

Johannes M. Zimm & Kathrin Bergthaler:

Sucht und Ernüchterung

Normalisierung des Scheiterns in Suchtbehandlungssystemen

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden Umgangsformen mit dem Scheitern und Normalisierungsprozesse des Scheiterns von Behandlungsansprüchen in institutionalisierten Suchtbehandlungssystemen untersucht.

Vor dem Hintergrund postmoderner Gesellschaftserzählungen werden die Bedeutung von und der Umgang mit dem Scheitern einerseits auf Ebene der involvierten Individuen und andererseits auf der Ebene der betreuenden und behandelnden Organisationen beleuchtet. Klient*innen, Zu- und Angehörige und professionelle Helfer*innen bewegen sich entlang verschiedener Deutungsmuster des Scheiterns in einem Spannungsfeld zwischen der Erwartung erfolgreicher Behandlung und der Realität chronisch verlaufender Suchterkrankungen. Im Beitrag werden für die organisationale Ebene der nieder-, mittel- und hochschwelligen Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen unterschiedliche Strategien der Anspruchsreduktion und Verantwortungsverlagerung identifiziert und daraus entstehende Konsequenzen für das Behandlungssystem diskutiert. Für die Sozialarbeit ist die Beschäftigung mit dem Scheitern ihrer Klient*innen sowie dem eigenen professionellen Handeln gewinnbringend, da es die Konsequenzen sozialer Ungleichheit verdeutlicht und zugleich am Beginn jeder helfenden Tätigkeit steht.

Schlagworte: Sucht, Behandlung, Beratung, Organisation, Scheitern, Abhängigkeits-erkrankung, Sozialarbeit

Abstract

Exploring processes of normalisation, this paper focuses on ways of dealing with experiences of failure in institutionalized treatment of addiction. Keeping postmodern narratives of success and failure in mind, we examine how social workers and clients deal with failure on individual and on organizational levels. Clients, relatives and professional helpers take actions along specific lines of interpretation. Hence, they find themselves between expectations of successful treatment and the reality of chronic addictive disorders. On organisational levels of different access requirements, a shift in expected outcomes of treatment and in responsibility is identified in this paper. Further-

more, the consequences on the offered treatment are discussed in this paper. We argue that the reflection on clients' failure and the failure of the disciplines' own interventions and strategies is beneficial for social work(ers). This is even more so as failure illustrates social injustice and therefore stands at the beginning of every process of social work and any support provided.

Keywords: addiction, treatment, counseling, organization, failure, dependence disorder, social work

1. Einleitung

Der vorliegende Artikel befasst sich mit dem Phänomen des Scheiterns in der psychosozialen Handlungspraxis im Kontext institutionalisierter Suchthilfe. Eine Betrachtung aus dieser Perspektive birgt das Potential, andere Phänomene, Wirkzusammenhänge und Handlungsstrategien zum Vorschein zu bringen, als dies die herkömmliche „erfolgsorientierte“¹ Forschung tut.

Seit langem ist in der Wissenschaftsforschung der sogenannte Publikationsbias problematisiert worden. Mit dem Begriff wird das Phänomen beschrieben, dass in wissenschaftlichen Fachbeiträgen tendenziell positive bzw. signifikante Forschungsergebnisse präsentiert werden und jene Forschungsarbeiten, welche keine signifikanten Ergebnisse liefern, wesentlich seltener publiziert werden.²

In der vorliegenden Arbeit beschäftigen wir uns explizit mit dem nicht-erfolgreichen Handeln und den damit verbundenen spezifischen Umgangsmöglichkeiten in einem ausgewählten Handlungsfeld der Sozialarbeit. Das Handlungsfeld der Sucht- und Drogenhilfe erscheint für diese Betrachtung aufgrund zweier Aspekte prädestiniert: Erstens werden seit der Mitte des 20. Jahrhunderts Abhängigkeitserkrankungen als chronische Erkrankungen aufgefasst, denen in der Behandlung bis in die jüngste Zeit unter dem Paradigma der Abstinenz begegnet wurde. Das Behandlungsziel der Abstinenz wird bei einem wesentlichen Anteil der Patient*innen nicht dauerhaft erreicht. Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit einer wiederholten Erfahrung des Scheiterns bei Klient*innen und Professionist*innen sehr hoch ist. Basierend auf dieser Beobachtung entstanden im Suchtbehandlungsdiskurs eine ganze Reihe unterschiedlicher Konzepte,³ Haltungen, Umgangsformen und Handlungsstrategien, welche darauf abzielen, das Scheitern intentionaler Behandlungsansprüche zu reduzieren.

Zweitens ist die Praxis der Suchtbehandlung im institutionalisierten Sektor, d.h. abgesehen vom niedergelassenen Bereich, einerseits als multidisziplinäre Behandlung konzipiert und andererseits strukturieren sich die Organisationen im Feld nach der Höhe ihrer Zugangsschwellen, wodurch unterschiedliche Formen des Scheiterns und des Umganges damit beobachtet werden können. Abstein hält diesbezüglich fest:

„In nur wenigen Fällen gelingt es, suchtmittelabhängige Menschen zu einem Veränderungsprozess zu motivieren, der unmittelbar und gradlinig zu einer dauerhaften Stabilisierung führt. Wie im beschriebenen Fall [...] wird deutlich, dass der Ausstieg aus dem Suchtmittelkonsum häufig herausfordernde Entscheidungen mit sich bringt und für die Klienten ein sehr ambivalent erlebter Vorgang ist.“ (Abstein 2012:15)

