durch Rückfälle werden Selbstzweifel ausgelöst und dem Mitarbeiter ist selbst nicht klar, dass die Arbeit immer mehr sein privates Leben einnimmt (vgl. Marx 2006, S. 366).

### 3. Stadium: Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse

Suchtpatienten sind ungeduldig, rastlos und fordern bei auftretenden Problemen sofortige Hilfe und Zuwendung. Dafür muss Zeit geschaffen werden. Die ständige Belastung der sofortigen Hilfeforderung, das nie „Abschalten – Können“, denn auch die Pausen

werden von Patienten oder der Auseinandersetzung damit gefüllt (vgl. Marx 2006, S. 367).

#### 4. Stadium: Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen

Durch die ständige Überforderung treten Fehlleistungen in der Arbeit mit den Suchtpatienten auf. Die Patientengruppe hat viele Enttäuschungen und Erfahrungen mit gebrochenen Versprechen hinter sich und reagiert gerade in dieser Phase sensibel (vgl. Marx 2006, S. 369) auf das der Sozialpädagoge reagiert.

#### 5. Stadium: Umdeutung von Werten

Die Anliegen der Patienten können nicht mehr im notwendigen Ausmaß empathisch besprochen werden, denn gerade die hohe Rückfallsquote in der Suchttherapie hat die Misserfolge für den Sozialpädagogen anschaulich gemacht. Der Zustand der Unveränderbarkeit der Suchtproblematik wird als Arbeitshaltung übernommen. Der Auslöser für den mangelnden Erfolg wird dem Patienten zugeschrieben (vgl. Marx 2006, S. 371).

#### 6. Stadium: Verstärkte Verleugnung aufgetretener Probleme

Die Arbeit mit den Patienten wird widerwillig erledigt. Die persönliche Einstellung zur Arbeit sinkt und wird von negativen Gefühlen erfüllt. Es treten vermehrt Konflikte mit anderen Kollegen auf (vgl. Marx 2006, S. 372).

#### 7. Stadium: Rückzug wird endgültig

Die Person, die in der stationären Drogentherapie tätig ist, hat das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Entfremdung, Orientierungslosigkeit wie auch der Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit und psychosomatische Krankheiten. Es kommt zu einem Problem bei der Vermittlung der Zielvorstellungen, dass der Patient sich zu einem gesunden, glücklichen, aktiven und selbstbestimmten Leben ohne Drogen entwickelt, da dieser Zustand selbst nicht vorhanden ist (vgl. Marx 2006, S. 373-374).

#### 8. Stadium: Deutliche Verhaltensänderung

Der Mitarbeiter tritt in eine passiv – aggressive Haltung. Der Suchtpatient wird als Gegenspieler angesehen und die Arbeit als Überlebenskampf (vgl. Marx 2006, S. 375-376).

#### 9. Stadium: Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit

Die Arbeit in der Suchttherapie ist zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Die Person kann sich nicht mehr flexibel an die Aufgaben anpassen, sondern funktioniert nur noch nach Vorgaben. Der Mitarbeiter kann ab diesem Stadium nicht mehr arbeiten (vgl. Marx 2006, S. 376-377).

#### 10. Stadium: Innere Leere

Zu diesem Zeitpunkt ist der Mitarbeiter von starken schmerzhaften Emotionen mit dem Gefühl des inneren Abgestorbenseins konfrontiert. Diese Symptome werden als existenziell bedrohlich erlebt, es kommt zu Panikattacken, unbestimmten Ängsten vor anderen Menschen und Situationen (vgl. Marx 2006, S. 377-378).

#### 11. Stadium: Depressionen und Erschöpfung

In dieser Situation hat sich die Person völlig aufgegeben. Erschöpfung, Selbstmordgedanken und –absichten kennzeichnen dieses Stadium (vgl. Marx 2006, S. 378).

#### 12. Stadium: Völlige Burnout Erschöpfung

In diesem letzten Stadium tritt das Burnout in seiner schwersten Form der geistigen und körperlichen Erschöpfung in Erscheinung. Neben den psychischen Symptomen äußern sich dabei die körperlichen Krankheiten in stärkerer Form wie in Stadium elf (vgl. Marx 2006, S. 379).

Die Reflexion in der Sozialen Arbeit hat einen großen Stellenwert. Im bereits dargelegten wird ersichtlich, dass unter den Faktoren der Qualitätssicherung und des zunehmenden Burnouttrisikos in sozial – helfenden Berufen der Stellenwert noch weiter an Bedeutung gewonnen hat. Reflexion und Soziale Arbeit standen schon immer in einem engen Zusammenhang. Gerade in der personenbezogenen, beziehungsbetonten Arbeit mit



anderen Menschen ergeben sich immer wieder Paradoxien und Widersprüche (vgl. Schwarz 2009, S. 59 zit. n. Buer 2000, S. 73-74), diese es bedarf aufzuarbeiten. In der stationären Suchthilfe ist dies durch die speziellen Belastungsfaktoren, die rechtlichen und institutionellen Vorgaben, Teamarbeit und Klientengruppe noch viel wichtiger. Die Reflexion ist in den täglichen Arbeitsalltag fest integriert und auch nicht mehr wegzudenken. In der Arbeit im multiprofessionellen Team ist die Reflexion umso mehr verankert und ohne sie wäre ein Austausch wie auch die Arbeit in diesem Bereich nicht möglich. Denn wie Dewe (2008) bereits in seinen wissenschaftstheoretischen Ausführungen einer reflexiven Sozialpädagogik auf die große „(...) Bedeutung der Reflexivität in der Sozialpädagogik als struktur- und prozessreflexive(.) Handlungswissenschaft“ verweist (Dewe 2008, S. 107). Die sozialpädagogische Arbeit und die Reflexion sind eng miteinander verbunden. Eine zufriedenstellende Arbeit auf der Seite der Sozialpädagogen und der Klienten ist ohne eine Reflexion dieser nicht möglich.

---

## 4 Drogentherapieeinrichtung „walkabout“

Im praktischen Teil der Arbeit wird näher auf die Drogentherapieeinrichtung „walkabout“ eingegangen. Dabei stehen die institutionellen Rahmenbedingungen, wie auch die rechtlichen Grundlagen und Gesetze der stationären Drogentherapie im Mittelpunkt. Bei den rechtlichen Grundlagen, welche für die stationäre Drogentherapie im Kontext eines Krankenhauses gelten, wurde sich an den gesetzmäßigen Regelungen nach dem geltenden Suchtmittelgesetz orientiert. Im Weiteren wird der stationäre Therapieverlauf beschrieben und das pädagogische Handeln in der Drogenarbeit thematisiert.

Abschließend steht die tatsächliche Umsetzung von Reflexion in der sozialpädagogischen Praxis im Mittelpunkt. Für diese Erkenntnisse wird neben der Literatur ein Experteninterview mit einer Sozialpädagogin, welche bei „walkabout“ tätig ist, herangezogen. Die vollständige Transkription des Interviews sowie der Interviewleitfaden finden sich im Anhang.

### 4.1 Institutionelle Rahmenbedingungen

Die gesamte Einrichtung „walkabout“ unterliegt der Gemeinschaft der Barmherzigen Brüder in Graz - Eggenberg, jedoch ist die Therapiestation ein völlig eigenständiger Bereich (vgl. Barmherzige Brüder Österreich 2008, o. S.).

Das erste Hospital der Barmherzigen Brüder wurde 1605 in Österreich gegründet. Weiterführend entsteht ein dichtes Netzwerk der Hospitalität durch weitere Gründungen. In Österreich gibt es zehn Ordenswerke dieser Organisation in Wien, Eisenstadt, Graz, Salzburg und Linz sowie gibt es neben den Spitälern auch Einrichtungen für spezielle Bereiche in Kainbach bei Graz, Kritzendorf bei Wien und Schärding. Diese sogenannten neuen Hospitalitäten umfassen die Ambulanzen für Gehörlose, Armenambulanz für Mittellose, Drogentherapiestation „walkabout“ und Palliativpflege und viele weitere. Die Gemeinschaft der Barmherzigen Brüder zielt auf drei Arten von Hilfeleistung ab. Die Grundbedürfnisse zu erfüllen, psychosoziale und existenzielle Mängel sowie gesell-

---

schaftliche Mängel zu lindern. Der Leitsatz der Gemeinschaft ist „Gutes tun und es gut tun“ und das Symbol ist der Granatapfel (vgl. Barmherzige Brüder Österreich 2008, o. S.).

Die Therapiestation „walkabout“ bietet eine Entzugsbehandlung mit anschließender Kurzzeitentwöhnphase ab dem 16. Lebensjahr an. Die Entzugsbehandlung umfasst den Entzug von illegalen Substanzen und/ oder Benzodiazepinen und dauert in der Regel drei bis vier Wochen. Für den Entzug stehen den Patienten acht Betten in Doppelzimmern zur Verfügung. Im Anschluss an den Entzug können die Patienten eine Kurzzeitentwöhnung machen. In diesem Bereich der Einrichtung gibt es 20 Plätze in Doppelzimmern. Die Dauer dieser Entwöhnphase beträgt 84 Tage (vgl. Barmherzige Brüder Österreich 2008, o. S.).

Die Einrichtung besteht aus einem Gebäude und einen großen Außenbereich in Kainbach bei Graz. Jedoch ist das Gebäude in zwei Bereiche unterteilt. Der Entzugsbereich, in dem das Pflegeteam und die Ärzte sowie die Psychologen hauptsächlich agieren, bildet einen Bereich. Die Sozialarbeiter werden zum Teil, wenn der Bedarf von Seiten der Patienten besteht, miteinbezogen. Die Entzugsbehandlung kann auch in externen Einrichtungen gemacht werden. Der zweite Teil des Gebäudes besteht aus dem Entwöhnbereich, den Patienten nutzen können, wenn sie den Entzug bereits hinter sich haben. Dieser Teil des Gebäudes ist auch der Mittelpunkt der sozialpädagogischen Arbeit.

In den zehn österreichischen Ordenswerken der Barmherzigen Brüder arbeiten über 4.400 Personen in Voll- und Teilzeitbeschäftigung und kümmern sich um mehr als 100.000 stationäre Patienten (vgl. Barmherzige Brüder Österreich 2008, o. S.). In der Therapiestation für Drogenkranke gibt es 34 Mitarbeiter, die sich über die zwei Bereiche der Einrichtung, des Entzugs und der Entwöhnung, verteilen. Diese Personen sind über neun Fachrichtungen verteilt und stehen im ständigen Austausch miteinander. Die Bereiche der Einrichtung „walkabout“ wie auch die Leitungsebenen sind, wie in der Grafik ersichtlich, gegliedert.

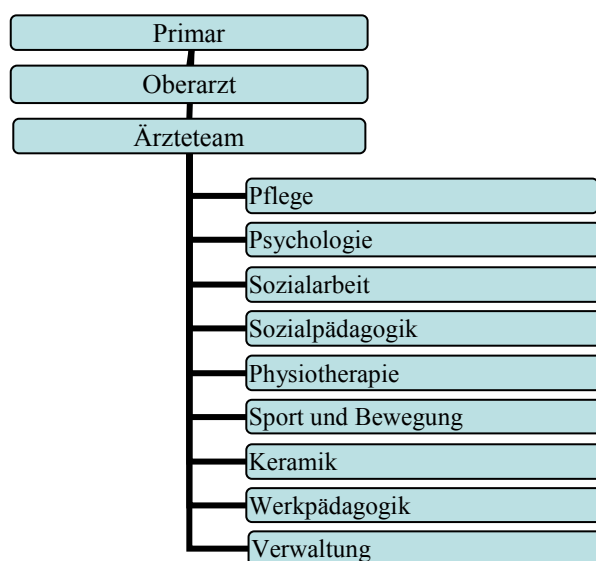


Abb. 2: Organigramm „walkabout“

Das Ärzteteam besteht aus zwei weiteren Ärzten unter der Leitung von Prim. Dr. Friedl. Da rund um die Uhr ein Arzt auf der Station sein muss, werden für den Nachtdienst noch weitere Personen aus den anderen Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Graz - Eggenberg herangezogen. Das Pflegepersonal ist Schnittpunkt und Ansprechpartner für die anderen Fachrichtungen. Der Bereich der Psychologie wird von vier Psychologen und Psychotherapeuten übernommen. Die soziale Unterstützung wird von drei Sozialarbeitern und drei Sozialpädagogen übernommen. Für die Physiotherapie und Sport und Bewegung stehen drei Mitarbeiter zur Verfügung und den kreativen und handwerklichen Bereich gestalten wiederum drei Personen. Der Austausch zwischen den Fachrichtungen findet täglich in Morgenmeetings statt, aber auch in kleineren Subteambesprechungen. Die Erkenntnisse davon werden im großen Team reflektiert.

Die Zielgruppe sind Menschen ab dem 16. Lebensjahr mit einer Drogenproblematik, jedoch gibt es auch Ausnahmefälle, in denen Patienten auch schon zu einem früheren Zeitpunkt aufgenommen werden. Das Angebot von „walkabout“ richtet sich an Männer und Frauen die sich entschieden haben abstinent leben zu wollen, dem Leben eine neue Richtung zu geben, die körperliche und seelische Verfassung zu verbessern, sich wieder in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern und eine Drogen- bzw. Medikamenten-entwöhntherapie zu machen (vgl. Barmherzige Brüder Österreich 2008, o. S.).

---

Die Therapiestation ist gut mit den anderen Einrichtungen in der Suchthilfe vernetzt. Abhängige mit dem Willen eines Entzugs und/ oder einer Entwöhnung werden zum Beispiel bei den Beratungsstellen B.A.S. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Drogenberatung des Landes Steiermark und Kontaktladen der Caritas zu den Erstgesprächsterminen der Drogentherapieeinrichtung weitergeleitet, die bei einer Aufnahme Voraussetzung sind. Jeden Mittwoch findet auch eine Nachbetreuung ehemaliger Patienten/Patientinnen in der Drogenberatung des Landes Steiermark oder im B.A.S. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen statt. Dabei sind Ansprechpersonen wie Psychologen, Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen von „walkabout“ anwesend. Ein weiterer Kooperationspartner der Therapiestation in Graz - Kainbach ist die Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz, welche auch den Schwerpunkt auf die Behandlung stoffgebundener Abhängigkeitssubstanzen hat. Jedoch sind beim LSF Graz oft lange Wartezeiten und um die frühere Aufnahme in den Entzug oder die Entwöhnung zu erreichen, werden Patienten oftmals an die Drogentherapiestation „walkabout“ verwiesen.

#### ***4.2 Rechtliche Grundlagen und Gesetze***

Die rechtlichen Grundlagen im Bereich Sucht sind im Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Substanzen und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG) geregelt. Dabei sind alle Substanzen, welche strafrechtlich gesehen als illegal zählen, festgehalten. Dies bildet den rechtlichen Kern der stationären Therapie. Im Suchtmittelgesetz Österreich sind die gesundheitsbezogenen Maßnahmen bei Suchtmittelmissbrauch und die Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot festgehalten. Das Suchtmittelgesetz besagt „Personen, die wegen Suchtmittelmissbrauchs oder der Gewöhnung an Suchtgift gesundheitsbezogene Maßnahmen (...) bedürfen, haben sich den notwendigen und zweckmäßigen, ihnen nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu unterziehen“ (Bundeskanzleramt Österreich 2010, S. 6). Als gesundheitsbezogene Maßnahmen sind hier die ärztliche Überwachung des gesundheitlichen Zustands, neben dieser zusätzlich die Entzugs- und Substitutionsbehandlung sowie die klinisch – psychologische Beratung und Betreuung, die Psychotherapie und/ oder die psychosoziale Beratung und

---

Betreuung zu nennen. Diese Maßnahmen werden von qualifizierten und mit Fragen des Suchtmisbrauchs vertrauten Personen durchgeführt (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2010, S. 7-8). Im Abschnitt der Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für süchtige Personen sind die klaren Bestimmungen der Therapieeinrichtungen festgehalten. Diese müssen die Abstinenz der Patienten und die soziale Wiedereingliederung des Suchtkranken zum Ziel haben. Des Weiteren muss ein Arzt mit Kenntnissen im Suchtbereich Teil des Teams sein. Das Angebot der klinisch- psychologischen und psychosozialen Beratung wie auch der psychotherapeutische Bereich müssen von qualifizierten im Suchtbereich kundigen Personen abgedeckt sein. Diese sind verpflichtet, die Arbeit mit den Patienten zu dokumentieren (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2010, S. 8).

Der nächste Teil bezieht sich auf die Finanzierung. Die Einrichtungen oder Vereinigungen, welche mit Suchtpatienten arbeiten, können vom Bund gefördert werden. Die Formen die als Krankenbehandlung gezählt werden, bekommen die Gelder von den Sozialversicherungsträgern, den Krankenfürsorgeanstalten oder dem Sozialhilfeträger (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2010, S. 8). Die Kostenübernahme des Aufenthalts in der Therapieeinrichtung „walkabout“ wird in der Steiermark mittels einer Mischfinanzierung ermöglicht. Diese Art der Finanzierung betrifft sowohl den Entzugs- wie auch den Entwöhnteil. Der größte Teil der Finanzierung wird von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse getragen. Der verbleibende Betrag wird über das steirische Behindertengesetz abgedeckt. Für eine Aufnahme in den Entwöhnteil benötigt der Patient eine chefarztliche Bewilligung, die durch ein persönliches Gespräch mit dem Chefarzt in der Gebietskrankenkasse eingeholt wird (vgl. Barmherzige Brüder Österreich 2008, o. S.). Im Bezug auf die Finanzierung der Therapie gibt es zurzeit einen Umbruch (vgl. Interview 2011, Z. 125). Die Entzugsbehandlung wird generell gewährt, aber die Kosten für die Entwöhntherapie werden nicht mehr von allen Bundesländern übernommen. Die Therapiestation „walkabout“ hatte vorwiegend aus Oberösterreich Patienten. Dieses Bundesland genehmigt die Therapie in der Steiermark nicht mehr (vgl. Interview 2011, Z. 130-133).

