

Rita Hansjürgens

In Kontakt kommen

Analyse der Entstehung einer
Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen



Rita Hansjürgens

In Kontakt kommen

Rita Hansjürgens

In Kontakt kommen

Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen

Tectum Verlag

Rita Hansjürgens

In Kontakt kommen. Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in
Suchtberatungsstellen

© Tectum – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2018

Zugl. Diss. Goethe-Universität Frankfurt D.30

Grafische Umsetzung der Abbildungen:

Heinz-Peter Lautenschütz, Paderborn

E-Book: 978-3-8288-7011-6

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Werk unter der ISBN
978-3-8288-4152-9 im Tectum Verlag erschienen.)

Umschlagabbildung: fotolia.com © lotharnahler

Alle Rechte vorbehalten

Besuchen Sie uns im Internet

www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Aufarbeitung des empirischen Forschungsstandes	11
3	Kontextualisierungen des Forschungsfeldes.....	26
3.1	Sucht als Konstrukt.....	26
3.1.1	Implikationen der Sichtweise von Sucht als Krankheit	30
3.1.2	Herausforderungen für die Suchthilfe durch die Perspektive von Sucht als Krankheit.....	33
3.2	Suchtberatungsstellen im Feld der Suchthilfe	35
3.2.1	Suchthilfe zwischen Leistungsprinzip und Fürsorge.....	37
3.2.2	Besonderheiten von Sozialen Diensten im Kontext sozialer Sicherung	39
3.2.3	Aspekte von Zuständigkeiten im Feld der Suchthilfe	41
3.3	Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen	57
4	Sensibilisierende Konzepte.....	61
4.1	Arbeitsbündnis nach Oevermann	61
4.2	Kommunikationstheoretische Aspekte von Beziehung	63
4.3	Psychodynamische und neurowissenschaftliche Aspekte von Beziehung.....	63
5	Zwischenfazit und Konkretisierung der Fragestellung.....	75
6	Methodologie der Untersuchung.....	84
6.1	Anlage der Untersuchung	84
6.2	Feldzugang.....	86
6.3	Datenerhebung und Beschreibung des gesamten Datenmaterials.....	88
6.4	Strategie und Form der Datenauswertung	91
6.5	Reflexion der Methodologie.....	92
7	Darstellung der Fälle.....	97
7.1	Frau Burgdorf und Herr Uhlenbrock.....	97
7.1.1	Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs	99
7.1.2	Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen.....	103
7.1.3	Lesart des Falles in Bezug auf die Fragestellung.....	123

7.2	Frau Burgdorf und Herr Veit	129
7.2.1	Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs	130
7.2.2	Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen	133
7.2.3	Lesarten des Falles in Bezug auf die Fragestellung	160
7.3	Frau Dorenkamp und Herr Quante	164
7.3.1	Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs	167
7.3.2	Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen	171
7.3.3	Lesarten des Falles in Bezug auf die Fragestellung	200
7.4	Herr Cieslik und Herr Timmermann	204
7.4.1	Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs	206
7.4.2	Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen	208
7.4.3	Lesarten des Falles in Bezug auf die Fragestellung	235
7.5	Frau Finke und Herr Leipold	237
7.5.1	Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs	239
7.5.2	Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen	241
7.5.3	Lesarten des Falles in Bezug auf die Fragestellung	261
8	Kontrastiver Fallvergleich	265
8.1	Entstehung und Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ zwischen Fachkraft und Klient	265
8.2	Einflüsse der Felddynamik auf die Entwicklung einer Arbeitsbeziehung	283
8.3	Auswirkungen der Entwicklung einer Arbeitsbeziehung auf den weiteren Hilfeprozess	294
9	Konkretisierung und Diskussion der empirischen Ergebnisse	297
10	Fazit und Ausblick	309
	Literaturverzeichnis	317
	Abbildungsverzeichnis	330
	Tabellenverzeichnis	331
	Dank	332

1 Einleitung

Die Konstituierung einer spezifischen Beziehung, die auch „Arbeitsbeziehung“ genannt wird, zwischen Fachkraft der Sozialen Arbeit und Klient_in stellt ein wichtiges Moment sozialarbeiterischer Hilfen dar. Für den Arbeitsbereich von Suchtberatungsstellen wurde in einer kleineren qualitativen Untersuchung auf der Basis von Selbstbeschreibungen herausgearbeitet, dass dies aus Sicht der dort tätigen Fachkräfte sogar einen zentralen Teil ihres Tuns darstellt (Hansjürgens 2013). Diese Sichtweise findet sich auch in älteren und neueren konzeptionellen Beschreibungen speziell sozialarbeiterischen Tuns im Rahmen eines ambulanten Settings mit sog. „Alkoholikern“ oder „Suchtkranken“ aus dem amerikanischen Kontext und wird damit begründet, dass diese Phase als besonders bedeutsam für den gesamten Hilfeprozess sei.

„Das wichtigste Merkmal unserer Verfahrensweise besteht darin, schnell und entschieden auf die Bedürfnisse unserer Patienten bei den ersten Hilfeleistungen einzugehen. Aus dieser Situation von ‚Bitten und Empfangen‘ [...] entsteht eine spontane Beziehung auf einer Gefühlsbasis. Wenn diese Beziehung hergestellt werden kann, stellt sie einen ausgezeichneten Ansatz für die Entwicklung einer Behandlungsbeziehung dar; ohne sie wird nichts von Wichtigkeit erreicht werden.“ (Sapier 1967, S. 9)

Dieser Hinweis zur Bedeutung der Beziehung wird an anderer Stelle dahingehend konkretisiert, dass dieses Geschehen seinen Anfang schon im ersten Gespräch finden sollte.

„[...] muss der Sozialarbeiter dem Alkoholiker, der unter Druck zur Beratungsstelle kommt, helfen, schon während des ersten Gesprächs eine Beziehung zu finden. Sonst wird er keinen Klienten haben, mit dem er in folgenden Gesprächen weiterarbeiten kann.“ (Wenneis 1967, S. 33)

Diese auf Erfahrungswissen beruhende Einschätzung der Bedeutung insbesondere der Konstituierung einer Beziehung schon im Erstgespräch, wird auch in neuerer Perspektive mit Blick auf Suchtberatungsstellen in Deutschland geteilt:

¹ Den Vorgaben aus der verwendeten Literatur folgend, werden die Begriffe „Beziehung“ oder „Arbeitsbeziehung“ zunächst synonym verwandt. Eine erste Klärung erfolgt im Zwischenfazit (Kapitel 5), eine differenziertere Begriffsbestimmung nach Auswertung der empirischen Ergebnisse.

Das Erstgespräch ist von besonderer Bedeutung, denn hier entscheidet sich, ob es gelingt, eine helfende Beziehung aufzunehmen bzw. anzubieten, sodass der Klient wiederkommt. Darüber hinaus werden hier strukturelle Weichen für den weiteren Verlauf der Zusammenarbeit gelegt und es ist ein wichtiger Teil des diagnostischen Prozesses. (Hutterer-Jonas 1990, S. 32)

Auch in einer konzeptionellen Rahmenbeschreibung von Suchtberatungsstellen wird dem Erstgespräch eine spezifische Funktion in Bezug auf den weiteren Verlauf zugeordnet und dabei die Art und Weise der Beziehung konkretisiert.

„Das Erstgespräch dient der Kontaktaufnahme sowie der Herstellung einer persönlichen Vertrauensbasis als Gesprächsgrundlage.“ (Goergen 2004, S. 8)

Dennoch aber sind, trotz der von den Autor_innen betonten Wichtigkeit, diese, auf Erfahrungswissen beruhenden Postulate, bis heute in unzureichender Weise in Form einer empirischen Untersuchung plausibilisiert worden. Daher kann an dieser Stelle nur vermutet werden, was genau diese Bedeutung ausmacht. Möglicherweise gelingt es Fachkräften der Sozialen Arbeit, beginnend mit der sog. Erstkontaktphase und trotz zum Teil ungünstiger Voraussetzungen (z. B. Zwangskontakt und / oder Kontrollauftrag), eine tragfähige sog. „Arbeitsbeziehung“ zu einem / einer Klient_in herzustellen und zu etablieren. Für die Annahme von weiterführenden Hilfen und in der Selbstwahrnehmung der Fachkräfte kommt der Organisation einer Suchtberatungsstelle hier offenbar eine exklusive Schnittstellenfunktion zu. Damit diese genutzt werden kann, scheint von Nöten zu sein, dass der / die Klient_in z. B. zunächst erstmal den bzw. die vereinbarten Termine in der Suchtberatungsstelle als möglicher erster Anlaufstelle von Hilfe, wahrnimmt. Was sich zunächst banal anhören mag, scheint jedoch für die oben zu Wort gekommenen Fachkräfte in Bezug auf den Umgang mit Suchtmittel konsumierenden Menschen nicht selbstverständlich zu sein und für manche der Klient_innen offenbar bereits eine nicht zu unterschätzende Hürde darzustellen. Dies könnte ein Grund sein, weshalb ein Teil von ihnen auch in Bezug auf die Annahme von Hilfen als sog. „hard-to-reach-Klient_innen“ (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 14, Bilke; Labonté-Roset 2010) bezeichnet wird. Von einer Annahme angebotener Hilfen, hängt jedoch häufig ab, so wird in diesem Zusammenhang postuliert, ob es gelingt, den durch ein fortgesetztes, teilweise exzessives Konsumverhalten hervorgerufenen Selbstschädigungsprozess, mindestens zu

unterbrechen und einen Hilfeprozess in Gang zu setzen bzw. zu etablieren.

Es kann daher vermutet werden, dass in Bezug auf eine *tatsächliche* Inanspruchnahme der Hilfen unterstellt wird, dass eine Beziehung zwischen Klient_in und Fachkraft in Suchtberatungsstellen das Vertrauen der Klient_innen in die Möglichkeit zur Veränderung der Situation durch angebotene suchtbetragene Hilfen zu verstärken und dem Erstgespräch dabei eine besondere Bedeutung zuzukommen scheint. Unklar ist jedoch, wie genau sich die vermuteten Zusammenhänge zwischen der sog. „Arbeitsbeziehung“ und einer Inanspruchnahme von weiterführenden Hilfen im Erstgespräch darstellen. Des Weiteren ist unklar, was genau eine solche Beziehung, deren Konstituierung im Erstgespräch verortet wird, ausmacht, ob sie in jedem Fall entsteht, mit welchen oder durch welche Einflüsse sie sich entwickelt oder auch nicht und welche Rolle Konstrukte wie „Vertrauen“ oder „Sucht“ dabei spielen. Um sich diesen Fragen zu nähern, erscheint es sinnvoll, diesen Komplex näher zu betrachten und empirisch genauer zu explorieren. Als Ziel dieser Untersuchung im Rahmen eines Dissertationsprojektes kann somit ein Zugewinn an wissenschaftlichem Wissen zu den Bedingungen einer möglichen Entstehung einer sog. „Arbeitsbeziehung“ mit Suchtmittel konsumierenden Personen innerhalb des Settings einer ambulanten Suchtberatungsstelle und ihren möglichen Auswirkungen auf die Annahme von weiterführenden Hilfen, formuliert werden.

Hierzu wird zunächst der empirische Forschungsstand zu den aufgerufenen Themenkomplexen Beratung, Vertrauen, Erstgespräche in Feldern Sozialer Arbeit im Allgemeinen und Suchthilfe im Besonderen aufgearbeitet und in einem nächsten Schritt das Forschungsfeld kontextualisiert, um mögliche Implikationen des Konstruktes „Sucht“ und „Suchtberatungsstellen als Schnittstelle“ sowie „Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen“ in Bezug auf Hilfen in diesem Kontext näher zu betrachten. Da es sich hier um die Darstellung einer explorativen Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes handelt und dieser Herangehensweise mit einem qualitativen Forschungsdesign Rechnung getragen wurde, werden darüber hinaus sensibilisierende Konzepte (Blumer 1986) für die spätere Datenauswertung zum Themenkomplex Beziehung vorgestellt, die die bis dahin herausgearbeiteten Standpunkte ergänzen sollen. Das Zwischenfazit soll Ergebnisse bis zu diesem Punkt bündeln und dient als Ausgangsbasis für die Konkretisierung der Fragen, die an das Datenmaterial herangetragen wurden. Das Kapitel der

Methodologie stellt die Herangehensweise an die empirische Untersuchung, die Umsetzung der einzelnen methodischen Schritte sowie deren Reflexion vor. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte in Anlehnung an das sequenzanalytische Verfahren (Wernet 2009) und nach Strukturprinzipien der Grounded Theory Methodologie (Strauss; Corbin 1996; Glaser; Strauss 2010). Daher erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Datenauswertung in Form von Falldarstellungen, die mit Hilfe des „theoretical samplings“ (Glaser; Strauss 2010, S. 53 ff.) ausgewählt wurden. In einem weiteren Schritt werden sie dann miteinander vergleichend kontrastiert. Eine weitere Konkretisierung und Diskussion der herausgearbeiteten und mit Hilfe von empirischen Daten begründbaren Theorie, zur Entstehung von Beziehungen zwischen Fachkräften der Sozialen Arbeit und Klient_innen im Rahmen von Erstgesprächen in Suchtberatungsstellen schließt sich an. Das abschließende Fazit versucht die Ergebnisse dieser Untersuchung mit Blick auf Implikationen für die Praxis zu verknüpfen.

2 Aufarbeitung des empirischen Forschungsstandes

Wie bereits deutlich wurde, wird die Wichtigkeit einer Beziehungsentwicklung auf der Basis von Erfahrungswissen der Fachkräfte in Suchtberatungsstellen zwar postuliert, aber nicht empirisch plausibilisiert. Um sich dieser vermeintlichen empirischen Leerstelle zu nähern und daraus ein Forschungsanliegen zu konkretisieren, werden im Folgenden Untersuchungen vorgestellt, die sich auf dieser Basis mit Beziehung und Beratung als Kernelemente Sozialer Arbeit (Schäfter 2010; Arnold 2009) auch in einem Feld der Suchthilfe (Cleppien 2012; Peters 2014) bzw. in Erstgesprächen in Feldern Sozialer Arbeit (Wyssen-Kaufmann 2015; Freikamp 2012) befassen.

Die Untersuchung von Schäfter (2010) thematisiert Beratungsbeziehungen in der Sozialen Arbeit. Mit Hilfe von Videoaufzeichnungen von Beratungsgesprächen und anschließend geführten problemzentrierten Interviews mit den Berater_innen, wurden zentrale Beziehungselemente herausgearbeitet. Demnach kann eine professionelle Beziehung im Rahmen der Sozialen Arbeit durch folgende Merkmale charakterisiert werden: Spezifische Verteilung der Rollen zwischen Fachkraft und Klient_in, Funktionale Asymmetrie² als Voraussetzung und Konsequenz, Zweckgebundenheit und zeitliche Begrenzung als Rahmen, Freiwilligkeit als Aufgabe sowie begrenzte emotionale Nähe als Chance und Gefahr (Schäfter 2010, S. 211). Diese Aspekte sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Schäfter nähert sich ihrem Thema zunächst theoretisch unter Zuhilfenahme spezifischer Beschreibungen einer sozialpädagogischen Perspektive von Beziehung. Zentral stützt sie sich auf die Charakteristika professioneller pädagogischer Beziehung nach Giesecke, (1997 zit. nach ebd.) (bezahlte Tätigkeit, begrenzte Zwecke, begrenzte Zeit, Entgrenzung bezüglich der Personen, emotionale Distanz, gewisse Fachlichkeit). Hierbei stellt sie fest, dass in der Literatur zwischen einer pädagogischen Beziehung zwischen einem Kind und einem Erwachsenen und einer Beziehung zwischen zwei Erwachsenen in einem sozialarbeiterischen Kontext aufgrund von Hilfebedarf, z. B. wegen einer Notlage,

² Schäfter meint hiermit die spezifische Rollenverteilung zwischen Fachkraft und (erwachsenem) Klienten, die sich durch ein asymmetrisches Beziehungsverhältnis kennzeichnet.

nicht wirklich unterschieden wird. Stattdessen wird sie auf diese Konstellation übertragen (ebd., S. 39). Schäfter schließt grundsätzlich an diese Überlegungen an und erweitert diese in Bezug auf die Beziehung zwischen der pädagogischen Fachkraft und einem erwachsenen Hilfesuchenden um die Aspekte der Rücksicht auf die Mündigkeit des „Zöglings“ (Herv. i. O. R. H.), Verantwortungsübernahme der Fachkraft für den Prozess und das Eingehen auf spezifische Themen bzw. Lebensaufgaben und rechtlicher Bestimmungen, z. B. im Rahmen eines gesetzlichen Betreuungsverhältnisses (ebd., S. 40). Zu fragen wäre hier, welche Rolle der „Beratungsauftrag“ der Organisation, in der der / die Klient_in um Hilfe sucht, spielt. Dies wird an dieser Stelle nur andeutungsweise thematisiert und spielt in der Anlage der später untersuchten Fälle auch keine Rolle mehr.

Nachfolgend diskutiert Schäfter die Merkmale professioneller Sozialer Arbeit in Bezug auf Beziehung. Sie führt als zentrales Element die spezifische Rollenverteilung zwischen Fachkraft und Klienten an. Dabei schließt sie inhaltlich wesentlich an Maja Heiner, Hans Thiersch, Lothar Böhnisch und Michael Galuske an und kennzeichnet als Resümee der theoretischen Diskussion eine spezifische Rollenverteilung, Asymmetrie, Zweckgebundenheit, zeitliche Begrenzung, Freiwilligkeit und Nähe als spezifische Merkmale einer sozialarbeiterischen Beziehung (ebd. S. 46–64). Auf der Basis dieses Verständnisses des, im Folgenden als sozialarbeiterische Beziehung bezeichneten Konstruktes, entwickelt sie zunächst ein theoretisches Beziehungskonzept im Kontext einer Beratungssituation mit dem Fokus auf Interaktion. Ziel ist es, zunächst die Bedeutung der Beziehung für den Veränderungsprozess herauszuarbeiten. In ihrer Analyse stellt sie fest, alle vorgestellten Ansätze seien sich einig,

„dass Beratung bewusst Veränderung fördert und Klient_innen diesbezüglich mit Techniken unterstützt werden können.“ (ebd., S. 84)

Allerdings schließt sie sich der Auffassung Frommanns (1990) und Bang, (1964) (beide in ebd.) an,

„dass Beziehung nicht über Methoden und Techniken hergestellt werden kann“ (ebd.),

sondern durch die Person des Beratenden in einem „schöpferischen Akt“ (ebd., S. 87) hergestellt wird. Die dafür nötige Haltung einer Person, z. B. die latente Beziehungsbereitschaft, zeige sich im Umgang mit

dem / der Klient_in (ebd.). Dennoch sei es möglich, so die implizite Aussage von Schäfter, Beratungstechniken, -methoden, -haltungen und Berater_innenpersönlichkeit zu lernen bzw. auszubilden (ebd.). Eine Möglichkeit eine Verbindung zwischen Techniken und Haltungen herzustellen, die eine Umsetzung in Handlung ermögliche, sei das Konzept des Arbeitsprinzips im Anschluss an Heiner et. al. (1994 in ebd.) und v. Spiegel, (2006 in ebd.).

An dieser Stelle ist einzuwenden, dass nicht klar wird, wie genau sich dieser „schöpferische Akt“ darstellt, ob dieser sich „automatisch“ einstellt oder ob es zum Beispiel auch sein kann, dass sich keine Beziehung entwickelt. Darüber hinaus bleibt unklar, ob sich eine Beziehung in allen Feldern Sozialer Arbeit gleich darstellt, obwohl Schäfter andeutet, dass z. B. das Alter der zu beratenden Person einen Unterschied machen kann. Des Weiteren bleibt unklar, wie genau sich die Verbindung zwischen Gelerntem (Beratungstechniken, Methoden, Haltungen usw.) und Arbeitsprinzipien in der Situation des Augenblicks herstellt, da von einer unendlichen Kontingenz der Möglichkeiten einer Situation ausgegangen werden muss.

Im zweiten Abschnitt ihrer Studie versucht Schäfter mit Hilfe einer Videoanalyse von Live-Beratungsgesprächen und einem anschließenden, leitfadengestützten Interview, bei dem Berater_in und Klient_in getrennt voneinander befragt wurden, diese theoretisch beschriebenen Arbeitsprinzipien empirisch zu validieren. Nach der Betrachtung des Beratungsfilms wurden Ausschnitte ausgewählt und mit der Beratungskraft gemeinsam im Modus einer Selbstkonfrontation angeschaut. Dieses Gespräch wurde ebenfalls mit einem Tonband protokolliert (ebd. S. 148). Insgesamt wurden die Videoaufzeichnungen von drei Beratungsgesprächen ausgewertet. Alle drei Gespräche fanden im Rahmen des, für die Institution normalen Betreuungskontextes auf der Basis eines bereits seit längerer Zeit etablierten beruflichen Beziehungsverhältnisses (6 Jahre, 2 Jahre, 1,5 Jahre) statt. In der Auswertung wurden für die jeweiligen Fälle zunächst Typiken herausgearbeitet und dann zueinander in Beziehung gesetzt. Ergebnis dieser Untersuchung war, dass die Umsetzung der Beziehungsqualität „Wertschätzung“ am ehesten durch die Umsetzung des Arbeitsprinzips der Ressourcenorientierung zu gelingen scheint. Allerdings scheint diese Umsetzung umso schwieriger zu sein, je randständiger ein Klient ist (Schäfter 2010, S. 285). Deutlich wird an dieser Stelle, dass die tatsächliche Situation ei-

nes Klienten eher Einfluss auf die Umsetzung eines theoretisch postulierten Arbeitsprinzips zu haben scheint, als eine korrekte technische Umsetzung. Dies verweist darauf, dass eine Beziehungsentwicklung, auch wenn es sich um einen „schöpferischen Akt“ handelt, in Zusammenhang mit Einflüssen steht, die außerhalb der Dyade Fachkraft-Klient ihren Ursprung haben. Beides wird aber nicht explizit innerhalb der empirischen Untersuchung thematisiert.

Darüber hinaus liefert die Studie Hinweise darauf, dass es für die Klienten bedeutsam war, die Kompetenz der Berater wahrzunehmen, um Beratungen länger in Anspruch zu nehmen, Vertrauen in die Beziehung zu entwickeln und Veränderungen umzusetzen (ebd.). Hier stellt sich die Frage, welcher Art diese „Kompetenz“ der Berater war und ob sich diese für die Klient_innen immer auf die gleiche Art zeigt.

Zusammenfassend kann mit Blick auf das Forschungsanliegen Folgendes resümiert werden. Schäfter (2010) arbeitet in ihrer Untersuchung zu Beratung in Feldern Sozialer Arbeit zunächst theoretische Merkmale einer sozialarbeiterischen Beziehungsgestaltung im Setting einer Beratung und in Zusammenhang mit damit erwartbaren Beziehungsqualitäten heraus. Sie überprüft diese Qualitäten anhand bereits schon seit Jahren bestehender Beziehungen zwischen Fachkräften der Sozialen Arbeit und Klient_innen im Rahmen einer Stichprobe in jeweils einem audiovisuell aufgezeichneten Gespräch. Somit bleibt sowohl die Frage, wie diese Beziehungen begründet werden, als auch ein Blick auf eine mögliche Entwicklung im Prozessverlauf aus empirischer Sicht offen. Weiterhin nimmt diese Untersuchung in Bezug auf das zuvor entwickelte theoretische Modell einer sozialarbeiterischen Beziehung eine eher hypothesenprüfende Perspektive ein, denn Schäfter geht in ihrer Studie implizit von einer generalistischen Sichtweise auf sozialarbeiterische Beziehungsgestaltung im Kontext von Beratungen unabhängig vom Arbeitsfeld aus. Dies zeigt sich dadurch, dass ihr Sample aus Fachkräften der Sozialen Arbeit besteht, die in unterschiedlichen Feldern arbeiten, die sich durch ihr Klientel (z. B. Schwangerenkonfliktberatung vs. Wohnungslosenberatung), aber auch durch die zu bearbeitenden Anliegen und Zuständigkeiten, die über gesetzliche Einbindungen geregelt sind, sehr unterscheiden. Dadurch kann die empirische Realität der Einbindung in ein spezifisches Feld von Hilfe, das geprägt ist durch verschiedenste Einflüsse (z. B. rechtlicher Rahmen, Qualitätsstandards, Zielerwartungen etc.), die sich auch auf die Entwicklung einer Bezie-

hung auswirken können, aber nicht berücksichtigt werden. Dies ist deshalb von Bedeutung, da sich andeutete, dass eine Beratungsbeziehung auch von Dingen beeinflusst wird, die außerhalb des Interaktionssetting zwischen Fachkraft und Klient_in zu liegen scheinen (z. B. die Schwierigkeit der Umsetzung des Prinzips der Ressourcenorientierung, wenn der / die Klient_in „randständig“ zu sein scheint). Dies bedeutet, dass für die Beschreibung einer Beziehungsentwicklung möglicherweise noch mehr Kriterien berücksichtigt werden müssen, die außerhalb der konkreten Interaktionsgestaltung zwischen Fachkraft und Klient_in liegen. Vor diesem Hintergrund erscheint es mit Blick auf das hier interessierende Forschungsanliegen sinnvoll, diese Einflüsse explizit mit zu berücksichtigen und anstelle einer hypothesenprüfenden eine rekonstruktiv, theoriegenerierende Forschungsperspektive einzunehmen, da das empirisch beobachtbare Erscheinungsbild der konkreten Entwicklung einer Beziehung und nicht die Überprüfung eines mehr oder weniger theoriekonformen Verhaltens von Fachkräften im Mittelpunkt der Untersuchung stehen soll.

An der auch von Schäfter (2010) als für den Beziehungsaufbau zentral formulierten Beziehungsqualität des Vertrauens, setzt die Studie von Arnold (2009) an, die im Kontext von stationärer Jugendhilfe entstand. Die Arbeit gliedert sich in drei Teile. Teil eins bildet die Aufarbeitung des Forschungsstandes zum Thema „Vertrauen“ aus Sicht der Sozialen Arbeit und ihrer Bezugswissenschaften und vertrauensrelevanter Strukturen innerhalb der Sozialen Arbeit. Teil zwei entwickelt aus diesen Vorarbeiten einen Vertrauensbegriff für die Soziale Arbeit und antizipiert seine Verwendung in der Sozialen Arbeit. In Teil drei wird eine qualitative Untersuchung zum Vertrauen der Klient_innen in der Sozialen Arbeit vorgestellt, die diese theoretischen Erkenntnisse verifizieren bzw. im Rahmen einer realen Interaktion zwischen Fachkraft und Jugendlichem konkretisieren soll. Diese Studie beruht auf Beobachtungsprotokollen von eben diesen. Methodisches Kernelement war hierbei eine teilnehmende Beobachtung. Studierende der Sozialen Arbeit wurden im Rahmen eines Seminars auf ihre Tätigkeit als „Fremde“ im ethnografischen Sinne vorbereitet und leisteten die Datenerhebung im Feld, welche in einem Zeitraum von 12 Monaten stattfand (ebd., S. 194).

Nach Auswertung des Forschungsstandes (Teil 1) kommt Arnold zu dem Ergebnis, dass Vertrauen auf Seiten der Klienten als Motivation, Information und Kooperation operationalisierbar ist (ebd., S. 182 f.). Sie

konstatiert aber auch, dass der Vertrauensbildung auch Faktoren entgegenstehen können, die den Prozess der Vertrauensbildung als konstitutives Element von Veränderungsbereitschaft erschweren und behindern. Diese werden benannt als,

„...vertrauenshemmende bis misstrauenauslösende strukturelle Gegebenheiten, geringes generalisiertes Vertrauen auf Seiten der Adressaten, strukturell fehlende Vertraulichkeit, geringe Vertrautheit und unklare Erwartungen von den (potenziellen) Klienten.“ (ebd., S. 183)

Diese Formulierung ist zum einen ein Hinweis auf die Bedeutung der strukturellen Gegebenheiten für den Prozess der Vertrauensbildung und zeigt zum anderen eine Unschärfe, weil nicht deutlich wird, was genau strukturelle Gegebenheiten sein könnten. Diese können sich in unterschiedlichen Handlungsfeldern verschieden zeigen. So unterscheidet sich z. B. das Handlungsfeld stationärer Jugendhilfe erheblich von einem Handlungsfeld im Kontext ambulanter Suchthilfe. Auch Schäfter hat bereits darauf hingewiesen, dass die unterschiedliche Stellung von Fachkraft und Klient_in zueinander allein schon wegen des unterschiedlichen Status der „Mündigkeit“ (Schäfter 2010, S. 40) verschieden sein dürfte.

Weiter konstatiert Arnold, dass in Feldern der Sozialen Arbeit im Allgemeinen immer auch misstrauenauslösende Gegebenheiten vorkommen können. Daraus folgert sie, dass eine normierte Erwartung von Vertrauen durch den / die Klient_in an die Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Rahmen einer professionellen Beziehung im Sinne einer generalisierenden Erwartung an die Profession problematisch sei. Im Gegenteil sei es die professionelle Leistung der Fachkräfte, dieses Vertrauen bei den Klient_innen der Sozialen Arbeit zu entwickeln und damit eine von ihr sog. „Arbeitsbeziehung“ erst zu ermöglichen (ebd.). Zusammenfassend stellt sie daher fest:

„Das Vertrauen des Klienten zum Sozialarbeiter ist erforderlich, damit von Seiten des Klienten die Aspekte Motivation, Kooperation und Information im Rahmen der Arbeitsbeziehung möglich werden. Sie werden als grundlegend für die Zusammenarbeit beschrieben. Der Klient zeigt sich motiviert, er kooperiert und gibt die notwendigen Informationen, wenn er vertraut.“ (ebd., S. 184).

Dies unterstellt, dass Fachkräfte in der Lage seien, ein solches Vertrauen bei Klient_innen herzustellen, unabhängig davon, ob Klient_innen dies

wollen oder nicht. Wie sich allerdings Misstrauen zeigt und ob dies ebenfalls empirisch beobachtbar ist, wird an dieser Stelle nicht klar. Darüber hinaus stellt sie in Bezug auf die Entstehung einer solchen Beziehung weitergehend fest, dass sich spezifisches Vertrauen zwischen Fachkraft und Klient_in in einem kooperativen Zustand erfassen lässt, dessen Konstruktion einen gemeinsamen Akt darstellt.

„Im Moment eines solchen gemeinsamen Aktes der Konstruktion wird die Vertrauensbereitschaft des Klienten in Form von Verhalten sichtbar. Dieser Schritt stellt sich als grundlegend und als Voraussetzung dafür, dass sich eine aufeinander bezogene Interaktion zwischen Sozialarbeiter und Klient entwickelt, heraus.“ (ebd., 378).

Arnold stellt weiter dar, dass diese Form der Interaktionen nicht nur durch Einnahme der gleichen inhaltlichen Position zu erreichen sei, sondern auch in der Einnahme einer Gegenposition erreicht werden könne (ebd.). Dies erscheint als Hinweis darauf, was eine ‚tragfähige‘ sog. „Arbeitsbeziehung“ ausmachen könnte und darauf, warum die Herstellung einer persönlichen Vertrauensbasis als Gesprächsgrundlage, wie in der Einleitung von Goergen (2004) postuliert wurde, bedeutsam für die Arbeit mit Klient_innen in Suchtberatungsstellen sein könnte. Die Verantwortlichkeit und Leistung der Fachkräfte einerseits sowie die Betonung der Vertrauensentwicklung als „gemeinsamen Akt der Konstruktion“ zeigt sich in der Beschreibung zumindest widersprüchlich. Darüber hinaus unterstellt sie, wie oben schon erwähnt, einen willentlichen Akt beider Akteure. Dies würde den Aspekt eines „Gefühls“, das sich spontan entwickelt, bei dem Konstrukt „Vertrauen“ im Rahmen einer Beziehung ausklammern. Darüber hinaus resümiert Arnold in Bezug auf die Bestimmung des Begriffs „Vertrauen in der Sozialen Arbeit“, dass

„die Übertragung vorhandener fachfremder Theorien, wie etwa zur schulpädagogischen oder therapeutischen Beziehung, auf Soziale Arbeit [...] nicht geeignet [ist, Erg. R. H.), da Vertrauen nur jeweils bereichsspezifisch verstanden werden kann. Die Frage nach Vertrauen zum Sozialarbeiter bezieht sich auf fachspezifische Problemkonstellationen. Der Weg zu phänomenbezogenen Erkenntnissen muss auf fachspezifischer Wahrnehmung des Phänomens beruhen.“ (Arnold 2009, S. 202)

Mit dieser Feststellung wird die Möglichkeit eingeräumt, dass Vertrauen sich in unterschiedlichen Konstellationen unterschiedlich zeigen

kann. Weiterhin wird mit dieser auch die Notwendigkeit der Rekonstruktion der Erbringungsbedingungen impliziert, da sie weiter feststellt, dass

„in professionellen Beziehungen die Erfüllung von Rollenerwartungen für die Vertrauensgenese relevant [ist, Erg. R. H.]. Empirische Befunde zu solchen Erwartungen der Klienten fehlen bisher [...] Was Klienten als Anzeichen von Vertrauenswürdigkeit einordnen, ist bislang nicht bekannt, obwohl sie eine wesentliche Voraussetzung für Vertrauen ist.“ (Arnold 2009, S. 372)

Dieser Begründung folgend wird auch hier argumentiert, dass es notwendig erscheint, die mögliche Hervorbringung von Vertrauen oder anderer Konstrukte als sichtbare Zeichen einer entstandenen Beziehung in einem Erstgespräch zwischen Fachkraft und Klient_innen der Sozialen Arbeit explizit im Feld der ambulanten Suchthilfe zu untersuchen, da die Kontextbedingungen, unter denen der Beziehungsaufbau erfolgen soll, nicht vergleichbar mit denen der stationären Jugendhilfe sind, in der diese Studie entstand. Unterscheidungen finden sich hinsichtlich der Ziele der sozialarbeiterischen Intervention, des Verhältnisses zu den Klient_innen, da es sich um erwachsene Personen handelt, des Rahmens des sozialarbeiterischen Settings, des zeitlichen Aspekts der Beziehung und des Anlasses der Interaktion. Dieses Handlungsfeld zeigt sich demnach geradezu diametral entgegengesetzt zu dem hier zu untersuchenden Handlungsfeld der ambulanten Suchtberatung mit Erwachsenen in einem Setting von Beratung, bei dem sich beide Interaktionspartner gerade erst kennenlernen. Darüber hinaus fokussiert Arnold darauf, wie sich Vertrauen in Beziehungen zeigt, nicht wie und unter welchen Umständen es entsteht oder auch in Misstrauen umschlagen kann. Daher ist trotz möglicherweise vorhandener Gemeinsamkeiten dieser Untersuchung zum Forschungsanliegen davon auszugehen, dass es auch notwendig ist, arbeitsfeldspezifische Erkenntnisse zu generieren, um allgemeine Handlungsmaximen und -orientierungen sowie Rollenerwartungen von Klient_innen an Fachkräfte spezifizieren zu können³. Die Vakanz der Untersuchung von Arnold zur hier

³ Dies fordern auch Kähler und Zobrist (2013, S. 122) für den Bereich der Zwangskontexte, da bisher zur Übertragbarkeit dieser von einem Handlungsfeld ins andere keinerlei Erkenntnisse vorlägen. Ein solcher Kontext ist für den Kontext Sucht wahrscheinlich, kann zumindest aber nicht ausgeschlossen werden. Daher erscheint es wichtig, diesen zusätzlichen Hinweis auf die Beachtung der Übertragbarkeit auf spezifische Kontexte zu beachten.

vorliegenden Arbeit liegt also vor allem in der kompletten Divergenz zum hier zu untersuchenden Handlungsfeld und in der Reduktion auf den Aspekt des bereits entstandenen und sich zeigenden Konstruktes Vertrauens innerhalb einer Beziehung.

Insbesondere in der Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden Menschen kann aufgrund der Sichtweisen, die von außen auf Suchterkrankung gerichtet sind und ggf. auch aufgrund der Nähe zur Kriminalisierung, z. B. aufgrund von finanziellen Nöten, vermutet werden, dass misstrauenauslösende strukturelle Gegebenheiten wahrscheinlich eher die Regel als die Ausnahme darstellen. Cleppien (2012, S. 62) hält auf der Basis der Rekonstruktion eines Familieninterviews im Rahmen der Beratung bei exzessiver Mediennutzung durch Jugendliche sogar fest, dass für den Umgang mit den Betroffenen hier eine „Hermeneutik des Misstrauens“ unterstellt werden könne. Er begründet dies damit, dass für eine Abhängigkeitsdynamik (hier der exzessive Medienkonsum) eine Phase der abwehrenden Haltung bezüglich der Anerkennung der Problematik und ihrer Implikationen als konstitutives Element gelte. Damit einher gehe die Autorisierung der Version des Nicht-Abhängigen. Weiterhin stellt er daher fest, dass arbeitsfeldspezifische Bedingungen eine Vertrauensbildung in den Klienten im Sinne einer 'Hermeneutik des Vertrauens' erschweren würden, welche insbesondere im Handlungsfeld Sucht zu finden seien. Er meint damit die Passung bzw. Nichtpassung der Darstellung der subjektiven Sichtweisen von Klient_innen und des öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurses (Cleppien 2012, S. 63). Dies erscheint mit Blick auf das Forschungsanliegen als Hinweis darauf, in einem weiteren Schritt nicht nur die spezifische Einbindung von Suchtberatungsstellen in einen Hilfekontext, sondern auch die Bedeutung des Konstruktes Sucht und dessen Auswirkungen, z. B. im Hinblick auf arbeitsfeldspezifische Bedingungen, näher zu betrachten. Darüber hinaus entsteht die Frage, wie es trotz einer hier unterstellten „Hermeneutik“ des Misstrauens gelingen kann, dass eine Beziehung mit dem Element Vertrauen zwischen Fachkraft und Klient_in in einer Suchtberatungsstelle entsteht. Denn das dies grundsätzlich möglich scheint, implizieren die vorgestellten Erfahrungen der Fachkräfte.

Dass die bisher genannten Punkte „Professionelle Beziehung als Kernelement der sozialarbeiterischen Arbeit mit Klient_innen“ und hierin insbesondere der Aspekt des „Vertrauens“ auch und gerade von besonderer Relevanz für die Arbeit mit Klient_innen der ambulanten Suchtberatung im Kontext Alkohol sind, wird auch im Bericht über die Arbeit

des ambulanten Beratungsdienstes „Ahornhof“⁴ von Peters (2014) als bedeutsam postuliert. Er stellt fest:

„Im Kern bleibt aber der sozialpädagogische Zugang zu dieser Klientel eine gelungene Beziehungsarbeit, um auf dieser Grundlage den Weg der Klienten prozesshaft und beratend zu begleiten.“ (Peters, 2014: S. 77)

Damit deutet er an, dass ein „sozialpädagogischer Zugang“ im Sinne einer „gelungenen Beziehungsarbeit“ eine Differenz zu anderen Zugängen suchtbezogener Hilfen darstellen könnte. Unklar bleibt jedoch, wie sich dieser Zugang konzeptionell darstellt. Er verweist lediglich darauf, dass Angebote von Fachkrankenhäusern und Entgiftungsstationen, auch wenn sie von Fachkräften Sozialer Arbeit ausgeführt würden, keine Option für eine Stabilisierung im Alltag der Klient_innen darstellen würden, da ihre Angebote im Kern therapeutisch ausgerichtet seien. Die Klientel des von ihm untersuchten ambulanten Beratungsdienstes, stände therapeutisch ausgerichteten Maßnahmen im Sinne einer „Behandlung“ misstrauisch gegenüber. Die Begründung ergibt sich für ihn aus einer noch nicht vorhandenen „Krankheitseinsicht“ oder aus einer „Therapieermüdung“, die sich nach einem langen Marsch durch Hilfeeinrichtungen eingestellt habe. Daher würde das therapeutisch ausgelegte Hilfesystem des SGB V und VI von den Klient_innen als eher „übergriffig“ und „zu hohe Ansprüche stellend“ erlebt (Peters 2014, S. 80). Zum einen ist dies ein Hinweis darauf, dass innerhalb eines Feldes suchtbezogener Hilfen, unterschiedliche Rationalitäten z. B. zwischen Beratung, Stabilisierung im Alltag und therapeutisch ausgerichteten Angeboten existieren und dass diese Rationalitäten eine „gelungene Beziehungsarbeit“ zu beeinflussen scheinen. Zum anderen wird nicht wirklich deutlich, was mit „therapeutisch“ im Zusammenhang mit suchtbezogenen Hilfen nach SGB V und VI gemeint ist. Denkbar wäre, dass der Begriff im Zusammenhang mit Implikationen steht, die eine Auffassung von Sucht als Krankheit mit sich bringt, die bei einer Einordnung der Hilfen in die SGB V und VI nahe liegen würde. Diese Beschreibung zum Erleben der Klient_innen in Bezug auf diese Art von Hilfen ist ein Hinweis, dass diese Implikationen sich offenbar auf die

⁴ Der ambulante Dienst des Ahornhofes ist ein Beratungsangebot, im Rahmen eines Therapiezentrums für Menschen mit Suchtproblemen. Der ambulante Dienst betreut als zusätzlich ausdifferenzierte Hilfe Menschen mit Bedarf an stabilisierender Hilfe im eigenen Wohnraum (sog. ambulant betreutes Wohnen im Kontext der Finanzierung von SGB XII) (vgl. Peters, 2014 S. 75).

Annahme („Krankheitseinsicht“) oder Nachhaltigkeit („Therapieermüdung“) von Hilfen auswirken können. Daher erscheint es sinnvoll dem nachzugehen, um zu ergründen, was genau dieses von ihm beschriebene Misstrauen begünstigen könnte und auf welche Art sich ein „sozialpädagogischer Zugang“ davon unterscheiden könnte. Darüber hinaus bezieht sich die Arbeit von Peters (2014) zwar auf das auch im Rahmen des Forschungsanliegens fokussierte Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der ambulanten Suchthilfe, allerdings handelt es sich nicht um eine Suchtberatungsstelle, sondern um Erstgespräche im Rahmen eines ambulanten Beratungsdienstes, der in einem anderen rechtlichen Rahmen angesiedelt ist. Inhaltlich reflektiert Peters (2014, S. 77) die Bedeutung eines speziellen Beratungskonzeptes und nicht die Phase der Konstituierung einer Beziehung, gleichwohl die Bedeutung der sozialpädagogisch ausgerichteten Beziehungsarbeit als zentral für die Klient_innen betont, aber nicht weiter konkretisiert wird. Weiterhin geht es in dem Bericht von Peters (2014) um den Aufbau einer, von vorneherein als langfristige therapeutische Maßnahme angelegten sog. „Arbeitsbeziehung“ im Rahmen von Wiedereingliederung. Auch dies unterscheidet sich mit Blick auf die Zielperspektive der Hilfe von der Situation in einer Suchtberatungsstelle, die in der Regel weiterführenden Hilfen vorgeschaltet ist. Ob es überhaupt zur einer Anbahnung einer suchtbetragenen Hilfe, die sehr heterogen sein kann, kommt oder ob der Kontakt im Kontext eines sog. „Einmalkontaktes“ verbleibt, muss im Rahmen von ambulanter Suchtberatung erst geklärt werden. Daher bestehen hier bezüglich der Art und Weise, wie sich Beziehung entwickelt oder wie Fachkräfte die Interaktion gestalten, möglicherweise Unterschiede, die sich auf die Beziehung auswirken können.

Die Untersuchung von Wyssen-Kaufmann (2015) befasst sich mit der Bedeutung der Anamnese im Kontext sozialarbeiterischer Professionalität. Gegenstand der Untersuchung waren Erstgespräche in der stationären Erwachsenenpsychiatrie zwischen Patienten und dem dort tätigen Sozialdienst, nachdem bereits eine ärztliche Anamnese stattgefunden hatte. Ziel der Untersuchung war zunächst theoretisch die Bedeutung der Anamnese in der Theorie, Praxis und Profession Sozialer Arbeit herauszuarbeiten (ebd., S. 30), um dann auf der Basis von Einzelfalluntersuchungen zu klären, wie sich dies im Handeln der Professionellen zeigt und zum „Wohle des Patienten beiträgt“ (ebd. S. 31). Methodisches Kernelement der empirischen Untersuchung waren in Abwesenheit der Autorin aufgezeichnete reale Erstgespräche zwischen

der Fachkraft des Sozialdienstes und einem_r Klient_in, der / die gerade auf der Station aufgenommen wurde. Mit den Klient_innen, die sich bereit erklärt hatten, an der Studie mitzuwirken, wurde noch innerhalb der Klinik ein narratives problemzentriertes Interview geführt. Inhaltlich von Interesse war die Fragestellung, wie diese den Beginn ihrer Klinikzeit wahrgenommen haben. 14 Tage nach Austritt der Klient_innen aus der Klinik folgte ein Expert_inneninterview mit den Fachkräften der Sozialen Arbeit darüber, wie sie die Interaktion mit dem / der entsprechenden Klient_in wahrgenommen haben (ebd., S. 172 f.). Die getätigten Aussagen wurden mit den Klientenakten verglichen, die zuvor mit Hilfe der Dokumentenanalyse (als „Gedächtnis der Organisation“, vgl. ebd.) analysiert wurden. Als Ergebnis der Studie wurde ein heuristisches Modell von Anamnese entwickelt (ebd. S. 419 ff). Die Nähe dieser empirischen Untersuchung im Verhältnis zu der hier vorliegenden besteht vor allen Dingen darin, dass Wyssen-Kaufmann auch im Rahmen ihrer Fokussierung auf die Bedeutung der Anamnese feststellt:

„Beziehungsgestaltung stellt eine notwendige Basis für das Arbeitsbündnis und einen gelingenden Prozessbogen dar“ (Wyssen-Kaufmann 2015, S. 352).

Die Differenz besteht darin, dass sie diese Erkenntnis nicht empirisch entwickelt und plausibilisiert, sondern als notwendige Voraussetzung für die Anamneseerhebung postuliert. Die Untersuchung kommt in der Verortung des empirischen Teils im Feld von Gesundheitssorge und der Fokussierung auf Erstgespräche der hier anvisierten Untersuchung relativ nah, weißt jedoch auch entscheidende Unterschiede bezüglich der Form der Organisation und damit der Möglichkeit mit den Klient_innen in Kontakt zu kommen auf. Aus diesem Grund bestehen hier möglicherweise graduelle Unterschiede in der Art und Weise, wie eine Beziehung zwischen Fachkraft und Klient_in entsteht. Inhaltlich gesehen fokussiert Wyssen-Kaufmann speziell auf die Bedeutung der Anamnese für Patient_innen in diesem spezifischen Setting. Die Rolle der Beziehung wird zwar als wichtig eingestuft, aber nur im Zusammenhang mit inhaltlichen Erkenntnissen aus der Anamneseerhebung thematisiert. Damit steht nicht die Entstehung einer Beziehung, sondern die Erhebung und Bedeutung der Anamnese für den Verlauf von Hilfe in einem stationär psychiatrischen Setting im Interesse der empirischen Betrachtung. Die hier anvisierte Forschungsarbeit soll jedoch inhaltlich und methodisch so angelegt werden, dass nicht ein spezielles

Konstrukt wie etwa „Vertrauen“ oder eine inhaltliche Handlungsorientierung wie „Anamnese“ ins Zentrum gerückt wird, sondern der ganze Prozess einer Beziehungsentwicklung rekonstruiert wird, bei dem diese Elemente möglicherweise ein Teil des Prozesses sein können.

Die Untersuchung von Freikamp (2012) nimmt die in der Regel telefonischen Erstgespräche von Berater_innen des Berliner Krisendienstes⁵ in den Blick. Sie entwickelt einerseits ein Prozessmodell für die Analyse von heterogenen Erstgesprächsprozessen und rekonstruiert auf dessen Basis diese Prozesse und ihre Wirkungen auf Klient_innen (ebd., S. 3). Die Erhebung wurde ausschließlich mit Hilfe von Interviews durchgeführt, da auf Live-Mitschnitte der Gespräche aus datenschutzrechtlichen Gründen verzichtet werden musste (ebd., S. 88). Dies zeigt sich aus methodischer Perspektive als erste Differenz zu dem hier vorgestellten Forschungsansatz. Die Konstruktion des zugrunde liegenden Prozessmodells entstand auf der Basis der Sekundäranalyse von Interviews, die im Rahmen einer Begleitforschung erstellt wurden (ebd.). Diese wurden zunächst grob analysiert, in dem sich Freikamp nur auf Passagen konzentrierte, die etwas über das Erstgespräch aussagten. Daraus wurde ein Konzept für das Erstgespräch entwickelt, das auch die Grundlage für den Gesprächsleitfaden bildete, mit dessen Hilfe der zweite Teil der Erhebung durchgeführt wurde (ebd.). Dieser bestand aus erfahrenen hauptamtlichen Mitarbeiter_innen⁶. Auch hier wird der Ansatz einer eher hypothesenprüfenden Herangehensweise an die Auswertung des Materials sichtbar. Das problemzentrierte Interview der zweiten Erhebungsphase wurde ergänzt durch einen Kurzfragebogen, der die fachlichen Qualifikationen und Erfahrungen sowie notwendige Personen-

⁵ Der Berliner Krisendienst ist ein Zusammenschluss freier ambulanter sozialpsychiatrischer Dienstleister und stellt eine Ergänzung der etablierten Versorgungsbausteine zur Krisenversorgung der Stadt Berlin dar. Er ist an gemeindepsychiatrischen Prinzipien orientiert und arbeitet im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung (Freikamp, 2012: S. 79).

⁶ Von den interviewten Personen war nur eine Sozialarbeiter_in. Die anderen Berufsgruppen waren Psycholog_in (2) und je eine Soziolog_in und eine Pädagog_in (ebd., S. 93). Die Geschlechter waren aus der Beschreibung nicht ersichtlich (Anm. R. H.). Diese Untersuchung wurde trotz dieser eher heterogenen Zusammensetzung von Berufsgruppen ausgewählt, weil Krisenintervention „zum Standardrepertoire der Sozialen Arbeit“ gehört (Gahleitner; Ortiz-Müller 2011: S. 549) und auch ihren Platz im Rahmen der Arbeit der Fachkräfte der Sozialen Arbeit innerhalb der ambulanten Suchthilfe hat.

daten abfragte. Das so erhobene Material wurde mit verschiedenen Codierverfahren im Sinne einer Grounded Theory ausgewertet. Ergebnis des letzten Auswertungsschrittes war ein erweitertes datenbasiertes Prozessmodell der Beziehungsgestaltung im Erstgespräch, welches für verschiedene Klient_innengruppen ausdifferenziert werden konnte (ebd., S. 92). Im Kontext des hier vorgestellten Promotionsvorhaben wurde das Phänomen der gegenseitigen Beziehungserwartung der Klient_innen und der Berater_innen als zentral fokussiertes Element der Beziehungsgestaltung im Rahmen der Erstgesprächsprozesse herausgearbeitet (ebd., S. 388). Freikamp konnte zeigen, dass für spezifische Klient_innengruppen spezifische gegenseitige Erwartungsmuster (Fachkraft und Klient_in) beschrieben werden können. Sie unterscheidet dabei Klient_innen mit akuten psychosozialen Krisen ohne Chronifizierung, Klient_innen mit unspezifischen chronifizierten Krisensituationen, Klient_innen mit manifesten psychischen Störungen (psychiatrische Klient_innen) und Klient_innen mit akuten suizidalen Krisen⁷. Die Passung bzw. Nicht-Passung der Beziehungsangebote von Seiten der Berater_innen war entscheidend für den Verlauf des Erstgesprächs. Die Fähigkeit passende Beziehungsangebote zu machen ohne sich von den endlosen Entlastungswünschen „verwirren“ zu lassen, stellten bei der Gruppe der chronifizierten Klient_innen die professionellen Kunst der hauptamtlichen Fachkräfte dar (ebd., S. 375). Freikamp konnte zeigen, dass Gemeinsamkeiten der Beziehungsangebote sich nicht nur über die Personen der Berater_innen, sondern auch über die Ebene der Bedingung der Prozessgestaltung ergaben. Dies ist neben den Untersuchungen von Arnold (2009), Cleppien (2012) und Peters (2014) ein weiterer Hinweis auf die Bedeutung und Notwendigkeit der Kontextualisierung bei der Rekonstruktion von Beziehungen in Handlungsfeldern Sozialer Arbeit, um die Einflüsse auf die Entwicklung einer Beziehung zwischen Fachkraft der Sozialen Arbeit und Klient_in in einer Suchtberatungsstelle erfassen zu können. Zwar nimmt die Untersuchung von Freikamp (2012) das gesamte Erstgespräch in den Blick des empirischen Interesses, jedoch unterscheidet sich das Setting auch hier sowohl inhaltlich als auch durch die handelnden Fachkräfte. Die Untersuchung fokussiert auf das interprofessionell besetzte Feld einer telefonischen

⁷ In den beispielhaft rekonstruierten Gesprächen konnte kein Gespräch mit einer Suchtmittel konsumierenden Person gefunden werden.

Krisenberatung, welches primär kommunal für akute sog. „Krisensituationen“⁸ zuständig ist. Somit ist auch dieses Setting inhaltlich nicht vergleichbar mit dem der ambulanten Suchtberatungsstellen. Weiterhin steht der konkrete inhaltliche Anlass stärker im Mittelpunkt ihrer empirischen Betrachtung als die Entstehung einer Beziehung. Als Ergebnis typisiert sie spezifische Klientenanliegen und ordnet diese in ein zuvor entwickeltes Prozessmodell ein. Dies unterscheidet sich von dem anvisierten Versuch einer Rekonstruktion von Erstgesprächen, ohne vorher ein theoretisches Konstrukt derselben zu entwickeln. Darüber hinaus wird methodisch eine psychologisch-therapeutische Ausrichtung als Ausgangspunkt professionellen Handelns beschrieben und bietet schon aus diesem Grund einen Anlass für eine erneute Betrachtung des Phänomens ‚Erstgespräche‘ aus sozialarbeiterischer Perspektive. Als Grund hierfür kann genannt werden, dass ein, sich empirisch wie auch immer zeigender sozialarbeiterischer Zugang, von Schäfter (2010) für sozialarbeiterische Beziehungen in Beratungssituationen und Peters (2014) in Bezug auf Erstgespräche mit Suchtklienten als bedeutsam postuliert wird.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die hier vorgestellten Untersuchungen entweder auf der Ebene des methodischen Zuschnitts, der inhaltlichen Fokussierung des Forschungsgegenstandes oder der Platzierung in einem spezifischen Feld von dem hier im Interesse stehenden Forschungsanliegen differieren. Zudem wurde deutlich, dass die Bedeutung der Entstehung einer Beziehung unter den spezifischen Bedingungen eines konkreten Arbeitsfeldes in fast allen Fällen postuliert, die konkrete Entstehung einer Beziehung jedoch in keinem Fall empirisch rekonstruiert wurde. Insbesondere für das konkrete Feld der Suchthilfe kann darüber hinaus festgestellt werden, dass keine empirische Untersuchung existiert, die die Entstehung einer Beziehung auf der Basis eines sozialarbeiterischen Zugangs empirisch untersucht, gleichwohl auf eine scheinbare Besonderheit dieses Zugangs und seine Bedeutung für einen Hilfeprozess hingewiesen wird. Insofern legitimiert sich aufgrund dieses Defizites in der empirischen Datenlage, der Versuch diese Forschungslücke schließen zu wollen.

⁸ Freikamp versteht unter einer Krise Probleme, die mit den augenblicklichen Möglichkeiten des Betroffenen nicht bewältigt werden können (2012, S. 15).

3 Kontextualisierungen des Forschungsfeldes

Wie in der Aufarbeitung des empirischen Forschungsstandes deutlich wurde, kann davon ausgegangen werden, dass sich Konstrukte wie „Vertrauen“ oder „Beziehung“ in Anfangssituationen oder in sozialarbeiterischen Beratungsbeziehungen innerhalb eines spezifischen Settings jeweils anders zeigen können. Deutlich wurde weiterhin, dass die Strukturen oder Bedingungen dieses Settings die Entstehung einer Beziehung beeinflussen, weil sie z. B. strukturell „vertrauenshemmend“ (Arnold 2009, S. 183) sein können oder gar für das Feld der Suchthilfe eine „Hermeneutik des Misstrauens“ (Cleppien 2012, S. 62) unterstellt werden kann. Deshalb erscheint es notwendig, die spezifischen Gegebenheiten eines Feldes, in diesem Fall das Konstrukt „Sucht“, und die darauf bezogenen Hilfen näher zu betrachten, um die oben genannten Konstrukte zu kontextualisieren. Dadurch eröffnet sich die Möglichkeit am Material zu rekonstruieren, wie sich diese Konstrukte ggf. in einem spezifischen Setting zeigen können bzw. ob und wenn ja, wie sie Einfluss auf die Gestaltung der professionellen Interaktion nehmen. Anschließend wird eine, mit Hilfe von Experteninterviews erstellte Konzeptualisierung in Bezug auf Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen aus einem Vorläuferprojekt vorgestellt (Hansjürgens 2013).

3.1 Sucht⁹ als Konstrukt

Das Konstrukt „Sucht“ mit der Implikation einer möglichen Entwicklung von Genuss zu Selbstschädigung findet sich in vielen und auch frühen Beschreibungen menschlichen Verhaltens. Schon Aristoteles findet bereits Worte dafür:

„Denn während man von besonderen Liebhabereien spricht entweder da, wo man sich an Dingen freut, die nicht die rechten sind, [...] überschreiten die Unmäßigen [...] in allen Rücksichten das Maß. Sie haben ihre Freude entweder an Dingen, die nicht die rechten, [...] sind, oder wenn man sich auch an dergleichen freuen darf, so tun sie es doch mehr als man darf. [...]

⁹ Bei einer Beschreibung des Konstrukts Sucht und insbesondere der hier angerissenen Debatte, handelt es sich um ein komplexes Thema, das hier nur für einen Einstieg in die Thematik in seinen groben Eckpunkten markiert werden kann. Deshalb sei hier auf weitere Diskussionsbeiträge in dieser Debatte verwiesen: die Beiträge in Dollinger; Schmidt-Semisch 2007; Reinerman 2007; Körkel et al. 2005; Wiesemann 2000; Schaler 2000; Petry 2001 und die Beiträge in Hoffstadt; Bernasconi 2009

der Unmäßige heißt darum so, weil es ihn mehr als recht ist schmerzt, das Lustbringende entbehren zu müssen, so daß die Lust selbst ihm den Schmerz verursacht, [...] Denn die Begierde ist mit Schmerz verknüpft, obschon es ungereimt erscheinen könnte, daß man der Lust wegen Unlust empfinden soll.[...] Der Mäßige [...] begehrt mit Maß und wie es recht ist, soweit es nicht diesem hinderlich oder ungeziemend ist oder seine Vermögensverhältnisse übersteigt[...] sondern wie die rechte Vernunft es vorschreibt.“ (Aristoteles, S. Kap. 37 f.)

Dies könnte ein Hinweis auf eine frühe Beschreibung eines Konstruktes sein, das heute als „Sucht“ bezeichnet wird, denn

„Gelage und Weinkonsum waren in antiken Kulturen integraler Bestandteil sozialen Lebens. Das Gelage diene der Unterhaltung, Zerstreuung, Kommunikation, Inklusion und Exklusion“ (Müller 2009, S. 219).

Somit kann das Ringen um „das rechte Maß“ als ein Konstrukt definiert werden, das Menschen schon lange beschäftigt. Allerdings ist unmäßiges Trinken auch schon früh mit Verhaltensweisen aus anderen Sphären sozialen Verhaltens, als ausschließlich der Geselligkeit, in Verbindung gebracht worden.

„Im Kontext von politischen Diskursen war die Verunglimpfung als Trunkenbold gängiges Mittel, das kulturelle Deutungsmuster reflektiert, wonach Maßlosigkeit im Trinken synonym für politische Willkür und Unrechtsherrschaft stand. Aus diesem Grund bietet das Etikett des Alkoholismus [in antiken griechischen und römischen Quellen, Erg. R. H] keine Einblicke in ein Krankheitsbild sondern in die traditionelle Codierung eines Negativbilds“ (Müller 2009, S. 219).

Somit wird Alkoholsucht, definiert als „unmäßiges“ Trinken, schon früh zu einem „vieldeutigen Kollektivsymbol“ (Westerbarkey 2009, S. 103) und kann deshalb als „diskursives Konstrukt“ (ebd.) bezeichnet werden, das bis heute zu Lasten distinktiver Klarheit eine hohe Resonanz erfährt. Demnach ist die Frage, ob es sich hierbei um eine moralische Verfehlung, um ein unerwünschtes Verhalten oder um etwas Krankhaftes handelt, „eine alte Debatte“ (Bauer 2013, S. 12), die bis heute durchaus auch unter hegemonialen Aspekten geführt wird.

Die Beschäftigung mit Sucht im Kontext Hilfe nimmt ihren Anfang durch den Versuch einer kompensatorischen Bewertung pietistisch geprägter Mediziner als „ein Mittelding zwischen Laster und Krankheit“

(Spode 1993, S. 127). Die in den jeweiligen Positionen¹⁰ „Sucht als Krankheit“ und „Sucht als eigenverantwortliches Handeln“ enthalten Implikationen, fasst Morse wie folgt zusammen:

„Treating people as sick rather than bad can tend to produce kinder, more understanding treatment. The medical model also is likely to spawn research that might identify the cases of undesirable behaviour and the types of ex ante and ex post interventions that may reduce the frequency of such behaviour. On the other hand, applying the medical model to intentional behaviour can lead to unwarranted demeaning of the dignity and personhood of human agents and unwanted paternalistic treatment. Unless carefully used, it may create injustice by treating responsible agents as not responsible. The moral model has the great virtue of treating people as subjects, as people, rather than objects and thus endowing them with dignity and respect. Also, if justice demands that people be held responsible, only a moral model can properly do this. On the other hand, moral models can become harshly moralistic or punitive because those who offend morals and the law can be demonized as sinful ‘others’, who deserve whatever harsh treatment they receive. Moreover, their application can blind people to the virtues of more rehabilitative approaches to aberrant behaviour“ (Morse 2004, S. 456).

Diese Debatte wird auch in Deutschland bis heute geführt¹¹. Mit dem Urteil des Bundessozialgerichts Kassel im Jahr 1968 wurde Sucht in Deutschland die rechtliche Basis für eine Etikettierung als Krankheit zugewiesen und damit der Zugang zu Versorgungsleistungen des Gesundheitswesens gegeben¹². Aus dieser Perspektive betrachtet das Bundesministerium für Gesundheit verschiedene Formen von Abhängigkeit als

¹⁰ Für einen detaillierteren Überblick, eine Einordnung und weitere Unterdifferenzierung der beiden zentralen Standpunkte s. Bauer et al. 2009, für eine Einordnung von Sichtweisen in paradigmatische Diskurse s. Westerbarke 2009.

¹¹ Beiträge hierzu finden sich, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, z. B. in Dollinger; Schmidt-Semisch 2007; Reinarmann 2007; Körkel et al. 2005; Wiesemann 2000; Schaller 2000; Petry 2001 und in Hoffstadt; Bernasconi 2009

¹² Das Krankheitsetikett wird damit begründet, dass ein „regelwidriger Körper- und Geisteszustand [...] im Verlust der Selbstkontrolle und in der krankhaften Abhängigkeit vom Suchtmittel, im Nicht-mehr-aufhören-können“ bestehe (Krasney 2005, S. 544). Die Finanzierung des gesamten Suchthilfesystems fußt auf diesem Urteil. (ebd.)

„schwere chronische Krankheiten, die zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit führen können" (Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit)

Nach einer aktuellen quantitativen Studie hat sich im System der suchtbezogenen Hilfen in Deutschland das Deutungsmodell der Krankheit durchgesetzt.

„In der deutschen Suchthilfe besteht eine fast vollständige Etikettierung von Sucht als Krankheit und fast völlige Ablehnung von Sucht als Willensschwäche. (...) Deutlich ist die professionsübergreifende eindeutige Etikettierung von Abhängigkeit als Krankheit und der bevorzugte Modus der kompensatorischen Verantwortungszuschreibung für Entstehung und Bewältigung der Abhängigkeit, d. h. Abhängigen wird eine geringe Tatschuld für die Entstehung und hohe Bringschuld für die Bewältigung zugeschrieben.“ (Bauer 2013, S. 182)

„Suchthilfe“ ist in Anlehnung an Tretter in diesem Zusammenhang als ambulante Beratung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge definiert (vgl. Tretter 2000, S. 36 f.). Mitarbeiter_innen in Prävention, Arbeitsprojekten und Wohneinrichtungen wurden in der Untersuchung nicht erfasst (Bauer 2013, S. 76). Trotzdem stellen auch in dieser Definition Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit 46 % den mit Abstand größten Teil der untersuchten Stichprobe (15 % im (teil-) stationären Setting, 31 % im ambulanten Setting) dar (Bauer 2013, S. 81). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Autor betont, es handle sich bei der Sichtweise von Sucht als Krankheit um ein, von ihm so bezeichnetes "professionelles Leitthema", das eine "Zwitterstellung" (Bauer 2013, S. 103) zwischen der berufsbezogenen Rollenerwartung und persönlichen Erfahrungswerten und Emotionen einnehme. Dies zeigt die hegemoniale Verknüpfung eines Konstrukts mit einer spezifischen Hilfeleistung, hier die Verknüpfung des medizinischen Modells mit den Einrichtungen der Suchthilfe, *obwohl* es andersartige, möglicherweise erfahrungsbezogene Einstellungen der Fachkräfte zu geben scheint. Dennoch sollen weiterführend die Sichtweisen der Perspektive von Sucht als Krankheit vertieft werden, da es sich um das überwiegend rezipierte Modell im Kontext von suchtbezogenen Hilfen zu handeln scheint.

3.1.1 Implikationen der Sichtweise von Sucht als Krankheit

In der Perspektive von Sucht als Krankheit wird Sucht als biopsychosoziales Konstrukt verstanden, das eine individuelle Betrachtung des Einzelfalls aber zwingend erforderlich macht (Kemper 2008, S. 212). Deshalb wurden im Rahmen der Weiterentwicklung von medizinischen Diagnosekriterien empirisch gefundene Kriterien (Symptome) als eine Art Konvention festgelegt (ebd., S. 218) und in der 10. Auflage der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“¹³ (ICD-10) zusammengetragen. Eine ärztlich diagnostizierte Abhängigkeitserkrankung¹⁴ ist aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht die Grundlage für die Kostenübernahme einer entsprechenden medizinisch-psychologischen Behandlung in diesem Kontext¹⁵.

Die mit einer Definition „Sucht als Krankheit“ verbundene Zuordnung der Krankenrolle für die Betroffenen und der Behandlerrolle für Ärzt_innen und Suchttherapeut_innen birgt Implikationen. Diese hat Parsons in allgemeiner Perspektive folgendermaßen analysiert:

¹³ Die ICD wird von der World Health Organisation herausgegeben und ist weltweit als medizinisches Diagnoseklassifizierungssystem anerkannt. In Deutschland sind alle Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder als ärztliche Leitungen in Einrichtungen arbeiten (z. B. in Einrichtungen der Entgiftung oder der Rehabilitation) nach SGB V verpflichtet, Diagnosen nach ICD zu verschlüsseln.

¹⁴ Im ärztlich-psychologischen Kontext hat sich heute eher der Begriff „Abhängigkeitserkrankung“ etabliert. Im allgemeinsprachlichen Umgang, aber auch wieder zunehmend in der Fachwelt, wird weiterhin der Begriff „Sucht“ benutzt, um die rein körperliche Abhängigkeit, z. B. von lebensnotwendigen Medikamenten, von der Abhängigkeit als biopsychosoziales Konstrukt abzugrenzen. (O'Brien et al. 2006, S. 765). Diesem Sprachgebrauch soll sich hier im Weiteren angeschlossen werden.

¹⁵ Zur Sicherstellung der Krankenversorgung inkl. medizinischer Rehabilitation wirken in Deutschland Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen zusammen (§72 SGB V). Aus diesem Grund ist eine Übereinkunft (in der Regel ausgedrückt durch die Diagnose der aufgeführten Professionen und der Organisationen im Kontext eines gemeinschaftlich anerkannten Klassifikationssystems, hier ICD 10 und der darauf beruhenden Zusage der Kostenübernahme) zwischen den oben aufgeführten Vertragspartnern notwendig, um eine, in diesem Kontext refinanzierte Behandlung zu erhalten.

1. Der Kranke hat ein Bedürfnis nach Hilfe zu haben.
2. Die Folgen dieser Hilfsbedürftigkeit sind sozial anerkannt und die Art des Helfens sowie das Verhalten des Hilfebedürftigen gegenüber dem Helfer und seinen Maßnahmen sind vorgeschrieben.
3. Über sein persönliches Verhalten hinaus ist der Kranke in einen Bezugsrahmen eingeordnet, der das unter zwei beschriebene Verhältnis zwischen Helfer und Hilfsbedürftigen unterstützt.
4. Die Kollektivitätsorientierung des Arztes und seine sachlich spezifische, emotional neutrale und universalistische Haltung ermöglichen es dem Patienten die Maßnahmen des Arztes zuzulassen. Darin liegt die Begründung seiner Autorität und der ihm eingeräumten Privilegien.
5. Erst durch die Institutionalisierung des Krankseins in einer Krankenrolle erhält der Arzt die Möglichkeit seine Fähigkeiten und Fertigkeiten anzuwenden. (Parsons 1970, S. 50 ff.).

Das Rollengefüge von Arzt und Patient hat in dieser Perspektive weitere latente Funktionen, welche das Gleichgewicht in einem sozialen System betreffen und nachfolgend näher aufgeführt werden sollen: Kranksein stellt eine Form abweichenden Verhaltens dar. Indem jemand als ‚krank‘ bezeichnet und somit den Rollenerwartungen und -zuschreibungen sozial unterworfen wird, gelingt es in dieser Perspektive eine Form sozialer Kontrolle aufzubauen. Diese verhindert die beiden gefährlichsten Vorstufen sozialer Destabilisierung, nämlich Gruppenbildung und Streben nach dauerhafter Legitimierung. Indem "Kranke" in ihrer Rolle nicht mit anderen "Kranken" verbunden werden, sondern mit einem Arzt bzw. dem damit verbundenen Institutionsgeflecht, wird verhindert, dass sich eine Art Subkultur der "Kranken" bildet und eine Solidarisierung stattfindet. Des Weiteren wird "Kranksein" als kein erstrebenswerter Zustand definiert (ebd., S. 51 f).

Insbesondere die Argumentation der Zuschreibung des Krankseins als Form sozialer Kontrolle zur Verhinderung einer Legitimierung hier des süchtigen Verhaltens im Sinne eines sozial anerkannten Lebensstils unterstützt eine ambivalente Haltung. Diese bewegt sich im Spannungsfeld zwischen sozial anerkanntem Konsum und einem als deviant bewertetem sog. „Suchtverhalten“. Gleichzeitig wird die „Notwendigkeit“ einer ärztlichen Behandlung aus staatlich organisierten Ressourcen

cen in Form einer abstinenzorientierten Suchtbehandlung mit einem sozialversicherungsrechtlich abgesicherten Finanzierungsanspruch legitimiert.

Darüber hinaus impliziert die Sichtweise von Sucht als sog. „chronischer“ Krankheit die prinzipielle Erwartung, dass eine betroffene Person nicht durch eine einfache Medikation zu heilen sei. Eine einheitliche Definition für „chronische Krankheiten“ gibt es zwar nicht, dennoch wird davon ausgegangen, dass es sich um lang andauernde Krankheiten handelt, die nicht vollständig geheilt werden können und die eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen (Scheidt-Nave 2010). Eine ärztliche Behandlung einer solchen Erkrankung setzt ein Einverständnis des/der Patient_in voraus, den Empfehlungen des Gegenübers Folge zu leisten, wenn eine in dieser Perspektive dauerhafte Freistellung von Symptomen, z. B. durch Änderung des, die Krankheit (mit-) verursachenden oder aufrechterhaltenden Lebensstils, erreicht werden soll. Diese Bereitschaft zur Mit- oder wegen der langfristigen Perspektive auch Zusammenarbeit wird als „Adherence“ bezeichnet und ist definiert als

„the extent to which a person’s behaviour-taking medication, following a diet, and / or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider“ (WHO 2003, S. 3)

Dabei wird Wert auf die Feststellung gelegt, dass der Unterschied zu „Compliance“, verstanden als einfache Therapietreue, darin besteht, dass es sich ausdrücklich um ein „Einverstanden- sein“ („agreement“) des Patienten handeln muss (ebd. S. 4).