Wir stellen die Hypothese auf, dass das Scheitern im Suchtbehandlungssystem zwar durch unterschiedliche Strategien vermieden wird, aber eigentlich den Normalfall darstellt. In einer ersten Verortung der Auseinandersetzung skizzieren wir den gesellschaftlichen Kontext und nähern uns den dominanten Diskurspraktiken und Subjektpositionen an. Darin entfaltet das Scheitern seine zeitdiagnostische Bedeutung. Im

Anschluss daran gehen wir auf den von uns in dieser Arbeit angewandten Begriff des Scheiterns ein. Dies geschieht auf Basis anschlussfähiger sozialer Handlungs- und Differenzierungstheorien. Der zweite Teil des Beitrages beschäftigt sich mit dem Handlungsfeld der Suchthilfe, einerseits auf Ebene der involvierten Subjekte und andererseits in Hinblick auf die suchtspezifisch arbeitenden Organisationen. Auf Ebene der handelnden Personen arbeiten wir die Bedeutung des Scheiterns für Klient*innen, Zu- und Angehörige und professionelle Helfer*innen heraus. Auf Ebene der Organisationen beschreiben wir die unterschiedlichen Umgangsformen mit dem Scheitern in nieder-, mittel-, und hochschwelligem Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen.

2. Gesellschaftliche Verortung

In Verbindung mit einer postmodernen Gesellschaftsnarration, in der nicht nur eine Vielzahl neuer Möglichkeiten entsteht, sondern zugleich auch schützende Erwartungsstrukturen wegfallen, ergeben sich unter den Schlagworten Pluralität und Globalisierung vielfältige Wahlmöglichkeiten und Lebensentwürfe insbesondere für Menschen der Mittelschicht. Medial werden Bilder unterschiedlichster Möglichkeiten, seine Träume und damit sich selbst zu verwirklichen, verbreitet. Diese lassen nicht nur neue Ideen entstehen, sondern definieren Erfolg häufig über individualisierte Leistung.⁴ Aufgrund der Individualisierung sozialer Ungleichheit (Beck 1986) wird die Verantwortung für das Gelingen und das Scheitern biographischer Ansprüche dem Individuum zugeschoben. Die Herausforderungen, sich zu orientieren und einen kohärenten Lebensstil zu finden, wachsen (vgl. Spellerberg 2004). Bunte Lebensentwürfe in einer globalisierten Welt beschreiben eine (scheinbare) Vielzahl von Möglichkeiten, aber damit einhergehend auch mehr Möglichkeiten, diese zu verfehlen. Gleichzeitig entsteht durch eine zunehmende Leistungsorientierung der Druck, Fehler zu vermeiden. Allein die Angst vor dem Scheitern beeinflusst zunehmend die Lebensqualität vieler Menschen. Der amerikanische Soziologe Richard Sennett beschrieb das Scheitern einmal als großes Tabu der Moderne (Sennett 2011). In der Sozialen Arbeit allerdings betrifft es das Kernthema ihrer Klient*innen.

Was kann es bringen, wenn sich die Soziale Arbeit im Handlungsfeld Sucht mit Scheitern beschäftigt? Zunächst könnte ein Erkenntnisgewinn in der Selbstreflexion der Sozialen Arbeit in Bezug auf die konkrete Fallarbeit, die Organisation und die organisationale Einbettung sozialarbeiterischen Handelns als spezifische Form unterstützenden Handelns liegen. Was bedeutet die Auseinandersetzung mit diesem Thema für eine Profession, die mit einer großen Anzahl von Menschen arbeitet, die sich im Hinblick auf wesentliche Bereiche ihres Lebens als gescheitert betrachten?⁵ Gelingt es unter der bekannten Aufforderung zum *Reframing* – „Aus Fehlern kann man

lernen.“ – dem Scheitern einen Sinn zu geben? Wann ist das in der Arbeit mit Suchtklient*innen wichtig und inwiefern ist es möglich, wenn das Scheitern auch immer ein Stück weit die Interventionen der Sozialen Arbeit selbst betrifft? Beantworten wir die Frage nach dem Scheitern identisch, wenn es um unser eigenes Handeln geht und finden wir damit einen entsprechend guten Umgang, so wie wir es uns von unseren Klient*innen wünschen?

3. Theoretische Bezugspunkte: Was ist Scheitern?

Da Scheitern im Auge des Betrachters liegt und von Situation zu Situation unterschiedlich gehandhabt wird, also perspektiven- und bewertungsabhängig ist, handelt es sich um eine soziale Konstruktion. Diese theoretische Grundlegung unterscheidet sich von individualistischen (psychologischen) Zugängen, welche möglicherweise auf die intrapsychische Bewertungslogik der Unterscheidung von Erfolg und Scheitern abzielen würden. In dieser Arbeit nehmen wir im Gegensatz dazu eine sozialkonstruktivistische Perspektive ein, welche es ermöglicht, die Logik des Handlungs- und Kommunikationssystems mit vielen unterschiedlichen beteiligten Akteur*innen zu berücksichtigen. Als kleinste analytische Einheit einer Betrachtung des Scheiterns erweist sich der Begriff des sozialen Handelns als funktional. Aus Sicht der Soziologie als Bezugswissenschaft erkennen Bergmann et al., „dass der Grundbegriff nicht ‚soziales Handeln‘, sondern vielmehr erfolgreiches soziales Handeln sei.“ (vgl. Bergmann et al. 2013: 10 nach Junge 2004). Diese These lässt sich wahrscheinlich darauf zurückführen, dass die Soziologie unter der Annahme steht, dass „die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Ordnung hochgradig unwahrscheinlich und voraussetzungsvoll ist.“ (Bergmann 2013: 10). Die potentielle Möglichkeit des Scheiterns wird folglich bei jeder sozialen Handlung mitprozessiert.⁶

Eine Annäherung an das Scheitern, welche für die gegenständliche Auseinandersetzung günstig erscheint, formuliert Werner Vogd:

„Scheitern [...] stellt per se ein *normatives* Konzept dar, denn es beruht auf einem Wertevergleich, der einen *Akteur* (also ein System, dem von sich selbst oder einem anderen System der Akteursstatus zugeschrieben wird) in Bezug auf Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit reflektiert.“ (Vogd 2013: 65, Herv. i.O.)