---

### **4.3 Stationäre Therapie**

Die Arbeit mit den Abhängigkeitskranken, die verschiedene Bedürfnisse haben, fordert an eine Therapiestation ein vielfältiges Angebot an Behandlungssettings und Therapiemethoden (vgl. Petzold/ Scheiblich/ Thomas 2006, S. 42). Die Therapiestation „walkabout“ orientiert sich an dem Konzept des integrierten therapeutischen Ansatzes. Dieser beinhaltet eine Vielzahl an unterschiedlicher und integrativer Modelle, Konzepte und Methoden. Die Drogenabhängigkeit umfasst den ganzen Menschen in seiner körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen bzw. sozioökonomischen Welt. Die Vergangenheit der Suchtpatienten ist von verschiedenen Erlebnissen (zum Beispiel: traumatisierende Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, Entbehrung und Defizite, zerbrochene Familien, soziale Entwurzelung) geprägt. Dies macht eine umfassende Arbeit mit einem breiten Spektrum von suchtspezifischen Methoden sowie psychotherapeutische und sozialtherapeutische Maßnahmen erforderlich (vgl. Petzold/ Schay/ Ebert 2007, S. 7-8). Der integrierte Handlungsansatz findet sich bei den Methoden in der stationären sozialpädagogischen Arbeit wieder. Dabei werden die integrierten Handlungskompetenzen, welche im stationären Bereich Anwendung finden, besprochen.

Das Therapieangebot bei „walkabout“ umfasst, wie bereits genannt, die Bereiche Psychologie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Physiotherapie, Sport und Bewegung, Keramik und Werkpädagogik (vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.). Die gesamten Patienten, Entzug und Entwöhnung, werden auf die klinischen Psychologen und Psychotherapeuten aufgeteilt, die dann fallführend sind und einmal in der Woche eine Einzelsitzung mit dem jeweiligen Patienten haben. In speziellen Situationen können auch mehrere Sitzungen gemacht werden. Diese zuständigen Psychologen und Psychotherapeuten sind den anderen hier genannten Bereichen übergeordnet (vgl. Interview 2011, Z. 86-92). Die Mitarbeiter der Sozialarbeit teilen sich die Patientengruppe, Entzug und Entwöhnung, wie die klinischen Psychologen und Psychotherapeuten auf. Die Sozialarbeit ist zuständig für Amtswege, Schuldenregulierung, gerichtliche Angelegenheiten sowie auch in Kombination mit der Sozialpädagogik die Arbeitssuche, Wohnungssuche und Bankfahrten (vgl. Interview 2011, Z. 169-182). Das physiotherapeutische Angebot kann nach terminlicher Absprache und nach Bedarf von allen Patienten auf der Station genutzt

---

werden. Der Bereich Sport und Bewegung schließt einen großen Teil sportlicher Aktivitäten ein wie zum Beispiel schwimmen, klettern, Wanderungen, Radfahren, laufen, Fußball und noch viele andere (vgl. Interview 2011, Z. 53-57). Der kreative Bereich der Keramik und Werkpädagogik umfasst neben dem Arbeiten mit verschiedenen Materialien und dem Malen auch handwerkliche Arbeit wie zum Beispiel Gartenarbeiten, Rasenmähen und Instandhaltungsarbeiten (vgl. Interview 2011, Z. 48-52).

Der Bereich der Sozialpädagogik ist klar definiert. Es gibt jedoch Überschneidungen mit der Sozialarbeit im Bereich der Arbeitssuche, Wohnungssuche und bei Fahrten mit den Patienten. Diese Tätigkeiten werden in Absprache mit dem zuständigen Sozialarbeiter aufgeteilt (vgl. Interview 2011, Z. 185-188). Im Weiteren wird das genaue Tätigkeitsprofil der sozialpädagogischen Arbeit in der Therapiestation „walkabout“ dargestellt.

#### Tätigkeitsprofil der Sozialpädagogik

- Begleitung von Internetnutzung und bei Telefonaten
- Verantwortlichkeit, dass Dienste eingeteilt sind
- Gestaltung und Durchführung der Abendrunden
- Gestaltung und Durchführung der Wohngruppenbesprechungen
- Krisenintervention
- Pädagogische Interventionen in Absprache mit Kollegen
- Einzelgespräche mit den Patienten
- Gestaltung und Durchführung der Therapiegruppe am Mittwoch und Freitag
- Bank- und GKK - Fahrten
- Erste Ansprechperson für die Patienten der Entwöhnung
- Teilnahme an den Kernteams
- Teilnahme bei Elterngesprächen
- Teilnahme bei Helferkonferenzen
- Begleitung des Abendessens
- Erstellung der Wochenpläne
- Einteilung der Putzbegleitung



- 
- Unterstützung beim Verfassen von schriftlichen Dingen (z.B.: Bewerbungen, Lebenslauf)
  - Unterstützung bei diversen Internetrecherchen (z.B.: Wohnungssuche, Jobsuche) und die Begleitung von Telefonaten in diesem Gebiet nach Absprache mit dem zuständigen Sozialarbeiter
  - Tägliche Dokumentation im internen Austauschprogramm
  - Zimmerkontrolle montags
  - Kontrolle der Außendienste

Neben diesen Aufgaben bieten die Sozialpädagogen individuelle Unterstützung der Patienten im alltäglichen Leben und Hilfe beim Erlernen von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung. Die Fähigkeit zur Einhaltung von Regeln wird gefördert, um sie auf den Alltag nach der Therapie vorzubereiten. Die Aufgabe der Sozialpädagogik ist nicht die Rundum - Betreuung und sofortige Erfüllung aller Wünsche, sondern sie dabei zu unterstützen, wichtige Ereignisse und Termine zu planen und ihnen aufzuzeigen, wann und wo Unterstützung gegeben werden kann. Dies geschieht mit dem Hintergrund auf die Vorbereitung auf reale Lebenssituationen nach Beendigung der Therapie. Diese Maßnahmen werden in enger Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen durchgeführt.

In diesem Zusammenhang ist der Treffpunkt, die Anlaufstelle der Sozialpädagogik, zusätzlich zu nennen. Der Treffpunkt ist eine Art Wohnzimmer mit Computer und Telefon, in dem zweimal am Tag zu bestimmten Zeiten die Patienten unter der Anwesenheit der Sozialpädagogen die Möglichkeit haben ins Internet zu gehen, zu telefonieren und mit den sozialpädagogischen Mitarbeitern in Kontakt zu treten. Im Gegensatz zu den anderen Angeboten wie Psychologie, Sport, Keramik, ist das ein freiwilliges Angebot. Gerade in diesem Rahmen entstehen viele Gespräche zwischen den Patienten und den Mitarbeitern. Auf der Ebene findet Krisenintervention statt (vgl. Interview 2011, Z. 153-162).

---

### 4.3.1 Phasen

In der Therapiestation „walkabout“ wird neben der stationären Kurzzeittherapie von 84 Tagen auch eine Entgiftungsbehandlung angeboten. Diese orientiert sich nach dem Konzept der qualifizierten Entzugsbehandlung. Dieses Konzept geht über den körperlichen Entzug hinaus und umfasst einen integrierten therapeutischen Ansatz (vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.).

Dieses Behandlungskonzept integriert neben dem körperlichen Entzug auch:

- „Stabilisierung und Stärkung der Persönlichkeit unter Berücksichtigung sowohl körperlicher und psychischer, als auch sozialer Gesichtspunkte
- Lösungsorientierte Erarbeitung individueller Ziele und Strategien
- Förderung von Krankheitseinsicht und Krankheitsverständnis
- Motivationsstärkung
- Abklärung vorbestehender oder begleitender psychischer und körperlicher Erkrankungen (Komorbidität, „Doppeldiagnosen“)

(Barmherzige Brüder 2008, o. S.)

Der Entzug von allen illegalen Drogen auf der Station umfasst einen Zeitraum von drei bis vier Wochen und ist für Patienten ab dem 16. Lebensjahr möglich (vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.). Die Patienten werden auf Methadon umgestellt und können zwischen einen Blindentzug oder einem klassischen Modell wählen. Die Umstellung auf Methadon im Vorfeld erfolgt, da mit sich die Vorgehensweise bei dem folgenden Entzug leichter gestaltet. Bei einem Blindentzug werden die tägliche Dosis und das Ausmaß der Dosisminderung ohne das Wissen des Patienten geregelt, dies geschieht in enger Absprache mit den Ärzten auf der Station. Die Patienten können diesen Blindentzug jederzeit aufheben, dass sie über die Menge des Ersatzmittels wieder informiert werden. Nach der letzten Methadoneinnahme bleibt der Patient im Entzugsbereich bis sein Harn frei von allen Substanzen ist und kann dann in den Entwöhnungsbereich wechseln (vgl. Interview 2011, Z. 14-24).

Der Aufenthalt in der Entwöhntherapie verläuft in einem Stufensystem mit dem Prinzip der schrittweisen Übernahme von Eigenverantwortung und Verantwortung gegenüber den anderen Mitgliedern der Gemeinschaft (vgl. Brosch / Juhnke 1993, S. 146).

Nach dem körperlichen Entzug wechselt der Patient in die Kurzzeittherapie die 84 Tage dauert. Diese ist in ein dreistufiges System gegliedert und umfasst die Orientierungs-, Aktions- und Integrationsphase (vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.).

### Stufe 1: Orientierungsphase

Die erste Zeit in der Entwöhnung, die zwei Wochen dauert, umfasst einen Entscheidungsprozess in der Auseinandersetzung mit der richtigen weiteren Therapieform. Dieses Thema wird in Gesprächen zwischen dem Patienten und dem Team diskutiert (vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.). In dieser Zeit gilt eine Kontaktsperre nach außen. Es sind keine Besuche gestattet, der Briefkontakt ist jedoch erlaubt. Diese Zeit dient der Konzentration auf die eigene Person und die Gemeinschaft und soll den Patienten von der Drogenszene und dem Umfeld draußen distanzieren. Die erste Phase soll zum Nachdenken genutzt werden (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 146). Jedem Patienten wird ein Kernteam zugeteilt, das aus Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und je einem Therapeuten der anderen Berufsrichtung besteht. Am Beginn der Entwöhnung tritt das Kernteam zusammen und formuliert Zielsetzungen und einen Therapieplan. Dabei kann sich der Patient ebenfalls einbringen. In diesen ersten zwei Wochen finden vermehrt Einzelgespräche statt, um die Motivation des Patienten für die Therapie abzuklären. Es stehen dem Patienten in den Bereichen Physiotherapie, Sport und Bewegung, Keramik und Werkpädagogik individuelle Beschäftigungen und Therapien zur Verfügung. Am Ende der Orientierungsphase tritt das Kernteam in einen wiederholten Austausch mit dem Patienten um zu klären, ob diese Form der Therapie für ihn das richtige ist. Der Patient muss dem Team klarmachen, warum er die Therapie machen will und welches persönliche Ziel er verfolgt. In dieser Zeit darf der Patient nach dem Entzug erstmal mittels Telefonaten mit der Außenwelt in Kontakt treten (vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.).

---

### Stufe 2: Aktionsphase

Die zweite Phase kann bereits mit Außenkontakten, Ausgängen und Besuchen genutzt werden (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S.146). Ab dem zweiten Wochenende auf der Therapiestation kann der Patient Besuche von draußen empfangen. Dabei geht es um ein behutsames Annähern an die Außenwelt. In dieser Phase gibt es neben Einzel- und Gruppentherapiesitzungen auch Beschäftigungsprojekte. Diese finden am Gelände oder in der Umgebung der Therapiestation statt. Der Patient befindet sich dabei im Schutz der Einrichtung, denn ein Leben ohne Drogen ist in diesem Stadium noch eine große Herausforderung. Der Suchtgedanke ist in dieser Zeit sehr präsent. Das breite Angebot an Therapien und Beschäftigungsmöglichkeiten bietet eine Ablenkung und Unterstützung. Dabei kann jeder seine individuellen Stärken kennenlernen und neue Fertigkeiten entwickeln (vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.). In dieser Phase wird der Patient in die Planung für die Übernahme von Aufgaben aufgenommen. Diese Funktionen in der Gemeinschaft (zum Beispiel Gruppensprecher) und die Übernahme von Aufgaben (zum Beispiel Küchendienst) soll eine geregelte Tagesstruktur aufzeigen und lernen, Verantwortung zu übernehmen. In dieser Phase werden sozialarbeiterische Angelegenheiten und die Planung über Möglichkeiten nach dem Therapieaufenthalt erledigt. Hauptaugenmerk liegt auf der Entwicklung von Beziehungen zu drogenfreien Menschen sowie die Orientierung eines Lebens ohne Drogen (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 146).

Der erste Kontakt mit der Außenwelt wird in den Einzel- und Gruppentherapiesitzungen vorbereitet und danach reflektiert. Mit dem Ende der Aktionsphase, nach einem Monat, beginnt die Integrationsphase in der der Patient Ausgänge bekommt. Der erste Kontakt mit einem Umfeld außerhalb des Schutzes der Therapiestation zeigt dem Patienten, wo er sich in seinem Prozess befindet(vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.).

### Stufe 3: Integrationsphase

In dieser Phase bleiben die Patienten das erste Mal über ein Wochenende zu Hause. Dies ist eine Realitätsprüfung. Dabei stehen die Fragen: Wie ist das Leben ohne Drogen? Wie komme ich damit zurecht? Wie weit bin ich in meinem Prozess wirklich? im Mittelpunkt (vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.). In der dritten Phase tritt, wie bereits erwähnt, eine intensive Orientierung nach Außen ein. Die Arbeitssuche und die Kon-

---

taktaufnahme mit nachbetreuenden Einrichtungen wie auch die Stabilisierung der Sozialkontakte stehen im Mittelpunkt. In der Ablösephase bzw. Integrationsphase liegt der Fokus auf dem Leben nach der Therapie (vgl. Brosch/ Juhnke 1993, S. 146). Die Unterstützung der Sozialarbeiter und der Sozialpädagogen spielen bei der Arbeitssuche, Bewerbungen oder dem Finden einer geeigneten weiteren Therapieform eine wichtige Rolle. In dieser Zeit sind psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche besonders wichtig, um sich mit der Realität auseinanderzusetzen und Zukunftsperspektiven gemeinsam zu entwickeln. In diese Einzelgespräche werden Bezugspersonen integriert, damit sie den Patienten besser verstehen, unterstützen und am Prozess teilhaben können. Am Ende der Therapie gibt es ein Abschiedsritual. Im Kernteam findet ein abschließendes Gespräch statt, um die Entwicklung des Patienten zu reflektieren (vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.).

Während dieser Phasen gibt es bestimmte Regeln, an die sich die Patienten halten müssen. Wenn die Regeln nicht eingehalten werden, kann es zum Therapieabbruch und zur Entlassung aus der Einrichtung führen. Im Folgenden werden diese Regeln angeführt:

- Vereinbarte und vorgegebene Tagesstrukturen (Medikamentenausgabe, Essenszeiten, Therapiezeiten, sonstige Vereinbarungen sind strikt einzuhalten.
- Besuche während des stationären Aufenthaltes im Entzug sind nicht möglich. Ausgenommen davon sind professionelle Helfer bzw. Nachbetreuer nach telefonischer Voranmeldung.
- Im Entwöhnteil sind nach Absprache mit den Bezugstherapeuten Besuche möglich.
- Das Rauchen ist nur in den dafür vorgesehenen Zonen (Aufenthaltsraum, Garten) erlaubt, insbesondere ist es verboten, in den Zimmern zu rauchen.
- Der Konsum, der Handel und die Weitergabe von Alkohol, Drogen und Medikamenten sind strikt verboten.
- Die Patienten verpflichten sich an den diversen Hausdiensten (Reinigung des eigenen Zimmers, Aufbetten, Reinigungsarbeiten von Gemeinschaftsräumen) entsprechend den Anweisungen des Personals zu beteiligen. Die Patienten ver-

---

pflichten sich weiters, ihre Zigarettenstummel in den dafür vorgesehenen Behälter zu entsorgen.

- Patienten dürfen keine Gegenstände bei sich tragen, die sie selbst oder andere verletzen können, wie zum Beispiel: Messer mit fixierter Klinge, Dolche, Stilette, Springmesser, spitze oder scharfkantige Gegenstände.
- Den Patienten wird ausdrücklich angeraten, größere Bargeldbeträge, Sparbücher, Wertpapiere, wertvollen Schmuck und dgl. umgehend in der Verwaltung zu verwahren. Nur auf diese Weise ist eine versicherungsbedingte Haftung nach Diebstahl, Einbruch und Feuer gegeben.
- Vor einem Ausgang haben sich die Patienten rechtzeitig beim zuständigen Stationspersonal abzumelden und bei der Rückkehr anzumelden. Es dürfen ohne Begründungen Leibes- und Gepäckvisitationen durchgeführt werden.
- Sollten Besucher dem Personal nicht persönlich bekannt sein, sind diese zur Legitimation verpflichtet. Alle Besucher sind jeweils namentlich in der Pflegedokumentation festzuhalten.
- Den Anordnungen des Pflegepersonals ist unbedingt Folge zu leisten.
- Unser Haus steht unabhängig ihrer Konfessionszugehörigkeit allen Menschen offen. Die Patienten haben die Möglichkeit, sich mit religiösen Anliegen persönlich an die Barmherzigen Brüder und den Seelsorger zu wenden. Die Kirche ist tagsüber, die hauseigene Kapelle durchgehend geöffnet. Evangelische und römische - katholische Gottesdienste werden regelmäßig angeboten und sind aus der Gottesdienstordnung ersichtlich.
- Die Zeiten der Nachtruhe sind im Sinne des gemeinsamen Zusammenlebens auf der Station einzuhalten (Aufenthalt in den Zimmern). Nachtruhezeiten: Sonntag bis Donnerstag ab 22:30 Uhr, Freitag und Samstag ab 24:00 Uhr; Fernsehzeiten: Montag bis Donnerstag von 18:00 bis 22:30 Uhr, Freitag und Samstag von 18:00 bis 24:00 Uhr, Sonntag bis 22:30 Uhr.
- Musikhören in den Zimmern ist nur mit Kopfhörern erlaubt.
- Das Hantieren mit offenem Feuer ist strengstens verboten.

- 
- Während des stationären Aufenthalts sind vor allem wegen der Gefahr der Ansteckung durch geschlechtlich übertragbare Krankheiten (HIV, Hepatitis B und C) sexuelle Kontakte nicht erlaubt.

(vgl. Barmherzige Brüder 2008, o. S.)

### **4.3.2 Ziele**

Das Angebot von „walkabout“ ist für Männer und Frauen die sich entschieden haben abstinent leben zu wollen, dem Leben eine neue Richtung zu geben, die körperliche und seelische Verfassung zu verbessern, sich wieder in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern und eine Drogen- bzw. Medikamentenentwöhntherapie zu machen (vgl. Barmherzige Brüder Österreich 2008, o. S.).