Die hier aufgeführten Implikationen von Sucht definiert als Krankheit, vor allem die Notwendigkeit von Adherence, um Hilfe in dieser Perspektive leisten zu können, führen zu Herausforderungen. Diese haben sich mit der Ausbildung der Hilfen, die auf dieser Perspektive fußen, verfestigt, werden der Krankheit Sucht als zugehörig zugewiesen und müssen im Rahmen einer suchtmmedizinischen Behandlung von den Akteuren bewältigt werden.

3.1.2 Herausforderungen für die Suchthilfe durch die Perspektive von Sucht als Krankheit

Die schon angesprochenen Herausforderungen ergeben sich daraus, dass sich in der Bevölkerung nach wie vor stigmatisierende Einstellungen zu Menschen mit einem, als süchtig bezeichneten Konsumverhalten halten. Diese bestehen aus drohenden Ausschlüssen aus dem Lebensumfeld (Arbeit Familie, Freunde) (vgl. (Angermeyer et al. 1995a, 1995b) der Betroffenen, wenn diese aufgrund ihres Suchtmittelkonsums und damit verbundenen Implikationen (z. B. Abwesenheiten aufgrund von Rauschzuständen, körperliche und psychische Einschränkungen der Belastbarkeit, Verwendung von gemeinschaftlichen Ressourcen für den Suchtmittelkonsum usw.), die ihnen zugedachten Aufgaben und Funktionen in bestimmten Bereichen, z. B. der Erwerbsarbeit, Familie und Freunde, in deren Wahrnehmung nicht oder nur unzureichend wahrnehmen (können). Hier muss ergänzt werden, dass sich der verstärkte und dann möglicherweise zu einer Abhängigkeit ausgeweitete Konsum manchmal erst genau aus dieser Dynamik der sozial initiierten Zuweisung von Aufgaben und Funktionen an ein Individuum und einer sich daraus ergebenden Überforderungssituation für den / die Einzelne ergeben kann. In dieser Perspektive hätte ein Ausschluss aus diesen Bereichen sogar ein befreiendes Moment, das, wenn es als etwas Bedrohliches erlebt wird, zu einem Hilfesuchverhalten führen kann. In anderen Fällen wird genau diese (kurzfristige) Exklusion aus den, als belastend empfundenen Bereichen („Auszeit“) in Form von z. B. stationärer Suchtrehabilitation (Therapie) als Hilfe gesucht.

Das vom sozialen Umfeld als nicht angemessen etikettierte Konsumverhalten entwickelt sich häufig über Jahre und manchmal auch über Jahrzehnte. Die Betroffenen selbst erleben dies jedoch oft zunächst nicht als problematisch und empfinden die Forderung des Umfeldes nach Einschränkung oder Beendigung des Konsums demnach als eine Zumutung. Dies gilt insbesondere, da auch in der Öffentlichkeit bekannt ist, dass in der Perspektive von Sucht als Krankheit im Rahmen einer suchtmmedizinischen Behandlung die Abstinenz als prinzipielles Ziel anvisiert wird (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a, S. 3). Dieses Ziel ergibt sich aus der konsequenten Betrachtung von Sucht als Krankheit, bei der die krankheitsauslösenden und -verfestigenden Elemente (hier das Suchtmittel) möglichst eliminiert werden sollten.

Aus dieser Gemengelage ergibt sich die Herausforderung, dass Klient_innen der Suchthilfe zwar möglicherweise in einem, für die Heilung von Krankheiten bewährten System (Gesundheitswesen) Unterstützung erhalten, aber dabei nicht „entmündigt“ werden und einer Parentifizierung ausgesetzt sein oder einfach ihren Lebensstil auch mit dem Suchtmittel beibehalten wollen. Daher wird diese Situation mit Blick auf „Adherence“ (Einverstanden sein mit der Behandlung-hier mit dem Ziel einer dauerhaften Abstinenz vom Suchtmittel) im Sinne eines sog. „Annäherungs-Vermeidungs-Konfliktes“ möglicherweise als ambivalent erlebt, was zu zurückhaltendem oder misstrauischem Hilfesuchverhalten führen kann (Heckhausen; Heckhausen 2010, S. 543).

Dies wiederum kann dazu führen, dass Menschen nicht freiwillig, sondern nur durch den Druck anderer Personen oder Institutionen eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. Dabei handelt es sich dann um sog. „Zwangskontexte“, die charakterisiert werden als,

„[...] von außen initiierte oder fremdinitiierte Kontaktaufnahmen. Der ausgeübte Zwang kann dabei eher milde sein, etwa wenn jemand seinen Partner ab und an stichelt, doch eine Beratungsstelle auszusuchen [...] oder auch massiv, etwa wenn Kontakte [...] mit der Androhung der Aufhebung der Bewährungsaussetzung durchgesetzt werden.“ (Kähler; Zobrist 2013, S. 7).

Der hier vermutete Zwangskontext liest sich in einer älteren Beschreibung der Arbeit in Suchtberatungsstellen folgendermaßen:

„Der Beweggrund zur Beratungsstelle zu kommen, ist normalerweise eine ‚Pistole‘ in seinem Rücken in Form einer völligen Katastrophe-sozial, körperlich oder seelisch –, aus der er sich durch die Beratungsstelle Hilfe erhofft.“ (Sapier 1967, S. 20 f.)

Dies wiederum führt zu der Vermutung, dass vor dem Hintergrund der oben angedeuteten, diskursiven Verflechtungen, der daraus resultierenden Ambivalenz und einem eventuellen Zwangskontext von Klient_innen das „Einverstanden-sein mit den Empfehlungen der Hilfeanbieter“ im Sinne von „Adherence“ in der Perspektive von Sucht als Krankheit nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden kann, sondern erst entwickelt werden muss. Diese Entwicklung erscheint notwendig um Sucht in der Perspektive von Krankheit „behandelbar“ zu machen. In Bezug auf das Feld der Suchthilfe im Allgemeinen stellt sich

daher die Frage, wo, durch wen und wie genau diese „Adherence“ mit den Klient_innen entwickelt oder hervorgebracht werden kann, welche Rolle Suchtberatungsstellen dabei spielen und ob und wenn ja, wie sich dies auf die Beziehungsaufnahme zu Klient_innen auswirkt. Daher soll in einem nächsten Schritt die Rolle der Suchtberatungsstellen im Feld der Suchthilfe näher bestimmt werden.

3.2 Suchtberatungsstellen im Feld der Suchthilfe

Ambulante Suchthilfe allgemein wurde zunächst durch semiprofessionelle Abstinenzvereine gestaltet, in die Betroffene nach einem Aufenthalt in einer Heilanstalt oder anstelle des Aufenthalts eintraten (Spode 2012, S. 158). Ein explizit selbst definierter Versorgungsauftrag entwickelte sich erst nach 1945 im Kontext von stationärer Versorgung (vgl. Helas 1997, S. 156). Die ehemals ehrenamtlich geprägte ambulante Suchthilfe hat sich parallel zu dem Ausbau der stationären Versorgung Suchtkranker zu einem verberuflichten Feld entwickelt. Ambulante Suchthilfe besteht heute zu 98 % aus sog. ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen¹⁶. Aktuell sind dort Ärzt_innen (2%) genauso tätig wie Psycholog_innen (11 %) oder Pädagog_innen¹⁷ (8%), aber bis heute stellen Sozialarbeiter_innen mit 62% die größte Berufsgruppe in der ambulanten Suchthilfe dar (Braun et al. 2015b, S. Tab. E 13).

Grundlage der Finanzierung der ambulanten Suchtberatungsstellen ist, abgesehen von den Bereichen, denen eine „suchtmedizinische Suchtrehabilitation“ (SGB VI) oder eine „teilhabeorientierte Betreuung“ (SGB XII) zugeordnet ist, die kommunale Daseinsvorsorge, die verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert und in den Gemeindeordnungen der Bundesländer konkretisiert ist. Die Verortung der Ressourcen bindet die so finanzierte Arbeit an Rahmen und Aufträge, die eine fachliche Arbeit steuern, mindestens aber beeinflussen können. Daher sollen diese Einordnungen in gesetzliche Rah-

¹⁶ Die Zweiteilung des Namens deutet an, dass es innerhalb dieser Organisationen um zwei verschiedene Arbeitsbereiche und in Zusammenhang damit um zwei verschiedene Handlungsrationalitäten der Hilfeleistung geht. Die nachfolgenden Zahlen, bezogen auf die dort tätigen professionellen Fachkräfte, beziehen sich auf die gesamte Organisation der Beratungs- und Behandlungsstelle, also auch auf den Teil der Behandlung.

¹⁷ Zusätzlich in dieser Gruppe werden auch Sozialwissenschaftler_innen und Soziolog_innen genannt.

men sowie die finanziellen und inhaltlichen Steuerungen durch Kostenträger nachfolgend näher analysiert werden, um diesbezügliche Vermutungen konkretisieren zu können.

Konkret handelt es sich bei Suchtberatungsstellen um eine sog. vorsorgende Hilfe, mit der der Gesetzgeber der „Notwendigkeit“ einer freiheitsentziehenden Maßnahme im Falle einer psychischen Erkrankung¹⁸ vorbeugen möchte, indem er einer bestimmten Gruppe von Menschen die Krankheitsrolle zuschreibt (s. Analyse der Krankheitsrolle oben). Beispielfür für NRW lautet der Passus in § 3, Abs. 1. S.1 PsychKG:

„Die Hilfen sollen Betroffene aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen, sowie Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen vermeiden.“

Dies ist eine sehr allgemeine Formulierung, die vieldeutig ausgelegt werden kann und wird. Deshalb wird im Fachkontext mit Blick auf konkrete Ausgestaltungen der, in diesem Kontext angesprochenen Hilfen eher postuliert, dass es sich hierbei weitgehend um sog. freiwillige, d. h. nicht einklagbare, Leistungen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge handelt (Bürkle 2015), welche einen Teilbereich der sog. „sozialen Sicherung“ darstellen. Die hier für eine Suchtberatungsstelle beschriebene (einer freiheitsentziehenden Maßnahme) vorbeugende Hilfe im Sinne von staatlich organisierter Fürsorge stellt jedoch nur eine Logik innerhalb des Gesamtsystems suchtbezogener Hilfen dar. Suchtmedizinisch geprägte rehabilitative Hilfen (s. o.) oder „teilhabeorientierte Betreuung“ (s. o.) stellen zum Beispiel eine jeweils andere Rationalität im Sinne eines sog. Leistungsprinzips dar. Dies impliziert, dass zusätzlich zur Hervorbringung der „Adherence“ auch verschiedene Rationa-

¹⁸ Die Regelung dieses Sachverhaltes obliegt den Bundesländern. Die hier beispielhaft aufgeführte Regelung entstammt dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) und ist in anderen Bundesländern vergleichbar geregelt: „Eine Unterbringung ist nur zulässig, wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung.“ (§11, Abs. 1 PsychKG NRW)

litäten zwischen verschiedenen Hilfeformen im Gesamtsystem der sozialen Sicherung bewältigt werden müssen, wenn Menschen diesbezügliche Hilfe nicht nur in einer Logik in Anspruch nehmen wollen. Auch hier stellt sich die Frage, ob und wenn ja wie sich eine mögliche Unterschiedlichkeit der Rationalitäten auf die Kontaktaufnahme zwischen Klient_in und Fachkraft auswirkt. Welche verschiedenen Rationalitäten sich in den suchtbbezogenen Hilfen identifizieren lassen und wie sich diese unterscheiden, welche Dynamiken sich aus dem Neben- und Miteinander sich ergeben und in welcher Position sich dabei Suchtberatungsstellen befinden, soll nachfolgend näher betrachtet werden.

3.2.1 Suchthilfe zwischen Leistungsprinzip und Fürsorge

Grundsätzlich handelt es sich bei allen suchtbbezogenen Hilfen, die im Verlauf der Arbeit auch als Feld suchtbbezogener Hilfen bezeichnet werden, um Hilfen des Systems der sog. sozialen Sicherung. Dieses System lässt sich nach unterschiedlichen Gestaltungs- und Wirkprinzipien gliedern: das Versorgungsprinzip, das Versicherungsprinzip und das Fürsorgeprinzip (Althammer; Lampert 2014, S. 248 f.). Leistungen nach dem Versorgungsprinzip sind im Wesentlichen Leistungen zur Beamtenversorgung (ebd. S. 249) und können im Kontext der Beschreibung des Feldes der Suchthilfe hier vernachlässigt werden. Leistungen nach dem Versicherungsprinzip werden individuell auf der Basis von gesetzlichen Sozialversicherungen erbracht. Hierzu zählen die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Arbeitslosenversicherung, die Unfallversicherung und die Pflegeversicherung. Für sie gilt, abgesehen von den Geldleistungen (z.B. Altersrente, Krankengeld u.a.), das Wirkprinzip der Solidarität: Die Versicherungsbeiträge sind nicht an Risikowahrscheinlichkeiten gekoppelt, dementsprechend gibt es keine risikobedingten Leistungsausschlüsse. Die Leistungen beruhen auf einem Rechtsanspruch, der in den SGB geregelt ist (ebd.). Für den Bereich der Suchthilfe, in dessen Rahmen ein Anspruch auf Leistungen nach dem Versicherungsprinzip besteht, sind im Wesentlichen das SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) und das SGB VI (gesetzliche Rentenversicherung) relevant. Leistungen nach dem Fürsorgeprinzip werden nach dem Wirkprinzip der Subsidiarität zur Beseitigung einer Notlage gewährt. Die Berechtigung zum Bezug von Leistungen nach dem Fürsorgeprinzip (hier z.B. SGB XII, aber auch SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende) wird durch eine Überprüfung der Bedürftigkeit sichergestellt (ebd., S. 249). Das Gestaltungsprinzip von Fürsorge geht jedoch

über Leistungsansprüche der Sozialversicherungen (hier SGB V und SGB VI) hinaus und umfasst weitere Aspekte der Daseinsvorsorge zur Verhütung von Notlagen (hier das Öffentliche Gesundheitsdienstgesetz-ÖGDG, oder das Psychisch-Kranken-Gesetz der jeweiligen Länder-PsychKG). Die Verantwortung für ein entsprechendes Hilfeangebot haben die Kommunen, die auch die Finanzierung tragen. Hierzu gibt es häufig Bezuschussungen durch die jeweiligen Bundesländer. Diese ist aber oft an die kommunale Finanzierung gekoppelt und ohne diese nicht denkbar. Darüber hinaus sind aber auch freiwillige kommunale Leistungen vorfindbar, die regional unterschiedlich ausfallen, weil sie politisch begründet, und einer ökonomischen Steuerung unterworfen sind (s. Kapitel 3.2.2). Als Beispiel für diese Leistungen im Kontext ambulanter Suchtberatungsstellen können hier Stellenerweiterungen bzgl. der Differenzierung des Beratungsangebotes benannt werden (z. B. Kindergruppen für Kinder von Abhängigen, Frauengruppen, Angehörigengruppen, sog. Motivationsgruppen für Menschen, die einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme Sucht gestellt haben oder eine Fachkraft oder Fachstelle für Suchtprävention¹⁹).

Leistungen des Systems der sozialen Sicherung werden gem. § 11 SGB I als Geld-, Dienst- oder Sachleistung erbracht. Während Sachleistungen durch die Bereitstellung von Gegenständen bestimmt sind, sind Dienstleistungen gekennzeichnet als persönliche Interaktion zwischen zwei Menschen im direkt aufeinander bezogenen Kontakt (uno actu Prinzip). Die Dienstleistungen im Sinne der Sozialgesetzbücher sind sehr weitgehend zu verstehen. Hierzu gehören die Leistungen von niedergelassenen Ärzt_innen, Behandlungen in Krankenhäusern, aber auch die Leistungen von Beratungsstellen, die in kommunaler Verantwortung stehen, wie die Erziehungsberatungsstellen oder die Arbeit der Kindertagesstätten. Im Weiteren soll es vor allem um solche sozialen Dienste gehen, die nach dem Fürsorgeprinzip erbracht werden.

¹⁹Die hier genannten Beispiele für Ausdifferenzierungen von Hilfeangeboten für Suchtkranke werden vom Rentenversicherungsträger als Strukturvoraussetzung (somit indirekt von der Kommune) gefordert, wenn die Beratungsstelle ein Angebot von sog. ambulanter Rehabilitation (ambulante „Therapie“ genannt) für die Klient_innen vorhalten soll. Dieses führt mindestens zu finanziellen Verflechtungen auf der konkreten Organisationsebene der jeweiligen Beratungsstelle, (weitere Konkretisierungen s. Kapitel 3.2.3) was wiederum zu der Vermutung führt, dass dies ebenfalls nicht ohne Einfluss auf die fachliche Interaktion mit Klient_innen bleibt.

3.2.2 Besonderheiten von Sozialen Diensten im Kontext sozialer Sicherung²⁰

Die Bezeichnung „Sozialer Dienst“ beschreibt eine spezifische Organisations- und Handlungsform und ist dann gerechtfertigt, wenn die erbrachte Leistung professionell (im Sinne von für diese Tätigkeit ausgebildet), organisiert (im Sinne von „in einer Organisation stattfindend“) und entgeltlich erbracht wird (Bäcker et al. 2010, S. 507). Soziale Dienste werden im gesamten System der sozialen Sicherung vorgehalten, um soziale Hilfe und Unterstützungsleistungen anzubieten, die über die Erhöhung des Einkommens hinausgehen. Im Fall der untersuchten Suchtberatungsstellen handelt es sich daher konkret um einen Sozialen Dienst, welcher im Gestaltungsbereich der Fürsorge angesiedelt ist und gemäß der jeweiligen Landesgesetze nach der Logik der öffentlichen Gesundheitsversorgung normiert ist (ÖGDG, PsychKG). Für Vermutungen über mögliche, diesbezügliche Feldeffekte in Suchtberatungsstellen könnte es von Bedeutung sein, sich einige allgemeine Kennzeichen von Sozialen Diensten vor Augen zu führen:

- Soziale Dienste grenzen sich von anderen erwerbsförmigen Dienstleistungen insofern ab, als dass ihr Anlass ein soziales Problem ist und als solches gesellschaftlich anerkannt sein muss. Diese Anerkennung unterliegt einem gesellschaftlichen Wandel (ebd., S. 508).
- Soziale Dienste im Kontext von Fürsorge unterscheiden sich substantiell von Leistungen nach dem Versichertenprinzip, weil Quantität und Qualität der angebotenen Hilfen über das zur Verfügung gestellte Finanzvolumen der Steuermittel bestimmt werden. Deren Ausgestaltung ist eine politische Frage und hängt mit Finanzierungsmöglichkeiten und Priorisierungen innerhalb der öffentlichen Auf- und Ausgaben zusammen (ebd., S.522).
- Darüber hinaus sind Soziale Dienste und Dienstleistungen im Verhältnis zu den Sach- und Geldleistungen der Sozialversicherungsträger in einem weitaus geringeren Maße rechtlich fixiert (ebd.). Daher bieten sie einen großen Gestaltungsraum für die verantwortlichen Akteure, der auch für professionalisiertes und nicht bürokratisiertes helfendes Handeln essentielle Voraussetzung ist. Andererseits reflektiert durch die geringe gesetzliche Normierung das vorhandene Angebot an organisierten sozialen Diensten, insbesondere wenn es öffentlich bereitgestellt und

²⁰ Neben den, als freiwillig einzustufenden Dienstleistungen der Daseinsvorsorge, wie hier in Suchtberatungsstellen, treffen diese Besonderheiten auch auf Dienstleistungen zu, wie sie z. B. in den SGB VIII und XII beschrieben sind.

(mit)–finanziert wird, immer auch eher die jeweiligen Rechts- und Finanzierungsgrundlagen und ist weniger eine Antwort auf den tatsächlichen Bedarf. Darin zeigen sich Prioritäten bzw. Widerstände der Politik, bestimmte soziale Probleme überhaupt rechtlich zu regeln, die darin begründet liegen, dass eine normierte Regelung einen rechtlich einklagbaren Anspruch begründet, der auch finanziert werden muss (ebd., S. 523).

Darüber hinaus gilt es, in diesem Zusammenhang einen weiteren Punkt zu berücksichtigen. Dieser betrifft die Veränderung der Rationalität von Sozialen Diensten unter dem Aspekt einer Verschiebung hin zu einer stärker ökonomischen Rationalität der Steuerung dieser Art von Diensten und Dienstleistungen. Da es sich um ein sehr komplexes Problem handelt, soll hier nur kurz auf zwei Aspekte hingewiesen werden.

Die Steuerung der Umsetzung steuerfinanzierter Leistungen der Fürsorge (wie hier die Grundlagenfinanzierung einer Suchtberatungsstelle) hat sich im Rahmen des, sich seit den 80er Jahren vollziehenden Wandels der Verwaltungs- und Organisationsstrukturen verändert. Für die, in den sozialen Diensten tätigen Professionen bedeutet dies einen Wechsel von ‚Vertrauen‘ hin zu einer ökonomischen Rationalität der Steuerung (‚Accountability‘) (Nadai; Sommerfeld 2005, S. 202), (Sommerfeld; Haller 2003, S. 64 f.). Für die Finanzierungsgrundlage der Leistungen im Segment der Fürsorge heißt dies: Weg von pauschalisierten Zuwendungsbescheiden, hin zu Leistungsverträgen mit den Kommunen, deren Inhalte und möglicherweise Kennzahlen immer wieder neu definiert, an der gesetzlichen Grundlage begründet und hinsichtlich möglicher Spielräume verhandelt werden müssen. Das Abrücken der Kostenträger vom Prinzip der Kostendeckung im Rahmen der sog. „Neuen Steuerung“ verschärft eine Verschiebung von einer Orientierung an Bedarfen der Klienten hin zu einer Erwirtschaftung von geleisteten Stunden zur Kostendeckung. Dies führt für die, in den sozialen Diensten tätigen Fachkräfte zu einem Zielkonflikt, da dieses ökonomische Denken der Logik der Professionen widerspricht, welche prinzipiell auf Hilfe zur Selbsthilfe angelegt ist (Arnold 2014, S. 217). Für die Fachkräfte in Suchtberatungsstellen bedeutet dies, dass dieser Wandel es Kostenträgern ermöglicht über die verbindliche Definition von Kennzahlen in Leistungsverträgen mehr Einfluss auf fachliche Konzeptentscheidungen zu nehmen.

3.2.3 Aspekte von Zuständigkeiten im Feld der Suchthilfe

Sucht wurde lange Zeit als überwiegend soziales Problem definiert. Hilfen erfolgten dementsprechend zunächst ausschließlich entsprechend der Logik der Fürsorge. Diese Zuordnung erweiterte sich 1968 mit der Anerkennung von Sucht als Krankheit durch das Bundessozialgericht und der sog. „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ aus dem Jahr 1978²¹. Diese gemeinsame Absprache zwischen den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der Träger der Rentenversicherung regelt die verbindliche Kostenübernahme im Fall der Krankheit Sucht und sieht eine Aufteilung der Zuständigkeiten vor. Für Maßnahmen und Hilfeleistungen, die die Folgen einer Sucht überwinden sollen, ist die gesetzliche Rentenversicherung als Träger zuständig. Dies ergab sich aus der Zielsetzung, die Teilhabe am Arbeitsleben und der Gemeinschaft zu ermöglichen. Die hierzu notwendigen Leistungen sind sogenannte Rehabilitationsleistungen, die auch bei rein körperlichen Erkrankungen, wie z.B. Rückenleiden, erbracht werden. Sie liegen damit herkömmlich im Verantwortungsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung. Für die Überwindung von körperlichen Abhängigkeitssymptomen und für die erforderlichen Behandlungen in stationärer Krankenbehandlung übernahm die gesetzliche Krankenversicherung die Verantwortung. Diese Zuordnung der expliziten Zuständigkeit gilt grundsätzlich bis heute. Suchtberatungsstellen sind jedoch auf eine spezifische Weise in dieses System eingewoben, welche, so die Vermutung, auch Auswirkungen auf die Phase der Kontaktaufnahme mit Klient_innen haben könnte. Daher soll diese Einbindung nun näher analysiert werden. Dazu ist es erforderlich, insbesondere die Rolle der Rehabilitation in Bezug auf die Suchtberatungsstelle als Organisation anhand von Richtlinien und Vereinbarungen in diesem Kontext näher zu betrachten.

Betrachtet man die aktuelle Fassung der oben genannten Vereinbarung von 2001, so fällt zunächst auf, dass sich der Name verändert hat. Die neue Betitelung lautet: „Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a). Diese könnte ein Hinweis auf die Struktur und den Inhalt dieses Dokuments und seine Bedeutung für das Feld der suchtbbezogenen Hilfen sein. Zum einen ist aus einer „Empfehlungsvereinbarung“, eine „Vereinbarung“ geworden.

²¹ Dies geschah ebenfalls erst auf Druck des Bundessozialgerichtes (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014, S. 5).

Dies bedeutet, dass eine Verstetigung des Anspruchs auf die Umsetzung des Inhaltes stattgefunden hat oder zumindest beansprucht wird. Strukturell betrachtet wird dieser Anspruch durch die Kosten-(und Leistungs-)träger der versicherungsrechtlichen Leistungen auf Bundesebene (die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherung) angemeldet. Wie noch zu zeigen sein wird, wird die Umsetzung dieses Anspruches der „zum Tragen der realen Kosten von Sucht verurteilten“ Kostenträger strukturell durch die historisch begründete Teilverlagerung der Gestaltungsverantwortung von Hilfen im Sektor Gesundheit auf die Ebene der, vom Gesetzgeber benannten öffentlich-rechtlichen Körperschaften ermöglicht. Dem steht ein gesetzlicher Anspruch der Versicherten auf Leistungen in diesem Bereich der sozialen Sicherung nicht entgegen.

Die hier interessierenden explizit legitimierten und implizit zugeschriebenen Zuständigkeiten für Akteure im Feld der Suchthilfe, insbesondere der Suchtberatungsstellen, ergeben sich aus der Analyse²² der, in dem Prozess der Ausdifferenzierung entstandenen Dokumente. Diese Dokumente sind in der Sammlung der „Vereinbarungen im Suchtbereich“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a) zusammengefasst und werden nachfolgend kurz benannt:

1. „Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04. Mai 2001“ inkl. 4 Anlagen zur näheren Ausdifferenzierung der in der Vereinbarung geregelten Inhalte
2. „Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03. Dezember 2008“
3. „Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011“ inkl. 2 weiterer Inhalte zur weiteren Ausdifferenzierung
6. „Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gemäß den Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung

²² Diese Analyse wird an dieser Stelle nur so weit vorangetrieben, wie es für die hier relevante Fragestellung nötig ist.

„Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 in der Fassung vom 23. September 2011“

7. „Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012“
8. „Ergänzende Ausführungen zum Rahmenkonzept Suchtnachsorge

Diese Kooperationsvereinbarungen wurden im Laufe der Jahre immer weiter ausdifferenziert. Dies geschieht ausschließlich aus der Logik und der Interessenlage der Kostenträger heraus. Um dieses zu illustrieren und um besser zu verstehen, was die Ausdifferenzierung für Suchtberatungsstellen und ihre Zuständigkeit bedeutet, ist ein kurzer Exkurs in die Geschichte und das Selbstverständnis der Rehabilitation im System der sozialen Sicherung sinnvoll.

Die Hilfeart „Rehabilitation“ ist in Ergänzung zu den Krankenbehandlungen ein eigenes Feld im System der sozialen Sicherung im Modus der Selbstverwaltung. Dieser Modus von Selbstverwaltung führte bis heute zu einer starken internen Ausdifferenzierung von Rehabilitationsleistungen, die sich als Ergebnis eines historisch gewachsenen Prozesses in einer nach Versicherungszweigen und Trägergruppen gegliederten Zuständigkeit zeigt (Schliehe 1995, S. 108) und sich neben der Krankenversorgung zu einem *eigenständigen* (Herv. R. H.) Teil des Sektors der gesundheitlichen Versorgung entwickelt hat (ebd. S. 109).

„Die Eigenständigkeit des rehabilitativen Versorgungssystems drückt sich aus in ihrer spezifischen Zielsetzung, in ihren besonderen konzeptionellen Anforderungen sowie in ihrer institutionellen Ausdifferenzierung, [...] [denn, Erg. R. H.] im Unterschied zur akut- und kurativmedizinischen Behandlung liegt der Schwerpunkt der Rehabilitation nicht in erster Linie darin, eine Krankheit (ursächlich) zu behandeln und zu beseitigen, sondern individuelle und soziale Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu mindern oder zu kompensieren“ (Schliehe 1995, S. 109).

Die „spezifischen Zielsetzungen“ und die „besonderen konzeptionellen Anforderungen“, die im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und ihren „komplexen Symptomen“ auftreten, führen aus der Logik der verantwortlichen Träger der Rehabilitation dazu, dass diese nur im Sinne von arbeitsteiligen Organisationsstrukturen realisiert werden

können. Für diese Strukturen trägt dann die Rentenversicherung als Kostenträger die Strukturverantwortung (Schliehe 1995, S. 110). Diese Strukturverantwortung wird aus der Überlegung abgeleitet, dass aufgrund der Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems sowie der Vielfalt der beteiligten Gesundheitsberufe und Professionen (welche für Schnittstellenprobleme verantwortlich gemacht werden) die Schnittstellen nicht durch geänderte Zuständigkeiten auf der Trägerebene verlagert werden können. Aus diesem Grund setzt sich die gesetzliche Rentenversicherung für einen Ausbau des Rehabilitationssystems mit einer Verantwortung der Rehabilitationsträger auf der Grundlage einer einheitlichen Strukturverantwortung ein, der eine staatliche Steuerung der Versorgungsstrukturen erübrigt (Schliehe 1995, S. 115). Diese Logik wiederum führt pragmatisch dazu, dass Schnittstellen nach Möglichkeit zu vermeiden bzw. so zu kompensieren sind, dass "Kontinuitätsprobleme möglichst nicht auftreten" (ebd.). Die Leistungen der Reha sollen demnach so ausgebaut werden, dass nach Möglichkeit alles aus „einer Hand“ geleistet werden kann. Lassen sich verfahrensbedingte Schnittstellen auf den Trägerebenen (hier auf der Ebene der öffentlichen Fürsorge einerseits und auf der Ebene der Kranken- und Rentenversicherung andererseits) nicht ausschließen, sieht sich die Rentenversicherung in der Strukturverantwortung die interprofessionelle Zusammenarbeit sowohl innerhalb der Einrichtungen medizinischer Rehabilitation als auch zwischen Einrichtungen verschiedener Versorgungsbereiche durch die Entwicklung ganzheitlicher und interdisziplinärer Konzepte zu fördern (ebd.).

Die „Suchtvereinbarung“ zwischen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen und das dort benannte „integrierte Programm“, das die Suchtberatungsstellen als Leistungserbringer anschlussfähig an die stationäre Rehabilitation Sucht machen soll, sind ein Ausdruck dieser „Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit“ und wird auch aktuell noch als Vorbild für eine „gelungene Vereinbarung“ unter unterschiedlichen Trägern von Rehabilitation für andere Rehabilitationszweige bezeichnet. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2014).

Wie eine konzeptionelle „Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen zwei unterschiedlichen Trägern“ konkret aussehen kann und welche inhaltlichen Verflechtungen und Implikationen sich daraus für Fachkräfte und ihre Klient_innen ergeben, zeigt exemplarisch das Verfahren, das aus Sicht der Kostenträger benötigt wird, um

einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen. Dieses Verfahren wird in § 6 der „Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘“ geregelt: Es ist nach Indikationsstellung durch einen Arzt zunächst ein Antrag unter Beifügung eines ärztlichen Befundberichtes und eines „aussagekräftigen Sozialberichtes“ an den Rehabilitationsträger zu stellen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a). Diese Aufgaben teilen sich ein ärztlicher Dienst (auch in Form eines niedergelassenen Hausarztes) und eine Suchtberatungsstelle im ambulanten Kontext. Da der ärztliche Dienst jedoch die Indikation stellt und der Rehabilitationsträger über deren Genehmigung entscheidet, bedeutet dies mit Blick auf die Zuständigkeiten eine faktische Hierarchisierung. In dieser Hierarchie nimmt die Suchtberatungsstelle die Rolle eines Zuarbeiters für die ärztliche Fachkraft, die die Indikation vornimmt und den Antrag einleitet und somit die Vermittlung „beauftragt“, sowie für die Rentenversicherung ein, dessen medizinischer Dienst auf der Grundlage der Antragstellung der *ärztlichen* Fachkraft und den jeweiligen Berichten über die Bewilligung einer Maßnahme zur Rehabilitation entscheidet.

Inhaltlich bedeutet die Vermittlung in das System der Rehabilitation Folgendes: Vom Träger der Rentenversicherung wird zentral festgelegt, welche Klient_innen aus welchen Gründen für eine Rehabilitation in Frage kommen, die Rede ist von „Rehabilitationsfähigkeit“, und welche von den Leistungen ausgeschlossen sind (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a, S. 34 f.). In diesem Zusammenhang spielt die „Abstinenz“ von Suchtmitteln eine zentrale Bedeutung, denn sie wird als Indikator für die Rehabilitationsfähigkeit und als zentrale Voraussetzung zur Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe von der Rentenversicherung definiert (§ 2 Vereinbarungen „Abhängigkeitserkrankungen“). Weiter gilt die graduelle Fähigkeit des Klienten die Abstinenz zu halten als zentraler Indikator für die Form der Rehabilitation: stationär, ganztätig ambulant oder ambulant. Die erste Indikationsstellung obliegt dem, den Antrag einleitenden, Arzt. Eine ausführliche diesbezügliche Begründung anhand der detaillierten Erhebung der biographischen Daten wird als Vorschlag von der Fachkraft in der Suchtberatungsstelle im Rahmen der Erstellung des sog. Sozialberichts erwartet. Die endgültige Entscheidung über eine Kostenbewilligung trifft der medizinische Dienst des Rehabilitationsträgers.

Die im Rahmen des sog. Sozialberichts vom Rentenversicherungsträger angeforderte Beurteilung im Vorfeld der Rehabilitation orientiert sich an folgenden Indikatoren:

„Einsichtsfähigkeit des Versicherten in die Abhängigkeit, Motivation zur Abstinenz, Prognose“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a, S. 20).

Damit wird den Suchtberatungsstellen die Zuständigkeit eines Gate-Keepers für die verschiedenen Formen von Rehabilitation zugewiesen. Es ist daher zu fragen, inwieweit sich dies als strukturierendes Element für die fachliche Arbeit in Suchtberatungsstellen und damit als Einflussfaktor auf die dort stattfindenden Hilfeangebote erweisen könnte.

In § 6 der Suchtvereinbarung wird mit dem Begriff „aussagefähiger Sozialbericht“ zunächst auf einen „Vordruck“ hingewiesen, der zunächst einen eher formalen Charakter eines administrativen Verfahrens suggeriert. Was der Rentenversicherer aber tatsächlich unter einem „aussagekräftigen Sozialbericht“ versteht, wird im 7 Jahre später veröffentlichten Rahmenkonzept für ambulante Rehabilitation konkretisiert:

„Neben den medizinischen Unterlagen wird im Rahmen der Vorbereitung und Motivierung in der Regel in einer Beratungsstelle für abhängigkeitskranke Menschen ein Sozialbericht erstellt. Dieser schließt die Krankheitsbeschreibung, die Berufs- und Sozialanamnese, das Risikoverhalten sowie den bisherigen Krankheitsverlauf ein. Aus dem Sozialbericht müssen folgende Informationen hervorgehen:

- „detaillierte Anamnese der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung,
- bisherige psychosoziale Diagnostik und deren Ergebnisse,
- Begleit- und Folgekrankheiten auf somatischem und psychischem Gebiet,
- Art, Häufigkeit und Umfang von Vorbehandlungen wegen der Abhängigkeitserkrankung einschließlich der Betreuung in Beratungsstellen und Teilnahme an Selbsthilfegruppen,
- Auswirkungen auf die soziale Situation (z. B. Führerscheinverlust, Arbeitsverhältnis, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Verhältnis zu Angehörigen, Wohnung, Straffälligkeit),
- Stand der Sozialisation und Beschreibung der Persönlichkeit am Beginn der Abhängigkeitsentwicklung und zum aktuellen Zeitpunkt,
- Einsichtsfähigkeit des Versicherten in die Abhängigkeit, Motivation zur Abstinenz, Prognose,
- individuelle Rehabilitationsziele,
- Frequenz und Umfang der erforderlichen Leistungen.“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a)

Eine unter *fachlichen und nicht unter formalen Gesichtspunkten* „sachgerechte“ Anfertigung eines, wie oben geforderten Sozialberichtes beinhaltet demnach auch biographisch reflexive Anteile für den/die Klient_in. Man könnte den Sozialbericht daher auch als soziale Diagnostik oder Sozialgutachten bezeichnen, da die, in diesem Kontext auch für den/die Klient_in bestehende Notwendigkeit, Biographisches zu thematisieren wesentliche selbstreflexive Prozesse anregen kann. Diese sind wiederum potentiell dazu geeignet ev. bestehende Ambivalenzen bezüglich der Annahme von Hilfen (welche auch anderer Art als medizinisch-psychotherapeutisch sein können) zu klären. Diese Klärung kann allerdings auch die Entscheidung zur Folge haben, keine weiterführende Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen. Gelingt dieser Prozess aber, so ist denkbar, dass über diesen die nötige Kooperation bei Klient_innen entstehen kann, die im Sinne einer „Rehabilitationsfähigkeit“ die Grundlage für die Erbringung der Leistung einer Rehabilitation darstellt und die, von der WHO in Bezug auf die Veränderung eines Lebensstils als notwendige „Adherence“ bezeichnet wurde (vgl. Kap. 3.1.2). Deshalb kann dieser Prozess im Unterschied zu einer formal-administrativen Vermittlung auch als qualifizierte Vermittlung bezeichnet werden. Darüber hinaus wird damit der, für die im Kontext von Sucht als Herausforderung betrachtete Teil der Hervorbringung der „Adherence“ (s. Kap. 3.1.2) mit dem Auslagern des Sozialberichtes möglicherweise auch an Suchtberatungsstellen ausgelagert.

Der Kostenträger der Rehabilitation (Rentenversicherungsträger) sieht hierfür u. a. die Suchtberatungsstelle, die sich in Kostenträgerschaft der Kommunen befindet, als zuständig an, stattet sie aber explizit nicht mit Ressourcen dafür aus, da für die Erstellung des Sozialberichts im Unterschied zu den ärztlichen Leistungen keine Kostenerstattung vorgesehen ist. Es besteht somit keine reziproke Beziehung zwischen Leistungsanforderung und Alimentierung der Leistung durch den Anforderer. Diese Art von Leistung (hier: Selbstklärung, Motivierung, Beratung zur Auswahl einer, für den speziellen Fall angemessenen rehabilitativen Maßnahme) gilt jedoch nicht als Pflichtleistung der Kommunen. Sie hat vielmehr den Status einer sogenannten freiwilligen Leistung und ist somit entsprechend politisch zu legitimieren und verwaltungstechnisch zu erfassen bzw. zu kontrollieren. Dementsprechend können diese Leistungen den Steuerungsversuchen der Kommune, zum Beispiel über die Reglementierung der einzusetzenden Zeitressourcen, ausgesetzt sein und zeigen sich deshalb als konfliktanfällig. Daher wurde im Sinne ei-

ner „Leistungserbringung aus einer Hand“ aus der Perspektive der Träger der Rehabilitation ein Versuch unternommen, diese ausgelagerte Zuständigkeit für die Vermittlung in Rehabilitation, als Alternative zum Behandlungspfad über Suchtberatungsstellen, zusätzlich in ärztliche Hausarztpraxen zu verlegen.

Hierzu wurde eine Interventionsstudie zur „Hausärztlichen Intervention für eine Entwöhnungs-, Langezeitbehandlung für Patienten mit einer Suchterkrankung (HELPS)“ (Fankhänel et al. 2014, S. 55) in Auftrag gegeben. Ziel der quantitativ angelegten Studie²³ war es zu überprüfen,

„inwieweit durch einen neuen Behandlungspfad–ein Screening auf Hilfebedarf und die Möglichkeit zur direkten Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung durch den Hausarzt–eine Steigerung der Antrittsquote für Entwöhnungsbehandlungen im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren erreicht werden kann.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 55)

Mit „herkömmlichen Verfahren“ war eben der Beantragungsweg über die Suchtberatungsstellen gemeint. Für die HELPS-Studie sollten in Hausarztpraxen Screening-Verfahren in der Praxisroutine etabliert, die beteiligten Hausärzte in einem Verfahren zur Kurzintervention bei Suchtklienten geschult und mit einem zusätzlichen Budget für die Durchführung versehen werden. Zusammenfassend stellen die Forscher fest:

„Wie die Ergebnisse zeigen, konnte erstens durch den neuen Behandlungspfad keine solche Steigerung erzielt werden. Zweitens ist festzustellen, dass im Rahmen der Untersuchung durch die beteiligten Hausärzte *aus Interventions- und Kontrollgruppe kein Patient* [Herv. R. H.] einer Entwöhnungsbehandlung zugeführt wurde. Die Ergebnisse zeigen drittens, dass die Umsetzung der Vorgaben zur Durchführung der Untersuchung gemäß Studienprotokoll seitens der beteiligten Hausärzte in Interventions- und Kontrollgruppe nur unzureichend erfolgt ist.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 57)

In Bezug auf das hier interessierende Forschungsinteresse kann somit festgehalten werden, dass die Erhöhung der Antrittsquote für die Suchtrehabilitation offenbar nicht einfach durch den Abbau formaler Vorgaben und die Veränderung formaler Zugangswege zu erreichen ist und dass Suchtberatungsstellen hier möglicherweise noch eine andere

²³ Die Studie wurde als Cluster-randomisierte, zweiarmige Interventionsstudie konzipiert (Fankhänel et al. 2014, S. 56).

als eine formal-administrative Rolle zukommt, da deren Vermittlungsquote in Rehabilitation immerhin bei 35,5 % liegt (Braun et al. 2017b, S. Tab. 5.05).

Die Versuche die Behandlungspfade zu optimieren und die Antrittsquote weiter zu erhöhen dauern trotzdem an. Dies zeigt sich auch in einem aktuellen Beitrag, der das sog. „Nahtlos“-Verfahren der Vermittlung aus dem qualifizierten Entzug in die Rehabilitation als Optimierung der Suchthilfe einordnet und dabei auf die zu erwartende diesbezügliche Rahmenempfehlung der Rentenversicherung Anfang 2017 verweist (Gehrkins 2016).

Ein weiterer Aspekt zur strukturellen organisationsbedingten Verstrickung zwischen Rentenversicherung und Kommune liegt darin, dass mit den „Vereinbarungen im Suchtbereich“ der Kostenträger der Rehabilitation starke inhaltliche Vorgaben für die fachliche Arbeit in ambulanten Suchtberatungsstellen setzt (siehe Anlage 1 zur Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“), ohne dazu durch die Kostenträger der Suchtberatungsstellen legitimiert zu sein. Das sog. „integrierte Programm zur Betreuung Abhängigkeitskranker im ambulanten Bereich“ stellt die strukturelle Voraussetzung dafür dar, um als Suchtberatungsstelle eine ambulante Rehabilitation im eigenen Haus anbieten zu können und damit das Angebotsportfolio für die Klient_innen regional zu erweitern. Für die Suchtberatungsstellen und ihre Kostenträger bedeutet dies inhaltlich Folgendes: Die gesetzliche Rentenversicherung macht konkrete inhaltliche Vorgaben, welche Angebote eine Einrichtung *außerhalb* der eigentlichen Leistung der ambulanten Rehabilitation vorhalten soll und schließt diese Strukturvorgaben gleichzeitig explizit von der Erstattung durch den Kostenträger der Rehabilitation aus²⁴.

²⁴ Ob damit das Konnexitätsprinzip (GG Art.104a), welches besagt, dass Aufgaben- und Finanzverantwortung jeweils zusammengehören, verletzt wird, kann an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden und würde auch in Bezug auf die hier interessierende Fragestellung zu weit führen. Festzuhalten ist, dass hier ein Ungleichgewicht besteht, dass zu Lasten der Kommune geht, die sich dem nicht wirklich entziehen kann. Dies bezieht sich auf die „freiwillige“ Leistungen der gesundheitlichen Versorgung von Gemeinden, von denen Luthe (2013a, S. 13) im Allgemeinen resümiert, dass diese oft wenig mit „Freiwilligkeit“ zu tun haben. Für eine vertiefende Analyse des sehr komplexen Zusammenhangs der Aufgabenteilung bzgl. der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, insbesondere in Kombination mit Fürsorgeleistungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden und deren Steuerungsinstrumenten, siehe ebd., S. 13 ff..

So heißt es an der genannten Stelle:

„Die Einrichtung muss unabhängig von dem im Rahmen des Leistungsspektrums finanzierten Leistungen über ein integriertes Programm zur ambulanten Betreuung Abhängigkeitskranker verfügen. Zum integrierten Programm der Einrichtung gehören insbesondere:

- Diagnostik und Indikationsstellung
- Motivationsklärung und Motivierung
- therapeutische Einzel- und Gruppengespräche
- Beteiligung der Bezugspersonen am therapeutischen Prozess
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
- Krisenintervention
- Vorbereitung der stationären Leistungen zur Rehabilitation
- ggf. Zusammenarbeit im Therapieverbund (ambulante und stationäre Einrichtungen)
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Prävention.

In dem Therapiekonzept ist darzustellen, wie die ambulante Rehabilitation in das integrierte Programm eingebunden ist“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a, S. 7).

Die zur Umsetzung dieses Programms notwendige personelle Ausstattung von Leistungserbringern geht weit über das hinaus, was im Zuge kommunal finanzierter Suchtberatungsstellen als Pflichtleistung vorausgesetzt werden kann (s. Kap. 3.2). Auch hier gilt: Da es sich um eine „freiwillige“ Leistung handelt ist auch dieses integrierte Programm politisch zu legitimieren und verwaltungstechnisch zu erfassen bzw. dessen Ergebnisse zu kontrollieren.

Lässt sich ein Träger darauf ein, ein Angebot von ambulanter Rehabilitation vorhalten zu wollen, so kommen weitere finanzielle Verpflichtungen auf ihn zu, die in der Regel nur durch eine gut ausgelastete Rehabilitation gegenfinanziert werden können. Konkret verlangt das gemeinsame Rahmenkonzept zur ambulanten Rehabilitation von 2008 nach medizinisch-psychologischen Maßstäben hochqualifizierte Fachkräfte, die vom Träger fest angestellt sein müssen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a). Ebenfalls ist in den sog. „Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskran-

ker“ von 2011 detailliert vorgeschrieben, welche Ausbildung mit welchem Inhalt die Fachkräfte vorweisen müssen, um eine Anerkennung der deutschen Rentenversicherung zu erhalten. Weiterhin werden bestimmte Ausbildungsinstitute aufgrund der zu erbringenden Ausbildungsleistung „empfohlen“, die in der Rehabilitation tätiges therapeutisches Personal (ärztliche, psychologische und sozialarbeiterische Fachkräfte) ausbilden dürfen (ebd. S. 77 ff.). Innerhalb der leistungserbringenden Einrichtung muss der Bereich der ambulanten Rehabilitation organisatorisch vom Rest der Beratungsstelle, insbesondere von der Nachsorge, getrennt arbeiten (ebd., S. 86). Darüber hinaus werden auch Fall- und Teambesprechungen sowie eine externe Supervision als Standardausstattung verbindlich vorgeschrieben (ebd., S. 26).

Ähnliches gilt für das Konzept der sog. „ambulanten Nachsorge nach Rehabilitation“ von 2013 (ebd., S. 84 ff.). Dieses verlangt ein bis zwei festangestellte Fachkräfte, die, als Basisausstattung, zusätzlich zur Rehabilitation auch Nachsorgeleistungen erbringen. Diese können aber nicht als Honorarvertragsmitarbeiter beschäftigt werden. Die ohnehin schon enge Abhängigkeit der Suchtberatungsstellen von den Vorgaben der Rentenversicherungsträger wird auch im Kontext der sog. Nachsorge, also außerhalb der eigentlichen Rehabilitationsleistung, weiter verstärkt, denn „die Nachsorge kann in geeigneten psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke durchgeführt werden, insbesondere in allen von den Rehabilitationsträgern geprüften und anerkannten Einrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (ebd., S. 87). Die verlangte Qualifikation des Personals ist nicht ganz so voraussetzungsvoll wie für die ambulante Rehabilitation, macht aber trotzdem klare, teilweise kleinteilige, der Logik von Verwaltung und Controlling folgende Vorgaben:

„Die Mitarbeiter, die die Gruppen- und Einzelgespräche durchführen, sollten einer der Berufsgruppen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4.5.2001 angehören (Ärzte, Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Sozialpädagogen). Die Nachsorge kann auch durch weitere in den psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke beschäftigte Berufsgruppen durchgeführt werden. Sie sollen über ausreichend Erfahrungen in der Suchtkrankenarbeit/medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker verfügen. Dies ist in der Regel anzunehmen, wenn eine mindestens 2-jährige tätigkeitsspezifische Berufserfahrung vorliegt (ebd., S. 86 f.).“ Dies wird bezogen auf Berufsgruppen und die im Rahmen der Ausbildung erfolgten

Strukturveränderungen folgendermaßen spezifiziert: „Es wird davon ausgegangen, dass der Abschluss Diplom-Psychologe durch den Abschluss eines konsekutiven Masters in Psychologie mit Berechtigung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ersetzt wird. Es wird davon ausgegangen, dass die bisherigen Studienabschlüsse für die Berufsgruppen der Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen durch den Bachelor in „Sozialer Arbeit“ mit staatlicher Anerkennung ersetzt werden“ (ebd. S. 87).

Somit finden in dieser Ausdifferenzierung von Seiten des Rentenversicherungsträgers immer mehr formale, sektorenfremde und nicht primär inhaltliche Aspekte Eingang. Aber so weit zu gehen, Ausbildungscurricula einzelner Studiengänge zu prüfen, um ggf. auch dort „Empfehlungen“ auszusprechen und sich damit in ein weiteres staatliches Feld außerhalb der sozialen Sicherung einzumischen, möchte man dann doch nicht.

„Die Nachsorge kann auch durch weitere in den psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke beschäftigte Berufsgruppen durchgeführt werden. Zu dieser Formulierung geben wir folgende Hinweise: Das Wort „weitere“ impliziert, dass ein Team in der Beratungsstelle mit Vertretern der in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ genannten Berufsgruppen vorhanden sein muss. Nicht akzeptiert wird eine Beratungsstelle mit nur einem Mitarbeiter, der z. B. der Berufsgruppe der Diplom-Pädagogen mit Schwerpunkt Sozialarbeit angehört. Das Wort „beschäftigt“ deutet darauf hin, dass dieser Mitarbeiter nicht über Kooperationsverträge oder Honorarvereinbarungen sondern im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses in der Beratungsstelle tätig ist. DRV und GKV weisen darauf hin, dass bisher keine Prüfkriterien zu den Anforderungen an Berufsgruppen erstellt wurden, welche die Nachsorge durchführen dürfen. Dabei soll es bleiben. Es ist nicht beabsichtigt, umfangreiche Prüfungen von Studiengängen vorzunehmen, welche Berufsgruppen zur Durchführung der Suchtnachsorge berechtigt sind (ebd. S. 90)“.

Die beschriebene strukturelle, konzeptionelle und finanzielle Einflussnahme des Trägers der Rentenversicherung setzt sich auch auf der Ebene der konkreten inhaltlich-methodischen Gestaltung der Interaktion zwischen Klient_innen der Suchtberatung und den Fachkräften in Suchtberatungsstellen fort und schränkt damit die Gestaltung der professionellen Beziehung zu den Klient_innen erheblich ein. Dies bezieht sich wie schon oben beschrieben auf die, der Rehabilitation zuarbeiten-

den, aber auch insbesondere auf die, von den Rentenversicherungen alimentierten Leistungen. In der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ und in den ausformulierten Rahmenkonzepten zur ambulanten Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a, S. 16 ff) und zur ganztägig ambulanten Rehabilitation (S. 31 ff.), aber auch im, die inhaltlichen Aspekte der Rehabilitation fortführenden Rahmenkonzept zur Nachsorge (S. 84 ff.) werden sehr kleinteilige-fast manualisierende-Ziele, Methoden und Inhalte vorgeschrieben. Beispielhaft kann hier der Punkt 4: Inhalte und Themen der Nachsorge aufgeführt werden:

„In den Gruppen- und Einzelgesprächen der Nachsorge sollen insbesondere folgende Themen [Herv. i. O.] bearbeitet werden:

- Erhaltung und Stabilisierung der Abstinenz,
- angemessene Konfliktlösungsstrategien bei drohenden oder aktiven Krisen,
- Anschluss an eine Selbsthilfegruppe,
- Förderung von Eigenaktivitäten (z. B. Freizeitgestaltung),
- Aufbau oder Stabilisierung eines suchtmittelfreien Freundes- und Bekanntenkreises,
- Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft,
- Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder)-Eingliederung (z. B. Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, Begleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung),
- Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Hilfen sowie
- Nutzung anderer Hilfen wie Erziehungsberatung, Eheberatung, Schuldnerberatung, Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation, Betreutes Wohnen, Bewährungshilfe usw.“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a)

Insbesondere diese Vorgabe zeigt auf, welches Ausmaß der Ausdifferenzierungsprozess aus der oben beschriebenen Logik heraus angenommen hat und welche kleinteiligen Vorgaben der Rentenversicherer glaubt vornehmen zu können oder zu müssen, um seiner, sich selbst zugeschriebenen Verantwortung für Strukturqualität nachzukommen.

Alle genannten Aspekte, aber insbesondere die der organisationsbedingten Mitarbeiter_innenbindung und die der Strukturvorgaben begründen eine komplementäre, hierarchische Wechselbeziehung zwischen dem Hilfeangebot ambulante Rehabilitation inkl. Nachsorge und der Organisation Suchtberatungsstelle die aus der Rationalität der Rentenversicherung zwar konsequent ist, für die kommunalen Kostenträger der Beratungsstellen aber einen Knebelvertrag bedeutet. Diese Konstellation begründet die Vermutung, dass diese Beziehung implizit auch die fachlich professionelle Gestaltung der Klient_in-Fachkraftbeziehung beeinflussen oder steuern kann. Beispielhaft kann hier die Notwendigkeit genannt werden, ambulante Rehabilitationsplätze im eigenen Haus besetzen zu müssen, um Kosten zu decken. Die Beratungsstellen und ihre Fachkräfte können sich dem nicht entziehen, möchten sie die Angebote der Rehabilitation für die Menschen der Region vorhalten, die fachlich deutlich über das hinausgehen, was als kommunale Pflichtleistung zur Verhinderung von „Zwangsunterbringungen“ denkbar wäre.

Allerdings ist zu vermuten, dass nicht nur die Wahrung der Interessen der Klient_innen eine Rolle spielt, wenn sich eine Organisation entscheidet, an der ambulanten Reha mitzuwirken. Als weitere Gründe können auch die qualitative Aufwertung der Beratungsstelle im Wettbewerb mit anderen Beratungsstellen und die Möglichkeit (und Notwendigkeit) eine entsprechende Anzahl von Fachkräften vorzuhalten, diese aufwändig weiterzubilden, Professionalität durch Supervision zu sichern und letztlich die Kommune an die Finanzierung dieser Leistungen zu binden genannt werden. Weitere Aspekte hierzu werden nachfolgend in den Blick genommen.

Durch die strukturelle Zuordnung von Suchtberatungsstellen zu unterschiedlichen Feldern (Gesundheitswesen, Sozialwesen, Fürsorge- oder Versicherungsprinzip) kommt es neben Finanzierungs- und Organisationsfragen auch immer wieder zu unterschiedlichen inhaltlichen Deutungen in Bezug darauf, was das Konstrukt Sucht oder problematischer Suchtmittelkonsum für die Betroffenen bedeutet und wie damit umzugehen ist. Das sozialversicherungsfinanzierte Gesundheitswesen mit der dominierenden Profession Medizin definiert Menschen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum daher als auf eine spezifische Weise „krank“ und ordnet ihnen deshalb die „Krankenrolle“ zu, um ihre Zuständigkeit legitimieren zu können. Das System der fürsorgeba-

sierten sozialen Dienste versteht sich hingegen als Hilfe zur Vermeidung von Notlagen oder fühlt sich, positiv formuliert, aus humanitären Gründen dem Erhalt der Autonomie der Lebenspraxis²⁵ verpflichtet, welche durch den Selbstschädigungsaspekt des Konsums oder Verhaltens eingeschränkt werden kann. Suchtmittelkonsum kann von den Fachkräften in diesem Kontext aber auch in einem emanzipatorischen Sinn bei der Bewältigung von aktuellen Lebensherausforderungen (auch Entwicklungsaufgaben beim Erwachsenwerden) als kurzfristig funktional begriffen werden. Aus dieser Sichtweise heraus sollte dann dessen Verfestigung zur Vermeidung von Selbstschädigung verhindert werden (Barsch 2013, S. 169).

Suchtberatungsstellen befinden sich in einer Scharnierrolle zwischen diesen Systemen und bilden damit eine sog. Schnittstelle in Form eines dafür spezialisierten Dienstes. Somit treffen in der Praxis diese unterschiedlichen Finanzierungs- und inhaltlichen Rationalitäten in einer Organisation, hier einer Suchtberatungsstelle und im Fall eines Stellensplittings auch in der Person einer Fachkraft für Soziale Arbeit, aufeinander. Zwischen diesen Rationalitäten könnten sich in Suchtberatungsstellen Zielkonflikte, konkret in der Frage der Zuordnung einer fachlichen Leistung zu einem bestimmten Finanzierungskonzept, entzünden, weil diese künstlichen Trennungen zwischen unterschiedlichen Rationalitäten in der Praxis vor allem unter Berücksichtigung der Bedarfe von Klienten verschwimmen bzw. möglicherweise unzureichend reflektiert werden. Dies zeigt sich in folgender Art und Weise:

In fast allen fach-(politischen) Beschreibungen von Aufgaben zu Zuständigkeiten von Suchtberatungsstellen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1999; Böhl 2010; Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren 2000; Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2015) findet sich eine lineare Sichtweise zur Funktion und Zuständigkeit von Suchtberatungsstellen als Ort der Beratung, Vermittlung und Motivierung von Klient_innen. Pointiert formuliert, wird einer Suchtberatung damit eine „Zuliefererrolle“ für Rehabilitation und andere weiterführende Angebote von Suchthilfe zugeschrieben. Suchtberatung ist in diesen Verständnissen

²⁵ Dies wird konkret normiert im Rahmen des PsychKG: eine „zwangsweise“ Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung um Fremd- und / oder Selbstgefährdung zu verhindern, welche im Kontext von Suchtmittelkonsum auftreten kann.

eine auf Zuarbeit zu weiteren Maßnahmen ausgerichtete Tätigkeit. In der Regel erscheint bei dieser inhaltlich-manifestierenden Zuschreibung von Seiten der Fachverbände und der Landespolitik allerdings wenig reflektiert, dass die, in dieser Form beschriebenen und als Standard gesetzten Leistungen freiwillige Leistungen der Kommunen sind. Die Folge dieser möglicherweise fehlenden Reflexion der dargestellten Verstrickung auf unterschiedlichsten Ebenen ist, dass die Art und Weise der Leistungserbringung in der Form, die dann durch das engmaschige Netz an Vorgaben seitens der Rehabilitationsträger, der sich als strukturverantwortlich wahrnimmt, festgelegt wird, als Standard gesetzt wird. Dies wiederum hat zur Folge, dass die dadurch entstehenden Kosten für personelle Ressourcen, die zwar strukturell gefordert, aber explizit nicht durch den Kostenträger der Rehabilitation gegenfinanziert werden, faktisch den Kommunen zugeschoben werden. Dieser Kostendruck kann, seitdem sich hier ein Wechsel der Verwaltungsrationalität hin zu einer ökonomischen Realität vollzogen hat bzw. immer noch vollzieht, durch Steuerungsversuche, in der Regel über Leistungsverträge an Suchtberatungsstellen weitergegeben werden, da aus dieser Perspektive die Notwendigkeit der Rechtfertigung über Ausgaben besteht. Dieser Kostendruck kann sich dann schließlich auf die Handlungsrationalität der Fachkräfte auswirken, wenn diese sich in der Verantwortung sehen, nach einer zusätzlichen Refinanzierung der im Haus vorhandenen Ausschau halten zu müssen z. B. durch die Vermittlung in Angebote, die außerhalb einer kommunalen Finanzierung liegen und von der eigenen Organisation angeboten werden.

Dies scheint auch wiederum Folgen zu haben, deren Auswirkungen sich in den immer kleinteiliger werdenden Spezifizierungen der inhaltlichen und strukturellen Vorgaben der Träger der Rentenversicherung dokumentieren. Diesen gehen möglicherweise Ereignisse oder Analysen voraus, die den fachlichen Erfolg der Rehabilitation als gefährdet ansahen und die es deshalb aus deren Perspektive haben nötig erscheinen lassen mit weiteren Vorgaben zu reagieren, um der Strukturverantwortung nachkommen zu können (s. insbesondere die „Ergänzende Ausführungen zum Rahmenkonzept Nachsorge“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a). Dies weist auf eine wechselseitige dynamische Entwicklung zu Lasten von autonomer Fachlichkeit hin. Trotz der immer enger werdenden Auflagen sahen sich Suchtberatungsstellen möglicherweise genötigt, nach zusätzlichen Finanzierungsquellen Ausschau zu halten, um die Kontinuität ihres Angebotes für ihr Klientel zu sichern bzw. zu erweitern (z. B. Nachsorge oder Teilhabeorientierung).

Dabei fühlen sie sich aber von anderer Seite, z. B. von der Kommune oder dem Land als anderer zuständiger Träger, offenbar nicht ausreichend unterstützt. Darüber hinaus bedeutet eine Verweigerung des Anschlusses an das System der Rehabilitation eine strukturelle Abkoppelung von einem hoch ausdifferenzierten Versorgungszweig für Abhängigkeitserkrankte.

Für den Zusammenhang mit dem hier anvisierten Forschungsprojekt bedeutet dies, dass diese Gemengelage auf eine gegenseitige Zwangslage und eine historisch gewachsene Verstrickung auf der Inhalts- und Organisationsebene von den Suchtberatungsstellen und den Trägern der Rentenversicherung hindeutet. Durch diese Konstellation aber kann, z. B. ausgelöst durch finanzielle Einschränkungen seitens der Kommunen, ein Machtkampf zwischen den Kostenträgern (Rentenversicherung und Kommunen) entstehen, der zunächst auf dem Rücken der Einrichtung, dann auf dem der Fachkräfte und zuletzt auf dem Rücken der Klientel, z. B. durch immer enger werdende Vorgaben und damit enger werdenden Spielräumen, um tatsächliche Bedarfe der Klienten abzudecken, ausgetragen werden kann. Fragen, die sich hieraus ergeben sind:

- Zeigt sich dieser Strukturkonflikt im Alltag von Beratungsstellen und wenn ja auf welche Weise?
- Wenn sich der Strukturkonflikt auf eine spezifische Art und Weise zeigt, wie wirkt er sich auf das fachliche Handeln und damit auch auf die Interaktion zwischen Fachkraft und Klient_in aus?

Den strukturellen Verflechtungen auf sozialpolitischer Ebene steht die Selbstwahrnehmung der eigenen Fachlichkeit durch die Fachkräfte selbst gegenüber. Diese Selbstwahrnehmung ist mit der Frage verbunden, was von dem, was sie aus ihrer Sicht tatsächlich tun, als Soziale Arbeit eingeordnet werden kann. Um diese Frage soll es im nächsten Kapitel gehen.

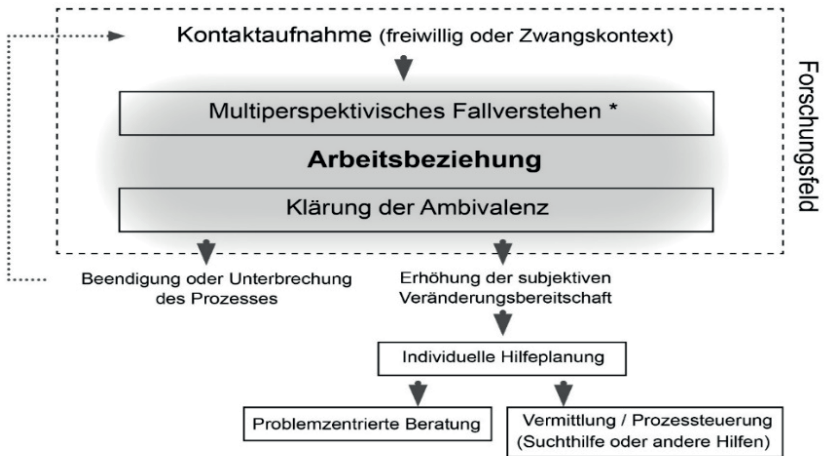
3.3 Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen

Im Rahmen einer eigenen kleineren Forschungsarbeit (Hansjürgens 2013) wurde das Feld der ambulanten Suchtberatungsstellen im Kontext legaler Suchtmittel (Alkohol, Medikamente und Spielsucht) beschrieben und die, von den Fachkräften der Sozialen Arbeit *tatsächlich* wahrgenommen Aufgaben auf der Basis von Selbstbeschreibungen qualitativ rekonstruiert. Die Beschreibungen der Fachkräfte wiesen eine

Nähe zu dem Konzept der sog. „multiperspektivischen Fallarbeit“ nach Müller (2012)²⁶ auf und wurden deshalb in Anlehnung an dieses Konzept rekonstruiert²⁷. Als wichtigste Aufgabe auf der Ebene der direkten Arbeit mit den Klienten wurde in dieser Perspektive von den Fachkräften die Klärung der Frage gesehen, was der individuelle Fall ist. Diese Tätigkeit, die in Anlehnung an Müller (2012) als „multiperspektivisches Fallverstehen“ beschrieben wurde (vgl. Abbildung 1), nimmt in diesem Zusammenhang einen großen Raum in der konkreten Arbeit ein und wurde als Grundlage für alle weiteren Tätigkeiten der Fachkräfte sowie auch für die Gestaltung einer, von ihnen als „Arbeitsbeziehung“ bezeichneten, Beziehung beschrieben.

²⁶ Bei diesem Konzept geht es darum, einen sozialpädagogischen Fall mit den Perspektiven „Fall von“ („Beispiel für ein anerkanntes Allgemeines“ S. 43), „Fall für“ („einzuschätzen, darauf zu reagieren und selbst einzufädeln, was andere in dem Fall tun können“ S. 52) und „Fall mit“ (in „professionellen Beziehungen mit Menschen in Schwierigkeiten Räume des Möglichen“ zu entwickeln S. 64) zu konstruieren. Diese Fallebenen können nicht voneinander getrennt werden, denn es handelt sich um „unterschiedliche Zugangsweisen eines praktischen Zusammenhangs“ (Herv. i. O.) (S. 43)

²⁷ In diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen ist, dass die Fachkräfte die Bezeichnung „multiperspektivisches Fallarbeit“ nicht verwendeten, sondern dass dieses Konzept aus den alltagsprachlichen Beschreibungen der Fachkräfte im Rahmen der Forschungsarbeit rekonstruiert wurde. Die Fachkräfte selbst kannten dieses Konzept nicht, sondern verwendeten ausschließlich Konzepte aus einem suchtmmedizinischen Kontext, die sie z. B. in entsprechenden Fort- und Weiterbildungen kennengelernt hatten.



* in Anlehnung an das Konzept „Multiperspektivische Fallarbeit“ nach Müller, 2012

Abbildung 1 Sozialarbeiterische Tätigkeiten in Suchtberatungsstelle

Über die, in diesen Kontext eingebettete Fallkonstruktion und die Konstituierung der sog. „Arbeitsbeziehung“, explizit auch in und mit Zwangskontexten, wird nach Aussage der Fachkräfte die, in der Regel vorhandene, Ambivalenz der Klienten zur Annahme von (weiterführender) Hilfe geklärt (sog. Motivationsarbeit). Diese allmähliche Auflösung der Ambivalenz bei den Klient_innen führt dann entweder zu einer Vermittlung in weiterführende Hilfen, zu einer problemzentrierten Beratung innerhalb der Einrichtung²⁸ oder zu einer (vorläufigen) Beendigung des Kontaktes. Eine Beendigung des Kontaktes wurde deshalb auch als „vorläufig“ beschrieben, weil es nach Aussage der Fachkräfte häufiger vorkommt, dass zu einem späteren Zeitpunkt erneut der Kontakt gesucht wird. Zu erklären sei dies dadurch, dass der Kontakt im Modus einer sog. „Arbeitsbeziehung“ und nicht im Modus eines Konfliktes beendet wurde. Im Rahmen der Vermittlung wurde von den Fachkräften darüber hinaus eine Lotsenfunktion für die Klienten im (Sucht-) Hilfesystem und die damit verknüpfte individuelle Hilfeplanung und Unterstützung bei der Antragstellung als weiterer Schwer-

²⁸ Themen in diesen problemzentrierten Beratungen mit Menschen, die noch keinen abhängigen, wohl aber einen problematischen Konsum entwickelt haben, sind häufig familiäre Beziehungen oder Probleme am Arbeitsplatz.

punkt der Arbeit benannt. Diese direkte Vermittlung bezog sich in erster Linie auf suchtbetragene Hilfen nach den SGB V und SGB VI (sog. „Entgiftung“ oder „Therapie“) oder auf die Vermittlung in Selbsthilfe oder andere nicht suchtspezifische Hilfen.²⁹ Die Tätigkeit der Vermittlung wurde von den Fachkräften explizit nicht als „technischer oder administrativer Akt“ verstanden, sondern eher als Teil der „Beziehungsarbeit“.

Aus theoretischer Sicht könnten daher die, von den Fachkräften beschriebenen Tätigkeiten in Richtung der direkten Arbeit mit den Klient_innen als Gestaltung einer „Verlaufskurve“ (trajectory of illness) (Strauss, 1997) oder nach Schütze (1984 zit. nach Feindt; Broszio 2008) als „Arbeitsbogen“³⁰ beschrieben werden. Dieser Arbeitsbogen beginnt mit dem Fallverstehen im oben beschriebenen Sinne und muss nicht zwangsläufig mit der vollzogenen Vermittlung in weiterführender Beratung oder auch durch eine (vorläufige) Beendigung eines Kontaktes enden. Sie versteht sich nach Aussage der Fachkräfte auch in Zeiten den Übergangs (z. B. zwischen Therapie und Nachsorge) als Schnittstellenverbindung zwischen Beratungsstelle und dem Hilfesystem oder auch anderen Bezügen des / der Klient_innen. Denn bei dem Versuch der passgenauen Vermittlung unter Berücksichtigung der multiperspektivischen Sichtweise auf den Fall oder der problemzentrierten Beratung zeigt sich die sog. „Arbeitsbeziehung“, die im Rahmen des o. g. Vorläuferprojektes als von den Fachkräften „typisch sozialarbeiterisch“ im Sinne von „anders als in einem suchtherapeutischen Behandlungssetting“ beschrieben und deren Konstituierung am Beginn des Arbeitsbogens im vorliegenden Forschungsprojekt empirisch untersucht werden soll.

²⁹ Aus kritischer Perspektive kann diese Tätigkeit als Beitrag zur Disziplinierung von Menschen bezeichnet werden, um sie in ein System verhaltenskorrigierender Maßnahmen einzugliedern. Da es in dieser Arbeit jedoch schwerpunktmäßig um eine Rekonstruktion des Tuns der Fachkräfte der Sozialen Arbeit gehen soll, muss eine ausführliche gesellschaftskritische Analyse und die daraus folgenden Erörterungen von Alternativen an dieser Stelle unterbleiben.

³⁰ „...trajectory is a term coined by the author to refer not only to the physiological unfolding of a patient's disease but to the total organization of work done over that course, plus the impact on those involved with that work and its organization.“ (Strauss, 1997: 8). Fritz Schütze hat dieses Konzept für die deutsche Soziologie übersetzt, weiterentwickelt und dann als Arbeitsbogen bezeichnet (Feindt; Broszio 2008).

4 Sensibilisierende Konzepte

In Bezug auf die angestrebte Rekonstruktion der Konstituierung der, von den Fachkräften „Arbeitsbeziehung“ genannten, Beziehung im Rahmen von Suchtberatungsstellen sollen nun sog. sensibilisierende Konzepte (Blumer 1986) vorgestellt werden, die verschiedene Aspekte von „Beziehung“, auch im Rahmen eines beruflichen Kontextes, in den Blick nehmen.