Grundlegend in Vogds Überlegung ist die Unterscheidung zwischen psychologischer und sozialer Identität. Wenn eine Diskrepanz zwischen diesen unterschiedlichen Identitäten von einer Akteur*in, z.B. soziales Umfeld oder „das Selbst des Systems“ (ebd.: 63), beobachtet wird, könnte dies als Anlass für eine Adaption (z.B. Verhaltensänderung) oder eben auch nicht (z.B. psychische Verdrängung) bewertet werden (vgl. Vogd 2013).

Im Sinne eines trivialen Regelsystems beruht die Beurteilung des Scheiterns auf einem Vergleich zwischen, so die Wortwahl bei Vogt, Ist- und Soll-Werten und repräsentiert eben genau die Abweichung des Ist-Wertes vom Soll-Wert. Vogts Definition orientiert sich im Grunde an einem mathematischen Wirklichkeitsmodell, welches im Stande ist, mit Werten, d.h. mit Zählbarem, zu operieren. Die Handlungs- und Kommunikationspraxis der Sozialarbeit ebenso wie die der meisten beratenden Professionen im psychosozialen Feld wirkt durch Sprache und intersubjektive Beziehungsangebote. Deswegen erscheint es günstig, das Begriffspaar des Ist- und Soll-Wertes durch den Begriff des Anspruches zu ersetzen.

Die sinnvolle Beschäftigung mit Abweichungen von Ansprüchen ist nur dann möglich, wenn die Ansprüche klar sind, d.h. abgrenzbar von anderen Ansprüchen. Diese Überlegung ist äußerst wichtig, weil, wie wir darlegen werden, eine Möglichkeit der Scheiternsvermeidung darin besteht, die Ansprüche unbestimmt zu halten.

Diese triviale Logik der Anspruchsunterschiede im Sinne von Ist- und Soll-Werten ist nicht ohne weiteres auf das Interaktionssystem zwischen Klient*in und Professionist*in⁷ oder auf Organisationen anwendbar, weil es sich dabei um komplexe Systeme handelt. Um diese Komplexität handhabbar zu machen, kann einerseits unterschieden werden zwischen der Beobachtung und Beurteilung des Feldes in Bezug auf Scheitern, d.h. dem, was im Feld selbst als Scheitern betrachtet wird (Deutungsmuster im Suchtbehandlungssystem). Andererseits können Beobachter*innen außerhalb des Feldes (z.B. Bürger*innen, exklusionssensible Politiker*innen etc.) eine Scheiternsdiagnose stellen und aus dieser Perspektive zu einem an den Strukturen und Bedingungen des Feldes orientierten Beobachtungsschema beitragen (vgl. Bergmann 2013). In diesem Zusammenhang meint der Begriff des Feldes einen, wie auch immer, begrenzten sozialen Raum, der über Normen, d.h. stabile Erwartungen und Erwartungserwartungen, strukturiert ist.⁸

4. Scheitern beobachten: Die subjektive Ebene

In diesem Abschnitt gehen wir der Frage nach, welche Bedeutungen dem Scheitern zukommen bzw. zugeschrieben werden. Diese Frage beleuchten wir aus drei Perspektiven: aus der des Hilfe suchenden Menschen, aus der des zu- oder angehörigen Menschen und aus der Perspektive des Hilfe anbietenden Menschen.⁹

4.1 Scheitern bedeutet Wirklichkeitserfahrung

Wenige Erfahrungen zeigen den Widerstand der Wirklichkeit so deutlich wie das persönliche Scheitern. Im direkten Kontakt mit der Wirklichkeit sind wir dann, wenn die Konzepte unserer Vorstellung scheitern. Allein das Wahrnehmen und das Feststellen des Scheiterns bedeutet, sich dessen Wirkung auszusetzen. Dieses Aushalten und in

einem weiteren Schritt die Verbalisierung und das stückweise Annehmen der Realität sind gleichzeitig die grundlegenden Voraussetzungen dafür, einen Umgang mit dem Scheitern finden zu können. Das Scheitern sagt immer etwas über die Beschaffenheit der Wirklichkeit aus oder, mit anderen Worten: „Diese Wirklichkeit umfasst sowohl die Dinge, die ich beeinflussen kann, als auch die Dinge, die ich nicht beeinflussen kann.“ (Pepin 2016: 67)

Menschen, die Unterstützung im Sucht- und Drogenhilfesystem suchen, haben in aller Regel die Erfahrung gemacht, die Sucht und ihre biopsychosozialen Konsequenzen alleine nicht mehr bewältigen zu können. In manchen Fällen sind es Dritte, welche Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung dazu motivierten, eine professionelle Behandlung in Anspruch zu nehmen, z.B. wenn ein Mensch an der Einhaltung von kollektiv bindenden Gesetzen scheitert. In den Biographien jener Menschen, die, über welchen Weg auch immer, in Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe ankommen, gibt es in vielen Fällen eine Vielzahl lebensgeschichtlich sehr früher Scheiternerfahrungen, z.B. durch den Verlust von tragenden Bindungen bzw. Bindungspersonen. In anderen Fällen scheitern Menschen zu späteren Zeitpunkten ihres Lebens an der Bewältigung bestimmter lebensweltlicher Wirklichkeiten, z.B. der Verlust des Arbeitsplatzes, Trennung, Mittelmäßigkeit des Daseins, Einschränkungen durch Alter u.v.m.