Die Ziele der Drogentherapieeinrichtung sind neben der körperlichen Entgiftung, die Stabilisierung und Stärkung der Persönlichkeit sowohl körperlich wie auch unter sozialen Gesichtspunkten. Dabei spielt die lösungsorientierte Erarbeitung individueller Ziele und Strategien zur Lebensbewältigung und die Förderung von Krankheitseinsicht und Krankheitsverständnis und die Motivationsstärkung eine wichtige Rolle. Ein weiterer Zielaspekt ist die Abklärung vorbestehender oder begleitender psychische und körperliche Erkrankungen (vgl. Barmherzige Brüder Österreich 2008, o. S.).

### **4.3.3 Besonderheiten der Einrichtung**

Eine stationäre Einrichtung bietet Möglichkeiten, die über das Setting in einer Therapie nur mittels Arzt, Psychotherapeuten, Psychologen oder Sozialarbeiter hinausgehen. Diese besonderen Möglichkeiten sind jedoch immer abhängig von der Professionalität und den Erfahrungswerten des Behandlungsteams. Die Behandlung des Patienten in einer stationären Einrichtung ist unter dem Gesichtspunkt des Gesamtsettings zu sehen. Die verschiedenen Fachrichtungen sind ein mentaler Teil des Gesamten. In dieser Art der Behandlung werden Verbindungen auf alle Ebenen der Institution entwickelt, die alle Personen der Einrichtung erreichen (vgl. Burian 2004, S. 231). Die Interviewpartne-

---

rin sieht die Besonderheiten der Institution ebenfalls auf der Seite des multiprofessionellen Teams und dem daraus folgenden abgerundeten Betreuungssystem (vgl. Interview 2011, Z. 136-143).

Ein weiterer Punkt den die Interviewpartnerin anspricht ist die Tatsache, dass „walkabout“ auf der Basis eines Krankenhauses entzieht und entwöhnt. Sie nennt dabei den Unterschied zu den Therapien, die in einer Art Wohngruppe stattfinden. Diese Krankenhausbasis ermöglicht für die Patienten die ständige Anwesenheit eines Arztes und zwei Personen des Pfllegeteams, welche sie besonders hervorhebt. Der medizinische Bereich ist in der Einrichtung besonders gut abgesichert (vgl. Interview 2011, Z. 137-142).

Ein weiterer Aspekt der stationären Einrichtung ist die Gesamtdynamik der Institution, welche entscheidend für das Funktionieren der Einrichtung ist. Die Patienten wie auch das Behandlungsteam spielen eine wichtige Rolle im Gesamten, wenn Probleme auf einer Seite auftreten ist die gesamte Gruppe davon betroffen. Dabei ist wichtig, dass die gemeinsame Arbeit reflektiert wird um Probleme zu erkennen und diese zu lösen (vgl. Burian 2004, S. 232). Reflexion spielt in der Therapiestation eine große Rolle. Dieser Punkt findet sich in diesem Kapitel später wieder und wird dort genauer diskutiert. Im Bezug auf die Gesamtdynamik in der Station finden alle zwei Wochen Hausrunden statt, in denen das gesamte Haus, Patienten sowie auch Mitarbeiter anwesend sind und dabei stehen Themen, welche die ganze Gruppe betreffen, im Mittelpunkt. Dabei kann jeder Anliegen und Probleme einbringen und es wird versucht in großer Runde eine Lösung zu finden (vgl. Interview 2011, Z. 458-462). Es besteht zusätzlich jederzeit die Möglichkeit ein Sonderkernteam einzuberufen. In diesem Treffen stehen ebenfalls Themen über das Miteinander im Haus im Mittelpunkt (vgl. Interview 2011, Z. 451-455).

Einen weiteren Unterschied sieht die interviewte Sozialpädagogin in der Therapiedauer. Der Zeitraum von 84 Tagen stellt eine Besonderheit dar, denn verglichen mit anderen Einrichtungen bieten die meisten eine Langzeittherapie an. Dabei wurden im speziellen



---

der Grüne Kreis, das Haus am Seespitz und die Zukunftsschmiede genannt. Auf dieser Ebene ist „walkabout“ einzigartig (vgl. Interview 2011, Z. 144-149).

Eine Besonderheit, welche sich im Laufe des Interviews ergeben hat, ist das Rückfallsprozedere. „Walkabout“ sieht den Rückfall als einen Teil der Therapie und eng mit dem Thema „clean zu werden“ verbunden. Ein Rückfall ist etwas ungeplantes was aus einer Emotion heraus geschieht. Patienten, die im therapeutischen Ausgang etwas konsumieren, werden nicht automatisch entlassen. Es wird im Team besprochen, ob eine weiterführende Therapie für den Patienten das richtige ist und es wird gemeinsam über einen Ausschluss oder die Anwendung dieses Rückfallsprozedere diskutiert. In dieser Zeit der Wiedereingliederung in den Therapiealltag hat der Patient keine Ausgänge und es gibt zweimal in der Woche eine Einzeltherapiesitzung. In dieser wird verstärkt ein Augenmerk auf den Rückfall und was dabei geschehen ist gelegt. Diese Vorgehensweise hat sich in der Therapiestation „walkabout“ bewährt und erscheint in individuellen Fällen sinnvoller als ein sofortiger Ausschluss. Das Rückfallprozedere wird auf der Station seit circa einem Jahr umgesetzt (vgl. Interview 2011, Z. 221-252).

#### ***4.4 Formen pädagogischen Handelns in der Drogenarbeit***

Einleitend soll hier ein typischer Arbeitstag eines Sozialpädagogen in der Therapiestation „walkabout“ gezeigt werden. Die Arbeitszeiten der drei Sozialpädagogen teilen sich in Früh- und Spätdienst auf (vgl. Interview 2011, Z. 77-83). Ein Sozialpädagoge befindet sich von 7:00 Uhr in der Früh bis 21:00 Uhr in der Einrichtung.

Der Arbeitstag beginnt um 12:30 Uhr mit der Übergabe. In dieser werden vom Frühdienst wichtige Punkte weitergegeben und Programmschritte für den weiteren Tag besprochen. Dann findet ein Austausch mit der Psychologin über die gemeinsame Therapiegruppe am Mittwoch, soziale Kompetenzgruppe, statt. Dazu wird anschließend ein theoretischer Input recherchiert und die Einheit geplant. Im Weiteren müssen administrative Angelegenheiten erledigt werden. Das umfasst die Gestaltung von Plänen und Listen. Zwischendurch finden immer wieder Patientenkontakte statt. Da es am Wochen-

ende einen Rückfall gab wird nach dem Patienten geschaut und Gespräche geführt im Sinne einer Krisenintervention. Um 17:00 Uhr wird der Treffpunkt aufgesperrt. Dort finden viele Gespräche mit den Patienten statt. Verschiedene Anliegen und Überlegungen von Seiten der Patienten werden diskutiert. Danach ist die Abendrunde, die von den Sozialpädagogen im Beisein eines Mitarbeiters der Pflege abgehalten wird. In dieser Abendrunde wird der Tag noch einmal besprochen und ein Gedankenaustausch findet statt. Darauf folgt das Abendessen, das auch in Anwesenheit des Sozialpädagogen erfolgt. Im Anschluss darauf wird der Treffpunkt wieder aufgesperrt und es finden wieder Patientenkontakte statt (vgl. Interview 2011, Z. 264-294). Der Spätdienst endet mit der Abendbesprechung im Pflegestützpunkt um 21:00 Uhr.

Die Arbeit als Sozialpädagogin ist sehr umfangreich und schließt administrative Aspekte wie auch die unterschiedlichen Methoden in der Arbeit im Team und mit den Patienten mit ein. Aus diesem Grund werden im Folgenden die weitgefächerten Formen des pädagogischen Handelns in der Suchthilfe aufgezeigt. Die Handlungskompetenzen umfassen ein Spektrum von klinischen Strategien, psycho – soziale Fallarbeit und einen großen Bereich von differenzierten integrierten Ansätzen.

#### **4.4.1 Klinische Handlungskompetenzen**

Die Kompetenzen, welche in der stationären sozialpädagogischen Arbeit wichtig sind, umfassen Fähigkeiten zur Beratung, Unterstützung und Behandlung von Suchtpatienten in Hinblick auf eine geplante, zielgerichtete, theoriegeleitete und methodenbewusste psychosoziale Arbeit (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 99). In diesem Kontext erwähnen Pauls und Mühlum (2004) die Wichtigkeit der Selbstreflexion und Selbsterfahrung und -wahrnehmung der eigenen Lebensgeschichte. Die eigene Person als Bestandteil der Arbeit im klinischen Bereich einzubringen und zu reflektieren. Dies ist nach ihrer Meinung die Voraussetzung für die Arbeit (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 99-100 zit. n. Pauls/ Mühlum 2004, o. S.).

---

In genauerer Ausführung lassen sich die klinischen Handlungskompetenzen für die Arbeit in der Drogentherapie als Fähigkeit

- „zum Aufbau einer personalen Arbeitsbeziehung,
- zur Schaffung angemessener Rahmenbedingungen,
- zur psychosozialen Indikations- und Prognosestellung,
- zur Anwendung geeigneter Beratungs- und Therapieverfahren,
- zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes und
- zur prozessbegleitenden Evaluation und Qualitätssicherung (.)“

zusammenfassen (Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 99).

Die folgende Auswahl orientiert sich an dem genannten Tätigkeitsprofil der Sozialpädagogin in der Therapiestation „walkabout“. Im Interview wurde ersichtlich, dass die Krisenintervention im Mittelpunkt der täglichen Arbeit mit den Suchtpatienten steht (vgl. Interview 2011, Z. 119; Interview 2011, Z. 162; Interview 2011, Z. 278; Interview 2011, Z. 289; Interview 2011, Z. 445; Interview 2011, Z. 576).

#### **4.4.2 Klinisch - soziale Fallarbeit**

Grundlegend für die Kompetenzen in der Fallarbeit ist das Konzept der Person – in – environment bzw. Person – in – der – Situation (PIE) (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 100). Dieses System ist ein umfassendes Prinzip der Situationsanalyse und schließt soziale, körperliche und psychische Faktoren ein. Dieses Instrument eignet sich zur Situationsanalyse und passgenauen Interventionsplanung. In der klinischen – sozialen Fallarbeit dient dies der Beschreibung, Klassifizierung und Aufzeichnung der sozialen Funktionen und daraus der Erschließung der Lebenswelt von und aus der Sicht des Klienten. Die Erhebung des umfassenden Bilds des Patienten bekommen Sozialpädagogen in einem klientenzentrierten Gespräch. Die Erkenntnisse der sozialen Anamnese verbunden mit den körperlichen und psychischen Faktoren ergeben ein Gesamtbild und dienen zur Entscheidung der passenden Intervention. Die Schilderung der Situation aus der Sicht des Patienten ist entscheidend, um die beste individuelle Intervention einzuleiten und eine Unterscheidung der Problemlage auf individueller oder lebenswelt-

---

licher Ebene zu erkennen. Diese zwei Bereiche, die soziale Rolle und die sozialen Probleme in der Lebenswelt der Patienten, sind für die sozialpädagogische Arbeit in der stationären Therapie wichtig. Das PIE – System arbeitet nach vier Faktoren: Probleme in sozialen Rollen, Lebensweltprobleme, psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Probleme. Die Analyse dieser verschiedenen Faktoren zur Erreichung eines umfassenden Blicks auf den Patienten und sein Umfeld setzt die Arbeit in einem multiprofessionellen Team voraus (vgl. Stimmer 2000, S. 116). Die klinisch orientierte psychosoziale Diagnostik in der sozialpädagogischen Arbeit umfasst eine multidimensionale Erfassung von Problem- bzw. Störungsfaktoren von Belastungen und Möglichkeiten in konkreten Situationen der lebenden und handelnden Personen. Dabei zählen psychische, soziale aber auch materielle Bedingungen. Die Diagnostik in der sozialen Arbeit ist interventionsorientiert und dient in erster Linie der Entwicklung von realistischen Veränderungs- bzw. Entwicklungszielen. Ein wichtiger Faktor dabei ist die Mitgestaltung des Patienten bei diesem Prozess (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 101-103).

#### **4.4.3 Integrierter Handlungsansatz und methodische Grundformen**

Der Patient in der Suchttherapie hat die unterschiedlichsten Problemfelder im Bezug auf die körperliche Gesundheit, psychischen Struktur, der aktuellen psychosozialen Situation und der ökonomischen Lage. Dabei ist ein integratives Herangehen an die Lösung der Probleme wichtig. Die Methoden der sozialpädagogischen Arbeit in der stationären Therapie umfassen Handlungskonzepte auf Beziehungsarbeit, Techniken der Gesprächsführung, Instruktionskompetenzen und aktivierende Hilfen. Die Arbeit ist immer unter den Gesichtspunkten der sozialstrukturellen Gegebenheiten, bio – psycho - sozialen und ökonomischen Aspekten, interpersonalen und Zugehörigkeiten, sozioemotionalen Faktoren und Mustern der Selbstregulation (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 104-105). Dieses umfangreiche Spektrum an Faktoren verbildlicht die unterschiedlichen Faktoren die ein Sozialpädagoge in der Suchtarbeit beachten soll. Die Methoden in der klinischen Arbeit beinhalten den ganzen Menschen und seinen sozialen Kontext. Dies ermöglicht den Einsatz an einem großen Spektrum an Methoden. Diese Flexibilität an

Methoden erfordert eine sehr reflektierte Arbeit (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 105). Der Austausch mit den anderen Professionen ist in diesem Bereich der sozialpädagogischen Arbeit besonders wichtig, um eine gezielte Intervention zu ermöglichen.

Im Folgenden sollen ausgewählte sozialpädagogische Methoden in der Suchtarbeit besprochen werden. Diese werden neben den bereits erwähnten eine besondere Bedeutung gewinnen, werden aber nur exemplarisch für die sozialpädagogische Suchtarbeit ausgewählt. Die Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld umfasst wie bereits erwähnt einen umfangreichen Methodenpool.

### Sozialpädagogische Beratung

In diesem Punkt wird auf die sozialpädagogische Beratung eingegangen, um das umfangreiche Feld der Beratung etwas einzuschließen. Die sozialpädagogische Beratung ist in der Arbeit der Suchttherapie eine der wichtigsten Methoden. Zum großen Gebiet der Beratung gehört auch die im nächsten Punkt genannte psycho – soziale Therapie bzw. Beratung. Diese wird folgend näher beschrieben.

Die sozialpädagogische Beratung ist eine reflexive Begleitung oder die Hilfe zur Selbsthilfe des Patienten und seiner Problemstellung. Gemeinsam wird geklärt ob, wie und in welcher Weise an die Lösung des Problems herangegangen wird. Der Patient setzt sich dabei mit sich selbst, seinen Gefühlen, seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft auseinander. Dieser Prozess führt zu einer Veränderung der Gefühlswelt, Einsicht und Handlungsfähigkeit, welches durch eine Fremddeutung nicht möglich ist (vgl. Belardi<sup>2</sup> 2010, S. 88-89).

Durch die verschiedenartigen psychosozialen Probleme der Patienten ist eine interdisziplinäre Sichtweise und methodenübergreifende Anwendung nötig (vgl. Belardi<sup>2</sup> 2010, S. 90). Deshalb spricht man in der stationären Drogentherapie nicht von der sozialpädagogischen Beratung, sondern von einer psycho – sozialen Therapie bzw. Beratung.

---

### Psycho - soziale Beratung

Die psycho – soziale Beratung steht in Verbindung mit der Beratung in der sozialpädagogischen Arbeit und verknüpft individuums- und lebensbezogenes Handeln miteinander, aber im speziellen bei psychosozialen Krisen. Dieser Ausdruck findet sich vorrangig in der klinischen Sozialen Arbeit wieder (vgl. Stimmer 2000, S. 103). Diese Form von Beratung zielt auf die Problem- und Konfliktlösung, Belastungsbewältigung, Persönlichkeitsentwicklung und Lebensorientierung der Süchtigen ab. Die psychosoziale Beratung ist kontextspezifisch, personen- und prozessorientiert und spiegelt eine reflexive Form von Beziehungsarbeit wieder. In der Arbeit mit Süchtigen übernimmt die psychosoziale Therapie eine Orientierungs- und Haltefunktion mit dem Hintergrund von sozial- und psychotherapeutischen Anteilen und hat die Klärung von Konflikten und die Ressourcenaktivierung im Prozess der Therapie zum Ziel. Die psychosoziale Beratung stellt eine problemlösungs- und am Prozess teilhabende Handlungshilfe dar. Dieser Beratungsansatz beinhaltet neben der sozialen Beratung ebenfalls eine klinische Komponente. Die Beratungsaufgaben entstehen aus Problemen von individuellen Belastungen, Entwicklungs- und Anforderungsdimensionen auf der einen Seite und sozialen und psychischen Potentialen und Ressourcen auf der anderen (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 107-108).

### Sozialtherapie

Die Sozialtherapie grenzt sich in ihrer Begriffsbestimmung von der Psychotherapie ab und wird als Teilgebiet der klinischen Sozialen Arbeit gesehen (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 108). Sie beschäftigt sich mit dem Menschen und seinen komplexen sozialen Zusammenhängen. Dies schließt die persönlichen Beziehungen, ökonomische Aspekte, Wohnverhältnisse, Arbeitssituation, Probleme mit Institutionen und alle weiteren Faktoren ein. Alle diese Bereiche können ursächlich dafür verantwortlich sein, dass ein Mensch krank (vgl. Kreft/ Mielenz 1995, S. 567) bzw. süchtig wird. Diese ganzheitliche Sichtweise ist kennzeichnend für die Sozialtherapie (vgl. Kreft/ Mielenz 1995, S. 568).

Sozialtherapie hat das Ziel, soziale und kommunikative Kompetenzen zu trainieren, zwischenmenschliche Beziehungen zu stärken und die soziale Integration zu verbessern.

Vor allem Patienten in der Drogentherapie weisen meist fehlende Basiskompetenzen und eine fehlende soziale Einbindung auf. Die Sozialtherapie fördert den Aufbau bzw. den Erwerb solcher Basisfertigkeit mittels verhaltens- und kognitionstherapeutischen Methoden. Den Ausbau, die Optimierung, die Differenzierung und die Unterstützung von Fertigkeiten zum Beispiel durch Rollenspiele oder Verhaltensübungen. Diese erlernten oder trainierten Kompetenzen werden in Alltagshandlungen eingebunden (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 108-109).