4.1 Arbeitsbündnis nach Oevermann

Ein, im Kontext von Sozialer Arbeit auf Interesse gestoßenes Modell zur Gestaltung von Beziehungen³¹ in einem als „professionell“³² bezeichneten Kontext ist das Modell des sog. „Arbeitsbündnisses“, welches von Oevermann strukturanalytisch als

„stellvertretende Krisenbewältigung [Herv. i. O. R. H.] für den Klienten auf der Basis eines explizit methodisierten Wissens“ (Oevermann 2009, S. 113)

konzipiert wurde. Den Begriff „stellvertretend“ bezieht er dabei auf den Umstand, dass ein_e Klient_in nicht (mehr) in der Lage ist, eine sich stellende Handlungsentscheidung allein mit Hilfe bewährter Routinen

³¹ Im Rahmen ihrer Konzeption eines „Professionsideals Sozialer Arbeit“ räumen Becker-Lenz und Müller (2009) diesem Konzept einen zentralen Stellenwert ein. Auch Köngeter (2009, S. 122 f.) stützt seine differenzierende Studie zu verschiedenen Modi von Professionalität in den Erziehungshilfen grundsätzlich auf diese Überlegungen. Hinweise auf Auswirkungen der Reflektion oder eben Nichtreflektion eines der dem Modell von Oevermann zugrunde liegenden Konzepte (diffuse und spezifische Sozialbeziehung nach Parsons) finden sich für den Kontext „Sozialer Dienst“ bei Arnold (1992, S. 127 f.).

³² Auf die Hintergründe eines von Oevermann als „professionell“ bezeichneten beruflichen Kontextes soll an dieser Stelle nur in der Weise vertiefend eingegangen werden, wenn dies in Bezug auf das behandelte Thema im Kontext von Sozialer Arbeit von expliziter Bedeutung ist, da die ursprüngliche Darstellung der Strukturprobleme und die daraus folgenden theoretischen Überlegungen eher auf die Berufsgruppen des / der Therapeut_in, des / der Lehrer_in, des / der Richter_in und des / der Wissenschaftler_in bezogen waren (Oevermann 1996). Aus diesem Grund wird in den Ausführungen in erster Linie auf den Aufsatz von Oevermann (2009) eingegangen, in dem er seine Überlegungen insbesondere zur Art und Weise der Beziehung zwischen Fachkraft und Klient_in für den beruflichen Kontext der Sozialen Arbeit konkretisiert.

zu bewältigen, dafür eine professionelle Dienstleistung in Anspruch nimmt und somit die Bewältigung einer „Krise“ in dieser Perspektive an eine „fremde Expertise“ delegiert (ebd., S. 114). Die Begründung ergibt sich aus seinen grundlagentheoretischen Annahmen, die hier nur angedeutet werden können. Nach Oevermann ist die Grundlage autonomer Lebenspraxis die prinzipielle Gegenüberstellung zwischen einer sich generativ herausgebildet habender sinnhafter Ordnung und individueller Fallstrukturgesetzlichkeit. (Oevermann 1996, S. 75) Spannung entsteht durch Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung. Für diese Entscheidung stehen nicht immer bewährte Routinen zur Verfügung. An dieser Stelle entsteht die sog. „Krise“ (ebd., S.77). Die Bewältigung dieser „Krise“ ist somit also immer der Moment, an dem etwas „Neues“ entstehen kann. Die Unterstützung eines solchen Prozesses im Sinne einer stellvertretenden Krisenbewältigung stellt Interaktionspartner_innen in dieser Perspektive auch auf der Beziehungsebene vor eine Herausforderung, da auch der / die Professionelle in derartige Strukturen eingebunden ist. Da für solche Probleme in der Regel einfache standardisierte Analyseschemata und Lösungen im Sinne bewährter Routinen oder eines Expertenrates nicht greifen bzw. nicht greifen können, da etwas „Neues“ entsteht, müssen diese individuell, eben „nicht-standardisiert“ (Oevermann 2009, S. 116 f.) entwickelt werden. Damit ist in Oevermanns Perspektive auch die Frage nach der Art und Weise der Beziehungsgestaltung angesprochen, die er mit Blick auf das anzustrebende „Arbeitsbündnis“ als eine „widersprüchliche Einheit von diffusen und spezifischen Beziehungskomponenten“ (Oevermann 2009, S. 117) konstruiert, da sich die Akteure

„als ganze Personen in der Logik diffuser Sozialbeziehungen aneinanderbinden, obwohl sie grundsätzlich in der spezifischen Sozialbeziehung [...] einer [...] Dienstleistung verbleiben. (ebd.)

Dieses Postulat wurde von Oevermann modellhaft mit Blick auf psychoanalytische Therapieprozesse formuliert. Die zentrale Botschaft an die Patienten ist in diesem Zusammenhang, soziologisch formuliert: „sei diffus“ und mit Blick auf den Therapeuten: „bleibe spezifisch“ (Oevermann 2009, S. 118).

Daher erscheint es in der Perspektive eines, von ihm so bezeichneten Arbeitsbündnisses sinnvoll, das Augenmerk auf interaktionsdynamische Modi, konkret auf die Prozesse von „Übertragung“ und „Gegen-

übertragung“, zu richten, welche ebenfalls dem Vorbild eines psychoanalytischen Therapiesettings entlehnt sind und auch dort eine zentrale Rolle spielen (Oevermann 2009, S. 122 ff.). In dieser Perspektive ist die Analyse der eigenen Gefühle des / der Therapeut_in und die kognitiv von ihm / ihr zu leistenden Trennung von eigenen und fremden Gefühlsanteilen die Kunst, die es ermöglicht auf der Basis dieses Arbeitsbündnisses

„die Grundgestalten des Klientenproblems und einer lebensgeschichtlichen Motiviertheit und Genese als sich verdichtenden Konfigurationen herauszulösen bzw. durch intuitive Gestaltwahrnehmung den Weg zu einer aufklärenden Fallerfassung sich erfolgreich zu eröffnen“ (Oevermann 2009, S. 126).

Die Verbalisierung dieser „Gestaltwahrnehmung“ wäre dann in dieser Perspektive die sog. „stellvertretende Deutung“ (Oevermann 1996, S. 156 f.), die bei Klient_innen dann zu (Selbst-) Erkenntnisprozessen führen soll, indem sie eine „lebensgeschichtliche Motiviertheit“ sozusagen aufdeckt, diese ins Bewusstsein holt und sie damit besprechbar und prinzipiell veränderbar macht.

Ob und wie ein solches Arbeitsbündnis unter den spezifischen Erbringungsbedingungen von Sozialer Arbeit gelingen kann, bleibt für ihn trotz der genannten Rezeptionen aus diesem Kontext eine „offene Frage“ (Oevermann 2009, S. 148). Er verbindet dies mit verschiedenen Restriktionen, die wesentlich auf der nicht vorhandenen, als konstitutiv betrachteten vollständigen Freiwilligkeit des Klientels beruhen, die aus seiner Sicht im Rahmen von Sozialer Arbeit, aufgrund ihrer Einbindung in staatliche Ordnungssysteme, die mit Kontrollaufträgen ausgestattet sind, eher nicht gegeben scheint (Oevermann 2009, S. 130 ff.).

4.2 Kommunikationstheoretische Aspekte von Beziehung

Grundlage der Begegnung zwischen Fachkraft und Klient ist eine kommunikative Situation. Daher soll zunächst auf diesen Aspekt und dessen Verhältnis zu einer Beziehung näher eingegangen werden.

Eine bekannte kommunikationstheoretische Bestimmung des Verhältnisses von Beziehung und Inhalt im Rahmen einer Kommunikation

stammt von Watzlawick, Bavelas und Jackson((1969) 2007). Diese formulieren Axiome, die Grundannahmen über menschliche Kommunikation beschreiben. Das erste Axiom besagt:

„Man kann nicht nicht kommunizieren.“ (Watzlawick et al. (1969) 2007, S. 53)

Ein weiteres ergänzt:

"Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler (verbaler) und analoger (non-verbaler, nicht-sprachlicher) Modalitäten." (Watzlawick et al. (1969) 2007, S. 68).

Daher muss davon ausgegangen werden, dass in einer tatsächlich stattfindenden Interaktion, also einer wie auch immer gearteten Kommunikation zwischen Klient_in und Fachkraft dieser letztlich nicht ausgewichen werden kann.

Ein anderes Axiom spricht den Aspekt der „Beziehung“ zwischen den Interaktionspartner_innen an:

"Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist." (Watzlawick et al. (1969) 2007, S. 56).

Dieser Begriff von „Beziehung“ ist nicht gleichzusetzen mit dem, von den Fachkräften benutzten Begriff der „Arbeitsbeziehung“ im Rahmen der Beschreibung sozialarbeiterischen Handelns in Suchtberatungsstellen (vgl. Abbildung 1). Er ist viel allgemeiner und grundsätzlicher zu fassen und beschreibt daher nicht eine spezifische Form von „Beziehung“. Diese Axiome werden modifiziert und spezifiziert von Kreis (1985), der die Theorie von Watzlawick et al. einer Analyse und Kritik unterzogen hat.

Nach einer ausführlichen kritischen Würdigung der Theorie Watzlawicks et al., geht Kreis davon aus, dass Kommunikation und Beziehung zwar nicht dasselbe, aber unmittelbar miteinander verknüpft sind. Kommunikation stellt dabei den Teil der Verständigung dar und die Beziehung die Relation zwischen zwei Menschen. Beides steht in einem engen Wechselverhältnis(Kreis 1985, S. 52). Zusammenfassend postuliert Kreis folgende Definition von Beziehung und Kommunikation als Modifikation der Axiome Watzlawicks et al.:

1. „Es gibt weder Beziehung ohne Kommunikation noch Kommunikation ohne Beziehung. Beziehung kann auch, und das ist oft der Fall, auf non-verbaler Kommunikation beruhen.
2. Jede Differenzierung der Kommunikationsanalyse zwischen Inhalts- und Beziehungsaspekt erscheint sinnlos. Beziehung ist ein Kontinuum, das beim ersten Ins-Auge-Fassen des oder der Partner beginnt und frühestens dann endet, wenn einer den anderen vergisst. Beziehung ist nicht auf eine gewisse Anzahl möglicher Partner beschränkbar. Jeder Mensch ist ein Leben lang in Beziehungen eingebettet.
3. Es gibt verschiedene Rituale, um mit dem anderen in Beziehung zu treten. Beziehungsaufnahme ist als erfolgreich zu bezeichnen, sobald zwei Menschen bewusst miteinander in Kontakt treten. Die Rituale der Beziehungsaufnahme sind wie die Beziehung an sich geprägt durch die a) Einschätzung der Situation, b) des oder der Partner, c) seiner selbst.
4. Die Qualität kann nicht objektiv festgestellt werden, sondern hängt ab, von der Deutung der darin Involvierten³³. Beziehungen sind prinzipiell von Vertrauen oder Misstrauen geprägt. Beziehung ist nie eine Sache an sich, sondern beschreibt oder meint das Verhältnis zwischen zwei Menschen.“ (Kreis 1985, S. 57 f.)

Für den Zusammenhang des hier interessierenden Themas des Hervorbringens einer ‚von den Fachkräften sog. „Arbeitsbeziehung“‘ erscheinen drei Aspekte interessant:

- Der Beginn einer Beziehung mit der ersten „In-Augenschein-Nahme“
- Die Nicht-Objektivierbarkeit einer Beziehung, die der subjektiven Bewertung der Beteiligten unterliegt, welche auf lebensgeschichtlich geprägten Deutungen beruhen und die in einem spezifischen Kontext bezogen auf die gleiche Situation auch unterschiedlich sein können.

³³ Wenn hier davon die Rede ist, dass „die Qualität“ einer Beziehung „nicht objektiv festgestellt“ werden kann, so bezieht sich dies auf die, im Rahmen dieses Konzeptes postulierten Unterschiedlichkeit der jeweiligen Deutung einer erlebten Situation. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass diese insofern subjektive, weil durch ein Subjekt vorgenommene Deutung im Rahmen der hier später zur Interpretation verwendeten Methodologie der Sequenzanalyse rekonstruiert werden kann, da dort erkenntnistheoretisch postuliert wird, dass es sich bei Texten oder Protokollen (hier die Interaktionsprotokolle) um regelerzeugte Gebilde handelt (Wernet 2009, S. 12).

- Die beiden grundsätzlichen Entwicklungsmöglichkeiten hin zu einem eher durch „Vertrauen“ oder einem eher durch „Misstrauen“ geprägten Verhältnisses zwischen zwei Menschen.

Zum letzteren Punkt führt Kreis aus:

„Ob eine Beziehung von Vertrauen oder Misstrauen geprägt ist, hängt vom Verlauf der Kommunikation ab und im Zusammenhang damit von den Deutungen, die das Individuum der Kommunikation zugrunde legt.“ (Kreis 1985, S. 56)

Des Weiteren ergänzt er, dass auch bei einer durch Misstrauen geprägten Beziehung eine Beziehung zustande kommen könne, die im Extremfall auch, wie es sprachlich ausgedrückt würde, "abgebrochen" werden könne. Entgegen dem Wortlaut jedoch hielte sie aber an, indem sie jede weitere Kommunikation verhindere (Kreis 1985, S. 57). Diese Analysen bestätigen theoretisch die Bedeutung, die dem Fokus "Beziehung" im Erstgespräch in Suchtberatungsstellen aus den Beschreibungen beigegeben wird, da sich bereits in der ersten Begegnung Weichen für den weiteren Verlauf einer Beziehung, verstanden als subjektiv bewertete Relation zwischen zwei Personen, stellen können. Die Kategorie des Entstehens von „Vertrauen“ wird als zentral dargestellt, jedoch nicht weiter ausgeführt. Daher bleibt dieses Konstrukt für eine vertiefte Analyse der eine sog. „Arbeitsbeziehung“ beeinflussenden Parameter in dieser theoretischen Perspektive zunächst unspezifisch und findet sich nur als normative Setzung bei früheren Beschreibungen von Erstgesprächen in Suchtberatungsstellen (Wenneis 1967; Goergen 2004). Da jedoch auch herausgearbeitet wurde, dass die Hervorbringung von „Vertrauen“ oder „Misstrauen“ in dieser Perspektive auf subjektiven Deutungen einer Person beruhen, sollen nachfolgend weitere theoretische Perspektiven bezüglich sog. „Arbeitsbeziehungen“ in den Blick genommen werden, die diesen Aspekt vertiefen können.

4.3 Psychodynamische und neurowissenschaftliche Aspekte von Beziehung

Weitere Differenzierungen zur (Weiter-) Entwicklung von Beziehungen in einem professionellen Kontext bieten Ergebnisse der empirischen Untersuchungen der Boston Change Process Study Group (BCPSG) (Stern; andere (BCPSG) 2012) an. Die Forschungsgruppe um Daniel N. Stern untersuchte zunächst die vorsprachliche Entwicklung einer Beziehung zwischen Mutter und Kind (BCPSG) 2012, S. 9) und

übertrug ihre Analyseverfahren und -ergebnisse später auf die Interaktion in psychodynamischen Therapien (BCPSG) 2012, S. 12). Sie kam zu dem Ergebnis, dass sich eine solche Beziehung nicht linear, sondern qualitativ auf der Basis gemeinsam geteilter sog. „Momente“ eher punktuell oder in Sprüngen weiterentwickelt (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 31 ff.). „Momente“ im Sinne einer "kurzen subjektiven Zeiteinheit" (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 33) sind in dieser Perspektive "Punkte mit Veränderungs-Potential" (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 31 ff.), die nicht bewusst vorbereitet wurden. Dabei werden drei verschiedene Qualitäten von „Momenten“ unterschieden:

Sog. „Gegenwartsmomente“ konstituieren sich als teilweise diskontinuierlich verlaufende Schritte, dem sog. „Vorangehen“ im gemeinsamen zielgerichteten Prozess (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 63). Ein „Gegenwartsmoment“ entspricht der subjektiven Zeitdauer, die benötigt wird, um zu erfassen „was zwischen uns geschieht“ (vgl. (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 64). Diese Erfassung und die innerliche Reaktion darauf geschieht auf einer impliziten Wissens Ebene (vgl. (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 65). Als sog. „implizites Wissen“ bezeichnen die Autor_innen ein Wissen, welches außerhalb des Bewusstseins operiert und implizit steuert, was man in einem spezifischen Beziehungskontext tun, denken oder fühlen sollte. Deshalb wird es auch als "implizites Beziehungswissen" bezeichnet (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 62)

Für die Entstehung und das Wesen des „impliziten Wissens“ bietet Fuchs aus neurowissenschaftlicher Perspektive eine Erklärung an. Demnach reproduziert das implizite Gedächtnis frühere Erlebnisse nicht als Erinnerungen, sondern behält sie als *Erfahrung* in Form von Wahrnehmungs- und Verhaltensbereitschaften in sich. Neben den motorischen Gewohnheiten, perzeptiven und kognitiven Vermögen bezieht dies auch Gefühlsreaktionen mit ein, die sich aufgrund bestimmter Stimuli einstellen (Fuchs 2013, S. 129). Dabei vermehrt ein Lebewesen sein implizites Wissen durch Veränderung seiner hirngewöhnlichen Struktur, also durch einen Wachstums- und Entwicklungsprozess, indem Erfahrungen und Vermögen nicht „gespeichert“ sondern vielmehr "inkorporiert", also den körperlichen und neuronalen Strukturen selbst eingeprägt werden (Fuchs 2013, S. 129 f.). Dieser Prozess bezieht sich auf alle Lern- und interaktionalen Erfahrungen eines Lebewesens. Deshalb wird hier unterstellt, dass sich auf diese Weise auch ein oben postuliertes „implizites Beziehungswissen“ herausbilden kann, das wie

schon oben im Zusammenhang mit einem sog. „Arbeitsbündnis“ postuliert wurde, „lebensgeschichtlich motiviert“ ist und prinzipiell in der Lage zu sein scheint, jetzige und zukünftige Interaktionen zu prägen. Voraussetzung für diese Sichtweise ist ein zirkuläres und kein lineares Verständnis von Kausalität, denn Fuchs postuliert:

„Alle Lernprozesse modifizieren die die Struktur des Organismus selbst. Damit wird nun die zirkuläre Beziehung von Organismus und Umwelt in der Zeitachse zu einer spiralförmigen Entwicklung [...]: Jede Interaktion verändert–wenn auch noch so minimal–die Struktur des Organismus, der damit seinerseits in veränderter Weise die Umgebung wahrnimmt bzw. auf sie reagiert. [...] Das Gesamtsystem aus Organismus und Umwelt rekonfiguriert sich mit jeder Interaktion, so dass die Gegenwart des Lebewesens nicht ohne die Geschichte seiner Erfahrungen vollständig beschrieben werden kann.“ (Fuchs 2013, S. 130)

Dies kann so gedeutet werden, dass das implizite Beziehungswissen auch formal erworbenes Wissen umfasst, welches aber nicht in bestimmten Situationen „abgerufen“ wird, sondern scheinbar intuitiv Eingang in Wahrnehmung und Handeln findet. Diese „inkorporierten“ Lern- und Lebenserfahrungen schlagen sich in dieser Perspektive in einem sog. „Vermögen“ im Sinne eines Potentials nieder.

„Vermögen bezeichnen die strukturell gegebene Fähigkeit eines Lebewesens bestimmte Leistungen zu vollziehen [...] Ein Vermögen wirkt wie ein Schlüssel zu passenden Schlössern in der Umwelt, denn es hat sich [...] an dieser Umwelt herausgeformt“ (Fuchs 2013, S. 131).

Dies wird in diesem Zusammenhang so gedeutet, dass sich im sog. „Vermögen“ demnach alle Ebenen des Lernens in Interaktion mit der Umwelt integrieren und in einer spezifischen Situation scheinbar intuitiv „zum Einsatz kommen“. Diese Sichtweise setzt sich natürlich dem Verdacht einer deterministischen Sichtweise auf den Menschen als Subjekt aus. Fuchs betont jedoch, dass

„Vermögen als Bereitschaften nicht determinierend [wirken Erg. R. H.], sondern vielmehr ermöglichend, auf künftige Situationen ausgerichtet. Die entsprechenden Leistungen realisieren sich nicht starr und mechanisch, sondern immer flexibel angepasst an die Erfordernisse der konkreten Situation. [...] Auch wenn Teilprozesse vermögensbasierter Leistungen auf elementarer Ebene physikalisch dargestellt werden können [z. B. mit Hilfe von Hirnscans Erg. R. H.], verbietet sich jedoch ihre Reduktion auf physikalische oder auch neuronale Ergebniskausalität. [...] *Vermögen sind immer*

Eigenschaften des Lebewesens als Ganzem und ihre Realisierung in der passenden Situation ist die Tätigkeit des Lebewesens als Ganzem.[Herv. i. O., R. H.] [...] Die von der Gestaltpsychologie entdeckten Gesetzmäßigkeiten verweisen auf die Besonderheit lebendiger Kausalitäten, die gerade nicht in vollständiger Determiniertheit besteht, sondern dem flexiblen Zusammenschluss von Organismus und Umwelt zu einer immer neu sich bildenden Gestalt und Einheit ermöglicht.“(Fuchs 2013, S. 132)

Für die Hervorbringung einer sog. „Arbeitsbeziehung“ in diesem Sinne kann dies bedeuten, dass eine Beziehung als subjektiv empfundene Relation zwischen zwei Personen in dem Moment beginnt, in dem sich zwei Personen bewusst wahrnehmen, wie dies Kreis (1985) postuliert. Trotz der ersten Begegnung legen die Explikationen von Fuchs auch nahe, dass eine Beziehung zumindest zunächst von bereits gemachten Erfahrungen beeinflusst ist. Diese repräsentieren sich zunächst in individuellen Mustern in Form von subjektiven „Deutungen“ einer Situation und zeigen sich für das Gegenüber als wahrnehmbares Verhalten, das seinerseits Deutungen evoziert und Verhalten zur Folge hat. Es geschieht somit zum einen auf der Ebene eines impliziten Beziehungswissens und ist damit einer Reflektion in der konkreten Situation eher nicht zugänglich. Zum anderen ist aber die Beziehungsrelation nicht für immer determiniert, indem sie sich andauernd reproduziert, sondern enthält das Potential in Form eines Vermögens sich mit neuen oder andersartigen Erfahrungen in diesem spezifischen Kontext zu einer neuen Erfahrung weiterzuentwickeln, die wiederum das Potential hat, implizites Beziehungswissen zu erweitern bzw. auszudifferenzieren. Der so beschriebene *flexible* Zusammenschluss zu einer (bezogen auf die sich zeigende Reaktion des jeweiligen) sich immer neu bildenden Gestalt und Einheit, die sich bei einer Verstetigung zu einem impliziten Beziehungswissen oder wie Fuchs schreibt zu einer „inkorporierten Erfahrung“ sedimentieren kann, beschreiben Stern und andere (BCPSG) (2012, S. 64) als „Gegenwartsmoment“ im Modus von Improvisation. Dieser wird beschrieben als ein tastendes

„Vorangehen auf dem Weg zu einem Ziel, von dem man nicht genau weiß, wie lange es dauert oder wie man dort hinkommt“ (Stern; andere (BCPSG) 2012 S. 63 f.).

Weiterhin beschreiben sie, dass die Wiederholung von Gegenwartsmomenten dazu führt, dass die Personen miteinander „vertraut“ werden

„und an diesem Vertrautsein orientieren sich die Erwartungen“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 65).

An dieser Stelle zeigt sich eine Parallele zu der Beschreibung einer Beziehungsbildung aus kommunikationstheoretischer Perspektive nach Kreis (s. Kapitel 4.1). Findet eine Person in einer Begegnung mit einer fremden Person ihr „vertraute“ Verhaltensweisen vor, so kann sich demnach beidseitig eher ein Gefühl von Sicherheit einstellen. Dieses ermöglicht es, in einer Beziehung Risiken im Sinne eines „Vorangehens“ einzugehen. Somit könnte „Vertrauen“ aus der Perspektive von Kreis auch als das Entstehen eines Gefühls von Sicherheit in der Relation zwischen den konkreten Personen gedeutet werden. Findet eine Person eher Verhaltensweisen vor, die ihr nicht vertraut im Sinne von bekannt sind, so entsteht demnach eher „Misstrauen“ im Sinne von Unsicherheit als Relation zwischen den Personen.

Eine weitere Qualität der sog. „Momente“ stellen die „Jetzt-Momente“ dar. Hier geschieht etwas Wichtiges, das Folgen für die Zukunft hat (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 62). Ein „Jetzt-Moment“ wird von der Forschergruppe als „affektiv besetzter Augenblick der Wahrheit“ im Sinne einer heraufbeschworenen Krise (ebd.) beschrieben und mit dem griechischen Wort „Kairos“ in Verbindung gebracht, das so etwas wie „der rechte Zeitpunkt“ bedeutet. Dies kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass es sich dabei eben nicht um einen kontinuierlichen linearen Prozess von Entwicklung, sondern eher um Fenster von Möglichkeiten handelt, die sich für einen „Moment“ öffnen, dann aber auch wieder schließen können. Wie ebenfalls aus der Beschreibung deutlich wird, handelt es sich bei den „Jetzt-Momenten“ um etwas, was die Beteiligten zunächst bei sich selbst spüren. Im Rahmen eines "Jetzt-Momentes" wird nach Stern der übliche Rahmen der bisherigen Zusammenarbeit gesprengt (Stern 2014, S. 174 f.). May deutet dies als Setting-Verletzungen seitens der Klientinnen und Klienten, die den Beschreibungen zufolge von diesen durchaus mit vollem Bewusstsein begangen worden sein dürften (May 2016, S. 96). Dies verweist daher auf einen Zusammenhang zwischen Setting und der zu diesem gehörenden sozialen Regeln, die in einem solchen Jetzt-Moment von den Klient_innen verletzt werden. Diese Verletzung des Settings scheint in dieser Perspektive unumgänglich, denn in diesem Moment kommt auch auf der Gefühlsebene das aktuelle Setting-Verhältnis zwischen Klient_in und Therapeut_in oder Fachkraft der Sozialen Arbeit in den Blick, dass von

einer strukturellen Asymmetrie geprägt ist. In der Perspektive von May können

„Solche Setting-Verletzungen [...] als Problematisierung der durchaus herrschaftlichen Charakter tragenden, »unvermeidbaren Asymmetrien in der Beziehung zwischen Dienstleistendem und Dienstempfänger« (Ostner, 2011: 469) durch Letztere gelesen werden. Damit ein Setting therapeutisch oder (sozial-)pädagogisch wirksam werden kann, ist deshalb immer wieder notwendig, dass Professionelle dieses im Sinne Michael Winklers (vgl. 1988: 278 f.) Begriff von *sozialpädagogischem Ortshandeln* so modifizieren, dass es auch aus Perspektive der Nutzenden seinen herrschaftlichen Charakter verliert, indem es von diesen als kontrollierbar und darüber hinaus dann sogar als entwicklungsfördernd erfahren werden kann.“ (May 2016, S. 96)

Ein Umgang mit einem „Jetzt-Moment“ verlangt in dieser Perspektive daher mehr als eine technische oder methodisch korrekte Reaktion, damit die heraufbeschworene Krise gelöst werden kann. Im Gegenteil weist May weitergehend darauf hin:

„Hoch bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die von der Forschungsgruppe gewonnene Erkenntnis, dass ein Einklagen des Settings seitens der Therapeutinnen und Therapeuten sich als noch weniger förderlich für den Prozess des therapeutischen *Vorangehens* erwies, als eine Deutung der Settingverletzung, die neben ihrer Inhaltlichkeit als therapeutische Intervention auch zentral dazu beitragen soll, das Setting wieder herzustellen.“ (May 2016, S. 97)

Auch Stern betont, dass in diesen Momenten eine *authentische*, präzise und auf die lokale Situation abgestimmte Reaktion des Therapeuten notwendig wird (Stern 2014, S. 175). Diesen Überlegungen folgend, scheint es eher diese, als „authentisch“ bezeichnete und die, zumindest momenthaft die erlebte und problematisierte Asymmetrie überwindende Reaktion zu sein, die in der Lage scheint, mit einem „Jetzt-Moment“ so umzugehen, dass daraus eine, wie auch immer geartete, von Nutzenden gefühlsmäßig als unterstützend bewertete Situation entstehen kann. Mit May kann diese Art und Weise der Reaktion als „Lebendige Arbeit“ bezeichnet werden. Diese setzt sich

"vor allem aus solchen nicht akkumulierbaren Eigenschaften wie Spontaneität und Sensibilität sowie kooperativen und mimetischen Vermögen zusammen, [...] die nur aus der Unmittelbarkeit von Beziehungsverhältnissen selbst produziert werden können." (May 2006, S. 44)

Wenn also dieser Moment vom Gegenüber in der beschriebenen Art und Weise aufgegriffen wird, er oder sie in der Weise „antwortet“ und dies vom Gegenüber als stimmig erlebt wird, können aus „Jetzt-Momenten“ sog. „Begegnungsmomente“ werden:

„Wenn „Jetzt-Momente“ von Patienten und Therapeuten aufgegriffen und genutzt werden, sodass sie in einen »spezifischen Begegnungsmoment« [Kennz. i. O., R. H.] einmünden, verändert sich das implizite Wissen beider Partner, weil ein neuer und anderer intersubjektiver Kontext zwischen ihnen erzeugt wurde–ihre Beziehung hat sich verändert. Dieser Prozess setzt weder eine Deutung voraus noch muss er sprachlich explizit gemacht werden“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 63).

Nach einem solchen Begegnungsmoment ergeben sich sog. „offene Räume“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 69 f.), in denen sich die Beteiligten wieder aus diesem Moment lösen und der sich daraufhin wieder schließt. Danach setzen sie ihre Interaktion des „Vorangehens“ fort, allerdings hat sich der sog. „intersubjektive“ Kontext zwischen ihnen verändert und das implizite Wissen hat sich erweitert (ebd.). Es ist sozusagen um eine neue Erfahrung reicher. Dieses kann in der oben beschriebenen Perspektive dahingehend interpretiert werden, dass die Nutzen auf der Basis der aktuellen Beziehung zumindest *momenthaft erleben*, dass sie sich als Person dem Gegenüber auf Augenhöhe ‚zumuten‘ können. Die Autoren vermuten, dass die Beteiligten in einem „offenen Raum“ versuchen, die neue Erfahrung zu integrieren³⁴. Auf dieser Basis entwickelt sich somit die Beziehung zwischen den Personen sowie auch das implizite Beziehungswissen jeder einzelnen Person weiter. Den Analyserahmen von May erneut aufgreifend kann in Bezug auf die entstehende Veränderung der konkreten Beziehung konkretisiert werden, dass in

„solchen *Begegnungsmomenten* und dem danach entstehenden *offenen Raum* die vertrauten Beziehungsmuster und Konventionen einschließlich der professionellen Rolle gänzlich aufgegeben werden, aufgehoben wird.“ (May 2016, S. 97)

Die Bedeutung für die Entstehung einer Beziehung zwischen Fachkraft und Klient_in liegt darin, dass implizites Beziehungswissen im Modus

³⁴ Hierbei beziehen sich die Autoren, wenn auch nur implizit, möglicherweise auf die Arbeiten von Piaget zu Akkomodation als Anpassung an ein Schema und Assimilation als Modifikation eines Schemas als Modi der Entwicklung (vgl. z. B. Piaget 1973, S. 39 ff.).

„lebendiger Arbeit“, das zum angemessenen Aufgreifen von „Jetzt-Momenten“ führen kann, die

„Basis für ein tragfähiges *Arbeitsbündnis* im *Erbringungsverhältnis* personenbezogener sozialer Dienstleistungsproduktion"(May 2016, S. 104)

darstellen kann. Dies begründet sich in dieser Perspektive dadurch, dass in so einem Begegnungsmoment

"gleichzeitig auf multiplen Ebenen eine spezifische (An-)Erkennung der subjektiven Realität oder intentionalen Richtung des Anderen"(Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 155)

auf, wie erneut betont werden muss, einer momenthaft eher gespürten, als gewussten Ebene erfolgt.

Dementsprechend hat es auch Folgen, wenn ein „Jetzt-Moment“ unbemerkt vorübergeht bzw. wiederholt nicht aufgegriffen wird. Zunächst kann die nächste Gelegenheit genutzt werden, denn die Autor_innen weisen darauf hin, dass es „in der Regel“ mehrere solcher „Jetzt-Momente“ in einem spezifischen Kontext gibt (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 70). Allerdings weisen die Autor_innen auch darauf hin, dass ein solcher „Jetzt-Moment“ auch „scheitern“ kann (ebd.), indem der Moment zwar bemerkt wird, es aber „nicht gelingt, in einen Begegnungsmoment zu kommen“ (ebd.). Die Autoren beschreiben an dieser Stelle nicht genau, was sie damit meinen. Stern selbst spricht in diesem Zusammenhang von einer „verpasste[n] Gelegenheit“ (Stern 2014, S. 183 f.). Als Beispiel für verpasste Gelegenheiten beschreibt Stern das Beispiel einer therapeutischen Sitzung, in der der Therapeut auf das Angebot eines Jugendlichen aus dessen Sicht nicht angemessen reagiert und ihn zurückweist. Die Beziehung habe dadurch einen "Knacks" bekommen (Stern 2014, S. 183 f.).

Grundsätzlich kann ein „Scheitern“ in einem neuen „Begegnungsmoment“ „repariert“ werden³⁵ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 70). Ge-

³⁵ Auch an dieser Stelle äußern die Autor_innen nicht explizit, was sie damit meinen. Deshalb geht die Vermutung dahin, dass eine „Reparatur“ darin bestehen könnte, eine Metakommunikation darüber zu führen, indem ein Interaktionspartner im Rahmen einer „Verbalisierung des Gefühls“ die Situation „nochmal anspricht“, wenn ihm dies möglich ist.

schiebt dies nicht, hat dies Konsequenzen für die Beziehung. Die Autor_innen beobachten in ihrer Untersuchung von psychoanalytischen Therapien, dass

„Entweder [...] fortan ein Teil des intersubjektiven Terrains konsequent aus der Therapie ausgeklammert, [...] [oder Erg. R.H.] die Wahrnehmung der früheren therapeutischen Beziehung [wird Erg. R. H] derart tiefgreifend in Frage gestellt, [...] dass eine wirkliche Therapie nicht fortgeführt werden kann (ganz gleich, ob die Behandlung weiter fortgeführt wird oder nicht).(Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 70)

Stern postuliert, dass in Fällen, in denen es zu einem Therapieabbruch aufgrund von "verpassten Gelegenheiten" gekommen sei, die Patienten das Gefühl gehabt hätten, dass der Therapeut unfähig sei, sie zu verstehen (Stern 2014, S. 184). Dies wiederum deutet auf die Bedeutung der subjektiven Bewertung des intersubjektiven Geschehens durch Klient_innen hin..

5 Zwischenfazit und Konkretisierung der Fragestellung

Im Rahmen dieses Zwischenfazits sollen die bisherigen Schritte und Ergebnisse der Analysen zunächst zusammenfassend reformuliert werden, um im Anschluss daran durch Formulierung von Fragen, die an das Datenmaterial herangetragen werden, das Forschungsanliegen zu konkretisieren. Dieses besteht in der empirischen Plausibilisierung bisher lediglich auf Erfahrungen basierender Einschätzungen zur Bedeutung einer Beziehungsentwicklung schon im Erstgespräch in Suchtberatungsstellen für die Entwicklung einer Hilfebeziehung. Um sich diesem Anliegen zu nähern, wurden in einem ersten Schritt empirische Untersuchungen gesichtet, die Aspekte von „Beratung“, „Beziehung“, oder „Erstgesprächen“ in Kontexten Sozialer Arbeit und / oder Suchthilfe zum Thema hatten.

Im Rahmen der Aufarbeitung des Forschungsstandes wurden Arbeiten gesichtet, die einen explizit empirischen methodologischen Zugang haben und sich thematisch mit Beratung und Beziehung in sozialarbeiterischen Handlungsfeldern (Schäfter 2010) im Allgemeinen, im Feld ambulanter Suchthilfe im Besonderen (Peters 2014), mit Vertrauen als spezifisches Konstrukt sozialarbeiterischen Handelns im Allgemeinen (Arnold 2009) und in einem Feld von Suchthilfe im Besonderen (Cleppien 2012) sowie mit dem Thema „Erstgespräche“ im Feld der stationären Erwachsenenpsychiatrie (Wyssen-Kaufmann 2015) und im Feld eines ambulanten Krisendienstes (Freikamp 2012) befassen. Alle diese Untersuchungen weisen hinsichtlich des Forschungsanliegens sowohl Nähen, aber auch deutliche Differenzen auf. Diese lagen im Wesentlichen darin, dass zwar spezifische Konstrukte wie „Beratung“, „Vertrauen“, „Anamnese“ oder „Erstgespräch“ im Fokus des empirischen Teils der Untersuchung standen, diese aber eher in einem hypothesenprüfenden Verfahren mit konkretem Handeln von Professionellen abgeglichen und ggf. die theoretischen Grundlagen erweitert wurden. In allen Fällen wurde die Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung zwar theoretisch postuliert, in keinem Fall aber die konkrete Entstehung einer Beziehung empirisch rekonstruiert.

Insbesondere Arnold (2009), Cleppien (2012), Peters (2014) und Freikamp (2012) betonen die Bedeutung der Einbindung der Interaktion zwischen Fachkraft und Klient_in in strukturelle Gegebenheiten, die als „vertrauenshemmend“ (Arnold 2009, S. 183) gesehen werden könnten.

Für das Feld der Suchthilfe konstatiert Peters (2014, S. 80), dass Klienten des von ihm untersuchten ambulanten Beratungsdienstes therapeutisch ausgerichteten Maßnahmen im Sinne einer „Behandlung“ misstrauisch gegenüberstünden. Cleppien (2012, S. 62) unterstellt Akteuren in dem von ihm betrachteten Setting (Familienberatung für exzessiv Medien konsumierende Jugendliche) gegenüber den Aussagen von Klienten gar eine feldbedingte „Hermeneutik des Misstrauens“. Interessanterweise postuliert jedoch Peters (2014, S. 77), dass insbesondere ein „sozialpädagogischer Zugang“ in dieser Konstellation hilfreich sei, um Misstrauen zu überwinden. Jedoch wird dies von ihm nicht empirisch konkretisiert oder plausibilisiert. Daher wurde hier ein Desiderat der empirischen Datenlage konstatiert. Diese reicht daher nicht aus, um eindeutige Antworten auf die Frage, wie sich eine Beziehung zwischen Fachkräften der Sozialen Arbeit und ihren Klient_innen in Suchtberatungsstellen entwickelt, geben zu können.

Deutlich wurde aber auch die Notwendigkeit, die genauere Kontextualisierung des Handlungsfeldes und seine Implikationen näher zu betrachten, um die Entstehung einer Beziehung und ihre Bedingungen besser erfassen zu können und sich der Konkretisierung des Forschungsanliegens weiter zu nähern. Daher wurde in einem nächsten Schritt dieses spezifische Handlungsfeld kontextualisiert. In den Blick genommen wurden dabei das Konstrukt Sucht und seine Verortung im Hilfefeld, die Organisation suchtbezogener Hilfen und die Spezifikation, was Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen ausmacht.

Sucht gilt in der Gesellschaft als ein ambivalent wahrgenommenes Konstrukt. Hierbei handelt es sich um eine alte Debatte, die zwischen zwei als zentral bewerteten Modellen oszilliert:

- **Moralisches Modell:** Im Falle eines „Nicht-Maß-halten-Könnens“ wird die Verantwortung für sein Verhalten dem Individuum zugeschrieben. Dies birgt die Gefahr, dass es dafür von Exklusion aus gesellschaftlichen Teilsystemen bedroht ist.
- **Krankheitsmodell:** Das Verhalten wird als Teil einer Krankheit gesehen, enthält aber auch die Implikationen einer sozial zugeschriebenen Krankenrolle (das Bedürfnis nach Hilfe haben zu müssen, sich in ein Behandlungssystem einzufinden und für die Dauer der Erkrankung der Autorität der Behandler untergeordnet zu sein). Dies enthält die Gefahr der Parentifizierung.

In der Suchthilfe (Suchtberatungen, ambulante und stationäre Behandlungsstellen) in Deutschland hat sich ein sog. kompensatorisches Krankheitsmodell durchgesetzt, bei dem Betroffenen keine Verantwortung für die Entstehung der Suchterkrankung zugeschrieben wird, wohl aber für das Aufsuchen von Hilfe (Kemper 2008, S. 214, Bauer 2013, S. 182 f.). Darüber hinaus ist das Konstrukt Sucht grundsätzlich als soziales und als gesundheitliches Problem anerkannt. Im Unterschied zur Suchthilfe ist in der Bevölkerung das moralische Modell weit verbreitet. Da in Deutschland ca. 4,76 Millionen Menschen (ohne Tabakkonsumierende)³⁶ als direkt von Sucht betroffen eingeschätzt werden (Bundesgesundheitsministerium 2016), ist davon auszugehen, dass viele Menschen, über lebensgeschichtliche Erfahrungen im Umgang mit diesem Konstrukt verfügen. Hinzu kommen noch die Personen, die durch eine Sozialbeziehung mit einer sog. „suchtkranken Person“ verbunden sind und dementsprechend auch über entsprechende Erfahrungen verfügen dürften. Dies bedeutet, dass von einer mehrdeutigen Sichtweise auf das Konstrukt „Sucht“ auszugehen ist, dessen unterschiedliche Deutung sich auch auf die Entwicklung einer Beziehung auswirken könnte.

Der Zugang für Betroffene zum System der sozialen Sicherung in Form von sozialversicherungsrechtlichen Leistungen wurde 1968 durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts geebnet, nach dem das Konstrukt Sucht die Merkmale einer Krankheit erfülle. Die Finanzierung eines erheblichen Teils des heute sehr ausdifferenzierten Systems der Suchthilfe fußt auf diesem Urteil. Dennoch bleibt die Diskrepanz zwischen der Zuschreibung in der Bevölkerung und im Suchthilfesystem bis heute. Beide Zuschreibungen haben Vor- und Nachteile für die Betroffenen. Dies begründet die Ambivalenz bei der Suche und Annahme von Hilfe, welche in Bezug auf Süchtige beschrieben wird. Diese Ambivalenz kann jedoch dazu führen, dass Hilfe erst spät unter dem wahrgenommenen Druck von drohender Exklusion aus bestimmten Lebensbereichen gesucht wird. Dies begründet einen häufig in Suchtberatungsstellen wahrgenommenen sog. „Zwangskontext“, bei dem die Betroffenen von anderen Personen mehr oder weniger massiv gedrängt werden, Hilfe zu suchen. Ambivalenz und Zwangskontext jedoch führen dazu, dass die, als konstitutiv beschriebene Behandlungsbereit-

³⁶ Werden Tabakkonsumierende mit einbezogen, stiege die Zahl auf 19,5 Millionen Menschen.

schaft (Adherence) zu einer Suchtbehandlung nicht vorausgesetzt werden kann, sondern erst gemeinsam mit dem / der Klient_in hervorgebracht werden muss.

Suchtberatungsstellen sind Teil des Suchthilfesystems in Deutschland. Im Unterschied zu behandelnden Hilfeangeboten (obwohl diese auch manchmal in Suchtberatungsstellen angesiedelt sind) sind sie nicht im Kontext sozialversicherungsrechtlicher Leistungen, sondern im Rahmen von kommunaler Daseinsvorsorge und in ihrer heutigen Ausdifferenzierung dort als sog. freiwillige Leistung angesiedelt. Da die dort zu Grunde liegende gesetzliche Norm einen großen Interpretationsspielraum lässt, sind die einzelnen Angebote regional unterschiedlich und deshalb wenig vergleichbar organisiert und finanziert. Im Rahmen des Gesamtsystems der Suchthilfe wird Suchtberatungsstellen zum einen grundsätzlich die Aufgabe der Vermeidung von Zwangsunterbringungen aufgrund von psychischer Erkrankung (zu der hier Sucht gezählt wird) und zum anderen die Zuarbeit zu im medizinischen Sinn behandelnden Maßnahmen zugeordnet. Leistungsbeschreibungen und Richtlinien in diesem Kontext beschreiben „Beratung“ und „Vermittlung“ als Kernaufgabe von Suchtberatung. „Beratung“ in diesem Kontext bezieht sich auf „Beratung“ dahingehend, welche Behandlungsmaßnahme eingeleitet werden soll und „Vermittlung“ auf die damit verbundene, sozialrechtlich vorgeschriebene und aus Qualitätsüberlegungen der Kostenträger heraus geforderten Antragstellung.

Historisch gewachsene Verstrickungen auf sozialpolitischer Ebene wirken sich möglicherweise implizit auf die Arbeit der Fachkräfte in Suchtberatungsstellen aus. Geht man von dem, durch die Rentenversicherung vorgeschriebenen Verfahrensablauf aus, wird ihnen u. a. als fachlicher Standard nicht nur eine formale, sondern auch eine qualifizierte Vermittlung von Klient_innen in Angebote der Rehabilitation zugeschrieben. Diese, bei sachgerechter Ausführung für die Annahme von Hilfe wahrscheinlich wichtige Tätigkeit, wird jedoch von dem Träger der Rehabilitation explizit nicht gegenfinanziert, obwohl dadurch eine Bindung von Mitarbeiter_innen an Suchtberatungsstellen notwendig ist. Dies bedeutet implizit, dass die Kosten hierfür, an die Kommunen ausgelagert werden, die dies jedoch nur auf „freiwilliger“ Ebene legitimieren können. Durch den Wechsel der Verwaltungsrationalität (Prinzip der Kostendeckung) hin zu einer ökonomischen Rationalität (Prinzip der Steuerung durch Leistungsverträge) können die Kommunen

den Kostendruck an die Organisation, hier an die Suchtberatungsstellen, weitergeben. Diese Gemengelage verschärft sich noch, wenn Suchtberatungsstellen eigene Angebote von Rehabilitation oder Nachsorge in den Organisationen realisieren und hierfür Mitarbeiter_innen gebunden haben. Dies geschieht, um eine Strukturvorgabe der Rentenversicherungen zu erfüllen, die aber explizit ebenfalls nicht von dieser gegenfinanziert wird, sondern deren Kosten indirekt damit ebenfalls an die Kommunen weitergegeben werden. Es kann somit vermutet werden, dass der Kostendruck von den Organisationen über die Fachkräfte letztlich implizit an Klient_innen weitergegeben wird, indem dieser sich möglicherweise auf die fachliche Arbeit und somit auch auf die Entwicklung einer Beziehung auswirkt.

Fachkräfte der Sozialen Arbeit stellen mit 62 % der Mitarbeiter_innen die größte Berufsgruppe der Beschäftigten in Suchtberatungsstellen, weshalb aus dieser Perspektive von einer dementsprechenden Prägung der Handlungen als spezifisch sozialarbeiterisch ausgegangen werden kann oder könnte. In einer früheren Untersuchung (Hansjürgens 2013) wurden Selbstbeschreibungen der Tätigkeiten in Suchtberatungsstellen mit Fachkräften erhoben. Die Fachkräfte beschrieben, dass sie das genaue Kennenlernen des Falls und der Person des/ der Hilfesuchenden als ihre wichtigste Aufgabe betrachten. Diese Auffassung wurde im Rahmen der damaligen Untersuchung dann mit Hilfe des sensibilisierenden Konzepts der sog. „multiperspektivischen Fallarbeit“ (Müller 2012, S. 57 ff.) rekonstruiert, woraus wiederum abgeleitet wurde, dass eine spezifische Form des Fallverständnisses die Spezifität Sozialer Arbeit in Suchtberatungsstellen darstellt und nach Aussage der Fachkräfte die Grundlage für alle weiteren Aktivitäten und Hilfeangebote bildet. Konzeptionell wurde dieses in Anlehnung an das o. g. Konzept der „multiperspektivischen Fallarbeit“ als „multiperspektivisches Fallverstehen“ eingeordnet. Die anderen Dimensionen der Fallarbeit in dieser konzeptionellen Perspektive (diagnostische Einordnung, sog. „Fall von“ und Überlegungen zur Verweisung an andere Hilfesysteme außerhalb der eigenen Zuständigkeit, sog. „Fall für“) wurden diesem nach Aussage der Fachkräfte untergeordnet.

Über diese Konzeptualisierung von Sozialer Arbeit in Suchtberatungsstellen konnte eine inhaltliche Verbindung dieser Tätigkeit zu älteren und neueren erfahrungsbasierten Beschreibungen von Erstgesprächen in Suchtberatungsstellen gezogen werden. Dieser Beginn der Hilfe

wurde auf der Basis von Erfahrungswerten als bedeutsam für den weiteren Verlauf der Annahme von Hilfe eingeschätzt, da der sog. „Beziehungsaufbau“ explizit im Erstgespräch verortet und ebenfalls als Grundlage für alle weiteren Tätigkeiten in einem weiterführenden Hilfef Kontext betrachtet wurde. Daher kann aus diesen erfahrungsbezogenen Beschreibungen geschlussfolgert werden, dass die Entwicklung einer Beziehung den Beginn eines Prozesses darstellt, der als sog. „Arbeitsbogen“ (Feindt; Broszio 2008, S. o. Z.) konzeptualisiert werden, dessen Begrifflichkeit und Bedeutung aber in Bezug auf eine sog. „Arbeitsbeziehung“ noch nicht klar beschrieben werden kann.

Da das hier vorgestellte Forschungsprojekt auf den Aspekt der Beziehungsentwicklung fokussiert, wurden in einem weiteren Schritt Konzeptionierungen zur Entwicklung von Beziehungen unter besonderer Berücksichtigung von sog. „Arbeitsbeziehungen“ gesichtet und auf ihre Relevanz hin untersucht.

Ein bisher im Rahmen von Sozialer Arbeit rezipiertes Konzept zur Gestaltung professionalisierter Beziehungen von Fachkräften Sozialer Arbeit und ihren Klient_innen, das sog. „Arbeitsbündnis“ (Oevermann 2009, S. 113), postuliert in Bezug auf Parsons eine „widersprüchliche Einheit zwischen diffuser und spezifischer Sozialbeziehung“ (Oevermann 2009, S. 117) und markiert damit einen Unterschied zwischen Beziehungen innerhalb und außerhalb eines beruflichen Kontextes. Diese spezielle Art einer Beziehung erscheint ihm auf der Basis der von ihm markierten Strukturprobleme notwendig, um im Hilfemodus einer stellvertretenden Krisenbewältigung (Oevermann 2009, S. 113) eine Unterstützung zu ermöglichen, die die sehr individuellen Probleme von Klient_innen angemessen bearbeitet. Das Arbeitsbündnis wird nach Oevermann explizit auf Basis methodisierten Wissens von den Fachkräften „hergestellt“ und beruht auf der Kunst des angemessenen Umgangs mit den dafür zentralen Interaktionsmodi von sog. „Übertragung“ und „Gegenübertragung“ (Oevermann 2009, S. 122 ff.). Ein zentrales Problem stellt in dieser Perspektive die von ihm angenommene, in der Regel im Kontext von Sozialer Arbeit nicht oder nur eingeschränkt gegebene Freiwilligkeit und die Eingebundenheit der Erbringung der Leistung in eine staatlich alimentierte Organisation dar. Daher erscheint fraglich, in welchem Rahmen in einem Setting von Suchtberatung, das wie dargestellt in einem durch das Konstrukt Sucht und dessen Konzeptionierung als Krankheit strukturell mit einem Zwangskontext in

Verbindung gebracht werden kann, eine Beziehung in der Konzeption eines Arbeitsbündnisses beobachtet werden kann.

Unter Bezugnahme auf Watzlawick et al ((1969) 2007) wurde herausgearbeitet, dass in einem Erstgespräch, dessen Grundlage eine kommunikative Situation ist, der Entstehung einer Beziehung, verstanden als Relation zwischen zwei Menschen im Allgemeinen, prinzipiell nicht ausgewichen werden kann. Aus dieser Perspektive kann die Entwicklung einer solchen Beziehung entweder eher in Richtung „Vertrauen oder Misstrauen gehen“ (Kreis 1985, S. 56). Diese Entwicklung ist abhängig von den Deutungen der Kommunikationssituation durch die konkreten Personen in dieser konkreten Situation. Diese Deutungen beruhen auf den biografischen Erfahrungen des jeweiligen Individuums (ebd.). Für diese Arbeit ist daher von Interesse, ob eine solche Entwicklung in einem Erstgespräch beobachtet werden kann und wie genau sie sich zeigt.

Die theoretische Perspektive der BCPSG differenziert die Entwicklung von Beziehung in Bezug zu dem, in therapeutischer Sicht inhaltlich zielorientierten „Vorangehen“ (Stern 2014, S. 157) in Form von „relationale[n] Schritte“ (Stern 2014, S. 158) weiter aus. Die differenzierende Sichtweise besteht darin, dass die Forschergruppe um Stern deutlich macht, dass sowohl die Beziehung als auch die inhaltliche Ebene zwar zusammenhängen und insofern nicht voneinander getrennt werden können, aber diese Entwicklung eben nicht linear kontinuierlich, etwa in zeitlicher Dauer, voranschreitet, sondern von qualitativen Aspekten abhängig ist und sich eher auf verschiedenen Stufen entwickeln *kann*. Diese Qualitätsstufen entwickeln sich ausgehend von dem jeweiligen impliziten Beziehungswissen weiter, das beide Interaktionspartner biografisch bedingt mitbringen und das diese auf einer subtilen, emotionalen Ebene miteinander abstimmen. Aus neurowissenschaftlicher Perspektive wurde ergänzt, dass dabei Erfahrungen und Vermögen³⁷ „inkorporiert“ im Sinne von den körperlichen und neuronalen Strukturen selbst eingeprägt werden (Fuchs 2013, S. 129 f.). Die Stimmigkeit eines solchen relationalen Schritts innerhalb einer Beziehung wird deshalb in

³⁷ „Vermögen bezeichnen die strukturell gegebene Fähigkeit eines Lebewesens bestimmte Leistungen zu vollziehen [...] Ein Vermögen wirkt wie ein Schlüssel zu passenden Schlössern in der Umwelt, denn es hat sich [...] an dieser Umwelt herausgeformt“ (Fuchs 2013, S. 131).

Bezug auf die gemeinsamen Ziele der Interaktionspartner im betreffenden Moment wahrscheinlich eher unmittelbar 'gespürt' oder 'erfasst', nicht aber reflexiv 'gewusst' (Stern 2014, S. 90). Diese Einheit eines dialogischen Austausches, der inhaltlich relativ kohärent, emotional homogen und auf ein gemeinsames Ziel bezogen ist, bezeichnen die Forscher als Gegenwartsmomente (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 34), die den Großteil des therapeutischen „Vorangehens“ ausmachen. Diese speisen sich allerdings aus der Reproduktion bereits entwickelter habituel­ler Muster auf der Kognitions-, Emotions- und Verhaltensebene. Qualitative Sprünge in Bezug auf die Weiterentwicklung der Beziehung und des inhaltlichen Bezugs werden in einem „Jetzt-Moment“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 35) erreicht, wenn dieser stimmig aufgegriffen wird und sich somit zu einem „Begegnungsmoment“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 68) weiterentwickelt. In diesen Momenten differenziert sich bei beiden Interaktionspartnern das implizite Beziehungswissen weiter aus, welches den Prozess der Veränderung voranbringt. Ergänzend dazu weist May (2016, S. 97) darauf hin, dass solchen Begegnungsmomenten in der Regel eine durchaus absichtsvolle Verletzung des, von Stern untersuchten psychotherapeutischen Settings im Sinne einer Problematisierung der damit verbundenen asymmetrischen Rollenverteilung, durch die Nutzenden vorausgeht. In Bezug auf den hier im Mittelpunkt stehenden Kontext kann dies als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die strukturelle Eingebundenheit professionalisierter Hilfe sich einerseits in einer Beziehung auszuwirken scheint. Andererseits stellt sich die Frage, ob und wenn ja wie sich eine solche Konstellation in dem hier untersuchten Setting zeigt und ob sich schon zu einem frühen Zeitpunkt der Entwicklung einer Beziehung (im Erstgespräch) eine diesbezüglich relevante Dimension entwickelt bzw. entwickeln kann.

Auf der Basis dieser konzeptionellen Einordnungen ist in Bezug auf das hier im Vordergrund stehende Forschungsprojekt zu fragen, inwieweit Einflüsse des hier entfalteten Gesamtkontextes in Bezug auf die anvisierte Entwicklung einer Beziehung die Bereitschaft und das Vermögen eine solche Beziehung hervorzubringen beider Interaktionspartner prägen können bzw. vorgeprägt haben. Im Kontext von Erstgesprächen in Suchtberatungsstellen ist hier insbesondere an die persönliche Einstellung zum Konstrukt Sucht (Ambivalenz zwischen Moral und Krankheit, vgl. Kap. 3.1) und an die vieldeutige sozialpolitische Definition des Auftrages der Organisation (hier der Suchtberatungsstelle) all-

gemein und / oder im Kontext eines ganzen Systems (hier von Suchthilfe) (vgl. 3.2) als in diesem Sinne lebensgeschichtlich prägend zu denken. Wie in den erfahrungsbezogenen Beschreibungen der Fachkräfte deutlich wurde, wird insbesondere dem Erstgespräch besondere Bedeutung zugeschrieben. Weiter zu fragen ist daher, ob und wenn ja, welche Bedeutung oben genannte Einflüsse auf die gemeinsame Gestaltung des Beziehungsraumes im Erstgespräch haben, ob diese mitreflektiert werden und wie Fachkräfte damit gegebenenfalls umgehen bzw. was dies für den hier im Mittelpunkt stehenden Hilfekontext von Sozialer Arbeit in Suchtberatungsstellen bedeuten könnte.

Aus der Analyse des empirischen Forschungsstandes, der Kontextualisierung des Forschungsfeldes sowie der ergänzenden sensibilisierenden Konzepte ergeben sich für die Rekonstruktion von Erstgesprächen in Suchtberatungsstellen folgende Forschungsfragen.

- Wie gestaltet und entwickelt sich das Erstgespräch insbesondere in Bezug auf eine, von den Fachkräften angenommene sog. „Arbeitsbeziehung“ zwischen Klient_in und Fachkraft der Sozialen Arbeit konkret und wie kann diese begrifflich genauer gefasst werden?
- Kann das interaktionelle Geschehen an bereits theoretisch beschriebene Konzepte rückgekoppelt werden und wenn ja an welche?
- Können Elemente identifiziert werden, die die Interaktion beeinflussen und wenn ja, welche? Wie beeinflussen Sie das Gespräch?
- Welche Aussagen können darüber getroffen werden, wie sich die Konstituierung einer möglicherweise entstehenden sog. „Arbeitsbeziehung“ zu einem weiteren Verlauf der Hilfe verhält?

Forschungsgegenstand ist dementsprechend das im Rahmen eines professionellen Kontextes einer Alkoholberatungsstelle vermutete Phänomen, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit durch Interaktion mit ihren Klient_innen eine sog. „Arbeitsbeziehung“ hervorbringen, die in erfahrungsbezogenen Beschreibungen dieser Situation als besonders bedeutsam eingestuft wird. Dementsprechend soll nachfolgend bis zur empirischen Klärung bzw. Differenzierung begrifflich zunächst von „Arbeitsbeziehung“³⁸ gesprochen werden. Insgesamt ließen die o. g. Fragestellungen eine qualitativ ausgerichtete Forschungsstrategie sinnvoll erscheinen, die nachfolgend näher expliziert wird.

³⁸ Bis zur empirischen Klärung dieses Begriffs wird er zur Unterscheidung in Anführungsstriche gesetzt, um damit seine Vorläufigkeit zu markieren.

6 Methodologie der Untersuchung

6.1 Anlage der Untersuchung

Im Fokus der Untersuchung standen Erstgespräche in Suchtberatungsstellen. Diese Gespräche fanden im realen Alltagskontext von entsprechenden Organisationen statt und wurden nicht extra für die Untersuchung inszeniert. Eingebunden waren Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit einer Tätigkeit in der Beratungsstelle von über fünf Jahren, um von einem entsprechenden Erfahrungswissen in Erstgesprächen ausgehen zu können, und Klient_innen die zufällig aktuell die Beratungsstelle aufsuchten bzw. sich dort zum Gespräch anmeldeten. Um eine Variabilität der steuerbaren Elemente herzustellen, sollten Beratungsstellen mit unterschiedlicher Qualität in Bezug auf Größe, Standort, Anzahl der Fachkräfte in der Beratungsstelle und ggf. Organisationsform einbezogen werden. Ausgeschlossen wurden solche Beratungsstellen, die sich ausschließlich auf Opiatkonsumierende und / oder sog. „Psychosoziale Begleitung Substituierter“ spezialisiert hatten, denn hier wären weitere Implikationen dieses speziellen Angebotes in Bezug auf die Einbindung in das Feld suchtbezogener Hilfen und Zuschreibung der Zuständigkeiten, Interessen und Rechtslagen zu berücksichtigen gewesen. Dies allein hätte die Komplexität der Untersuchung deutlich erhöht (für einen ersten Überblick vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2010; Deimel 2012; Boywitt 2012; Schäffer 2016). Gleichzeitig markiert diese Einschränkung eine Limitation der Reichweite dieser Untersuchung.

Die Kontaktaufnahme zwischen Klient_in und Fachkraft fand im Rahmen der untersuchten Beratungsstellen in einem Setting mit einer sog. „Komm-Struktur“ (Schuster 1997) statt. Dies bedeutet, dass die Klienten eine Suchtberatungsstelle aufsuchen.³⁹ Dies wirkt sich ebenfalls limitierend auf die Untersuchungsergebnisse aus, da diese nur auf ein solches Kontakt-Setting bezogen werden können.

³⁹ Aufsuchende Arbeit war im Rahmen von Kontaktaufnahme bei den untersuchten Beratungsstellen nicht vorgesehen, obwohl Schuster (1997, S. 73 f.) und Hargens (2000, S. 251) darauf hinweisen, dass diese Organisationform insbesondere bei Klient_innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein Hindernis bei der Kontaktaufnahme darstellen kann. Leune (1999, S. 606) und Bürkle (2015) merken an, dass ein solcher nachfrageorientierter Zugang angesichts des als sog. „schwer erreichbare Zielgruppen“ beschriebenen Klientel mindestens an seine Grenzen

Gegenstand der Untersuchung ist demnach der vermutete Beziehungsaufbau in kommunikativ-interaktioneller Perspektive, den Fachkräfte der Sozialen Arbeit und Menschen mit einem problematisierten Konsum im Kontext von Suchtmitteln, gemeinsam im Setting einer Suchtberatungsstelle, welche die Klient_innen aufgesucht hatten, hervorbringen und als „Arbeitsbeziehung“ bezeichnen.

Die Analyse der bisherigen empirischen Untersuchungen zum Thema ergab Hinweise, dass das gemeinsame Hervorbringen einer „Arbeitsbeziehung“ von den Bedingungen, unter denen es stattfindet, beeinflusst werden könnte. Daher wurde zur Strukturierung des Forschungsfeldes Bezug auf Sommerfeld genommen, der dieses wie folgt umreißt:

„Einen Eckpunkt bilden das professionelle Handeln und Wissen der Profession, das sich in diesem Handeln realisiert. Deshalb gehören hierzu insbesondere die professionellen Verfahrensweisen (Methoden / Theorien über Verfahrensweisen / Zweck-Mittel-Wissen) und Wissen über die damit erzielbaren Ergebnisse. Den zweiten Eckpunkt bilden die Bedingungen, unter denen sich dieses Handeln realisiert auf der Ebene der Gesellschaft (Politik / Gesetzgebung und Öffentlichkeit) wie auch der Organisation (Arbeitsplatz). Drittens wären die KoproduzentInnen zu nennen, also nicht nur, wenngleich prominent die Adressaten und Adressatinnen, sondern auch andere Beteiligte im Problemlösungsprozess, insbesondere auch Angehörige anderer Professionen und ehrenamtlich Tätige.“ (Sommerfeld 2010, S. 35)

Konkretisiert auf dieses Forschungsprojekt bedeutete dies, dass eine Rekonstruktion der tatsächlichen Verfahrensweisen und damit erzielbaren Ergebnisse in Bezug auf eine Initiierung einer sog. „Arbeitsbeziehung“ in dem bereits beschriebenen Rahmen erfolgen sollten. Dies implizierte eine Rekonstruktion der Bedingungen, unter denen sich dieses Handeln vollzieht, eine Rekonstruktion der, an dem Prozess dieses Beziehungsaufbaus noch beteiligten Koproduzent_innen sowie eine Analyse von deren Wirkung auf die „Arbeitsbeziehung“.

Zur Rekonstruktion der tatsächlichen Interaktionen zwischen Fachkräften und Klient_innen sowie der Umstände ihrer Erbringung bot es sich demnach an, als primäre Datenquelle reale Erstgespräche zwischen

stößt. Allerdings muss auch eingeräumt werden, dass die hier vorgestellte Forschungsmethodologie angesichts eines aufsuchenden Zugangs wahrscheinlich nicht umsetzbar gewesen wäre.

Fachkräften der Sozialen Arbeit und ihren Klient_innen per Audioaufzeichnung zu protokollieren. Da Audioaufzeichnungen das Manko haben, dass non-verbale Interaktionsanteile nicht mit aufgezeichnet werden und wenn überhaupt nur implizit über die Reaktionen des Gegenüber rekonstruiert werden können, sollte diesen Gesprächen dann in einem zweiten Schritt eine Reflexion der Fachkräfte und der Klient_innen über das vorangegangene Gespräch folgen. Die drei Elemente, das Interaktionsprotokoll, das Nachinterview mit der Fachkraft und das Nachinterview mit dem / der Klient_in stellen insofern ein komplettes Datenset eines Falles dar.

Im Verlauf der Untersuchung stellte sich jedoch heraus, dass diese Datenquellen und die verfügbaren Literaturquellen nicht ausreichen, um die Bedingungen zu rekonstruieren, unter denen der Beziehungsaufbau erfolgte, denn diese nahmen, stärker als im Vorfeld vermutet, Einfluss auf die Fachkraft-Klient_innen Interaktion. Dem Prinzip der methodischen Offenheit für das Material der Grounded Theory im Sinne eines methodologischen Rahmenkonzeptes (Mey; Muck 2010) folgend, wurde nach Auswertung der ersten Interaktionsprotokolle daher ergänzend noch eine weitere Form von Material erhoben. Die jeweiligen Leitungskräfte der Einrichtungen aus der Stichprobe wurden zu aktuellen und antizipierten Herausforderungen für die Arbeit in Suchtberatungsstellen in Form eines problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) befragt, um die Erkenntnisse aus den Interaktionsprotokollen noch besser und aktueller kontextualisieren zu können.

6.2 Feldzugang

Der primäre Feldzugang erfolgte über Beratungsstelle A. Diese war mir u. a. durch ein zuvor dort durchgeführtes Forschungsprojekt (Hansjürgens 2013) bekannt. In Vorgesprächen erklärten sich sowohl die Fachkräfte als auch die Leitung dazu bereit, bei dem hier beschriebenen Forschungsprojekt mitwirken zu wollen. Von Anfang an erschien es aus forschungsmethodischen Überlegungen heraus sinnvoll, das weitere zu erhebende Datenmaterial kriteriengeleitet auch noch in anderen Beratungsstellen zu gewinnen, um einseitige Verzerrungen zu vermeiden. Grundlegendes Kriterium bei der Suche nach weiteren Beratungsstellen war die Sicherstellung einer möglichst hohen Heterogenität der Organisationsformen, der Lage und der Größe der Organisation. Aus forschungspragmatischen Gründen wurden hier schon vor

der ersten Auswertung des Materials Kontakte zu verschiedenen Beratungsstellen aufgenommen, bei denen eine grundsätzliche Bereitschaft zur Mitwirkung abgefragt wurde.

Die Kontakte selbst ergaben sich über einen Aufruf einer Landesfachstelle für Suchtfragen, aus einer Vorstellung des Projektes auf dem Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) und durch gezielte Akquise auf der Basis eines „theoretical samplings“ (Glaser; Strauss 2010, S. 53). Insgesamt wurden sechs Beratungsstellen angesprochen.

Die grundsätzliche Idee für das methodische Vorgehen mit dem Fokus auf der Aufzeichnung realer Erstgespräche wurde von allen interessierten Fachkräften und Leitungen der Beratungsstellen als im Arbeitsalltag umsetzbar bewertet.

Das konkrete Vorgehen bei der Information der Klient_innen über das Forschungsvorhaben, das Einholen der Erlaubnis zur Aufzeichnung und die Aufzeichnung selbst wurde mit den Fachkräften der Beratungsstelle A auf der Basis von Vorschlägen der Autorin in einem dialogischen Prozess entwickelt und mit den anderen beteiligten Fachkräften bezogen auf die konkreten Bedingungen der jeweiligen Beratungsstelle abgestimmt. Die Grundidee war, um den Prozess der Beziehungsaufnahme mit den Fachkräften möglichst wenig zu „stören“, eine schriftliche Information zum Forschungsprojekt und die Einverständniserklärung zur Aufzeichnung über die Anmeldung in der Beratungsstelle und damit möglichst über eine andere Person als die der beratenden Fachkraft an den / die Klient_in weiterzugeben, sodass im Gespräch selbst keinerlei Erklärung, sondern nur noch eine Abfrage erfolgen sollte, ob die Klient_innen mit der Aufnahme des Gesprächs einverstanden seien. Die Methode des Feldzugangs zu den Klient_innen wurde je nach Situation der beteiligten Beratungsstelle geringfügig modifiziert. Die Einbeziehung der Erfahrungen der Fachkräfte beim Feldzugang stellte sich in allen Einrichtungen als wichtig für die konkrete Umsetzung heraus. Auch eine zuvor geäußerte Befürchtung, dass vielleicht nur eine bestimmte Gruppe (z. B. im Umgang mit suchtbezogenen Hilfen erfahrene Klient_innen) sich bereit erklären würde mitzumachen, kann mit Blick auf das dann tatsächlich generierte Datenmaterial nicht bestätigt werden. In vier von sechs Beratungsstellen konnten Gespräche aufgezeichnet werden.

6.3 Datenerhebung und Beschreibung des gesamten Datenmaterials

Kernelement der Datenerhebung war die Audioaufzeichnung von realen Gesprächen zur Beziehungsaufnahme in der Beratungsstelle, den sog. „Erstkontakten“ in der Zeit von Dezember 2014 bis Februar 2017. Die Anmeldung von Klient_innen in den Beratungsstellen A und C erfolgte entweder telefonisch durch die Klient_innen oder diese erschienen ohne Anmeldung in der sog. „offenen Sprechstunde“. In Einrichtung B erfolgte die Anmeldung in einem Fall telefonisch direkt bei der Fachkraft (Herr Quante) und einem anderen Fall (Frau Wolter) wurde die Klientin auf der Basis einer Mitteilung der Rentenversicherung telefonisch direkt von der Fachkraft kontaktiert und zu einem Erstgespräch eingeladen. In Einrichtung D erfolgte die Anmeldung ebenfalls telefonisch direkt bei der Fachkraft Frau Finke.

Im Falle des Erscheinens in der offenen Sprechstunde (Einrichtung A und C) erfolgte eine Information über dieses Forschungsprojekt an potentielle Teilnehmer_innen im Vorfeld des Gespräches über eine standardisierte Information bei der Anmeldung. Dies hatte zum Ziel, die Kontaktaufnahme selbst durch eine notwendigerweise vorgeschaltete Aufklärung über das Forschungsvorhaben möglichst wenig zu verändern. Konkret bekamen die Klient_innen beim Eintreffen in der Beratungsstelle eine schriftliche Information über das Forschungsprojekt mit der Bitte diese während der Wartezeit durchzulesen und zu überlegen, ob sie bereit wären bei dem Forschungsvorhaben mit zu machen und im Falle des Einverständnisses, dieses durch Unterschrift auf der Information zu bestätigen. Im Fall der Beratungsstelle B wurde diese Information mündlich am Telefon gegeben und die Einverständniserklärung dann mit der Abfrage des Einverständnisses vorgelegt. Die unterschriebenen Einverständniserklärungen verblieben aus Datenschutzgründen in den Klientenakten der Beratungsstellen. Dies war die Bedingung aller Beratungsstellen, um den, den Klient_innen garantierten Datenschutz sicherzustellen. Zu Beginn des Beratungsgespräches wurde lediglich von der Fachkraft abgefragt, ob der / die Klient_in zuvor schriftlich der Aufzeichnung zugestimmt hatte oder es wurde um eine Unterschrift gebeten. Die Forscherin selbst war bei keinem der Gespräche anwesend.