In der Praxis sozialarbeiterischer Beratung ist die Orientierung an Entstehungs- und Erklärungsmodellen der Sucht aus Perspektive der Klient*innen zentral. Für die weitere dialogische Arbeit zwischen Klient*in und Sozialarbeiter*in gilt es angemessene Anforderungen unter Aufrechterhaltung der Beziehung zu finden. Nach einer gemeinsamen (Neu-)Orientierung kann die Planung weiterer gemeinsamer Schritte (z.B. nach einem Rückfall) das Vertrauen in die Beziehung stärken. Sofortige neue Zielsetzungen und Handlungsvorschläge stehen dabei nicht immer an erster Stelle: „Soziale Arbeit folgt dem Subsidiaritätsprinzip, sowohl auf die Gewährung materieller Hilfen als auch bei der Erteilung von Ratschlägen und Handlungsdirektiven.“ (Wilfing 1995: 61) In erster Linie stehen also das gemeinsame Aushalten und die weitere Beziehungsgestaltung im Vordergrund, erst dann können gemeinsame Ziele erarbeitet werden. In Beziehung zu bleiben, kennzeichnet den (politischen) Auftrag der Sozialen Arbeit und ist als spezifisches Handlungsmerkmal (besonders im Suchtbereich) wesentlich. Zudem bietet die teils niederschwellige oder auch aufsuchende Soziale Arbeit methodisch auf unterschiedlichen Ebenen einen völlig anderen Zugang zur Lebenswelt der Klient*innen, als andere helfende Professionen im Suchtbehandlungsfeld ihn vertreten.

4.2 Scheitern macht betroffen

Die Hypothese, dass Scheitern betroffen macht, bezieht sich sowohl auf die Klient*innen der Sozialen Arbeit als auch auf die Professionist*innen. In Bezug auf rückfällige Patient*innen in der stationären Suchtrehabilitation empfiehlt Funke (2002: 452) zur Entlastung der Professionist*innen ein ritualisiertes Vorgehen emotionaler Distanzierung: „So kann der direkte Behandler nicht nur eigene Gegenübertragungsaspekte oder emotionale Verstrickungen reflektieren, sondern darüber hinaus die eigene Position als ‚Anwalt‘ des Patienten überdenken und wieder neu besetzen.“ Weiters rät er dazu, Entscheidungen über die Weiterbehandlung im Team zu treffen. „Damit reduzieren sich einseitige und daher dysfunktionale Verantwortungszuweisung, Erfolgsdruck, unangemessene Schuldgefühle und andere Interferenzen in der Beziehung zwischen Patient und Behandler.“ (Funke 2002: 453)

Scheitern erzeugt Betroffenheit bei allen Beteiligten. Strategien, mit dieser Betroffenheit umzugehen, sind auch für das Helfer*innensystem notwendig. Wird mit dem Krankheitsrezidiv nicht systematisch im Behandler*innenteam umgegangen, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich dysfunktionale Formen der Abwehr im Team und/oder bei den einzelnen Professionist*innen bilden wie z.B. Zynismus oder ein Herabsetzen der eigenen Erfolgserwartung. Dies kann weitreichende Konsequenzen haben, denn die grundlegende Behandlungsprädisposition auf Seiten der Hilfe Suchenden und Behandelnden ist die Hoffnung, dass durch die Behandlung etwas besser geworden ist, als es vor Beginn der Behandlung der Fall war. Aus diesem Grund senken wiederholte Behandlungsmisserfolge bei Klient*innen die Hoffnung, bei der nächsten Behandlung erfolgreich zu sein.

4.3 Scheitern braucht Zuversicht

Demmel beschreibt, dass die soziale Lerntheorie Begriffe wie Zuversicht und Hoffnung zum Konzept der Selbstwirksamkeitserwartungen erweitert (vgl. Demmel 2002: 454). Diese beeinflussen die Chancen, das Scheitern zu vermeiden, maßgeblich, was das gemeinsame Einordnen von Erfahrung und deren Wahrnehmung zu zentralen Aspekten werden lässt. Es macht einen Unterschied, ob das Scheitern auf der Ebene des Verhaltens oder als ontologisch-personales Charakteristikum wahrgenommen wird. Es macht außerdem einen Unterschied, ob ich versagt habe oder ob ich eine Versager*in bin. Hier gilt es besonders in der Sozialen Arbeit, die sozialen, sozialräumlichen und die gesellschaftspolitischen Außenwahrnehmungen nicht außer Acht zu lassen, da diese sowohl die Klient*in als auch die gemeinsame Interventionsgestaltung beeinflussen. Vereinfacht gesagt, die Interpretation eines negativen Ereignisses ist für den weiteren Verlauf entscheidend. Trotzdem geht es nicht primär darum, ein Problem zweckoptimistisch in einem positiven Rahmen neu zu fassen, sondern es zu verbalisieren

und gemeinsam auszuhalten. Sonst, so Junge und Lechner (2004: 8), wird das Problem des Scheiterns nicht erfasst: „Die Erfassung des Problems des Scheiterns scheitert an seiner Erfassung, wird transformiert zur Chance des Neubeginns oder der Umorientierung und wird so wieder zum letztlich Unduldbarem.“ Für die Soziale Arbeit ist die Arbeit an den Selbstwirksamkeitserwartungen ihrer Klient*innen und eine ständige Reflexion derselben auf professioneller Ebene daher zentral. Auf beiden Ebenen geht es darum, möglichst adäquate Urteile zu bilden und gleichzeitig den Selbstwert zu schützen. Fest steht, Scheitern verändert Perspektiven.