### Case Management

Case Management umfasst die Organisation und Vernetzung des Hilfeprozesses und dabei die Hilfe, Kontakte mit Fachleuten und Institutionen einzuleiten. Dieser Ansatz basiert auf der Vorstellung, dass die Süchtigen häufig Unterstützungsdefizite der sozialen Netzwerke aufweisen. Es zielt darauf ab, die persönlichen Netzwerke wie auch die institutionellen Netzwerke zu mobilisieren (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 109-110). Dies geschieht durch die Koordination verschiedenster Hilfsquellen und Institutionen, niederschwellige Vernetzung, Hilfeplanung, Controlling und Evaluation (vgl. Belardi<sup>3</sup> 2010, S. 65). Das Ziel dieser Vernetzungsarbeit ist es, dass der Patient durch die beste Intervention bei der Bewältigung der Alltagsschwierigkeiten unterstützt wird und die Belastungen, welche in der Lebenswelt auftreten, reduziert und bewältigt werden (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 109).

Der Patient ist neben der eigenen Lebenswelt ein Teil eines Nah – Umwelt – Systems. Meist spielen bei der Diagnose mehrere Problemfelder mit hinein. Das macht eine multiperspektivische Sichtweise und Hilfestellung unabdingbar (vgl. Belardi<sup>3</sup> 2010, S. 64-65). Vor allem in der stationären Suchthilfe, wo der zeitliche Rahmen sehr knapp bemessen und die Vernetzung mit dem Hilfesystem nach der Entwöhnung sehr wichtig ist (vgl. Geißler-Piltz/ Mühlum/ Pauls 2005, S. 91).

---

## **4.5 Reflexion in der Praxis**

In diesem Teil der Arbeit wird auf die im theoretischen Bereich genannten Belastungen im speziellen in der Therapiestation „walkabout“ eingegangen. Diese Bereiche umfassen Problemlagen die von der Institution, dem Klienten, vom Team und von der Person selbst ausgehen. Im Interview wurde ersichtlich, dass diese Faktoren sehr wohl die Arbeit beeinflussen. Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit den Formen der Reflexion in der Einrichtung. Abschließend wird auf den Stellenwert der Reflexion in der Therapiestation „walkabout“ eingegangen. Die folgenden Kapitel sind sehr stark von den Erkenntnissen des Interviews in der Therapiestation „walkabout“ geprägt.

### **4.5.1 Problemlagen**

Wie bereits im theoretischen Teil diskutiert, beeinflussen verschiedene Faktoren belastend die Arbeit in der stationären Suchthilfe. Die interviewte Sozialarbeiterin sieht, dass sich die bereits im theoretischen Teil definierten Belastungsfaktoren auch in der Therapiestation wieder finden.

Die Interviewpartnerin fasst die Bereiche, die von der Institution ausgehen, die Rahmenbedingungen und das Konzept mit der Arbeit im Team zusammen. Es gibt klare Regeln auf der Therapiestation. Das Regelwerk wurde im Laufe der Jahre durch die Auseinandersetzung mit dem Patienten und wie die Regeln gelebt wurden überprüft, adaptiert und optimiert. Diese Optimierung ist aber nie im Stillstand, sondern dieses Thema ist immer in Bewegung, denn es ändert sich die Zeit und es ändert sich die Situation. Diese geschieht aus den Erfahrungswerten und sehr viel Reflexion. Durch den Donnerstagsaustausch, wobei auch strukturelle Gegebenheiten besprochen werden, werden Regeln, welche von der Institution vorgegeben sind, diskutiert und gegebenenfalls auch angepasst. Dabei wird auf die Regeln geschaut und die Sinnhaftigkeit von Vorgaben besprochen. In diesem Austausch gibt es einen Diskurs im Team in Anwesenheit des Chefs über klare Regeln in Zusammenhang mit Individualität. Trotzdem ist



---

es wichtig klare Regeln zu haben, die Platz für Individualität lassen, aber nicht willkürlich zu handeln (vgl. Interview 2011, Z. 304-327).

Die Erfahrung hat gezeigt, dass Regeln im Suchtbereich ein spannendes Thema sind. Das betrifft die Patientengruppe. Suchtabhängige haben in ihrem Leben wenig Erfahrung mit Regeln und Grenzen. Die einzige Grenze die sie kennen ist für viele der Tod. Das Einhalten und Aushalten von Rahmenbedingungen ist in diesem Bereich sehr wichtig. Dennoch hat die Erfahrung gezeigt, dass wenn die Unzufriedenheit von den Patienten mit den Regeln steigt, steigt die Unzufriedenheit in der Gruppe und das führt vermehrt zu Rückfällen oder Konsum auf der Station. Deshalb ist das Zuhören der Patienten und das Reflektieren, Hinterfragen, Weiterentwickeln und Formen der Regeln auch ein wichtiger Punkt (vgl. Interview 2011, Z. 329-349).

Die Arbeit in einem multiprofessionellen Team von fast 40 Mitarbeitern stellt sehr wohl auch dabei einen Punkt dar, der Schwierigkeiten in der Arbeit mit sich bringt. 40 Mitarbeiter haben 40 verschiedene Meinungen und diese gehört es miteinander zu vereinbaren. Das stellt eine Herausforderung dar, ist aber auch sehr wichtig um in Bewegung zu bleiben und nicht starr auf einer Stelle zu stehen. Die Möglichkeit einer Kommunikation in diesem großen Team muss gut koordiniert werden. Um alle Mitarbeiter zu erreichen, ist die E-Mail im Intranet das wichtigste Kommunikationsmittel auf der Station (vgl. Interview 2011, Z. 350-362).

Die persönlichen Belastungsfaktoren betreffend werden von der Interviewpartnerin drei Faktoren exemplarisch genannt. Der erste Bereich umfasst die Auseinandersetzung mit dem Thema Rückfall. Viele Patienten schließen die Therapie positiv ab und dieser Wert ist steigend. Natürlich gibt es, langfristig gesehen, nur vereinzelt Patienten die es schaffen clean zu bleiben. Studien zum langfristigen Erfolg der Entwöhnung bei „walkabout“ gibt es keine, da es schwer ist die Patienten nach der Therapie zu erreichen. Ein nächster Belastungsfaktor ist die Abwertung der eigenen Person von Seiten der Patienten. Um als Mitarbeiter auf einer Ebene mit den Personen in Kontakt zu kommen, wird ihnen ein Beziehungsangebot unterbreitet. Patienten im Suchtbereich haben mit Beziehungen nicht viele positive Erfahrungen gemacht und ihre logische Konsequenz darauf ist die

---

Abwertung dieses Angebots von Seiten des Sozialpädagogen. Es ist wichtig zu lernen, damit umzugehen. Als nächsten Punkt führt die interviewte Sozialpädagogin das bereits genannte Regelwerk an. Die neu erlebte Situation des „an – Regeln – halten - müssen“ ist für die Suchtpatienten nicht leicht und aus diesem Grund wird viel über die Regeln diskutiert. Diese tägliche Auseinandersetzung damit ist sehr kräftezehrend und belastend (vgl. Interview 2011, Z. 362-382).

#### **4.5.2 Formen von Reflexion**

Die Therapiestation „walkabout“ räumt der Reflexion einen großen Platz in der Arbeitsgestaltung ein und weist ein großes Spektrum an verschiedenen Reflexionsmethoden auf. Im Folgenden werden diese Reflexionsmethoden dargestellt.

Jeden Morgen und Abend gibt es eine Übergabe, dabei informiert der vorherige Diensthabende die neu gekommenen Mitarbeiter über die Ereignisse vom Tag/ Nacht. In diesen Morgen- bzw. Abendübergaben finden Teamentscheidungen über die weitere Vorgehensweise statt (vgl. Interview 2011, Z. 424-430). Des Weiteren gibt es jeden Donnerstag eine Teamsitzung, an denen alle teilnehmen die an diesem Tag Dienst haben (vgl. Interview 2011, Z. 399). In diesen Teamsitzungen werden Patienten besprochen, die neu angekommen sind und auf diese ein besonderes Augenmerk gelegt werden sollte. Der fallführende Psychologe und Psychotherapeuten stellen die biographische Geschichte und Besonderheiten der Patienten vor. Das Gesamtteam hat die Möglichkeit, Fragen einzubringen. Die nächste Form der Reflexion bildet das Kernteam, wo die Patienten noch einmal besprochen werden, der Verlauf aus der Sicht der verschiedenen Fachrichtungen geschildert und die weitere Vorgehensweise diskutiert wird (vgl. Interview 2011, Z. 387-393). Ein Sonderkernteam kann jederzeit von einem Mitarbeiter bei Verdacht auf Substanzen im Haus oder mutwilliger Zerstörung einberufen werden. Dabei kommen alle mit dem Patienten arbeitenden Personen zusammen und diskutieren über die Situation (vgl. Interview 2011, Z. 451-458). Alle 14 Tage findet eine Hausrunde statt. Dabei treffen sich alle Personen, Mitarbeiter und Patienten im Gruppenraum und sprechen über das gemeinsame Leben im Haus (vgl. Interview 2011, 458-462). Die

---

Leiterinformationen bilden eine weitere Form der Reflexion und Information. Dabei spielen auch rechtliche Informationen und Neuerungen eine Rolle. Die Protokolle der jeweiligen Treffen werden durch E-Mails an alle Mitarbeiter gesendet und dort besteht die Möglichkeit der Auseinandersetzung und des Austausches mit den Anderen (vgl. Interview 2011, Z. 394-406). Einmal im Monat findet in der Therapiestation „walkabout“ eine Supervision statt (vgl. Interview 2011, Z. 386). Diese Einheit ist nicht verpflichtend (vgl. Interview 2011, Z. 416). Die Supervision ist in drei Gruppen unterteilt. Die erste Gruppe bildet das gesamte Pflorgeteam und die zwei anderen Gruppen setzen sich geteilt aus der restlichen Mitarbeiterschaft zusammen (vgl. Interview 2011, Z. 407-410). Der Austausch unter Kollegen kann jederzeit stattfinden (vgl. Interview 2011, Z. 431-432).

#### **4.5.3 Stellenwert**

Reflexion spielt in der Arbeit in der Therapiestation „walkabout“ eine große Rolle. Die Möglichkeit der Reflexion ist in unterschiedlichster Form gegeben. Neben den täglich fixen Terminen in denen die Reflexion stattfindet ist ein Austausch unter Kollegen oder dem fallführenden Psychologen oder Therapeuten jederzeit möglich (vgl. Interview 2011, Z. 431-437). Die Sozialpädagogik ist von 7:00 bis 21:00 Uhr am Abend auf der Therapiestation anwesend. Bei Reflexionsbedarf ist vormittags immer der fallführende Psychologe oder Psychotherapeut anwesend, mit dem Probleme besprochen werden können. Am Abend kann sich an den diensthabenden Arzt gewandt werden mit dem sich in einem Treffen ausgetauscht und die weiteren Handlungsschritte besprochen werden kann. Diese Auseinandersetzungen mit der sozialpädagogischen Arbeit werden dann am nächsten Tag in der Morgenübergabe im Team besprochen (vgl. Interview 2011, Z. 441-450). Die Reflexion mit einem Kollegen ist in kurzer Zeit möglich (vgl. Interview 2011, Z. 441-442).

Die Interviewpartnerin ist nicht der Ansicht, dass eine Arbeit in der Therapiestation möglich wäre ohne die Selbstreflexion oder die Reflexion der sozialpädagogischen Arbeit unter Kollegen (vgl. Interview 2011, Z. 463-465). Der Austausch im Team ist für

---

die Arbeit wirklich sehr wichtig und hilft der Psychohygiene. Die Supervision, die einmal im Monat stattfindet, ist auch nicht wegzudenken, da sie einen anderen Blickwinkel hat. Der derzeitige Supervisor sammelt in den Supervisionseinheiten vorerst alle Themen, die die Mitarbeiter belasten und fasst sie dann zu einem großen Ganzen zusammen. Der Blickwinkel im Gegensatz zum Austausch mit den Kollegen ist umfangreicher. Diese angeleitete Form der Reflexion ist nicht zu vergleichen mit den anderen Reflexionsformen (vgl. Interview 2011, Z. 484-498). Bei Problemen in der Reflexion mit Kollegen passiert es manchmal, dass die Mitarbeiter sich gegenseitig hochschaukeln und das Problem dadurch größer erscheint, als es zuvor war. Dabei muss gelernt sein zu sagen „jetzt Stopp“ und das Problem belassen können (vgl. Interview 2011, Z. 521-524).

Der Stellenwert der Reflexion in der Therapiestation ist sehr hoch. Die interviewte Person ist der Meinung, dass der Selbstreflexion wie auch der Reflexion im Team in der Einrichtung sehr viel Raum gegeben wird. Neben den genannten Reflexionsmethoden wird sehr viel auf Fortbildungsmaßnahmen gesetzt, um die Betriebsblindheit zu vermeiden. Es wird den Mitarbeitern die Möglichkeit der Teilnahme an Vorträgen im Bereich Sucht gegeben um neue Einblicke in den Bereich zu bekommen, aber auch um sich mit anderen Fachleuten aus dieser Richtung der sozialpädagogischen Arbeit auszutauschen. „Walkabout“ legt sehr viel Wert auf diese Art der Weiterbildung und diese Vernetzungstreffen (vgl. Interview 2011, Z. 467-482).

Das Burnout ist auf jeden Fall ein Thema auf der Therapiestation (vgl. Interview 2011, Z. 553). Die Supervisionseinheiten dienen der Burnoutvorbeugung, aber es ist wichtig, ein Problem unter den Kollegen anzusprechen und dann persönlich damit abzuschließen (vgl. Interview 2011, Z. 518-531). Das ist bei Problemen im Team, aber Burnout spielt auch auf der Ebene mit der Arbeit der Patienten eine Rolle. Die Patienten sind chronisch abhängig und das über eine sehr lange Zeit. Sie sind polytoxikoman, das heißt sie haben sehr viele unterschiedliche Substanzen meist über Jahre konsumiert. Des Weiteren haben die Patienten weitere Diagnosen wie zum Beispiel eine Persönlichkeitsstörung. Das bildet neben den anderen Faktoren ebenfalls im Bezug auf die Patientengruppe ein sehr anstrengendes Feld, in dem die sozialpädagogische Arbeit stattfindet (vgl. Inter-

---

view 2011, Z. 553-562). Die Geschichten und Erlebnisse, welche diese Menschen erzählen transportieren viele negative Emotionen. Zudem ist die Krisenintervention auch sehr kräftezehrend (vgl. Interview 2011, Z. 572-577). Auf dieser Ebene ist es wichtig, dass eine Grenze zwischen der Arbeit und den persönlichen Emotionen gezogen wird, sonst ist Burnout sicherlich ein Thema (vgl. Interview 2011, Z. 562-567). Das „Abgrenzen – Können“ und das „Abschließen – Können“ ist ein wichtiges Thema. Der erlebte Arbeitstag muss nach Beendigung des Dienstes in der Therapiestation da gelassen werden und strikt von privaten Angelegenheiten getrennt werden (vgl. Interview 2011, Z. 580).

Die Summe aus allen Reflexionsmethoden bei „walkabout“, der Austausch unter Kollegen, die Supervision und die Selbstreflexion, gehört zusammen, um die Arbeit auf der Station gut zu bewältigen. Jede Methode trägt ein Stück dazu bei. Zudem ist es wichtig, eine gewisse Gelassenheit der Dinge mitzubringen, welche aber nicht zum Gefühl „Egal – seins“ führen darf. Das gehört zur Arbeit genauso wie sich einmal auf die Hinterbeine zu stellen (vgl. Interview 2011, Z. 534-548). Ein wichtiger Punkt ist, wie bereits angesprochen, eine Distanz zu den Geschichten und den Schicksalen der Patienten zu bewahren. Eine Grenze zwischen den persönlichen Emotionen und der Arbeit mit dieser Gruppe der Suchtpatienten zu ziehen. Die Arbeit muss in der Arbeit bleiben und nicht den privaten Raum einnehmen (vgl. Interview 2011, Z. 572-586). Die Therapiestation „walkabout“ bietet viele Möglichkeiten der Reflexion durch die Supervisionen und die Intervisionen und legt großen Wert auf die Fortbildung der Mitarbeiter. Die Rahmenbedingungen, die durch die Zusammenarbeit der Mitarbeiter und aus der Erfahrung in der Arbeit mit den Patienten geschaffen werden (vgl. Interview 2011, Z. 317-322), stellen eine gute Grundlage für die Arbeit in der Therapieeinrichtung dar (vgl. Interview 2011, Z. 567-571). Abschließend ist zu sagen, dass im Zentrum der sozialpädagogischen Arbeit Reflexion in jeglicher Form steht und dieser sehr viel Platz eingeräumt wird (vgl. Interview 2011, Z. 467-468).

---

## 5 Resümee und Ausblick

Die sozialpädagogische Arbeit in der stationären Suchttherapie ist umgeben von unterschiedlichen sich beeinflussenden Feldern. Diese bringen unterschiedliche Herausforderungen für die Arbeit in diesem Rahmen wie auch für die Sozialpädagogin selbst mit sich. Die Faktoren, in welche die Arbeit in der stationären Suchthilfe eingebettet ist, betreffen persönliche, teambezogene, klientenbezogene und institutionelle Bereiche. Die entstehenden Krisen müssen in einem Rahmen thematisiert und aufgearbeitet werden. Dabei ist die Auseinandersetzung damit mit einem Reflexionsmedium unabdinglich. Es gibt ein breites Spektrum an verschiedenen Methoden, welche dafür herangezogen werden können. In diesem Rahmen findet eine reflexive sozialpädagogische Arbeit und die Reflexion der eigenen Person Platz. Die Auseinandersetzung mit sich und der Handlungsweise bringt neben befreienden Momenten auch die Möglichkeit neuer Sichtweisen und Entwicklungen in diesem Bereich.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage: „Welchen Stellenwert hat die Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit, im speziellen in der stationären Drogentherapie?“ ist festzustellen, dass der Stellenwert einer reflexiven Arbeitshaltung einen sehr hohen Stellenwert hat. Dies wurde in dieser Arbeit durch die Auseinandersetzung mit der Literatur wie auch durch das Interview mit einer Person aus der Therapiestation „walkabout“ ersichtlich. Es wurde gezeigt, dass dieses Tätigkeitsfeld der Sozialpädagogen in der Suchttherapie und den unterschiedlichen Herausforderungen in den verschiedensten Settings eine sehr reflektierte Handlungsweise unverzichtbar macht. In diesem speziellen Bereich der sozialpädagogischen Arbeit, der Suchthilfe, ist ein hohes Maß an Psychohygiene erforderlich. Die Mitarbeiter, die im Bereich der Suchthilfe arbeiten, sind in ständiger Auseinandersetzung, eingebettet in den täglichen Arbeitstag und/ oder in professionell geleiteten Reflexionsformen, mit ihrer Arbeit. Ohne eine Reflexion, einen Austausch mit den Kollegen in unterschiedlichster Form, wäre eine Arbeit in diesem Kontext nicht möglich. Die Therapiestation „walkabout“ bietet neben vielen Formen der Reflexion eingebettet in die Tagesstruktur auch einmal monatlich eine Supervisionseinheit an und legt großen Wert auf die Fortbildung und den dadurch stattfindenden Austausch mit anderen Professionen. Der Reflexion wird in der sozialpädagogischen Arbeit

---

ein hoher Stellenwert zugeschrieben und wird ein großer Raum im täglichen Arbeitstag eingeräumt.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Reflexion in der Sozialen Arbeit eine große Rolle spielt. In der bereits dargelegten Arbeit wird ersichtlich, dass unter den Faktoren der Qualitätssicherung und des zunehmenden Burnoutrisikos in sozial – helfenden Berufen der Stellenwert noch weiter an Bedeutung gewonnen hat. Reflexion und Soziale Arbeit sind eng miteinander verbunden. Gerade in der beziehungsbetonten Arbeit mit Menschen ergeben sich Widersprüche und Unvereinbarkeiten, diese es bedarf aufzuarbeiten. In der stationären Suchthilfe ist dies durch die speziellen Belastungsfaktoren, die rechtlichen und institutionellen Vorgaben, Teamarbeit und Klientengruppe noch viel wichtiger. Die Reflexion ist in den täglichen Arbeitsalltag fest integriert und auch nicht mehr wegzudenken. In der Arbeit im multiprofessionellen Team ist die Reflexion umso mehr verankert und ohne einen Austausch über die Patienten und persönlichen Gefühle und Konflikte, die damit verbunden sind, nicht möglich. Die sozialpädagogische Arbeit und die Reflexion, in welcher Weise sie auch stattfindet sind eng miteinander verbunden. Eine zufriedenstellende Arbeit auf der Seite der Sozialpädagogen und der Klienten ist ohne eine Reflexion dieser nicht möglich.