Die Planung der Datenaufzeichnung sah vor, beim Einverständnis eines / einer Klient_in alle stattfindenden Gespräche aufzuzeichnen, bis zu

dem Punkt, an dem die fachliche Einschätzung von Seiten der Fachkraft in Abstimmung mit dem / der Klient_in erfolgt sei, dass

- jetzt eine neue Phase des Beratungsprozesses beginnt (Fokus z. B. Vermittlung oder Weiterführung als problemzentrierte Beratung)
- der Beratungskontakt von Seiten des/ der Klient_in beendet wurde
- oder bereits im ersten Gespräch deutlich wurde, dass keine weiteren Gespräche vereinbart werden (sog. Einmalkontakt).

In neun von elf Gesprächen signalisierten die Fachkräfte bereits nach dem ersten Gespräch, dass Fall a) eingetreten und ein neuer Termin vereinbart worden sei. In einem Fall (Herr Sauer) wurde bereits im Erstgespräch deutlich, dass der Klient nur dieses eine Gespräch als Informationsquelle für sich nutzen wollte, es also kein weiteres Gespräch geben würde. Darüber hinaus machte der Klient von der Möglichkeit Gebrauch, sich anonym beraten zu lassen, hinterließ daher auch keine persönlichen Daten in der Beratungsstelle und konnte deshalb für ein Begleitgespräch nicht kontaktiert werden. In einem Fall (Herrn Paulsen) wurde der Kontakt nach dem ersten Gespräch durch die Fachkraft beendet, da der Klient nicht ins Profil der Beratungsstelle passte Dementprechend wurden hier auch keine Kontaktdaten aufgezeichnet.

Die Erhebung des Fallmaterials erfolgte grundsätzlich parallel zum Auswertungsprozess, allerdings wurde in den Beratungsstellen, die sich bereit erklärt hatten mitzuwirken, aus forschungspragmatischen Gründen mehr Material als nur jeweils ein Interaktionsprotokoll erhoben, sodass für eventuelle spätere Kontrastierungsversuche weiteres Material zur Verfügung stand. Insgesamt konnten 13 Interaktionsprotokolle, 13 Begleitinterviews mit den jeweiligen Fachkräften und 11 Nachinterviews mit Klient_innen aufgezeichnet werden. In allen vier Einrichtungen erklärten sich zusätzlich die Leitungskräfte zu einem feldbezogenen Interview über aktuelle und zukünftige Herausforderungen in der Arbeit in Suchtberatungsstellen bereit.

Elf Klient_innen aus dem Sample kamen mit dem / der konkreten Fachkraft und auch mit der Beratungsstelle zum ersten Mal in Kontakt, fünf davon waren überhaupt zum ersten Mal in einer Suchtberatungsstelle. Zwölf Klient_innen kamen wegen einer eigenen Problematik, ein Klient kam als Angehöriger.

Tabelle 1 Übersicht Kontextbedingungen des erhobenen Datenmaterials

Einrichtung A	Einrichtung B	Einrichtung C	Einrichtung D
Lage der Suchtberatungsstelle			
Westdeutschland	Ostdeutschland	Norddeutschland	Süddeutschland
Größe der Stadt			
Ca. 150.000 EW	Ca. 20.000 EW	<1.000.000 EW	>25.000 EW
Zuständig für (ggf. Stadt und Landkreis)			
Ca. 300.000 EW	Ca. 70.000 EW	Nicht zu ermitteln	Ca. 130.000 EW
Fachkraftstellen Soziale Arbeit mind. BA			
4 Vollzeitäquivalente (ohne Reha)	1 Vollzeitäquivalent (mit Reha)	6 inkl. Reha Vollzeit-äquivalente (mit Reha)	3 Vollzeitäquivalente (mit Reha)
Inhaltliche Zuständigkeit laut Leistungsvertrag			
Alkohol, Medikamente, Spielen	Keine spezialisierte Zuständigkeit	Alkohol, Medikamente, Cannabis, Klient_innen von 18 bis 35, Spielen ohne Altersbeschränkung	Alkohol, Medikamente, Cannabis, Spielen
Träger der Suchtberatungsstelle			
Konfessionsbezogener Wohlfahrtsverband	Freier Wohlfahrtsverband	gGmbH	Konfessionsbezogener Wohlfahrtsverband
Mitwirkende im Forschungsprojekt			
2 Personen weibl., 1 Person männl.	1 Person weibl.	1 Person: männl.	1 Person weibl
Angebote der RV im Haus			
Ja, ambulante Rehabilitation, Nachsorge	Ja, Nachsorge	Ja, ambulante Rehabilitation, Nachsorge	Ja, ambulante Rehabilitation, Nachsorge
suchttherapeutische Ausbildung der mitwirkenden Fachkräfte			
nur Herr Cieslik	Ja	Ja	Nein
Sonstige Weiterbildung psychotherapeutischer Art			
Ja	Nein	Ja	Ja
Weiterbildung Casemanagement			
Nein	Nein	Nein	Nein
anonymisierter Name, Alter der Fachkräfte und (Jahre in der Stelle)			
Herr Cieslik, 59 (25), Frau Abels, 48 (12) Frau Burgdorf, 48 (6)	Frau Dorenkamp, 58 (20)	Herr Ellerbrock, 48 (15)	Frau Finke, 57 (13)
Eigene Mitarbeit der mitwirkenden Fachkräfte in den Angeboten der DRV			
Nein	Ja	Ja	Nein
Anonymisierte Namen der Klient_innen und objektive Daten			
Herr Zacharias , (30, techn. Ang. arbeitslos, alleinst. Erf. SBH ⁴⁰ : nein) Frau Wolter , (55, Arbeits- u. wohnungslos, 1 erw. K., Erf. SBH: Ja) Herr Veit , (21, k.	Frau Richard (42, verh. 2 K, Erf. SBH: ja) Herr Quante (23, in Ausb. in Bez. Leb, Erf. SBH: nein.)	Herr Paulsen , (40, alleinst., arbeits- u. wohnungslos, Erf. SBH: ja) Herr Oppermann , (65, verh., 1 erw. K, Rentner, Erf. SBH: ja) Frau Nienburg (ca 30, in Ausb. alleinst., Erf. SBH: nein)	Herr Michelsen (28, alleinst., 3 jährige Bewährungsaufgabe mit Anbindung an Suchtberatung, Erf. SBH: ja) Herr Leipold (23 Jahre), alleinstehend, bei Mutter wohnend, Erfahrung SBH: ja

⁴⁰ SBH = Suchtbezogene Hilfen

Ausb. arbeitslos, alleinst., Erf. SBH: nein) Herr Uhlenbrock (48, Bereichsleiter, arbeitslos, verh., 1K, Erf. SBH: ja) Herr Timmermann (55, Geschäftsführer, gesch., alleinst., 4 K., Erf. SBH: nein) Herr Sauer (anonym, verh., Erf. SBH: nein)			
In das Sample aufgenommene Fälle			
Frau Burgdorf und Herr Uhlenbrock (Fall 1) Frau Burgdorf und Herr Veit (Fall 2) Herr Cieslik und Herr Timmermann (Fall 4)	Frau Dorenkamp und Herr Quante (Fall 3)		Frau Finke und Herr Leipold (Fall 5)

6.4 Strategie und Form der Datenauswertung

Ausgehend von einer Offenheit für das Material als Grundhaltung der Grounded Theory im Sinne eines methodologischen Rahmenkonzeptes (Mey; Mruck 2010) wurde, wie schon beschrieben, die konkrete Vorgehensweise der Erhebung und Analyse am tatsächlich gewonnenen Datenmaterial entwickelt. Daher wurden sukzessive die relevanten Gesprächsprotokolle der Interaktion zwischen Fachkraft und Klient_in und die dazugehörigen Nachinterviews in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach Bohnsack (2014) verschriftlicht. Der Auswertungsprozess wurde begonnen mit der Auswertung der aufgezeichneten Gesprächsprotokolle zwischen Klient_in und Fachkraft. Die Auswertung der transkribierten Protokolle erfolgte sequenzanalytisch (Wernet 2009). Die Reihenfolge der Auswertung wurde sukzessiv festgelegt und ergab sich aus Nahelegungen der jeweiligen Fallstruktur bezüglich formaler und inhaltlicher Kriterien, nach dem Prinzip eines „theoretical samplings“ (Glaser; Strauss 2010, S. 53). Die jeweiligen Kriterien, die zur Auswahl des Falles geführt haben, sind den jeweiligen Falldarstellungen vorausgestellt.

Die ergänzend erhobenen Interviews mit den Fachkräften und Klient_innen wurden in dieser Phase zur Verifizierung oder Falsifizierung einzelner Lesarten des jeweiligen Falles herangezogen. Die, aus den ers-

ten Gesprächsprotokollen erarbeiteten Fallstrukturen legten nahe, zusätzlich die Rahmenbedingungen der Erbringung der fachlichen Leistung in den Blick zu nehmen. Aus diesem Grund wurde mit Hilfe relevanter Dokumente die Fragestellung untersucht, wie diese Rahmenbedingungen den Auftrag, die Rolle und die Beziehung der Beratungsstellen zu anderen Akteuren der Suchthilfe definieren bzw. zur Rezeption nahelegen (vgl. Kap. 3.2.3). Die Nahelegungen wurden kontrastiert mit den Aussagen aus den Interviews mit den Leistungskräften und diese wiederum mit den Fallstrukturen. Dieses Verfahren wurde bis zu dem Punkt vorangetrieben, an dem deutlich wurde, dass nach genauer Betrachtung des verbliebenen Materials (13 Gesprächssituationen inkl. Nachinterviews) keine neuen Aspekte mehr gefunden werden konnten. Bis zum Erreichen dieses Punktes waren fünf Interaktionsprotokolle unter Berücksichtigung des dargestellten ergänzenden Materials ausgewertet worden.

6.5 Reflexion der Methodologie

Die Entscheidung für eine Audioaufnahme beinhaltet die Restriktion nicht alle Elemente des Gesprächs, insbesondere nicht die nonverbalen, rekonstruierbar machen zu können, obwohl deren Wichtigkeit für die Analyse von Beratungsbeziehungen betont wird (z. B. Schäfter, 2012). Die Entscheidung für dieses Vorgehen hatte forschungspragmatische und –ethische Gründe: In den informellen Sondierungsgesprächen im Feld wurde schnell klar, dass die Fachkräfte sich zwar auf eine Audioaufzeichnung der Gespräche einlassen konnten, einer Videoaufzeichnung aber deutlich ablehnend gegenüberstanden. Dieses begründete sich nicht nur (möglicherweise aber auch) durch die Furcht „sich in die Karten schauen“ zu lassen. Darüber hinaus berichteten die Fachkräfte, dass sie die Klient_innen in dieser Situation oft unsicher und ambivalent erleben würden und damit aus ihrer Sicht potentiell die Gefahr bestanden hätte, dass eine weitere Erhöhung der Unsicherheit dazu führen könnte, dass sich die ohnehin schon vermutete Ambivalenz einseitig in Richtung Abbruch des Hilfesuchverhaltens auflöst. Dies hätte auch bei der Anfrage nach einer Audioaufzeichnung passieren können, jedoch erschien das Risiko bei einer Videoaufzeichnung ungleich höher. Darüber hinaus wurde vermutet, dass die Schwelle, die Bereitschaft zu einer solchen Aufzeichnung zu geben, ebenfalls ungleich höher hätte sein können. Des Weiteren muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Aufzeichnung eines solchen Erstgesprächs sich für die Klienten

als eine hohe zusätzliche Belastung darstellte. Dies zeigte sich besonders in den Gesprächen mit den Klientinnen, die sich zum Zeitpunkt der Aufzeichnung alle in äußerst schwierigen Lebenssituationen befanden, in denen der Suchtmittelkonsum noch ein geringeres Problem darstellte. Die Rücksicht auf ihre Klienten war auch ein Grund, weshalb Beratungsstellen die Mitwirkung an dem Forschungsprojekt ablehnten mit. Trotz dieser forschungspragmatischen Gründe bleiben die Limitationen einer reinen Audioaufzeichnung. Videoaufzeichnungen hätten weitere Auswertungsmöglichkeiten eröffnet.

Im Anschluss an jedes Erstgespräch wurde mit der Fachkraft ein Interview geführt, dass das Erleben der Fachkraft zur Gestaltung einer „Arbeitsbeziehung“ zum Inhalt hatte und dass ebenfalls aufgezeichnet wurde. Aus forschungsökonomischen Gründen wurden diese Gespräche telefonisch geführt. Hierzu wurde eine strukturierende Gedächtnisstütze (Leitfaden) mit möglichen Fragen erarbeitet. Die Gespräche fanden in acht von dreizehn Fällen direkt im Anschluss an das Erstgespräch statt oder aber am selben Tag. In drei Fällen konnte das Gespräch erst am darauf folgenden Tag und in zwei Fällen erst mit zwei Tage Verzögerung aufgenommen werden.

Um eine multiperspektivische Sichtweise auf die Beziehungsgestaltung abzurunden, sollte am Ende des Beziehungsaufnahmeprozesses ebenfalls ein Gespräch mit dem / der Klient_in geführt werden, bei dem deren subjektives Erleben dieses Prozessabschnitts im Mittelpunkt stehen sollte. Hierzu wurde ebenfalls eine strukturierende Gedächtnisstütze mit möglichen Fragen erarbeitet. Die Klient_innen sollten nach dem Abschalten des Aufnahmegerätes von den Fachkräften befragt werden, ob sie mit einer solchen Befragung einverstanden wären. Bis auf Herrn Sauer (s. Tab.) signalisierten alle ihre grundsätzliche Bereitschaft. Dennoch konnten nicht alle Klient_innen befragt werden. Zunächst war aufgrund der räumlichen Nähe zu Einrichtung A geplant die dortigen Gespräche persönlich zu führen. Da in den Einrichtung B, C und D sukzessive Gespräche aufgezeichnet wurden, erschien es aus forschungsökonomischen Gründen sinnvoller auch diese Gespräche telefonisch zu führen. Die Klient_innen stellten hierfür ihre Telefonnummern und ein Zeitfenster zur Verfügung, in dem sie erreichbar waren. In Einrichtung A erschien Frau Wolter nicht mehr zum vereinbarten Nachfolgetermin. Frau Burgdorf traf sie später auf der Entgiftungsstation in der örtlichen psychiatrischen Klinik und dort erzählte Frau Wolter, dass sie sich dorthin habe einweisen lassen, da ihre Wohnsituation (in einem Notzimmer

bei einem Träger der freien Wohlfahrtspflege) unerträglich geworden sei. Um sie nicht weiter zu belasten, wurde aus forschungsethischen Gründen hier von Versuchen, sie erreichen zu wollen abgesehen, zumal sie kein Telefon besaß und auch keine neue Wohnperspektive in Aussicht hatte. Auch Herr Veit brach den Kontakt nach dem insgesamt dritten Termin ab. Da er auch keine Telefonnummer hinterlassen hatte, konnte auch hier kein Gespräch mit dem Klienten geführt werden. Bis zu diesem Punkt war in Absprache mit den Fachkräften noch vorgesehen, dass das Nachinterview nicht direkt nach dem Gespräch, sondern erst später stattfinden sollte, um die Klient_innen nicht zu überfordern. Für die Gespräche in den anderen Einrichtungen wurde die Strategie dann geändert und es wurde versucht, die Klienten telefonisch möglichst zeitnah nach dem Gespräch zu erreichen. Diese Änderung stellte sich als zielführender heraus. In Einrichtung B konnten beide Klient_innen telefonisch erreicht werden und in Einrichtung C konnte Herr Oppermann erreicht und befragt werden. Der Kontakt mit Herrn Paulsen wurde, wie schon erwähnt, auf Intervention von der Fachkraft Herrn Ellerbrock nicht fortgesetzt, da der Klient nach seiner Einschätzung nicht dem Zuständigkeitsprofil der Beratungsstelle entsprach. Aus diesem Grund erfragte Herr Ellerbrock auch keine Telefonnummer, sodass Herr Paulsen nicht erreicht werden konnte. Frau Nienburg konnte unter der angegebenen Telefonnummer zwar erreicht werden, wollte dann aber nicht mehr über das Gespräch reden. Sie gehörte zu den Frauen mit einer, zu dem Zeitpunkt sehr schwierigen Lebenssituation und befand sich in der örtlichen Psychiatrie. Deshalb wurde auch hier nach zwei weiteren Versuchen, bei denen sie nicht ans Telefon ging, aus forschungsethischen Gründen von weiteren Anfragen abgesehen. Ihren Folgetermin bei einer anderen Person in der Beratungsstelle nahm sie auch nicht wahr, sodass auch zu einem späteren Zeitpunkt keine Anknüpfung möglich war. In Einrichtung D konnten sowohl Herr Leipold als auch Herr Michelsen erreicht werden. So kann konstatiert werden, dass sich das gewählte Vorgehen insbesondere nach der Strategieänderung bei den Nachgesprächen grundsätzlich als zielführend erwies. Jedoch war die Belastung der Klient_innen und insbesondere der Frauen deutlich schwerwiegender als ursprünglich gedacht, sodass sich die Datenerhebung, insbesondere mit Blick auf die Nachinterviews, schwieriger gestaltete als angenommen.

Um zu erfahren, ob und wenn ja, wie sich die analysierten Bedingungen in den konkreten Beratungsstellen in der konkreten Arbeit zeigen, wur-

den Interviews mit den Leitungskräften zu aktuellen und zukünftig antizipierten Herausforderungen für die Arbeit in Suchtberatungsstellen geführt.

Die Menge der für eine Auswertung zur Verfügung stehenden Datenmaterials lässt den Schluss zu, dass das beschriebene Vorgehen zur Datenerhebung grundsätzlich als funktional beschrieben werden kann. Dies gilt auch für die Abkopplung der Information über das Forschungsprojekt von dem Beginn des Beratungsgesprächs. Nur in einem Fall (Herr Zacharias) stellte der Klient der Fachkraft vor Beginn des eigentlichen Gesprächs und vor seiner Zustimmung zu der Aufzeichnung dessen noch mehrere Fragen zum Hintergrund des Forschungsprojektes, um sicherzugehen, dass seine Anonymität gewahrt bleibt.

Kritischer zu betrachten ist die Situation, dass in Einrichtung C lt. Aussage der Fachkraft Herrn Ellerbrock im Unterschied zu den anderen Einrichtungen viele Klient_innen eine Aufzeichnung des Erstgesprächs abgelehnt hätten. Diese Ablehnung ist möglicherweise auf die, aus ökonomischen Gründen getroffene Entscheidung zurückzuführen, das Forschungsprojekt in Einrichtung C lediglich mit der Leitung und der aufzeichnenden Fachkraft zu kommunizieren und darauf verzichtet zu haben, sich zunächst ethnografisch einen Eindruck der Gesamtsituation zu verschaffen und das Forschungsprojekt dann in Gänze selbst dem Team vorzustellen. So ergab sich zwar eine gute Kooperation mit der Leitung und der mitwirkenden Fachkraft, die Weitergabe der Information an die Klient_innen, die der Erhebungssituation vorgeschaltet war, wurde im Gegensatz zu den Einrichtungen A und B jedoch nicht dialogisch mit dem gesamten Team inklusive der Verwaltungskräfte konkretisiert. So ist im Nachhinein nicht mehr nachzuvollziehen, wie die Fachkraft oder ggf. doch die Verwaltungskraft in der Anmeldung der offenen Sprechstunde die Information über das Forschungsprojekt vornahm und ob dies vielleicht dazu beitrug, dass Gespräche nur zögerlich aufgezeichnet werden konnten. Möglicherweise spielen auch andere Gründe eine Rolle, denn Herr Ellerbrock sprach davon, dass die Klient_innen misstrauisch gewesen seien. Gleichzeitig unterstreicht es die Bedeutung der genauen Rekonstruktion der Rahmenbedingungen als wichtiges Strukturmerkmal bei der Untersuchung von Erstgesprächen.

Das Forschungsprojekt wurde insgesamt in sechs Einrichtungen vorgestellt und stieß auch dort auf Interesse. Die Leitungen sagten ihre Bereitschaft zur Mitarbeit zu und es fanden sich auch Fachkräfte, die bereit

waren, Gespräche aufzuzeichnen. Jedoch kam es in zwei Einrichtungen auch nach mehreren Monaten Wartezeit nicht dazu, dass Gespräche aufgezeichnet werden konnten. Eine Fachkraft, die in einer Einrichtung gleichzeitig auch Leitungsaufgaben wahrnimmt, begründete dies auf Nachfrage mit einer hohen Arbeitsbelastung und außerplanmäßigen Vorkommnissen auf der Leitungsebene, aufgrund derer keine Erstgespräche haben durchgeführt werden können. Eine andere Fachkraft, die allein für die Stelle zuständig ist, begründete dies damit, dass sie keine neuen Klienten gehabt habe, die in die Beschreibung des Samples gepasst und die einer Aufzeichnung zugestimmt hätten. Beides waren Einrichtungen, die aufgrund eines theoretischen Samplings nachträglich angefragt wurden. Daher muss hier in Bezug auf die Reichweite der Ergebnisse einschränkend formuliert werden, dass diese sich in erster Linie auf den Rahmen des erhobenen Materials (13 Erstgespräche und 28 begleitende Interviews in vier über Deutschland verteilte Beratungsstellen unterschiedlichen Zuschnitts) beziehen. Damit stellt diese Untersuchung einen ersten Versuch dar, datenbasierte Antworten auf die Forschungsfragen zu erhalten. Jedoch stellt Kähler fest, dass es sich bei sog. Erstgesprächen, um „sensible Schnittstellen“ handelt und die Analyse von realen Erstgesprächsdaten daher nach wie vor Seltenheitswert haben (2009, S. 17 ff.). Somit wird hier trotz der angesprochenen Limitationen davon ausgegangen, dass die erforderliche Innovation im Rahmen dieses Forschungsvorhabens gewahrt bleibt.

7 Darstellung der Fälle

Die Fälle werden in der Reihenfolge der, durch „theoretical sampling“ (Glaser; Strauss 2010, S. 53) begründeten Auswahl vorgestellt. Innerhalb des jeweiligen Falles wird zunächst die gemeinsame Interaktion auf der Inhaltsebene deskriptiv dargestellt. Danach erfolgt beispielhaft eine Auswahl aus der sequentiellen Feinanalyse der Fälle, die die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ exemplarisch zeigt. Diese werden, wie im Kapitel zur Methodologie erläutert, ergänzt durch Aussagen aus den Begleitinterviews und bei Bedarf aus den Interviews mit den Leitungskräften. Schließlich werden auf dieser Basis anhand der zentralen Fragestellungen der Dissertation diesbezügliche Lesarten der Fallanalysen formuliert.

7.1 Frau Burgdorf und Herr Uhlenbrock

Begonnen wurde mit der Auswertung des Gesprächsprotokolls von Herrn Uhlenbrock und Frau Burgdorf. Als inhaltliche Kriterien für die Auswahl dieses Interaktionsprotokolls können die Tatsachen festgehalten werden, dass es sich hierbei um ein vollständiges Set aus Gespräch, Interview mit der Fachkraft und Interview mit dem Klienten handelt und dass die Einrichtung A, in der das Gespräch aufgezeichnet wurde, die größte Auswahl an Gesprächen für weitere Kontrastierungen bereit hielt. Ein weiteres Kriterium war, dass es sich auf der Inhaltsebene scheinbar um einen „einfachen“ Fall handelt, denn Herr Uhlenbrock, kommt laut seinem geäußerten Anliegen⁴¹ mit einer klaren Vorstellung bezüglich der Inhalte des Gesprächs: er möchte in eine stationäre Rehabilitation Sucht vermittelt werden. Darüber hinaus handelt es sich um eine Interaktionskonstellation von Mann (Klient) und Frau (Fachkraft). Mit Blick auf die Fachkräfte, die ein Interesse an einer Mitarbeit ange-

⁴¹ Im Zusammenhang mit der Auswertung von Fällen wird nachfolgend von einer allgemeinen Definition des Wortes „Anliegen“ ausgegangen, die im Duden u. a. als „zur Bearbeitung anstehend“ und als „Wunsch, Bitte, Angelegenheit, die jemandem am Herzen liegt“ angegeben ist (<http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Anliegen>). Diese Definition drückt meines Erachtens gut den Umstand aus, dass aus der subjektiven Perspektive einer Person etwas realisiert werden soll, das neben einem sachlichen auch einen affektiv bedeutsamen Aspekt für sie hat. Deshalb erscheint die Wahl dieses Begriffes gerade im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum angemessen.

meldet hatten und mit Blick auf die zu erwartende Verteilung der Geschlechter bei den Klient_innen⁴² war davon auszugehen, dass diese Konstellation innerhalb der aufgezeichneten Fälle am häufigsten anzutreffen sein würde, so dass sich hier mit Blick auf die Möglichkeiten zur minimalen Kontrastierung die meisten Auswahlmöglichkeiten an weiteren Fällen ergaben.

Gegenstand der ersten Fallanalyse ist daher die Begegnung zwischen Frau Burgdorf und Herrn Uhlenbrock. Ort der Begegnung ist die Suchtberatungsstelle A (s. Tabelle 1 Übersicht Kontextbedingungen des erhobenen Datenmaterials). Zeitpunkt der Begegnung ist die sog. „offene“ Sprechstunde der Beratungsstelle, die zweimal wöchentlich stattfindet. Die Fachkraft Frau Burgdorf ist Ende 40, arbeitet seit 14 Jahren in dieser Beratungsstelle und seit 6 Jahren im Arbeitsbereich der ambulanten Suchtberatung. Sie hat Sozialpädagogik studiert und im Bildungsbereich gearbeitet, bevor sie zur Suchtberatung gewechselt ist. Sie hat mehrere Weiterbildungen zu Gesprächsführung und systemischer Arbeit im Allgemeinen (Systemische Familienberatung, Acceptance und Commitmenttherapy) und mit Suchtklienten im Besonderen (Angehörigenarbeit, Move (Motivierende Frühintervention), Doppeldiagnosen) absolviert, aber keine von der Deutschen Rentenversicherung anerkannte Ausbildung als Suchttherapeutin. Der Klient Herr Uhlenbrock kam ohne vorherige telefonische Anmeldung, welche in dieser Beratungsstelle im Rahmen der sog. „offenen Sprechstunde“ nicht erforderlich ist. Herr Uhlenbrock hatte in früheren Jahren schon mal Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle in einer anderen Stadt und hat dort auch bereits eine ambulante suchtttherapeutische Maßnahme durchlaufen. Die Beratungsstelle A sucht er zum ersten Mal auf. Beide Interaktionspartner wissen also nichts voneinander und begegnen sich im Rahmen der transkribierten Audioaufzeichnung zum ersten Mal. Das aufgezeichnete Gespräch wurde in inhaltliche Sinneinheiten gegliedert, die nachfolgend als „Sequenz“ oder „Gesprächsphase“ benannt sind. Die Zusammenfassung erfolgt zum einen nach inhaltlichen Aspekten und zum anderen danach, wie eine unter den oben beschriebenen Aspekten zusammengestellte Sinneinheit endet und wie die nächste beginnt, da

⁴² Bei allen Suchtmustern, die in Beratungsstellen registriert werden, abgesehen von Medikamentenkonsum und Essstörungen, ist die Anzahl der betroffenen Männer mindestens doppelt so hoch, meistens aber noch um ein Vielfaches höher als die der betroffenen Frauen (Braun et al. 2017b, S. Tab. 2.01).

im Rahmen einer sequentiellen Auswertung diese Aspekte für die Interpretation des Fallmaterials von besonderem Interesse sind (vgl. Overmann 2012).

7.1.1 Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs

Das aufgezeichnete⁴³ Gespräch beginnt damit, dass Frau Burgdorf nach der Begrüßung kurz die Arbeitsregeln der Beratungsstelle benennt (Anonymität, Kostenfreiheit und Freiwilligkeit). Danach fordert sie Herrn Uhlenbrock auf, zu berichten, was denn sein Anliegen sei. Dieser antwortet darauf mit einer ausführlichen Darstellung seiner subjektiven Sicht auf die, ihn in die Beratungsstelle führende Situation. Diese Phase wird von Frau Burgdorf im Wesentlichen mit Hörersignalen, vereinzelt mit einem aufmunternden Kommentar (*Wow, ok, jaha #00:02:14–1#*)⁴⁴, mit einer zusammenfassenden Bemerkung (*Das heißt, sie haben über anderthalb Jahre gespielt. #00:04:07–2#*) oder einem kurzen Deutungsangebot (*gehen Sie aufs Glatteis #00:03:57–0#*) begleitet. Der Klient hat bis zur Zeitmarke #00:07:29–1# die mit Abstand höheren Redeanteile und wird von Frau Burgdorf nicht durch z.B. vertiefende Nachfragen, die eventuell ein Fragekonzept vermuten ließen, daran gehindert, sondern eher noch dazu ermuntert, seinem, auf der Interaktionsebene wahrnehmbaren Drang zur Darstellung seiner subjektiven Situation zu folgen. Lediglich die zusammenfassenden Bemerkungen von Frau Burgdorf lassen darauf schließen, dass es eher das Muster des Suchtverhaltens (hier des Spielens), nicht aber z. B. mögliche Ursachen oder Folgen sind, die das hörbar geäußerte Interesse von Frau Burgdorf hervorrufen.

In einer längeren, lediglich mit Hörersignalen begleiteten Äußerung des Klienten (#00:05:20–1#–#00:07:29–1#) geht dieser auf verschiedene Themen ein: auf seine Familiensituation, auf seinen subjektiver Leidensdruck, auf seine subjektiven Überlegungen bezüglich Hilfsmöglichkeiten und auf eine Konkretisierung seines Anliegens.

⁴³ In dieser Beratungsstelle ist es so, dass die jeweilige Fachkraft, hier Frau Burgdorf, vom Sekretariat informiert wird, dass sich ein_e Klient_in im Wartezimmer befindet. Daraufhin holt dann die Fachkraft den / die Klient_in dort ab. Auf dem Weg zum Büro der Fachkraft entspinnt sich oft ein sog. „Smalltalk“, der hier nicht aufgezeichnet werden konnte, in dem sich aber auch schon eine erste „Beziehung“ im definierten Sinne, ein sog. „erster Eindruck“ entwickeln kann. Die Aufzeichnung beginnt mit dem Beginn des „offiziellen“ Beratungsgesprächs.

⁴⁴ Interpretation der Zeitmarke: #HH:MM:SS–S/10#

Frau Burgdorf nimmt ausschließlich den Aspekt der Überlegungen zum Hilfesuchen in den Blick. Die anderen Anteile der subjektiven Äußerung bleiben von ihr unberücksichtigt. Hier kommt es nach der Eröffnungsphase zu einer ersten längeren Sprechereinheit von Frau Burgdorf (#00:07:29-1#-#00:08:03-8#), in der sie grundsätzliche Therapiemöglichkeiten⁴⁵ und die speziellen Möglichkeiten in ihrem Haus (sog. ambulante Rehabilitation) aufzählt, obwohl Herr Uhlenbrock nicht explizit nach diesen gefragt hatte.

Es folgt eine Phase der Verhandlung darüber, welche Form der Rehabilitation für die Situation von Herrn Uhlenbrock die geeignete ist (#00:08:08-3#-#00:13:57-3#). Ob diese Form der suchtbbezogenen Hilfen für Herrn Uhlenbrock geeignet ist und ob es möglicherweise noch andere Formen der Hilfe und Unterstützung gibt, scheint bei beiden Interaktionspartnern nicht von Interesse zu sein. Auch in dieser Phase sind die Gesprächsanteile von Herrn Uhlenbrock weit höher als die von Frau Burgdorf. Herr Uhlenbrock begründet sein Anliegen sehr wortreich und umfänglich, u. a. mit Explikationen zu den Folgen seines Spielverhaltens und subjektiven Konstruktionen über die Ursachen dieses Verhalten und die Gründe, warum er gerne eine sog. „stationäre Therapie“ möchte. Frau Burgdorf begleitet diese Ausführungen mit Hörsignalen und einer inhaltlichen Nachfrage. Wieder folgt eine wortreiche und umfängliche Explikation im oben dargestellten Sinne durch Herrn Uhlenbrock, die damit endet, dass er sein Anliegen, seine Probleme bearbeiten zu wollen, wiederholt. Insofern ist hier nicht von einem „sich verlieren“ in einem Erzählfluss, sondern eher von einem Überzeugungsversuch hinsichtlich seines Anliegens auszugehen. Offensichtlich glaubt der Klient, er müsse Frau Burgdorf von der Plausibilität seiner Argumente überzeugen. Hierauf reagiert die Fachkraft damit, dass Sie Herrn Uhlenbrock die Autonomie über die Entscheidung in der Frage, welche Hilfemaßnahme er in Anspruch nehmen möchte, verbal zurückgibt.

Dies führt dazu, dass Herr Uhlenbrock wieder beginnt über subjektive Konstruktionen, diesmal bezüglich der Ursachen seines Spielverhaltens, zu sprechen (#00:13:57-3#-#00:18:29-4#). In dieser Situation sind

⁴⁵ Diese Maßnahme wäre unter formalen Gesichtspunkten korrekter als medizinische Rehabilitation Sucht zu bezeichnen. Möglicherweise folgt Frau Burgdorf hier den sprachlichen Äußerungen von Herrn Uhlenbrock.

die Sprechakte gleichmäßiger verteilt. Herrn Uhlenbrocks Sprechheiten sind kürzer und thematisch begrenzter und Frau Burgdorf stellt Nachfragen, die das Thema vertiefen und auf die Herr Uhlenbrock wiederum bereitwillig eingeht. In dieser Phase ist erstmals ein systematisches „sich aufeinander beziehen“ beider Interaktionspartner zu beobachten. Diese Sequenz endet damit, dass Herr Uhlenbrock erneut betont, dass er Hilfe haben möchte (#00:18:39–6#).

Die nächste Phase (#00:18:29–4#–#00:22:06–9#) beginnt damit, dass Frau Burgdorf erstmals von sich aus ein neues Thema anspricht, indem sie danach fragt, wie es denn gelungen sei das, von Herrn Uhlenbrock problematisierte Spielverhalten zu stoppen. Hiermit ist nach Ressourcen gefragt. Herr Uhlenbrock nimmt das Thema auf und berichtet erneut über seine subjektiven Konstruktionen zu diesem Thema. Es entspinnt sich ein zielgerichteter Dialog, der von Frau Burgdorf u. a. durch vertiefende Nachfragen gesteuert wird. Die Wechsel zwischen den Sprechakten werden kürzer. Dies ist jedoch nicht als insbesondere von Herrn Uhlenbrock ausgehende Einsilbigkeit zu deuten, im Gegenteil ist erstmals ein Wechselspiel mit sich gegenseitig ergänzenden Äußerungen zu beobachten. Dies lässt darauf schließen, dass die Akteure sich verbal aufeinander eingependelt haben. Nach Stern ließe sich diese Phase als eine Aneinanderreihung von sog. „Gegenwartsmomenten“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 34) deuten. Die Sequenz endet damit, dass Herr Uhlenbrock von der Zeit berichtet, in der er wieder angefangen hat zu spielen, welches er als ein Scheitern in einer Phase darstellt, in der er und sein familiales Umfeld dachten, dass er sich „super entwickelt“ (#00:22:01–7#) habe.

Frau Burgdorf greift dieses Thema auf und versucht die genaueren Umstände des erneuten Beginns des Spielens zu explorieren (#00:22:06–9#–#00:26:58–8#). Dies geschieht nicht im Modus eines zielgerichteten „Frage-Antwort-Spiels“, sondern u. a. wieder als Wechselspiel sich gegenseitig ergänzender Äußerungen, wie dies schon oben beschrieben wurde.

In der nächsten Sequenz sind die längsten zusammenhängenden Sprechanteile der Fachkraft zu beobachten (#00:26:58–8#–#00:35:56–9#). In dieser Phase gibt sie fachliche Einschätzungen der, von Herrn Uhlenbrock gehörten Explikationen ab, ohne direkt nach diesen gefragt worden zu sein. Es scheint, als wäre dies jetzt für sie an der Reihe. Dies deutet darauf hin, dass sie möglicherweise einem inneren Ablauf folgt,

ohne ihn jedoch zu explizieren. Es entspinnt sich wieder ein Dialog, in dem Herr Uhlenbrock die Einschätzungen ratifiziert, indem er sie (bis auf einmal) durch weitergehende subjektive Einschätzungen ergänzt. Insofern ist auch hier ein systematisches „sich aufeinander Beziehen“ zu beobachten. Dieses kann auch als Versuch eines inhaltlichen „Vorangehens“ (Stern 2014, S. 157) eingeordnet werden, weil die Sequenz damit endet, dass Frau Burgdorf einen konkreten Vorschlag macht, welche therapeutische Maßnahme sie für Herrn Uhlenbrock für geeignet hält. Dieser Vorschlag entspricht zwar nicht dem Wunsch nach sog. „stationärer Therapie“, den er geäußert hatte, jedoch überlässt sie ihm die Entscheidung.

Herr Uhlenbrock reagiert darauf mit einer konkreten, unvermittelten Nachfrage zu einer Einschätzung seiner versicherungsrechtlichen Situation in Bezug auf die Beantragung einer Rehabilitation Sucht, auf die Frau Burgdorf ohne zu zögern antwortet. Dies wirkt wie eine Art Kompetenztest, dem Frau Burgdorf durch Herrn Uhlenbrock unterzogen wird (#00:35:56-9#-#00:37:01-8#). Frau Burgdorf bekräftigt daraufhin ihre Einschätzung bzgl. der Angemessenheit einer ambulanten Maßnahme. Es entspinnt sich eine Art Verhandlung darüber, unter welchen Umständen und wie genau ein Antrag zu stellen sei (#00:37:01-8#-#00:41:33-5#). Dieses führt das Gespräch thematisch an den Anfang zurück. Die Sequenz endet damit, dass Herr Uhlenbrock sich die Entscheidung, welche Maßnahme er genau in Anspruch nehmen möchte, offen hält. Für ihn steht nur fest, dass er eine Rehabilitation machen möchte.

Die kurze Schlussphase (#00:41:33-5#-#00:43:36-7#) beginnt damit, dass Frau Burgdorf Herrn Uhlenbrock in einem längeren Wortbeitrag darin bestätigt, sich Zeit für diese Entscheidung zu nehmen. Herr Uhlenbrock knüpft daran an, indem er sein Suchtverhalten mit einer Krankheitsmetapher (Schnupfen) belegt. Frau Burgdorf greift diese Metapher auf und modelliert sie um (Diabetes). Dem wird von Herrn Uhlenbrock nicht widersprochen, für ihn ist das Gespräch beendet. Daraufhin kündigt Frau Burgdorf an, dass sie das Aufnahmegerät jetzt ausschalten wird, um personalisierte Daten für das Dokumentationssystem abfragen zu können.

7.1.2 Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen

Nachfolgend sollen beispielhaft einige Passagen vorgestellt werden, die exemplarisch die Situation in der Anfangsphase, in der Mittelphase und am Ende des Gespräches vorstellen und aus denen der jeweilige „Beziehungsstatus“ sowie mögliche Einflussfaktoren darauf sichtbar werden. Im Sinne der sequentiellen Logik der Fallinterpretation, einer Auswertung von Anfang an, beginnt diese mit der ersten aufgezeichneten Interaktion zwischen Frau Burgdorf und Herrn Uhlenbrock⁴⁶.

„Herzlich Willkommen in der Suchtkrankenhilfe“

Frau Burgdorf: So, jetzt gehts los. Dann erst mal herzlich willkommen in der Suchtkrankenhilfe. Sind Sie das erste Mal da? #00:00:09–1#

Herr Uhlenbrock.: Ja. #00:00:10–0#

Frau Burgdorf: Ok, dann sag ich auch nochmal vorneweg, ist Ihnen vielleicht auch klar, dass wir unter Schweigepflicht stehen, //ok// das was wir besprechen werden, bleibt auf jeden Fall hier im Haus, Beratung ist für Sie kostenfrei. Sie entscheiden ob und was Sie verändern wollen. Also sie gehen jetzt keinerlei Verpflichtungen ein //ok//, ob Sie wiederkommen wollen und alles. 00:00:31–3#

Herr Uhlenbrock: Ok #00:00:32–3#

Frau Burgdorf: Das ist erstmal offen von den Rahmenbedingungen her. Was ist denn ihr Anliegen? #00:00:34–1#

Die aufgezeichnete Interaktion beginnt mit einer ersten Äußerung von Frau Burgdorf. Sie beginnt das Gespräch mit den Worten: „So, jetzt geht's los.“ Dies markiert ein Startsignal und möglicherweise eine Aufforderung an den Klienten, dass jetzt das Beratungsgespräch beginnt. Möglicherweise ist es auch eine Selbstoffenbarung in dem Sinne, dass jetzt nach dem Einschalten des Tonbandes der offizielle Teil im Unterschied zum Small-Talk beginnt.

⁴⁶ Für diesen und alle anderen dargestellten Fälle gilt: Transkribiert wurde in Anlehnung an Bohnsack et al. 2011 (Transkriptionsprogramm f4): //ok// bezeichnet z.B. ein Hörsignal des Gegenüber. Genauere Angaben zu den Transkriptionsregeln finden sich im Anhang bei den verschriftlichen Protokollen.

⁴⁷Beiden Deutungen haben die sprachliche Markierung eines Beginns gemeinsam, wobei unklar ist, ob diese mit einer Aufforderung verknüpft ist und wenn ja, wer damit adressiert ist und wozu aufgefordert wird.

Frau Burgdorf fährt fort: „Dann erst mal herzlich willkommen in der Suchtkrankenhilfe.“ Diese Äußerung stellt im 2. Satzteil, „herzlich willkommen in der Suchtkrankenhilfe“ eine, in dieser Phase übliche Begrüßung eines Gastgebers gegenüber einer Person dar, die zum ersten Mal in diesem Haus ist und markiert gleichzeitig den institutionellen Rahmen der Suchtkrankenhilfe. Der erste Teil des Satzes „Dann erstmal“ relativiert das „herzlich willkommen“ dahingehend, dass er auf einen routinierten Ablauf verweist. Genauer verweist er darauf, dass es erwartbaren gesellschaftlichen Gepflogenheiten entspricht, eine fremde Person in den eigenen Räumen willkommen zu heißen. Gleichzeitig entwertet es damit die mögliche persönliche, subjektorientierte Deutung der Begrüßungsformel und reduziert sie auf eine Routine ohne persönlichen Bezug. Denkbar ist aber auch, dass die herzliche, persönlich gemeinte Willkommensäußerung schon im möglicherweise zuvor erfolgten „Smalltalk“ auf dem Weg ins Beratungszimmer erfolgt ist und nur noch mal für die Aufnahme „abgespult“ wurde.

Mit der nachfolgenden Frage „Sind Sie zum ersten Mal da?“ wird Herr Uhlenbrock erstmals aufgefordert einen Beitrag zum Gespräch zu leisten. Inhaltlich wird nach einer Formalie gefragt. Dementsprechend fällt auch die Antwort des Klienten mit einem einfachen, auf das Notwendigste begrenzten „Ja“ aus und folgt damit der inhaltlich-sachlichen Intention der Frage. Somit ist der Gesprächsball wieder bei der Fachkraft. Sie nimmt den Kommunikationsfaden mit einem „OK“ wieder auf. Dieses bedeutet für sie, wenn die nachfolgenden Äußerungen betrachtet werden, dass sie eine, wieder routiniert wirkende „Einführung“ für „Neue“ abhält, indem sie auf die institutionellen⁴⁸ Eckpfeiler der Einrichtung (Schweigegebot und Kostenfreiheit) und auf ein allgemeines

⁴⁷ Im Text fett markierte Elemente stellen eine Deutung der vorangegangenen Paraphrasierungen und der Entwicklung möglicher Lesarten dar.

⁴⁸ Diese werden neben „Anonymität“ und „Offenheit für Jede“ als „Leitprinzipien“ auf der Homepage der Einrichtung genannt.

Beratungsgebot, nämlich der Ergebnisoffenheit hinweist („Sie entscheiden, ob und was Sie verändern wollen. Also Sie gehen jetzt keinerlei Verpflichtung ein [...]“).

Der nachfolgende Halbsatz „... ob Sie wiederkommen wollen“ konkretisiert, was mit „Verpflichtung“ gemeint sein könnte. Das darauf folgende „...und alles“ verweist wiederum auf einen routinemäßigen Ablauf, bei dem davon ausgegangen wird, dass es noch mehr mögliche Verpflichtungen geben könnte, auf die jetzt aber nicht näher eingegangen wird. Frau Burgdorf scheint jedoch davon auszugehen, dass Herr Uhlenbrock über die Aufgaben und Arbeitsweisen einer Suchtberatungsstelle informiert ist, denn die Passage beginnt mit den Worten: „Ok, dann sag ich auch nochmal vorne weg, ist Ihnen aber vielleicht auch schon klar.“ Die Antwort des Klienten scheint ihr Recht zu geben, denn er antwortet mit einem schlichten „OK“, ohne weitere Fragen zu stellen. Dies könnte bedeuten, dass sie tatsächlich wusste oder vermutete, dass er die Abläufe einer Suchtberatungsstelle kennt. Dann stellt sich allerdings die Frage, wieso sie das vermutete oder auch wusste. Denkbar wäre ein beiläufiger Hinweis im Smalltalk. Möglich wäre auch, dass Herr Uhlenbrock von der routinierten Art der Fachkraft eingeschüchtert ist und sich nicht traut nachzufragen oder dass er darauf vertraut, dass in dieser Einrichtung schon nichts passieren wird, was ihm schadet. Bei der letzten Deutung stellt sich die Frage, wieso er sich da sicher ist. Möglicherweise, weil er eine solche Einrichtung tatsächlich schon kennt. Allen Lesarten haben bis jetzt gemeinsam, dass es sich bis zu diesem Zeitpunkt im Gespräch der beiden Personen bezüglich der Frage, wie sie in Kontakt kommen, um einen scheinbar institutionell routinierten Ablauf handelt, bei dem entweder beide die Spielregeln kennen oder glauben sie zu kennen, zumindest aber keinen Nachteil erwarten, wenn sie das Spiel ‚Erstkontakt in der Suchtkrankenhilfe‘ mit-spielen.

Die Einladung zu einem Dialog, im Sinne eines sich inhaltlich aufeinander Beziehens und Weiterentwickelns eines Gedankens oder im Sinne einer diesbezüglichen Aufforderung, ist bis zu diesem Zeitpunkt nicht zu erkennen. Die Gesprächseröffnung ist stattdessen von routinierten Floskeln geprägt und scheint den Klienten in seiner ersten Reaktion nicht zu irritieren.

Frau Burgdorf fährt fort, indem sie sagt: „Es ist erstmal offen von den Rahmenbedingungen her.“ Sie knüpft damit inhaltlich an die Aufzählung der institutionellen und fachlichen Eckpunkte aus dem Absatz davor an und konkretisiert, dass es sich damit aus Ihrer Sicht um den Rahmen der Interaktion handelt. Weiter beschreibt sie diesen mit dem Wort „offen“ und schränkt mit dem Wort „erstmal“ aber gleichzeitig ein, dass es sich hierbei um eine vorläufige Vereinbarung handelt. Wann, durch wen und wodurch diese Einschränkung geschehen könnte, bleibt offen. Möglich ist auch, dass es sich um ein Füllwort handelt, dass an dieser Stelle routinemäßig benutzt wird, um später vom Klienten nicht für die versprochene Offenheit verpflichtet werden zu können. Eine weitere Möglichkeit ist die unreflektierte Benutzung des Wortes im Sinne eines professionellen Habitus als Sozialarbeiterin, die Offenheit verspricht aber gleichzeitig die Kontrolle über die Situation für sich beansprucht.

Beiden Deutungen haben wieder das Moment der Routine gemeinsam. Der nächste Satz ist als Frage formuliert und lautet: „Was ist denn ihr Anliegen?“ Damit markiert er die Aufforderung an den Klienten, den Grund seines Kommens und das zu benennen, was er in der Beratungsstelle möchte. Frau Burgdorf geht also davon aus, dass Herr Uhlenbrock ein Anliegen hat und nicht nur einfach so in die Sprechstunde gekommen ist. Sie scheint auch davon auszugehen, dass dem Klienten schon klar ist, was er möchte. Dies setzt voraus, dass sie möglicherweise davon ausgeht, dass er seine Situation schon zumindest anfänglich reflektiert hat und zu dem Schluss gekommen ist, dass eine Veränderung nötig, möglich und auch von ihm gewollt ist. Sie scheint weiterhin davon auszugehen, dass er bereits eine Idee für diese mögliche Veränderung entwickelt hat und zu dem Schluss gekommen ist, dass eine Suchtberatungsstelle bei der Veränderung hilfreich sein könnte, er also eine klare Erwartung an Frau Burgdorf richten kann. Dies aber ist genau der Prozess, der üblicherweise in Beratungsstellen geleistet wird: Jemanden, der mit unspezifischen Beschwerden kommt, zu unterstützen und aus diesen ein konkretes Anliegen zu entwickeln, das *möglicherweise* darin besteht, eine Veränderung im Leben vornehmen zu wollen. Dies wirft wiederum die Frage auf, ob sie schon weiß, wer da vor ihr sitzt, obwohl er zum ersten Mal in der Beratungsstelle ist und wenn ja, woher sie dies weiß. Gefragt werden kann in diesem Kontext auch, ob sich das routinemäßige Abspulen einer Floskel oder eines Spiels fortsetzt, das lautet: ‚Nach der Begrüßung, dem Andeuten von institutionellen und fachlichen Eckpunkten ist Herr Uhlenbrock dran zu sagen, was er will‘. Eine Aufforderung zu einem Dialog im o. g.

Sinne ist auch hier nicht zu erkennen, obwohl inhaltlich dazu aufgefordert zu werden scheint.

Am Beginn zeigt sich somit ein routinierter Ablauf, der von Frau Burgdorf gesteuert und inszeniert wird. Routine bedeutet Sicherheit, aber auch kein Eingehen auf subjektive Besonderheiten. Herr Uhlenbrock wehrt sich nicht dagegen, geht mit, kennt es vielleicht schon. Er zeigt keine Unsicherheit in der Form, dass er möglicherweise Unsicherheitslaute wie z. B. "Ähs" hervorbringt oder nachfragt. Im Gegenteil scheint er mit "ok" das Gesagte zu ratifizieren, was Frau Burgdorf wiederum dazu zu ermutigen scheint, ihre Routine fortzusetzen.

Als erste Einschätzung der „Arbeitsbeziehung“ in Form einer subjektiv bewerteten Relation scheint der Versuch von Frau Burgdorf zu stehen, ein routiniertes Angebot zur Vorgehensweise zu machen, dem sich Herr Uhlenbrock zunächst scheinbar anpasst. Insofern ist es als ein erster, gemeinsamer Versuch, über die Inszenierung von Sicherheit über Routine, eine kommunikative Passung herzustellen, zu werten.

Eine erste Veränderung in der Beziehung zeigt sich in folgender Sequenz aus der Anfangsphase:

Frau Burgdorf: Jetzt haben Sie gerade gesagt bis Mai, (.) das heißt Sie spielen jetzt im Moment noch oder nicht mehr? #00:02:11–2#

Herr Uhlenbrock: Nein. Ich bin spielfrei seit ungefähr sechs Monaten. #00:02:12–6#

Frau Burgdorf: Wow, ok, jaha #00:02:14–1#

Herr Uhlenbrock: Ich hab das auch ganz gut im Griff aber //ja// die Konsequenzen, die sich jetzt dadraus ergeben haben, einmal so der Job-Verlust //mmhm// ähm wieder sehr hohe Schulden //mmhm// führen einfach dazu, dass ich mich in Behandlung begeben muss, weil //mmhm// ich einfach Angst habe, dass es mal wieder soweit sein könnte #00:02:35–7#

Frau Burgdorf: ja das verstehe ich #00:02:35–7#

Herr Uhlenbrock: und ich möchte jetzt einfach einen Neu-Start machen.//mmhm// und wenn ich, jetzt bin ich im Moment selbständig, also ich war drei Monate arbeitslos. //mmhm// und ähm bin jetzt seit 01.12. selbständig. ähm (.) ja! möchte jetzt auf jeden Fall da an mir arbeiten//mmhm// weil sonst nimmt das kein gutes Ende. Also es ist ich merke jetzt auch, das ist ne deutlich stärkere, dass es mir deutlich näher geht als es damals der Fall war. (.) Also ich hab das damals schon auch äh damals war hat noch n Job //mmhm// mein Arbeitgeber wusste auch Bescheid //mmhm// Äh das hat mir sehr geholfen damals

//mmhm// muss ich sagen. Ich war sehr stabil. //ja// aber leider Gottes halt äh ja kam dann im März der (leiser werdend) große Rückfall. #00:03:18-2#

Frau Burgdorf: Jo. (.)#00:03:25-0#

Herr Uhlenbrock: Ich hatte private Insolvenz hinter mir //ja//, von 2004, wo ich leider Gottes die Restschuldbefreiung unterschagt wurde //aha// (.) habe aber n Großteil der Schulden jetzt bezahlt und ähm (.) ja ich war einfach Anfang 2013 irgendwo, wos mir (.) gutging. //mmhm// Ich hatte n super Job, mit sehr hoher Verantwortung //mmhm// eigenen Mitarbeitern (.) Ich war weitestgehend schuldenfrei //mmhm// ähm und das ist mit eines meiner Hauptprobleme. Immer wenns mir gut geht, dann (.)#00:03:57-0#

Frau Burgdorf: gehen Sie aufs Glatteis #00:03:57-0#

Herr Uhlenbrock: hau ich mit meinem eigenen Arsch alles wieder um. //mmhm// und das war diesmal richtig massiv, weil ich hab den Job jetzt im Mai verloren. //mmhm// #00:04:05-7#

Frau Burgdorf: Das heißt sie haben über anderthalb Jahre gespielt. #00:04:07-2#

Herr Uhlenbrock: Jaja #00:04:09-0#

Frau Burgdorf: Ja #00:04:09-5#

Zu Beginn dieses Abschnitts fragt Frau Burgdorf zum ersten Mal inhaltlich etwas nach und signalisiert damit ein Interesse an einem spezifischen Detail der Darstellung des Klienten, nämlich an der Klärung der Frage, ob Herr Uhlenbrock im Moment spielt oder nicht. Offensichtlich hat die Klärung dieser Frage eine besondere Bedeutung für sie. Mit Blick auf die vorangegangenen Aussagen des Klienten⁴⁹ könnte eine Lesart in Frage kommen, nach der sie versucht für sich zu klären, ob die vorangegangenen Ausführungen von Herrn Uhlenbrock, bei der die Frage offen geblieben war, ob das geschilderte aktuelle Problemverhalten mit seiner Spielsucht zu tun hat, eine Bedeutung hat. Eine andere Möglichkeit wäre, dass sie in Bezug auf seinen Wunsch nach stationärer Rehabilitation, versucht zu klären, ob dieser Wunsch mit Blick auf die formalen Voraussetzungen zur Kostenübernahme durch entsprechende Kostenträger zu realisieren ist. Ein entscheidender Faktor in dieser Beurteilung ist, neben der Motivation für die beantragte Form der Behandlung, auch die, von der beantragenden Stelle bzw. Fachkraft ein-

⁴⁹ Herr Uhlenbrock hatte erklärt, dass er spielsüchtig sei (#00:00:40-8#) und sich bezüglich einer stationären Beratung gerne beraten lassen wollen würde (#00:01:53-7#).

geschätzte sog. Fähigkeit „abstinente während einer ambulanten Entwöhnung zu leben.“ (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a, S. 12). Über die letztliche Bewilligung des Antrages entscheidet der medizinische Dienst der Rentenversicherung. In dieser Perspektive ist ein Klient ein Bittsteller im Sinne eines Antragstellers und die Fachkraft der Sozialen Arbeit in der Suchtberatungsstelle hat eine Gatekeeper-Funktion⁵⁰ im Sinne einer Entscheidungsmacht darüber, ob sie einen Antrag stellt oder nicht. Dies markiert eine, vom Feld der suchtbefragten Hilfen nahegelegte Beziehungsdefinition zwischen Klient und Fachkraft. Wird diese Sichtweise von den Akteuren übernommen, so wird aus dieser äußeren Nahelegung eine subjektiv bewertete Relation, die das weitere Interaktionsgeschehen prägen kann.⁵¹ Dieser Logik aus Sicht eines Klienten mit einer klaren Vorstellung darüber, was ihm gut tut, folgend, muss Frau Burgdorf überzeugt werden, einen entsprechenden Antrag zu stellen, der den formulierten Kriterien der Rentenversicherung entspricht. Diese aber wiederum ist dazu angehalten nur solche Anträge zu stellen, die auch Aussicht auf Erfolg haben. Dies erzeugt mit Blick auf die „Arbeitsbeziehung“ möglicherweise eine gegenseitige vorsichtige Haltung eher in Richtung Misstrauen und wirkt zumindest aber einschränkend auf die Gestaltung einer unbelasteten Beziehung. Deren oberste Prinzipien sind Freiwilligkeit und Ergebnisoffenheit, wie Frau Burgdorf in ihrem Eingangstatement ausführte. Insofern handelt es sich um eine widersprüchliche Situation für den Klienten und auch für die Fachkraft. Denn hier scheint ein latenter Zielkonflikt strukturell angelegt und an Suchtberatungsstellen ausgelagert zu sein, um möglicherweise die Notwendigkeit von Zielklarheit und Bereitschaft zur Behandlung in den behandelnden Institutionen nicht zu gefährden.

⁵⁰ Gatekeeper ist eine „Bezeichnung für diejenigen Mitglieder von Gruppen oder Organisationen, welche einen oder mehrere der 'Kanäle' kontrollieren, über die die Gruppe oder Organisation mit ihrer Umwelt in Verbindung tritt, und von denen es daher z. B. abhängt, welche Informationen, die übrigen Gruppen bzw. Organisationsmitglieder 'von außen' erhalten.“ (Fuchs-Heinritz 2011, S. 507) In diesem Fall könnte dies die Verbindung zwischen Beratungsstelle und Rentenversicherung sein.

⁵¹ Allerdings hat die Fachkraft aus Sicht des Kostenträgers nur die Funktion des 1. Gatekeepers, in dem Sinne, dass sie einen ausführlich inhaltlich begründeten Vorschlag unterbreitet. Die endgültige Entscheidungsinstanz ist der medizinische Dienst der Rentenversicherung.

Insofern nehmen die äußeren Rahmenbedingungen der Kostenträger einer suchttherapeutischen Maßnahme direkten Einfluss auf die Gestaltung der „Arbeitsbeziehung“ zwischen Klient_in und Fachkraft. Indem sie die professionelle Autonomie durch direkte Vorgaben, die nicht gesetzlicher Natur sind, einschränken und durch eine eigene, in diesem Fall professionsfremde Instanz kontrollieren (vgl. Kap. 3.2.3), veranlassen sie beide Gesprächsakteure zu einem eher strategischen Verhalten in Bezug auf zu realisierende, subjektive Zielzustände (der Klient will eine bestimmte Form von Hilfe–stationäre Reha, die Fachkraft will einen inhaltlich und formal korrekten Antrag stellen).

Herr Uhlenbrock antwortet kurz, klar und sachbezogen auf die Frage der Fachkraft mit der Angabe eines Zeitraums, in dem er „spielfrei“ sei. Er benutzt wieder dieses Wort, das Frau Burgdorf aber zuvor in ihrer Frage nicht benutzt hat. Frau Burgdorf reagiert erstmalig in diesem Gespräch mit einer nicht primär sachlichen Antwort, indem sie die Zeitangabe mit einem „Wow, ok“ kommentiert. Dieses deutet entweder auf eine (positive) Überraschung hin, mit der sie nicht gerechnet zu haben scheint oder auf den Versuch, die Leistung des Klienten aktiv zu würdigen. **Die Deutungen haben gemeinsam, dass Herr Uhlenbrock sich offenbar ermutigt fühlt, weiter von seiner Einschätzung der Lage zu berichten.** Zunächst stimmt er der vermeintlichen Anerkennung seiner Leistung zu, um dann einzuschränken, dass die Konsequenzen, die sich aus seinem Spielverhalten ergeben haben, dergestalt sind, dass er seinen Arbeitsplatz verloren und hohe Schulden habe und dass dies der Grund sei, warum er sich gezwungen sieht sich „in Behandlung begeben“ zu müssen. Im Vergleich zu den bisherigen Ausführungen wirkt diese Schlussfolgerung nüchtern und schlicht und lässt den Wunsch nach einem Schutzraum durchscheinen. Er fährt fort, dass er Angst habe, dass „es“ bald „wieder soweit“ sein könnte. Was genau damit gemeint ist, bleibt unklar. Interessant ist, dass an dieser Stelle zum ersten Mal von Seiten des Klienten ein Gefühl benannt wird. Frau Burgdorf fragt nicht nach, was mit „wieder soweit sein“ gemeint ist, sondern reagiert mit einem „Das verstehe ich“. Zum ersten Mal nimmt sie mit einer eher empathisch geprägten Äußerung direkt Bezug auf die Darstellung des Klienten.

Für den Aufbau einer „Arbeitsbeziehung“ bedeutet dieses Verhalten insofern eine Veränderung, als dass Fachkraft und Klient zum ersten Mal auf der Gefühlsebene aufeinander reagieren und insofern von einer Angleichung gesprochen werden kann.

Herr Uhlenbrock betont noch einmal fast betuernd seinen Wunsch einen „Neustart“ machen zu wollen und fährt damit fort weitere Details über seinen Erwerbsstatus zu berichten, z. B. dass er sich kürzlich (gezwungener Maßen) selbstständig gemacht hat. Im nächsten Satz bekräftigt er mit einem „ja“ seine Motivation etwas verändern zu wollen („muss an mir arbeiten“), da es sonst „ein böses Ende“ nähme. Weiter zieht er einen Vergleich zu seiner ersten Situation, in der er eine Leistung beantragt hat und betont, dass ihn diese Situation im Vergleich mehr belaste. Er macht dies vor allem an der jetzt veränderten Erwerbs-situation fest, bei der er im Vergleich zu damals nun allein in der Verantwortung ist, ohne den „Schutzraum“ einer festen Arbeitsstelle zu haben. Er betont nochmals die Bedeutung dieser Einbindung in einen Arbeitskontext auch in Bezug auf den Erfolg seiner Suchttherapie („war sehr stabil damals“), um dann die Passage mit der Aussage „dann kam leider Gottes der große Rückfall“ zu beenden. Er spricht dies leise, als ob es ihm peinlich wäre. Auffällig ist auch, dass es sich so anhört, als hätte er nichts damit zu tun. Stattdessen sei ‚der Rückfall‘ wie ein Unfall einfach passiert. Die Worte „leider Gottes“ wirken wie einstudiert, als hätte er diese Geschichte schon öfter erzählt. Dies steht in latenter Widerspruch zu seiner Ankündigung, jetzt aber wirklich an sich arbeiten zu wollen und drückt möglicherweise eine Ambivalenz aus, die bereits als Implikation der Betrachtungsweise von Sucht als Krankheit beschrieben wurde (vgl.: Kap. 3.1.2.). Im Vergleich mit der vorherigen, eher schlichten Äußerung wirkt diese wieder eher aufgesetzt. Frau Burgdorf reagiert mit einem „Jo“. Dies klingt nach „alles klar, Sie brauchen nicht weiter zu sprechen“ und markiert einen deutlichen Unterschied zur Erwiderung davor, in der so etwas wie Empathie durchschien. Möglicherweise ist sie auch abgelenkt oder hört nicht richtig zu. Eine andere Lesart wäre, dass hier von einer Konfrontation von Frau Burgdorf ausgegangen werden kann, durch die sie den dramatischen Erzählungen von Herrn Uhlenbrock ein Ende setzen möchte, die sie als intuitive, bewährte Verhaltensstrategie wertet, um Mitleid zu erhalten oder nicht verurteilt zu werden. Insofern wäre es eine Disziplinierung. Auf jeden Fall scheint das, was Herr Uhlenbrock sagt, für sie nicht von gesteigertem Interesse zu sein. Herr Uhlenbrock ist irritiert, denn der Gesprächsfaden reißt für ca. 2 Sekunden ab.

Betrachtet man beide Seiten, die des Klienten und die der Fachkraft, so entsteht ein Bild des „sich aufeinander Einpendelns“, eines Trials and Error, eines worauf reagiert der Andere und worauf nicht. Herr Uhlenbrock nimmt in dieser Phase den deutlich aktiveren Part ein bzw.

scheint zwischen dem Wunsch nach subjektiver Selbstdarstellung und dem Versuch, das zu liefern, was er glaubt, was die Beraterin in Bezug auf das von ihm anvisierte Ziel einer stationären Rehabilitation hören möchte, zu schwanken. Insofern ist die Tendenz in Richtung Vertrauen oder Misstrauen für Herrn Uhlenbrock noch nicht entschieden. Deutlich wird, dass Herr Uhlenbrock, wenn Frau Burgdorf empathisch auf ihn eingeht, zu weiteren Ausführungen ermutigt wird. Wenn sie ihre eigenen Strategien verfolgt (Abklopfen der Kriterien für stationäre Reha), reagiert Herr Uhlenbrock mit einer dramatisierenden subjektiven Darstellung, was wiederum bei Frau Burgdorf dazu führt, dass sie signalisiert, dass sie an weiteren diesbezügliche Ausführungen nicht interessiert ist („jo“).

Insofern ist die dargestellte Szene ein Beispiel für „relationale Schritte“ (Stern 2014, S. 158) und das „Vorangehen“ (Stern 2014, S. 157) sowie äußere Einflussfaktoren darauf. Insbesondere die letzte Interaktion mit dem Abreißen des Kommunikationsfadens zeigt, dass die Stimmigkeit eines solchen relationalen Schritts in Bezug auf die gemeinsamen Ziele der Interaktionspartner im betreffenden Moment wahrscheinlich eher unmittelbar 'gespürt' oder 'erfasst', nicht aber reflexiv 'gewusst' wird (Stern 2014, S. 90). Frau Burgdorf scheint dabei intuitiv auf die dramatisierende Kommunikation zu reagieren, Herr Uhlenbrock hat jedoch möglicherweise eine empathische Reaktion auf seine Darstellung des sog. „Rückfallgeschehens“ erwartet.

Danach nimmt Herr Uhlenbrock den Kommunikationsfaden wieder auf und berichtet über weitere Details seiner finanziellen Verhältnisse und der Situation bevor er wieder mit dem Spielen anfang, ohne dass Frau Burgdorf nach diesen Informationen fragt. Er beschreibt in diesem Kontext seine Privatinsolvenz mit einer Verweigerung der Restschuldbefreiung. Er beschreibt seine Position im Betrieb, bei dem er tätig war („super Job mit hoher Verantwortung und eigenen Mitarbeitern“). Anfang 2013 sei er weitgehend schuldenfrei gewesen (trotz verweigerter Restschuldbefreiung). Auch diese Darstellung klingt danach, als sei er ein redlicher, fleißiger, verantwortungsvoller Mann, der von der Spielsucht im Modus eines Unfalls „heimgesucht“ wurde. Dass dies objektiv

nicht stimmen kann, wird am Detail der Verweigerung der Restschuldbefreiung deutlich, die ein „schuldhaftes Gegenarbeiten“ gegen die Regulierung voraussetzt⁵².

Möglicherweise ist diese Definition eines Suchtverhaltens als unkalkulierbarer Unfall (maximal durch Fahrlässigkeit oder mangelnde Aufmerksamkeit verursacht) ein Teil seines Selbstkonzeptes, bei dem er sich selbst als Opfer darstellt (Glücksspielsucht als Krankheit) und sich so seiner Verantwortung entziehen kann.

Herr Uhlenbrock fährt mit der Ankündigung einer generalisierenden Einschätzung der intrapsychischen Problematik fort, so wie sie sich aus seiner Sicht darstellt („...das ist eins meiner Hauptprobleme“) Er beginnt den nächsten Satz mit „Immer wenns mir gut geht, dann“ und hört dann auf zu sprechen, sodass eine Pause von ca. 3 Sekunden entsteht. Dies zeigt an, dass er momentan keine Worte findet, um das ausdrücken zu können, was er ausdrücken möchte oder er fordert sein Gegenüber damit auf, den Satz zu beenden. Frau Burgdorf entspricht dieser Aufforderung und beendet den Satz mit „dann gehen Sie aufs Glatteis“. Diese Äußerung ist angelehnt an eine Volkswisheit, die besagt, „wenn es dem Esel zu wohl ist, geht er aufs Glatteis“. Diese drückt aus, dass Erfolge oder anhaltende positive Situationen häufig zu Übermut oder Selbstüberschätzung führen und jemanden somit zu unüberlegten Handlungen verleiten. Inhaltlich gesehen ist diese Deutung passend zu dem, was Herr Uhlenbrock vorher ausgedrückt hat, wird aber von ihm abgelehnt, indem er selbst den Satz mit „hau ich mit meinem Arsch alles wieder um“ beendet. Dies ist im Verhältnis zu der Deutung der Fachkraft eine deutlich aggressivere Ausdrucksweise, erinnert vom Bild eher an einen „Elefanten im Porzellanladen“ und passt möglicherweise eher zum Selbstkonzept des Klienten, nun mal so zu sein und nichts dafür zu können. Dieses Selbstkonzept ist wiederum ein Bild dafür, dass er keine Verantwortung für sein Tun übernimmt bzw. aus seiner Sicht übernehmen kann.

An dieser Stelle wird deutlich, dass es der Fachkraft noch nicht gelungen ist, sich auf das Selbstbild des Klienten einzustellen und ihn „verbal

⁵² Spielsucht allein ist für das Insolvenzgericht kein Grund einem, von den Gläubigern gestellten Antrag auf Versagung der Restschuldbefreiung stattzugeben. Die Gründe für eine Versagung liegen nach § 290 InsO eher im Bereich der schuldhaften Insolvenzverschleppung, der mangelnden Mitwirkung bei der Schuldenregulierung oder bei mutwillig verschwenderischem Verhalten.

da abzuholen, wo er steht“. Das Selbstbild des Klienten und die Außenwahrnehmung der Fachkraft passen an dieser Stelle noch nicht zusammen. So gesehen war die Satzergänzung eine Art „Testballon“, ob schon ein Verstehen und damit eine Antizipation von Herrn Uhlenbrocks Sichtweise möglich ist, der an dieser Stelle jedoch zunächst gescheitert ist.

Herr Uhlenbrock geht erneut dramatisierend auf die Erfahrung des Arbeitsplatzverlustes ein. Frau Burgdorf reagiert mit einer sachlichen Nachfrage bezüglich der Dauer der Spielphase. Damit zieht sie sich nach dem gescheiterten Test der Antizipation durch Herrn Uhlenbrock zunächst auf die Exploration objektiver Daten zurück. Für die Beziehungsebene bedeutet dies jedoch eine weitere Irritation, da Herr Uhlenbrock möglicherweise authentisch in seinem Gefühl war, als er von dem Arbeitsplatzverlust erzählte und es sich zwar wie eine strategische Erzählung anhörte, dies aber zumindest nicht ausschließlich der Fall war. Dementsprechend antwortet er mit einem etwas ungeduldig klingenden „Ja, ja“. Frau Burgdorf reagiert auch mit einem „ja“ und erst danach setzt der Erzählfluss des Klienten wieder ein, sodass hier noch einmal der Versuch der gegenseitigen Annäherung deutlich wird, bei dem beide und insbesondere Frau Burgdorf versuchen, sich auf das Gegenüber einzustellen.

„Das ist der Punkt, wo ich Hilfe brauche“

Die nächsten Szenen stammen aus dem Mittelteil des Gesprächs.