5. Scheitern Beobachten: Die Ebene der Organisationen

In diesem Abschnitt werden die Organisationen, welche sich der Beratung und Behandlung von suchtkranken Menschen widmen, entlang der Dimension der Zugangsschwelle betrachtet. Die Orientierung an der Höhe der Zugangsschwelle erscheint sinnvoll, weil jeweils unterschiedliche institutionalisierte, latente Normen und formale Regeln einen bestimmten Umgang mit dem Scheitern nahelegen.

5.1 Niederschwellig-orientierte Einrichtungen

Sogenannte niederschwellige Einrichtungen und ihre Angebote zeichnen sich dadurch aus, dass die Teilnahme für Klient*innen an den Angeboten der Organisation relativ voraussetzungslos ist. Die Erfüllung formaler Eigenschaften der Personen wie Staatsbürger*innenschaft, finanzielle Ausstattung, Meldeadresse und Ähnliches sind jedenfalls nicht notwendig, um die Leistungen in Anspruch zu nehmen. Aus diesem Grund entscheiden niederschwellig-orientierte Organisationen über die Teilnahme und Nichtteilnahme in erster Linie anhand des Verhaltens der Klient*innen. Jede uns bekannte Einrichtung in diesem Bereich definiert ein Minimum an informellen als auch formalisierten Verhaltensregeln, welche Voraussetzungen für die Teilnahme und Nichtteilnahme der Klient*innen am Leistungsangebot sind.

Zweck und Aufgabe dieser Organisationen besteht in aller Regel darin, den Status quo bestimmter Zielgruppen zu erhalten und Zustandsverschlechterungen der Klient*innen entgegen zu wirken.¹⁰ Insofern kann beobachtet werden, dass diese Organisationen mit dem Anspruch arbeiten, soziale Ordnung im Innenraum der Organisation, unter hohem Ressourcenaufwandaufrecht zu erhalten und mittels unterschiedlicher Leistungen (z.B. konsumfreie Aufenthaltsmöglichkeiten, Spritzentausch etc.) das biopsychosoziale Zustandsbild der Klient*innen zu stabilisieren.

Diese Organisationen vermeiden die Erfahrung ihres Scheiterns dadurch, dass sie die Veränderungsansprüche an die Klient*innen minimal halten. Dies vor dem Hintergrund, die Hoffnung und Zuversicht an mögliche Lebensverbesserungen und funktionale Verhaltensänderungen kommunikativ zu aktualisieren, d.h. Klient*innen nach

Möglichkeit günstige Zukunftsbilder und mögliche Wege dorthin zur Verfügung zu stellen. Konzepte wie akzeptierende Drogenarbeit oder substitutionsgestützte Behandlungsansätze können aus einer scheiternstheoretischen Perspektive als Antwort auf die Unzulänglichkeit des Abstinenzparadigmas gedeutet werden.¹¹ Interessanterweise stellen Sozialarbeiter*innen, im Vergleich zum höherschwelligeren Versorgungsbereich, die größte Gruppe an Mitarbeiter*innen in diesen Organisationen dar (vgl. Suchthilfe Wien 2018: 8). Auch und vielleicht gerade im Suchtbereich profitiert die Soziale Arbeit von ihrer langjährigen Erfahrung in der Arbeit mit Klient*innen, die nicht oder nicht durchgehend primär motiviert sind. Wilfing hält diesbezüglich fest:

„Ein pragmatisches Spezifikum der Sozialarbeit, das auch eine Abgrenzung zu anderen helfenden Ansätzen bedingt, ist die häufige Verbindung zwischen nicht primär motivierten Klient*innen und den Ressourcensystemen, eine Situation, in der Sozialarbeiter*innen zunächst als einzige Achsen zwischen diesen sonst nicht in Austausch tretenden Systemen zu agieren haben.“ (Wilfing 1995: 66)

Aufsuchende soziale Arbeit und niederschwellige Angebote bleiben daher besonders im Suchtbereich und in der Arbeit mit Menschen, die sich als gescheitert wahrnehmen, zentrales und eigenständiges Merkmal der Sozialen Arbeit. Nur durch ein niederschwelliges Angebot können auch jene Klient*innen erreicht werden, die aus ihrer eigenen und aus der gesellschaftlichen Wahrnehmung in einem existenziellen Bereich ihres Lebens gescheitert sind. Hier bleibt die Soziale Arbeit die wesentlichste Disziplin, deren Professionist*innen das gemeinsame Formulieren der Situation unterstützen: In der professionellen sozialarbeiterischen Beratung wird das Scheitern thematisiert und in kleinen Schritten Raum für eine Neuorientierung eröffnet.

Ein gewisser Anteil der Klient*innen niederschwelliger Einrichtungen erfüllt nicht die sozialrechtlichen Voraussetzungen für höherschwellige Leistungen und Behandlungsangebote,¹² weswegen die (sozialrechtlichen) Interventionsmöglichkeiten für Sozialarbeiter*innen für diese Personengruppe äußerst beschränkt sind. Auf Grund dessen stehen Professionist*innen vor der Herausforderung –in diesem Angebotsspektrum im besonderen Maße –, scheiternde Biographien und selbstdestruktives Verhalten zu beobachten und die daraus resultierende Betroffenheit auszuhalten und zu verarbeiten.¹³

5.2 Mittel- und höherschwellige Angebote

Diese zeichnen sich dadurch aus, einerseits höhere Ansprüche an die Klient*innen im Hinblick auf deren Bereitschaft und auch Möglichkeit, ihren Konsum und ihr Verhalten zu reflektieren, zu stellen. Andererseits müssen für die Teilnahme mehrere formale Voraussetzungen erfüllt sein. Mittelschwellige Angebote für suchterkrankte Personen sind in Österreich bis dato kaum etabliert. In diesem Bereich wären Behandlungs- und

gegebenenfalls auch Wohnangebote angesiedelt, welche weniger voraussetzungsreich sind, als dies für ambulante und stationäre biopsychosoziale Suchtbehandlungen aktuell der Fall ist. Denkbar wären beispielsweise Psychotherapie und eine kombinierte materielle Grundversorgung für nicht versicherte Personen.