Abschließend ist zu sagen, dass neben der Reflexion eine angepasste Arbeitshaltung im Umgang mit Suchtpatienten wichtig ist. Der Begriff des „Abgrenzen - Könnens“ und nicht die Lebensgeschichten und Emotionen die von den Patienten ausgehen in seine eigene Gefühlswelt zu übernehmen. Es ist wichtig, wie in der pädagogischen Arbeit bereits des Öfteren diskutiert, „mitzufühlen, aber nicht mitzuleiden“.

---

## 6 Literaturverzeichnis

**Assfalg**, Reinhold (2002): Fachkliniken. In: Fengler, Jörg (Hrsg.) Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung-Therapie-Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landsberg/Lech: Ecomed, S. 136-145.

**Bader**, Thomas (2002): Therapie Drogenabhängiger. In: Arnold, Helmut/ Schille, Hans-Joachim (Hrsg.): Praxisbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder-Handlungskonzepte-Praxisschritte. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 395-426.

**Belardi**<sup>1</sup>, Nando (2010): Supervision. In: Kreft, Dieter/ Müller, C. Wolfgang (Hrsg.): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt Verlag. S. 98-102.

**Belardi**<sup>2</sup>, Nando (2010): Sozialpädagogische Beratung. In: Kreft, Dieter/ Müller, C. Wolfgang (Hrsg.): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt Verlag. S. 88-93.

**Belardi**<sup>3</sup>, Nando (2010): Von der Einzelfallshilfe zum Case – Management. In: Kreft, Dieter/ Müller, C. Wolfgang (Hrsg.): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt Verlag. S.59-68.

**Bernd**, Dewe (2008): Wissenschaftstheorie und Empirie – ein Situationsbild: Reflexive Wissenschaftstheorie, kognitive Identität und Forschung (in) der Sozialpädagogik. In: Bielefelder Arbeitsgruppe 8 (Hrsg.): Soziale Arbeit in Gesellschaft. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 107-120.

**Beucke-Galm**, Mechthild (2008): Coaching – ein Dialog mit sich selbst, der Gruppe und der Organisation. In: Krall, Hannes/ Mikula, Erika/ Jansche, Wolfgang (Hrsg.): Supervision und Coaching. Praxisforschung und Beratung im Sozial- und Bildungsbereich. Heidelberg: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 133-146.

**Blum**, Cornelia (2002): Drogenarten. In: Arnold, Helmut/ Schille, Hans-Joachim (Hrsg.): Praxisbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder-Handlungskonzepte-Praxisschritte. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 79-99.

**Böhnisch**, Lothar/ **Schille**, Hans-Joachim (2002): Drogengebrauch als Risiko- und Bewältigungsverhalten. In: Arnold, Helmut/ Schille, Hans-Joachim (Hrsg.): Praxisbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder-Handlungskonzepte-Praxisschritte. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 41-50.



---

**Brosch, Renate/ Juhnke, Günter** (1993): Die illegalen Drogen. In: Brosch, Renate/ Juhnke, Günter (Hrsg.): Sucht in Österreich. Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer. Wien: Verlag Orac. S. 101-152.

**Brosch, Renate/ Juhnke, Günter** (1995): Adoleszenz: Die Jugend sucht... In: Brosch, Renate/ Juhnke, Günter (Hrsg.): Jugend und Sucht. Ein Ratgeber. Wien: Verlag Orac, S. 1-14.

**Brosch, Renate** (2004): Begriffe, Definitionen und Überblick über Substanzen. In: Brosch, Renate/ Mader, Rudolf (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik in Österreich. Wien: LexisNexis Verlag, S.197-228.

**Burian Wilhelm** (2004): Die Entwicklung der stationären Behandlung. In: Brosch, Renate/ Mader, Rudolf (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik in Österreich. Wien: LexisNexis Verlag, S. 229-234.

**Burisch, Matthias** (2004): Burnout – Anzeichen, Verlauf, Auslöser. In: Missel, Peter/ Braukmann, Walter (Hrsg.): Burnout in der Suchttherapie. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie. S. 25-38.

**Burisch, Matthias** (2006): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

**Busch, Martin/ Haas, Sabine** (2004): Illegale Drogen in Österreich: Epidemiologische Situation und aktuelle Trends. In: Brosch, Renate/ Mader, Rudolf (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik in Österreich. Wien: LexisNexis Verlag, S. 75-102.

**Dilling, Horst/ Mambour, Werner /Schmidt, Martin H.** (1999): Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

**Galuske, Michael** (2007): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa Verlag.

**Galuske, Michael** (2009): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa Verlag.

**Geißler-Piltz, Brigitte/ Mühlum, Albert/ Pauls, Helmut** (2005): Klinische Sozialarbeit. München, Basel: Ernst Reinhard Verlag.

---

**Gross, Werner** (2002): Stoffgebundene Suchtformen. In: Fengler, Jörg (Hrsg.) Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung-Therapie-Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landsberg/ Lech: Ecomed, S. 510-512.

**Körkel, Joachim** (1995): Burnout in der therapeutischen Arbeit mit Süchtigen. In: Missel, Peter/ Braukmann, Walter (Hrsg.): Burnout in der Suchttherapie. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie. S. 39-74.

**Kreft, Dieter/ Mielenz, Ingrid** (1996): Wörterbuch der Sozialen Arbeit. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

**Leininger, Kurt Wolfgang** (2010): Die Sucht beginnt im Kopf. Hilfe bei & gegen Drogenabhängigkeit. Wien: Verlagshaus der Ärzte.

**Leune, Jost** (2002): Ambulante Einrichtungen. In: Fengler, Jörg (Hrsg.) Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung-Therapie-Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landsberg/Lech: Ecomed, S. 32-35.

**Lippmann, Eric** (2009): Grundlagen. Settings. In: Lippmann, Eric (Hrsg.): Coaching. Angewandte Psychologie für die Beratungspraxis. Heidelberg: Springer. S. 11-66.

**Manke, Ursula** (1996): Stärkung von Problemlösekompetenzen durch Intervention. Ein Strukturmodell kollegialer Beratung. In: Pädagogik und Schulalltag, 51, H.4. S. 539-552.

**Marx, Rudolf** (2006): Burnout. In: Brosch, Renate/ Mader, Rudolf (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik in Österreich. Wien: LexisNexis Verlag, S.361-383.

**Musalek, Michael** (2004): Die Diagnose Sucht. Entwicklungen des Suchtbegriffes, Diagnose, Kriterien. In: Brosch, Renate/ Mader, Rudolf (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik in Österreich. Wien: LexisNexis Verlag, S. 3-15.

**Müller, Hermann** (1995): Suchttherapie und Supervision. Frankfurt am Main: Peter Lang.

**Müller, C. Wolfgang** (2010): Evaluation und Selbstevaluation. In: Kreft, Dieter/ Müller, C. Wolfgang (Hrsg.): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt Verlag. S. 140-144.

---

**ÖBIG** (2009): Bericht zur Drogensituation 2009 im Austrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich.

**Petzold**, Hilarion G./ **Schay**, Peter/ **Ebert**, Wolfgang (2007): Vorwort. In: Petzold, Hilarion G./ Schay, Peter/ Ebert, Wolfgang (Hrsg.): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7-10.

**Petzold**, Hilarion G./ **Scheiblich**, Wolfgang/ **Thomas**, Günther (2006): Drogen-therapie – Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und „der Integrative Ansatz“. In: Petzold, Hilarion G./ Schay, Peter/ Scheiblich, Wolfgang (Hrsg.): Integrative Sucht-arbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 41-94.

**Richter**, Kurt F. (2009): Coaching als kreativer Prozess. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

**Rimmasch**, Thomas (2003): Kollegiale Fallberatung – Was ist das eigentlich? Grundlagen, Herkunft, Einsatzmöglichkeiten des Verfahrens. In: Franz, Hans-Werner/ Kopp, Ralf (Hrsg.): Kollegiale Fallberatung. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie, S. 17-51.

**Saß**, Henning/ **Wittchen**, Hans-Ulrich/ **Zaudig**, Michael (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.

**Schlee**, Jörg (1992): Beratung und Supervision in kollegialen Unterstützungsgruppen. In: Pallasch, Waldemar/ Mutzeck, Wolfgang/ Reimers, Heino (Hrsg.): Beratung Training Supervision. Eine Bestandsaufnahme über Konzepte zum Erwerb von Handlungskompetenz in pädagogischen Arbeitsfeldern. S.188-199.

**Schmid**, Bernd/ **Veith**, Thorsten/ **Weidner**, Ingeborg (2010): Einführung in die kollegiale Beratung. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

**Schmidt**, Elisabeth (2004): Qualität(smanagement) und Suchtbehandlung. In: Brosch, Renate/ Mader, Rudolf (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik in Österreich. Wien: LexisNexis Verlag, S.431-444.

---

**Schmidt**, Norbert (2002): Illegale Drogen. In: Fengler, Jörg (Hrsg.) Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung-Therapie-Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landsberg/Lech: Ecomed, S. 226-232.

**Schwarz**, Renate (2009): Supervision und professionelles Handeln Pflegender. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**Spiegel von**, Hiltrud (1994): Selbstevaluation als Mittel beruflicher Qualifizierung. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Selbstevaluation als Qualifizierung in der Sozialen Arbeit. Fallstudien aus der Praxis. Freiburg: Lambertus Verlag. S. 11-55.

**Stimmer**, Franz (2000): Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag.

**Stolz-Gombocz**, Ingrid (2004): Substitution in Österreich. Zur Geschichte der Substitution in Österreich. In: Brosch, Renate/ Mader, Rudolf (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik in Österreich. Wien: LexisNexis Verlag, S. 235-244.

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

**Uhl**, Alfred/ **Springer**, Alfred (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstelle für Suchtprävention. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

**Vormann**, Gernot (2002): Therapeutische Gemeinschaft. . In: Fengler, Jörg (Hrsg.) Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung-Therapie-Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landsberg/Lech: Ecomed, S. 555-561.

**Willig**, Wolfgang/ **Ebel**, Thomas/ **Erben**, Monika/ **Pulvermüller**, Gerhard (1998): Psychologie, Soziologie, Gesprächsführung in der Altenpflege. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit Fallbesprechungen. Balingen: Selbstverlag W. Willig.

#### Internetquellen:

**Bundeskanzleramt Österreich** (2010): Suchtmittelgesetz. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe. In: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011040> [26.07.2010]

**Barmherzige Brüder Österreich** (2008): Barherzige Brüder in Österreich. In: <http://www.barmherzige-brueder.at/> [20.04.2011]

---

**Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark** (2010): Suchthilfe und Suchtprävention Steiermark. Qualität – Professionalität - Regionalität. In: [http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11288175\\_54280665/09e7eacc/Suchthilfe-Bericht-2010.pdf](http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11288175_54280665/09e7eacc/Suchthilfe-Bericht-2010.pdf) [28.02.2011]

Weiterführende Literatur:

**Bundeskanzleramt Österreich** (1997): Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe samt Anhänge und Erklärungen. In: [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997\\_148\\_3/1997\\_148\\_3.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_148_3/1997_148_3.pdf) [18.8.2010]

**Bundeskanzleramt Österreich** (1978): Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Einzige Suchtgiftkonvention 1961. In: [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1978\\_531\\_0/1978\\_531\\_0.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1978_531_0/1978_531_0.pdf) [18.08.2010]

---

## **Anhang**

---

## **Suchthilfe und Suchtprävention Steiermark**

Eine Auswahl an Einrichtungen der Suchthilfe und Suchtprävention in der Steiermark nach den Unterlagen der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark (vgl. Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark 2010, S. 4).

### Suchtkoordination

- SUKO – Stabstelle Suchtkoordination des Landes Steiermark
- Suchtkoordination der Stadt Graz

### Präventionsprojekte

- VIVID – Fachstelle für die gesamte Steiermark
- A.L.K.
- E.L.O.S. – Suchtvorbeugung Feldbach
- Horizonte – Initiativen Commpoint
- Impuls Aussee
- Lebensgenuss an der Mur
- Rauschfreie Zone
- Sehnsucht
- Dachverband für offene Jugendarbeit

### Streetwork und niederschwellige Kontakt-/ Anlaufstellen und Wohnvorsorgung

- Caritas Schlupfhaus
- Caritas Streetwork Graz
- Kriwo – Avalon Liezen
- Streetwork Bruck Kapfenberg
- Streetwork Feldbach – Fürstenfeld – Hartberg
- Streetwork Gleisdorf (Aus)Zeit
- Streetwork Judenburg – Knittelfeld - Murau
- Streetwork – Notschlafstelle Avalon Liezen
- Streetwork Voitsberg
- Streetwork Weiz Mobile Jugendarbeit
- Arche 38

---

### Ambulante Sucht- und Drogenberatungsstellen inkl. Ambulanzen

- B. A. S. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
- Fachstelle für Glücksspielsucht Steiermark, c/o b.a.s.
- BIZ Obersteiermark Beratungs- und Informationszentrum
- Drogenberatung des Landes Stmk.
- Grüner Kreis – Beratungszentrum Graz
- Sucht- und Drogenambulanz LSF – AHE
- APA, allg. Psychiatrische Ambulanz – Ess – Störungen
- PSZ
- SMZ
- Beratungszentrum/ Suchtberatung Judenburg – Knittelfeld – Murau

### Stationäre Therapieeinrichtungen

- Caritas Aloisianum
- Grüner Kreis Johnsdorf
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
- LSF – AHE & Sucht- und Drogenambulanz
- LSF – AHE
- UBUNTO
- ReeThiRa
- WALKABOUT

### Sozialintegrative Projekte (Arbeit, Wohnen...) für Suchtkranke

- Verein Fensterplatz – Heidenspass
- Caritas Graz Seckau Projekt Offline
- Tagwerk Caritas
- SOS – JOBFIT
- Verein ERFA

### Selbsthilfegruppen/ Vereinigungen

- AA Anonyme Alkoholiker
- Blaues Kreuz



---

## Interviewleitfaden

### ***Einführung***

Der Titel der Arbeit lautet „Die Rolle der Reflexion in der Sozialen Arbeit am Beispiel einer stationären Drogentherapieeinrichtung“. Im Interview werden Fragen zur Drogentherapieeinrichtung „walkabout“ und der Arbeit als Sozialpädagogin gestellt. Der zweite Bereich bezieht sich auf die Umsetzung, den Nutzen und die Notwendigkeit von Reflexion in der sozialpädagogischen Arbeit.

### ***Fragen zur Therapiestation „walkabout“ und zu den Arbeitsbereichen***

- Können Sie das Konzept der Therapiestation beschreiben? (äußere)
  - a. In welche Bereiche ist die Therapiestation gegliedert?
  - b. Welche Fachrichtungen sind vertreten?
  - c. Welche Rahmenbedingungen werden von der Institution vorgegeben?
  - d. Welchen rechtlichen Grundlagen unterliegt die Einrichtung?
- Was zeichnet, Ihrer Meinung nach, „walkabout“ besonders gegenüber anderen Einrichtungen dieser Art aus?
  - a. Welche Besonderheiten hat „walkabout“ gegenüber anderen Drogentherapieeinrichtungen?
  - b. Inwieweit wird das Profil der Einrichtung in der Arbeit in der Drogentherapiestation umgesetzt (Konzept)?

### ***Charakterisierung der Arbeit als Sozialpädagogin***

- Welche Aufgaben umfasst die Arbeit als Sozialpädagogin in der Therapieeinrichtung?
  - a. Welche Bereiche umfassen die Arbeit?
  - b. Sind die Bereiche klar definiert?
  - c. Wie grenzt sich die Arbeit von den anderen Professionen ab?
  - d. Welche Stellung hat die Sozialpädagogik im multiprofessionellen Team?
- Können Sie kurz einen gewöhnlichen Arbeitstag als Sozialpädagogin in der Therapiestation beschreiben?

- 
- a. Welche Aufgaben sind täglich zu erledigen?
  - b. Welche Fixtermine gibt es im Tagesablauf?
  - Was zeichnet die Arbeit als Sozialpädagogin besonders aus?
  - Wo ist die Arbeit als Sozialpädagogin besonders wichtig?
  - Welche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Arbeit als Sozialpädagogin?
    - a. Welche Probleme entstehen von Seiten der Institution?
      - Im Bezug auf die Arbeit?
      - Im Bezug auf das Klima zwischen den verschiedenen Professionen?
    - b. Welche Schwierigkeiten ergeben sich im Team?
    - c. Ergeben sich Konfliktsituationen mit den KlientenInnen?
    - d. Welche persönlichen Belastungsfaktoren ergeben sich in der Arbeit?

Können Sie Beispiele zu den verschiedenen Punkten nennen?