Herr Uhlenbrock: ähm ja und äh das ist einfach der Punkt // mmhm //, wo ich jetzt einfach Hilfe brauche, weil sonst ähm (.) schaff ich des nit. #00:18:39–6#

Frau Burgdorf: Wie haben Sie es denn geschafft dann im Mai zu stoppen, das Spielen? Also, das finde ich ja beeindruckend, wenn Sie sagen, das ist eigentlich immer mehr geworden und haben sie aber hingekriegt und auch (.) [↳]für son langen Zeitraum[↓] #00:18:46–9#

Herr Uhlenbrock: [↳]zum einen weil[↓] das Geld, die finanziellen Möglichkeiten nicht mehr so gegeben waren, des ist // mhm ok // der eine Grund gewesen und der zweite Grund war einfach ähm (.) diese Kündigung, die hat mich schon ähm (.) ja die hat mir den Boden unter den Füßen weggerissen. #00:19:02–3#

Frau Burgdorf: ok. mhm. #00:19:02–8#

Herr Uhlenbrock: und ähm ich war dann gedanklich äh (.) (.) ja so, dass ich äh a gar keine Lust mehr hatte. // mmhm // ja, wie gesagt, die Finanzen waren jetzt nicht mehr so,

//mmhm//dass ich mir das //mmhm// großartig erlauben konnte. //mmhm// und es äh war auch früher bevor ich meine Therapie gemacht hab, gab es immer Phasen, wo ich monatelang nichts gemacht habe. //mmhm ok// es ist nicht so, dass ich(.) da jetzt äh äh durchgehend jetzt immer gespielt habe //mmhm// aber ich habs halt dann immer wenn, immer exzessiv gemacht.//mmhm// und des war jetzt auch wieder der Fall und dann kam ja Anfang Mai die Kündigung //mmhm// ähm wo ich dann auch äh innerhalb kürzester Zeit äh ähm mein Büro räumen musste //mmhm// (.) und des hat mir einfach ja den Boden komplett unter den Füßen weggerissen. Da war des Spielen auf einmal (.)()ja weit weg. Es ist auch heute so //mmhm// ich hab auch überhaupt gar keine äh Gedanken im Moment ans Spielen. //mmhm// komischerweise //mmhm// nur ich hab Angst, dass es wieder kommt. #00:20:01-0#

Frau Burgdorf: Ja, das kann ich gut verstehen. #00:20:02-2#

Herr Uhlenbrock beendet seinen „Erzählstrom“ über die Erlebnisse aus der Vergangenheit aus der davor liegenden Sequenz mit der Feststellung, dass er jetzt Hilfe brauche. Inhaltlich markiert diese Textstelle einen Wendepunkt, da sie nun in die Gegenwart wechselt. Sprachlich wird dies durch die Wendung „das ist jetzt einfach der Punkt“ sichtbar. Er scheint im Modus des „bei sich und seinen Gefühlen sein“ zu bleiben, denn er benennt schlicht den Umstand, dass er Hilfe brauche, weil er es sonst nicht schaffe. Dabei macht er keine direkten Vorschläge dazu, wie er sich diese Hilfe vorstellt, so wie er das zuvor getan hat als er im Modus „Strategie“ gesprochen und seine Aussagen dahingehend pointiert hat, dass sie für die Beantragung einer Reha Maßnahme passen. Gleichzeitig klingt seine Aussage wie ein Offenbarungseid, eine Selbstbeziehung, ein Eingeständnis des Scheiterns. Im Modus der authentischen Schilderung der Gefühle des Klienten könnte diese auch ein Hinweis auf seine tatsächliche Befindlichkeit sein.

Frau Burgdorf reagiert inhaltlich nicht auf das Eingeständnis des Scheiterns, sondern fokussiert in ihrer Nachfrage auf die Aussage, die Herr Uhlenbrock in der Schilderung des Ablaufs gemacht hat, nämlich die Tatsache, dass er Mitte des Jahres aufgehört hat zu spielen. Sie nimmt erstmals eine explizite Wertung für das vor, was Herr Uhlenbrock berichtet. Das Stoppen des problematischen Spielens und damit des Selbstschädigungsprozesses des Klienten und das Andauern bis zum Zeitpunkt des Gesprächs werden von ihr positiv konnotiert. Man kann an dieser Stelle von einer ressourcen- und lösungsorientierten Intervention sprechen.

Herr Uhlenbrock nennt als Grund das Ausgehen des Geldes, aber auch die Kündigung seiner Arbeitsstelle. Verstärkt wird diese Aussage durch das Bild für sein Erleben, dass dies ihm den Boden unter den Füßen

weggerissen hätte. Auch an dieser Stelle gibt Herr Uhlenbrock mehr Informationen als nötig wären, um ein strategisches Ziel zu erreichen. Eine andere Deutung wäre, dass Herr Uhlenbrock dramatisiert, um ev. Mitgefühl zu evozieren. Weitergehend geht er sachlich differenzierter auf die Frage der Fachkraft ein, wie es ihm gelungen sei, sein problematisches Verhalten zu kontrollieren. Er wiederholt die Formulierung, dass die Kündigung ihm den Boden unter den Füßen weggezogen hätte und für ihn ein wesentliches Kriterium für die Veränderung seines Spielverhaltens war. Welchen Grund diese Kündigung hatte, wird an dieser Stelle nicht deutlich. Damit wiederholt sich die Struktur, dass er sachlich über das Stoppen seines Spielverhaltens spricht und in dem Moment emotional wird, in dem er über die Kündigung spricht. Ein weiterer emotionaler Moment kommt hinzu, als er sagt, dass er habe Angst, dass das Spielen wiederkomme. Diese Aussage präsentiert sich schlicht und nicht dramatisierend, wieder ohne, dass Frau Burgdorf danach fragt. Frau Burgdorf reagiert mit der sachlich-empathischen Feststellung, dass sie das gut verstehen könnte und gibt damit das Signal, dass sie die, von dem Klienten mit Emotionen verknüpften sachlichen Hintergründe als plausibel ratifiziert und damit den Klienten in seiner subjektiven Schilderung bestätigt. Sie hinterfragt den Grund der Kündigung nicht, der auch im Spielverhalten des Klienten oder möglicherweise in einem Betrug liegen könnte. Dies legt nahe, dass ihr die nicht dramatisierende emotionale Öffnung des Klienten wichtiger erscheint als die Klärung objektiver Tatbestände.

Für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ lässt sich damit feststellen, dass Herr Uhlenbrock auf eine ressourcen- und lösungsorientierte Intervention der Fachkraft mit einer weiteren Öffnung auf der emotionalen Ebene reagiert. Gleichzeitig werden die Punkte, die subjektiv emotional besetzt sind, deutlicher sichtbar. Auf einen weiteren Punkt ist an dieser Stelle einzugehen: Durch die Benutzung der Attribuierung „komischerweise“ signalisiert Herr Uhlenbrock Unsicherheit, zumindest aber die Inszenierung von Unsicherheit in Bezug darauf, dass er gar nicht an das Spielen denkt. Die darauf folgende Aussage, dass er Angst habe, stellt hierzu eine Steigerung dar.

Frau Burgdorf schließt mit einem, die Aussagen von Herrn Uhlenbrock ratifizierenden „Ja“ an. Die Aussage, dass Sie dies (die Aussagen des Klienten) nicht nur verstehen, sondern „gut“ verstehen kann, enthält ebenfalls eine Steigerung und signalisiert oder inszeniert, im Gegenteil zu der Äußerung des Klienten, Sicherheit. **Auf der Beziehungsebene**

bedeutet dies, dass Frau Burgdorf auf eine Unsicherheitsäußerung des Klienten mit der Inszenierung von Sicherheit reagiert.

Direkt im Anschluss findet sich folgende Szene:

Herr Uhlenbrock: und aber ich möchte mir auch vor allen Dingen n ändern Bereich, es geht ja nicht nur es geht ja auch, dass ich viele halt Menschen in meinem Umfeld und ich hab komischerweise obwohl ich eigentlich noch jeden in meinem Umfeld schon mittlerweile einmal massivst enttäuscht habe. Des ist jetzt nit so, dass es nur meine Lebensgefährtin betrifft//mmhm// des betrifft meine Tochter, //mmhm//des betrifft meine Schwester, des betrifft meine Freunde, die werden ja genauso angelogen von mir oder wurden genauso angelogen von mir aber dennoch halten sie mir die Stange//mmhm// und dennoch sagen sie mir, dass ich für sie n wertvoller Mensch bin also ich hab eigentlich n super Umfeld. #00:20:41-7#

Frau Burgdorf: Das ist ^Ln großes Glück, das die noch zu Ihnen stehen^l #00:20:42-2#

Herr Uhlenbrock: ^Lne gute ja gute Voraussetzungen^l //mmhm// aber ich muss das jetzt einfach mal innen Griff bekommen, //mmhm//, dem auch gerecht zu werden weil sonst #00:20:52-6#

Frau Burgdorf: nicht nochmal wieder aufs Spiel setzen, ne mmhm #00:20:50-6#

Herr Uhlenbrock: also #00:20:53-7#

Frau Burgdorf: ja! #00:20:53-7#

Die nächste Aussage des Klienten beginnt eher kryptisch. Es wird zunächst nicht deutlich, worauf er hinaus möchte. Deutlich wird im ersten Teilsatz nur, dass er etwas für ihn wichtiges sagen möchte, denn es fällt der Ausdruck „vor allen Dingen“. Erst im zweiten Teil des Satzes wird klar, dass er über sein soziales Nahfeld spricht. Wieder fällt der Begriff „komischerweise“, der auf eine Unsicherheit hindeutet. Diese bezieht sich darauf, dass sein soziales Umfeld, das er ausdrücklich über seine Lebenspartnerschaft hinaus definiert, zu ihm steht und ihn für einen „wertvollen Menschen“ hält, trotzdem er es belogen und betrogen habe. Der Gesprächsbeitrag des Klienten endet mit der etwas selbstzufrieden klingenden Feststellung, dass er „eigentlich n super Umfeld“ hat.

Frau Burgdorf bestätigt auf der Inhaltsebene, dass es ein großes Glück für ihn sei, dass seine Frau noch zu ihm stehe. Diese Bestätigung wird aber durch das „noch“ eingeschränkt und erhält dadurch einen warnenden Charakter. Diese Aussage wird von der Aussage des Klienten überlagert, der das gute Umfeld für eine gute Voraussetzung hält. Unklar bleibt wofür: Für die Bewältigung der Spielsucht oder für die Bewilligung einer Reha-Maßnahme? Auch bei den nächsten Aussagen wird

auf der Inhaltsebene nicht ganz klar, worauf diese sich beziehen. Was muss er „jetzt endlich mal innen Griff bekommen“? Dies kann sich sowohl auf das problematische Spielen als auch auf die Reha Maßnahme beziehen. Er beginnt eine Schlussfolgerung zu ziehen, die von der Fachkraft durch die Aussage, dass er nicht nochmal etwas aufs Spiel setzen will oder soll, beendet wird. Es scheint, als wolle Herr Uhlenbrock noch etwas entgegnen. Frau Burgdorf antwortet mit einem kräftigen „Ja“. Diese Kommunikation, insbesondere das Ende dieser Interaktion, ist von außen betrachtet eher weniger durch klare inhaltliche Aussagen geprägt. Es wirkt eher so als gäbe es eine innere Übereinstimmung. Herr Uhlenbrock scheint zu glauben, dass Frau Burgdorf weiß, was er denkt, denn er widerspricht nicht, als diese seinen Satz beendet. Auch Frau Burgdorf scheint zu glauben, dass sie weiß, was Herr Uhlenbrock denkt, denn sie beendet die Interaktion mit einem „Ja“, das als Ausruf gekennzeichnet ist. Hier ist eine gegenseitige Antizipation von Gedanken zu beobachten, die einen „Gegenwartsmoment“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 34) markiert. Gleichzeitig ist diese Aussage für den Klienten in Bezug auf sein Ziel riskant, denn das Vorhandensein eines intakten Familienumfeldes ist eher eine Indikation für eine ambulante, als für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a, S. 12). Daher zeigt sich hier die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen.

„Aber ich muss mich ja nicht heute entscheiden“–„Ja, genau“

Die nachfolgende Sequenz markiert den Beginn des Schlussteils, in dem beide Interaktionspartner den Stand des Gespräches resümieren.

Herr Uhlenbrock: Ok ähm (.) Das ich ne Therapie mache, das steht für mich fest //mmhm//(.) Da heißt also da können wir n Haken dahinter machen. //mmhm// Deswegen wenn Sie jetzt Termine hätten, [...] und das dann mit Ihnen gemeinsam machen, um dann halt eben zu entscheiden, ok machen wir hier jetzt stationär oder mache ich ambulant. #00:40:59–5#

Frau Burgdorf: jaha ok #00:41:02–1#

Herr Uhlenbrock: Also ich muss da ganz ehrlich auch, äh ich muss da auch mit meiner Lebensgefährtin nochmal drüber sprechen. //jaha// ähm, (.) (.) (.) die hat natürlich, das seh ich jetzt nicht als Grund, ne aber die hat natürlich, die sagt natürlich (.) du musst stationär, das hat nix gebracht. //ja// ne? //ja// also ist ja der Klassiker //ja// ähm (.) Ich muss da einfach nochmal mit ihr sprechen //ja// ähm (.) um aber ich muss mich ja nicht heute entscheiden sondern es reicht ja, wenn ich mich dann (.) entscheide, wenn wir dann den Antrag stellen. //ja!// aber ich muss das jetzt einfach nochmal sacken lassen. //mmhm// #00:41:33–5#

Frau Burgdorf: Ja, (.) genau. Also lassen Sie das sacken //ja// erstmal auf jeden Fall, Sie können gerne auch mit ihrer Lebensgefährtin zusammen hierhin kommen //mmhm//, wenn Sie ne unterschiedliche Einschätzung haben //mmhm// oder wenn die sagt, ich will einfach mal wissen, was denn da passiert oder so, bringen Sie die herzlich gerne mit. [...]. Gerade für Angerhörige, das ist hier oft so, die Therapie und danach ist Heilung dann fertig. //mmhm// Sie selber werden vielmehr gespürt haben, das das Schritte //ja, ja// auf dem Weg sind und dass Sie danach auch weiter //ja// an sich was gearbeitet haben, was in Ihnen in Bewegung war, //mmhm// als das Angehörige von außen//ja// das auch oft wahrnehmen ne? #00:42:46-1#

Die erste Aussage des Klienten in dieser Sequenz zeigt „den Stand der Verhandlungen“, den er auch sprachlich markiert (Da können wir n Haken dran machen). Für ihn steht fest, dass er eine Rehabilitation machen möchte. Dieses hatte er schon in der Anfangssequenz als Anliegen geäußert. Als Veränderung hat sich nur ergeben, dass er offener für die Art und Weise der Maßnahme zu sein scheint. Hatte er am Anfang geäußert, dass er sich „mal beraten lassen“ wollte, so möchte er jetzt „das Thema angehen“ und „das dann mit Ihnen machen“. Eine sprachliche Veränderung zeigt sich im Wechsel vom Passiv zum Aktiv und vom Unbestimmten zum Bestimmten. Die Tatsache, dass noch nicht alle Feinheiten geklärt sind scheint ihn aber nicht zu stören, denn eine Entscheidung kann er auch später noch treffen. Nach einer eher zurückhaltenden Phase in Bezug auf Offenheit und Kooperation verbalisiert er nun klar seinen Standpunkt. **Diese Äußerung markiert eine Rückkehr zum Modus der Offenheit und schließt den Kreis zum Anfang des Gesprächs.**

Frau Burgdorf drückt mit einem knappen Hörersignal ihr Verstehen und ihr Einverständnis aus. Herr Uhlenbrock leitet seine nächste Äußerung mit einem „ganz ehrlich“ ein, was möglicherweise einen intuitiven Hinweis auf die Authentizität der nachfolgenden Äußerung liefert, als wolle er schon im Vorfeld der Fehlinterpretation vorbeugen, dass er durch seine abwartende Haltung zu einer strategischen Kommunikation zurückkehrt. Die Erklärung folgt, indem er ergänzt, dass er mit seiner Lebenspartnerin darüber sprechen müsse, da sie auf eine stationäre Behandlung bestehe. Damit liefert er ungefragt eine Erklärung für sein Beharren auf einer stationären Behandlung, obwohl die objektiven Umstände eher für eine ambulante Behandlung zu sprechen scheinen. Gleichzeitig hält er sich die angebotene Option offen über den Modus der Maßnahme nochmal nachzudenken. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass er mit seiner Lebenspartnerin nochmal „in Verhandlung“ treten will oder muss, dies aber nicht so offen zugeben möchte.

Möglicherweise sind auch noch andere Gründe im Spiel, die er nicht offen benennt, so wie er auch den Umstand, dass seine Lebenspartnerin klare Vorstellungen dazu geäußert hat, was jetzt zu tun ist, erst benannt hat als deutlich wurde, dass er mit seiner Argumentation nicht „durchkommen“ würde.

Diese Äußerung böte daher die Möglichkeit, sie als ein Eingeständnis des strategischen Verhaltens zu deuten und damit eine Einladung für eine Konfrontation bzw. eine Thematisierung auf der Beziehungsebene zu bieten. Frau Burgdorf geht jedoch nicht darauf ein, obwohl sie dies sehr wohl auch auf dieser Ebene wahrgenommen hat⁵³. Stattdessen baut sie ihm eine Brücke, betont den erreichten Status quo und lädt ein, auch mit seiner Lebenspartnerin weiter über die strittigen Punkte im Gespräch zu bleiben. Dies markiert einen Modus von Kooperation statt Konfrontation, obwohl eine Einladung dazu bestand. Dies könnte auf einen Beziehungstest von Herrn Uhlenbrock hindeuten.

Im Nachinterview mit Herrn Uhlenbrock betont er das Element, dass ihm die Entscheidung über die Form der Behandlung überlassen wurde, als wichtig für seine Entscheidung den Kontakt fortzusetzen.

„„Also die Aufnahme war super. Muss ich echt sagen. Äh ich bin auch äh, komme gerne hierher. Ich unterhalt mich gerne mit ihr. [...]. Äh, wo ich mir unsicher war, war die Art [der Rehabilitationsform, Erg. R. H.]. Und das hab ich jetzt vor zwei Wochen, vor drei Wochen entschieden. [...] „Sie hat immer gesagt: " Es ist Ihre Entscheidung"[...] Und sie treffen die Entscheidung. [...] aber sie, sie hätt's besser gefunden, wenn ich gesagt hätt' ich mach die ambulante. [...] Aber sie ist jetzt nicht nachtragend.“ (Nachinterview mit Herrn Uhlenbrock #00:19:53–8#)

Die Verwendung des Wortlautes „nicht nachtragend“ deutet auf Schuldgefühle hin und die Erwähnung darauf, dass es sich bei diesem Erleben, um etwas Besonderes oder Wichtiges gehandelt hat: Ihm die Entscheidung selbstverantwortlich zu überlassen, ohne ihn auf der Beziehungsebene zu bestrafen, obwohl sie zu einem anderen Ergebnis in ihren Überlegungen gekommen ist. Das Treffen einer autonomen Ent-

⁵³ Die Textstelle von Frau Burgdorf aus dem Nachinterview lautet: *„und nachdem ich ihm dann nochmal deutlich ne ambulante ans Herz gelegt habe, kam er dann damit um die Ecke, dass seine Partnerin aber gesagt hätte, er müsste jetzt stationär, weil ambulant hätte ja nichts genützt“* (#00:03:36–7#).

scheidung scheint bei ihm eine Dissonanz auf der Beziehungsebene auszulösen. Dies ist daran erkennbar, dass er zu erkennen gibt, dass er sich gegen den Willen von Frau Burgdorf durchgesetzt hat ("sie wollte erst nicht"), es also in seiner Wahrnehmung einen Machtkampf gegeben hat. Er betont aber auch, dass er es entschieden habe, es aber etwas gedauert hat, bis er dies getan hat oder tun konnte. Eine weitere Lesart wäre, dass sich dies nicht oder nicht nur auf Frau Burgdorf als Person bezieht, sondern, dass sie für ihn auch für eine bestimmte soziale Ordnung steht und er davon ausgeht, dass er mit seinem Verhalten soziale Regeln verletzt hat (die Antrag- oder Bittstellerposition), die einem Klienten seiner Wahrnehmung oder seiner Erfahrung nach zugeschrieben wird. Deshalb ist es wichtig für ihn festzustellen, dass Frau Burgdorf "nicht nachtragend" ist. In dieser Lesart würde sie ihm die Verletzung der sozialen Regel vergeben, die einher geht mit der Bewertung von Sucht als Krankheit: eine expertokratische Stellung einer Diagnose, der im Sinne von Compliance Folge zu leisten ist, wenn Hilfe erfolgen soll. Dies markiert eine möglicherweise neue Erfahrung von Herrn Uhlenbrock in diesem Kontext, die dazu führt, dass er "gerne hierher" kommt und "gerne mit ihr spricht". **Beide Lesarten haben gemeinsam, dass die Betonung und Umsetzung der Autonomie des Klienten dazu führt, dass dieser sein Anliegen angenommen sieht, es ihm aber gleichzeitig wichtig ist, dass ihm Frau Burgdorf als Person, aber auch in ihrer beruflichen Rolle wohlgesonnen ist und keine Rachegefühle gegen ihn hegt, die dazu führen, dass ihm zu einem späteren Zeitpunkt sein Verhalten vorgeworfen wird. Insofern zeigt sich hier eine Verbundenheit der Beziehungsebene mit der Inhaltsebene. Es zeigt sich auch, dass ein Gefühl von Sicherheit, mindestens aber Kontrollierbarkeit der Beziehungsebene für den Klienten wichtig ist, um sich auf den Prozess der autonomen Auswahl eines, für seine Bedarfe passenden Therapiesettings einzulassen.**

Die nächste Sequenz zeigt das Ende des aufgenommenen Teils des Erstgesprächs.

Herr Uhlenbrock: Ja, das ist sicherlich so so son bisschen so wie beim Schnupfen ne? Dann geht man zu Arzt, dann kriegt man Medikament und dann isser weg. So isses natürlich hier nicht ne und des ist son bisschen auch so damals der Wunsch auch gewesen oder beziehungsweise die Erwartung gewesen, so nach dem Motto //mmhm//ok so jetzt macht er die Therapie //mmhm// und wenn er die dann gemacht hat dann wars das Thema //ja// einfach so Sachen. #00:43:07-8#

Frau Burgdorf: Na es ist eher wie ne Diabetes. Es ist eben kein Schnupfen. //mmhm// mit der Diabetes kann man wunderbar alt werden, wenn man sich an bestimmte Regeln

hält //mmhm// und wenn nicht hat man n Problem //mmhm// und das ist bei ner Suchterkrankung genauso. //ja// wenn man sich an bestimmte Regeln hält gehts ziemlich gut (.)(.) aber das muss man sich klar machen. #00:43:22-3#

Herr Uhlenbrock: ok- gut! #00:43:25-8#

Frau Burgdorf: Gut. Dann ähm mach ich jetzt das Gerät aus, weil ich noch son paar statistische Angaben, ihre Adresse und so was brauche, das geht aber nicht mehr aufs Band, //ok// Danke Ihnen erstmal für Ihre Bereitschaft, das Sie sich dafür auch (unklar) #00:43:36-7#

Herr Uhlenbrock: Gerne #00:43:36-7#

Frau Burgdorf geht zum Aufnahmegerät und schaltet es aus.

Herr Uhlenbrock bietet ein Bild an, wie eine Sucht im Modus einer medizinischen Logik gedeutet werden könnte und deutet damit implizit einen Erkenntnisprozess an, dass es so „natürlich hier nicht“ sei und dass es aber „son bisschen [...] damals der Wunsch gewesen oder beziehungsweise die Erwartung gewesen“ sei. Er spricht dabei zunächst von „man“ und meint damit möglicherweise sich selbst, um dann später von „dann macht er die Therapie“ zu sprechen und damit anzudeuten, dass diese Sichtweise möglicherweise auch in seinem sozialen Umfeld verbreitet war oder ist. Dieses Bild impliziert das Moment des Scheiterns.

„eher wie Diabetes“

Frau Burgdorf geht darauf ein, indem sie ihm ein anderes Bild, ebenfalls aus der Medizinlogik, anbietet, nämlich das einer verbreiteten chronischen Krankheit, mit der man lernen kann zu leben. Dieses Bild distanziert sich vom persönlichen Scheitern, verändert den Fokus der Sichtweise und lädt den Klienten ein, sich damit auseinanderzusetzen. Durch die Ausdifferenzierung des Bildes von Herrn Uhlenbrock inszeniert sie damit gleichzeitig Kompetenz. Herr Uhlenbrock reagiert mit einem „ok-gut“. Dies markiert eher keine Ratifizierung des Gesagten, sondern deutet an, dass Herr Uhlenbrock das Gespräch aus seiner Sicht als beendet betrachtet, ohne auf die Einladung zur Auseinandersetzung einzugehen. Frau Burgdorf beginnt ihren nächsten Satz auch mit „Gut“, bevor sie das weitere Verfahren erläutert und sich beim Klienten für sein Mitwirken bei dem Forschungsprojekt bedankt, ohne wiederum auf eine Auseinandersetzung zu bestehen. Damit folgt sie der Initiative des Klienten das Gespräch beenden zu wollen. Diese Interaktionen zwi-

schen Klient und Fachkraft zeigen nochmal ein „sich aufeinander Beziehen“ und die Fähigkeit, trotz Unterschiedlichkeiten einen gemeinsamen Schlusspunkt setzen zu können.

Auf der Beziehungsebene deutet dies auf eine, für beide Parteien gel-
tende Klarheit (wir wissen woran wir miteinander sind) hin, mit der
beide Interaktionspartner zu diesem Zeitpunkt genauso zufrieden sind,
wie mit dem Ergebnis des Gespräches. Dies deutet insofern auf eine
subjektiv bewertete Relation in Richtung Vertrauen hin, als dass der
noch nicht fertig ausgetragene Konflikt um die Art und Weise der Re-
habilitationsmaßnahme argumentativ geführt werden kann, ohne zu ei-
nem Rückzug von Herrn Uhlenbrock zu führen.

Im Nachinterview mit Frau Burgdorf wurde deutlich, dass Herr Uhlen-
brock nach dem Ausschalten des Aufnahmegerätes noch eine, für die
Analyse der „Arbeitsbeziehung“ wichtige Information gegeben hat. Er
erzählte, dass er in nicht unerheblichem Maße auch „kiffen“ würde⁵⁴.
Frau Burgdorf deutet dies als weitere vertrauensvolle Öffnung des Kli-
enten ihr gegenüber und damit als gute Basis für eine weitere Zusam-
menarbeit, denn „er hätte nichts erzählen müssen“. Frau Burgdorf hatte
sich ja bereits auf das Aussetzen der sofortigen Klärung der Therapie-
form eingelassen. Das er dies erst nach dem Ausschalten des Aufnah-
megerätes erzählte, ließe sich daher auch als latentes Misstrauen gegen-
über der Forschenden als „unsichtbarer Dritten“ im Raum deuten.

7.1.3 Lesart des Falles in Bezug auf die Fragestellung

In der Anfangsphase pendeln sich beide Interaktionspartner aufeinan-
der ein, wobei Frau Burgdorf am Anfang im Modus von sachlich orien-
tierter Routine den spezifischen Rahmen der Interaktion markiert. Die
Abstimmung gelingt im Sinne eins Vorangehens, wenn Herr Uhlen-
brock neben strategischer Erzählung zur Erreichung seines Ziel auch
selbstreflexiv berichtet und Frau Burgdorf darauf auf einer empathi-

⁵⁴ Die entsprechende Textstelle aus dem Nachinterview mit Frau Burgdorf lautet:
*„Ein Schritt ist sicher auch noch mal mit ihm zu besprechen, wie gehts ihm jetzt wenn er
nicht kiff. Das hatte er [...] erst zum Ende deutlich gemacht, ist leider nicht mehr auf dem
Band, ähm das spricht für mich aber auch nochmal dafür, dass ne Arbeitsbeziehung da ist.
[...]Der hatte das vorher mal dezent angedeutet ja ab und zu mal Cannabis, da hab ich aber
nicht nachgefragt. Der hätte mir da nichts erzählen müssen“ (#00:20:34–2#)*

schen Ebene reagiert. Die Abstimmung gelingt nicht, wenn Herr Uhlenbrock eine empathische Reaktion erwartet, aber Frau Burgdorf auf einen, von ihr als strategisch bewerteten Teil der Interaktion reagiert. Die Kommunikation stockt. Die strategische Kommunikation von Herr Uhlenbrock scheint mit den Regeln des Felds zusammenzuhängen, die spezifische Bedingungen definieren, unter denen die, von Herrn Uhlenbrock erwartete Hilfe gewährt wird. Dabei wird der Beratungsstelle eine spezifische Rolle zugeschrieben, die Frau Burgdorf auch auszufüllen scheint, da sie zum Ende der Anfangsphase zurückweisend auf die Gesprächsanteile reagiert, die sie diesbezüglich als strategisch einordnet.

Im Mittelteil des Gesprächs zeigt sich ein Kommunikationsmuster, das sich zwischen den Akteuren herausgebildet hat. Je mehr Raum Herr Uhlenbrock für die subjektive Entfaltung seiner Sichtweise erhält, ohne negative Bewertungen fürchten zu müssen, desto mehr selbstreflexive Details erzählt er ungefragt. Hier werden erste Hinweise auf eine Bildung von Vertrauen in der Operationalisierung von Arnold (2009) sichtbar: Vor allem das Geben von Informationen, Kooperation und Motivation. Frau Burgdorf kann sich möglicherweise aufgrund der bekannt werdenden Details auf die Konstruktionen von Herrn Uhlenbrock einlassen, ohne ihnen ihre Konstruktion im Sinne einer Konfrontation entgegenzusetzen. Die „Arbeitsbeziehung“ zeigt sich konkret in der verbalen Antizipation von Gedanken und der anschließenden Ratifizierung durch das Gegenüber.

Zum Ende des Gesprächs zeigt sich erneut der latent schwelende, noch nicht geklärte Konflikt, welche Maßnahme denn nun konkret in Angriff genommen werden soll. Hier unterzieht Herr Uhlenbrock die Fachkraft einem Kompetenztest, indem er unvermittelt sozialrechtliche Details zur Vermittlung abfragt. Dies kann insofern auch als Beziehungstest gedeutet werden, da die Fachkraft ein solches Vorgehen als Verletzung ihrer Rolle als Expertin auch zurückweisen könnte. Sie tut dies nicht und ermöglicht Herrn Uhlenbrock hier möglicherweise eine neue *Erfahrung*, indem sie ihren Worten, aus denen Herr Uhlenbrock möglicherweise „Sie ist nicht nachtragend“ impliziert gespürt hatte, Taten folgen lässt. Das entstandene Vertrauen zeigt sich hier in der Eröffnung des starken Cannabiskonsums, zu dem Frau Burgdorf im Nachinterview sagt: „Das hätte er mir nicht sagen müssen“. Die „Arbeitsbeziehung“ hat sich im Unterschied zum Anfang insofern verändert, dass Herr Uhlenbrock am Anfang davon ausging in Bezug auf Frau Burgdorf in

der Rolle eines einfachen Antragstellers zu sein, der durch strategische Argumentation die Gatekeeperin (im Sinne der Zuständigen für die Antragstellung) von seinem Anliegen überzeugen muss. Die Änderung besteht darin, dass er in Bezug auf das Feld der suchtbezogenen Hilfen zwar immer noch ein Antragsteller ist, sich in Bezug auf Frau Burgdorf aber die mit ihr verbunden geglaubte Hierarchisierung zumindest hin zu einem autonom entscheidenden Antragsteller verschoben hat. Dies gibt ihm die Sicherheit, sein Anliegen mit den dahinterliegenden Implikationen des Cannabiskonsums zu spezifizieren und ermöglicht es damit Frau Burgdorf, gemeinsam mit ihm eine, für seine Wünsche und Bedürfnisse angemessene Lösung zu finden.

Im Einzelnen lassen sich folgende Elemente konkretisieren, die im hier dargestellten Fall die „Arbeitsbeziehung“ von Herrn Uhlenbrock und Frau Burgdorf beeinflussten. So konnte im vorherigen Unterkapitel am Material gezeigt werden, dass empathisches „Dabei-sein“ von Seiten Frau Burgdorfs zu Zeichen von Vertrauen (Arnold 2009) führte, wenn Herr Uhlenbrock, ihrer Wahrnehmung entsprechend, authentisch über sein subjektives Erleben berichtete oder sie versuchte sich in seine subjektlogische⁵⁵ Denkweise einzufühlen. Das Vertrauen führte dazu, dass Herr Uhlenbrock ungefragt weitere Details erzählte und es dadurch Frau Burgdorf ermöglichte, in Bezug auf ihn ein Verhaltensmuster anfänglich zu rekonstruieren. Im Nachinterview mit Frau Burgdorf, das noch am selben Tag des Gespräches stattfand, äußerte sie Hypothesen als Ergebnis der Verhaltensmusterrekonstruktion von Herrn Uhlenbrock. Sie kategorisierte sie auf der Basis ihrer bisherigen Erfahrungen mit Klient_innen. Diese Kategorisierungen befanden sich eher auf einer gefühlten als auf einer gewussten Ebene. Das Sprechen darüber, war mit Unsicherheit verbunden, was sich auch sprachlich zeigte. Vermutet werden kann daher, dass es so im Alltag nicht verbalisiert wird und es sich daher eher um ein implizites Beziehungswissen (vgl. Kap.) handelt, das sich in einem berufsbezogenen Kontext herausgebildet hat.

„(.) Ja, das geht son bisschen in son ähm, ich erzähl jetzt mal und das ist doch irgendwie(.) damit zu spielen, der ist halt Spieler. [...] Er hatte auch son bisschen was gespieltes. Nicht im Sinne von gekünstelt, aber so (.) it's

⁵⁵ Nach Baumann stellt der Begriff der Subjektlogik eine Spezifizierung des Begriffs des Verstehens dar, da er "deutlich macht, dass es um die (systemisch ausgedrückt) sinnstiftenden Eigenkonstruktionen von Wirklichkeit des Betroffenen geht." (Baumann 2009, S. 24)

part of the game. Ich weiß gar nicht, wie ich das sagen soll. Das ist mehr n Gefühl. (Nachinterview Frau Burgdorf zu Herrn Uhlenbrock #00:01:19–5#)

Dieses implizite, berufsbezogene⁵⁶ Beziehungswissen ermöglichte es Frau Burgdorf im Sinne eines sich ausgebildeten Vermögens zunehmend angemessen auf ihn zu reagieren und somit weitere Erzähl- und Reflexionsphasen von Herr Uhlenbrock zu evozieren. Als Vermögen in dieser Perspektive können für diesen Fall zum Beispiel das empathische Mitgehen, die Anerkennung von emotional besetzten subjektiven Konstruktionen und damit die Inszenierung von Sicherheit auf der Beziehungsebene („das kann ich gut verstehen“) benannt werden.

Ein „Beziehungstest“, den Frau Burgdorf bestehen musste (Abfragen sozialrechtlicher Details), erweist sich in dieser Perspektive als Bewährungsprobe eines möglicherweise von Herrn Uhlenbrock auf der Basis seines bisherigen impliziten Beziehungswissens auch mit möglicherweise ähnlichen Arrangements (z. B. Suchtberatungsstelle, Antragstellung etc.) different erlebten Verhaltens. Dies könnte sich in diesem Fall zum Beispiel auf das Erleben eines kooperativen Brückenbauens („nicht heute entscheiden“) von Frau Burgdorf beziehen. Das Bestehen des Beziehungstest führte in der Folge dann dazu, dass Herr Uhlenbrock die Kommunikation im Modus von Vertrauen fortsetzte und ein „Vorangehen“ (Stern 2014, S. 157) möglich wurde.

Im Unterschied dazu führte das „Nicht-Transparent-machen“ der eigenen handlungsleitenden Logik von Frau Burgdorf, insbesondere wenn sie an der Logik des Feldes der suchtbezogenen Hilfen orientiert war, zur Übernahme der, vom Feld nahegelegten Gatekeeperfunktion für weitere Hilfen und in der Folge der fehlgeschlagenen Abstimmung dazu, dass Herr Uhlenbrock Misstrauen zeigte und sich kommunikativ zurückzog.

Aber nicht nur die Interaktionen von Frau Burgdorf trugen zur subjektiven Bewertung der Beziehung in Richtung Vertrauen bei, sondern auch die von Herrn Uhlenbrock. Insofern handelt es sich um eine *sich wechselseitig bedingende Entwicklung*. Mit Blick auf Herrn Uhlenbrock

⁵⁶ Eine Trennung zwischen berufsbezogenem und anderweitig erworbenem impliziten Beziehungswissen ist an dieser Stelle rein analytisch und soll nur verdeutlichen, dass es in beruflichen Kontexten nicht nur „zum Einsatz“ kommt, sondern sich auch weiterentwickeln kann. Insofern bezieht sich eine lebensgeschichtliche Entwicklung auf alle Bereiche menschlichen Lebens.

kann dabei festgehalten werden, dass das zunehmende Erzählen ungefragter Details („Öffnen“, hierbei insbesondere das Berichten des Cannabiskonsums), die von Frau Burgdorf authentisch eingeschätzte Selbstreflexion und die Kooperation dazu führen, dass die „Arbeitsbeziehung“ von Frau Burgdorf als „ausgesprochen guter Kontakt“ (Nachinterview Frau Burgdorf #00:06:33–6#) eingeschätzt wird. Im Unterschied dazu ist in der Analyse auch zu beobachten, dass Frau Burgdorf immer dann mit Misstrauen reagiert, wenn Herr Uhlenbrock Kooperation oder Selbstreflexion dramatisch inszeniert bzw. dies von Frau Burgdorf so bewertet wurde und sie daraufhin eine Disziplinierung zeigt („jo“).

Als drittes Element konnte neben den Interaktionen von Frau Burgdorf und Herrn Uhlenbrock, die Regeln des Feldes der suchtbezogenen Hilfen als beziehungsbeeinflussend ausgemacht werden. Als vertrauensfördernd wurde von Herrn Uhlenbrock grundsätzlich die Möglichkeit der Suchtrehabilitation eingeschätzt, da er sie schon einmal als hilfreich für sich erlebt hatte. Als in der Beziehung Misstrauen fördernd erwies sich hingegen die Notwendigkeit, sich für eine bestimmte Form der Hilfe entscheiden zu müssen bzw. den Entscheidungskriterien entsprechen zu müssen. Dies beinhaltet einen Zielkonflikt für den Klienten: Auf der einen Seite authentisch und offen sein zu müssen und auch sein zu wollen (sich öffnen) und auf der anderen Seite dann unter Umständen nicht die gewünschte Hilfeform erlangen zu können, wenn die vom Feld erwarteten oder definierten Bedingungen nicht, nur teilweise oder nicht überzeugend erfüllt werden bzw. dies vom Gegenüber (hier der Fachkraft) so eingeschätzt wird. Dieser Konflikt zeigt sich in diesem Fall im „Ringens“ um die „Gewährung“ von stationärer Suchtrehabilitation, das sich durch das Gespräch und auch die Nachgespräche zieht. Diese Lesart wird gestützt durch die Beschreibung der Leitungskraft Herrn Günther in dieser Beratungsstelle, die die Selbstwahrnehmung der Beratungsstelle wie folgt darstellt:

„Ja, ich glaube dass wir hier erst einmal eine ganz wichtige Schnittstelle sind zwischen den Betroffenen[...] und weiterführenden stationären ambulanten Angeboten. Ich glaube ohne diese Schnittstelle würde das ganze System so nicht funktionieren und zwar [...] die Menschen mit denen wir hier zusammenarbeiten:[...], die halt nicht so straight ihren Weg gehen wie bei einer Beantragung einer Kur, wo jemand relativ schnell klar hat: Ich mache das, gehe zur Rentenversicherung oder lasse mich dort entspre-

chend vermitteln, sondern hier ist einfach eine ganz große Blase noch dazwischen wo sich ganz viel tut, auch von innen heraus bei den Menschen und von außen natürlich auch vom ganzen Familiensystem.“ (Nachinterview mit der Leitungskraft der Einrichtung A, Herrn Günther #00:13:48-1#)

Insbesondere der Hinweis auf Menschen, „die halt nicht so straight ihren Weg gehen“ verweist noch einmal auf die schon in Kapitel 3.1.2 postulierte Notwendigkeit, in Bezug auf Sucht in der Sichtweise von Krankheit „Adherence“ herstellen zu müssen. Deutlich wird aber auch, dass diese Notwendigkeit zur Adherence nicht, wie im o. g. Kapitel postuliert wird, nur für die konkrete Person besteht, sondern auch für andere soziale Systeme gilt. Beispielhaft kann hier das Familiensystem genannt werden, das auch bei Herrn Uhlenbrock eine Rolle spielte, da dieser „erst mit seiner Frau sprechen muss“, um das weitere Vorgehen ratifizieren zu können. Sommerfeld et al. sprechen in diesem Zusammenhang von "Handlungssystemen" (2016, S. 59 ff.), die spezifische Integrationsbedingungen haben, mit denen sich das Individuum mit seinen Möglichkeiten auseinandersetzen muss. Neben dem Familiensystem können beispielsweise auch die Systeme der Arbeit, der Freunde und der Freizeit genannt werden. Auch Hilfesysteme, wie z. B. das System der suchtbezogenen Hilfen, gehören dazu. In dieser Lesart bedeutet die Aussage, dass Herr Uhlenbrock erst seine Frau fragen muss, daher keinen Widerstand oder kein Ausweichen, sondern eine Reaktion auf die, in seinem Familiensystem herrschende Integrationsbedingungen. In dieser Perspektive gibt daher die, an Suchtberatungsstellen ausgelagerte Arbeit *der Herstellung und Abstimmung von Adherence mit der Person und seinem weiteren sozialen Umfeld*, von der Herr Günther weiter sagt, dass diese ihm wichtig erscheint, „weil das ganze System sonst nicht funktioniert“, einen weiteren Hinweis auf die Integrationsbedingungen, mit denen sich das Individuum, hier Herr Uhlenbrock, aber auch Frau Burgdorf in ihrer Rolle als Gatekeeperin, auseinandersetzen muss. Diese Auseinandersetzung führt dann zu spezifischen Verhaltensweisen, hier z. B. strategischem Verhalten, um eine spezifische Maßnahme erhalten zu können.

Zusammenfassend kann für den hier dargestellten Fall nach dem ersten Gespräch konstatiert werden, dass sich die „Arbeitsbeziehung“ zwischen Herrn Uhlenbrock und Frau Burgdorf eher in Richtung Vertrauen entwickelt hat, denn zum Ende des Gespräches konnten aktive, auf die Zukunft gerichtete Kommunikationsanteile beschrieben werden und es

wurde ein neuer Termin vereinbart, der von Herrn Uhlenbrock genauso wie weitere Folgetermine wahrgenommen wurde. In einem Gespräch mit der Fachkraft über die Entwicklung des Falles nach ca. einem halben Jahr berichtete sie, dass Herr Uhlenbrock wie geplant eine stationäre Rehabilitation angetreten und diese auch planmäßig beendet hatte. Eine direkte Kausalität zur Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ im ersten Gespräch kann jedoch deshalb nicht hergestellt werden. Gleichzeitig hat Herr Uhlenbrock auch im Nachinterview nach vier Wochen noch sehr klar von seinem Vorhaben, die Rehabilitation absolvieren zu wollen, berichtet. Die oben beschriebene Entwicklung des Falles steht dem nicht entgegen, so dass es plausibel erscheint, zumindest aber nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Entwicklung der konkreten „Arbeitsbeziehung“ im ersten Gespräch, die hier in Richtung Vertrauen gedeutet wurde, einen Einfluss auf die Realisierung des Hilfewunsches hatte.

7.2 Frau Burgdorf und Herr Veit

Um die Relevanz in Bezug auf die theoretischen Nahelegungen des Falles Frau Burgdorf und Herr Uhlenbrock weiter zu verdichten, wurde als nächstes ein Gespräch gewählt, bei dem die objektiven Merkmale auf der formalen und der inhaltlichen Ebene möglichst minimal kontrastierten. Insbesondere das Merkmal der Fachkraft sollte möglichst identisch sein, um zu überprüfen, ob und wenn ja wie sich das Verhalten der Fachkraft in Bezug auf eine_n andere_n Klient_in verändert, wenn diese_r einen ähnlichen Beratungswunsch äußert. Die Wahl fiel auf das Gespräch zwischen Frau Burgdorf und Herrn Veit. Das zunächst geäußerte Gesprächsanliegen ist ähnlich: Auch Herr Veit äußert zunächst den Wunsch, in Rehabilitation vermittelt zu werden. Die Varianzen liegen im Alter, in der Art des problematisierten Suchtmittelkonsums und in der Vorerfahrung im Kontext von suchtbezogenen Hilfen.

Herr Veit ist ebenfalls nicht nur zum ersten Mal in dieser Beratungsstelle, sondern auch zum ersten Mal in einer Suchtberatungsstelle überhaupt. Zum Zeitpunkt der Aufzeichnung ist er 20 Jahre alt. Fachkraft und Klient begegnen sich zum ersten Mal. Auch hier kann aufgrund der Organisation der Beratungsstelle nicht ausgeschlossen werden, dass ein erster Smalltalk bereits auf dem Weg zum Büro von Frau Burgdorf stattgefunden hat. Auch für dieses Gespräch wurde im Anschluss die Fach-

kraft Frau Burgdorf über ihr Erleben in Bezug darauf befragt. Ein Interview mit Herrn Veit konnte hingegen nicht aufgezeichnet werden. Er ist zum dritten Gesprächstermin mit Frau Burgdorf nicht mehr erschienen und hatte bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Autorisierung für ein Interview erteilt. Diese sollte erst später eingeholt werden. Dementsprechend konnte Frau Burgdorf aus Datenschutzgründen keine Kontaktdaten von Herrn Veit für das Forschungsprojekt herausgeben und dieser konnte somit nicht erreicht werden.

7.2.1 Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs

Die Aufzeichnung des Erstgespräches beginnt damit, dass Frau Burgdorf Herrn Veit begrüßt und ihn danach fragt, ob er zum ersten Mal in der Beratungsstelle sei. Diese Frage wird von Herrn Veits Antwort überlappt, der bejaht zum ersten Mal in der Beratungsstelle zu sein und über sein Anliegen zu sprechen beginnt. Frau Burgdorf begleitet dies mit Hörersignalen, ermutigt ihn weiter zu sprechen und lässt zwischen durch die, aus dem ersten Gespräch bekannten Arbeitsregeln in das Gespräch einfließen (#00:00:00-0# #00:01:03-0#).

Danach beginnt ein Abschnitt, in dem Frau Burgdorf Herrn Veit zunächst zu den Umständen des Aufsuchens der Beratungsstelle und anschließend zu der Art und Weise seines Suchtmittelkonsums befragt. Herr Veit berichtet bereitwillig, dass er am Tag zuvor mit seiner Mutter in der Suchtambulanz des örtlichen Psychiatriekrankenhauses war und von dort mit dem Auftrag sich in eine Rehabilitation vermitteln zu lassen in die Beratungsstelle verwiesen wurde. Die Sequenz endet damit, dass Herr Veit ohne direkt danach gefragt worden zu sein, über den konkreten Anlass berichtet, aus dem er überhaupt Kontakt zum System der Suchthilfe (Psychiatrieambulanz) aufgenommen hatte (#00:01:03-0#- #00:02:09-1#).

Nachfolgend beschreibt er den Anlass genauer als einen, als bedrohlich erlebten Intoxikationszustand von dem, vor der Sprechstunde liegenden Wochenende⁵⁷. Er erzählt, teilweise dramatisierend (#00:03:05-5#), wie er diesen subjektiv erlebt hat und welche Schlüsse er für sich daraus zieht (#00:02:09-1#-#00:04:10-4#). Diese Phase wird von Frau Burgdorf

⁵⁷ Der Vorfall war in der Nacht von Freitag auf Samstag. Am Montag war er in der Sprechstunde der Suchtambulanz der Psychiatrie und am Dienstag suchte er die offene Sprechstunde der Suchtberatungsstelle auf.

mit Hörersignalen und kurzen Nachfragen im Modus von Empathie (#00:02:49–4#) und Ressourcenorientierung (#00:03:31–4#) begleitet. Diese Sequenz endet damit, dass Herr Veit betont, dass dies der Anlass sei, warum er nun Hilfe suche.

Der nächste Abschnitt beginnt damit, dass Frau Burgdorf nachfragt, ob er denn aktuell konsumiere, sich also nach dem Abstinenzstatus des Klienten erkundigt. Dies nimmt Herr Veit zum Anlass dies zu verneinen und ausführlich darzustellen, wie er sich von seinem „alten Leben“ verabschiedet (#00:04:10–4#–#00:05:26–6#) hat. In diesem Zuge wird deutlich, dass Herr Veit schon früh (mit 15 Jahren) Probleme hatte, die im Zusammenhang mit Suchtmitteln standen (#00:04:36–0#) und zu Auswirkungen in seinem Leben geführt haben. Diese Äußerungen werden wieder von Hörersignalen und empathischen Äußerungen von Frau Burgdorf begleitet. In dieser Phase drückt Herr Veit seine Konstruktionen auf eine kindliche Weise aus, durch die er eine Anerkennung seiner „Leistung“ (2 Tage Abstinenz) geradezu herausfordert, bei der Frau Burgdorf aber „mitspielt“ und ihm dadurch möglicherweise eine neue Erfahrung ermöglicht (#00:04:55–8#–#00:05:26–6#). Die Phase endet damit, dass Herr Veit sich erneut an die Situation vom Wochenende zu erinnern scheint, indem er verbalisiert, dass er eine solche Situation niemandem wünsche.

Der nächste Abschnitt beginnt damit, dass Frau Burgdorf erneut eine selbstvergewissernde Frage zum Abstinenzstatus stellt. Dies führt dazu, dass Herr Veit davon berichtet, dass er schon mal einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Station hatte und dass sich sein Suchtmittelkonsum danach verstärkt hat. Er berichtet dies im Modus des subjektiven Erlebens und der Bekräftigung des ‚sich-verändern-wollens‘. Diese Phase wird wieder mit Hörersignalen und einer inhaltlichen Nachfrage von Frau Burgdorf begleitet, worauf der Klient in einer weiteren Erzählphase berichtet, wie er seinen Eltern seinen Suchtmittelkonsum eröffnet hat (#00:05:26–6#–#00:07:58–4#). Diese Phase endet damit, dass Herr Veit mitteilt, wie stolz und erleichtert er darüber sei, dass seine Eltern nun über seinen Suchtmittelkonsum Bescheid wüssten.

Bis zu diesem Zeitpunkt hat Herr Veit die höheren Redeanteile. Dies ändert sich jedoch im nächsten Abschnitt (#00:07:58–4#– #00:12:43–7#), in dem Frau Burgdorf zunächst nachfragt, was er sich denn nun als Hilfe vorstelle, sich dabei aber direkt auf die Hilfeform der sog. „Therapie“ fokussiert. Herr Veit geht jedoch nicht direkt darauf ein, sondern

beschreibt eine eigene, eher vage Vorstellung davon, was Hilfe für ihn bedeutet. Frau Burgdorf beharrt jedoch darauf, dass sie sich am ehesten eine stationäre suchtttherapeutische Maßnahme für ihn vorstellen könne und fängt an, sich nach sozialrechtlich relevanten Details zu erkundigen. Herr Veit macht jedoch deutlich, dass er sich eher andere Maßnahmen als eine stationäre Reha Maßnahme vorstellen könnte und spricht weiter eher vage von Gruppen. Frau Burgdorf geht jedoch nicht darauf ein und beginnt von Spielräumen innerhalb einer Rehabilitationsmaßnahme zu berichten. Diese reichen von Spezialisierungen verschiedener Kliniken bis zur Möglichkeit einer ambulanten Maßnahme im eigenen Haus. In dieser Phase hat Frau Burgdorf die höheren Redeanteile. Die Phase endet damit, dass sie auf die Äußerung des Klienten, dass er schon mit 15 Drogenprobleme gehabt habe, Bezug nimmt.

Hierauf geht Herr Veit mit weiteren subjektiven biografischen Erzählungen darüber ein, wie er diese Phase im Kontext seiner Freundschaften erlebt hat. Diese werden von Frau Burgdorf wieder mit Hörersignalen, aber auch mit einer weiteren inhaltlichen Nachfrage begleitet. Dies führt dazu, dass Herr Veit seine biographische Erzählung auf sein Erleben seiner Kindheit und Jugend erweitert (#00:12:43-7#-#00:17:16-4#). Diese Phase endet erneut damit, dass Herr Veit, diesmal in einem sachlicheren, weniger dramatischen Modus, erzählt, dass er es nun „besser“ machen wolle.

Am Anfang der nächsten Phase (#00:17:16-4#- #00:21:24-1#) geht Frau Burgdorf kurz auf Herr Veits Erzählungen ein, wiederholt nochmal ihre Empfehlung für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme und antizipiert gleichzeitig eine ablehnende Haltung von Herrn Veit. Diese wird von ihm auch prompt bestätigt und er begründet seine ablehnende Haltung mit dem Wunsch „es aus eigener Kraft“ schaffen zu wollen. Frau Burgdorf geht zwar zunächst kurz wieder auf die Äußerung, es selbst schaffen zu wollen, ein, aber nicht auf den inhaltlichen Aspekt, dass Herr Veit eine suchtttherapeutische Maßnahme explizit für sich ablehnt, als ob sie diesen nicht gehört oder nicht wahrgenommen hätte (#00:18:27-5#). Sie stellt fest, dass es nun an der Reihe sei einen „Antrag“ zu stellen und stellt die Frage nach dem Kostenträger in den Raum. Hierauf reagiert Herr Veit lediglich auf der Sachebene, indem er erzählt, dass „die Dame“ von der Ambulanz gesagt habe, dies sei die Rentenversicherung. Dies markiert einen Unterschied zu den bisherigen Erzählungen, bei denen immer wieder auch teilweise dramatisie-

rende, emotionale Aspekte hörbar wurden. Man könnte daher von einem Rückzugsverhalten sprechen. Frau Burgdorf geht darauf jedoch nicht ein, sondern fragt weiter auf der Sachebene, ob er erwerbstätig gewesen sei. Herr Veit reagiert darauf mit einer weiteren biografischen Erzählung über seine Erfahrungen mit der Erwerbstätigkeit, bei der wieder emotionale Färbungen deutlich werden. Nachdem sie dies wieder mit Hörsignalen begleitet hat, fokussiert Frau Burgdorf in einer vertiefenden Frage jedoch wieder auf der Sachebene auf die Dauer der Erwerbstätigkeit, sodass deutlich wird, dass sie immer noch beim Thema der Prüfung der sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Antragstellung ist und sich nicht auf die emotionale Ebene des Klienten einlässt. Die Sequenz endet damit, dass Frau Burgdorf ihre Hilfe bei der Antragstellung anbietet und dafür einen weiteren Termin, worauf Herr Veit jedoch nur zurückhaltend, fast abwehrend reagiert, indem er berichtet, dass er bereits einen Termin in der Suchtambulanz habe.

Die Schlussequenz (#00:21:24-1#- #00:22:56-4#) in der Aufzeichnung beginnt mit der Nachfrage von Frau Burgdorf, bei „wem“ Herr Veit in der Klinik denn in Behandlung sei. Daraufhin entspinnt sich eine Art Smalltalk über den ungewöhnlichen Namen der behandelnden Ärztin. Frau Burgdorf zeigt auf, wie sie sich die Zusammenarbeit, einschließlich einer Überprüfung der Abstinenz des Klienten vorstellt, bleibt dabei aber bei ihrer Lösungsidee der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme für Herrn Veit. Dieser reagiert mit zurückhaltenden Hörersignalen. Dies erweckt den Anschein, als würde er auch inhaltlich folgen. Das Gespräch endet damit, dass Frau Burgdorf sich für die Kooperation in Bezug auf die Bereitschaft zur Audioaufnahme des Gesprächs bedankt, welches von Herrn Veit mit einer Höflichkeitsfloskel beantwortet wird.

7.2.2 Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen

„...ich bin das erste Mal hier“

Frau Burgdorf: So, dann begrüß' ich Sie noch mal hier in der Beratungsstelle. (.) Sie sind das erste Mal hier oder waren Sie schon mal hier? #00:00:09-2#

Herr Veit: Nee ich bin das erste Mal hier (.) #00:00:10-0#

Frau Burgdorf: Lokl. #00:00:10-9#

Herr Veit: Ich bin hier (.), weil ich gestern beim ähm in der XY-Klinik war. #00:00:14-9#

Frau Burgdorf: Ja, ok. #00:00:15-4#

Herr Veit: Da in der offenen Sprechstunde und deswegen bin ich jetzt hier ^L... #00:00:18-0#

Frau Burgdorf: Ja. #00:00:18-2#

Herr Veit: Weil ich so'n Bass, glaub ich, also so'n Antrag für Langzeittherapie (.) Bescheinigung oder so was ^L brauche #00:00:25-4#

Frau Burgdorf: Ja, ah ok. ^L #00:00:26-2#

Herr Veit: Und deswegen bin ich eigentlich, ich weiß selbst nicht, was ich genau (.) hier machen muss, ähm, sagen muss ((lacht)) #00:00:32-8#

Nach dem Einschalten des Geräts begrüßt Frau Burgdorf den Klienten. Diese Begrüßung ist insofern besonders, als dass sie ihn „nochmal“ in der Beratungsstelle begrüßt. Denkbar ist, dass sie dies bereits zum ersten Mal im Wartezimmer getan hat, als sie ihn von dort, so wie es der Routine in dieser Beratungsstelle entspricht, abgeholt hat und sie die Begrüßung für die Aufnahme wiederholt. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass die Begrüßung eine routinierte Floskel oder ein Ritual darstellt, mit dem jedes Beratungsgespräch begonnen wird. Denkbar ist auch, dass dieses Ritual den Beginn des „offiziellen“ Gesprächs darstellt. Nach dem Begrüßungssatz findet sich eine kurze Pause. Möglicherweise erwartet Frau Burgdorf, dass Herr Veit antwortet oder möchte ihm die Gelegenheit geben das Wort zu ergreifen, was er aber nicht tut. Aus diesem Grund fährt Frau Burgdorf mit der Frage fort, ob Herr Veit zum ersten Mal in der Beratungsstelle sei oder ob er diese im Vorfeld schon mal aufgesucht habe. Dies ist eine unverfängliche Frage, auf die Herr Veit auf jeden Fall eine Antwort weiß und die deshalb den Gesprächsball zum Klienten spielt. Denkbar ist auch, dass diese Information z. B. für die Dokumentation wichtig ist.

Herr Veit antwortet, indem er sich verneinend auf den letzten Teil der Frage bezieht und darstellt, dass er zum ersten Mal da sei. Frau Burgdorf reagiert darauf mit einem kurzen „Ok“, welches sich mit den Ausführungen des Klienten überlappt und deshalb auch als Hörersignal gewertet werden kann. Tatsächlich fährt Herr Veit damit fort zu sagen, warum er in die Beratungsstelle gekommen ist. Er beginnt mit „Ich bin hier“ und macht dann eine kurze Pause, so als müsste er Mut fassen oder sich konzentrieren. Nach der Pause fährt er mit der Begründung fort, dass er am Tag davor in der XY-Klinik, gemeint ist die örtliche Suchtambulanz der psychiatrischen Klinik, gewesen sei. Diese Antwort erstaunt dahingehend, dass die Konsultation der Suchtambulanz erstmal keinen Grund darstellt, um anschließend eine Beratungsstelle für Suchtkranke aufzusuchen. Denkbar ist, dass es sich um eine Weiterver-

mittlung der Suchtambulanz an die Beratungsstelle handelt. Frau Burgdorf scheint dies jedoch nicht zu verwundern, denn sie antwortet mit einem kurzen „ja, ok“ Dies spricht dafür, dass die Kombination erst in der Suchtambulanz gewesen zu sein und dann die Suchtberatungsstelle aufzusuchen nicht zum ersten Mal vorkommt, ihr dieses Verfahren also geläufig ist. Vielleicht gibt es eine Kooperation. Herr Veit präzisiert, dass er auch dort in der offenen Sprechstunde gewesen sei und dass er „deswegen“ diese Beratungsstelle aufgesucht habe. Diese Aussage erhärtet den Verdacht, dass es eine arbeitsteilige Verbindung zwischen den Einrichtungen zu geben scheint, denn Frau Burgdorf quittiert auch dies lediglich mit einem Hörersignal. Herr Veit fährt mit der Präzisierung fort, dass er „son Bass, glaube ich, son Antrag, sone Bescheinigung für eine Langzeittherapie“ brauche. Dieser Satz ist aus einem Alltagsverständnis heraus erstmal völlig unverständlich und erklärt sich aus einem Kontextwissen rund um die Beantragung von Leistungen. Die Unklarheit kann an dieser Stelle aber nicht komplett aufgelöst werden, klar ist lediglich, dass mit Bass die Beratungsstelle gemeint ist, da diese so heißt. Die Benutzung von unbestimmten Artikeln vor den Fachwörtern vermittelt den Eindruck, dass er nicht genau weiß, was das Gesagte bedeutet und nur Aufträge abarbeitet. Dies wiederum deutet eher auf ein Abgeben der Verantwortung an Autoritäten oder Institutionen, als auf ein eigenverantwortliches, autonomes Handeln hin. Zu diesem frühen Zeitpunkt des Gesprächs ist eher von einem habituellen als von einem bewusst inszenierten Verhalten auszugehen.

Aus diesem Grund kann dieses Verhalten ein Hinweis auf ein Muster des Klienten sein, das in der Entstehung einer „Arbeitsbeziehung“ berücksichtigt werden muss. Da es sich um einen recht jungen Klienten handelt (20 Jahre) könnte im Umgang mit sozialen Autoritäten von einem (noch) habitualisierten Kinderverhalten in Form von Subordination ausgegangen werden.

Die faktische Unwissenheit wird durch die Benutzung des Wortes „Langzeittherapie“ unterstrichen. Diese Maßnahme ist im Katalog der Maßnahmen, deren Kostenstandardmäßig von den Leistungsträgern übernommen werden, nicht vorgesehen. Es handelt sich dabei um einen älteren Ausdruck für eine, in der Regel stationäre Rehabilitationsmaßnahme Sucht, der im offiziellen Fachterminus von Einrichtungen nicht (mehr) vorkommt. Es stellt sich also die Frage, woher Herr Veit diesen Ausdruck kennt. Möglicherweise aus seinem privaten Umfeld oder aus Klientenkreisen, der sog. „Szene“. Dies aber bedeutet, dass die Idee eine

solche Maßnahme wahrnehmen zu wollen nicht von ihm oder aus einem fachlichen Umfeld stammt. Unklar ist, ob ein Druck aus den o. g. Kreisen dahintersteht oder ob er diese Idee zusammen mit seinem Umfeld entwickelt und auch für sich als „gute Idee“ ratifiziert hat. Dazu könnte auch gehören, dass nicht nur formale Ideen und Phantasien (Langzeit- Therapie), sondern auch inhaltliche entwickelt wurden, über die er sich ggf. auch im informellen Kreis informiert hat. Dies birgt die Gefahr von „Ent-Täuschungen“, wenn es zu einem späteren Zeitpunkt darum gehen könnte, diese Ideen mit der (zu erwartenden) Realität zu vergleichen, was möglicherweise zu Frustrationen führt. Falls er dieses Anliegen in der Suchtambulanz vorgetragen hat, scheint darauf nicht näher differenzierend eingegangen worden zu sein, denn er benutzt den Terminus weiter oder es wurde darauf eingegangen und er ignoriert die Hinweise oder kann nichts damit anfangen.

Diese Überlegungen haben gemeinsam, dass Herr Veit sich schon eine Lösung für sein Problem zurechtgelegt hat, die wahrscheinlich nicht aus einem fachlichen Kontext stammt und daher mit eigenen Phantasien und Konstruktionen ausgestattet ist. Die örtliche Suchtambulanz hat hierfür eine „Nicht-Zuständigkeit“ reklamiert und ihn möglicherweise mit dem Auftrag der Beantragung einer suchtherapeutischen Maßnahme an die Beratungsstelle weiterverwiesen, ohne dass Herr Veit im Detail wusste, was das für ihn bedeutet.

Es scheint eher so, als dass er mit einem Auftrag in die Sprechstunde gekommen ist, der offensichtlich aus der Suchtambulanz zu stammen scheint. Somit erhärtet sich der Verdacht weiter, dass es eine, wie auch immer geartete arbeitsteilige Verbindung zwischen den Stellen zu geben scheint, bei der die eine Stelle der anderen Aufträge erteilen kann. Möglicherweise wurde aber auch eine Nichtpassung zwischen den Konstruktionen von Herrn Veit („Langzeittherapie“) und den erwartbaren Realitäten einer suchtherapeutischen Behandlung festgestellt, für deren Klärung man sich nicht als zuständig ansah. Es handelt sich also um eine Schnittstellenaufgabe, die arbeitsteilig zwischen zwei Stellen gelöst zu sein scheint, wobei sich diese Logik dem Klienten nicht von vorneherein zu erschließen scheint. **Für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ bedeutet dies, dass Herr Veit nicht partizipativ an der Entwicklung einer Lösungsstrategie beteiligt worden ist, sondern dass er autoritär „geschickt“ wird, ohne sicherzustellen, dass er die Hintergründe dieses Vorgehens verstanden hat. Die Klärung und Abarbeitung von Formalitäten („Antrag“) wird dabei einer anderen**

Stelle überlassen. Für Herrn Veit könnte dies so aussehen, als handle es sich um eine Kleinigkeit, die kurz zu erledigen ist.

Herr Veit knüpft inhaltlich an das zuvor Gesagte an und bestätigt die Vermutung, dass er nicht genau weiß, was er „eigentlich hier machen“ oder „sagen muss“. Anschließend lacht er und unterstreicht damit seine Unsicherheit. Frau Burgdorf sagt im Nachgespräch, dass er beim Ankommen „furchtbar nervös“ (Nachgespräch Frau Burgdorf zu Herrn Veit #00:01:00–5#) gewirkt habe. Das Wort „eigentlich“ relativiert die Aussage und es könnte gefragt werden, was denn „uneigentlich“ der Fall ist: Ahnt er was zu tun oder zu sagen ist oder spielt er den Unwissenden? Diese Unwissenheit so offen zu benennen zeugt von einer, an Naivität grenzenden Offenheit, möglicherweise auch von Hilflosigkeit oder deren bewusster Inszenierung. Ohne das Lachen könnte diese Aussage auch als Provokation verstanden werden, auf jeden Fall fordert dieses Verhalten aber eine Reaktion der Fachkraft auch auf der Beziehungsebene heraus. Wird sie den provokanten Teil erkennen und ihn zurechtweisen bzw. abweisend reagieren oder auf die jungenhafte Naivität eingehen und weiter zugänglich sein? Da gerade erst 30 Sekunden des Gesprächs vergangen sind und er sehr nervös ist entspringt dieses Verhalten möglicherweise einem Verhaltensmuster des Klienten unsicheren Situationen mit einem doppeldeutigen Verhalten zu begegnen, um zu testen, „welcher Gesinnung“ sein Gegenüber ist–Freund oder Feind?

Aus dieser Perspektive kann von einem ersten Beziehungstest des Klienten gegenüber der Fachkraft ausgegangen werden, der möglicherweise aber nicht bewusst inszeniert wurde, sondern eher als Teil eines habituellen Verhaltensmusters gewertet werden kann.

Frau Burgdorf: Ja, okay ((lacht)) Sie müssen gar nichts sagen((lacht)). Ich sag einfach noch mal gerade vorne weg, dass wir unter Schweigepflicht stehen als Beratungsstelle. Das, was wir besprechen, bleibt hier im Haus (atmet tief ein). Beratung ist für Sie kostenfrei. Jetzt haben Sie grad schon gesagt, Sie kommen mit der Idee Langzeittherapieantrag
#00:00:48–3#

Herr Veit: :mhm¹ (zustimmend) #00:00:48–6#

Frau Burgdorf: (...) Wenn Sie sich das zwischendurch anders überlegen oder was auch immer passiert, das ist alles ok, also Sie gehen keinerlei (.) Verpflichtungen ein. #00:00:57–8#

Herr Veit: Mhm, ja #00:00:58–0#

Frau Burgdorf: Wenn Sie jetzt erstmal hierhin kommen, das ist erst einmal wichtig für die Rahmenbedingungen. #00:01:01–2#

Herr Veit: Mhm, ist gut. #00:01:03–0#

Die Reaktion von Frau Burgdorf mit einem verbalen Hörsignal und ebenfalls einem Lachen zeigt an, dass diese von der offenen Aussage des Klienten überrascht ist. Offensichtlich entspricht ein solches Verhalten nicht dem, was sie kennt. Damit wird in diesem Moment ein routiniertes Abspulen üblicher Gepflogenheiten durchbrochen. Möglicherweise ist dies auch als intuitive mimetische Anpassung an das Verhalten des Gegenübers im Sinne eines „Pacing“ (Weerth 1994, S. 130) zu werten. Insofern könnte von einem Versuch einer gegenseitigen Abstimmung im Sinne „relationaler Schritte“ ausgegangen werden, die eher gespürt als gewusst werden (Stern 2014, S. 158).

Sie fährt damit fort, dass Herr Veit „gar nichts sagen brauche“ und lacht erneut. Möglicherweise hat sie ihre Überraschung noch nicht überwunden. Ihre Aussage wirkt wie eine Beruhigung der wahrgenommenen Nervosität von Herrn Veit. Sie stellt sich damit auf der Beziehungsebene auf ihn ein, denn inhaltlich ist die Aussage, dass Herr Veit „gar nichts“ sagen brauche zumindest fragwürdig, da mit einem schweigenden Klienten nur schwierig gearbeitet werden kann. So zeigt sich hier eine möglicherweise intuitive, habituelle Orientierung daran, auf der Beziehungsebene zunächst Sicherheit zu Lasten einer inhaltlich korrekten Aussage zu schaffen. Sie fährt dann erklärend fort, indem sie im Modus von Routine auf die Prinzipien der Beratungsstelle, die auf der Homepage genannt werden, hinweist: Schweigepflicht und Kostenfreiheit. Das tiefe Einatmen zeigt, dass sie ihre Überraschung überwunden zu haben scheint, sich vielleicht konzentriert und mit dem Hinweis auf die Kostenfreiheit wieder zur Routine übergeht. Danach knüpft sie in den Worten von Herrn Veit an das formulierte Anliegen an („Langzeittherapie“) und spielt damit den Ball wieder zu ihm zurück. Dieser reagiert mit einem ratifizierenden Hörsignal ohne sich inhaltlich weiter zu äußern. Dies aber scheint Frau Burgdorf nicht erwartet zu haben, denn es entsteht eine kleine Pause von ca. 3 Sek.

Frau Burgdorf nimmt den Gesprächsfaden wieder auf und scheint die Gesprächspause als weiteres Zeichen von Unsicherheit zu deuten. Ihre nächsten Worte klingen wie eine Beruhigung für jemanden, der in einer ungewohnten Situation nicht nur nervös, sondern „*furchtbar nervös*“⁵⁸ ist, der also eher Angst hat, dass etwas mit ihm passiert oder gemacht

⁵⁸ Die Wortkombination „furchtbar nervös“ deutet auf eine Steigerung von „nervös“, definiert als leichte Angst, hin, also darauf, dass jemand Angst hat, diese zeigt und / oder diese im Rahmen eines Übertragungsphänomens spürbar ist.

wird, auf das er keinen Einfluss hat. Somit kann dies als weiterer Beitrag zur Beruhigung gedeutet werden. Sie spricht die wahrgenommene Deutung des „Nervös-seins“ des Klienten im Sinne eines Spiegels aber nicht an, wie dies in einer beraterischen oder therapeutischen Situation angezeigt wäre, um diese möglicherweise mit einer kognitiven Umstrukturierung (Wilken 2005) zu bearbeiten oder zu verifizieren. Stattdessen geht sie inhaltlich auf einen möglicherweise antizipierten Autonomieverlust ein, indem sie mehrfach auf unterschiedlich Art und Weise betont, dass dieses in der Beratungsstelle nicht der Fall sein wird und dass er die maßgebende Instanz für Entscheidungen ist. Dies ist auf gewisse Weise paternalistisch und passt zur Beziehungsstruktur Erwachsener-Kind.

Für den Beziehungsaufbau bedeutet dies, dass es der Fachkraft wichtig zu sein scheint, dass Herr Veit sich insbesondere in Bezug auf den Schutz seiner Autonomie sicher fühlt, obwohl er sich nicht explizit dazu geäußert hat und sie dies auch nicht durch Nachfrage verifiziert. Diagnostisches Instrument für eine Antizipation scheinen nonverbale Signale zu sein, möglicherweise Übertragungen. Darüber hinaus steht in dieser Phase des Gesprächs nicht eine mögliche beraterisch-therapeutische Intervention im Vordergrund, sondern die habituelle Inszenierung von Sicherheit. In diesem Fall bedeutet dies die Klärung der Rahmenbedingungen der Beratungsstelle, die hier als Auslöser von Unsicherheit antizipiert werden.