Höher Schwellige Angebote des Suchthilfesystems sind derzeit in Form ambulanter, stationärer und gemischter Leistungen für Personen vorhanden, die einerseits die sozialrechtlichen Voraussetzungen erfüllen und andererseits ein Minimum an Eigenmotivation zur Veränderung aufbringen.¹⁴ Diese Organisationen verfügen über explizite, formalisierte Regeln, insbesondere Verhaltensregeln, auf Grundlage derer über die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme von Klient*innen, welche in diesem System zu Patient*innen werden,¹⁵ entschieden werden kann.

Formale Regeln als auch latente Normen fördern gezwungenermaßen Devianz. Organisationen, die mit Suchterkrankten arbeiten, welche großteils diverse Komorbiditäten aufweisen, haben unterschiedliche, beobachtbare Strategien gefunden, um mit deviantem Verhalten von Klient*innen umzugehen. Die erste Strategie besteht darin, den Interpretationsraum der Regeln so weit offen zu lassen, dass grenzüberschreitendes deviantes Verhalten in seiner intersubjektiven Bedeutung erfasst wird und dadurch nicht jede Regelverletzung zum Ausschluss von der Behandlung führen muss. Nimmt ein*e Patient*in einer stationären Klinik beispielsweise nicht hinreichend an den therapeutisch verpflichtenden Angeboten teil, muss nicht unbedingt eine Entlassung folgen. Zunächst kann nach der Bedeutung des abweichenden Verhaltens gesucht werden. So wird letzten Endes entschieden, ob die weitere Teilnahme am Behandlungsprogramm sinnvoll erscheint oder nicht. Die zweite Strategie besteht darin, deviante Patient*innen, sofern nach diversen Appellen keine Verhaltensänderung eintritt, schlicht von der Teilnahme an der Behandlung auszuschließen.

Jedenfalls scheitert aus der Perspektive der Organisation der*die Klient*in aufgrund des jeweiligen Verhaltens, nicht die Organisation und ihre Mitarbeiter*innen. Für diese Praktik gibt es gute Gründe, denn es werden klare Regeln und damit Erwartungssicherheit geschaffen, die explizit benannten Grenzen geben Schutz und Halt. Das Scheitern wird demnach auf die Patient*innen bezogen und nicht auf die Organisation. Dies ist ein Phänomen, welches sich interessanterweise in fast allen Behandlungssettings zeigt, die mit *Blackbox*-Operationen arbeiten (müssen). Beispielsweise ist es relativ schwierig für Klient*innen, die „Qualität“ der Arbeit von Psychotherapeut*innen einzuschätzen. Die Funktion dieser Intransparenz psychosozialer Praxis liegt vorwiegend darin, Vertrauen zwischen Klient*in und Professionist*in aufzubauen, was in geschützten Räumen besser gelingen kann als unter Beobachtungserwartung. Weiters sind die besagten Tätigkeiten in der Regel prozessoffen gestaltet, d.h. von wechselseitiger Bezugnahme und Abhängigkeit geprägt und können in diesem Sinne immer als komplexe Phänomene beschrieben werden.

Mitarbeiter*innen von Organisationen in diesem Feld sind insbesondere damit konfrontiert, dass sie lediglich jene Patient*innen wieder zu Gesicht bekommen, welche wieder in die Behandlung kommen und die implizite Abstinenzernwartung nicht erfolgreich meistern konnten. Dadurch entsteht ein strukturelles Bias, weil alle „erfolgreichen“ Patient*innen nicht mehr in Erscheinung treten.

Das wiederholte Auftreten bereits behandelter Patient*innen lässt das Scheitern der Behandlung zur erwartbaren und somit normalen Erfahrung der behandelnden Akteur*innen werden. Insofern wird Scheitern zur Normalität. Meyer und Zucker (1989) beschäftigen sich unter dem Begriff der „permanently failing organizations“ mit dem Phänomen, dass Organisationen oftmals an der Erfüllung ihrer Aufgaben scheiterten. Scheitern wird als permanente Enttäuschung der Effizienzerwartungen spezifischer Erwartungsgruppen (Mitglieder der Organisation als auch relevante Akteur*innen der Umwelt wie Investor*innen, Politiker*innen, Medienvertreter*innen etc.) beschrieben (vgl. Meyer/Zucker 1989).

In Bezug auf Organisationen des Suchtbehandlungssystems wird diesem ungünstigen und demotivierenden Umstand seitens des Personals als auch relevanter Stakeholder dadurch begegnet, dass der chronische Charakter der Suchterkrankung rezitiert wird und somit der Rückfall eigentlich den Normalfall darstellt. Dadurch ist, zumindest theoretisch, die Motivation, das Behandlungsprogramm, -methoden, -strategien, -angebot etc. zu verbessern, strukturell gering, weil die Erfolgserfahrung unbeobachtet bleibt, sofern kein Feedback der ehemaligen Patient*innen Eingang findet.