### ***Fragen zur Bedeutung der Reflexion/ Umsetzung im Arbeitsalltag***

- Welche Formen von Reflexion werden von Seiten der Einrichtung angeboten?
  - a. Supervision, Intervision (kollegiale Beratung), Coaching? (allgemein)
  - b. Fallbesprechungen, informelle Gespräche unter Kollegen/Kolleginnen, Selbstreflexion? (tägliche)
- Wie häufig findet Reflexion in der Therapiestation statt?
- Werden die Erkenntnisse von diesen Einheiten veröffentlicht?
  - a. Werden diese an die Leitungsebene weitergegeben?
  - b. Ist die Leitung anwesend (Supervision)?
- Wie kann man sich den Ablauf einer solchen Einheit vorstellen?
- Welche Formen von Reflexion praktiziert sie persönlich bei der täglichen Arbeit?
  - a. Fallbesprechung, informelle Gespräche unter Kollegen/Kolleginnen, kollegiale Beratung?
  - b. Gibt es in der täglichen Arbeit Platz für einen solchen Austausch?

### ***Nutzen/ Notwendigkeit***

- Inwieweit wird die Reflexion für die Aufarbeitung des Konfliktpotentials genutzt? (täglich bzw. allgemein)
  - a. Welche Themen stehen im Mittelpunkt?

- 
- b. Werden Konflikte von Seiten der Institution, Teamkonflikte, Klienten-/Klientinnenkonflikte oder/ und persönliche Problematiken besprochen? (bereits angesprochen)
  - Wie hilfreich sind diese Reflexionsmöglichkeiten für die sozialpädagogische Arbeit?
    - a. Welche sind hilfreich?
    - b. Welche sind weniger hilfreich?
    - c. Was würde Sie noch brauchen?
    - d. Was wird von Ihrer Seite noch praktiziert?
  - Ist der Austausch im Team wichtiger für die persönliche Bewältigung der Arbeit in der Drogentherapiestation oder würde z.B. die Supervision ausreichen?
  - Können die angebotenen Reflexionsmethoden, ihrer Meinung nach, auch vorbeugend für ein Burnout in Ihrem Berufsfeld zu sehen sein?
  - Welche Methode hilft Ihnen persönlich um Konflikte aufzuarbeiten und dadurch die beruflichen Anforderungen besser zu bewältigen zu können?

### ***Abschluss***

- Wo sehen Sie noch Bedarf an Unterstützungen von der Therapiestation zur Hilfe der Arbeitsbewältigung?
- Wird für die Bewältigung der Aufgabe als Sozialpädagogin (Burnoutvorbeugung) genug Platz von Seiten der Einrichtung gegeben?
- Gibt es noch irgendwelche Aspekte zum Thema Reflexion, die ich nicht erwähnt und die Sie für nennenswert halten? Wenn ja, welche?

---

## Vollständige kommentierte Transkription

### Interview mit der Sozialpädagogin der Therapiestation „walkabout“

---

Interview durchgeführt von  
**Tanja Rinner**

**Dauer des Interviews: 54 min 7 sek**

Ablauf:

Anwesend waren die Sozialpädagogin der Therapiestation und die Interviewerin. Im Vorfeld wurde das Thema der Masterarbeit erklärt und der Interviewleitfaden besprochen.

Das Du - Wort beiderseits wurde im gegenseitigen Einverständnis verwendet.

Anmerkung zur Transkriptionsvorgehensweise:

Die interviewte Person hat im Dialekt gesprochen. Es waren keine auffälligen Wechsel in Schriftsprache, daher hab ich das Interview in Schriftsprache transkribiert.

Legende:

(A = Interviewerin, B = Interviewte Personen)

(.) = 1 Sekunde Pause

(..) = 2 Sekunden Pause

(...) = 3 Sekunden Pause

((seufzt)) = atmet laut aus

((lachen)) = lachen

((schmunzeln)) = schmunzeln

((leise)) = leiser gesprochen

- 
- 1 A: Das Interview ist in zwei Teile geteilt der erste Teil beinhaltet Frage allgemein  
2 über die Therapiestation walkabout wo du ein bisschen erzählen kannst wie es da  
3 so abläuft welche Konzepte es gibt
- 4 B: Ja
- 5 A: Ja welche Fachrichtungen da arbeiten
- 6 B: Aha
- 7 A: und ein bisschen auch über die rechtlichen Grundlagen welche in die Arbeit  
8 mit einfließen allgemein die stationäre Drogentherapie
- 9 B: Ja welche ich weiß also
- 10 A: Genau dann ist eben die Arbeit als Sozialpädagogin und dann ist die Reflexion
- 11 B: OK
- 12 A: Welche Konzepte gibt es und wie ist die Station gegliedert
- 13 B: Aso im Haus ist untergebracht der Entzug und die Entwöhnung also es sind in  
14 zwei Teile sozusagen eingeteilt (.) ah Entzug des beginnt (..) ja da wird halt ein  
15 qualifizierter Entzug gemacht die Patienten werden im Vorfeld also auch soweit  
16 ich informiert bin auf vorwiegend Methadon umgestellt also einfach vom (..) da  
17 das nachher leichter geht auch mit Methadon und werden dann bei uns entzogen  
18 wo halt natürlich auch ständig Pflege anwesend ist ein Arzt ist ständig im Haus  
19 und werden wirklich (.) rund um die Uhr betreut diesbezüglich und so (.) es be-  
20 steht auch die Möglichkeit dass sie einen Blindentzug machen das heißt dass sie  
21 natürlich nicht genau wissen wie viel sie (.) ob das jetzt (.) und wie viel Milli-  
22 gramm sie jetzt noch nehmen können den aber jederzeit natürlich auch aufheben  
23 den Entzug um wieder Kontrolle quasi zu haben wie viel sie jetzt haben und das  
24 ist in ganz enger Absprache auch mit den Ärzten und ja unterstützend dazu gibt es  
25 auch ein Therapieangebote wie (..) es gibt da Wald und Wiese zum Beispiel und  
26 es gibt einmal in der Woche Keramik Werkpädagogik alles im begrenzten Aus-  
27 maß schon ein bisschen als Zeitvertreib und ein bisschen zum (.) etwas ablenken  
28 also zum Tun also was sie auch noch unterstützend haben im Entzug ist Akupunk-  
29 tur also Nada – Akupunktur und Infrarotkabine und das ist alles im Entzug und  
30 nach dieser Zeit haben sie die Möglichkeit zu siedeln in die Entwöhnung sofern  
31 das genehmigt wird von der Kostenübernahme her und die (.) das können sie dann  
32 machen wenn ihr Harn clean ist ja da gibt es ein Siedlungsritual bei diesem Sied-

---

33 lungsritual haben sie die Möglichkeit ah (.) Sachen die sie gerne quasi mit dem  
34 Entzug hinter sich lassen möchten dem Feuer zu übergeben das ist einfach so ein  
35 Ritual zum Abschluss des Entzugs und dann einfach wieder neu zu beginnen neu  
36 zu beginnen oder einen Schritt weiter zu gehen sagen wir so ist besser formuliert  
37 (..) ja das wird dann auch zelebriert da sind dann alle die im Moment im Haus  
38 sind eingeladen daran teil zu nehmen es wird auch vom Team eine Ressourcen-  
39 karte zusammengestellt die Ressourcen beinhaltet die wir beim Patienten schon  
40 entdeckt haben die einfach auch positive Motivation gibt wenn es einem nicht so  
41 gut geht dass man da rein schaut und so ein bisschen sehen kann dass man eigent-  
42 lich doch Ressourcen hat wenn einmal so ein schwarzer Tag da ist (..) das wird  
43 mitgegeben gut ja und dann ist die Übersiedelung in die Entwöhnung (.) die Ent-  
44 wöhnung ist mit 84 Tage eine relativ kurze Entwöhnzeit also eine kurze Therapie  
45 und (..) ja (...) wo fang ich da am besten an zum erzählen ((lachen)) ja ist ein ganz  
46 ein straffer strukturierter Plan eigentlich wo wirklich so ziemlich der ganze Tag  
47 eigentlich jetzt gut durchstrukturiert und geplant ist Angebote im Haus sind Sport  
48 (..) Physiotherapie Keramik und Kunsttherapie Werkpädagogik und Arbeits- (.) -  
49 pädagogik sag ich einmal falls es das Wort gibt also viel draußen auch im Tun  
50 Gartenarbeiten zum Beispiel oder Rasenmähen Instandhaltungsarbeiten so etwas  
51 ist mit der Werkpädagogik mit dieser Arbeit eigentlich gemeint in der Werkpäda-  
52 gogik kommt dann auch sehr viel Kreatives rein wie zum Beispiel Bilder malen  
53 oder auch Holzarbeiten (.) ja (.) das sind so die Angebote es gibt auch im Haupt-  
54 haus also im Pflegezentrum drüben gibt es auch ein Schwimmbad wo einmal in  
55 der Woche am Mittwoch hingefahren wird und und das ist auch ein freiwilliges  
56 Angebot Sport haben wir von klettern über Ausflüge diverse Wanderungen Rad-  
57 fahren Laufen gehen Fußball alles Mögliche also da wird sehr viel gemacht was  
58 das betrifft das sind so diese Freizeitangebote dient einfach auch dafür dass die  
59 Patienten oder Patientinnen (..) ein bisschen so neues entdecken ein bisschen so es  
60 geht viel um das ausprobieren (.) wie das so ist nüchtern das ganze zu machen und  
61 es geht viel ums Tun selbst einfach auch manch einer nimmt dann zum Beispiel  
62 das Kreative mit für später für draußen auch oder Sport entdecken einige für sich  
63 (..) ja das ist so das Freizeitangebot wir haben (.) sind aber auf der anderen Seite  
64 sehr therapeutisch veranlagt das heißt wir haben vormittags jeden Tag eine also

---

65 außer am Wochenende eine Therapiegruppe sozusagen wo die Patienten und  
66 Patientinnen zusammensitzen (.) und das machen vorwiegend die Therapeuten  
67 aber auch wir Sozialpädagoginnen sind dabei unsere Gruppe ist am Mittwoch wo  
68 es viel um soziales Kompetenztraining geht um Skills morgen haben wir eh wie-  
69 der eine solche Gruppe wo es um Gefühle (.) ah ja das ist halt so (.) das sind halt  
70 so große Themen wo man einfach so Arbeitstechniken also ja mit ihnen einfach  
71 aufarbeiten das Ganze dann haben wir dienstags die nein Montag ist das die Psy-  
72 choedukationsgruppe wo die Patienten einfach über ihre eigenen teilweise ja  
73 psychischen Krankheiten ja aber auch über die Sucht jetzt wirklich auch selber  
74 Wissen in Erfahrung bringen können theoretische Inputs

75 A: Macht das noch immer eine Sozialpädagogin oder wechselt ihr euch da ab (.)  
76 am Mittwoch in der Gruppe

77 B: ah es waren immer zwei Sozialpädagogen die das gemacht haben ich war  
78 immer im Spätdienst jetzt bin ich nachgerückt sozusagen und mach das jetzt und  
79 gemeinsam mit der neuen Kollegin der andere Kollege ist jetzt im Spätdienst  
80 genau des bleibt fix so wir haben Montag Dienstag und Mittwoch fix geregelte  
81 Arbeitszeiten Donnerstag und Freitag tun wir immer im Rad durchwechseln dass  
82 wir zumindest drei Tage in der Woche sozusagen fix haben dass wir privat besser  
83 planen können

84 A: Ja

85 B: Ja (.) und wir machen das auch gemeinsam mit den Psychologen also das  
86 machen wir nicht alleine und dann gibt es Einzeltherapie weil wir haben ja klini-  
87 sche Psychologen und Psychologinnen und Therapeutinnen und Therapeuten im  
88 Haus am (.) die fallführend sind die quasi übergeordnet sind ((schmunzeln)) und  
89 (.) ja und die haben einmal in der Woche (.) die haben die Patienten insgesamt  
90 also Entwöhnung und Entzug der teilt sich auf diese Therapeutinnen und klinische  
91 Psychologinnen auf und ja da findet so ungefähr einmal in der Woche pro Patient  
92 ein Einzel statt bei Bedarf auch mehr und (...) ja und am Abend die Abendrunde  
93 gibt es auch noch die vorwiegend von uns Sozialpädagoginnen in Kombination  
94 mit der Pflege gemacht wird einfach das am Abend noch einmal abgeschlossen  
95 wird ja das ist so ungefähr das Programm das wir machen Wochenende ist wenig  
96 Programm mit Absicht wenig Programm weil es geht auch darum in den ersten

---

97 zwei Wochen ist ja in den ersten drei Wochen ist kein Ausgang und da geht es  
98 auch vorwiegend darum dass man diese zwei Tage wo kein Programm ist auch ein  
99 bisschen aushaltet selbst aktiviert sich und und und und in die Aktivierung kommt  
100 und sich selbst organisiert auch sie haben die Möglichkeit zu sagen jetzt machen  
101 wir ein Tischtennismatch oder sonst irgendwas in diese Richtung oder gehen wir  
102 Fußballspielen oder so etwas ja und viele haben auch das Problem mit der Lan-  
103 geweile und da geht es auch viel darum wie gehe ich mit Langeweile um und das  
104 kann man natürlich auch mitnehmen wenn am Wochenende so Langeweile soviel  
105 Langeweile vorhanden ist das wieso kommt auf das was ist das Problem was kann  
106 man dagegen tun also es wird immer geschaut was sind die Themen und das wird  
107 dann auch mitgenommen in die Gruppen

108 A: Seid ihr samstags auch da

109 B: Ja

110 A: Nach wie vor

111 B: Ja samstags sind wir da wobei wir nicht nichts in dem Sinn anbieten wir sind  
112 vorwiegend da also es ist ein acht Stunden Tag und wir sind vorwiegend da um so  
113 (.) wie soll ich sagen ja einfach Ansprechpartner auch zu sein ja also was wir  
114 schon machen ist eine Runde spazieren gehen Kaffee trinken gehen (.) ja Kaffee  
115 trinken Tee trinken rüber ins Haupthaus also ins Pflegezentrum zum Granatapfel  
116 wo es viel darum geht so auch so ja mit ihnen ein bisschen so näher in Kontakt zu  
117 treten aber es geht jetzt nicht darum dass wir ein Programm anbieten aber dass sie  
118 auch zu uns kommen können wenn was ist (.) ja also dass sie nicht alleine sind  
119 ganz (.) das heißt Kriseninterventionen was auch sein können es gibt ja die besag-  
120 ten nach den drei Wochen gibt ja dann Ausgänge das heißt davor schon ein biss-  
121 chen schauen (.) braucht jemand noch etwas vor dem Ausgang oder so ja

122 A: Wie schaut es mit der Finanzierung aus

123 B: (...) vom Entzug oder von der Entwöhnung

124 A: Beides

125 B: (..) ja das ist im Moment jetzt wieder so ein bisschen ein Umbruch ich kriege  
126 das mehr eher am Rande mit weil ich nicht involviert bin in die Aufnahmeverfah-  
127 ren noch nicht ich werde jetzt grad umgestellt (.) Finanzierung ist (.) Entzug wird  
128 generell gewährt (.) Entwöhnung ist es muss eine chefärztliche Genehmigung (...)



---

129 A: Von der GKK

130 B: Genau von der GKK kommen von den Steirern jetzt wobei früher haben wir  
131 auch aus anderen Bundesländern Genehmigungen gekriegt das ist jetzt ein biss-  
132 chen abgeschwächt vorwiegend war Oberösterreich sehr viel (.) also präsent als  
133 Patientinnen jetzt (.) wird nicht mehr finanziert die Entwöhnung (...) genau

134 A: Was zeichnet jetzt walkabout besonders gegenüber anderen Einrichtungen  
135 dieser Art aus

136 B: (...) generell ist ist ja wir haben sehr viele Berufsgruppen ganz viele verschie-  
137 dene wir haben auch (.) es ist ein Krankenhaus eigentlich also es ist kein Wohnbe-  
138 reich oder (.) ich meine ich kenne nicht alle Einrichtungen aber so zum Beispiel  
139 verglichen mit den Einrichtungen die ich kenne also es ist auf Krankenhausbasis  
140 aufgebaut es ist eben immer ein Arzt da das ist auch nicht überall so üblich und  
141 Pflege (.) sind immer zu zweit da also es ist ständig jemand da es ist ein sehr gut  
142 medizinisch abgesicherter Bereich und wir haben sehr viele verschiedene Profes-  
143 sionen und Angebote (.) die wirklich das Betreuungssystem sehr abrunden und  
144 was natürlich auch ein Unterschied ist ist die Dauer also 84 Tage ist glaube ich  
145 ziemlich einzigartig so weit ich weiß (.) kenne ich keine andere Einrichtung die  
146 meisten sind eigentlich Langzeittherapien wenn ich an Grünen Kreis denke an  
147 Haus am Seespitz oder Zukunftsschmiede sind eher längere Einrichtungen so  
148 kurzleidige also kurzzeitige Therapien (.) sind glaub ich nicht so gibt es auf der  
149 Ebene glaube ich nichts

150 A: Würde mir jetzt auch keine einfallen (.) die Aufgabenbereiche der Sozialpäda-  
151 gogin hast du eigentlich schon gesagt (.)