Herr Veit reagiert mit einem etwas zögerlichen, verbalen Hörsignal. Möglicherweise glaubt er nicht, was er gehört hat oder er hat es nicht verstanden.

Frau Burgdorf reagiert, indem sie deutlich macht, dass es erstmal wichtig ist, dass er überhaupt in die Beratungsstelle kommt. Damit setzt sie ihre Erwartungshaltung soweit herab, wie es ihr in einer solchen Stelle möglich ist, in der eine sog. Komm-Struktur herrscht, was bedeutet, dass die Klienten zur Beratungsstelle kommen müssen und nicht von den Fachkräften z. B. in ihrem Zuhause oder an anderen Orten aufgesucht werden. **Insofern baut sie ihm hier eine Brücke und macht ihm damit nicht nur auf der Beziehungsebene, sondern auch auf der Inhaltsebene ein spezifisches Angebot.** Der nächste Satz erscheint etwas uneindeutig, denn warum dies für welche Rahmenbedingungen wichtig sein soll, wird aus dem Wortlaut nicht klar. Möglicherweise ist gemeint, dass das Kommen des Klienten wichtig ist, um die genannten

Rahmenbedingungen für sich nutzen zu können. Vielleicht sind auch andere Rahmenbedingungen, z. B. die des Feldes der suchtbezogenen Hilfen, gemeint. Es scheint, als habe Frau Burgdorf eine bestimmte Struktur im Kopf, die sie aber nicht transparent macht. Herr Veit aber scheint verstanden zu haben, was Frau Burgdorf sagen will, glaubt es verstanden zu haben oder möchte, dass das Thema beendet wird und reagiert in Bezug auf das vorherige zögerliche Hörsignal mit einem eindeutigeren „ist gut“. Denkbar ist auch, dass es eine Ratifizierung der, von der Fachkraft vorgestellten Arbeitsprinzipien der Beratungsstelle bedeutet. In einer weiteren Lesart könnte er glauben, hier in der gezeigten Rolle eines jungen Menschen auf dem Weg zum Erwachsenen Begleitung bei einem Entwicklungsthema (Überdenken seines Suchtmittelkonsums) erhalten zu können, indem er „erst einmal nur kommt“ und dabei „keinerlei Verpflichtungen“ eingeht. Die Deutungen haben gemeinsam, dass aus Sicht des Klienten das Thema damit beendet ist. Ob beide von denselben „Rahmenbedingungen“ ausgehen und was genau Herr Veit ratifiziert, bleibt zunächst unklar.

Frau Burgdorf: (Atmet tief ein) Ähm, Sie waren in der Suchtambulanz inner Sprechstunde (.). #00:01:07–5#
Herr Veit: Mhm, genau. #00:01:08–3#
Frau Burgdorf: Und dann hat man Sie hierhin geschickt. Bass, das ist die Beratungsstelle für Alkohol und sonstige Suchtfragen(.). #00:01:13–3#
Herr Veit: Achso (.). Ja ich meine Mutter sagte mir, das heißt Bass und @(.).@ #00:01:18–0#
Frau Burgdorf: Joa #00:01:18–6#
Herr Veit: Weil also sonst nehm ich sie eigentlich mit (genuschelt), weil ich das selbst noch nicht wirklich kann und diese ganzen Formulare und(.). #00:01:25–6#
Frau Burgdorf: Jaa #00:01:26–0#
Herr Veit: Sowas, aber da sie keine Zeit hat (.), Zeit hatte (.), bin ich trotzdem hier (leise) #00:01:31–3#
Frau Burgdorf: Ja, super, dass Sie hier sind @(.).@ #00:01:33–7#
Herr Veit: @(.).@ #00:01:33–6#

Die nächste Interaktion beginnt damit, dass Frau Burgdorf tief einatmet. Dies deutet auf eine, wie auch immer geartete Besonderheit hin: Vielleicht muss sie sich konzentrieren, vielleicht ist sie ungeduldig oder vielleicht bekommt sie schlecht Luft. Aber wie auch schon zuvor, scheint es ein **habituelles Signal zu sein, dass auch für sie das Thema der routinierte Vorstellung dessen, was in der Beratungsstelle passiert oder passieren kann, abgeschlossen zu sein scheint, denn sie knüpft an die Rekonstruktion der Bedingungen, wie Herr Veit in die Stelle gekommen ist, wieder an. Sie fragt also nicht nach, was genauer in der Sequenz davor ratifiziert hat. Demgegenüber scheint ihr die**

Rekonstruktion der Überweisung von der Suchtambulanz wichtig zu sein. Möglicherweise folgt sie wieder einem inneren Ablaufplan, den sie aber nicht transparent macht oder sie spielt den Ball der Interaktion wieder zum Klienten, da er weitererzählen soll. Möglicherweise ist es ihr wichtig, dass er erzählt. An dieser Stelle könnte sich andeuten, dass es der Fachkraft nicht nur darum geht objektive Daten zu erheben, sondern auch darum eine Interaktion mit dem Klienten in Gang zu setzen, bei der Herr Veit frei von sich erzählt, d. h. in eine Narration oder einen Erzählstrom⁵⁹ kommt (Schütze 1984b). Allerdings erfolgt kein Impuls, der den Klienten eindeutig dazu ermutigt dies zu tun. Stattdessen entsteht eine kurze Pause. Diese erzeugt eine gewisse Spannung oder Unsicherheit und steht damit im Widerspruch zu dem, im vorherigen Abschnitt verbalisierten „Sie müssen hier gar nichts sagen.“ und dem Bemühen, Sicherheit zu schaffen, denn die Uneindeutigkeit „soll ich erzählen oder nicht“ erzeugt eine Spannung zwischen Gesagtem und Gemeintem und bewirkt somit eher Unsicherheit. Darauf reagiert Herr Veit erneut mit einem unbestimmten Hörersignal, indem er lediglich die inhaltliche Aussage der Fachkraft, dass er ja aus der Suchtambulanz komme, bestätigt. Frau Burgdorf unternimmt einen weiteren Anlauf der Rekonstruktion des Weges des Klienten, indem sie pointiert, dass Herr Veit „geschickt“⁶⁰ wurde und knüpft dann mit einer Erklärung des Wortes „BASS“ an, das Herr Veit benutzt hatte, ohne zu verstehen, was es bedeutet. Dies hat etwas Belehrendes und setzt damit das Beziehungsverhältnis Erwachsener-Kind fort.

Es entsteht eine kurze Pause, bevor Herr Veit mit einem „Ach so“ antwortet, wieder eine Pause entsteht und ein kurzes verbales Stutzen („Ja ich“) folgt, das wieder mit einer Pause beendet wird. Dies deutet auf eine Überraschung oder Verunsicherung hin: eine Aufklärung über den

⁵⁹ (Schütze 1984b, S. 79) geht davon aus, dass es zwischen dem Erzählstrom und der konkret erlebten Erfahrung eine Entsprechung gibt und dass durch Rekonstruktion dieser Erfahrungen ein ‚Zugang‘ zu den Mustern und individuellen Konstruktionen der Wirklichkeit eines Menschen möglich ist. Dies wiederum ermöglicht es diese Informationen zu diagnostischen Zwecken zu nutzen, um Schwierigkeiten zu antizipieren und geeignete Interventionen vorschlagen zu können.

⁶⁰ Der Ausdruck von jemandem „geschickt“ worden zu sein symbolisiert in dieser Beratungsstelle den Umstand, dass jemand nicht aus freien Stücken gekommen ist, sondern dass möglicherweise ein „Zwangskontext“ vorliegt. Dieser Umstand wiederum ist relevant für die Beurteilung der „Motivation“ eines Klienten als Voraussetzung zur Beantragung von Leistungen zur Rehabilitation. In diesem Kontext wird es deshalb wie ein Fachwort verwandt.

Namen der Beratungsstelle hat er nicht erwartet. **Damit wird deutlicher, dass das Verhalten der Fachkraft im Widerspruch zu dem Gesagten steht bzw. Herr Veit auf der Inhaltsebene möglicherweise etwas anderes erwartet hat. Anstatt Sicherheit zu vermitteln, schafft ihre Bemerkung damit Unsicherheit, mindestens aber Überraschung.**

Herr Veit fährt fort, dass ihm seine Mutter gesagt habe, dass die Beratungsstelle so heiße dass er sie „normalerweise“ mitnehme, weil er „so was“ noch nicht könne und dass sie auch bei dem Gespräch in der Suchtambulanz dabei gewesen sei. Dies könnte auf einen Zwangskontext hinweisen, falls die Mutter ihn gedrängt hat, diese Schritte zu gehen. **Für den Beziehungsaufbau bedeutet dies jedoch, dass Herr Veit damit aufzeigt oder inszeniert, dass er bisher noch nicht oder nur eingeschränkt bereit oder in der Lage ist, Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen oder das ihm das noch nicht zugetraut wurde. Es handelt sich aufgrund seines jungen Alters wahrscheinlich um ein habituelles Muster und bestätigt das oben genannte Muster Erwachsener-Kind mit dem Fokus auf Hilflosigkeit und / oder Schutzbedürftigkeit.**

In einer Suchthilfestructur, die auf Verantwortung übernehmendes, rationales „Erwachsenen“-Verhalten eingestellt ist, sind dann Habitus-Struktur-Konflikte im Sinne einer Überforderung des Klienten vorprogrammiert. In dieser Perspektive wird das expertokratische Verhalten der Suchtambulanz, Herrn Veit weiterzuschicken, ohne sicherzustellen, dass er weiß, was er tut oder was zu tun er aufgefordert wurde, reproduziert. In einer anderen Perspektive hat Herr Veit Verantwortung übernommen und ist ohne seine Mutter zum Termin erschienen. Dies weist auf einen aktuellen Versuch Verantwortung zu übernehmen, „erwachsener“ zu werden und rational zu agieren hin. Eine andere Lesart wäre, dass er ein solches Verhalten inszeniert und Frau Burgdorf damit implizit auffordert, sein Bemühen anerkennend zu würdigen. Insofern deutet sich hier möglicherweise ein Emanzipationsprojekt oder die Inszenierung eines solchen durch Herrn Veit an, das an einer Auseinandersetzung mit dem Suchtmittelkonsum und seinen Folgen ausagiert wird. In dieser Lesart wäre dies vielleicht wieder ein *habituellem* Beziehungstest dahingehend, ob Frau Burgdorf sich auf ihn und seine Konstruktionen einstellt oder bereit ist, sich darauf einzustellen. Da diese Lesart auch schon zu einem früheren Zeitpunkt in den Blick kam („weiß nicht, was ich hier sagen muss“) und sich damit innerhalb kürzester Zeit wiederholt, deutet dies darauf hin, dass Herr Veit es möglicherweise

gewohnt ist, Anerkennung offensiv einfordern zu müssen oder dass er sich über diese Verhaltensweise, die sich als unkonventionell zeigt und auch bei Frau Burgdorf Überraschung ausgelöst hat, Kontrolle über die Kommunikation und damit Sicherheit verschafft.

Frau Burgdorf reagiert mit einer Bestätigung, fast mit einem Lob. Damit nimmt Frau Burgdorf die angebotene Beziehungsebene Erwachsener-Kind auf, indem sie ein erwartetes oder erwünschtes Verhalten positiv verstärkt und das Spiel sozusagen mitspielt, ob inszeniert oder nicht. Sie reagiert mit ihrer Intervention intuitiv auf die Lesart „Suche nach Anerkennung“ und sieht dies als Teil ihres fachlichen Verhaltens, um einen Kontakt herzustellen, wie sie im Nachinterview erläutert.

„, also die Anerkennung, die er sonst über den Konsum gekriegt hat, die hat er hier ganz klar über die Abstinenz eingefordert. [...] Aber das is ok, also das darf er, das is ja @(.).@ völlig in Ordnung @(.).@ Geb' ich ihm auch gerne. Aber das ähm (.) ich finde das macht's einfacher, Zumindest erstmal in einen Kontakt zu kommen. #00:05:38-3#

Andererseits deutet sich hier durch das Lachen auch an, dass sie die Verstärkung des erwünschten Verhaltens im Sinne eines Emanzipationsprojekts oder -versuchs von Herrn Veit legitim findet und auch bereit ist, dort mitzuwirken. Dies gilt auch, falls es sich um eine Inszenierung handelt, um Anerkennung einzufordern. Allerdings sieht sie dies nicht als ihre eigentliche Aufgabe an, sondern lediglich als Einstieg in etwas anderes („zumindest erstmal“).

Herr Veit reagiert mit einem kleinen Auflachen. Dies deutet wieder auf eine Überraschung oder Unsicherheit hin.

“...ich will mich beraten lassen, was man da machen kann”

Frau Burgdorf: ((lacht)) Ja, okay. Ähm(.), jetzt haben Sie gerade noch mal gesagt, auf jeden Fall Unterstützung, damit Sie Ihr Leben in den Griff kriegen, damit Sie weiter drogenfrei bleiben (.). Haben Sie sich schon mal irgendwie informiert, was das heißt, Therapie zu machen, oder ähm? #00:08:19-2#

Herr Veit: Ähm nee, also deswegen bin ich hier. Also es ist ja wirklich jetzt erst seit Samstag(.).(.)//mhm// möchte mich, also ich will mich beraten lassen, was, was man da machen kann. #00:08:28-9#

Frau Burgdorf: //mhm// #00:08:29-4#

Herr Veit: Also ich weiß, dass man (.) äh da inner XY-Klinik da ne (.) so, dass es da Gruppen gibt, wo man drüber reden kann^L und dass man da klären kann. #00:08:38-3#

Frau Burgdorf: //mhm///mhm///mhm//^J Genau. (Atmet tief ein)(.) Also, würde ich Ihnen auf jeden Fall auch empfehlen, in Richtung Therapie zu gucken (.) ähm, (.) Therapie heißt, also, dass Sie, ich würd Ihnen auch ne Klinik empfehlen. Ich sach das mal einfach so deutlich. Wenn Sie sagen, es gibt auch noch so'n Drumherum mit hohem Aggressionspotential und erstmal sich wieder sortieren und, äähm, gibt's unterschiedliche Kliniken, die sich darauf spezialisiert haben. #00:09:05-3#

Herr Veit: //mhm// (leise). #00:09:06-0#

Der Beginn der auszuwertenden Stelle (Lachen und „ja, ok“) bezieht sich noch auf die vorhergehende Sequenz und schließt sie damit ab. Der sich anschließende Verlegenheitslaut und die kurze Pause markieren den Übergang in ein neues Thema. Frau Burgdorf knüpft an den, von Herrn Veit geäußerten Wunsch nach Unterstützung an und benutzt hierfür scheinbar die, von ihm selbst gewählten Worte: „auf jeden Fall Unterstützung“, „das Leben in den Griff kriegen“ und „drogenfrei“. Damit fasst sie aber das *von ihr konstruierte* Anliegen des Klienten zusammen, denn Herr Veit hat diese Worte zu keinem Zeitpunkt benutzt. Trotzdem passt die Aussage von der Art der Wortwahl her zu der *Ausdrucksweise von Herrn Veit*. Eine andere Möglichkeit im Sinne einer Inszenierung von Kompetenz wäre gewesen, Fachausdrücke wie „Hilfebedarf“, „Lebensbewältigung“ oder „abstinent“ zu benutzen. Dass Frau Burgdorf das hier nicht tut, zeigt, dass sie sich dem Sprachduktus des Klienten anpasst, möglicherweise mit dem Ziel „*ich verstehe dich*“ zu Lasten der Möglichkeit der Darstellung von Kompetenz zu signalisieren.

Es ist ihr an dieser Stelle wichtiger, Herrn Veit zu signalisieren, dass sie ihn versteht, als dass sie ihre Fachkompetenz darstellt. Dadurch, dass sie es auf einer sprachlichen Ebene tut, von der sie ausgeht, dass er sie nachvollziehen kann, eröffnet sie auch die Möglichkeit für Herrn Veit, dass was sie verstanden hat, auf der Inhaltsebene zu ratifizieren oder zu relativieren.

Als nächstes versucht sie die Frage nach der Art der Unterstützung zu konkretisieren und bringt den Begriff „Therapie“ ins Spiel bzw. fragt, ob Herr Veit sich über diese Art der Unterstützung schon informiert hat. Damit greift sie möglicherweise die, von ihm benutzte Formulierung der „Langzeittherapie“ auf.

Herr Veit verneint dies und relativiert sein ursprünglich formuliertes Anliegen, indem er darauf verweist, dass das Ereignis, das die Reflexion über seinen Suchtmittelkonsum ausgelöst hat, ja erst am zurückliegen-

den Wochenende⁶¹ stattgefunden habe. Er relativiert sein Anliegen dahingehend, dass er sich beraten lassen will, welche Möglichkeiten der Hilfe *überhaupt* bestehen. Seinen grundsätzlichen Wunsch nach Unterstützung wiederholt er und verstärkt ihn noch, indem er das Wort „will“ benutzt. Dies verändert den Auftrag an Frau Burgdorf grundlegend von einer (möglicherweise administrativen) Vermittlung hin zu einer allgemeinen ergebnisoffenen Beratung über Angebote der (professionellen Sucht-) Hilfe. Herr Veit modifiziert somit sein Anliegen. Darauf reagiert Frau Burgdorf mit einem Hörersignal. Herr Veit fährt damit fort, dass er wüsste, dass es Gruppen „in der Klinik“ gäbe, „wo man drüber reden“ könne. Die Aussage zeigt sich wie am Anfang des Gesprächs relativ unspezifisch und vermittelt den Eindruck, dass er nicht wirklich weiß worüber er spricht. Welche Klinik meint er? Ist es die Klinik, die der Suchtambulanz angeschlossen ist oder eine andere? Meint er ein offenes Gesprächsangebot oder eine spezifische Maßnahme? Bringt er das Beispiel ein, um zu zeigen, dass er sich informiert hat? In jedem Fall wirft dieser Gesprächsbeitrag von Herrn Veit viele Fragen auf und klärt nicht wirklich, was er möchte.

Frau Burgdorf nimmt diese Fragen jedoch nicht wahr. Stattdessen fasst sie die Beschreibung eher als einen weiteren Hinweis auf ein, in der angesprochenen Klinik stattfindendes Angebot einer stationären Entwöhnungstherapie (ein weiteres Wort, diesmal aus dem medizinischen Kontext für eine Rehabilitationsmaßnahme Sucht) auf und tätigt eine fachliche Einschätzung, indem sie eine solche Maßnahme in Bezug auf den Klienten grundsätzlich als sinnvoll beschreibt. Dabei wird das eindeutige „auf jeden Fall“ durch das „auch“ wieder relativiert. Trotzdem wird hier eine eindeutige Richtung ihrerseits benannt. Damit scheint sie weniger an der genauen Klärung des subjektiven Interesses von Herrn Veit interessiert zu sein. Sie scheint ihre Diagnose schon gefällt zu haben, denn sie setzt an zu erklären, was Therapie bedeutet, unterbricht sich dann aber, um zu sagen, dass Sie auch eine „Klinik“ im Sinne einer stationären Behandlung empfehlen würde. Damit geht sie nicht explizit auf das modifizierte Anliegen des Klienten bezüglich der grundsätzlichen Beratung über Möglichkeiten ein. Dies scheint aber nicht ihre übliche Vorgehensweise zu sein, denn sie relativiert: „ich sag das einfach

⁶¹Am Samstag (möglicherweise in der Nacht von Freitag auf Samstag) war das Ereignis, sonntags haben möglicherweise die Gespräche mit der Familie stattgefunden, montags war er in der Sprechstunde der Psychiatrie und dienstags morgens fand das hier protokollierte Gespräch statt.

mal so deutlich“. Dies lässt den Schluss zu, dass es sich bei der Empfehlung eine Klinik aufzusuchen, um eine explizit auf diesen Klienten gerichtete fachliche Einschätzung ihrerseits handelt. Sie begründet dies dann mit einem Bezug auf die Erzählung des Klienten über seinen Klinikaufenthalt wegen des „aggressiven Verhaltens“. Auffällig ist auch hier, dass sie den Sprachduktus des Klienten benutzt und eine Möglichkeit zur Inszenierung fachlicher Kompetenz durch die Benutzung von Fachwörtern verstreichen lässt. Unklar bleibt hier jedoch, ob es Gewohnheit oder bewusstes Handeln ist, denn sie bleibt in ihrer Beschreibung unklar („und, und, und“). Wichtiger scheint ihr zu sein, deutlich zu machen, dass es Kliniken gibt bzw. ihr Kliniken bekannt sind, die einen problematischen Konsum von psychoaktiven Substanzen in Verbindung mit einer komorbiden Störung bei jungen Patienten behandeln. Die Reaktion des Klienten wirkt, als füge er sich in sein Schicksal, denn er geht (zunächst?) nicht in die Opposition oder Diskussion, obwohl er kurz zuvor einen anderen Wunsch geäußert hatte. Stattdessen reagiert er mit einem leisen Hörsignal. Er ist mit seinem Anliegen nicht gehört worden, obwohl Frau Burgdorf zuvor „ich verstehe dich“ signalisiert hatte.

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Beziehungsstruktur sich in das, zwischen der Fachkraft und Herr Veit hier etablierte asymmetrische Verhaltensmuster in Bezug auf die Möglichkeiten des Feldes (inkl. der eigenen Beratungsstelle), diesmal in der Variation als Expertin-Klient, verfestigt. Dies enttäuscht die geäußerten Erwartungen von Herrn Veit, denn Frau Burgdorf hatte mit Hilfe einer sprachlichen Angleichung „Verstehen“ signalisiert.

Frau Burgdorf: Ähm, (.) Klinik heißt, wie alt sind Sie? Muss mal einmal zwischendurch fragen. #00:09:11–6#

Herr Veit: Zwanzig. #00:09:11–8#

Frau Burgdorf: Zwanzig. Okay. Äähm, dass Sie sechzehn Wochen inner Therapie sind, vielleicht auch n bisschen länger. Also bei Leuten, die noch so jung sind wie Sie (.) bewilligen die Kassen manchmal auch ne bisschen längere Zeit (.) (Atmet ein) Muss man gucken, dass Sie einfach n bisschen mehr Zeit haben, sich zu sortieren. #00:09:30–1#

Herr Veit: Also ich (.) Ich weiß, dass ich diese Klinik so nich. Also ich ich ähm, ich brauch so ne Klinik nich, also, dass ich wieder über längere Wochen da bin (.). Weil es, es macht für mich, es macht mich da an sich so'n bisschen selbst fertig. Ich brauch schon meine Freiheit. ^L //mhm (zustimmend)^J // Aber ich, ich, ich will das auch ganz.. Also ich, ich möchte auch Hilfe haben. //mhm///mhm// Und wenn's dann so Gruppen, ich weiß nicht ich glaub, so wie das da bei, da gibt's ja so Gruppen, wo man hingehen kann //mhm// ^L Und wo dann einem geholfen wird, wo man erst mal drüber, über seine

Probleme reden kann. //mhm// Und das ist das, was ich eigentlich (.) so brauche.

//mhm// (zustimmend) Oder gerne hätte. #00:10:07-0#

Frau Burgdorf: //mhm// (höher). (.) (Atmet tief ein) Sie waren schon mal länger auch inner Klinik, oder...? #00:10:12-0#

Herr Veit: Vier Wochen. Ich war vier Wochen drin. (.) Ich hatte. ^L #00:10:15-9#

Frau Burgdorf: Ja^L. Genau, das ham Sie gerade gesagt. Das ist aber ähm (.) das ist noch mal ne andere Nummer, als ne Therapie. (.) Ähm, bei 'ner Therapie ham Sie einfach erheblich mehr Freiheiten. #00:10:26-8#

Herr Veit: //mhm// Ja. #00:10:27-2#

Frau Burgdorf: Ich sach Ihnen einfach mal beide Möglichkeiten, die es gibt und Sie überlegen sich das in aller Ruhe und wir machen n neuen Termin aus und besprechen das dann noch mal weiter. Sie müssen's ja heute nich unbedingt entscheiden, sondern wichtig is einfach, dass der erste Schritt getan is, dass Sie hier sind, dass Sie wissen ^L, es geht überhaupt vorwärts. #00:10:43-1#

Frau Burgdorf stellt eine formale Frage nach dem Alter und entschuldigt sich quasi, dass sie diese Formalität an dieser Stelle einbringt. Offensichtlich hat sie eine Art Schema im Kopf, dass sie innerlich abarbeitet und mit dem sie nicht weitermachen kann, ohne diese Information zu haben. Herr Veit antwortet mit dem Zahlwort „Zwanzig“. Knapper hätte man nicht antworten können, ohne die Antwort zu verweigern. Ist er vielleicht irritiert? Frau Burgdorf wiederholt das Alter und beschreibt einen formalen Rahmen für eine stationäre Rehabilitation Sucht („16 Wochen inner Therapie“). Sie stellt in Aussicht, dass sich der Aufenthalt aufgrund des geringen Alters des Klienten auch verlängern könnte. Möglicherweise gibt es formale Vorgaben, aber auch Ausnahmeregelungen, die dies bei Bedarf ermöglichen. **Sie scheint anzunehmen, dass Herr Veit „es nötig hat“ sich „länger zu sortieren“, was heißt, dass er mehr Zeit braucht als andere, möglicherweise lebensältere Klienten mit problematischem Suchtmittelkonsum. Konkret bedeutet das, dass sie möglicherweise schon eine Idee hat, was dem Klienten helfen könnte. Dies verfestigt das asymmetrische Beziehungsverhältnis. Darüber hinaus scheint die Unterscheidung, wie viel und welche Therapie jemand braucht, von formalen Bedingungen, wie dem Alter, und nicht vom tatsächlichen Bedarf abhängig zu sein.** Frau Burgdorf scheint laut zu überlegen, wie strategisch argumentiert werden muss, um gegenüber einem Kostenträger genug Zeit für eine Therapie herauszuschlagen. Für sie ist die Entscheidung, was nun zu tun ist, im Modus eines Expertenurteils gefallen, ohne diese für Herrn Veit ergebnisoffen zurückzukoppeln.

Damit hat Herr Veit nicht gerechnet. Er wirkt überrascht und versucht zu explizieren, dass er Hilfe möchte. Dabei braucht er zwei Anläufe, um

zu sagen, dass er einen derartigen Klinikaufenthalt nicht wünscht. Stattdessen hat er eine eigene Idee, was ihm helfen könnte („Gruppen, wo man hingehen kann“). Er argumentiert, dass es ihn „fertig“ mache so lange in der Klinik zu sein und dass er „seine Freiheit“ brauche. Er argumentiert emotional. Es scheint ihm wichtig, dass Frau Burgdorf seine Argumentation versteht, denn er beschreibt in seinen Worten, was er für eine Hilfe möchte. Dies ist ein Hinweis darauf, dass er möglicherweise auf der Basis seiner Erfahrung einen Autonomieverlust in einer Klinik antizipiert und dies für ihn einen Hinderungsgrund für die Annahme von Hilfe in Form von Rehabilitation darstellt. Entstand am Anfang des Gesprächs der Eindruck, dass er das geäußerte Anliegen der „Langzeittherapie“ eher unreflektiert von anderen Ebenen übernommen hat, so zeigt sich an dieser Stelle klar das Anliegen des Klienten aus seiner eigenen subjektiven Perspektive: Hilfe annehmen, aber zu seinen **eigensinnigen** Bedingungen. **Dennoch kann die offene Ablehnung der Überlegungen der Fachkraft durch den Klienten für den Aufbau einer „Arbeitsbeziehung“ paradoxerweise als ein Zeichen von Vertrauen gedeutet werden, das möglicherweise durch vorhergehende Interaktionen mit Frau Burgdorf evoziert wurde.** Als Grund hierfür kann Herr Veits offene Argumentation dahingehend, warum das „vorgefertigte Angebot“ der stationären Reha aus seiner Sicht nicht für ihn in Frage kommt, genannt werden. Diese bedeutet gegenüber einem subordinativen Folgen einer Empfehlung von sozialen Autoritäten („Langzeittherapie“) ein Risiko, das er hier eingeht. Insofern könnte sein Verhalten einen Versuch darstellen, die Beziehungsstruktur „Erwachsener-Kind“ oder „Experte-Klient / Patient“ in Frage zu stellen. Dabei lässt er durchblicken, dass er Angst vor einem Autonomieverlust hat, was einerseits auf eine weitere vertrauensvolle Öffnung hindeutet und eine wichtige Information für die weitere Beratung und für adäquate Hilfeangebote darstellt. Andererseits deutet der Schlusssatz „oder gerne hätte“ eine subordinative Unterordnung unter die expertokratische Einordnung des privaten Umfeldes (Langzeittherapie), der Suchtambulanz („soll mich vermitteln lassen“) und letztlich auch von Frau Burgdorf („empfehle stationäre Therapie“) an. Insofern deutet dieser Sprechakt auf eine Entscheidungssituation hin, wie Herr Veit sie schon zweimal gezeigt hat. Wird Frau Burgdorf seiner Argumentation folgen oder nicht?

Frau Burgdorf: //mhm// (höher). (.) (Atmet tief ein) Sie waren schon mal länger auch innere Klinik, oder...? #00:10:12-0#

Herr Veit: Vier Wochen. Ich war vier Wochen drin. (.) Ich hatte. L #00:10:15-9#

Frau Burgdorf: Ja[↓]. Genau, das Häm Sie gerade gesagt. Das ist aber ähm (.) das ist noch mal ne andere Nummer, als ne Therapie. (.) Ähm, bei 'ner Therapie ham Sie einfach erheblich mehr Freiheiten. #00:10:26-8#

Herr Veit: //mhm// Ja. #00:10:27-2#

Frau Burgdorf: Ich sach Ihnen einfach mal beide Möglichkeiten, die es gibt und Sie überlegen sich das in aller Ruhe und wir machen n neuen Termin aus und besprechen das dann noch mal weiter. Sie müssen's ja heute nich unbedingt entscheiden, sondern wichtig is einfach, dass der erste Schritt getan is, dass Sie hier sind, dass Sie wissen ^L, es geht überhaupt vorwärts. #00:10:43-1#

Herr Veit: Ja.[↓] #00:10:43-1#

Frau Burgdorf: Ähm, (.) es gibt die Möglichkeit hier bei uns im Haus ne ambulante Therapie zu machen. #00:10:50-7#

Herr Veit: //mhm// Ja. #00:10:51-4#

Frau Burgdorf: Das heißt, Sie würden n halbes Jahr, die meisten verlängern dann noch mal auf n Jahr, aber so, so diesen Zeitraum. Einmal in der Woche zum Gruppengespräch hier hinkommen und ungefähr alle zwei Wochen zum Einzelgespräch. #00:11:04-3#

Herr Veit: //mhm// Ja. #00:11:05-4#

Frau Burgdorf: Und in den Gruppen, ähm, geht's am Anfang erstmal darum, so'n, so'n Fachwissen noch mal zum Thema Abhängigkeit zu kriegen, also was passiert im Gehirn, warum is ne Rückfallgefahr da, was kann ich dann tun. Solche Geschichten. Und danach geht's dann tatsächlich um die Frage, wie ähm, wie kann ich mein Leben so gestalten, dass ich zufrieden bin, dass ich 'n ausgeglichenes Leben habe. #00:11:31-8#

Herr Veit: Ja. #00:11:32-5#

Frau Burgdorf: Oder mein Leben in den Griff kriege, so ham Sie's grad formuliert, ne? Das wär so Inhalt der Gespräche.(.) (Atmet tief ein) Ähm, die andere Möglichkeit ist eben ne so genannte stationäre Therapie zu machen, das is aber was anderes als der Krankenhausaufenthalt, den Sie hier in der Klinik hatten. #00:11:48-8#

Herr Veit: //mhm// Ja. #00:11:49-8#

Frau Burgdorf: Ähm, es gibt zum Beispiel in XY ne Klinik, die hat sich auch spezialisiert auf Leute zwischen 18 und 25. Also da wären Sie mit Gleichaltrigen zusammen(.) (holt tief Luft) Da geht's um genau das gleiche Thema, wie krieg' ich mein Leben wieder in den Griff ^L,... #00:12:05-2#

Herr Veit: //mhm//[↓] (interessiert) #00:12:05-9#

Frau Burgdorf: ...aber Sie würden einfach erheblich mehr Unterstützung kriegen, weil Sie einfach den ganzen Tag da wären. Sie hätten auch da Gruppengespräche, können sich mit Leuten unterhalten. //mhm// Die sind auch spezialisiert auf Ihren, auf Ihren Konsum, also Alkohol, Cannabis, Amphetamine, so dieser ganze Bereich, das ähm, joa da sind die einfach so die Fachklinik für. (Atmet tief ein) Sie würden da aber auch Hilfe kriegen ähm zum Thema ähm Bewerbung, Jobsuche ähm so all diese Geschichten, auch noch mal genauer mit denen gucken können. Sie haben ja recht jung, sag ich mal so ^L, angefangen regelmäßig zu konsumieren. #00:12:43-7#

Herr Veit: Ja. (zustimmend)[↓] #00:12:43-7#

Frau Burgdorf spricht das Thema des „längeren Klinikaufenthalts“ an. Gemeint ist der Psychiatrieaufenthalt des Klienten, über den er schon vorher berichtet hatte (# 00:05:57). Herr Veit reagiert auf die geschlossene Frage mit einer Aussage über die Dauer und setzt an weitere Inhalte zu berichten, wird von der Fachkraft aber unterbrochen. Die Zeit

für weitere subjektlogische Explikationen ist vorüber, nun geht es um andere Dinge. Tatsächlich wird in der danach folgenden Explikation deutlich, dass sie die einführende Frage als „Aufhänger“ benutzt hat, um dem Klienten das System und einzelne Maßnahmen der Suchttherapie zu erklären. Welche prinzipiellen Möglichkeiten gibt es und wie sieht die „Arbeit“ in den Maßnahmen aus? Dabei versucht sie immer wieder inhaltlich an die Explikationen des Klienten anzuknüpfen. Die Ausführungen wirken trotz der Anknüpfungen routiniert. Sie wechselt für den Klienten unvermittelt in die Rolle einer Brokerin⁶² von Maßnahmen, wie sie neben der Funktion der Gatekeeperin z. B. im Konzept des Casemanagements beschrieben ist (vgl. Bojack et al. 2010). Dabei verweist sie als erstes auf ein Angebot im eigenen Haus. Herr Veit reagiert neutral, fast zurückhaltend mit Hörersignalen. Lediglich als sie eine besondere Einrichtung für junge Erwachsene erwähnt, scheint er interessiert.

Daraufhin erklärt Frau Burgdorf fast werbend, aus welchen Gründen sie eine solche Maßnahme für ihn für geeignet hält. Dieses Verhalten steht im Widerspruch zu der Aussage kurz zuvor, dass er eine Entscheidung in Bezug auf eine bestimmte Maßnahmeform heute nicht zu treffen braucht. Trotzdem wirkt es so, als habe Frau Burgdorf sich innerlich bezüglich der Art und Weise der Maßnahme schon festgelegt. Herr Veit reagiert darauf zurückhaltend und scheinbar verbal zustimmend. Diese Zurückhaltung steht im Widerspruch zu dem expressiven Verhalten, das er im Modus der Narration gezeigt hat. Dies könnte als Unsicherheit oder konfliktvermeidendes Verhalten im Sinne einer äußerlichen Zustimmung, aber innerlichen Ablehnung gedeutet werden und weist damit auf eine Verunsicherung auf der Beziehungsebene hin.

Frau Burgdorf wechselt aus Sicht des Klienten abrupt die Rolle von der Beraterin zur Gatekeeperin bzw. Brokerin. Möglicherweise folgt sie einer inneren Orientierung. Sie verweist dabei als erstes auf ein Angebot im eigenen Haus. Herr Veit reagiert eher zurückhaltend. Die Möglichkeit, das Angebot von Herrn Veit, zu seinen Bedingungen Verantwortung zu übernehmen, aufzugreifen, ist vertan. Frau Burgdorf orientiert

⁶² "Eine der Hauptfunktionen besteht in der sogenannten Broker-Funktion, wobei der Casemanager in Absprache mit dem Kunden Aufgaben des Organisierens, Beschaffens und Aushandeln von Dienstleistungen übernimmt. Er macht auf der Grundlage seiner Kenntnisse verschiedene Vorschläge bezüglich möglicher Hilfen und Dienstleistungen zur Behebung der gegebenen Problemlage und beachtet den Verlauf der Unterstützungsleistung." (Bojack et al. 2010, S. 88)

sich im Modus von Routine an den Möglichkeiten des Feldes und geht nicht darauf ein, mit Herrn Veit nach anderen Hilfemöglichkeiten zu suchen.

Aber warum geht Frau Burgdorf nicht auf das modifizierte Anliegen von Herrn Veit ein? Vermutet Sie aus einer Expertensicht, dass diese Art von Hilfe für die Problematik nicht geeignet ist? Konnte sie das Anliegen des Klienten im Sinne eines mangelnden empathischen Zugangs nicht verstehen oder hat sie es für sich als "nicht machbar, nicht relevant" innerlich verworfen? Es scheint, als hätte Frau Burgdorf sich in diesem Sinne positioniert, ohne dies allerdings zu kommunizieren. Sie tut jedoch zunächst so, als würde sie das Anliegen nachvollziehen können (zustimmende Hörersignale), das Herr Veit beschreibt. Innerlich scheint sie aber schon eine Entscheidung getroffen zu haben, wie sich in diesem Gesprächsausschnitt gezeigt hat. **Insofern sind ihre Hörersignale im Gesprächsausschnitt davor eher habituell und nicht authentisch. Für die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ bedeutet dies die implizite Botschaft für Herrn Veit: Im Zweifelsfall orientiert sich Frau Burgdorf an den Erwartungen des Feldes zu Lasten der geäußerten Wünsche des Klienten, obwohl sie es auf der Inhaltsebene am Anfang des Gesprächs anders angekündigt hatte.**

Zur vertiefenden Analyse dieser beiden Szenen, die insbesondere die Frage aufwirft, warum Frau Burgdorf sich entgegen ihrer Ankündigung aus der Anfangssequenz („sie gehen hier keinerlei Verpflichtung ein“) auf diese Art und Weise verhält, sollen weitere Kontextinformationen aus dem Nachinterview mit Frau Burgdorf zu diesem Gespräch hinzugezogen werden.

Auf die Frage, woran sie erkannt habe, ob eine „Arbeitsbeziehung“ im Sinne einer vertrauensvollen Beziehung entstanden sei, antwortet Frau Burgdorf:

Ähm, dass er offen kommuniziert. (.) Dass er Blickkontakt hält. Ähm, aber wirklich auch daran, dass sein Auftrag da im Moment zumindest so klar ist. Ähm, (.) auch daran, dass wir ähm, (.) dass, also dass ich durchaus sagen konnte, ähm, ich sehe Sie eigentlich eher in einer stationären Therapie und er gesagt hat, joa das kann ich verstehen, warum er das machen soll, aber ich will ambulant. Ähm, also der konnte da für sich sorgen, konnte das aussprechen. Ich denke da is einfach auch, das war für ihn auch ok. Das spricht für mich für 'ne Arbeitsbeziehung, die funktioniert. #00:04:07-4#

Bei der Begründung ihrer subjektiven Einschätzung, dass im aufgezeichneten Gespräch eine, aus ihrer Perspektive funktionierende Arbeitsbeziehung⁶³ entstanden sei, stützt sich Frau Burgdorf auf ihre Einschätzung, dass sein Auftrag „so klar“ gewesen sei. Zwar wird dies durch die Formulierung „im Moment“ eingeschränkt, dennoch vermittelt sie den Eindruck, dass Herr Veit sich eindeutig in Bezug auf die Wahrnehmung der Vermittlung in eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme geäußert habe und definiert dies für sich als „klaren“ Auftrag. Diese Einschätzung wiederholt sie im Nachinterview an zwei weiteren Stellen.

„dass ich wirklich gedacht habe, ähm, der hat's mir einfach gemacht. Aber, also deshalb, weil er zum einen wirklich klar war mit seinem Anliegen. [...]“ (Nachinterview Frau Burgdorf zum Gespräch Herr Veit #00:05:38–3#)

und

„also es gibt 'ne klare Absprache, wie's weiter geht. Ähm, er will ambulante Therapie machen. [...]“ (Nachinterview Frau Burgdorf zum Gespräch Herr Veit #00:11:15–8#)

Es scheint für Frau Burgdorf keinen Zweifel an ihrer diesbezüglichen Wahrnehmung zu geben.

Die obige Analyse der Gesprächssequenz hingegen zeigt ein anderes Bild, da ein „klarer Auftrag“ in Richtung Vermittlung in Rehabilitation genau nicht der Fall ist. Herr Veit hat die Vermittlung in eine solche Maßnahme abgelehnt und sich stattdessen eine Beratung über alternative Hilfemöglichkeiten jenseits von der sog. „Therapie“ gewünscht. Erklärungsbedürftig ist daher, wie es zu dieser Fehleinschätzung bzw. Fehlwahrnehmung kommen konnte. Die einfachste Erklärung wäre, dass Frau Burgdorf sich verhöhrt hat. Dem ist entgegenzuhalten, dass Herr Veit in der zweiten Textstelle des Gesprächs ausführlich darstellt, dass und warum er so eine Lösung nicht möchte. Eine weitere Erklärung wäre, dass Frau Burgdorf sich im Rahmen einer expertokratischen Einschätzung explizit gegen die Wünsche von Herrn Veit positioniert. Dies erklärt aber noch nicht ihre scheinbare Überzeugung, Herr Veit

⁶³ Die Lesart einer „Arbeitsbeziehung, die funktioniert“ beschreibt in der bisher entwickelten Perspektive das Entstehen einer subjektiven Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen im Sinne von Arnold (2009).

selbst habe sich für die Vermittlung in eine solche Maßnahme entschieden bzw. dies beauftragt. Es wird deutlich, dass dies aus ihrer Sicht sogar „so klar“ gewesen sein muss, dass sie darüber die Existenz einer Beziehung in Richtung Vertrauen konstruiert hat. Eine andere Lesart wäre, dass Frau Burgdorf diese Einschätzung implizit oder habituell (also nicht wissentlich) selbst konstruiert hat, weil es aus ihrer Perspektive keine andere Möglichkeit zur Unterstützung von Herrn Veit geben *kann* und er dies selbst schon eingesehen habe. Gestützt wird diese Deutung durch die Eingangssequenz des Nachinterviews mit ihr:

„Frau Burgdorf: Ok. (.) Ähm, genau, es is 'n Mann, [...]t Konsument von Alkohol, Cannabis, Amphetaminen, MDMA. //mhm//, geschickt von der äh Suchtambulanz der XY-Klinik ähm und mit dem Auftrag an mich, ihn in eine Langzeittherapie zu vermitteln. #00:01:00–5#

Interviewer: Ok. Das war seine Idee oder die Idee der Klinik? #00:01:05–0#

Frau Burgdorf: Nee, seine Idee. //mhm// Er hat sich an die Klinik um Hilfe gewandt und ähm, aber schon mit der Idee, 'ne Therapie zu machen. #00:01:12–1#

Interviewer: Das heißt, er ist da hingegangen und die haben ihn hierhin, die haben ihn zu euch geschickt? #00:01:16–9#

Frau Burgdorf: Genau, weil wir die Vermittlung machen. Die Klinik macht nur dann Vermittlung, wenn die Leute stationär aufgenommen sind.“ #00:01:21–7#“ (Nachinterview Frau Burgdorf zum Gespräch mit Herrn Veit“).

In dieser Lesart müsste Adherence nicht mehr hergestellt werden („*er hats mir leicht gemacht*“) und die Beratungsstelle hätte nur den administrativen Auftrag der Vermittlung. Insofern wäre die ambulante Variante schon ein Zugeständnis im Sinne eines Brückenbaus an Herrn Veit, da Frau Burgdorf aufgrund eines „hohen Aggressionspotentials“ eine stationäre Reha empfohlen hatte, er aber argumentierte, dass er „seine Freiheit“ brauche. Hier würde es dann nur noch um das „wie“, aber nicht mehr um das „ob“, geschweige denn um den Ausschluss einer solchen Maßnahme gehen. Gestützt wird diese Lesart durch die Fortsetzung der o. g. dritten Erwähnung dieser Konstruktion:

„[...] Ich hab mit ihm jetzt gesagt, das machen wir immer so, das hab ich gar nicht mit ihm diskutiert. Ähm, dass er für den, bevor wir mit der Beauftragung anfangen, erstmal 'ne Zeit lang die Abstinenz hinkriegen muss.

Wenn das gut klappt (.) ähm machen wir den Antrag. Wenn das nicht klappt, müssen wir noch mal gucken, wie er das entweder schaffen kann und wir schieben den Antrag raus oder wir gucken doch Richtung stationär.“ (Nachinterview Frau Burgdorf zum Gespräch Herr Veit #00:11:15-8#)

Diese Lesart ließe sich noch durch weitere Argumente stützen. Zum einen legt die örtliche Organisation der suchtbezogenen Hilfen dies nahe. Dies zeigt sich insbesondere in der Tatsache, dass Herr Veit von der Suchtambulanz mit einem scheinbar einfachen administrativen Vermittlungsauftrag (s. o.) „geschickt“ wurde. Zum anderen lässt die Definition von Sucht als Krankheit, insbesondere in Kombination mit einer weiteren psychischen Auffälligkeit (hohes Aggressionspotential), die Deutung zu, dass in dieser Perspektive eine Behandlung einen professionellen Rahmen erfordert, von dem Frau Burgdorf möglicherweise denkt, dass dieser in der Beratungsstelle oder in einem anderen Setting (z. B. Selbsthilfe) nicht gewährleistet werden kann oder sie sich dem nicht gewachsen fühlt. Dazu sagt sie an anderer Stelle:

„Ähm, (.) ich sach jetzt mal 'n bisschen lax, der is nich ohne, dieser Knabe. Der wirkte hier, wie gesagt, sehr dünn und blass. Hat aber im Juni 4 Wochen inner XY-Klinik verbracht, weil er, so wie er's sagte, Schwierigkeiten mit seinem Aggressionspotenzial hatte und Mordgedanken hatte. [...] Aber das ist schon immer sowas, wo ich denke: okay ich kenn' jetzt aber erstmal auch nur einen Teil von ihm. [...]“ (Nachinterview Frau Burgdorf zum Gespräch Herr Veit #00:10:34-7#)

Eine Deutung des Suchtmittelkonsums und der Auseinandersetzung damit, insbesondere unter dem, aus ihrer Sicht erschwerend hinzukommenden Aspekt der Gewalttätigkeit („der ist nicht ohne dieser Knabe“), als emanzipatorisches Projekt in ihrer Zuständigkeit ist für Frau Burgdorf nicht denkbar oder kommt ihr nicht in den Sinn. Die grundsätzliche strukturelle und nicht nur die örtliche Organisation von Hilfen im Kontext Sucht legt dies auch nicht nahe (s. Kap. 3.2.3).

Darüber hinaus deutet Frau Burgdorf den, sich in diesem Kontext anbahnenden offen ausgesprochenen Konflikt paradoxerweise scheinbar als Zeichen einer entstandenen Beziehung in Richtung Vertrauen („er konnte da für sich sorgen, er konnte das offen aussprechen“). Diese Deutung als Teil einer „funktionierenden Arbeitsbeziehung“ wird unterstrichen durch ihre erste Aussage über die Beziehung, nämlich, „dass er offen kommuniziert“ habe. „Offen“ lässt sich daher so deuten, dass

die Aussage von Herrn Veit von Frau Burgdorf als authentisch und nicht strategisch im Sinne einer Zielabsicht interpretiert wurde. Diese Deutung trifft sie auf der Basis ihrer bisherigen berufsbezogenen Beziehungserfahrungen mit Klient_innen, denn sie berichtet an anderer Stelle im Nachinterview:

„Ich hab schon öfter so 20-jährige Hüpfen gehabt. Die sich seit Jahren die Birne zugekiffert haben und dann irgendwann auf den Dreh kommen, das ist doch scheiße und ich schmeiß mein Leben weg. Und die kommen hierhin und brauchen im Grunde erstmal ne Mama. Und so'n mindestens innerliches "komm ich nehm' dich jetzt mal in den Arm und das ist auch alles schwierig und wir finden aber schon einen Weg". #00:07:18-7#

Auf der Beziehungsebene kann sie das Hilfesuchverhalten zwar als Emanzipationsprojekt von Herrn Veit deuten, sieht sich aber auf der Handlungsebene nicht als langfristig dafür zuständig („erstmal“). Zuständig sieht sie sich nur für die „Herstellung“ von Adherence bis, so könnte in dieser Lesart ergänzt werden, die Krankheitseinsicht gegeben ist. Die Beziehungsebene wird hierbei als Medium genutzt, um in letzter Konsequenz den Selbstschädigungsprozess zu unterbrechen. Aus dieser Perspektive ermöglicht ein offener Konflikt mit einer, als authentisch beurteilten Kommunikation den Austausch rationaler, in diesem Sinne „vernünftiger“ Argumente zu der Frage, wie die Unterbrechung des Selbstschädigungsprozesses als oberstes Ziel auf der Basis gegebener Möglichkeiten des Feldes realisiert werden kann.

Aus der Sicht von Herrn Veit allerdings bleibt der implizite Wunsch nach ausschließlicher Begleitung ohne ein langfristiges Ziel dabei ungehört und damit unerhört im Sinne von „diese Lösung kann es nicht geben“. Insofern stellt der geäußerte Wunsch von Herrn Veit eine „Setting-Verletzung“ oder den Wunsch danach dar, denn im Rahmen der suchtbezogenen Hilfen besteht als sog. „professionelles Leitthema“ eine fast vollständige Übereinstimmung mit der Sichtweise „Sucht als Krankheit“ (vgl. Kap. 3.1). Dies wiederum bedeutet eine stringente Ausrichtung auf suchttherapeutische Hilfen im Sinne einer Heilung (s. Kap. 3.1.1).

Für die Entstehung einer „Arbeitsbeziehung“ bedeutet das „nicht (er-)hören“ der Wünsche von Herrn Veit in der hier entfalteten Perspektive dann nicht eine tendenzielle Entwicklung hin zu Vertrauen, wie dies von Frau Burgdorf gedeutet wurde, sondern eher eine Entwicklung hin zu Misstrauen. Daher kann die offene, emotionsbesetzte Ansprache des

Konfliktes auch aus Sicht von Herrn Veit als Situation gedeutet werden, die Ähnlichkeit mit einem sog. „Jetzt-Moment“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 35) hat und in Bezug mit kairosartigen Konstellationen steht, in denen sich Entscheidendes im Beratungsprozess ereignet. Die Fehlinterpretation von Frau Burgdorf, die die Ansprache des Konfliktes auf der Basis ihrer Erfahrungen und der vermuteten Orientierung an der Ausrichtung Sucht als Krankheit verhindert, führt dazu, dass sie diesen Moment hier nicht stimmig aufgreift. Darüber hinaus deutet sie ihn sogar konträr als Zeichen von Vertrauen und als eine Ratifizierung ihrer Vorgehensweise, weil es ausgehend von ihrer Konstruktion der Situation keine andere Umgangsweise mit der Situation, als die von ihr vorgeschlagene, geben kann. Sie orientiert sich hier somit habituell-routiniert eher an den Möglichkeiten des Feldes, als an den Wünschen des Klienten, obwohl sich in dem Moment, in dem er eigensinnige Lösungen entwarf, die Möglichkeit einer Veränderung der subjektiven Bewertung der Beziehung aus Sicht von Herrn Veit anbot. Insofern handelt es sich in der Perspektive der Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ um ein Scheitern der kairosartigen Konstellation oder wie Stern dies in Bezug auf Jetzt-Momente formuliert um eine „verpasste Gelegenheit“ (Stern 2014, S. 183 f.).

“Das sind jetzt erstmal die Rahmenbedingungen”

Nachfolgend soll die Schlussequenz des Protokolls analysiert werden.

Frau Burgdorf: Das sind jetzt erstmal die Rahmenbedingungen. (Atmet tief ein) Für die ambulante Therapie ist Voraussetzung, dass Sie weiter abstinent bleiben. #00:20:20–8#
Herr Veit: //mhm// das.. #00:20:21–8#
Frau Burgdorf: Das haben Sie vor. Das ist mir klar, ich sag aber einfach auch noch mal, dass das die Voraussetzung ist, weil manchmal Leute auch denken, ähm, Sie können quasi konsumieren bis die ambulante Therapie losgeht. ^L
Herr Veit: //mhm//Ja. ^J #00:20:37–2#
Frau Burgdorf: Das funktioniert aber nicht, sondern man muss selbstständig es hinkriegen, nix zu nehmen und die Therapie ist quasi die Absicherung, dass das funktioniert. Von daher, bevor wir ne ambulante Therapie beantragen, gucken wir auch immer, dass 'n bisschen Zeit ins Land geht, dass jemand erstmal selber für sich ausprobiert, ich krieg' das jetzt hin mit der Abstinenz. #00:20:54–5#
Herr Veit: //mhm// Ja. #00:20:56–0#
Frau Burgdorf: Dabei kann ich Sie gerne unterstützen, das heißt, wir machen hier einfach 'n neuen Termin aus, gucken wie's Ihnen geht. #00:21:01–3#

Frau Burgdorf beendet eine zuvor begonnene Sequenz, bei der sie offensichtlich etwas erläutert hat, was sie als Rahmenbedingungen be-

zeichnet. Das tiefe Einatmen beendet diese Sequenz und könnte gleichzeitig darauf hindeuten, dass nun etwas folgt, von dem Frau Burgdorf möglicherweise antizipiert, dass es für den Klienten unangenehm sein könnte. Auf jeden Fall markiert das Einatmen eine Trennung zwischen dem ersten Teil, der beendet wird (sachliche Aufklärung) und dem zweiten Teil, bei dem es dann um etwas anderes geht. Diese Sequenz beginnt damit, dass Frau Burgdorf konstatiert, dass für eine ambulante suchtrehabilitative Maßnahme die Abstinenz eine Voraussetzung darstellt. Dies hört sich erstmal nach einer sachlichen Information an, scheint aber etwas anderes zu sein. Herr Veit reagiert mit einem Hörersignal und setzt an, etwas zu sagen, wird aber von der Fachkraft unterbrochen, die klar stellt, dass ihr bewusst sei, dass er „das“ (gemeint ist die Abstinenz) vorhabe.

Hier deutet sich ein Konflikt an. Zum einen lässt Frau Burgdorf den Klienten nicht ausreden, zum anderen deutet sie an, dass sie seiner Selbsteinschätzung, dass er abstinent bleiben will, nicht traut oder dass sie ihm dieses Abstinenzvorhaben nicht zutraut. Dies sagt sie aber nicht direkt, sondern maskiert es in der allgemeinen Aussage „weil manche Leute denken“. Herr Veit weist diese Unterstellung nicht zurück, sondern reagiert mit einem Hörersignal und dem Ansatz einer Antwort, bei der er aber wieder von der Fachkraft unterbrochen wird. Diese setzt ihre „Rede“ fort, bei der implizit deutlich wird, dass sie nicht glaubt, dass Herr Veit für eine ambulante Maßnahme geeignet ist, da sie unterstellt, dass Herr Veit zu diesem Zeitpunkt nicht willens oder in der Lage ist, die von den Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung geforderte (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2013b) Suchtmittelabstinenz zu halten. Die Maßnahmen, die sie vorschlägt, klingen routiniert, wie Standardmaßnahmen. Dies deutet darauf hin, dass sie die Rolle einer Gatekeeperin wahrnimmt. Diese Rolle verlangt, dass sie die Abstinenzfähigkeit eines Klienten beurteilen muss, wenn sie den formalen Vorgaben folgen will, die der Leistungsträger setzt (ebd.). Diesem Ziel möglicherweise folgend schlägt sie vor, einen neuen Termin zu vereinbaren, womit sie ihre Hilfe beim „Ausprobieren“ der Abstinenz anbietet. **In der Rolle der Gatekeeperin antwortet Frau Burgdorf auf die Vorgaben des Leistungsträgers, der eine objektive Beurteilung der Abstinenzfähigkeit verlangt. Gleichwohl bietet sie ihre Unterstützung an. Indem sie einen konkreten Vorschlag für das weitere Vorgehen macht, übernimmt sie die „Führung“ im Gespräch und bietet einen Wechsel von der Reflexions- auf die Handlungsebene an.**

Herr Veit: Also, ich hab jetzt ähm nächste Woche Montag, also am 29. da muss ich noch mal in die Klinik hin und da muss ich äh, äh in so'n Becher reinpinkeln, so wegen den Drogen, erstmal gucken, was, was da drinneis, also was in mir drinne is. #00:21:16-7#

Frau Burgdorf: //mhm// Genau. #00:21:18-4#

Herr Veit: Und dann (.) das man da erstmal schaut, ^L wie lange ich abstinert geblieben bin oder so, aber ^L #00:21:24-1#

Frau Burgdorf: Ja. ^L Genau. Bei wem war'n Sie denn in der Klinik? #00:21:26-7#

Herr Veit: Ich war äh, (.) bei Dr. XY? #00:21:31-4#

Frau Burgdorf: Ja. Ahja, //mhm// #00:21:32-7#

Herr Veit: Doch stimmt, bei ihr war ich. #00:21:35-3#

Frau Burgdorf: Genau, die gibt's, so ne kleinere, doch die ist das. #00:21:38-5#

Herr Veit: Also der Name wunderte mich schon 'n bisschen, deswegen kann ich den behalten. #00:21:40-8#

Frau Burgdorf: ((lacht)) (laut) Stimmt, der is ungewöhnlich. #00:21:42-5#

Herr Veit: @(.)@ #00:21:43-5#

Frau Burgdorf: Ähm, ok, also das heißt, Sie sind mit der in Kontakt, Sie bleiben hier im Kontakt und wenn Sie das ne Zeit, also vielleicht vier Wochen gut hinkriegen, ähm, dann wäre der nächste Schritt, dass wir die ambulante Therapie beantragen. #00:21:57-1#

Herr Veit: //mhm// Ja. #00:21:58-7#

Herr Veit akzeptiert die Führungsübernahme der Fachkraft und reagiert explizit auf den Vorschlag des neuen Termins, indem er einen bereits bestehenden Termin in der überweisenden Suchtambulanz erwähnt. Implizit spricht er das Thema der Abstinenz und der Überprüfung der Abstinenz an, indem er von einem geplanten Nachweisverfahren über eine Urinkontrolle berichtet. An dieser Stelle wird die unklare Schnittstellensituation zwischen den Organisationen deutlich, denn die Suchtambulanz hatte den Erstkontakt, führt von sich aus eine objektive Abstinenzkontrolle durch, überweist den Klienten aber zur Beratung über Maßnahmen und Vermittlung an die Beratungsstelle, die die Abstinenzfähigkeit einschätzen soll, aber keine Möglichkeit zur objektiven Überprüfung derselben hat. Dieses Verfahren findet ohne direkte Absprachen der Organisationen untereinander statt und ist einzig auf die Bereitschaft zur Informationsvermittlung durch den Klienten selbst angewiesen. Beide Prozesse finden ohne eine inhaltliche Absprache parallel zueinander statt. Dies wird auch im weiteren Gesprächsverlauf deutlich, in dem Frau Burgdorf die objektiven Details des Kontaktes in der Suchtambulanz erfragt, über dieses Vorgehen der Klinik aber nicht überrascht zu sein scheint. Am Schluss der Sequenz konkretisiert Frau Burgdorf die Bedingung zur Beantragung einer ambulanten Maßnahme im Modus der Gatekeeperin. Das Thema „Vereinbaren eines neuen Termins“ und damit die Möglichkeit der Verstetigung des Kontaktes wird

in dieser Sequenz seitens des Klienten zunächst vermieden. Auf die Konkretisierung der Vorgehensweise durch Frau Burgdorf reagiert er zögerlich.

Für die Entwicklung der Beziehungsebene bedeutet dies, dass Herr Veit möglicherweise unsicher ist, ob er die von der Fachkraft angebotene Vorgehensweise ratifizieren soll, indem er einen neuen Termin vereinbart. Dies zeigt eher eine Tendenz in Richtung von Misstrauen, denn er wirkt wenig zukunftsgerichtet. Er kooperiert zwar, zeigt aber eine eher zurückhaltende Motivation für die Terminvereinbarung.

Frau Burgdorf: Und bis dahin machen wir hier auf jeden Fall auch Gespräche, dass Sie jetzt nicht so freischwebend ^L alleine klarkommen müssen. #00:22:39-0#

Herr Veit: @(.)@^L Das freut mich.@(.)@ #00:22:40-6#

Frau Burgdorf: (Atmet tief ein) Ok, dann wäre mein Vorschlag für heute, wir machen 'n neuen Termin aus. #00:22:44-8#

Herr Veit: //mhm// #00:22:45-4#

Frau Burgdorf: Und ich brauch von Ihnen noch Name, Adresse, 'n paar statistische Angaben. #00:22:48-8#

Herr Veit: //mhm// Is kein Problem. #00:22:49-7#

Frau Burgdorf: Dann mach ich aber vorher den Apparat aus, dass das auf jeden Fall anonym is, ja? #00:22:52-8#

Herr Veit: //mhm// Das is gut. #00:22:53-5#

Frau Burgdorf: Danke, dass wir das aufnehmen konnten. #00:22:55-5#

Herr Veit: Is kein Problem. #00:22:56-4#

(Aufnahmegerät wird ausgeschaltet)

Die letzte Sequenz dieses Protokolls wird dadurch eröffnet, dass Frau Burgdorf weitere unterstützende Gespräche anbietet. Offenbar hat sie das Gefühl, dass Herr Veit sich allein gelassen fühlen könnte. Warum sie zu dieser Einschätzung kommt, wird nicht ganz klar. Möglicherweise ist es Herrn Veit auch nicht klar, denn seine verbale Reaktion wird durch unsichere Auflacher gerahmt. Auch die verbale Reaktion selbst zeugt von Unsicherheit, denn es wird nicht so recht deutlich, was ihn freut: das Angebot weiterer Gespräche oder die Tatsache, dass er nicht alleine „klarkommen“ muss. Die Rekonstruktion aus dem Mittelteil legt als Lesart nahe, dass er sich den Verlauf des Gespräches und das Ergebnis anders vorgestellt hat. Frau Burgdorf geht auf diese Unsicherheit aber nicht ein, aus ihrer Sicht scheint alles gesagt. Hiermit ist eine weitere Möglichkeit der Reparatur der kairosartigen Konstellation vertan. Würde sie auf die Unsicherheit reagieren und nachfragen, könnte das Thema „Begleitung“ noch einmal besprochen werden. Dies deutet auf ein Verbleiben in der Rolle der Gatekeeperin hin. Sie wieder-

holt ihren Vorschlag, einen neuen Termin zu vereinbaren. Herr Veit reagiert erneut lediglich mit einem zögerlichen Hörsignal. Auch auf diese Zurückhaltung geht Frau Burgdorf nicht ein und bestätigt den Eindruck, dass aus ihrer Sicht alles gesagt zu sein scheint. Das Muster wiederholt sich. Es scheint, als fühle Herr Veit sich nicht verstanden und würde darauf warten, dass Frau Burgdorf es bemerkt. Eine andere Lesart wäre, dass er enttäuscht ist und nur minimal reagiert, um nicht unhöflich zu sein. Eine dritte Lesart wäre, dass er sich seinem „Schicksal“, dass er hier nicht das bekommt, was er möchte, fügt oder er zu müde ist, um erneut seinen Wunsch darzustellen. Allen Lesarten haben gemeinsam, dass seine Reaktionen in Bezug auf die Zukunft und mögliche Veränderungen wenig motiviert wirken.

Frau Burgdorf verweist im Modus der Routine auf die Notwendigkeit formale Daten für das Dokumentationssystem zu erheben. Herr Veit geht darauf ein, indem er sagt, dass dies kein Problem sei. Möglicherweise hat er die Anfrage der Fachkraft als implizite Frage nach seinem Einverständnis gedeutet oder er reagiert sich höflich unterordnend im Modus der Beziehungsstruktur Kind-Erwachsener. Frau Burgdorf scheint schon einen Schritt weiter zu sein. Offenbar erwartet sie keinen Widerstand bei der Frage nach den Daten und spricht das Ausschalten des Aufnahme Gerätes an, damit diese anonym bleiben. Dies geschieht ebenfalls im Modus der Routine. Herr Veit reagiert mit einem erfreuten, vielleicht erleichterten „Das ist gut“. Möglicherweise hatte er vergessen, dass das Gerät noch lief. Frau Burgdorf bedankt sich für die Bereitschaft zur Aufnahme. Herr Veit reagiert erneut mit einem eher gleichgültigen „Is kein Problem“, ebenfalls im Modus einer routinierten Antwort. So endet das Gespräch im gegenseitigen Austausch von Floskeln im Modus von höflicher Routine. Bestehen bleibt der Eindruck einer nicht oder nur teilweise gelungenen kommunikativen Abstimmung auf der Beziehungsebene.

7.2.3 Lesarten des Falles in Bezug auf die Fragestellung

Der Beginn der Begegnung ist geprägt von einer starken Unsicherheit von Herrn Veit, die sich in einem naiv offenen, habituell subordinativem Verhalten zeigt. Dem versucht Frau Burgdorf durch routinierte Verweise auf die Arbeitsregeln, die zunächst einen inhaltlich offenen Rahmen anbieten, zu begegnen. Sie stellt sich intuitiv auf das, von Herrn Veit gezeigte und von ihr auf der Basis ihres Erfahrungswissens nahegelegte Beziehungsverhältnis Kind-Erwachsener ein. Der damit

verbundenen Implikation eines passiven Verhaltens von Herrn Veit versucht Frau Burgdorf in ihrer Wahrnehmung durch die Inszenierung von Sicherheit zu begegnen. Dies gelingt dahingehend, dass Herr Veit „sich öffnet“ und von seinen Erlebnissen, die ihn dazu bewogen haben, sich Hilfe zu suchen sowie von Vorerfahrungen durch einen Aufenthalt in der Psychiatrie, erzählt. Dies deutet auf eine Beziehungsentwicklung in Richtung Vertrauen hin.

In der Aushandlung darüber, welchen „Auftrag“ Herr Veit an die Beratungsstelle mitbringt, kommt es jedoch zu einem Abstimmungsfehler, der als Scheitern einer kairosartigen Konstellation in Bezug auf eine Entscheidung im Beratungsprozess rekonstruiert wurde und der bis zum Ende des Gesprächs „nicht repariert“ (Stern 2014, S. 70) werden konnte. Das Ende des Gesprächs ist geprägt durch einen kommunikativen Rückzug von Herrn Veit, der sich insbesondere in der eher ablehnenden Haltung in Bezug auf eine neue Terminvereinbarung zeigt. Dies kann, mit Blick auf den Anfang des Gesprächs, als Wandel der Tendenz von zunächst Vertrauen hin zu Misstrauen bei Herrn Veit gedeutet werden. Da dieses von Frau Burgdorf im Nachgespräch jedoch gegenteilig eingeschätzt wurde, zeigt sich hier die Subjektivität der Bewertung einer Beziehung sowie eine eher diskontinuierliche dynamische Entwicklung im Sinne eines Kontinuums.

Die am Anfang der „Arbeitsbeziehung“ erkennbare Entwicklung von Vertrauen bei Herrn Veit konnte in den Momenten ausgemacht werden, in denen Frau Burgdorf die Affekte des Klienten erspürte („er war furchtbar nervös“), ihre Interaktionen (Inszenierung von Sicherheit zu Lasten der Inszenierung von Kompetenz und inhaltlicher Klarheit) darauf ausrichtete und versuchte Selbstreflexionen zu evozieren.

Eine Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ hin eher zu Misstrauen bei Herrn Veit zeigt sich im kommunikativen Rückzug und in der wenig zukunftsgerichteten Interaktion am Ende des Gesprächs. In der Analyse konnten verschiedene Elemente rekonstruiert werden, die dazu beigetragen haben dürften. Ein wichtiges Element war dabei das Scheitern einer kairosartigen Konstellation in Bezug auf die Entwicklung des Beratungsprozesses, die bis zum Ende des Gesprächs nicht „repariert“ wurde. Diese Reparatur erfolgte nicht, weil Frau Burgdorf das Scheitern nicht bemerkte, da sie auch im Nachgespräch noch einen aus ihrer Sicht „ausgesprochen guten Kontakt“ mit einem Klienten annahm, der es ihr

„leicht gemacht“ habe. Sie begründete dies vor allem damit, dass in ihrer Wahrnehmung, „sein Auftrag so klar“ gewesen sei. Diese Einschätzung erfolgte, wegen ihrer Fokussierung auf den zuerst geäußerten „Auftrag“, der Vermittlung in eine stationäre Therapie („Langzeittherapie“), zu Lasten der Orientierung an den eigensinnigen Wünschen von Herrn Veit. Diese bestanden aus einer Begleitung bei der Veränderung seines Suchtmittel-Konsums, bei der er sich nicht in einen spezifischen Rahmen von Suchtrehabilitation begeben muss und damit auch aus einem subjektiven Emanzipationsprojekt. Frau Burgdorf jedoch sah sich in diesem Fall „erstmal“ nur dann für eine Begleitung der Veränderungsversuche in Bezug auf den Suchtmittelkonsum zuständig, wenn sie nicht in Zusammenhang mit der Zielperspektive einer Weitervermittlung in die, dafür eher zuständige Instanz der Rehabilitation stand. Insbesondere die, aus ihrer Sicht als Erschwernis wahrgenommenen Erfahrungen aus dem vorangegangenen Psychiatrieaufenthalt von Herrn Veit wegen „Mordgedanken“ scheinen hierbei eine Rolle gespielt zu haben. Diese Lesart wird auch durch die Reflexion der Leitung dieser Beratungsstelle gestützt.

„Ich glaube aus Beratersicht gibt manchmal die Vermittlung etwas Sicherheit, das ist etwas Handfestes mit einem Ergebnis. Und dieser andere Prozess, diese Begleitung, die ist manchmal für den Berater eigentlich ein Mehrwert. Ich glaube, das ist manchmal den Beratern zu wenig Handfestes.“ (Interview mit der Leitung der Beratungsstelle Herrn Günther #00:19:49–1#)

Die Einschätzung, dass es sich bei der Begleitung von Veränderungsprozessen eher um einen „Mehrwert“ als um einen eigentlichen Wert handelt, macht die grundsätzliche Fixierung auf die Vermittlung und das Verständnis einer Beratungsstelle als „Durchgangsstation“ deutlich. Die Aussage über die Sicherheit mit Blick auf ein Ziel zeigt die Orientierung an der Sichtweise von Sucht als Krankheit, die es (in darauf spezialisierten Einrichtungen) zu heilen gilt und die, wie in Kapitel 3.1 beschrieben wurde, vom überwiegenden Teil der Suchthilfe Einrichtungen in Deutschland geteilt wird.

Eine, also auch für diesen Fall als plausibel anzunehmende, diesbezügliche Orientierung von Frau Burgdorf⁶⁴ an dieser Einstellung böte eine

⁶⁴ Dies gilt insbesondere deshalb, da Frau Burgdorf über keine, vom Leistungsträger der Rehabilitation anerkannte Ausbildung zur Suchttherapeutin verfügt.