6. Schlussbetrachtung

Scheitern liegt jedem sozialen Handeln potentiell inne und ist somit ein grundlegender Bestandteil menschlichen Lebens. Im Kontext der Individualisierung sozialer Ungleichheit und ihrer Zuspitzung im Feld der Suchtbehandlung wird die Verantwortung für das misslingende Leben in erster Instanz an das vereinzelte Subjekt delegiert. Das Abstinenzparadigma in der professionellen Suchtbehandlung scheitert an der Unwahrscheinlichkeit seines Erfolgs. Auch nach einer Perspektivenänderung hin zu zieloffeneren Behandlungsansprüchen bleibt die erwünschte Abstinenz latent in der Handlungspraxis der Professionist*innen präsent und handlungsleitend.

Auf der Ebene der beteiligten Akteur*innen(Klient*innen, Behandler*innen, An- und Zugehörige) wird Scheitern als Wirklichkeitserfahrung präsent, erzeugt Betroffenheit und fordert Zuversicht und Hoffnung heraus. In Abhängigkeit von der Zielformulierung und dem Behandlungsanspruch ist im Kontext der Suchtbehandlung Scheitern wahrscheinlich. Wesentlich erscheint es, damit systematisch zu rechnen, ohne es vorherzusagen oder zweckoptimistisch positiv zu fassen. Es geht also darum, auch auf professioneller Ebene zu einem guten Umgang mit dem Scheitern zu kommen.

Niederschwellig orientierte suchtspezifisch arbeitende Organisationen reduzieren ihre Erwartungsansprüche an die entsprechende Zielgruppe auf ein Minimum, um im sozialen Feld anschlussfähig zu bleiben. Höhererschwellig arbeitende Suchtbehandlungs- und Suchtberatungseinrichtungen können auf unterschiedliche Möglichkeiten und Schutzmechanismen zurückgreifen und müssen so das Scheitern des Behandlungszieles nicht als Scheitern der Organisation verarbeiten. Der zentrale Operationsmodus der Scheiternsvermeidung besteht darin, die Verantwortung für den Behandlungserfolg auf die zu Patient*innen gewordenen Klient*innen zu übertragen. Dieser Übergang impliziert latente Abstinenzenerwartungen an die Patient*in, welche nicht in dieser Form an Konsument*innen bzw. Klient*innen im niederschweligen Bereich adressiert werden. Dieser Modus erfüllt für die Organisationen unter anderem die Funktion, soziale Ordnung und stabile Erwartungsstrukturen aufrechtzuerhalten.

Für die Sozialarbeit ist die Beschäftigung mit dem Scheitern ihrer Klient*innen sowie ihrem eigenen professionellen Handeln gewinnbringend, da es die Konsequenzen sozialer Ungleichheit verdeutlicht und den Beginn jeglicher helfenden Tätigkeit darstellt.

Verweise

¹ Dieser Begriff meint Forschungsarbeiten, die darauf abzielen, erfolgreiches interventionelles Handeln, *models of good practice*, darzustellen.

² Der Publikationsbias stellt auch die Autor*innen von (Handlungs-)Leitlinien im Gesundheitswesen vor schwierige zu lösende Herausforderungen, wenn Empfehlungen evidenzbasiert argumentiert werden müssen (vgl. Kopp 2011).

³ Exemplarisch siehe: akzeptierende Drogenarbeit (u.a. Herwig-Lempp 1996; Stöver 1999), kontrollierter Konsum von legalen als auch illegalen Substanzen (u.a. Meili/Dober/Eyal 2004; Körkel 2015.).

⁴ Zu einer kritischen und differenzierten Reflexion dieser gesellschaftlichen Entwicklungen für die Sozialarbeit in Deutschland siehe Mechthild 2010.

⁵ Zur allgemeinen Konstitution einer kritischen Lebenskonstellation von Klient*innen der Sozialarbeit unabhängig von Suchterkrankungen siehe Böhnisch/Schröer 2013:22ff.

⁶ Würde jedoch die Scheiternsmöglichkeit jedes Handelns im Bewusstsein der Handelnden permanent präsent sein, wäre die Folge vermutlich eine Verzögerung des sozialen Handelns bis hin zur kompletten Handlungsunfähigkeit.

⁷ Synonym für jene Berufsgruppe, die im Feld der Suchthilfe Behandlungen und Beratungen ausführen.

⁸ Die Erwartungserwartung meint nach Luhmann (1987: 148) das, was eine*n Akteur*in erwartet, was von ihr*m erwartet wird.

⁹ Eric Berne (2016: 103) identifiziert in seiner Transaktionsanalyse im Spiel-Alkoholiker zwei weitere Subjektpositionen: die des „stummen Helfers“ und des „Verbindungsmannes“, welche in dieser Arbeit allerdings keine Betrachtung finden.

¹⁰ Exemplarisch siehe den Tätigkeitsbericht der Suchthilfe Wien (2018).

¹¹ Für weiterführende Forschungen wäre die Frage relevant, inwiefern das Abstinenzparadigma trotz der Präsenz konkurrierender Konzepte nach wie vor latent handlungsleitend ist.

¹² Da die Gewährung sozialrechtlicher Leistungen von verschiedenen Eigenschaften des „bürokratischen“ Subjekts abhängen und somit unterschiedliche Personengruppen unterschiedliche Ansprüche erfüllen oder eben nicht, ist eine Quantifizierung dieses Personenkreises schwierig möglich.

¹³ Siehe dazu detaillierter Hofer 2002.

¹⁴ Beispielsweise werden in Wien seit einigen Jahren Angebote in Form von Tageskliniken finanziert.

¹⁵ Dieser sprachliche Übergang symbolisiert auch einen Wechsel des Bezugssystems. Im niederschweligen Bereich mit sozialarbeiterischer Färbung tritt die hilfeschuchende Person als Klient*in auf, wohingegen beim Übergang in psychologisch und medizinisch dominierte Behandlungseinrichtungen die Krankheit der Person ins Zentrum rückt und diese so zur Patient*in wird.