152 B: Ja vorwiegend die Aufgabenbereiche sind ja auch noch also sind einfach (.)  
153 vieles aber da ist noch der Treffpunkt zu erwähnen denk ich (.) Treffpunkt ist (.)  
154 während (.) die anderen Berufsgruppen vorwiegend so Therapeuten Therapeutin-  
155 nen klinische Psychologen und Psychologinnen oder Keramik Sport und so weiter  
156 Termine haben und fixe Zeiten haben haben wir quasi mit dem Treffpunkt ein  
157 freiwilliges Angebot da können die Patienten und Patientinnen hin kommen und  
158 es wird sehr gerne angenommen also sehr viel angenommen um einfach zu reden  
159 um Sachen zu thematisieren sie können auch bei uns telefonieren und auch nach  
160 dem Telefonat entstehen irrsinnig viele Möglichkeiten um da auch Gespräche zu

---

161 führen weil es oft auch nicht so einfach ist mit den Angehörigen (..) da ist auch  
162 Krisenintervention ein ganz ein wichtiger Punkt auf der Ebene (..) ja und Unter-  
163 stützung vielleicht auch beim Wohnungssuchen (.) bei Beruf also beim Jobfin-  
164 dungsproblematiken also so ein bisschen Unterstützung im Internet beim suchen  
165 und so das machen wir auch (.) ja neben vielen anderen Bereichen

166 A: Die Fahrten macht auch ihr nach wie vor

167 B: Genau GKK – Fahrten Bank – Fahrten wo wir uns auch mit der Sozialarbeit  
168 quasi kurzschließen und (.) ja die Sozialarbeit habe ich vergessen vorher zu er-  
169 wähnen ((schmunzeln)) also wir haben (.) Sozialarbeit ist natürlich auch ein wich-  
170 tiger Bereich der vorwiegend in Kombination mit (.) Sozialarbeit teilt sich eigent-  
171 lich auch das sind zurzeit drei Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die sich auf alle  
172 Patienten quasi aufteilen und sehr viel dafür zuständig sind vor allem für Amts-  
173 wege Schuldenre- Schuldenregulierung ist ein bisschen zu viel also eher Schul-  
174 denberater sind sie jetzt keine aber zumindest zu schauen was für Möglichkeiten  
175 haben sie und wo können sie dann auch hingehen also so und dann vor allem auch  
176 so gerichtliche Sachen und viele haben ja einen Haufen (..) ungelöster (.) wie soll  
177 ich sagen ((lachen)) Erledigungen mit denen um die sie sich in den letzten Jahren  
178 nicht mehr gekümmert haben um ihre Angelegenheiten das sind oft Schulden  
179 eben auch auf Grund des Konsums das sind auch gewisse (.) Ausständigkeiten  
180 und und Gerichtsverfahren noch offen oder was auch immer in diese Richtung (.)  
181 Führerschein ist auch oft ein Thema ja sowas in diese Richtung das machen die  
182 Sozialarbeiter noch

183 A: Aber die Bereiche grenzen sich klar voneinander ab Sozialpädagogik Sozialar-  
184 beit

185 B: Ja wo wir uns überschneiden sind halt so Sachen wie Arbeitssuche Woh-  
186 nungssuche dann auch Bankfahrten machen wir teilweise auch in Absprache mit  
187 ihnen und und so auch Bewerbungsschreiben und so weiter da schließen da sind  
188 wir sehr eng am Zusammenarbeiten da teilen wir uns so ein bisschen auf (.) ja

189 A: Ist die gesamte Einrichtung in große Bereiche wie Ärzteteam Sozialbereich  
190 und so weiter auch gegliedert (.) hierarchisch gesehen

191 B: Die Frage habe ich jetzt nicht verstanden

---

192 A: Also so hierarchisch (.) da ist das Ärzteteam mit der Pflege das ist so ein eige-  
193 ner von den Berufsgruppen her jetzt

194 B: Ob wir eine Hierarchie haben auf gut Deutsch

195 A: Ja ob es gegliedert ist die Bereiche der hat mehr der hat weniger zum sagen  
196 jetzt (.) oder sind die alle auf einer Ebene

197 B: Ja im Grunde ist es so wir haben die (.) also (...) das Organigramm kann ich  
198 dir dann gerne ausdrucken es ist so im Grunde haben den den den Hausleiter  
199 sozusagen das ist der Primarius Friedl (..) Doktor Friedl [Klopfen an der Tür] an  
200 oberster Stelle ist der Herr Doktor Primarius Friedl und und der ist so Gesamtlei-  
201 ter eigentlich vom Haus während die Pflegedienstleitung heißt das (.) ja heißt so  
202 Pflegedienstleitung ist die Schwester Kelbetz Monika (.) sie ist so quasi Vorge-  
203 setzte vom ganzen Pflegestuff oder von von ja der Pflege vom Team der Pflege  
204 und und ja (..) und die Reinigungsdamen sind drüben unterstellt ((lachen)) also es  
205 sind innerhalb der Barmherzigen Brüder so die Strukturen die haben sich so erge-  
206 ben das ist so ein Zwischenstück zwischen Eggenberg und Kainbach (.) es ist  
207 natürlich so eine Hierarchie und aber es sind jetzt es kommt darauf an auf was du  
208 das jetzt beziehst wenn du das jetzt auf Entscheidungen was Patientinnen betrifft  
209 beziehst wenn du auf das beziehst

210 A: Genau das

211 B: wenn du auf das beziehst (.) es ist so natürlich wir haben wie bereits erwähnt  
212 den fallführenden Therapeuten beziehungsweise Therapeutin oder klinischen  
213 Psychologen oder Psychologin der jetzt quasi (.) Letztentscheidung für den Pati-  
214 enten trifft (.) ja das heißt der- oder diejenige ist einfach (...) wie soll ich sagen (.)  
215 zuständig und sammelt auch so die Berichte von den einzelnen Berufsgruppen es  
216 gibt ja für jeden Patienten einmal im Monat ein Kernteam wo alle Berufsgruppen  
217 zusammensitzen und wirklich Erfahrungen und Inhalte auch austauschen um zu  
218 schauen wo steht der Patient was oder die Patientin wo kann es hingehen und was  
219 sind so die Ziele und was wurde bisher erreicht und welche Ziele wurden bisher  
220 quasi auch in Angriff genommen (..) und bei Regelverstößen und bei bei (.) ja bei  
221 Regelverstößen und ja dann da ist (.) im letzten also es wird immer eine Teament-  
222 scheidung geben und und im Grunde wird das so gelebt dass das dann eigentlich  
223 eine Teamentscheidung ist wie mit dem Patienten weiter verfahren wird (.) ja ob

---

224 es zu einer Entlassung kommt oder nicht mittlerweile haben wir auch ein Rück-  
225 fallsprozedere (.) das wirst du noch nicht gekannt haben

226 A: Nein

227 B: Rückfallsprozedere ist das das der Rückfall auch ein Stück weit dazu gehört  
228 das ist halt auch ein Thema vom clean werden (.) und wir (.) also durch diese  
229 Ausgänge wo die Patienten wirklich probieren wie geht es draußen und so weiter  
230 und so fort kommt es immer wieder einmal vor dass wer sich draußen viele Pläne  
231 gemacht hat weil es ist sind ja therapeutische Ausgänge wo es wirklich darum  
232 geht sich heraus auszubühen und die haben ja die gehen ja mit einem Plan  
233 hinaus und wenn sie merken der Plan geht nicht auf und dann gibt es Stress mit  
234 irgendeinem Angehörigen und gibt vielleicht auch noch Beleidigungen oder Dro-  
235 hungen oder sonst irgendwas (.) ja dann ist man sehr schlecht gelaunt und dann ist  
236 man ganz alleine vielleicht und dann kommt irgendjemand her und bietet was an  
237 dann (.) dann kommt das öfters einmal vor dass einer nicht nein sagt und das wird  
238 dann in einem speziellen Prozedere aufgearbeitet das dauert zwei Wochen es gibt  
239 in der Zeit keinen Ausgang und es wird zweimal in der Woche ein Einzel gemacht  
240 und es wird genauer Augenmerk auf diesen Rückfall gelegt was ist da passiert  
241 weil wir einfach die Erfahrung gemacht haben dass das mehr Sinn macht als ihn  
242 zu entlassen wenn ein Rückfall passiert aber es kommt es kommt auch viel darauf  
243 an es gibt ein genaues Prozedere was der Patient auch erfüllen muss damit er da  
244 bleiben kann weil (...) ein Rückfall ist etwas Ungeplantes ein Rückfall ist etwas  
245 was aus einer Emotion heraus passiert und nicht etwas wo man sagt der hat ja  
246 schon drei Wochen im voraus geplant dass er am Samstag fort geht das ist ja kein  
247 therapeutischer Ausgang und da muss man sich halt einfach die Frage stellen ob  
248 Therapie in dem Abschnitt seines Lebens noch Sinn macht oder nicht so in diese  
249 Richtung

250 A: Seit wann gibt es das

251 B: Oh das gibt es schon (.) fast ich denk schon eineinhalb Jahre es ist relativ lang  
252 schon ja oder ein Jahr

253 A: Und hat sicher schon Anwendung gefunden

254 B: Ja klar

---

255 A: Gut (.) jetzt wieder zurück zur Sozialpädagogik kannst du vielleicht deinen  
256 gestrigen Arbeitstag kurz schildern was die Programmpunkte waren welche Ter-  
257 mine es gegeben hat

258 B: Gestern war Montag (...) gestern habe ich Spätdienst gehabt das heißt ich bin  
259 erst um 12:30 in die Arbeit gekommen (.) ja das ist einmal das fängt mit der Über-  
260 gabe an (.) zu schnell gefragt es ist heute schon wieder so viel passiert ((schmun-  
261 zeln))

262 A: oder kann auch der heutige sein das ist egal nur dass die Programmpunkte  
263 Termin oder was zum erledigen war

264 B: Ja (.) wir haben ja jetzt wie gesagt eine ganz neue Sozialpädagogin da und die  
265 ist erst den dritten Tag nein vierten Tag da das heißt da ist noch viel Einschul-  
266 lungsarbeit auch noch (.) ja es ist 12:30 ich muss ganz ehrlich sagen ((lachen)) da  
267 ist dann soviel an Arbeit noch aber zuerst einmal die Übergabe dann eben Erklä-  
268 rungen und schauen wie es ihr geht was eh auch dazu gehört dann (.) dann habe  
269 ich mich noch ausgetauscht mit der Psychologin was morgen für Thema in der  
270 Mittagsgruppe in der sozialen Kompetenzgruppe gemacht wird und habe mir dann  
271 auch noch einen theoretische Inputs geholt dann (...) was haben wir noch ausge-  
272 tauscht ja am Nachmittag dann noch vor allem so so Sachen wie Wochen- (.) also  
273 wir haben irrsinnig viele Pläne und Listen und so weiter die wir auch über haben  
274 wo wir wirklich schauen dass das alles aktualisiert ist das sind so organisatorische  
275 Angelegenheiten die auch gemacht gehören Termine planen und so weiter und so  
276 fort dann ja zwischendurch Patientenkontakte sie kommen ja immer wieder wegen  
277 Telefonaten oder eben wegen Wochenende war eben ein Rückfall da bin ich  
278 einmal nachschauen gegangen so ein bisschen Krisenintervention wie geht es jetzt  
279 (..) also ein bisschen sind das halt tragische Momente auch weil er ja (.) bisschen  
280 sehr Suizid bisschen Suizid auch war (.) ja es ist sind halt so Momente ja und  
281 dann um 17:00 Uhr geht es dann wieder los mit dem Treffpunkt wo die Tür ge-  
282 öffnet wird und dann sind so viele Patientengespräche also heute ist jemand heim  
283 gegangen weil er gemeint hat drei Wochen so lange muss er oder soll braucht er  
284 nicht nicht da sein es geht so auch reiner Entzug das reicht für ihn und einfach so  
285 ein bisschen ein Gespräch was braucht er dann und so dann ist die Abendrunde  
286 gewesen danach Abendessen die ich auch begleite danach eh wieder rauf in den

---

287 Treffpunkt wo eben so gewisse Sachen habe telefonische Organisation von den  
288 Patienten jetzt sind auch dann so viele Gespräche ja eben mit diesem Patienten der  
289 den Rückfall gehabt hat so eine Stunde oder so Krisenintervention auch ein biss-  
290 chen (..) auch so dieses Aufarbeiten von von jetzt habe ich einen Rückfall gehabt  
291 jetzt ist alles umsonst gewesen also dieses Weggehen von diesem (.) schwarz -  
292 weiß denken ein Stück weit so (..) ja das ist so so es ist schwierig zu sagen es  
293 passieren so ständig so Kleinigkeiten es plätschert so immer dahin ((lachen)) aber  
294 ja das ist es sind sind relativ viele Sachen und so (..) ja

295 A: Die nächsten Fragen beziehen sich auf Problemfelder die entstehen können in  
296 der Arbeit und da sind sie definiert als Probleme von der Institution aus durch die  
297 Rahmenbedingungen die vorgegeben sind Probleme in der Arbeit in diesem mul-  
298 tiprofessionellen Team Konfliktsituation die vom Patienten aus gehen wie zum  
299 Beispiel diese hohe Rückfallsquote oder auch nicht hohe Rückfallsquote (.) und  
300 dann auch so persönliche Belastungsfaktoren spielen diese genannten Belastungen  
301 eine Rolle merkst du die auch in deiner Arbeit

302 B: Ja absolut klar

303 A: Fällt dir vielleicht zu diesen ein kurzes Beispiel ein oder wo so etwas ist

304 B: (..) Probleme mit der Institution da tue ich mir ein bisschen schwer was ist  
305 damit gemeint mit den Barmherzigen Brüdern an sich oder

306 A: Mit den Rahmenbedingungen oder dem Konzept welches walkabout verfolgt

307 B: Ja das hängt für mich ein bisschen mit dem Team zusammen dadurch dass wir  
308 sehr viel auch im Team Austausch haben und das auch am Donnerstag wo auch  
309 strukturelles auch oft besprochen wird (.) ist das halt so aus meiner Sicht (.) wir  
310 haben zwar klare Regeln die sind festgelegt und klar aber es gibt natürlich auch so  
311 (.) wie soll ich sagen diesen Diskurs innerhalb des Teams und auch mit dem Chef  
312 so einen Individualität versus klaren strukturierten Regeln (.) ja man weiß einfach  
313 oder es ist einfach aus der Erfahrung klar je strenger und strikter die Regeln sind  
314 desto weniger kann man auf das Individuum eingehen (.) das ist halt schwierig  
315 weil nicht alle Regeln für alle passen immer

316 A: Stimmt ja

317 B: (.) die Regeln unser Regelwerk ist auch etwas was im Laufe der Jahre durch  
318 auch mit der Zusammenarbeit von Patient Mitarbeiter und so weiter gemeinsam

---

319 quasi (.) überprüft wurde und quasi adaptiert wurde aus dem wie es gelebt wird  
320 und was der Erfahrungsbericht uns sagt und und dadurch haben wir sozusagen das  
321 beste mögliche eine Optimierung irgendwie und das ist aber nicht vorbei also das  
322 ist nichts das jetzt abgeschlossen ist sondern das ist etwas was in Bewegung auch  
323 ist also es ändern sich die Zeiten es ändern sich (.) ja Einstellungen und so weiter  
324 und so fort und da sind wir eigentlich finde ich sehr in Bewegung sehr flexibel  
325 und und trotzdem schaffen wir es doch irgendwie immer wieder diesen Bogen das  
326 es nicht willkürlich wird (.) ist das klar was ich damit meine für die Patienten jetzt  
327 natürlich

328 A: Verstehe schon was du meinst

329 B: Ist es halt auch (.) das bedeutet natürlich auch das wir sehr viel reflektiert und  
330 und auch immer wieder hin schaut ja (.) ob Regeln sinnvoll sind was natürlich  
331 wichtig ist dass das halt auch ein Teamthema bleibt was dann mit den Patientin-  
332 nen hingegen dann schwierig wird auf der Ebene weil sie gern mit uns über die  
333 Regeln diskutieren ((lachen)) zum Beispiel über ist ja egal das sind so Stellvertre-  
334 ter Themen nennen wir das gerne weil man merkt oft wenn die Unzufriedenheit  
335 mit den Regeln steigt dann (.) das ist immer so ein bisschen ein gefühlter Indika-  
336 tor dafür das Unzufriedenheit in der Gruppe steigt und die Unzufriedenheit geht  
337 sehr oft einher mit Rückfällen (..) oder Konsum auf der Station also es ist jetzt  
338 nicht eins zu eins zu setzen aber es kann so aus der Erfahrung ein bisschen ein  
339 Indikator dafür sein (.) natürlich werden (.) hören wir ihnen trotzdem zu wenn sie  
340 mit den Regeln unzufrieden sind (.) es gibt auch viel (.) also Regeln sie sowieso  
341 gerade im Suchtbereich denke ich auch ein ganz ein spannendes Thema weil  
342 überhaupt Patienten und Patientinnen in diesem Bereich sehr wenige viele nicht  
343 so viel Erfahrung mit Grenzen und Regeln haben und und im Grunde die einzige  
344 Grenze die sie kennen eigentlich der Tod ist (.) ja und das ist wenn man bedenkt  
345 mit wieviel Milligramm diverser Substanzen ist egal was sie da oft experimentie-  
346 ren (..) ja ist das nicht immer so ohne von dem her ja und deswegen sind Regeln  
347 und das Einhalten von Regeln auch das aushalten können das jetzt nicht so geht  
348 wie man es will das etwas auch langwierig dauert auch ein ganz ein wichtiger  
349 Punkt (..) ja das ist ein Thema da könnte ich glaube ich bis morgen reden es ist (.)  
350 natürlich gibt es Schwierigkeiten in einem multiprofessionellen Team bei fast 40

---

351 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen insgesamt hat man natürlich oft 40 Meinungen  
352 das ist so (.) und das immer unter einen Hut zu bringen und und das irgendwie  
353 immer ist manchmal sehr mühevoll aber ich glaube es zahlt sich aus dadurch  
354 bleibt man in Bewegung und bleibt nicht starr auf einer Stelle stehen und und das  
355 ist nicht schlecht finde ich ja von dem her (.) ja Kommunikation im Team bei so  
356 vielen Leuten ist natürlich auch nicht leicht das heißt wenn ein Beschluss gefasst  
357 wird bis der sozusagen jeden einzelnen erreicht hat das dauert da wieder (.) ja das  
358 sind halt so Herausforderungen die wir uns noch immer stellen und wo wir wirk-  
359 lich schauen wo kann man diese Informationsgeschwindigkeit vielleicht ein biss-  
360 chen erhöhen (..) auf der einen Seite und auf der anderen Seite trotzdem aber auch  
361 wieder Tempo raus nehmen weil unsere Patienten ja gerne jetzt und sofort alles  
362 gleich geändert haben möchten ((schmunzeln)) ja (...) und welche persönlichen  
363 Belastungsfaktoren es gibt ich meine auf der einen Seite es ist die hohe Rückfalls-  
364 quote also Quote kann ich nicht sagen weil wir haben ja keine keine wissenschaft-  
365 liche Untersuchung zum Thema Rückfall weil es wird zwar jetzt ein bisschen es  
366 wird geschaut dass so etwas gemacht wird es ist halt immer so das Problem dass  
367 man nach Beendigung der dreimonatigen Therapie oft die Patienten nicht mehr  
368 erreicht es ist schwierig aber es ist zumindest so der Erfolg also wer erfolgreich  
369 abschneidet das ist steigend eigentlich und und die Zahl und und so ja es ist trotz-  
370 dem halt oft deprimierend das ist halt so wenn man es sind halt (.) vereinzelt ei-  
371 gentlich eher Leute die es wirklich schaffen dann langfristig clean zu bleiben (.)  
372 und ja das sind halt Belastungsfaktoren das sind halt auch so Abwertungen von  
373 den Patienten was sehr oft kommt (..) man kommt halt mit einem Beziehungsan-  
374 gebot und einige haben einfach nicht so viel positive Erfahrungen mit Beziehun-  
375 gen und die logische Konsequenz ist einfach die Abwertung ja aber (.) und damit  
376 muss man auch umgehen lernen es ist halt nicht jeder Tag gleich aber es kommt  
377 einfach auch dazu und was gibt es noch für Belastungssituation (.) ist eben der  
378 Kampf ums Regelwerk also das sind so typische so typische unter Anführungszei-  
379 chen Themen wo man (.) und täglich grüßt das Murmeltier ((lachen)) man kommt  
380 sich manchmal wirklich vor wie eine Schallplatte die sich ständig wiederholt aber  
381 ja das sind so diese Belastungsfaktoren wichtig ist halt einfach das man alles da  
382 lassen kann