Erklärung dafür an, warum sich schon in der Anfangssequenz des Gesprächs ein, für die Beziehungsentwicklung folgensweres Missverständnis entwickelte: Frau Burgdorf nutzte dieses „sich Einlassen“ auf die, von Herrn Veit durch sein Verhalten nahegelegte Beziehungsstruktur (Erwachsener-Kind) lediglich habituell-methodisch als Medium zur Herstellung von Adherence und als Möglichkeit zur Exploration des Falles mit Hilfe von Selbstreflexionen des Klienten. Ihre Aussagen „Sie müssen hier gar nichts sagen“, „es reicht, wenn sie erstmal hierhin kommen“ und „sie verpflichten sich zu nichts“, so wurde im Nachinterview deutlich, waren bewusst inszeniert. Sie sollten zur Beruhigung eines „furchtbar nervösen“ jungen Mannes dienen, der erstmal „eine Mama“ und ein aufmunterndes „wir finden schon einen Weg“ braucht, damit er sich auf das Eigentliche, die Vermittlung in eine sog. „Therapie“, einlassen kann. Dass Herr Veit dies möglicherweise auch als Angebot auf der Inhaltsebene, hier einen Ort zu finden, an dem er die Veränderungswünsche in Bezug auf seinen Suchtmittelkonsum und die damit verbundenen Folgen thematisieren kann und dabei durch Gespräche begleitet wird, *ohne* sich zu „etwas zu verpflichten“, da es reicht, wenn er „einfach nur kommt“ und an dem er vielleicht auch „gar nichts sagen muss“, deuten kann und insofern möglicherweise als etwas Eigentliches und nicht nur als Durchgangsstation betrachtet, kommt ihr für diesen Fall offenbar nicht in den Sinn. Insofern legt dies nahe, dass es sich bei der Frage der Zuständigkeit um eine habituelle Orientierung handelt. In diesem Kontext stellt sich die Frage, warum sie diese grundsätzliche Orientierung nicht thematisierte, als Herr Veit klar äußerte, dass er eine stationäre Rehabilitation nicht möchte („brauch so ne Klinik nicht“) und warum sie stattdessen einfach darüber hinweg geht, ohne es selbst zu merken („er hat es mir leicht gemacht“). Mit ihrem Lösungsvorschlag der „ambulanten Therapie“, den sie anstatt ihrer eigentlichen Einschätzung der „stationären Therapie“ nennt, versucht sie ausgehend von ihrer subjektiv konstruierten Perspektive, „der Auftrag ist klar, er will Therapie“, lediglich dem geäußerten Bedürfnis von Herrn Veit nach Autonomie im Sinne einer Brücke entgegenzukommen. Damit enttäuscht sie aber die Erwartung von Herrn Veit hier einen Ort für sein Emanzipationsprojekt zu finden, die sie durch ihre absichtliche Inszenierung von Sicherheit am Anfang des Gesprächs selbst evoziert hat. So kommt es zu einer „verpassten Gelegenheit“ in Bezug auf die Verstetigung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen.

Somit hat gerade die lediglich empathische Inszenierung von Sicherheit auf der Beziehungsebene zu Lasten inhaltlicher Klarheit dazu geführt,

dass Herr Veit sich geöffnet und offenbart hat, was er wirklich möchte. Er folgte nicht mehr einfach dem, was ihm von anderer Seite nahegelegt wurde („Langzeittherapie“). Auf diese Weise kam es zu einer subjektiven Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen durch beide Interaktionspartnern. Gleichzeitig weckte dies auf der anderen Seite aber auch Erwartungen bei Herrn Veit bezüglich der Art und Weise der Unterstützung. Diese wurden von Frau Burgdorf aufgrund ihrer habituellen Einstellungen zumindest im Erstgespräch aber nicht befriedigt und führten daher am Ende des Gesprächs zu einer tendenziellen Entwicklung der Beziehung in Richtung Misstrauen. Somit hängt das entwickelte Misstrauen von Herrn Veit auch damit zusammen, dass ihm seine Vorstellungen von Hilfe, deren Explikation zuvor durch das Verhalten von Frau Burgdorf evoziert wurden, am Ende des Gesprächs in diesem Kontext wenig realisierbar erscheinen mussten. Daher bezieht sich die Bewertung der Beziehung in Richtung Vertrauen oder Misstrauen in diesem Fall nicht ausschließlich auf die Person von Frau Burgdorf und ihre habituelle oder methodische Fähigkeit, sich auf eine andere Person empathisch einzustellen, sondern kristallisiert sich auch an der spezifischen Art und Weise heraus, mit welchen feldbezogenen, inhaltlichen Einstellungen sie ihre berufsbezogene Rolle ausfüllt.

Zum Zusammenhang mit dem weiteren Verlauf des Hilfeprozesses kann konstatiert werden, dass Herr Veit den dritten vereinbarten Termin mit Frau Burgdorf ohne Ankündigung nicht mehr wahrnahm, den Kontakt also abgebrochen hat. Wie für den Fall zuvor kann auch hier keine Kausalität rekonstruiert werden. Dennoch erscheint es plausibel, dass sich die, in diesem Erstgespräch konstituierte, zum Ende hin eher von Misstrauen geprägte Beziehungsstruktur auf das Hilfesuchverhalten von Herrn Veit in dieser konkreten Konstellation zumindest mit ausgewirkt haben könnte, wenn sie sich in den beiden Gesprächen, die noch stattfanden, nicht verändert hat.

7.3 Frau Dorenkamp und Herr Quante

In den vorangegangenen Fällen wurde deutlich, dass zwar eine „Arbeitsbeziehung“ zwischen Fachkraft und Klient entstanden ist, dass aber die Orientierung an den Regeln des Feldes zur Beantragung einer weiterführenden Maßnahme, genauer gesagt einer medizinischen Rehabilitation Sucht, einen Einfluss darauf hatten, wie sich die „Arbeitsbeziehung“ entwickelt. Insbesondere die Übernahme der Gatekeeper-

rolle für das Feld war als Einfluss nehmend identifiziert worden. Allerdings kamen beide Klienten in die Beratungsstelle, um sich genau zu diesem Thema beraten zu lassen. Daher soll nun als nächstes ein Fall dargestellt werden, der auf den Merkmalsebenen der Einrichtung und der Fachkraft kontrastierte, aber auf der Ebene des Klienten (jüngerer Mann, polyvalentes Konsummuster) Ähnlichkeiten mit dem vorhergehenden Fall aufwies, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass auch hier Einflüsse vorliegen könnten. Hier bot sich der Fall Herr Quante und Frau Dorenkamp an.

Gegenstand der Falldarstellung ist die Begegnung zwischen dem Klienten Herrn Quante und der Sozialarbeiterin Frau Dorenkamp in der Beratungsstelle B (s. Tabelle 1 Übersicht Kontextbedingungen des erhobenen Datenmaterials). Herr Quante ist 27 Jahre alt und hat telefonisch einen Termin in der Suchtberatungsstelle B vereinbart. Er ist pünktlich zum vereinbarten Termin erschienen. Frau Dorenkamp erwähnt im Nachinterview explizit, dass er „pünktlich [...] sogar überpünktlich“ gewesen sei (Nachinterview mit Frau Dorenkamp zum Gespräch mit Herrn Quante #00:01:44–5#). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass sie ein solches Verhalten ungewöhnlich findet und es deshalb besonders herausstellt. Könnte es auch ein Test gewesen sein?

Das Setting in der Beratungsstelle ist so gestaltet, dass Termine direkt mit den Fachkräften vereinbart werden, da keine Verwaltungskraft vorhanden und keine offene Sprechstunde eingerichtet ist. Im Nachinterview mit der Fachkraft Frau Dorenkamp wurde deutlich, dass im vorliegenden Fall der Termin für das hier analysierte Gespräch mit ihr vereinbart wurde. Bei diesem telefonischen Kontakt zwischen Frau Dorenkamp und Herrn Quante wurde dieser über das Forschungsvorhaben informiert. Als Herr Quante zum Termin kam wurde ihm das Informationsblatt ausgehändigt und um schriftliche Zustimmung gebeten. Herr Quante erwähnte bei der Terminvereinbarung, dass er schon einmal in der Beratungsstelle gewesen sei, um sich bezüglich einer sog. MPU⁶⁵

⁶⁵ Bei der MPU handelt es sich um eine medizinisch-psychologische Begutachtung zur Überprüfung der Fahreignung. Dieses Gutachten stellt eine Prognose zu der Frage dar, wie sich eine Person, der die Erlaubnis zum Führen eines Fahrzeugs auf öffentlichen Straßen aufgrund von schwerwiegenden Verstößen gegen die STVO entzogen wurde, bei erneuter Zulassung im Straßenverkehr bewähren wird oder nicht. Konsumierende von psychoaktiven Substanzen stellen den überwiegenden Anteil der Antragsteller dar. (Knoche 2014: S. 1)

Vorbereitung zu informieren und dabei kurz Kontakt zu Frau Dorenkamp gehabt habe. In der Aufgabenteilung der Beratungsstelle ist geregelt, dass der Kollege von Frau Dorenkamp dieses Feld betreut und dass Herr Quante deshalb von ihr im Rahmen der organisatorisch verteilten Zuständigkeit an ihn weiterverwiesen wurde. Aus dieser Verweisung ergab sich aber kein weiterer Kontakt, sodass keine Daten im Dokumentationssystem über Herrn Quante aufgezeichnet wurden. Frau Dorenkamp bemerkte hierzu, dass sie sich an den Klienten auch bei der Namensnennung und bei seiner Ankunft in der Beratungsstelle nicht erinnert habe und es für sie deshalb wie ein Erstgespräch sei, obwohl Herr Quante schon mal kurz mit ihr gesprochen habe.

Das Gespräch fand morgens um 07.00 Uhr, im Anschluss an die Nachtschicht des Klienten in der Beratungsstelle statt. Frau Dorenkamp kommentierte hierzu im Nachinterview, dass sie diesen Terminvorschlag gemacht habe, weil Herr Quante dann im Anschluss an das Gespräch schlafen könne und dies auch für sie gut sei, denn dann sei sie selbst auch noch „frisch“. In besonderen Situationen mache sie das manchmal, um den Klienten entgegenzukommen (vgl. Nachinterview Frau Dorenkamp zum Gespräch mit Herrn Quante, #00:34:20-6#- #00:35:58-0#). Dies kann in dieser Lesart als Zeichen an Herrn Quante gewertet werden, dass Frau Dorenkamp bereit ist, sich auf ihn ganz persönlich und auf das, was er mitbringt einzustellen. Es könnte in einer anderen Lesart aber auch als „Test“ verstanden werden, ob er bereit ist, sich auf das Gespräch einzustellen. So könnte es ja z. B. auch ein Bedürfnis von ihm sein, nach einer Nachtschicht erst einmal zu schlafen und sich frisch zu machen und den Termin vor der nächsten Schicht wahrzunehmen, damit *er* „frisch“ ist oder sein kann.

Zur Fachkraft Frau Dorenkamp ist anzumerken, dass sie zum Zeitpunkt des Gespräches 57 Jahre alt ist. Sie hat in der ehemaligen DDR als Erzieherin gearbeitet und dann in einem der ersten, nach der Wende angebotenen Studiengänge Soziale Arbeit studiert hat. Ihr erster Arbeitsplatz ab Mitte der 90er Jahre war schon bei dem jetzigen Träger. Die Suchtberatungsstelle in der heutigen Form hat sie, ausgehend von einem Selbsthilfeprojekt für chronifizierte Alkoholiker in der ehemaligen DDR, mit aufgebaut. Später hat sie eine Ausbildung als Suchttherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie absolviert, um als zusätzliche Finanzierungsquelle für die Beratungsstelle ambulante Nachsorge nach den Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung anbieten zu

können. Sie ist gleichzeitig mit der Leitung der Stelle betraut und betreut im Rahmen ihrer Tätigkeit mehrere Anlaufstellen im Landkreis, zu denen allgemeine Beratungsstellen und auch Krankenhäuser gehören. Darüber hinaus begleiten Sie und ihr Kollege noch drei Selbsthilfegruppen. Eine weitere wichtige Finanzierungsquelle für die Beratungsstelle, die in einem weiten ländlichen Flächenkreis liegt, sind die sog. MPU-Kurse, bei denen Klienten hinsichtlich der Überprüfung ihrer Fahreignung begutachtet werden. Für die Durchführung der MPU-Begleitung ist ihr Kollege (60 Jahre) verantwortlich. Er wurde nach der Wende als Sozialhelfer ausgebildet und hat davor schon das ehemalige Selbsthilfeprojekt in der damaligen DDR mit aufgebaut, aus der die Beratungsstelle erwachsen ist.

7.3.1 Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs

Die Aufzeichnung des Gesprächs beginnt damit, dass Frau Dorenkamp darauf hinweist, dass das Aufnahmegerät jetzt eingeschaltet sei und ab jetzt alles, von beiden Personen Gesagte aufgezeichnet wird. Nach der Ratifizierung von Herrn Quante kündigt Frau Dorenkamp an, dass sie nun seine "Personalien" aufnehmen wolle. Hierauf geht Herr Quante aber nicht ein, sondern berichtet, dass er schon mal in der Beratungsstelle gewesen sei, dann aber den Kontakt "unterbrochen" habe. Weiterhin spricht er in eher fragmentarischen Sätzen über das, was aus seiner Sicht in der Zwischenzeit passiert sei und über sein Anliegen. Inhaltlich wird deutlich, dass er nach einem gerichtlich verhängten Fahrverbot aufgrund von Drogenkonsum nun mit einer sog. "medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU)" die Fahrerlaubnis wiedererlangen möchte. Dazu sei er zum Zeitpunkt des Gesprächs 4 Monate abstinent. Von welchem Suchtmittel wird nicht gesagt. Die Sequenz endet mit der Artikulation seines Anliegens, das darin besteht, "etwas mehr dafür zu tun, dass es auch so bleibt". Diese Äußerungen werden von Frau Dorenkamp mit Hörsignalen begleitet (#00:00:00-0#-#00:01:19-5#).

Die nächste Sequenz (#00:02:08-6#-#00:03:36-6#) beginnt damit, dass Frau Dorenkamp den Klienten lobt und zu einer Zusammenfassung ansetzt, bei der sie aber von Herrn Quante unterbrochen wird, der wieder fragmentarisch sprudelnd weitere Einzelheiten der oben beschriebenen Konstruktion erzählt. Inhaltlich berichtet er Einzelheiten über die Hintergründe des gerichtlich verhängten Fahrverbots und dass er etwas „angefangen“ habe. Hierauf geht Frau Dorenkamp ein und fragt nach,

wo er denn nun „hingehe“. Herr Quante antwortet darauf und nennt einen Ort, an dem er eine sog. „MPU-Vorbereitung“ absolviere. Unvermittelt verlässt Frau Dorenkamp die Klientenzentrierung und fragt nach den Kosten für die Vorbereitung. Herr Quante nennt die Kosten. Darauf reagiert die Fachkraft mit einem Ausdruck großen Erstaunens. Dies wiederum veranlasst Herr Quante dazu, die Kosten über das Angebot der Seminarinhalte zu rechtfertigen. Frau Dorenkamp geht auf eine Metakommunikationsebene und versucht zu rekonstruieren, wie Herr Quante zu diesem Institut gekommen ist. Hierauf reagiert Herr Quante mit großer Verunsicherung, die sich in einer stammelnden Antwort, dass er es nicht mehr wisse und einem zögerlichen Versuch der Rekonstruktion, wie er zu diesem Institut gelangt ist, zeigt. Die Sequenz endet damit, dass Frau Dorenkamp ankündigt, ein anderes Thema besprechen zu wollen, was von Herrn Quante ratifiziert wird.

Im darauffolgenden Teil (#00:03:46-4#-#00:08:39-7#) erklärt Frau Dorenkamp, warum sie keine Informationen über Herrn Quante hat und dieser rechtfertigt sich, dass er „fast“ eine Unterlage eingereicht hätte. Sie kündigt an, da keine Informationen vorliegen, diese nun aufzunehmen zu wollen. Herr Quante fügt sich und es beginnt eine Phase, in der formale Daten abgefragt werden und in der die gestellten Fragen von Herrn Quante nur kurz und knapp inhaltlich beantwortet werden. Diese Fragen beziehen sich offensichtlich auf ein vorgefertigtes Schema und haben nur unsystematisch einen direkten Zusammenhang mit den vorherigen Äußerungen von Herrn Quante. Die Sequenz endet damit, dass Frau Dorenkamp den Abstinenzstatus abfragt und sich nach der Antwort noch einmal absichert, ob es auch erst seit dem Zeitpunkt sei.

Zu Beginn des nächsten Abschnitts (#00:09:20-7# -#00:14:45-5#) bestätigt Herr Quante dies und beginnt nochmal zu erklären, wie er bei Frau B., bei der er „Tests macht“, angekommen sei. Frau Dorenkamp resümiert kurz und fährt mit der Befragung fort. Herr Quante ratifiziert die Zusammenfassung und beantwortet die gestellte Frage. Es wird deutlich, dass es sich bei Frau B. um eine Ärztin handeln muss. Die Befragung wird im Stil der vorherigen Sequenz fortgesetzt und Herr Quante antwortet bereitwillig. An der Art der Nachfragen wird deutlich, dass Frau Dorenkamp sich nach und nach ein Bild des Falles rekonstruiert und zu wissen scheint, worüber er spricht, denn sie stellt verschiedene implizite, vertiefende Nachfragen, um seine Aussagen weiter zu objektivieren. Über die Klärung der objektiven Daten scheinen beide Interak-

tionspartner Sicherheit zu gewinnen, denn Fragen und Antworten beziehen sich systematisch aufeinander. Auch Herr Quante spricht ruhiger und seine Aussagen werden klarer. Die Sequenz endet erneut mit Nachfragen von Frau Dorenkamp zu dem Institut, bei dem Herr Quante die MPU-Vorbereitung absolviert und Herr Quante bietet an, zum nächsten Termin weitere Unterlagen von zu Hause mitzubringen.

Nachfolgend (#00:14:52-7#-#00:15:58-9#) lehnt Frau Dorenkamp das Angebot mit dem Hinweis ab, dass sie dieses lediglich persönlich interessiert hätte und dass sie den Preis, der von dem Institut verlangt wird, „ganz schlimm“ finde. Herr Quante geht in die Rechtfertigung und wiederholt, dass er unbedingt „etwas“ habe machen wollen. Frau Dorenkamp unterbricht ihn und sagt, dass er ja auch Geld verdiene und es dann auch „ok“ sei, für ein Angebot zu zahlen. Daraufhin spricht Herr Quante an, dass er schon bei Herrn S.⁶⁶ gewesen sei, dass ihm das, was dieser ihm angeboten hätte, aber zu wenig gewesen sei. Frau Dorenkamp bestätigt, dass dieser nur „Einzelgespräche“ mache und fragt nach, ob „es“ (gemeint ist das Informationsgespräch in der anderen Institution) „professioneller“ gewesen sei. Herr Quante bestätigt dies. Frau Dorenkamp nimmt dies lapidar zur Kenntnis und geht nur kurz darauf ein. Die Sequenz endet mit einem Bestätigungssignal von Frau Dorenkamp („Ja, ja, ja“).

Die nächste Sequenz (#00:16:26-6#-#00:21:39-0#) wird von Herrn Quante eröffnet, der sich nochmal dafür rechtfertigt, dass er das andere Institut gewählt hat, indem er darauf hinweist, dass die MPU in seinem Fall aufgrund der Quantität und Qualität der ihm zur Last gelegten Drogendelikte und verkehrsbezogenen Straftaten (Schwarzfahren) „nicht gerade leicht wird“. Dies wird von Frau Dorenkamp aufgegriffen. Die Interaktionspartner scheinen sich einig zu sein, dass Herr S. nicht der richtige Ansprechpartner für Herr Quante und seine Situation gewesen zu sein scheint. Herr Quante räumt ein, dass er sich aber auch bezüglich des Angebotes des Institutes nicht sicher ist, ob sein Vorhaben, seine Fahrerlaubnis wieder zu erlangen, gelingen kann. Darauf geht Frau Dorenkamp empathisch ein. Das ermutigt Herrn Quante zu einer längeren, selbstreflexiven Beschreibung seiner Aktivitäten und seiner Lernerfolge in dem Seminar. Auf diese Reflexionen reagiert Frau

⁶⁶ In einer Nachfrage konnte geklärt werden, dass es sich bei Herrn S. um den Kollegen von Frau Dorenkamp handelte, an den sie ihn bei dem ersten Kontakt verwiesen hatte.

Dorenkamp empathisch mit einer Deutung. Darauf antwortet Herr Quante mit einer weiteren „Öffnung“, indem er ungefragt weitere Details berichtet. Auch hier fragt Frau Dorenkamp empathisch nach und es folgt eine weitere Erzählung. Zwischendurch äußert sich Frau Dorenkamp erstaunt über die umfangreiche Erzählaktivität, was Herrn Quante aber nicht verunsichert, sondern weiter berichten lässt. Die Sequenz endet damit, dass er „den Kreis schließt“ und wiederholt, was sein Anliegen ist. Im Unterschied zum Anfang wirkt dies viel klarer und strukturierter.

Die nächste Sequenz (#00:21:52-1#-#00:28:00-9#) wird wieder von Herrn Quante eröffnet, der nun mit einem weiteren Anliegen heraustrückt. Seine eigentliche Sorge scheint zu sein, dem prüfenden Psychologen nicht deutlich machen zu können, dass es ihm ernst ist mit der Abstinenz. Hierauf geht Frau Dorenkamp pragmatisch mit einem Tipp ein („Seien Sie ehrlich“) und empfiehlt den Besuch der, von ihr geleiteten Abstinenzgruppe. Herr Quante reagiert zurückhaltend. Frau Dorenkamp beginnt die Gruppe und das Gruppenprogramm des Hauses und der Umgebung umfänglich vorzustellen. Herr Quante bleibt zurückhaltend und antwortet darauf mit einer wiederholten wortreichen Beteuerung (#00:28:52-1#-#00:33:31-7#), dass er etwas für sich ändern wolle, im Moment aber auch kein wirkliches Problem verspüre. Frau Dorenkamp geht hierauf empathisch mit einer Deutung ein, die von Herrn Quante auch ratifiziert und mit dem Beispiel eines sog. „Rückfalls“ belegt wird. Auf diese Sorge reagiert Frau Dorenkamp mit einer Inszenierung von Solidarität, indem sie davon spricht, dass „wir das hinkriegen“. Dies wird gefolgt von einer erneuten wortreichen Vorstellung des Gruppenangebots, bei der sie eine Deutung äußert, die von Herrn Quante aber nicht ratifiziert wird.

In der nächsten Sequenz (#00:28:52-1#-#00:35:35-4#) stellt sich heraus, dass das empathische Nachfrage von Frau Dorenkamp eine Art „Test-situation“ für die Situation der MPU wahr, bei der es offenbar darum geht, sich selbst als „abhängig“ zu definieren und in der Folge „alles dafür tun zu wollen“ dies zu beenden. Sie konfrontiert Herrn Quante mit ihrer Einschätzung, dass er in einer solchen Situation wohl „durchgefallen“ wäre. Diese Wendung des Gespräches hat Herr Quante nicht erwartet, weshalb er nachfragt, ob er denn wirklich „abhängig“ sei. Daraufhin erläutert Frau Dorenkamp unter Rückgriff auf die zuvor erhobenen objektiven Daten diese Lesart und Herr Quante räumt ein, dass

man dies wohl auch so sehen könne. Daraufhin bestätigt Frau Dorenkamp, dass Herr Quante in einer realen Situation wohl durch die MPU-Prüfung durchgefallen wäre.

Es entsteht eine kurze Pause. Danach (#00:36:53–5#–#00:38:33–5#) folgt eine längere Erzählung von Herrn Quante mit weiteren Details über die Zeit seines Suchtmittelkonsums. Frau Dorenkamp äußert sich anerkennend über die bisherigen Bemühungen und Selbstreflexionen des Klienten und fragt unvermittelt, ob es noch Eltern gäbe. Herr Quante antwortet offenbar überrascht nur kurz und knapp darauf. Zum Ende äußert Frau Dorenkamp eine Vermutung, die Herr Quante aber zurückweist.

Damit scheint der inhaltliche Teil des Gespräches abgeschlossen zu sein, denn nun geht es bis zum Ende des Gespräches (#00:38:54–0# – #00:43:28–6#) um eine etwas längere Aushandlung des weiteren Vorgehens. Für Frau Dorenkamp scheint es keinen Zweifel daran zu geben, dass es dabei inhaltlich nur um den Besuch der, von ihr mehrfach vorgestellten „Gruppe“ gehen kann. Für sie scheint lediglich offen zu sein, wann Herr Quante zum ersten Mal dort erscheint. Die längere Dauer der Aushandlung bezieht sich auf die konkrete Terminierung, wann Herr Quante in die Gruppe kommt und wann der erste Einzeltermin mit Frau Dorenkamp stattfindet.

7.3.2 Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen

„Ich würd jetzt erst mal die Personalien aufnehmen“

Frau Dorenkamp: (blättern des Geräusch) Ich hab jetzt schon mal mir erlaubt, das anzu-machen. #00:00:09–0#

Herr Quante: Ja #00:00:11–2#

Frau Dorenkamp: Das zeichnet das jetzt alles auf.//mmhm// Steht ja da schon alles drinnen.//ja// Das was beide sagen. #00:00:16–6#

Herr Quante: Gut. #00:00:18–4#

Frau Dorenkamp: Äh (.)(.) Ich würde jetzt erstmal die Personalien aufnehmen. #00:00:24–3#

Nach dem Einschalten des Aufnahmegerätes ist zunächst ein Rascheln zu hören. Frau Dorenkamp eröffnet das aufgezeichnete Gespräch, indem sie verbalisiert, dass sie das Aufnahmegerät angestellt hat. Die gemeinsame Interaktion hat also schon vor dem Einschalten begonnen.

Eine Wiederholung der Begrüßung für die Aufnahme wurde nicht extra inszeniert. Was geblättert wird, bleibt unklar. Herr Quante ratifiziert die Verbalisierung mit einem Hörsignal. Frau Dorenkamp fügt erklärend hinzu, dass ab diesem Zeitpunkt alles aufgezeichnet wird. Herr Quante reagiert mit einem neutralen Hörsignal. Frau Dorenkamp fährt fort, dass da schon alles „drinne“ stehe. Gemeint ist wahrscheinlich das Informationsblatt zum Forschungsprojekt. Auch dieses wird von dem Klienten mit einem positiven Hörsignal quittiert. Frau Dorenkamp ergänzt, dass das Aufnahmegerät beide Gesprächsanteile, auch die der Fachkraft, aufzeichnen wird. Diese Äußerung stellt einen interessanten Aspekt dar, denn eigentlich scheint es eine Selbstverständlichkeit zu sein, dass ein einfaches Aufnahmegerät, um das es sich hier handelt (Mp3-player mit Aufnahmefunktion), alle Geräusche in einem Raum aufzeichnet und nicht von sich aus selektiert. Daher zielt die Äußerung der Fachkraft auf einen anderen Aspekt ab. Die Aussage „das, was wa (wir) beide sagen“ betont stattdessen den Aspekt der Egalität zwischen beiden Gesprächspartnern. Es scheint der Fachkraft wichtig zu sein, diesen Aspekt zu betonen, warum wird zunächst nicht deutlich. Eine Möglichkeit wäre, dass es ihr wichtig ist, ein Gespräch auf Augenhöhe zu führen. Eine weitere Möglichkeit wäre es, dass sie dem Klienten das Gefühl von Sicherheit geben will, damit er nicht überlegen muss, was er sagt und was nicht. Eine andere Möglichkeit könnte sein, dass sie und Herr Quante aufpassen müssen, was sie sagen, damit keine Dinge aufgezeichnet werden, die sie besser nicht gesagt hätte. Zuletzt könnte sie die Aussage auch getroffen haben, um sich selbst daran zu erinnern, dass das Gespräch aufgezeichnet wird. **Diese Interpretationen haben jedoch die Verbalisierung der Egalität beider anwesender Personen unter den gegebenen Bedingungen (hier der Aufzeichnung des Gesprächs) gemeinsam.** Herr Quante reagiert mit einer Ratifikation und schließt damit die Situation ab. Frau Dorenkamp eröffnet ein neues Thema. Sie kündigt an, dass sie jetzt erstmal die Personalien aufnehmen wollen würde. **Damit übernimmt sie die Führung im Gespräch.** Die Formulierung „ich würde“ relativiert diese Vorgehensweise jedoch als Möglichkeit, mit der sie jetzt das Gespräch weiterführen *würde*. Damit gibt sie dem Klienten implizit die Möglichkeit, auch einen anderen Gesprächseinstieg zu wählen und damit diese Vorgehensweise zurückzuweisen. Inhaltlich markiert diese Aussage einen Unterschied zu den anderen Gesprächen, in denen als erstes nach dem Anlass der Beratung gefragt wurde. Sprachlich erinnert diese Formulierung an einen Verwaltungsakt oder ein Polizeiverhör. **Damit macht Frau Dorenkamp deutlich, dass es sich bei diesem Gespräch nicht um ein beliebiges**

„mal drüber reden“ handelt, sondern dass es eine Bedeutung hat. Im Zusammenhang mit der Betonung, dass das Gespräch aufgezeichnet wird, könnte es zu einer Verunsicherung des Klienten führen. Weiterhin wird nicht ganz klar, was genau damit gemeint ist und welchen Umfang die Aufnahme der Personalien hat. Die Formulierung „Jetzt erst mal“ deutet an, dass es danach noch einen anderen Teil des Gespräches geben kann oder wird. **Damit verbalisiert sie eine Struktur des Gespräches.** Dies könnte dazu führen, dass Herr Quante insofern Sicherheit gewinnt, dass er weiß wie das Gespräch verlaufen wird. Gleichzeitig deutet sich damit an, dass es einen Teil des Gespräches geben kann oder geben wird, bei dem die Auswertung der, mit „Personalien“ bezeichneten, möglicherweise objektiven Daten eine Rolle spielen könnte. Möglicherweise gehört die Aufnahme der Personalien aber auch zur Routine ihrer Strukturierung dieser Art von Gesprächen. Diese Vorgehensweise gibt dem Gespräch einen formal administrativen Charakter und teilt es in einen objektiven und in einen subjektiven Teil.

Herr Quante: Ähm, ich war vorletztes Jahr schon einmal hier gewesen. //mmhm// Hab denn aber mich nich nochmal gemeldet und unterbrochen also letzte Woche ich hab ne MPU angefangen (.) (.) Weil ich vom Gericht aus, ne Sperre bekommen habe. //jaha// habe ich das Ganze hier unterbrochen //jaha// und hab jetzt wieder ähm im (.) Februar angefangen und bin jetzt seit 15.02. von Drogen also äh abstinent. (.) //mmhm// und würd jetzt aber gerne noch nebenher noch was machen ähm (.) (.) hab ich eigentlich jetzt wegen der MPU angefangen mit Drogen aufhören und hab jetzt eigentlich mitgekriegt, dass mir eigentlich jetze (.) (.) naja (murmelnd zu sich selbst) wie soll ich jetzt sagen. (.) (wieder lauter) besser geht oder ich möchte das jetze (.) auch so bleibt. Nicht, dass ich das aus dem Grund mache wegen der MPU, hab das zwar (.) deswegen (.) musste ichs ja anfangen. (.) Würde jetzt aber noch n bisschen mehr dafür tun, dass es auch (.) ja äh so bleibt. #00:01:19-5#

Frau Dorenkamp: Das ist das, was wir uns wünschen. (.) //ja (lächelnd?)// Das hört sich richtig gut an! So wenn ich das ^{also} #00:01:24-9#

Herr Quante: ^{Ich} hab jetzt so wirklich mitgekriegt, (.) wo ich, wo ich letztes Jahr hier war. Ich war einmal hier gewesen auch aus dem Grund wegen der MPU #00:01:30-4#

Frau Dorenkamp: Ja #00:01:31-9#

Herr Quante: (.) (.) wo ichs denn aufhören für mich, weil ich denn ich hab insgesamt ähm (.) hab dann nochmal ne Sperre bekommen und auch ne dreieinhalb Jahre Bewährung, weil ich insgesamt 11mal auch 11 mal angehalten wurde. äh bin, hab denn noch mal musste meinen Führerschein abgeben, bin denn noch weiter schwarzgefahren, auch unter Drogen-Einfluss und hab denn jetze äh jetzt ja noch ne Sperre bekommen dreieinhalb Jahre und die Sperre läuft jetzt nächstes Jahr im April ab //mmhm// und hab denn natürlich jetze im Februar hab ich angefangen, mach seit 15.02. (.) ja (.) ich #00:02:06-3#

Herr Quante weist das Ansinnen der Fachkraft zurück und setzt von sich aus einen Anfangspunkt des Gespräches, indem er sagt, dass er schon einmal in dieser Beratungsstelle gewesen sein, dann den Kontakt

abgebrochen und in der Woche vor diesem Termin eine MPU „angefangen“ habe. Dies bedeutet wahrscheinlich, dass er ein kommerzielles Angebot zur Vorbereitung auf die medizinisch-psychologische Begutachtung der Fahreignung begonnen hat. Danach erfolgt eine kurze Pause, in der Herr Quante möglicherweise eine Erwiderung der Fachkraft erwartet, die aber nicht erfolgt. Also spricht er weiter und begründet sein „Nicht-Melden“ damit, dass er eine „Sperr“ vom Gericht bekommen habe. Diese besagt möglicherweise, dass er erst nach Ablauf einer gerichtlich festgesetzten Frist einen Antrag auf Begutachtung stellen kann. Dies ratifiziert Frau Dorenkamp mit einem positiven Hörersignal. Möglicherweise erinnert sie sich an den Fall oder sie findet die Begründung plausibel. Weiter sagt Herr Quante, dass er im Februar (4 Monate vor dem Gespräch) „wieder angefangen habe“. Womit er angefangen hat, wird dabei nicht deutlich. Er schließt mit der Information ab, dass er seit dem 15.02 von Drogen „abstinente“ sei. Die Nennung des konkreten Datums unterstreicht möglicherweise die Bedeutung, die der genannte Umstand für den Klienten hat. Möglicherweise hat er mit der Abstinenz „wieder angefangen“. Dies bedeutet, dass er nach dem letzten Gespräch wieder konsumiert hat. Frau Dorenkamp reagiert mit einem neutralen Hörersignal und es entsteht wieder eine kurze Pause. Möglicherweise erwartet Herr Quante eine Reaktion der Fachkraft, die diese aber wiederum nicht spontan gibt. Erneut setzt Herr Quante an, weiterzuerzählen, diesmal über seine Motivation die Beratungsstelle erneut aufzusuchen. Er differenziert dabei zwischen dem „mit den Drogen aufhören“ und dem Wunsch die sog. Abstinenz aufrecht zu erhalten, („möchte, dass das jetzt auch so bleibt“), weil es ihm „damit besser“ ginge. Weiter differenziert er zwischen dem Anlass der Veränderung („musste ja anfangen wegen der MPU“) und dem darüberhinausgehenden Wunsch diese Veränderung zu stabilisieren, der mit der Zusage verbunden ist, daran arbeiten zu wollen. Dies impliziert die (zunächst erstmal scheinbare) Erkenntnis, dass eine einmal umgesetzte Abstinenz kein Garant dafür ist, dass dies immer so bleibt. Der Gesprächsbeitrag des Klienten wirkt unsicher. Zweimal scheint er auf die Antwort der Fachkraft zu warten, die diese aber nicht gibt. Sie geht nicht auf Herrn Quante ein, kommt ihm nicht entgegen. Ist sie überrascht von diesem Wortbeitrag, der nicht zu ihrer Aufforderung passt oder ist sie verstimmt und hüllt sich in Schweigen? Diese fehlenden Reaktionen scheinen ihn weiter unter Druck zu setzen. Der Inhalt ist geprägt von Rechtfertigungen, warum er damals den Kontakt nicht fortgesetzt hat und dem Bekenntnis von nunmehr viermonatiger Abstinenz verbunden mit dem Wunsch diesen Zustand aufrecht erhalten zu wollen, aus eigenem Willen und

nicht aus strategischen Gründen. Dies präsentiert sich als fast zu schön, um wahr zu sein, denn damit würde er einen perfekten Klienten abgeben. **Zusammengefasst scheint es dem Klienten wichtig zu sein Frau Dorenkamp davon zu überzeugen, dass es ihm ernst damit ist, seinen eingeschlagenen Weg weiterzuführen und zu zeigen, dass er die Hilfe der Fachkraft in Anspruch nehmen möchte**, obwohl er einen ersten Kontakt zunächst abgebrochen hatte. Fürchtet er abgewiesen zu werden? Wenn dies geschehen würde, was wäre daran schlimm? Antizipiert er die Situation der Begutachtung, bei der es auch darum geht, die Gutachter zu überzeugen, dass es ihm ernst ist, sein Verhalten, aufgrund dessen ihm die Fahreignung abgesprochen wurde, dauerhaft geändert zu haben? Die vorgebrachten Äußerungen erwecken trotz der inhaltlichen Beteuerung des Gegenteils zunächst den Eindruck eines strategischen Verhaltens.

Frau Dorenkamp reagiert, indem sie auf den Aspekt des „perfekten Klienten“ eingeht und sagt, dass das das sei, was man sich wünsche. **Diese Aussage klingt zwar anerkennend, zeigt aber trotzdem eine gewisse Zurückhaltung und ein Misstrauen. Es könnte auch heißen: „zu schön, um wahr zu sein“.** Damit wird hier eine doppelte Botschaft gesendet. Herr Quante wirkt überrascht (ja?) und als würde er lächeln. Hat er mit dieser anerkennenden Reaktion nicht gerechnet? Hat er mehr Misstrauen erwartet? Oder bemerkt er die Zurückhaltung nicht? Frau Dorenkamp fährt fort und bekräftigt die Anerkennung, obwohl auch hier noch eine gewisse Zurückhaltung durchklingt (*hört sich richtig gut an*). Dennoch kann dies als Anerkennung gelesen werden. Sie setzt an, um weiterzusprechen, möglicherweise um zusammenzufassen, was sie gehört hat, wird jedoch vom Klienten unterbrochen. Dieser erzählt ungefragt weitere Details über das, was er zuvor umrissen hatte. Es scheint, als habe ihn die Anerkennung ermutigt, mit dem Stil, mit dem er begonnen hatte, weiterzumachen. Um noch mehr Anerkennung zu bekommen? Die Ausführungen wirken sprunghaft und die Sätze werden nicht beendet, so als müsse er weiter überzeugen. Spürt er die Zurückhaltung der Fachkraft? Inhaltlich dreht es sich um den Zusammenhang zwischen dem Auto fahren unter Drogeneinfluss, den (gerichtlichen) Folgen und der, sich daraus ergebenden zeitlichen Perspektiven. Der Beitrag endet mit der Nennung des Datums 15.02., das er als Beginn seiner Abstinenzphase genannt hatte. Der Satz bleibt unvollendet und es wird nicht deutlich, was Herr Quante ausdrücken möchte. **Das Satzende ist geprägt von zunehmender Unsicherheit**, die durch die Pause und das Füllwort „ja“ sichtbar wird, dem eine weitere Pause folgt. Dies

erweckt den Eindruck, als ob Herr Quante selbst nicht genau wisse, was er sagen möchte und als ob er diese Unsicherheit mit der Wiederholung von Bekanntem, von dem er glaubt, dass es seiner Sache dienlich sein könnte, zu überspielen versucht. Dies wiederum lässt möglicherweise darauf schließen, dass Herr Quante sich unter Druck gesetzt fühlt. Was löst diesen Druck aus? Die bevorstehende Begutachtung? Die zunächst zurückhaltende Reaktion von Frau Dorenkamp? Hat er das Gefühl, dass er etwas beweisen muss? Eine andere Erklärung wäre, dass diese Impulsivität verbunden mit einer gewissen Unstrukturiertheit, wie sie im letzten Abschnitt deutlich wird, ein Hinweis auf den Konsum von Amphetaminen sein könnte⁶⁷. Sollte letzteres der Fall sein, so würde dies die bisherigen inhaltlichen Aussagen konterkarieren und die Frage aufwerfen, warum er sich dann so bemüht, Frau Dorenkamp zu überzeugen, die keinen Einfluss auf die Begutachtung hat. Die Frage ist, ob dem Klienten das klar ist oder ob er denkt, dass bescheinigte Termine in einer Suchtberatungsstelle möglicherweise dazu beitragen könnten, die Gutachter positiv zu beeinflussen. Dies sind Fragen, die zunächst offen bleiben müssen. **Alle Lesarten haben jedoch gemeinsam, dass eine Unsicherheit über die genauen Absichten und das Anliegen des Klienten bleibt, obwohl er diese scheinbar offensiv präsentiert. Dies spiegelt Frau Dorenkamp durch ihre zurückhaltenden Reaktionen, obwohl sie die Äußerungen des Klienten gleichzeitig scheinbar anerkennt. Dies führt wiederum dazu, dass Herr Quante seine Äußerungen wiederholt und mit mehr fragmentarischen Details ausschmückt, dabei aber immer unsicherer wirkt.**

Frau Dorenkamp: Wo gehen Sie jetzt hin? #00:02:08–6#

Herr Quante: Ich bin also Tests mache ich bei Frau ähm Dr. B. #00:02:12–7#

Frau Dorenkamp: Ja #00:02:15–9#

Herr Quante: und äh die MPU Vorbereitung, die mach ich bei, Sie kennen das, Institut M., in G.-Stadt (.)//mmhm//(.) Dort mache ich meine ähm Seminare, meine Vorbereitungsseminare. (.)(.) #00:02:26–8#

Frau Dorenkamp: Was kost das? #00:02:30–3#

Herr Quante: (.)(.) In G.-Stadt jetzt 1.300 Euro. #00:02:34–0#

Frau Dorenkamp: Ne! (.)(.) #00:02:37–4#

Herr Quante: Ich werd auch hier abgeholt. ähm Insgesamt hab ich da 4 Seminare noch. Ich hab jetzt am 20. also jetzt (.) nächste Woche? am 20. 06 mein nächstes Drogenseminar da.(.) und ähm ja. #00:02:48–1#

⁶⁷ Das Gespräch fand um 7 Uhr morgens nach der Nachtschicht des Klienten statt.

Frau Dorenkamp beginnt ein neues Thema. Sie fragt nach, wo er denn hinginge. Dies ist zunächst erstmal eine inhaltlich unklare Frage. Sie bezieht sich möglicherweise auf die Tatsache, dass Herr Quante Hilfe in Bezug auf seine Vorbereitung auf die MPU in Anspruch genommen hat, diese Hilfe aber nicht in der Beratungsstelle stattfindet, obwohl Frau Dorenkamp Herrn Quante nach einer kurzen Kontaktaufnahme zu ihrem Kollegen weitergeschickt hatte. Die Frage könnte sich aber auch auf etwas anderes beziehen. Herr Quante antwortet, dass er „Tests“ bei einer Frau Dr. B. mache, weicht damit der Frage nach dem anderen Institut aber aus. Auch aus dieser Antwort wird nicht wirklich klar, was er damit meint. Er scheint aber davon auszugehen, dass Frau Dorenkamp weiß, was er meint und dass sie diese Äußerung einordnen kann. Mit dieser Einschätzung scheint er richtig zu liegen, denn Frau Dorenkamp reagiert mit einem „Ja“. Wobei auch hier nicht deutlich wird, ob sie meint, dass sie den Klienten verstanden hat oder ob sie tatsächlich weiß, wovon er spricht. Nun benennt Herr Quante das Institut, bei dem er die „Vorbereitungsseminare“ für die MPU macht. Die Bemerkung „sie kennen das“ in Bezug auf den Namen des Instituts deutet darauf hin, dass es sich möglicherweise um eine spezifische „Szene“ oder einen „Markt“ handelt, auf dem mehrere Akteure mit dem gleichen oder ähnlichen Angebot tätig sind und zu dem auch die Beratungsstelle gehört. Aus einer anderen Perspektive könnte es sich um einen Kompetenztest handeln: Kennt die Beraterin das Institut oder kennt sie es nicht und weist seinen Einwurf zurück?

Frau Dorenkamp äußert sich nicht direkt. Stattdessen reagiert sie lediglich mit einem Hörsignal und fragt unvermittelt nach den Kosten. Dies überrascht und ist insofern erklärungsbedürftig, dass es in Bezug auf das geäußerte Anliegen erst einmal irrelevant erscheint. Hier fokussiert Frau Dorenkamp möglicherweise den oben angesprochenen Markt, auf dem die Beratungsstelle ein weiterer Akteur und das Institut ein Mitbewerber zu sein scheint. **Hier wechselt sie damit spontan und für den Klienten unberechenbar in die Rolle einer Leitung oder Managerin der Organisation. Dass Herr Quante dieses Institut besucht, scheint ein latentes Konfliktthema zu sein, denn es überlagert die Kommunikation nun schon seit Anfang des Gesprächs.** Herr Quante scheint entweder überrascht über die direkte Nachfrage oder er überlegt, ob er etwas dazu sagen möchte, denn es entsteht eine kurze Pause. **Beide Deutungen weisen auf Unsicherheit hin.** Herr Quante entscheidet sich dazu auf die direkte Frage auch direkt zu antworten und nennt

einen Betrag. Frau Dorenkamp kommentiert diesen mit einem spontanen Ausdruck der Überraschung. **Sie bleibt damit in der Leitungsrolle.** Dies könnte von Herrn Quante auch als Anklage gedeutet werden: „Viel zu teuer eingekauft, bei uns wäre es günstiger gewesen.“ Es entsteht eine längere Pause, bevor Herr Quante antwortet. **Auch dies deutet wieder auf Unsicherheit hin.** In seiner Antwort zählt er Leistungen auf, die er für diesen Geldbetrag bekommt oder von denen er davon ausgeht, dass er sie bekommen wird, weil sie möglicherweise vertraglich vereinbart wurden. **Die Aufzählung wirkt wie eine Rechtfertigung,** bei der sich sprachlich das gleiche Muster (sprudelndes Erzählen, ungefragte Details, Sätze werden nicht beendet, das Ende mit Stottern und einem unsouverän wirkendem Abschluss) zeigt, wie zuvor. **Die Unsicherheit des Klienten ist weiter gestiegen und die vielen Worte sind ein Versuch dies zu überspielen.**

Frau Dorenkamp: (.)(. Ich gucke so entsetzt. (.) Haben wir da beim letzten Mal drüber gesprochen? Oder hatten Sie mir von der MPU damals nichts erzählt? #00:02:57–6#

Herr Quante: Ähm #00:02:58–2#

Frau Dorenkamp: Weiß ich nicht mehr #00:02:58–2#

Herr Quante: Doch äh äh, hat äh hat, hab ich ja erzählt gehabt äh #00:03:02–6#

Frau Dorenkamp: und hab ich sie eher an (??? unverständlich) verwiesen oder? #00:03:04–4#

Herr Quante: Ja, genau ja, bin ja jetzt, hab ja jetzt auch noch mal ähm neu angefangen. (nachdenklich zu sich selbst) Ich weiß auch gar nicht, wie ich da dahin gekommen bin. #00:03:12–5#

Frau Dorenkamp: Aber Sie #00:03:12–5#

Herr Quante: Aber ach so, ach so, weil ich, ich war noch mal bei der Führerschein-Stelle gewesen // mmhm // weil ja meine ähm (.)(. bei der Zufis(?) wurde mir eigentlich geraten, ich sollte das lieber da machen (.)(. wurde mir so in Dings empfohlen so äh, dass ich mich da bei Frau K. halt melden soll. // mmhm // #00:03:32–5#

Frau Dorenkamp: (.)(. Herr Quante. wir machen erst mal das das Andere #00:03:36–6#

Herr Quante: Ja. #00:03:36–6#

Frau Dorenkamp verbalisiert einen weiteren möglichen Grund der Verunsicherung des Klienten: Sie hat „entsetzt“ geschaut. Dieses geschieht nach einer Gesprächspause. Möglicherweise hat sie realisiert, dass das Gespräch in eine Sackgasse geraten ist, im Modus der Selbstreflexion ihren Anteil daran erkannt und mit Hilfe von Metakommunikation verbalisiert. Das „entsetzte“ Schauen wirft inhaltlich die Frage auf, ob Herr Quante etwas falsch gemacht hat und wenn ja, was. Weiterhin lässt sich

die Frage stellen, was genau sie an der Höhe des genannten Geldbetrages entsetzt. Das diese offenbleibenden Fragen zur Verunsicherung des Gegenübers beitragen, erscheint plausibel. Ein weiterer Umstand mag zur Verunsicherung des Klienten beitragen. Das Erstgespräch findet in einem Beratungssetting statt, in dem ein spezifisches rollenförmiges Verhalten des Beratenden erwartet werden kann. Dies sieht nach einem gängigen Konzept (z. B. Kähler; Gregusch 2015, S. 76 ff.) vor, dass der oder die Berater_in sich Äußerungen des Klienten gegenüber nicht wertend verhält, zur Selbstdarstellung einlädt und ggf. vertiefende Nachfragen stellt, um den / die Klient_in besser verstehen zu können. Dies ist hier nicht der Fall, da Frau Dorenkamp sich nicht an diese „Regeln“ hält. Dies kann auf eine selbstherrliche Willkür hindeuten, bei der Frau Dorenkamp selbst die Instanz ist, die die Regeln des Miteinanders bestimmt, sodass andere sich nach ihr richten müssen. Eine weitere Lesart wäre, dass sie sich einfach authentisch verhält, gemessen an dem, was ihr in diesem Moment gerade wichtig ist oder in den Kopf kommt und dass sie dafür willkürlich zwischen verschiedenen beruflichen Rollen (Beraterin, Managerin, Kollegin, konkurrierende Akteurin in einem Wettbewerb um Ressourcen) springt. **Diese Unberechenbarkeit des Verhaltens führt in dieser Situation, bei der der Klient sich möglicherweise auf eine bestimmte Rolle und dem, was er sich darunter vorstellt (hier Suchtberaterin), eingestellt hat und in der sich noch kein eindeutiges Verhältnis gegenüber der Person herauskristallisiert hat, zu Unsicherheit und ev. zu Misstrauen.**

Die darauffolgenden Nachfragen wirken in den Lesarten selbstherrliches oder spontan willkürliches Verhalten zunächst inquisitorisch und könnten ein Rechtfertigungsverhalten des Klienten evozieren, wodurch dieser weiter unter Druck gesetzt wird. Eine andere Lesart wäre, dass sie sich selbst in Frage stellt und versucht zu rekonstruieren, ob sie in der Verweisung vielleicht einen Fehler gemacht haben könnte. **Beiden Lesarten haben gemeinsam, dass eher eine weitere Verunsicherung als das Gefühl von Sicherheit beim Klienten evoziert wird. Der Verlegenheitslaut des Klienten bestätigt zumindest eine Verunsicherung.** Die nächste Äußerung der Fachkraft beinhaltet eine Information auf der Sachebene („Erinner mich nicht mehr“). Dies spricht eher für die Lesart des Nachfragens und des Versuchs einer Rekonstruktion des tatsächlich Geschehenen. **Diese Deutungsmöglichkeit scheint bei Herrn Quante aber nicht anzukommen, denn er reagiert sehr verunsichert.** Dies zeigt sich an seinem stotternden Satzbau in Verbindung mit vielen „ähs“. Möglicherweise deutet er das Verhalten auf der Basis

seiner biografischen Erfahrung und damit auf der Basis seines impliziten Beziehungswissens als Konfrontation. Frau Dorenkamp setzt nach und bringt den Kern des Ganzen zur Sprache: „Ich hatte sie doch an ??? (Unverständlich)⁶⁸ verwiesen“. **Möglicherweise ist sie aufgrund ihrer Identifizierung mit ihrer Einrichtung (die sie aufgebaut hat und in der sie mehrere Rollen⁶⁹ ausfüllt) emotional gekränkt, weil Herr Quante ihrer damaligen Überweisung, an die sie sich selbst nicht erinnert, nicht gefolgt ist. Dies deutet auf einen Deutungsmachtanspruch gegenüber der Autonomie des Klienten hin.** Wieder reagiert Herr Quante verunsichert und kann sich selbst nicht mehr erinnern, wie er „dahin gekommen“ ist. Frau Dorenkamp setzt zu einer Erwiderung an, die mit „Aber“ beginnt, was auf eine andere Meinung hindeutet (z. B., dass er sich doch erinnern können müsste o. ä.), wird aber vom Klienten unterbrochen. Dieser erinnert sich jetzt doch wieder, dass ihm auf der Zulassungsstelle des Landkreises, die für die Erteilung bzw. Wiedererteilung von Fahrerlaubnissen zuständig ist, geraten wurde, sich bei einer „Frau K.“ zu melden und dass er es „lieber woanders“ machen soll. Wie die genannte Person genau ins Bild passt, wird nicht klar. Im Gegenteil scheinen die Zusammenhänge immer verworrener zu werden, weitere Fragen aufzuwerfen und sich vom grob formulierten Anliegen des Klienten (den jetzigen –abstinenten– Zustand aufrechterhalten, auch um seine Fahrerlaubnis wieder zu erlangen) zu entfernen. Es entsteht eine weitere Gesprächspause. **Das Gespräch ist in eine Sackgasse geraten. Die starke affektive Beteiligung von Herrn Quante deutet darauf hin, dass es sich hier um eine kairosartige Konstellation in Bezug auf die Entwicklung des Beratungsprozesses handelt. Diese bezieht sich darauf, dass es für ihn von entscheidender Bedeutung ist, wie Frau Dorenkamp sein „Fremd-gehen“ zur anderen Institution bewertet. Wird sie ihn anklagen und dafür verurteilen? Diese Lesart wird gestützt durch seine Aussagen im Nachinterview.**

⁶⁸ In der Audioaufnahmezeichnung ist dieser Teil nicht zu verstehen. Es spricht jedoch einiges dafür, dass sie ihn an ihren Kollegen verwiesen hat, der für diese Art von Beratung in der Suchtberatungsstelle zuständig ist. So geht es zumindest auch aus der Nachbefragung der Fachkraft hervor: „Ja, ich also in diesem kurzen Gespräch erkläre ich das immer, sage ‚ich find ja gut, dass Sie gekommen sind, aber für die MPU ist mein Kollege zuständig‘. Und schicke den dann praktisch zu meinem Kollegen“. (Nachgespräch mit Frau Dorenkamp zum Gespräch mit Herrn Quante: #00:04:54–0#)

⁶⁹ Die Rollen sind Suchtberaterin, Suchttherapeutin und Leitung.

„Hm, ich war letztes Jahr war ich schon mal bei Frau Dorenkamp gewesen, auch nur zum Erstgespräch. Weil ich hatte nämlich letztes Jahr schon mal 'ne MPU angefangen, hab denn aber vom Gericht, ich sag mal, 'ne Sperre bekommen. Und dann hatte ich mich aber nicht noch mal bei Frau Dorenkamp gemeldet, also ich war nur einmal da gewesen. Und denn ja, jetzt nach einem Jahr wieder hin. Da hatte ich erst 'n bisschen Bedenken gehabt so, [...] Da dachte ich so, weil meistens ja, ich kenn das z.B. ähm aus (unverständlich) oder wenn irgendwas ist s, da sagten sie auch "es kann doch nicht sein, dass ich mich ein Jahr nicht mehr gemeldet hatte" oder irgendwas so. [...]“ (Nachinterview mit Herrn Quante #00:10:01–3#–#00:10:31–2#

Frau Dorenkamp scheint zu merken, dass Herr Quante affektiv beteiligt ist. Sie realisiert die, von Herrn Quante befürchtete Möglichkeit einer Anklage nicht, greift das Thema aber auch nicht im Sinne einer Entlastung für ihn auf. Indem sie ihn direkt mit seinem Namen anspricht, schlägt sie stattdessen vor mit dem „Anderen“ weiterzumachen. Gemeint ist wahrscheinlich die „Aufnahme der Personalien“. Der Unterschied zur ersten Situation, in der dieser Vorschlags unterbreitet wurde, ist, dass diese keine sprachliche Möglichkeit des Ausweichens mehr enthält. Es handelt sich diesmal mehr um eine Ansage, als um einen Vorschlag. **Damit übernimmt Frau Dorenkamp erneut und diesmal noch restriktiver die Führung im Gespräch im Modus von Machtausübung. Dies wird nun von dem Klienten ratifiziert, der möglicherweise eingeschüchtert oder erleichtert ist, dass es zu keiner Anklage gekommen ist, obwohl sie kritisch nachgefragt hat.**

Die nächsten beiden Sequenzen stammen aus dem Teil des Gespräches, in dem Frau Dorenkamp die Daten aufnimmt, die sie „Personalien“ genannt hat. In der Tat gestaltete sich dieser Teil als eine Art routiniertes Abfragen von Daten. Frau Dorenkamp hat Herrn Quante danach gefragt, wie oft er denn noch dort zum Seminar müsse und sich den Flyer des Instituts zeigen lassen, den Herr Quante mitgebracht hat.

Frau Dorenkamp: (vorlesend) Für Einzeltermin mit Fr. K. #00:14:30–4#

Herr Quante: Ja genau. Sie ist selber Doktor äh, ja. #00:14:33–4#

Frau Dorenkamp: Hat sie das gesagt? (...) Keine Ahnung? #00:14:38–1#

Herr Quante: Das hab ich von anderen, ich hab noch andere Unterlagen. Da steht das glaub ich drauf zu Hause. Ich hab das bloß jetzt, damit ich überhaupt was mit hab, schnell eingepackt. #00:14:45–5#

Frau Dorenkamp: Na, es hätte mich jetzt bloß interessiert. Ich finde die, die Summe finde ich natürlich ganz schlimm, 1300€. #00:14:52–7#

Herr Quante: Ja. Aber ähm, das wollen wir, wie ich es vorhin gesagt hab, ich wollte das jetzt einfach unbedingt ähm... #00:15:00-7#

Frau Dorenkamp: Ist ja ok. Und ich sag mal, Sie verdienen Geld und das ist sicherlich auch nicht ganz so wenig. #00:15:04-7#

Frau Dorenkamp liest aus dem Flyer vor. Ist es eine Kostenaufstellung, mit den Preisen für einen Einzeltermin mit Frau K.? Herr Quante gerät in eine Rechtfertigungshaltung. Er behauptet, Frau K. sei ein „Doktor“. Versucht er damit die, von Frau Dorenkamp latent in Frage gestellte Kompetenz der Einrichtung aufzupeppen und sie „fremd zu inszenieren?“ Wenn dem so sein sollte, fühlt er sich vielleicht angegriffen, weil er sich mit der Einrichtung identifiziert und hat das Gefühl, sich verteidigen zu müssen. Hier wiederholt sich das Thema aus einer früheren Szene: Herr Quante hat die andere Einrichtung vorgezogen. Wird Frau Dorenkamp ihn doch noch anklagen? Herr Quante versucht auszuweichen, indem er anbietet, den Titel der Frau K. nachzuschauen. Frau Dorenkamp lenkt ein und deklariert ihren Einwand als persönliches Interesse und nicht als Konfrontation für Herrn Quante. Gleichzeitig macht sie noch eine Bemerkung zur Summe, die sie „ganz schlimm findet“. Das Thema ist noch nicht vom Tisch. Herr Quante fängt an zu stottern. Mit diesem bewertenden Nachsatz hat er nicht gerechnet. Er gerät wieder unter Druck. Daraufhin rudert Frau Dorenkamp erneut zurück und relativiert ihre Aussage, indem sie legitimiert, dass Herr Quante diesen, aus ihrer Sicht zu hohen Preis bezahlt. In dieser Phase schwankt sie zwischen ihrer Rolle als Beraterin und als Leiterin der Einrichtung, die auch im Blick haben muss, wie ihre Angebote am Markt platziert sind. **Für Herrn Quante bedeutet dieser erneute Rollenwechsel von Frau Dorenkamp eine Verunsicherung, denn er kann nicht sicher sein, ob das Thema nicht doch nochmal angesprochen wird und er erneut das Gefühl bekommt, sich rechtfertigen zu müssen.**

Herr Quante: Das war letztes Jahr, wo ich angefangen hab, ich war auch bei Herrn äh...//S.//, Herr S⁷⁰. auch gewesen und äh (.) ja. Der hatte mir auch gesagt, ich sollte eigentlich kurz vorher ähm ja. #00:15:20-0#

Frau Dorenkamp: Wir machen das anders. Wir machen nur Einzelgespräche. Also Herr S. bietet das an, der macht nur ^LEinzelgespräche.

Herr Quante: Ich wollte ja vorher ungefähr, kurz bevor das Dings. ^L #00:15:28-5#

Frau Dorenkamp: Genau. #00:15:29-0#

⁷⁰ Bei Herrn S. handelt es sich um den Kollegen von Frau Dorenkamp, an den sie ihn verwiesen hatte.

Herr Quante: Aber ich muss ehrlich sagen, ich hab ja bei ihr auch so ein Erstgespräch gehabt und als ich das alles, weil die haben auch, weil ich ja doch 'n bisschen mehr, nicht nur eine Sache gehabt habe, //mhm//, das hat mir da alles 'n bisschen ähm vom Umfang her, beim Erstgespräch hat sich das 'n bisschen besser angehört. War zwar vom Preis her teuer, aber dachte ich, weil ich, ja. Oder die Angst, dass ich jetzt ähm. Das hat sich da 'n bisschen äh.. #00:15:53-1#

Frau Dorenkamp: Professioneller, ja? #00:15:53-8#

Herr Quante: Professioneller. #00:15:54-8#

Frau Dorenkamp: Ja, die beschäftigen sich ja auch nur damit, ja. #00:15:56-6#

Herr Quante: Nur damit. #00:15:57-5#

Frau Dorenkamp: Ja. Ja, ja. #00:15:58-9#

Herr Quante: Und weil ich so, die haben auch jetzt beim äh, bei Dings gemacht äh. (.) Na auf jeden Fall bei der Führerscheinstelle haben die gesagt, naja meine MPU wird nicht gerade leicht, sag ich jetzt mal, bei den 11 Sachen. Und dann auch die Schwarzfahrt noch. Und das, weil da alles mit Komplettpaket ist. //mhm// Herr. Dr. S. hat ja nur die Einzelgespräche gemacht, und ich hätte ja noch mal extra hin gemusst, weil er macht ja das nicht äh...Die Schwarzfahrt ist ja nicht direkt das mit den Drogen, das ist ja schon wieder 'n anderes. #00:16:26-6#

Frau Dorenkamp: Das ist was anderes. #00:16:27-4#

Herr Quante: Das ist ja schon wieder was anderes. Und da hab ich komplett alles mit einmal drinne. #00:16:31-0#

Frau Dorenkamp: //mhm// #00:16:32-0#

Herr Quante: Ob's nun was bringt, das kann ich Ihnen erst hinter her, also. #00:16:35-3#

Frau Dorenkamp: Ich denke mal bei dem Preis, da wär ich stinkesauer @(.)., -[↓] wenn das nicht...

Herr Quante: [↓]...Da hab ich auch gesagt, [↓] also bei dem Preis, wenn's denn nicht bringt. Die haben auch gesagt, die haben jetzt von der Durchfallquote her haben die 90%, oder 95%, die auch dann wirklich bestehen. Der Rest ist auch vieles, was auch ähm von einem selber aus kommt. Da hab ich jetzt auch beim Erstseminar dort gelernt, (.) die Psychologen, die merken ja wirklich, mach ich das jetzt nur wegen der MPU, mach ich das von mir selber aus. Da hab ich jetzt auch schon sag ich mal etliche Sachen gelernt, ich muss es von mir selber aus machen. Die kriegen da ja auch sofort mit, quatsch ich denen da jetzt sag ich mal, mach ich das nur wegen der MPU oder mach ich das von mir selber aus. Und ich hab jetzt auch selber mitgekriegt, naja dass jetzt ein paar Sachen anders laufen. Und da ich jetzt auch keine Drogen mehr nehme, dass jetzt ein paar Sachen auch äh, haben sich seit Februar jetzt doch 'n paar Sachen geändert. //mhm// Wo ich jetzt, wo mehr so kommt, dass ich auch wirklich das von mir aus will. Dass ich das alles jetzt so'n bisschen verändern tue. #00:17:37-6#

Frau Dorenkamp: //mhm//. #00:17:39-0#

Nun spricht Herr Quante das Thema von sich aus an und berichtet, dass er einen Termin bei Herrn S., dem Kollegen von Frau Dorenkamp, gehabt habe und dass dieser gesagt habe, dass er sich kurz vor etwas nicht

näher bezeichnetem melden soll. Nun ist es Frau Dorenkamp, die eher in eine Verteidigungshaltung geht und Herrn Quante mit der Aussage unterbricht, dass sie das hier anders machen und dass Herr S. nur Einzeltermine macht, obwohl dies von Herrn Quante nicht thematisiert wurde. Der Sinn ihres Einwurfs erschließt sich nicht sofort. Vergleicht sie ihr Angebot mit dem anderen an dem Herr Quante teilnimmt? In ihrer Rolle als Leitungskraft könnte sie dies kennen. Für Herrn Quante scheint sich ihr Einwand auch nicht ganz zu erschließen, denn er setzt seine Rede fort, wird aber wieder von Frau Dorenkamp unterbrochen. Die ratifiziert etwas, dass sie nicht wissen kann, nämlich was damals im Kontakt mit Herrn S. passiert ist oder nicht. Ahnt sie vielleicht etwas?

Herr Quante lässt sich nicht beirren und berichtet weiter von einem Erstgespräch, was er bei „ihr“, gemeint ist wahrscheinlich Frau K. vom anderen Institut, gehabt habe. **Die Einleitung „muss ich ehrlich sagen“ deutet darauf hin, dass es möglicherweise zu einem Geständnis oder einer Konfrontation seinerseits, worüber auch immer, kommen könnte.** Tatsächlich stellt sich heraus, dass er das Erstgespräch in dem Institut für sein Anliegen besser geeignet fand, obwohl es teurer gewesen sei. **Damit konfrontiert Herr Quante Frau Dorenkamp in ihrer Rolle als Vorgesetzte und Kollegin von Herrn S.** Auf diesen Aspekt geht Frau Dorenkamp ein und fragt mit einem Wort „Professioneller“? Was genau sie damit meint wird nicht klar. Vielleicht hat sie schon geahnt, dass dies der Grund für das „sich nicht melden“ von Herrn Quante gewesen sein könnte und will es nun ganz genau wissen. Damit wehrt sie die Konfrontation nicht ab, sondern deutet an, dass sie diese Entscheidung plausibel findet. Herr Quante bestätigt, indem er das Wort wiederholt, auch ohne zu klären, ob beide das Gleiche meinen. **Deutlich aber wird, dass Herr Quante dem Kollegen Herrn S. nicht zugetraut hat, ihm bei der Lösung seines Problems zu helfen. Er fand das andere Angebot zielführender.** Aber trotzdem hat er sich wieder gemeldet. An dieser Stelle böte sich die Gelegenheit nachzufragen, was ihn denn nun dazu bringt, sich erneut zu melden oder sein erneutes Hilfesuch zurückzuweisen, so wie er dies schon in der früheren Szene befürchtet hatte. Stattdessen bleibt Frau Dorenkamp in der Leitungsrolle und verteidigt ihren Kollegen erneut, indem sie sagt, dass die anderen ja nichts anderes machen würden. Dies klingt aber eher defensiv, fast als hätte sie es schon vermutet oder als ob sie es nicht zum ersten Mal hört. Warum diese Argumentation begründen soll, dass deren Angebot „professioneller“ im Sinne von zielführender sein soll, wird nicht

klar. Dennoch ratifiziert Herr Quante dies, indem er die Worte wiederholt und Frau Dorenkamp damit nicht erneut konfrontiert. Er begründet nun erneut, inhaltlich bezogen auf seine Situation, seine damalige Entscheidung. Diese Begründung wird von Frau Dorenkamp ratifiziert. Herr Quante greift ihre Worte auf und wiederholt seine Begründung. Nach einem Hörsignal von Frau Dorenkamp spricht er weiter und verleiht seiner Sorge Ausdruck, dass das nun alles nichts bringen könnte. **Frau Dorenkamp greift die Worte auf und ergänzt, dass sie bei dem Preis dann ganz schön sauer wäre. Dies ist noch mal ein entscheidender Punkt, denn sie hätte auch sagen können: „Dann sind Sie selber schuld, hätten Sie mal unser Angebot genommen“. Dies tut sie nicht, sondern wendet sich Herrn Quante nun wieder in ihrer Rolle als Beraterin zu.** Herr Quante scheint geradezu erleichtert zu sein, denn er fällt ihr ins Wort und berichtet umfänglich davon, was die Psychologen zum Thema „durchfallen“ gesagt hätten.

Für die Entwicklung einer Arbeitsbeziehung bedeutet dies einen entscheidenden Punkt. Das Thema „warum ist Herr Quante nicht wiedergekommen“ hat sich bis hierher durchgezogen und konnte nun geklärt werden. Dazu hat Herr Quante seine Rolle als unsicherer, hilfesuschender Klient verlassen und als autonom entscheidender Kunde begründet, warum er das andere Angebot für ihn angemessener fand. Damit ist er, auf der Basis seiner bisherigen Erfahrungen, das Risiko einer Zurückweisung durch Frau Dorenkamp eingegangen. Diese Sorge hatte ihn schon die ganze Zeit beschäftigt und auch im Nachgespräch brachte er dies zur Sprache (s. o.). Die hier dargestellte Szene ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil hier die Sorge von Herrn Quante vor Zurückweisung bei gleichzeitigem Signalisieren von Verstehen seiner damaligen Beweggründe angemessen aufgegriffen wurde. Im Nachinterview sagt er dazu:

„Also das war so erstmal, abgesehen davon äh war ich eigentlich so, ja erstmal hingehen und gucken, wie's wird so. (Leiser) Aber dann war ich eigentlich ganz positiv überrascht. [...] Es muss ja auch immer so 'n bisschen vom Gefühl, von der Chemie so stimmen, sag ich jetzt mal. Wenn man sich vielleicht unwohl fühlt oder, das war eigentlich ganz gut gewesen. [...] Also ich hatte sonst das Gefühl so, dass sie es auch so ähm verstanden hat. [...] (.) (.) Ähm, das war eigentlich, eigentlich war es nicht so, wo ich jetzt hinterher sagen könnte, [...], wo ich dachte "es kann doch nicht sein, dass ich mich nicht gemeldet hab" oder irgendwas anderes. Sie hat eigentlich keine weiteren Ansprüche gesagt, ist eigentlich jetzt so ja. Ich bin

jetzt so zufrieden, weil ich jetzt das Gefühl hab, dass mir da geholfen werden kann. (Nachinterview Herr Quante zum Gespräch mit Frau Dorenkamp #00:10:46-3# -#00:12:10-0#)

Dass Frau Dorenkamp keine weiteren „Ansprüche“ gestellt hat, deutet darauf hin, dass er das Gefühl hatte, hier so sein zu können, wie er ist. Positiv überrascht hat ihn, dass das möglich war, obwohl er zunächst ihre Hinweise auf Hilfe nicht angenommen und er möglicherweise deswegen ein schlechtes Gewissen hatte. Bei der oben stehenden Szene kann aus der Sicht von Herrn Quante insofern von einer kairosartigen Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess ausgegangen werden, als dass Herr Quante trotz zunächst zurückhaltender Reaktionen von Frau Dorenkamp das Setting des „Verhörten“ verlässt und an- und ausspricht, warum er das andere Institut gewählt hat. Dies wurde von Frau Dorenkamp aus seiner Sicht offenbar angemessen aufgegriffen, sodass die „Chemie“ nun stimmt.

„Und nun wollte ich mich jetztte noch mal bei Ihnen melden“

Nach dem, von Unsicherheit geprägten Anfang, der nur durch Frau Dorenkamps rigide Struktursetzung durchbrochen werden konnte, beginnt Herr Quante nun ausführlich zu berichten. Frau Dorenkamp äußert sich dazu im Nachinterview auf die Frage, ob und wenn ja, wie sie in Kontakt gekommen seien, wie folgt:

ich hatte auch gar nicht so das Gefühl, dass er irgendwas verschweigen möchte oder irgendwas nicht. Sondern auch so ein bisschen Erlösung. Jetzt kann ich das erzählen, was mit mir los ist und ich möchte gerne da was tun, dass das äh (.) was loswerden ja, so. Ich möchte loswerden, was alles passiert ist bisher und äh ja, das kann ich hier machen und da krieg ich auch Hilfe. Doch so hab ich das empfunden. (Nachinterview Frau Dorenkamp zu Gespräch Herr Quante #00:18:02-3#)

Was sie damit meint, zeigt sich in der nächsten auszuwertenden Sequenz, der seit der eben analysierten Sequenz schon ähnliche vorausgegangen sind.