Literatur

- Abstein, Hans Joachim (2012): Suchthilfe – ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit. In: Abstein, Hans Joachim/Gastiger, Sigmund (Hg.): Methoden der Sozialarbeit in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 7–18.
- Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bergmann, Jens/Hahn, Matthias/Langhof, Antonia/Wagner, Gabriele (Hg.) (2013): Scheitern – Organisations- und wirtschaftssoziologische Analysen. Wiesbaden: Springer VS.
- Berne, Eric (2016): Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen. Hamburg: Rowohlt.
- Böhnisch, Lothar/Schröer Wolfgang (2013): Soziale Arbeit. Eine problemorientierte Einführung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Demmel, Ralf (2002): Inflationäre Selbstwirksamkeitserwartungen rückfälliger Patienten: Selbstüberschätzung oder Zweckoptimismus? In: SUCHT, Vol. 48, Issue 6, S. 454–456.
- Funke, Wilma (2002): Rückfall während stationärer Suchtrehabilitation: Herausforderung für die Beziehungsgestaltung. In: SUCHT, Vol.48, Issue 6, S. 451–453.
- Herwig-Lempp, Johannes (1996): Drug Addiction. The Systemic Approach and the Concept of “Acceptance”. In: Journal of Systemic Therapies, Vol.15, Issue 2, S. 24–35.
- Hofer, Konrad (2002): Helfen wollen und die Welt verändern. Arbeitsbedingungen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Wien: ÖGB.
- Junge, Matthias/Lechner, Götz (2004): Scheitern als Erfahrung und Konzept. Eine Einführung. In: Junge, Matthias (Hg.): Scheitern. Aspekte eines sozialen Phänomens. Wiesbaden: Springer VS, S. 7–14.
- Kopp, Ina (2011): Implikationen des Publikationsbias für die Erstellung und Bewertung von Leitlinien. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Vol. 105, Issue 3, S. 201–206.
- Körkel, Joachim (2015): Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht: In: SUCHT, Vol.61, Issue 3: S. 147–174.
- Luhmann, Niklas (1987): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Mechthild, Seithe (2010): Schwarzbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Meili, Daniel/Dober, Susan/Eyal, Edgar (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas. Ziele in der Suchttherapie. In: Suchttherapie, Vol. 5, Issue 1, S. 2–9.
- Meyer, Marshall/Zucker, Lynne (1989): Permanently failing organizations. Newbury Park: Sage Publications.
- Moore David/Frazer Suzanne (2013): Producing the “Problem” of Addiction in Drug Treatment. In: Qualitative healthresearch, Vol.23, Issue 7, S. 916–923.
- Pépin, Charles (2016): Die Schönheit des Scheiterns. Kleine Philosophie der Niederlage. München: Hanser.
- Pohl, Rolf (2004): Feindbild Frau. Männliche Sexualität, Gewalt und die Abwehr des Weiblichen. Hannover: Offizin-Verlag.
- Seibel, Wolfgang (1994): Funktionaler Dilettantismus. Erfolgreich scheidende Organisationen im „Dritten Sektor“ zwischen Markt und Staat. Baden-Baden: Nomos.
- Sennett, Richard (2011): Die Kultur des neuen Kapitalismus. 5. Aufl. London: Bloomsbury.
- Spellerberg, Annette (2004): Lebensstile von Gescheiterten oder gescheiterte Lebensstile? Empirische Informationen zum Zusammenhang von Lebensstilen, sozialer Schicht und Anomiesymptomen. In: Junge, Mathias (Hg.): Scheitern: Aspekte eines sozialen Phänomens. Wiesbaden: VS Verlag, S. 79–96.
- Stöver, Heino (Hg.)(1999): Akzeptierende Drogenarbeit – Eine Zwischenbilanz. Freiburg: Lambertus.

Suchthilfe Wien (2018): Tätigkeitsbericht 2018. Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. https://www.suchthilfe.wien/2/wp-content/uploads/2019/05/T%C3%A4tigkeitsbericht-SHW_Beratung-Betreuung-Behandlung-2018.pdf (18.8.2019).

Vogd, Werner (2013): Überlegungen zu einer Soziologie personalen und organisationalen Scheiterns. In: Bergmann, Jens/Hahn, Matthias/Langhof, Antonia/Wagner, Gabriele (Hg.): Scheitern – Organisations- und wirtschaftssoziologische Analysen. Wiesbaden: Springer VS, S. 61–82.

Wilfing, Heinz (1995): Sozialarbeit. Methodisches Interventionsrepertoire oder Wissenschaft des Sozialen Handelns? In: Wilfing, Heinz (Hg.): Konturen der Sozialarbeit. Ein Beitrag zu Identität und Professionalisierung der Sozialarbeit. Wien: WUV, S.55–68.

Über die AutorInnen

Johannes M. Zimm, Bakk.phil. MA MA

zimm.johannes@gmail.com

Studierte Soziologie und Klinische Sozialarbeiter und arbeitet seit etwa zehn Jahren in und mit Non-Profit-Organisationen im Bereich der partizipativen Raumgestaltung, Wohnungslosen-, Flüchtlings- und Suchthilfe in operativer und managender Rolle. Seit 2016 unterrichtet er als externer Lehrbeauftragter an der FH Campus Wien im Studiengang Klinische Soziale Arbeit.

Mag.^a Kathrin Bergthaler MA

kathrin.bergthaler@gmail.com

Ist Kultur- und Sozialanthropologin und Klinische Sozialarbeiterin. Nach langjähriger Leitungserfahrung in Einrichtungen für geflüchtete Menschen ist sie momentan sozialarbeiterisch im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in Wien tätig.