---

383 A: Auf jeden Fall ja der nächste Bereich ist die Reflexion allgemein wird von  
384 Seiten walkabout eine Methode verpflichtend angeboten wie zum Beispiel Super-  
385 vision

386 B: Supervision haben wir ja das ist einmal im Monat (.) wir haben zur Reflexion  
387 jetzt wir haben jeden Donnerstag Teamsitzung wo (...) Patienten die neu gekom-  
388 men sind werden vorgestellt von den Ärzten mit Biographie und so weiter dann  
389 werden auch von den fallführenden Therapeuten und Therapeutinnen die einzel-  
390 nen Patienten noch einmal besprochen alle können natürlich nicht besprochen  
391 werden das würde den Rahmen sprengen aber es werden diejenigen besprochen  
392 wo (.) ja wo einfach das Gesamtteam einfach auch gefragt ist also wo man ver-  
393 mehrt Augenmerk darauf setzen sollte und auch so die Kernteams noch einmal  
394 kurz nachbesprochen werden wie die gelaufen sind und es gibt auch Leiterinfor-  
395 mationen also was gibt es neues (.) auch auf der rechtlichen Ebene was gibt es  
396 neues auch auf auf jetzt zum Beispiel haben wir die Ambulanz eröffnet in Graz  
397 drinnen (.) Neuerungen

398 A: Wer ist bei den Teamsitzungen alles anwesend

399 B: Die Donnerstag Teamsitzungen da sind alle jene anwesend die an dem Tag  
400 Dienst haben und ja

401 A: Wird dabei schon darauf geachtet dass aus jedem Bereich

402 B: Es wird mitprotokolliert das sowieso (.) und dieses Protokoll wird an jeden  
403 einzelnen gesendet durch E-Mail also unser primäres würde ich jetzt fast behaup-  
404 ten unser primäres Kommunikationsmittel ist die E-Mail die im Intranet wo wir  
405 uns wirklich sehr viel über das auch austauschen wenn Beschlüsse sind und so  
406 weiter und ja und es gibt natürlich auch das Gesamtteam wo wirklich jeder einge-  
407 laden ist der da ist (.) Supervision ist unterteilt in eigentlich drei Gruppen zwei  
408 Gruppen ist (.) also eine Gruppe betrifft das gesamte Pflorgeteam und das Rest-  
409 team wird sozusagen in zwei Gruppen unterteilt findet eben einmal im Monat statt  
410 ja und

411 A: Verpflichtend

412 B: Verpflichtend (...)

413 A: Die Supervisionen

---

414 B: Verpflichtend das ist eine gute Frage (.) ich war bis jetzt immer ((schmunzeln))  
415 nein das ist nicht verpflichtend weil sonst müssten wir ja rein kommen ja aus dem  
416 (.) nein ist nicht verpflichtend

417 A: OK

418 B: Ich denke (..) nein

419 A: Genau das wurde bereits angesprochen (..) wie oft sie ist und was spielt in der  
420 täglichen Auseinandersetzung mit den Patienten mit dem Team was bildet dabei  
421 das wichtigste Reflexionsmedium für dich zum Beispiel Fallbesprechungen oder  
422 einfach der Austausch unter Kollegen oder dass man sich zusammen setzt und  
423 eine kollegiale Beratung macht

424 B: Das wichtigste könnte ich nicht sagen also wir haben jeden Tag in der Früh  
425 eine Morgenübergabe die ist sehr wichtig weil da wird von der Pflege auch be-  
426 richtet was in der Nacht vorgefallen ist und vor allem auch was nach dem Wo-  
427 chenende so vorgefallen ist wo wirklich auch geschaut wird OK wie gehen wir  
428 mit diesen Vorfällen auch um wo wirklich auch so eine Teamentscheidung oft  
429 stattfindet oder Teamberatung kollegiale Beratung in dem Fall also das ist ganz  
430 wichtig (..) das ist einmal ganz wichtig für den Fall was so für Psychohygiene  
431 sicher wichtig ist ist so und so der Austausch unter Kollegen und Kolleginnen das  
432 ist einfach auch so ja das ist möglich und das ist auch recht wichtig so (..) wenn  
433 man einfach selbst nicht weiß wie man umgehen soll oder ja da kann man sich  
434 jederzeit eigentlich Rat holen und und was auch wichtig ist in unserem Fall ist  
435 wirklich auch wenn wir an unsere Grenzen stoßen auch die Möglichkeit wirklich  
436 wenn es um einen konkreten Patienten geht zum Fallführenden oder zur Fallfüh-  
437 renden zu gehen und mit ihr oder ihm das einfach zu besprechen (..)

438 A: Also ist da schon Zeit dafür dass

439 B: Dafür ist schon Zeit

440 A: Dass man da sagt ich muss einmal kurz reden

441 B: Ja natürlich also die Möglichkeit ist auch jeden Fall gegeben vor allem am  
442 Vormittag am Abend jetzt etwas knapper weil am Abend sind wie gesagt die  
443 Psychologinnen und Therapeuten nicht mehr im Haus da ist die Pflege anwesend  
444 der Arzt ist anwesend oder die Ärztin und eben von uns jemand bis 21 Uhr und da  
445 sind schon auch die Situationen aber wenn da irgendetwas ist (.) Kriseninterventi-

---

446 on (.) sind wir einfach da und bei wirklichen Situationen wo es eskalieren könnte  
447 da wird einfach der Arzt und und da setzt man sich einfach gemeinsam zusammen  
448 und schaut einfach einmal zu deeskalieren einmal ein bisschen ja Abstand zu  
449 gewinnen und dann wird das Ganze am nächsten Tag im Team besprochen bei der  
450 Morgenübergabe was wir auch noch haben wenn man einfach merkt es ist irgend-  
451 etwas passiert im Haus tagsüber dass man ein Sonderkernteam einberuft das kann  
452 innerhalb kürzester Zeit passieren man hat einen Lautsprecher wo man durchsa-  
453 gen kann die ganzen Patienten bitte in den Gruppenraum kommen und kann man  
454 ein zusätzliches mit den Patienten gemeinsam ein zusätzliches (.) Treffen arran-  
455 gieren wo man einfach einmal also über das Leben miteinander einmal darüber  
456 redet das kann zum Beispiel sein bei jetzt mutwilligen Zerstörungen im Haus oder  
457 wenn man weiß oder das Gefühl hat das irgendeine Substanz im Haus herinnen ist  
458 das sind (.) das ist übrigens auch 14-tägig sowieso vorgesehen so eine Hausrunde  
459 wo wirklich alle Personen die da im Haus sind zusammenkommen das heißt  
460 Entzug Entwöhnung und Betreuerstuf und wo wirklich darüber gesprochen wird  
461 was funktioniert gut und was funktioniert weniger gut im Haus und was für Mög-  
462 lichkeiten haben wir damit es besser funktioniert so auf dieser Ebene ja

463 A: Also glaubst du es wäre überhaupt möglich da zu arbeiten ohne sich selbst zu  
464 reflektieren oder mit Kollegen

465 B: Nein das glaube ich nicht weil (...) ((schmunzeln)) ich kann es nicht sagen ich  
466 weiß nicht ob das jemand anderes kann (.) könnte ich jetzt nicht sagen ich habe  
467 schon das Gefühl das hier Selbstreflexion und eine Reflexion als Team also wird  
468 sehr viel Platz eingeräumt und es werden auch Fortbildungsmaßnahmen gesetzt  
469 also dass man wirklich auch so neue Einblicke bekommt dass die Betriebsblind-  
470 heit nicht Einzug nimmt und und das wird schon sehr gefördert hier herinnen  
471 muss ich sagen (.) also gerade jetzt wieder letztens der Vortrag also die Tage beim  
472 (.) im Joanneum zwei Tage über die Sucht was war das (...) jetzt fällt mir der  
473 Titel der Veranstaltung nicht ein (.) mit dem Herrn Petzold Doktor Petzold und  
474 Herrn Doktor Cohen und noch ein paar verschiedene Fachleuten Experten halt  
475 auch von Deutschland wo wirklich auch so geschaut wird einfach einmal so was  
476 für neuesten Erkenntnisse gibt es auf diesem Gebiet und sich auch innerhalb  
477 dieser ganzen Leute die sich da einfinden einfach auch austauschen kann das ist

---

478 mit Streetwork und so weiter und so fort das tut irrsinnig gut einfach so immer  
479 wieder ein bisschen was anderes zu sehen und zu hören ja und da ist walkabout in  
480 dem Fall wirklich sehr fein dass da (.) es da einfach sehr viel Weiterbildungen und  
481 Vernetzungstreffen mit anderen Einrichtungen auch vorher gibt

482 A: Würdest du persönlich diese Supervisionseinheiten als ausreichend finden oder  
483 als besser finden im Gegensatz zum Austausch im Team

484 B: Der Austausch im Team ist bei wirklich sehr an sehr hoher Stelle (..) die Su-  
485 pervision ist leider nur einmal im Monat ja es ist denke ich auch nicht anders  
486 möglich ja zeitlich und wahrscheinlich finanziell auch nicht es ist einfach eine  
487 ganz eine andere Ebene es ist nicht für mich persönlich ist es nicht zu vergleichen  
488 schon im kleinen Team und mit den Kolleginnen mit denen man sich gut versteht  
489 wo man einfach einmal sagen kann der Herr ...da tue ich mir schwer oder was  
490 auch immer oder das Thema belastet mich oder keine Ahnung dass man das so  
491 einmal ausredet das ist ganz ganz wichtig für die Psychohygiene aber so die Su-  
492 pervision wie es der jetzige Supervisor macht ist einfach insofern so toll weil (...)   
493 es werden so die Themen die uns so belasten und die so wichtig und präsent und  
494 aktuell sind auch kurz einfach einmal zusammengefasst und er macht daraus ein  
495 Konklusion er fasst das so zusammen es ist angeleitet er bringt es immer auf einen  
496 Punkt und das ist einfach der Unterschied weil er ist einfach dafür da diese genau  
497 zu ordnen und sie auf einen Punkt zu bringen und das ist aus der Position von da  
498 und als Kollegin nicht so möglich glaub ich

499 A: Habt ihr eine externe Person für diese Einheiten

500 B: Genau sicherlich

501 A: Wechselt das immer ab

502 B: Was

503 A: Dieser Supervisor

504 B: Ja wir haben jetzt einen Wechsel gehabt ja aber der vorherige war eigentlich  
505 fünf Jahre dabei

506 A: Also schon langfristig eine Person

507 B: Er muss sich glaube ich auch auskennen sonst kann man ja jedes Mal bei der  
508 Supervision von neuem anfangen bis man ihm einmal erklärt wie unsere Struktu-  
509 ren sind es ist ja eigentlich ist es nicht unkomplex sagen wir einmal so ((schmun-

---

510 zeln)) es ist schon sehr komplex bei uns das Ganze wie es so abläuft und wer was  
511 zu tun hat

512 A: Glaubst du dass die Reflexion als Burnoutprophylaxe gesehen werden kann

513 B: Welche Reflexion

514 A: Jegliche Art der Reflexion die angesprochen geworden ist Supervision gleich  
515 wie diese Teambesprechungen zum Beispiel

516 B: Naja

517 A: Oder findest du eine mehr eine weniger oder gar nicht

518 B: Also ich würde sagen Supervision dient auf jeden Fall zur Burnoutprophylaxe  
519 also ist eine Burnoutprophylaxe diese internen (.) dieser interne kollegiale Aus-  
520 tausch ist sehr wichtig (.) was meiner was ich für mich persönlich gelernt habe ist  
521 wenn mich was stört dass ich es sage und es dann loslasse (..) weil wenn man sich  
522 zu viel kann man sich sehr viel auch gemeinsam hochschaukeln und hineinstei-  
523 gern und das ist auch immer wieder gut und das haben wir mittlerweile auch sehr  
524 gut gelernt dass wir gegenseitig sagen und jetzt Stopp die Wut ist draußen weil es  
525 kommt einfach einmal und das war es jetzt dann machen wir Fenster und Türen  
526 auf dann tun wir durchlüften und dann ((seufzt)) ja dann essen wir alle ein Stück  
527 Schokolade und dann ((lachen)) ja das ist schon wichtig es ist auf der Ebene man  
528 muss halt wirklich auch wissen wie man miteinander (..) über die Sachen reflek-  
529 tiert (...) man kann schon auch und da muss man aufpassen man kann sich auch  
530 schon sehr hineinsteigern und dann quasi auch das Thema ein bisschen aufblasen  
531 dann

532 A: Würdest du sagen dass eine Reflexionsmethode für dich die optimalste ist oder  
533 ist das einfach ein Gebilde aus allen

534 B: (...) ich glaub dass das die Summe aus allen macht und das ist also ((leise))  
535 optimale Reflexionsmethoden (.) ich überlege gerade welche Methoden wir haben  
536 die Supervision ja die internen (.) Austausch dann das selber wo man sich selber  
537 hinterfragt und wo man sich hinsetzt und und selber über sich nachdenkt das eine  
538 ist ohne das andere auch gar nicht naja gut ich kann über mich selber nachdenken  
539 das kann ich schon ohne Supervision aber wenn ich in der Supervision sitze und  
540 nie über mich selber nachdenke weiß ich nicht ob Supervision Sinn macht wieder  
541 also ich glaube das gehört alles zusammen irgendwo und jeder (..) alles trägt so

---

542 ein Stück weit bei dazu ja ich glaube dass das einfach eine Summe ist von allen  
543 und das man wirklich auch ganz wichtig auch lernt eine gewisse Gelassenheit und  
544 das auch unterscheidet von Gelassenheit und egal das einem etwas egal ist und  
545 Wurstigkeit sozusagen und und auch so so ja dieses gelassen sein das gehört auch  
546 genauso dazu wie sich auch manchmal auf die Hinterfüße zu stellen und was zu  
547 tun also die Ausgeglichenheit auf dieser Ebene und dazu gehört sowohl der Aus-  
548 tausch als auch manchmal die Ruhe also es ist alles ja

549 A: Jetzt noch einmal zurück zum Burnoutthema glaubst du dass Burnout in der  
550 Einrichtung walkabout eine Rolle spielt

551 B: Ja würde ich schon sagen also für mich jetzt oder allgemein

552 A: Allgemein in der Einrichtung

553 B: Natürlich kann man herinnen ein Burnout haben keine Frage also wir haben (..)   
554 chronisch kranke Menschen eigentlich also chronisch krank aber chronisch ab-   
555 hängig also sie sind ja wirklich lange Zeit über weiß nicht wie viel Jahre oft Jahr-   
556 zehnte in einer Abhängigkeit sie haben (.) sie sind polytoxikoman das heißt sie   
557 haben auf gut Deutsch alles durchgekostet also sie haben sehr viele Substanzen   
558 ausprobiert oder sehr viele konstant genommen und sie haben oft auch noch eine   
559 weitere Diagnose (.) zum Beispiel eine Persönlichkeitsstörung oder oder ja

560 A: Also siehst du es eher bei der Patientengruppe

561 B: Nein das ist aber ein nicht wenig (...) es ist ein sehr anstrengendes Feld und es   
562 sind die Patienten (.) sind nicht immer sehr leicht ja man hat da schon sehr viel   
563 auf der Ebene und man muss da wirklich sehr sehr gut auf sich schauen damit   
564 diese Emotionen die da teilweise auch rüber kommen (..) dort bleiben und nicht   
565 zu den eigenen Emotionen werden das ist auch ein ganz ganz wichtiger Punkt (.)   
566 und und man muss wirklich gut auf sich schauen herinnen (.) sonst ist Burnout auf   
567 jeden Fall ein Thema (..) ich meine die Rahmenbedingungen die wir haben die   
568 sind gut dass man kein Burnout hat in dem Sinn meiner Meinung nach weiß nicht   
569 jemand anderes wird vielleicht anders denken aber ich sehe das so durch diese   
570 Fortbildungsmöglichkeiten und durch das wie das Ganze einfach aufgebaut ist mit   
571 Supervision und die Intervision (.) aber generell glaube ich muss man schon sehr   
572 gut auf sich schauen weil es kommen es kommen sehr sehr viele negative Emoti-   
573 onen es kommen sehr viele negative Geschichten auch es kommen schon sehr

---

574 viele belastende Geschichten und Erlebnisse die muss man selbst auch einmal  
575 verarbeiten das ist nicht immer sehr (.) nicht immer lustig was sie uns erzählen ja  
576 und auch so eine Krisenintervention das macht ja auch etwas mit einem das ist ja  
577 nicht so (.) man hat schon ein gutes Gefühl wenn man eine Krise gut überstanden  
578 hat aber die (.) die Geschichte die dahinter steht und auch der Mensch der dahinter  
579 steht also sprich der Patient in dem Fall der ist einem ja dann auch nicht egal also  
580 es ist schon (.) da muss man schon gut sich abgrenzen können und auch schauen  
581 dass man einfach das auch mit dem Tages- (.) Abend dann abschließt und das da  
582 lasst und dann nach Hause geht und das man wirklich gut trennt (.) privates und  
583 das also (.) das muss das (.) ist für mich dass Um und Auf eigentlich dass man da  
584 eine gute (.) gut abgrenzen also abgrenzen ist eines der wichtigsten Themen und  
585 das muss man einfach lernen das muss man dann auch machen weil sonst ist  
586 Burnout ganz sicher ein Thema da

587 A: Wir sind am Schluss angelangt willst du noch irgendetwas sagen was ich ver-  
588 gessen habe oder was dir auf der Seele brennt

589 B: Nein ich wüsste jetzt nichts (..) also es ist wirklich sehr viel denke ich also  
590 ((leise)) Reflexion ja (...) ja nein könnte ich jetzt so nicht sagen ich glaube ich  
591 habe eigentlich alles gesagt

592 A: Dann sage ich danke

593

594 Ende: 54 min 7 sek