Frau Dorenkamp: // mhm// Aber Sie sind ja nicht irgendwie gehemmt? Also ich find ja erstaunlich, wie Sie so erzählen, erzählen, erzählen. Das ist ja eigentlich immer so typisch bei Leuten, die drauf sind und nicht...Aber das scheint ja normal zu sein, dass Sie so, so viel... #00:20:22-8#

Herr Quante: Ja ich hab jetzt so gemerkt jetzt auch, so ein bisschen zwischendurch so, dass äh (.) naja die Energie manchmal so da ist. Wie so hyperaktiv fühle ich mich dann manchmal jetzt eigentlich. Obwohl ich jetzt eigentlich nischt mehr mache so. Ja. Ich hab auch letzte, letzte Woche, angefangen, früher waren die Hobbies jetzt nicht in Anführungsstrichen so da gewesen. Hab jetzt mit meiner Freundin angefangen, sind wir nach Q. so das Bad da in der Stadt, haben wir uns jetzt vorgenommen, einmal und letzte Woche waren wir zum ersten Mal da gewesen, dass wir ein-, zweimal die Woche schwimmen gehen. Irgendwas so, mal ne Aktivität, normale Aktivität anfangen so. Ja. (.) (.) Und nun wollte ich mich jetztte noch mal bei Ihnen melden, oder dass wir vielleicht, weiß ich nicht, weil meine große Sorge ist, wenn ich da jetzt noch zur MPU hingehe, ähm und gut ich hab jetztte seit 13 Jahren Drogen genommen. Und ich selber, wem wollten jetzt erzählen, ich hab ja wirklich angefangen, die MPU war der Hauptgrund, wo ich das jetzt anfangen musste sag ich jetzt mal. #00:21:38–3#

Frau Dorenkamp: Ja. #00:21:39–0#

Hat Frau Dorenkamp bisher nur implizit bei den Ausführungen von Herrn Quante zu seinen Konstruktionen nachgefragt, stellt sie nun nach einem neutralen Hörersignal zunächst eine rhetorische Frage, um dann ihre Bewertung der vorausgegangenen Situationen mitzuteilen: Für sie ist es wichtig zu unterscheiden, ob Herr Quante „drauf“ ist (aktuell Suchtmittel konsumiert hat) oder ob er auch im nüchternen Zustand aus ihrer Sicht ungewöhnlich⁷¹ mitteilsam ist. **Implizit ist mit dieser Bewertung die Beurteilung der Frage verbunden, ob es sich bei der Formulierung des Anliegens des Klienten um eine Strategie handelt, um durch den ‚freiwilligen‘ Besuch der Suchtberatungsstelle eine gute Ausgangsposition bei der Begutachtung der Fahreignung im Rahmen der MPU zu haben, oder ob das Anliegen⁷² des Klienten davon unabhängig und authentischer Natur ist.** Sie scheint zu dem Ergebnis gekommen zu sein, dass er nicht „drauf“ ist und teilt ihm dies relativ unverblümt mit. **Sie sagt sehr direkt und ohne sprachliche Schnörkel, wie die Dinge aus ihrer Sicht liegen. Dies wirkt für eine Beratung erneut mindestens unkonventionell.** Es entsteht eine kleine Pause. Herr Quante lächelt. Auf die Frage, wie sie das Lächeln interpretiert hat, sagt sie im Nachinterview:

⁷¹ Im Nachinterview sagt sie dazu: „Also ich muss sagen, zum Anfang hab ich gedacht, er nimmt noch was, weil er so euphorisch, so sprudelnd erzählt hat, was ja eigentlich immer so ein Zeichen dafür ist. Ich hab ihm das auch reflektiert, hab das auch, weil mir das so aufgefallen ist, da hat er bloß gelächelt drüber [...]“ (Nachinterview Frau Dorenkamp zum Gespräch mit Herrn Quante #00:14:26–2#)

⁷² Herr Quante hat berichtet, dass er wegen der MPU mit dem Drogenkonsum aufgehört und gemerkt habe, dass es ihm damit besser geht. Nun möchte er das dies so bleibt (vgl. #00:01:19–5#).

„Also so so, ja ich kann, ich kann abstinenter leben, guck mal, ich kann das. So hab ich das interpretiert.“ (Nachinterview Frau Dorenkamp zum Gespräch mit Herrn Quante #00:15:30–6#)

Tatsächlich geht Herr Quante erklärend auf den Inhalt der Bemerkung von Frau Dorenkamp, dass er ihrer Meinung nach ungewöhnlich gesprächig sei, ein und bestätigt, dass er auch schon gemerkt hat, dass „zwischen durch“ „die Energie“ so da sei. Er fühle sich dann „wie so hyperaktiv“. Herr Quante ist von dem distanzierenden „man“ aus vorhergehenden Erzählungen zum „ich“ und ins Präsens gewechselt. Damit zeigt sich auch sprachlich das Ankommen in der Gegenwart. Weiter berichtet er von „neuen“, „normalen“ Freizeitaktivitäten, die er jetzt mit seiner Freundin (anstatt mit den „Kumpels“) unternehme. Mit dem Ankommen in der Gegenwart und dem Ausblick in die Zukunft scheint sich der Kreis für den Klienten zu schließen, denn er knüpft erneut daran an, dass er sich ja hier nochmal gemeldet habe und benennt einen weiteren Grund dafür: Er hat Sorge, dass ihm aufgrund seines langen Suchtmittelkonsums von den Gutachtern der MPU nicht geglaubt wird. Auch Frau Dorenkamp merkte im Nachinterview an, dass sie zunächst dachte, dass er weiter konsumieren würde und dass sie erst in dieser Interaktion zu dem Schluss kam, dass dies nicht der Fall sei. Herr Quante beweist eine gute Selbstreflexionsfähigkeit, indem er antizipiert, dass seine Art bei Beurteilern im Kontext von Sucht zunächst Misstrauen auslösen könnte. Möglicherweise hat er auch die Erfahrung gemacht, dass ihm seine authentischen Absichten in den anderen Institutionen, z. B. dem Institut, in dem er den Vorbereitungskurs für die MPU absolviert, nicht geglaubt wurden oder dass er sich dort nicht verständlich machen konnte. **In beiden Dimensionen hat er aktuell (und wahrscheinlich auch in dem kurzen allerersten Kontakt, an den Frau Dorenkamp sich nicht mehr erinnert) in dieser Organisation eine andere Erfahrung gemacht. Hier fühlt er sich verstanden.** Mit Blick auf die unkonventionelle, direkte Art der Kommunikation von Frau Dorenkamp kann auch gesagt werden: **Hier hat er das Gefühl, dass Frau Dorenkamp „seine“ Sprache spricht und dass er sich nicht einem anderen Sprachgebrauch anpassen muss, in dem er sich vielleicht ungeübt fühlt und in dem er sich in der Folge nicht glaubhaft verständlich machen könnte.**

Herr Quante: Aber ich weiß auch, der Psychologe will eigentlich, dass ich jetzt ein Jahr abstinenter nicht nur wegen der ähm.. #00:21:52–1#

Frau Dorenkamp: Wegen des Führerscheins. #00:21:52–9#

Herr Quante: Wegen des Führerscheins, der will ja wirklich, dass 'ne Veränderung da ist. Und da will ich mich wirklich, ja. #00:21:58-2#

Frau Dorenkamp: Aber jetzt sagen Sie gerade wieder, was der Psychologe will. Was wollen Sie? #00:22:01-8#

Herr Quante: Ich will ähm, meine Sorge ist eigentlich, dass ich denen das nicht vermitteln kann. #00:22:07-7#

Frau Dorenkamp: Ah ja, hm. #00:22:09-0#

Herr Quante: Also, dass ich das ähm ja von mir aus mache. Und da will ich jetzt noch mehr nutzen, dass ich jetzt noch mal zum Beratungsgespräch gehe, dass ich noch was mehr hab. Ich hab noch mehr getan jetzt so. Dass ich da ähm, ja. Ich kann zwar sagen, gut ich hab jetzt zwar ein Jahr lang, gut Abstinenznachweis musste ich ja machen. Ich hab jetzt vielleicht ein größeres Seminar, hab ne größere Vorbereitung gemacht. Aber der will ja sehen, was mach ich noch zusätzlich. Und da will ich jetzt noch zusätzlich jetzt ähm... #00:22:37-6#

Frau Dorenkamp: // mhm// Also ich sag mal grundsätzlich finde ich es sowieso gut, erstmal auch dieser was Sie jetzt zum Anfang gesagt haben, dass Sie gesagt haben, ähm ich möchte eben, ich genieße das, dass das jetzt so ist, dass ich nach so vielen Jahren drogenfrei leben kann ohne große Probleme. Zum Anfang ist das ja sicherlich schwerer gefallen, je länger der Abstand ist, umso einfacher wird's ja eigentlich. Ja. Ähm sicher können wir überlegen, wie wir das am günstigsten machen, ähm wie Sie das dem Psychologen vermitteln, ähm...Also ich sag eigentlich immer vom Prinzip her, seien Sie ehrlich. #00:23:19-2#

Herr Quante: Na das auch. #00:23:20-7#

Frau Dorenkamp: Sagen Sie, was mit Ihnen los ist. Dass Sie das festgestellt haben und dass Sie selber losgegangen sind und gesagt haben "ich weiß, da ist 'ne Beratungsstelle, da gehe ich jetzt noch mal hin und suche mir noch mal ein bisschen zusätzliche Hilfe". Wie lange das läuft oder wie lange der Zeitraum sein wird, das ist ja 'ne ganz andere Frage. Wir haben also einmal in der Woche auch Gruppe, dienstags 16 Uhr. Äh das würde ich Ihnen empfehlen. Das machen wir mit den anderen, die zur MPU kommen auch, dass wir sagen ähm "wer abhängig ist, sollte auch zur Gruppe kommen". #00:23:56-5#

Herr Quante: Hm. #00:23:57-4#

Die nächste Sequenz beginnt damit, dass Herr Quante darüber berichtet, was er denkt, was „der Psychologe“ (ist der Gutachter für die MPU gemeint?) von ihm möchte. Dabei fehlt ihm das letzte Wort, was von der Fachkraft ergänzt wird. Er will wahrscheinlich MPU sagen (Artikel „der“), sie ergänzt jedoch „wegen des Führerscheins“. Er ratifiziert diese Ergänzung, obwohl er nach einem anderen Wort, einem Fachwort, gesucht hat. Sie benutzt in der Ergänzung ein alltagssprachliches Wort. Dies könnte vom Klienten als Signal der Fachkraft verstanden werden, dass er auch mit einfachen Worten ausdrücken kann, was er möchte und trotzdem verstanden wird. **Dies könnte für den Klienten**

eine Entlastung darstellen und gleichzeitig das Vertrauen darin bestärken, dass er hier so sein kann, wie er ist, ohne sich dahingehend verstellen zu müssen. Auch könnte dies ein Signal von Frau Dorenkamp sein, dass sie weiß wie man sich ausdrücken muss, ohne sich zu verstellen. Sie inszeniert damit also ihre Kompetenz. Tatsächlich greift Herr Quante die Worte der Fachkraft auf, wiederholt und ergänzt sie um weitere Details über das, was er denkt, was der Psychologe von ihm hören will. Es klingt ein wenig nach Prüfungsangst. Er scheint das Gefühl zu haben, der Situation nicht gewachsen zu sein.

Frau Dorenkamp fragt nach den Wünschen des Klienten und kritisiert implizit den Versuch sich strategisch verhalten und versuchen zu wollen, zu antizipieren, was der Psychologe von ihm hören möchte. Sie konfrontiert ihn. Er greift zunächst ihre Worte auf, folgt ihr also ein weiteres Mal, ändert dann aber die Strategie und berichtet von seiner „Sorge“, nämlich dass er „denen“ „das“ nicht vermitteln kann. Hier wird wieder die unpräzise Sprache in einer Situation von Verunsicherung deutlich. Er versucht ihr gegenüber nicht mehr etwas zu inszenieren, sondern sagt, wie es für ihn ist. Sie begleitet die Aussage mit einem Hörersignal, ohne nachzufragen und ihn damit indirekt zu korrigieren. Er präzisiert, was er meint, indem er sein Anliegen, dass er wirklich etwas verändern möchte, wiederholt und aufzählt, was er bis jetzt schon dafür getan hat. **Frau Dorenkamp und Herr Quante arbeiten zusammen. Gleichzeitig offenbart Herr Quante seine Strategie. Er legt die Karten auf den Tisch: Damit zeigt er sein Vertrauen.** Frau Dorenkamp nimmt dazu differenziert Stellung: Sie sagt, was sie bisher von ihm und seinem Anliegen verstanden hat und gibt ihm die Zusage, dass und wie sie ihn bei seinem Anliegen unterstützen will. **Dabei spricht sie im letzten Teil der Sequenz von „wir“.** Auch sie hat ihr Misstrauen abgelegt und ist bereit mit dem Klienten weiter zu arbeiten. Der Beitrag der Fachkraft endet mit dem Ratschlag, dass Herr Quante „ehrlich“ sein soll. Dies stellt in zweifacher Hinsicht einen Bruch der Beratungskonventionen dar: 1. Ein Ratschlag kann immer nur allgemeiner Natur sein und sich damit nicht auf die spezielle subjektive Situation des Klienten beziehen, außer wenn er von außen kommt und in einer ambivalenten Situation geradezu dazu einlädt ihn abzulehnen. 2. Der Rat „ehrlich“ zu sein impliziert, dass Frau Dorenkamp davon ausgeht, dass Herr Quante oder die Klienten, die sie in diesem Kontext kennengelernt hat, „unehrlich“ waren, d. h. gelogen haben. Dies wäre ein Griff in die ganz alte Mottenkiste der **Vorurteile gegenüber Suchtkranken: nämlich, dass**

sie lügen und dass dies zur Krankheit dazu gehört. Andererseits wiederholt sich hier das Muster der Fachkraft ihn sprachlich (durch eine, möglicherweise auch an die Erfahrungswelt des Klienten andockende Alltagssprache) und inhaltlich dort abzuholen, wo sie ihn vermutet und damit das Vertrauen weiter zu stärken. Trotzdem wirkt dieses Verhalten paternalistisch. Tatsächlich weist Herr Quante den Rat in Teilen zurück. Zumindest scheint er jedoch nicht ganz davon überzeugt zu sein, dass es so einfach sein soll, denn es folgt eine eher zurückhaltende Antwort, in der er ihr nur zum Teil Recht gibt („das auch“). **Ist er ihr bis hierhin sprachlich immer sehr genau gefolgt und hat damit auch immer gesagt, was er vermutet hat, was sie vielleicht hören möchte, traut er sich hier, ihr zumindest nicht in allen Teilen zu folgen und einen leisen Zweifel durchblicken zu lassen, ob das denn wohl ausreicht.** Bereits zuvor hatte er die Sorge formuliert, dass es gerade nicht ausreicht ehrlich zu sein, wenn die objektiven Daten (langjähriger Drogenkonsum, wiederholter Verstoß gegen die StVO, der Beginn der Veränderung mit Anordnung der MPU und nicht freiwillig) daran zweifeln lassen, dass er wirklich etwas verändern will. **Hier zeigt sich erneut das Vertrauen, diesmal in Form der Risikobereitschaft, da er eine Zurechtweisung auf der Beziehungsebene oder eine Zurückweisung seines Anliegens riskiert.**

Dies geschieht nicht. Stattdessen reformuliert Frau Dorenkamp ihren Ratschlag „seien sie ehrlich“, obwohl Herr Quante diesen bereits angezweifelt hatte. Damit bewegt sie sich nicht mehr auf der Explorationsebene, sondern schon auf einer Lösungsebene. Dann macht sie einen Schwenk und bringt „die Gruppe“ ins Spiel, die sie „sehr empfehlen würde“. Dies klingt aber eher nach einer Verordnung als nach einer „Empfehlung“ oder nach einer Standardmaßnahme, die „wir“ hier „immer so machen“. Gleichzeitig bringt sie, möglicherweise auch im Modus von Routine, das Wort „abhängig“ ins Spiel, obwohl Herr Quante in der Szene zuvor gezeigt hat, dass er stolz darauf ist schon seit geraumer Zeit nicht mehr zu konsumieren. Sein zentrales Problem und seine hauptsächliche Sorge besteht stattdessen darin, dass er das Gefühl hat, dass ihm nicht geglaubt wird. Indem Frau Dorenkamp nun scheinbar im Modus von Routine erst eine Gruppe empfiehlt und dann auch noch sagt, dass dies die Standardmaßnahme für alle sei, die „abhängig“ seien, könnte die Situation, die als Vertiefung der subjektiven Bewertung in Richtung „Vertrauen“ rekonstruiert wurde, wieder erschüttert werden. Frau Dorenkamp könnte in seiner Perspektive hiermit zum Ausdruck bringen, dass sie ihm doch nicht glaubt. Denkbar ist aber

auch, dass der Satz, da er von „wir sagen immer“ eingeleitet wurde, habituell abgespult wurde und von einer Einstellung von „Sucht als chronischer Krankheit“ ausgeht, bei der im System der suchtbezogenen Hilfen grundsätzlich von einer dauerhaft nötigen Unterstützung eines Klienten (vgl. Kap. 3.1.1) ausgegangen wird. Wie das Gruppenangebot Herrn Quante bei seinem speziellen Problem helfen soll, begründet sie an dieser Stelle nicht weiter. Für sie ist der Fall klar. Deshalb zeigt sich die Idee zur weiteren Zusammenarbeit, die Frau Dorenkamp hier präsentiert, als habituelle Standardlösung für ein spezifisches Problem. Herr Quante reagiert mit einem Hörsignal, das als Zurückhaltung oder als Aufmerksamkeit für das, was Frau Dorenkamp vorschlägt, gedeutet werden kann.

„Wenn wir uns einen Plan machen, wie wir das machen“

Frau Dorenkamp: Und ich sag jetzt mal so, wenn wir uns 'nen Plan machen, wie wir das machen, dann müssen wir einfach gucken, wie kriegen wir das hin, dass das über den April nächsten Jahres hinaus funktioniert. #00:30:40–8#

Herr Quante: Hm. #00:30:41–4#

Frau Dorenkamp: Ja. Darum ist denk ich so 'ne Anbindung an die Gruppe auch 'ne gute Sache. (.) Ähm, es ist ja auch so 'n bisschen, also wir haben ja in der Gruppe Regeln und ähm eine Regel ist u.a. Verbundenheit mit der Gruppe nennen wir das. Und ähm das erkläre ich immer so, dass man, wenn man mal nicht kommt, auch Bescheid sagt. Also dass man mit der Gruppe seine Verbundenheit auch dadurch zum Ausdruck bringt, dass man sagt, ähm wenn ich jetzt mal, auch selbst wenn ich mal keine Lust habe, kann ich da anrufen und sagen ich komme heute nicht, aber nächste Woche bin ich wieder da, oder übernächste Woche ja. Ähm also man hat so ein Stück Verpflichtung, weil man geht ja auch irgendwo ein Stück Verpflichtung ein, wenn man so 'ne Gruppe besucht. Man äh, ich denke für einige ist das ja auch so ähm (.) sie haben keinen, mit dem sie zu Hause über das Thema sprechen können, der da überhaupt sich vorstellen kann, was da überhaupt mit einem passiert. Und wenn Ihre Freundin noch nie was genommen hat, dann äh weiß sie das sicherlich auch nicht. Sie bemüht sich sicherlich für Sie Verständnis zu haben, aber so richtig weiß sie eigentlich nicht, warum das so, warum man über so einen langen Zeitraum Drogen nimmt und damit überhaupt nicht aufhört. Sind Sie sich bewusst, dass Sie abhängig sind von den Drogen? #00:32:09–9#

Herr Quante: (.) (.) Ja, unbewusst sag ich jetzt mal. Also ähm (.) (.) kann ich schwer sagen. Ich hab irgendwo das Gefühl gehabt, ich könnt ja auch von jetzt auf ähm (.) (.) Ja, ich hab eigentlich auch deswegen auch nur aufgehört. Das ist ja das eigentlich jetzt so. Vorher, ich hätte jetzt vorher nicht gesagt, ich hör mit dem Zeug auf, weil ich jetzt das will. Jetzt war eigentlich 'n Grund da, warum ich das gemacht habe. Hab denn jetzt dadurch erst so mitgekriegt so, dass ähm so ein paar Sachen ja doch besser sind. #00:32:47–2#

Frau Dorenkamp: Und im Alltag kommen Sie jetzt aber klar, es fehlt Ihnen nichts? #00:32:52–0#

Herr Quante: Fehlt mir nicht so, ja. Ist alles in Anführungsstrichen „noch bisschen klarer“ geworden, so was vorher immer noch, gerade auch die Sachen immer, wo ja zwischen- durch mit dem Anhalten, wo ich ja auch Straftaten beging wegen Drogen. Immer wieder eigentlich deswegen Ärger gehabt und vorher eigentlich nicht deswegen, sag ich mal nach dem dritten Mal, wo ich bei der Polizei war, hätt ich ja auch schon sagen können „oh jetzt haste schon so viel Stress damit gehabt“, hätte ja aufhören können. Aber ich hab trotzdem denn nicht gemacht so. Also das war ja davor die ganzen Strafsachen, war viel- leicht nicht, ja, nicht genug gewesen, also das hat noch nicht gereicht so mit Abhängigkeit, wo man das Unbewusste so... #00:33:31–7#

Frau Dorenkamp: Naja, das ist die Frage: Sind Sie sich im Klaren darüber, dass Sie abhän- gig sind? Nein, sind Sie nicht. #00:33:37–7#

Herr Quante: Naja so nicht, also im Moment nicht so. #00:33:40–4#

Frau Dorenkamp: Und diese Sache würde Ihnen bei der MPU ein Bein stellen. #00:33:42–7#

Herr Quante: Ja. #00:33:43–3#

Frau Dorenkamp: Denn danach fragt der Sie. Und der fragt Sie nicht so wie ich jetzt. #00:33:46–2# **Herr Quante:** Ja, ja. #00:33:46–8#

Frau Dorenkamp: Er sagt nicht: „Sind Sie abhängig?“, sondern er hinterfragt das anders. #00:33:50–4#

Am Anfang der Sequenz kündigt Frau Dorenkamp an, den Gesprächs- modus von Reflexion zu Management wechseln zu wollen, indem sie davon spricht, dass man sich gemeinsam („wir“) einen Plan machen wolle. Darauf reagiert Herr Quante erneut mit einem neutralen Hörer- signal. Danach wechselt Frau Dorenkamp das Thema und spricht er- neut werbend über die Funktion der Gruppe. Erst sind ihre Erklärun- gen allgemein, dann hört es sich so an, als spreche sie den Klienten di- rekt an. Dies präsentiert sich als Einleitung zu der überraschenden Frage, ob Herr Quante sich bewusst sei, dass er abhängig sei. Sie hat sich da offenbar schon ein Urteil gebildet. Diese direkte Frage, quasi die Gretchenfrage im Kontext einer MPU-Beurteilung, bringt den Klienten aus dem Konzept. Damit hat er nicht gerechnet. Er antwortet auswei- chend. Offenbar ist die Antwort auf die Frage eher ein „Nein“, er hält sich nicht für abhängig. Frau Dorenkamp geht auf die präsentierten Er- klärungen ein und hakt nochmal inhaltlich nach. Herr Quante geht da- rauf ein und berichtet über seine Ambivalenz in dieser Frage im Modus von Selbstreflexion. Das wollte Frau Dorenkamp aber nicht hören. Sie beantwortet ihre Frage selbst mit einem „Nein“. Es stellt sich nun her- aus, dass diese Nachfrage, welche zunächst im Modus von Empathie gestellt zu sein scheint, ein „Test“ bzw. eine Simulation der unterstell- ten Beurteilungssituation war. Frau Dorenkamp löst dies nun auf. Inso-

fern handelt es sich hier um eine offene Konfrontation, bei der ein Geständnis und nicht eine differenzierende Reflexion die einzig richtige Antwort gewesen wäre. Dies widerspricht ihrem Rat „Seien Sie ehrlich, sagen Sie, was mit Ihnen ist“. Insofern schafft sie hier eine Unmöglichkeitskonstruktion. Ist Herr Quante ehrlich, ist er in der MPU durchgefallen, bekennet er strategisch, dass er abhängig sei und gelobt Besserung, kann ihm Unehrlichkeit unterstellt werden und er riskiert, dass ihm nicht geglaubt wird. Diese Konstruktion schafft durch die Hilfe von Frau Dorenkamp eine Abhängigkeit. Die Unvorhersehbarkeit dieses „Tests“ verstärkt für Herrn Quante den Eindruck von Hilfsbedürftigkeit.

Herr Quante: Ist man abhängig? Drogen, Alkohol, davon ist man ja... #00:33:54-0#

Frau Dorenkamp: (.) Ähm ich denke, wenn das so wie das bei Ihnen gelaufen ist, wenn Sie so, Sie haben ja eigentlich nur unter Drogen funktioniert, die letzten 13 Jahre haben Sie vorhin gesagt. #00:34:09-3#

Herr Quante: Ja. #00:34:09-8#

Frau Dorenkamp: Ja, und ähm Sie haben aber trotzdem, ich mein Sie haben trotzdem 'n erweiterten Realschulabschluss gemacht, Sie haben 'ne Lehre abgeschlossen und haben gearbeitet. Wo soll denn jetzt eigentlich die äh (.) die Erkenntnis herkommen? Es hat ja, ihr Leben hat irgendwo funktioniert... #00:34:28-5#

Herr Quante: Naja, äh...^L

Frau Dorenkamp: ...von daher ist^L der Entzug des Führerscheins und diese Straftaten, die in dem Zusammenhang mit entstanden sind, 'n Glücksfall für Sie. (.) Weil er Sie auf den Weg geführt hat, auf dem Sie jetzt sind. (.) Sonst hätten Sie doch weiter Drogen genommen, es hat ja alles funktioniert, oder? #00:34:47-4#

Herr Quante: Nee, nee. Ja nee. Ich hab das schon, ist ja nicht nur, bei der ersten Lehre bin ich raus geflogen, ich hab ähm (.) so 'ne dicke Akte von so an Straftaten wegen ähm wegen Drogen. War bei der Bundeswehr, bin dort raus geflogen wegen Drogen. Also im Nachhinein so ist es eigentlich, bin ich mir eigentlich bewusst, dass ich mir dadurch viel versaut hab so im Nachhinein so. //mhm// Was mir jetzt eigentlich, ist alles jetzt so im Zeitraum zusammen gefallen, wo ich sag gut es ist alles ganz schön viel geworden. Mein Führerschein hab ich jetzt schon, musste ich 2011 abgeben. Ich hätte ihn ja nach'm ersten Mal (.) ja gleich meine MPU machen können. Nee ich bin... #00:35:34-5#

Frau Dorenkamp: Ja, da wären Sie durchgefallen. #00:35:35-4#

Herr Quante wirkt überrascht und will anfangen zu diskutieren, dass man doch wohl nur von Drogen oder Alkohol abhängig sein. Er ist noch gefangen in der Überraschung und nicht bereit für eine Reflexion der Situation auf der Metaebene. Frau Dorenkamp versucht das „Ergebnis“ ihres Tests damit zu erklären, dass er aus ihrer Sicht kein Bewusstsein dafür entwickeln konnte und bleibt mit dieser Aussage auf der Metaebene. Herr Quante versucht ihr zu widersprechen. Frau Dorenkamp

erläutert ihre Ansicht weiter und löst damit den Verdacht auf, den Klienten bloßstellen zu wollen. **Auf jeden Fall ist es aber eine Demonstration ihrer Macht und, in ihrer Darstellung eines unangekündigten Probetests, auch eine Inszenierung von Kompetenz. Offenbar weiß sie sehr genau, wie diese Tests laufen.** Herr Quante geht in den Widerspruch und erläutert, was wegen der Drogen in seinem Leben alles nicht gut gelaufen ist. Er hat die Intervention von Frau Dorenkamp nicht verstanden oder will sich nicht auf diese einlassen und bleibt auf der Inhaltsebene. Frau Dorenkamp ist inhaltlich noch bei dem Test und wiederholt das potentielle Ergebnis aus ihrer Sicht. **Herr Quante und Frau Dorenkamp reden aneinander vorbei. Frau Dorenkamp scheint den Klienten mit dem „Test“ in Form einer Konfrontation überfordert, auf der Ebene der Inszenierung von Kompetenz vielleicht aber auch beeindruckt zu haben. Auf jeden Fall hat sie ihn mit dieser Konfrontation verunsichert.**

Herr Quante: (.) (.) Ja, ich bin ja denn noch, ich bin ja 4 Jahre, 3 Jahre lang weiter schwarz gefahren und trotzdem Drogen genommen. Also ich hab ja denn trotzdem nicht meine MPU, ich hätt ja trotzdem, ich hätte ja 2011 mein ein Jahr Abstinenz äh, das hab ich ja nicht gemacht so äh...//mhm// So und da bin ich jetzt, 'n Haufen Schulden dadurch. Also das ist mir schon klar, dass wegen den ganzen Drogen eigentlich äh...Ich hab jetzt zwar so gerade gekriegt meinen (.) äh meinen Abschluss geschafft, das war auch mein Glück, warum ich nicht in Knast gekommen bin. Ich hab ja, bin ja dreieinhalb Jahre Bewährung gekriegt. Und das war genau in dem Zeitraum, ich hatte vorher noch meine Theorieprüfung gemacht, war denn beim Gericht, //mhm//, und konnte denn sagen, dass ich nächste Woche meine Abschlussprüfung habe. Das hat mir eigentlich ähm ja, nochmal den Kopp' gerettet, dass ich nicht äh (.) in Knast geh. Weil ich hatte vorher, beim ersten Mal, einen Monat lang Bewährung gekriegt, bin dann noch mal schwarzgefahren. So und wenn einmal schon Bewährung ist, ist es eigentlich ja so, wenn man inner Bewährungsstrafe die gleiche Strafe noch mal macht, kommt man ja, geht man gleich weg, ja. //mhm// Und hab dann eigentlich Glück gehabt, dass ich denn gerade meinen, gesagt hab, gut der Betrieb übernimmt mich dann auch, wenn ich meine Prüfung bestehe und ja haben sie's denn noch mal auf dreieinhalb Jahre Bewährung verlängert gehabt. Plus halt denn die dreieinhalb Jahre auch Führerschein weg. #00:36:53-5#

Frau Dorenkamp: Und die sind auch dann rum nächstes Jahr, die dreieinhalb Jahre Bewährung? #00:36:57-5#

Herr Quante: Äh (.) die sind dann noch nicht um. Die sind, mein Bewährungshelfer ist ja Herr ähm... #00:37:03-7#

Frau Dorenkamp: Herr M. #00:37:04-5#

Herr Quante: Herr M., äh die sind dann noch nicht um. Die gehen noch länger denn. Ein Jahr noch. #00:37:09-1#

Die nächste Sequenz beginnt mit einem längeren Sprechakt des Klienten, in dem er die Zusammenhänge zwischen den Ordnungswidrigkeiten, aufgrund denen er den Führerschein abgeben musste, den dazuge-

hörigen rechtlichen Verwicklungen (Schulden, wahrscheinlich aufgrund von Geldstrafen, Gerichtsverfahren, gerichtliche Auflagen etc.) und seinem Bemühen, um ein, in seiner Definition „normales“ Leben (Abschluss der Ausbildung, Übernahme in ein Arbeitsverhältnis) als eine „Rettung“ vor einer Gefängnisstrafe darstellt. Deutlich werden die bereits beschriebenen Kommunikationsmuster des Klienten, aber **auch, dass er bereitwillig kooperiert. Dies könnte auf Vertrauen hinweisen oder aber auch in die Richtung von Unterordnung aufgrund von Machtausübung gehen. Im Unterschied zu den, als vertrauensvoll rekonstruierten Sequenzen fehlt hier das Element des „Sprudelns“.** Frau Dorenkamp greift den Aspekt der Dauer der, zur Bewährung ausgesetzten Strafe auf. Damit fokussiert sie auf einen zeitlichen und objektiven Aspekt. Möglicherweise versucht sie die Aussagen des Klienten für sich zu strukturieren oder sie sammelt weitere „objektive“ Daten (s. Anfangssequenz). Es hätte auch die Möglichkeit gegeben, auf die subjektiven Aspekte dessen, was Herr Quante geschildert hat, zu fokussieren. Dies tut sie aber nicht, sondern fragt nach weiteren Details. Herr Quante reagiert mit einer kurzen Pause und einem Verlegenheitslaut. Er ist möglicherweise überrascht. Hatte er mit einer weiteren Aufforderung zur Ausführung seiner subjektiven Wahrnehmungen gerechnet oder hätte er dies gerne tun wollen? Er entschließt sich aber dann doch auf die Frage zu antworten und ergänzt die Antwort ungefragt um ein weiteres (objektives) Detail, nämlich, dass er einen Bewährungshelfer hat, dessen Name ihm aber jetzt nicht einfällt. Dies wirkt etwas übereifrig. Frau Dorenkamp geht auf diese neue Information ein, indem sie schlicht den Namen ergänzt, der dem Klienten nicht eingefallen war. Es scheint nur eine Möglichkeit zu geben, denn sie fragt nicht, sondern stellt fest, dass es dann wohl Herr M. sein muss. Wenn es stimmt, hat sie damit wieder ihre Kompetenz inszeniert und gleichzeitig gezeigt, dass Sie den Ausführungen von Herrn Quante aufmerksam folgt und im Sinne eines Dabeiseins angemessen auf ihn eingeht. **Für diese Lesart spricht, dass sie keine weiteren Nachfragen stellt oder ihren Beitrag einleitet. Herr Quante wiederholt den Namen von Herrn M. und bestätigt damit indirekt, dass es sich tatsächlich um ihn handelt. Dann fährt er nahtlos damit fort die Beendigung der Bewährungsaufgabe zu konkretisieren, fühlt sich also durch ihre Ergänzung nicht gestört. Diese Interaktion zeigt ein direktes „aufeinander bezogen sein“ im Sinne einer Abstimmung. Herr Quante gewinnt wieder an Sicherheit.**

Frau Dorenkamp: Und es war bei der Bewährung keine Auflage in die Suchtberatung zu gehen? #00:37:13-3#

Herr Quante: (verneint) hmhm. #00:37:15-0#

Frau Dorenkamp: (.) (.) // mhm //, gut. Herr M. wird sich drüber freuen, wenn Sie ihm das sagen. Das kennt der bestimmt gar nicht, dass einer freiwillig hier her geht. Ja. Also wie gesagt, ich bin überrascht, dass Sie so, dass Sie dieses Bewusstsein entwickeln, ja "ich will das, ich will mein Leben ändern". Das ist selten bei so jungen Leuten, also hab ich jedenfalls bis jetzt selten erlebt. Finde ich toll! Gibt's Eltern? #00:37:46-3#

Herr Quante: (bejaht) Hm. #00:37:47-5#

Frau Dorenkamp: Und was sagen die dazu? #00:37:49-3#

Herr Quante: Ja meine Mutter, ähm (.) sind getrennt, aber ähm also meine Mutter, die weiß das auch alles so und äh ja. (.) (.) Die hat auch, ich hab ihr gesagt, dass ich heut 'n Termin hier hab so, davon ist sie auch, ja freut sie sich auch (Herr Quante scheint zu lächeln dabei). #00:38:06-8#

Frau Dorenkamp: Und Vati? #00:38:08-3#

Herr Quante: (.) Ja, mit dem hab ich weniger Kontakt, ist aber, der weiß aber auch Bescheid so ja. #00:38:13-8#

Frau Dorenkamp: Weniger Kontakt heißt? #00:38:16-3#

Herr Quante: (.) Na seh ich seltener. (.) (.) Ja. #00:38:22-7#

Frau Dorenkamp: Auch kein Bedürfnis? #00:38:24-4#

Herr Quante: Ja doch, ab und zu mal, aber nicht so unbedingt so. #00:38:28-8#

Frau Dorenkamp: Es ist aber nicht (?) M., oder doch? #00:38:30-9#

Herr Quante: Nee. #00:38:31-4#

Frau Dorenkamp: Nee. #00:38:31-8#

Herr Quante: Nee. #00:38:32-3#

Frau Dorenkamp: Schade. #00:38:32-8#

Herr Quante: Na. ((lacht)) #00:38:33-5#

Frau Dorenkamp eröffnet diese Sequenz, indem sie nachfragt, ob es denn von Seiten des Bewährungshelfers eine Auflage dahingehend gäbe, in der Suchtberatungsstelle zu erscheinen. Sie stellt diese Frage nicht offen, sondern subtil als eine Art Rückversicherung. Dies wirkt wie ein letzter Test, ob Herr Quante denn auch wirklich ohne Aufforderung von außen da ist. Es scheint, als könne sie es noch immer nicht glauben. Ist dies wieder ein Test? Herr Quante gibt ein verneinendes Signal. Der Eindruck, dass die Motivation, die Herr Quante hier präsentiert, in ihrer Wahrnehmung eher selten anzutreffen ist, verstärkt sich, denn sie geht erneut darauf ein und sagt, dass der Bewährungshelfer Herr M. sich „freuen“ würde, wenn Herr Quante ihm erzählt, dass er

freiwillig zur Suchtberatung gegangen sei. Dass ein professioneller Helfer sich freut, wenn ein Klient Hilfe annimmt, deutet **auf einen affektiv besetzten Teil der Klientenbeziehung hin, den Frau Dorenkamp wie selbstverständlich auch für andere professionelle Helfer voraussetzt. Offensichtlich hat sie keinen Zweifel daran, dass es anders sein könnte. Dies könnte erklären, warum sie Herrn Quante so vielen Tests, einschließlich einer Konfrontation, unterzogen hat. Sie muss sicher sein, dass der Klient es ernst meint, um selbst nicht enttäuscht zu werden.** Sie verbalisiert erneut ihre Überraschung über die offenbar glaubhaft gezeigte Veränderungsbereitschaft und macht dies sowohl am jungen Alter des Klienten als auch an der Tatsache fest, dass sie dies selten erlebt habe. **Erstmalig bewertet sie dieses Verhalten als „toll“. Offenbar hat sie ihre letzten Zweifel an der Glaubwürdigkeit des Klienten abgelegt.** Ohne eine Reaktion des Klienten abzuwarten fragt sie unvermittelt, ob es auch Eltern gäbe. Dies erscheint zunächst unlogisch, denn natürlich muss es zumindest biologische Eltern geben, wenn ein Mensch leibhaftig vor einem sitzt. Herr Quante reagiert zunächst zögerlich, vielleicht auch überrascht über den plötzlichen Themenwechsel, mit einem bejahenden Hörersignal. Frau Dorenkamp hakt nach und fragt, was denn die dazu sagen würden. Warum sie dieses Thema anschneidet, bleibt unklar. Will sie die sozialen Handlungssysteme des Klienten rekonstruieren oder ist es eine „spontane Eingebung“? Die erste Reaktion des Klienten ist erneut im Bereich der etwas zögerlichen Zurückhaltung („Ja, meine Mutter ähm (.)“) zu verorten. Er antwortet direkt auf die Frage und fügt wieder eine zusätzliche Information (dass die Eltern geschieden sind) hinzu. Dennoch wirkt es zögerlich, als fühle er sich ausgefragt. Es entsteht eine kurze Pause. Überlegt er, ob er freiwillig weitere Informationen geben soll? In der nächsten Sequenz scheint es, als habe er sich genau dazu entschlossen, denn er fügt in einem Erzählmodus weitere Informationen hinzu, nämlich dass er seine Mutter über den Termin informiert habe und dass sie sich darüber freue. Dies ließe Rückschlüsse auf die Beziehung zu seiner Mutter zu bzw. böte die Möglichkeit, diese Thematik durch Nachfragen zu verifizieren oder weiter zu vertiefen. Frau Dorenkamp beginnt jedoch ein neues Thema und fragt nach dem Vater. Ihr Fragen wirkt nun wieder wie ein Verhör. Will sie Herrn Quante verunsichern? Sie benutzt für ihre Fragen nur die minimal notwendige Anzahl an Worten. Sie scheint davon auszugehen, dass Herr Quante schon versteht, was sie meint. Die Antwort des Klienten fällt wieder etwas zögerlich aus. Er entschließt sich, sich auf die Frage, was die Eltern „dazu sagen“ zu beziehen und antwortet, dass sie weniger Kontakt haben, aber dass auch er Bescheid

wisse. Dies zeigt trotz der spärlich gegebenen Informationen ein anderes Bild von einer „Arbeitsbeziehung“. Tatsächlich fragt Frau Dorenkamp nach, was denn mit „weniger Kontakt“ gemeint sei. Die Antwort des Klienten kommt sehr zögerlich. Er will das Thema nicht vertiefen. Findet er die Frage übergreifig? Frau Dorenkamp scheint diese Zurückhaltung nicht zu bemerken. Möglicherweise ist sie auch dabei eine Hypothese zu verifizieren. **Sie möchte das Thema weiter vertiefen und fragt nach, ob er denn kein Bedürfnis danach habe. Diese Nachfrage erscheint willkürlich und wieder „unkonventionell“.** Herr Quante antwortet vage, fast allgemein. **Es scheint ein latenter Konflikt zu entstehen.** Frau Dorenkamp fragt nach. Herr Quante möchte zwar nicht wirklich antworten, sieht sich aber möglicherweise weiter in der Verpflichtung, seine Motivation zur Veränderung deutlich machen zu müssen. Dies könnte eine Möglichkeit sein, warum er die Nachfragen von Frau Dorenkamp nicht zurückweist. Frau Dorenkamp löst die Situation auf, indem sie nachfragt, ob es denn eine bestimmte Person sei (M.), was Herr Quante verneint. Frau Dorenkamp greift diese Verneinung verbal auf, worauf Herr Quante erneut die Verneinung wiederholt. **In dieser gegenseitigen Wiederholung zeigt sich ein „sich aufeinander einschwingen“ und eine gegenseitige Vergewisserung der „Arbeitsbeziehung“ und des Verstehens.** Frau Dorenkamp bewertet diese Zurückweisung als „schade“. Handelt es sich bei der Person um eine bekannte Persönlichkeit, die auch dem Klienten bekannt ist? Er scheint ihre Nachfrage absurd zu finden, denn er lacht. Dieses Lachen wirkt wie eine Befreiung aus einer angespannten Situation. **Die Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen bleibt gefestigt. Herr Quante demonstriert trotz des verhörartigen Fragens Kooperationsbereitschaft.**

Im Nachinterview berichtet Frau Dorenkamp dazu, dass ihr Nachfragen nach den Eltern eine weitere Art von Test gewesen sei, da ihr das Verhalten von Herrn Quante ungewöhnlich vorkam.

„dieses sprudelnde Erzählen. Das war so wie als wenn einer so äh 'nen Stöpsel gezogen hat, und dann läuft es ja. Und ich weiß ja nicht, es kann ja sein, dass er immer so erzählt. Das weiß ich nicht. Aber für mich war das sehr ungewöhnlich, dass ein junger Mensch so, normalerweise ist doch bei jungen Menschen so, dass man denen erstmal alles aus der Nase ziehen muss. [...] Und das war bei ihm überhaupt nicht. Er war eigentlich auch bereit, alles was ich so angestupst habe, also wie gesagt auch nach den Eltern hab ich ja gefragt, äh da hat er also auch immer irgendwas zu gesagt. Manchmal stutzen die dann und antworten nicht oder man merkt, dass sie

das noch nicht so erzählen wollen. Gerade so beim ersten Mal, ja. Aber der war eigentlich bereit, über alles zu erzählen“. (Nachinterview Frau Dorenkamp zum Gespräch mit Herrn Quante #00:19:08–9#)

Diese Aussage legt den Schluss nahe, dass sie in dieser Situation eigentlich mit einer Zurückweisung gerechnet hat und nun über das entgegengebrachte Vertrauen positiv überrascht ist. **Diesem Test ist wieder eine Interaktion (hier die Anerkennung der Motivationsleistung von Herrn Quante) vorausgegangen, die den Klienten auf der Beziehungsebene zuerst in Sicherheit wiegt, um ihn dann zu testen. Damit wiederholt sich das Muster der Unberechenbarkeit für den Klienten. Er darf sich in der „Arbeitsbeziehung“ nie zu sicher fühlen. Es könnte ein Test mit einer Zurückweisung oder Konfrontation folgen. Auf der anderen Seite ist es „nur“ ein Test und die grundsätzliche Bereitschaft zur Unterstützung bleibt gewahrt. Aber es ist eine sich wiederholende Demonstration von Macht, dem die verbale Betonung von Egalität („wir“) auf der Handlungsebene entgegensteht. Diese Machtausübung erfordert mindestens den deutlichen Willen des Gegenübers zur Kooperation, vielleicht auch zur Unterordnung. Dieser Wille wird verstärkt durch das Gefühl der Hilfebedürftigkeit oder Unsicherheit, das durch die Erfahrung des Nichtbestehens eines Tests („da wären sie durchgefallen“) evoziert wird. Das Gefühl der Unsicherheit könnte aber auch zum Verlassen der Situation führen oder zur Gegenkonfrontation verleiten. Die Interaktionsstruktur der Inszenierung von Unsicherheit zur Machtausübung spiegelt sich in der MPU zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis, deren (vermeintliche) Konstruktion Frau Dorenkamp in ihrem unangekündigten Test demonstriert hat. Ein systematischer Zusammenhang dieser Struktur zum Verhalten von Frau Dorenkamp lässt sich jedoch nicht konstruieren.**

7.3.3 Lesarten des Falles in Bezug auf die Fragestellung

Die „Arbeitsbeziehung“ von Herrn Quante und Frau Dorenkamp entwickelt sich grundsätzlich im Wechselspiel zwischen habituell und bewusst inszenierter Verunsicherung und der Schaffung von Sicherheit durch Frau Dorenkamp. Dieses Wechselspiel zeigt sich für Herrn Quante als nicht kontrollierbar und verstärkt damit einerseits das Hilfebedürfnis und andererseits das Vertrauen darin, dass dieses in erster Linie durch die Person von Frau Dorenkamp befriedigt werden kann. Vertrauen und Sicherheit werden gestärkt, als Herr Quante berichtet, warum er sich für ein anderes Institut entschieden hat und damit auch

die Organisation der Beratungsstelle kritisiert. Hier verlässt er die Rolle des Hilfesuchenden und agiert autonom. Diese Situation führt dazu, dass Herr Quante „sprudelnd“ von seinen Erlebnissen, Konstruktionen und Wünschen berichtet und von Frau Dorenkamp empathisch durch Hörsignale, Reformulierungen oder Deutungen begleitet wird. Dies wiederum evoziert weitere Erzählungen und führt dazu, dass Frau Dorenkamp zum einen neben den zuvor erhobenen objektiven Daten („Personalien“) auch Einblicke in die subjektiven Konstruktionen von Herrn Quante erhält. Zum anderen teilt Herr Quante in diesem Kontext letztlich sein ganz konkretes Anliegen und seine Strategie, mit der er dieses erreichen will, mit, was auch von Frau Dorenkamp nachvollzogen und ratifiziert wird. Genau dies führt dazu, dass Herr Quante sich „verstanden“ fühlt und Frau Dorenkamp sein Anliegen als authentisch deutet, obwohl sie die offene, mitteilende Art von Herrn Quante sehr „ungewöhnlich“ findet und sie damit ihrem bisherigen impliziten Beziehungswissen („normalerweise ist es doch bei jungen Menschen so, dass man denen erstmal alles aus der Nase ziehen muss“) widerspricht. Insofern handelt es sich für Frau Dorenkamp um eine neue Erfahrung. Diese unterzieht sie mehrfach Tests. Dies könnte bereits in der Terminsetzung der Fall gewesen sein, zeigt sich aber explizit in der Konfrontation („Da wären sie durchgefallen“), dem Fragen nach einer gerichtlichen Auflage („und es ist keine Auflage zur Suchtberatung zu gehen?“) und dem unvermittelten Nachfragen nach den Eltern („gibt’s Eltern?“). Daher scheint es in diesem Fall auch ein möglicherweise habituelles Bedürfnis nach Vertrauen in den Klienten von Seiten der Fachkraft zu geben, möglicherweise auch um persönliche Enttäuschungen zu vermeiden („Da freut sich Herr M. bestimmt“), die aufgrund von einer Identifikation mit den Zielen des Klienten entstehen könnten. Ein Kriterium für dieses Vertrauen der Fachkraft in den Klienten könnte der authentische Wille zur Veränderung und zur Anpassung an gegebene Strukturen sein (Termin um 07.00 Uhr und Bereitschaft zum Besuch der Gruppe). Dies wiederum bedeutet, dass auch sie die Beziehung als Medium nutzt, aber nicht um beim Klienten Vertrauen in eine spezifische Behandlung (hier der Besuch der Gruppe) und damit Motivation zur Mitarbeit zu evozieren, sondern um seine tatsächliche und nicht nur verbal artikulierte Motivation zur Mitarbeit zu testen. Insofern ist dies neben der Möglichkeit einer persönlichen Motivierung inhaltlich auch ein Hinweis auf eine Variante der strukturellen Sichtweise von Sucht als Krankheit. Hierbei wird nicht versucht, Adherence herzustellen, sondern diese auf Authentizität zu testen. Dazu scheint es nötig zu sein,

dass Herrn Quante sich *aus freien Stücken* als abhängig bekennt. Erwartet wird hier keine selbstreflexive Überlegung, an deren Ende möglicherweise die Überzeugung „ich bin abhängig“ steht, sondern das Bekenntnis als Voraussetzung einer erfolversprechenden Fortsetzung der Gewährung von Unterstützung. Ziel einer solchen Hilfestellung wäre die Aufhebung belastender Nebeneffekte des Konsums durch eine dauerhafte sog. „zufriedene Abstinenz“⁷³, so wie Herr Quante dies scheinbar auch als Anliegen formuliert hatte („weil ich gemerkt habe, dass es mir dadurch besser geht“). Die beschriebene Testung des authentischen Willens zur Abstinenz greift im hier vorliegenden Fall der Situation der MPU zur Beurteilung der Wiedererteilung der Fahrerlaubnis durch den Gatekeeper des durchführenden Psychologen vor. Dieser Mechanismus scheint sich genauso auf die Teilnahme an der Gruppe zu beziehen, die offenbar das Bekenntnis abhängig zu sein als kohärenzstiftendes Gemeinsames zu haben scheint. Gatekeeperin hierfür ist Frau Dorenkamp.

Demgegenüber bezieht sich der Wunsch von Herrn Quante nach Hilfe inhaltlich auf die Möglichkeit der Realisierung ganz konkreter Ziele: der Wiedererlangung der Fahrerlaubnis und der Möglichkeit über die Realisierung dieses Ziels hinaus Unterstützung zu erhalten. Ob er deswegen abhängig ist oder nicht, ist für ihn zweitrangig („Ist man abhängig?“). Die Aufforderung zu einem Bekenntnis hierzu erweckt eher sein Misstrauen, sodass er versucht diesen Punkt mit Frau Dorenkamp zu diskutieren, die daraufhin die MPU-Situation inszeniert („da wären sie durchgefallen“) und damit Macht und Kompetenz inszeniert.

Vertrauen entwickelt sich grundsätzlich in Bezug auf die Person Frau Dorenkamp, insofern dass sie ihm in ihrer Rolle bei der Unterstützung seiner Ziele wird helfen können. Dieses Vertrauen hat er in einem ersten Anlauf in der Beratungsstelle in Bezug auf ihren Kollegen nicht entwickeln können. Das Kriterium für dieses Vertrauens ist ein Gefühl von

⁷³ Der Begriff „zufriedene Abstinenz“ wird im Kontext von Selbsthilfe vor allem in Verbindung mit Alkoholkonsum als Zieldimension zur Aufrechterhaltung der erreichten Veränderung genutzt (vgl. z. B. <http://www.forum-alkoholiker.de/forum-zufriedene-abstinenz.php> oder <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/selbsthilfe.html>). Diese Zieldimension entspringt einem Verständnis von Sucht als „chronischer Krankheit“ (vgl. Kap. 3.1.1), bei der die Person für die Inanspruchnahme und die Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges verantwortlich gemacht wird, wenngleich eingeräumt wird, dass sie dauerhaft auf (punktuelle) Unterstützung durch das Gesundheitssystem angewiesen sein kann.

„sie versteht mich“ bzw. „ich kann mich ihr verständlich machen“, „sie bemüht sich, mich zu verstehen“, „sie hat Ideen, wie mein Anliegen erreicht werden kann“ und nicht „es wird erwartet, dass ich mich verständlich mache“. Im Nachgespräch drückt Herr Quante dies so aus:

„(.) (.) Also irgendwie, hab ich mich da so verstanden gefühlt und wo sie gesagt hat so mit der Gruppe oder so, dass da vielleicht auch andere sind, die dann auch so, die die gleichen Probleme haben. [...] das ist mehr so Alkohol. Aber dass da auch welche dabei sind, die trotzdem noch weiterhin die Gruppe besuchen, seit 5 Jahren trocken sind so. Das ist ja so das so eigentlich, was ich denn ähm, ja was ich dann auch möchte.“ (Nachgespräch Herr Quante zum Gespräch mit Frau Dorenkamp #00:14:48-2#)

Dieses Gefühl des „sie versteht mich“ wird evoziert durch ein empathisches Einfühlen von Frau Dorenkamp, die Betonung von Egalität („wir“), die Inszenierung von Kompetenz („da wären sie durchgefallen“) und das Sprechen der gleichen Sprache („sie sind ja nicht irgendwie gehemmt?“). Dies führt für ihn zu der Interpretation, dass die „Chemie stimmt“. Dadurch, dass sie auf ihn eingeht, weckt sie darüber hinaus die spezifische Erwartung auf die tatsächliche Realisierung seiner Ziele. Dafür lässt er sich darauf ein, zur Gruppe zu gehen, obwohl „das mehr so Alkohol“ ist. Wenn Frau Dorenkamp sagt, dass es gut ist, dann wird es so sein (Risikobereitschaft).

In einer Nachfrage über den Verbleib von Herrn Quante teilte Frau Dorenkamp mit, dass dieser wie vereinbart zur Gruppe erschienen sei, diese aber nur dreimal besucht und dann den Kontakt abgebrochen habe. In der Gruppe seien in der Zeit, in der Herr Quante dort war wohl nicht die richtigen Personen gewesen, da die Jüngeren nicht zur Gruppe gekommen seien. Auf weitere Nachfrage berichtete sie außerdem, dass sie Herrn Quante in Bezug auf die Einzelgespräche an ihren Kollegen weitergeleitet habe, weil dieser für die Thematik zuständig sei. Diese Umstände legen mit Blick auf die „Arbeitsbeziehung“ nahe, dass sich das Vertrauen von Herrn Quante durch die Erwartung, dass die Gruppe auf seine persönlichen Schwierigkeiten eingehen kann, nicht bewähren konnte und darüber hinaus das Vertrauen, Unterstützung durch Frau Dorenkamp persönlich zu erhalten, durch die erneute Weiterleitung an den Kollegen enttäuscht wurde. Warum Frau Dorenkamp Herrn Quante letztlich doch an ihren Kollegen weitergeleitet hat, konnte nicht eindeutig festgestellt werden. Denkbar wäre, dass sie mit der Weiterleitung den Versuch unternommen hat, die, an ihre Person gebundene „Arbeitsbeziehung“ mit der Tendenz zu Vertrauen, an die,

in der Organisationsstruktur dafür vorgesehene Person weiterzuleiten. Dies ist jedoch gescheitert, so wie dies auch im Rahmen des sog. „Stellvertreterparadox“ von Wyssen-Kaufman (2012) in ihrer Untersuchung im Feld der stationären Psychiatrie beschrieben wurde. Damit würde Frau Dorenkamps Orientierung an einer Struktur zumindest in der Bewährung der Beziehung die Orientierung an dem persönlichen Bedarf von Herrn Quante überlagern. Allerdings müssen in diesem Zusammenhang die prekären Infrastrukturbedingungen der Beratungsstelle und die Konzentrierung von Aufgaben bei der Person von Frau Dorenkamp mitberücksichtigt werden, da diese bei der Entscheidung, Herrn Quante strukturell anders einbinden zu wollen, nachdem er in der Beratungsstelle und in der Gruppe angekommen war und einen hoch motivierten Eindruck machte, eine Rolle gespielt haben dürften.

Dass die subjektive Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen von Herrn Quante möglicherweise enttäuscht wurde, wurde daher zumindest auch durch die prekäre Infrastruktur der Beratungsstelle mitbeeinflusst. Dies begründet sich darin, dass Herr Quante das Vertrauen in die Person von Frau Dorenkamp entwickelt hat, dies aber offenbar nicht in Bezug auf die Gruppe oder ihren Kollegen Herrn S. weiterentwickeln konnte.

7.4 Herr Cieslik und Herr Timmermann

Die, im Fall von Frau Dorenkamp und Herrn Quante herausgearbeitete, Fallstruktur ergab auch im Vergleich mit den bereits ausgewerteten Fällen weitere Übereinstimmungen insbesondere in Bezug auf den Einfluss außerhalb und innerhalb gelagerter Strukturen auf die Beziehungsdynade, die das Verhalten der Fachkraft, aber auch des Klienten strukturierten. Aus diesem Grund wird als nächstes ein Fall vorgestellt, der potentiell zur Falsifizierung von Elementen der Fallstruktur geeignet sein könnte. Es wurde nach einem Fall mit maximal kontrastierenden Merkmalen auf den Ebenen der Person des Klienten, des Beraters und des Anliegens gesucht. Da sich in allen Fällen abzeichnete, dass die Auseinandersetzung der Klienten mit den Vorgaben insbesondere suchtbezogener Hilfen die „Arbeitsbeziehung“ beeinflusste, sollte nun ein Fall gewählt werden, bei dem der Klient keine feste Vorstellung davon hat, ob er überhaupt eine weitergehende Maßnahme in Anspruch nehmen möchte und sich lediglich in Bezug auf seine persönliche Situation und inneren Konflikte beraten lassen wollte. Dadurch, so wurde

vermutet, könnte der Beratungsanteil bei einer vom Klienten selbst eingeforderten Vermittlung in ein weiterführendes Hilfeangebot höher sein als der Casemanagementanteil. Darüber hinaus befanden sich die bisherigen Klienten in einer sozioökonomischen Drucksituation aufgrund von drohendem oder bereits erfolgtem Arbeitsplatzverlust und / oder anderen sozialen Schwierigkeiten (drohender dauerhafter Verlust der Fahrerlaubnis oder desolante Situation des sozialen Nahfeldes von Familie und Freunden). Aus diesem Grund wurde ein Fall gesucht, bei dem aufgrund einer gesicherten Integration in eine Erwerbsarbeit und / oder in ein Familiensystem mit einem, zumindest in einem dieser Kontexte höheren Anspruch von Selbstbestimmung und Selbstsicherheit zu rechnen war. Da alle Fachkräfte in den bereits ausgewerteten Fällen weiblich waren, wurde zusätzlich nach einem Fall gesucht, bei dem die Fachkraft männlich ist. Hier bot sich der Fall von Herrn Cieslik und Herrn Timmermann an.

Gegenstand dieser Falldarstellung ist die Begegnung zwischen dem Klienten Herrn Timmermann und der Fachkraft Herrn Cieslik. Herr Cieslik ist 58 Jahre alt, Sozialarbeiter und seit über 20 Jahren in der Beratungsstelle in seiner Position tätig. Er hat eine VDR-anerkannte Ausbildung in Gesprächstherapie (GWG). Er war zeitweise in der ambulanten Reha tätig, ist dies zurzeit aber nur in Zeiten von Urlaubsvertretung. Sein Büro ist in der zweiten Etage der Beratungsstelle und nachdem er Klienten aus dem Wartezimmer abgeholt hat, entsteht auf dem gemeinsamen Weg nach oben meistens ein kleiner Smalltalk über das Wetter, die Treppe nach oben oder die Anfahrt. So sei es nach Aussage von Herrn Cieslik auch bei diesem Klienten gewesen.

Herr Timmermann ist 48 Jahre alt und zum ersten Mal in dieser Beratungsstelle, aber auch zum ersten Mal in einer Suchtberatungsstelle überhaupt. Im Vorfeld war er bei einem ortsansässigen Neurologen wegen Depression und drohendem Burnout in Behandlung, der früher Leiter einer Suchtklinik war. Von diesem sei er, berichtete der Klient im Rahmen der Datenaufnahme für das Dokumentationsprogramm nachdem das Aufnahmegerät aus war, mit groben Worten grundsätzlich auf die Notwendigkeit, eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen verwiesen worden. Er habe sich "*rausgeschmissen*" gefühlt. Bezüglich des Umgangs mit seiner Person habe er den Neurologen anschließend zur Rede gestellt und sich einen solchen Ton verboten. Herr Timmermann kam ohne vorherige Anmeldung in die Sprechstunde und musste etwas warten bis Herr Cieslik, der an dem Tag für die Sprechstunde zuständig

war, ihn drannehmen konnte. An dem Tag hatte es stark geregnet, so dass die Kleidung von Herrn Timmermann nass geworden war.

7.4.1 Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs

Die Aufzeichnung des Gesprächs beginnt damit, dass Herr Cieslik sich mitfühlend zu den nassen Hosenbeinen von Herrn Timmermann äußert und von diesem direkt lachend mit einer Bestätigung der Annahme unterbrochen wird, dass das Warten mit nassen Beinen unangenehm war. Darauf geht Herr Cieslik ein und beide lachen. Danach unterbricht wieder Herr Timmermann die Situation und beginnt, ratifiziert von Herrn Cieslik, zu berichten, warum er die Beratungsstelle aufgesucht hat (#00:00:00-0#-#00:02:27-1#). Diese Sequenz wird von Herrn Cieslik mit Hörersignalen und Reformulierungen begleitet. Inhaltlich spricht er davon, dass er die Themen Alkohol- und Nikotinkonsum und noch ein „drittes Thema“ besprechen will, das er aber erst später ansprechen möchte. Anschließend (#00:02:27-1#-#00:07:22-9#) berichtet er von einem früheren Versuch mit seinen Themen umzugehen und von seinem familiären und beruflichen Hintergrund. Er hat sich über ein „Herz-Kreislauf-Training“ zu früherer Zeit schon einmal eine Auszeit von seiner Arbeit organisiert. Er ist geschieden und hat vier Kinder, von denen das jüngste im Jugendalter ist. Die Kinder leben bei seiner geschiedenen Frau. Er berichtet weiter, dass er seit zwei Jahren wieder verheiratet ist und dass seine Frau sich von ihm getrennt habe. Dies sei das dritte Thema. Er berichtet über seine Konstruktionen dazu, wie es zur Trennung gekommen sei und wie dies im Zusammenhang mit seinem Konsum stehe. Auch diese Phase wird von Herrn Cieslik vor allem durch Hörersignale, gelegentliche Reformulierungen oder implizite Nachfragen begleitet.

Am Anfang der nächsten Sequenz (#00:07:22-9#-#00:12:32-3#) beginnt zum ersten Mal Herr Cieslik mit einem neuen Thema und fragt, was denn Herr Timmermann beruflich mache. Dieser antwortet bereitwillig, dass er einer von drei Geschäftsführern in einem großen internationalen Unternehmen sei. Auch die Arbeitsbelastung dort trage zu seinem Stress und seinem Alkoholkonsum bei. Dann sei er mit einer Magenschleimhautentzündung krank gewesen, die er heute auf seinen Alkoholkonsum zurückführt. Seinem Hausarzt und einem Neurologen habe er über beruflichen Stress berichtet. Diese hätten ihn dann wegen Erschöpfung krankgeschrieben. Herr Cieslik möchte in die Erzählung ein-

haken, wird aber von Herrn Timmermann unterbrochen, der seine Erzählung fortsetzt und wieder die Verbindung zu seiner gescheiterten Ehe herstellt. Auch diese Phase wird von Herrn Cieslik zuhörend, durch verbale und nonverbale Signale mitgehend und Verstehen signalisierend begleitet. Herr Timmermann berichtet nachfolgend selbstreflexiv über den Prozess des Erkennens eines Zusammenhangs zwischen der zu vielen Arbeit, dem Scheitern seiner Beziehung, seinem Alkoholkonsum, den Grübeleien, seinem schlechter werdenden Allgemeinzustand und dem subjektiv immer notwendiger werdenden Verstecken. (#00:12:32–3#–#00:16:28–5#). Auch diese Phase wird im bekannten Modus von Herrn Cieslik begleitet. In der nächsten Sequenz berichtet Herr Timmermann über seinen Entschluss etwas ändern zu wollen, seine Ideen, wie dies geschehen kann und was er dafür schon alles unternommen hat (#00:16:28–5#–#00:19:30–7#). Herr Cieslik ist auch in dieser Phase bei den Konstruktionen von Herrn Timmermann und begleitet sie unterstützend und reformulierend. Nun kommt Herr Timmermann zum Wesentlichen und nennt sein Anliegen (#00:19:30–7#–#00:21:47–4#). Er möchte sich informieren, welche Möglichkeiten es für ihn „im Anschluss an die Kur“ gäbe. Was genau er damit meint, sagt er nicht. Herr Cieslik bezieht dies grundsätzlich auf die Möglichkeiten einer suchtherapeutischen Behandlung, empfiehlt aber eine vertiefende „Diagnostik“, damit Herr Timmermann für sich eine „gute Entscheidung“ treffen könne. Herr Timmermann entgegnet, dass er darüber nachdenken müsse und kommt am Ende der Sequenz wieder auf seine Frau zu sprechen. In der nächsten Sequenz reflektiert er über die aktuelle Situation und wie er sich aktuell bemüht auf seine Frau zuzugehen (#00:21:47–4#–#00:23:38–2#). Die Sequenz endet damit, dass Herr Cieslik versucht ihn wieder auf das Thema Alkoholkonsum und die subjektive Bedeutung der Entscheidung für Abstinenz zu bringen. Hierauf lässt sich Herr Timmermann ein und es beginnt eine Reflexion (#00:23:38–2#–#00:27:05–8#) über die Versuche von Herrn Timmermann im Laufe der letzten Monate mit dem Trinken aufzuhören. An dessen Ende wiederholt Herr Cieslik seinen Vorschlag, weitere „Diagnostik“ zu machen, um besser herausfinden zu können, wie genau die, sich scheinbar wiederholenden Kreisläufe von der Beziehung zu seiner Frau, der Arbeitssituation, einer vorher von ihm erwähnte Rheumakrankung und dem Alkoholkonsum zusammenhängen. Die Sequenz endet damit, dass er vorschlägt mit diesen Terminen nach der, von Herrn Timmermann schon angekündigten Kur wegen seines Rheumas zu beginnen. Dieser überlegt laut, ob man nicht auch schon vorher da-

mit beginnen könne. Die Sequenz endet damit, dass Herr Cieslik zustimmt, dass es sinnvoll sein könnte sich schon vor der Kur zu einem weiteren Gespräch zu treffen und tiefergehend darüber nachzudenken, welche Möglichkeiten einer Behandlung sinnvoll sein könnten. Dem stimmt Herr Timmermann zu, weil er keine Erfahrung habe, was es alles für Möglichkeiten suchttherapeutischer Behandlung gäbe.

Im nächsten Abschnitt (#00:27:05-8#-#00:33:53-0#) informiert Herr Cieslik über die Möglichkeiten und Implikationen (Dauer, Kostenübernahme) suchttherapeutischer Hilfen und Herr Timmermann zeigt sich interessiert. Im Verlauf des Gesprächs kommt es zu einem kleinen Konflikt, als Herr Cieslik sich verwundert darüber zeigt, dass Herr Timmermann es geschafft hat die Rentenversicherung „auszutricksen“, indem er durch zweimaligen Widerspruch und zusätzliche ärztliche Gutachten die Kostenübernahme für die Rheumakur durchgesetzt hat, obwohl ein bekanntes latentes Alkoholproblem im Hintergrund schwelte. Daraufhin geht Herr Timmermann in die Rechtfertigung und Herr Cieslik wechselt schnell das Thema, möglicherweise damit der Konflikt nicht eskaliert. In der Schlussphase des Gesprächs (#00:33:53-0#-#00:37:58-6#) beginnt Herr Timmermann zunächst über Wiedereingliederung zu reden und kommt dann darauf, dass er dies in seiner beruflichen Position für ein wichtiges Instrument halte, weil es wichtig sei Menschen mit ihrem Wissen für die Firma zu erhalten und ihnen Möglichkeiten zu geben nach einer Krankheitsphase wieder Fuß zu fassen. Diese Aussage wird von Herrn Cieslik reformulierend und mit Hörersignalen begleitet. Das Gespräch endet damit, dass Herr Cieslik einen Impuls setzt, das Gespräch an dieser Stelle zu beenden und Herr Timmermann nachfragt, ob denn die nächsten Gespräche auch mit ihm wären. Herr Cieslik bestätigt das und das Aufnahmegerät wird ausgeschaltet.

7.4.2 Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen

„Warum bin ich hier?“

Herr Cieslik: Das war (.)nicht so angenehm die erste Stunde hier (.) mit nassen Beinen #00:00:09-7#

Herr Timmermann: Das glauben Sie wohl ((lacht)) ((lacht)) #00:00:09-7#

Herr Cieslik: zu sitzen((lacht)) ((lacht)) (.)(.) Ja. (.) #00:00:16-8#

Herr Timmermann: Warum bin ich hier? #00:00:16-8#

Herr Cieslik: Genau. #00:00:20-3#

Herr Cieslik eröffnet das Gespräch, indem er empathisch Bezug auf den aktuellen Kontext nimmt. Es hat stark geregnet, die Hose des Klienten ist auf dem Weg zur Beratungsstelle nass geworden, er hat im Wartezimmer gegessen und auf den Gesprächsbeginn gewartet. Dem Gesprächsbeginn ist möglicherweise bereits ein Smalltalk und die Klärung vorausgegangen, ob Herr Timmermann bereit ist, am Forschungsprojekt mitzuwirken.

Herr Timmermann unterbricht Herrn Cieslik und gibt dem empathischen Auftakt eine spezifische Wendung. Er bestätigt inhaltlich die Befürchtung der Fachkraft, dass die Situation unangenehm gewesen sein könnte, deutlich und verstärkt sie sogar, sendet aber gleichzeitig auf der nonverbalen Ebene durch das laute starke Lachen ein anderes Signal. Überspielt er seine Unsicherheit? Jedenfalls ist er nicht gelassen. Herr Cieslik geht zunächst nonverbal auf das lange Lachen ein, nimmt damit dieses Signal auf und beendet ruhig den angefangenen Satz, der von dem Klienten unterbrochen wurde. Es entsteht eine Pause, in der beide Gesprächspartner zur Ruhe kommen und der Gesprächsmodus wechselt. Die Pause wird von der Fachkraft mit dem Füllwort „Ja“ beendet. Dies versteht Herr Timmermann als Aufforderung, etwas zu sagen. Er vergewissert sich, indem er nachfragt und dabei implizit die Rolle des Gegenübers einnimmt. Die Nachfrage wird von der Fachkraft inhaltlich bestätigt: Er soll sagen, warum er da ist. Diese kurze Sequenz zeigt, dass Herr Timmermann die Regeln, die Choreographie einer solchen Situation, sehr genau zu kennen scheint. Ein formales Gespräch wird durch situationsbezogenen Smalltalk eingeleitet, bevor man zum Wesentlichen kommt. Dadurch, dass er dies verbal antizipiert („Warum bin ich da?“), inszeniert er diese Kenntnis und gleichzeitig den Anspruch, das Gespräch führen zu wollen. Insofern hält er sich nicht an die Regeln, obwohl er sie genau zu kennen scheint. Möglicherweise ist er es selbst gewohnt solche Gespräche „auf der anderen Seite“ zu führen und die Übernahme der Gesprächsführung gibt ihm in dieser Situation Sicherheit. Der Berater scheint darüber nicht irritiert und versucht auch nicht, selbst die Führung zu übernehmen, sondern ‚folgt‘ dem Klienten nonverbal (Lachen) und verbal, indem er die vorweg genommene Gesprächsaufforderung einfach nur kurz bestätigt. **Damit signalisiert er, dass er gewillt ist, dem, vom Klienten eingeschlagenen Weg zu folgen, auch wenn dieser unkonventionell ist und Herr Timmermann sich in Kenntnis der Regeln nicht an diese hält und somit seinen Eigensinn demonstriert.**

Im Nachinterview berichten beide unter Benutzung einer ähnlichen Wortwahl, dass sie sehr schnell einen „Draht“ zueinander gefunden hätten:

„Also äh, ich (.) würd schon sagen, dass wir relativ schnell (.) ne vertrauensvolle Atmosphäre hinbekommen haben, [...]Vielleicht auch n Stück weit dadurch, dass die Atmosphäre hier ne andere war, als beim äh Arzt⁷⁴, ne? //ja// Das auch sag ich mal die lange Wartezeit, er war relativ schnell und zügig drangekommen //ja// und äh ja, ich will es mal so formulieren, wir haben schnell n Draht gefunden, ne? Gemeinsame Ebene, ne gemeinsame Sprache.“ (Nachinterview Herr Cieslik zum Gespräch mit Herrn Timmermann #00:06:49–9#)

„als ich hier ankam, natürlich mit 'nem erstmal sehr unwohlten Gefühl, irgendwo mit einer zurechtgelegten äh Geschichte. Was erzähl ich denn da? Äh hab ich insbesondere hier mit dem Kollegen Cieslik äh ja eigentlich sehr schnell 'n Draht gefunden. Sehr schnell 'n Draht gefunden, mich mich zu öffnen. [...] Ja, das das war in keinster Weise der Ansatz beim Neurologen. Das war aber unmittelbar der Ansatz hier.“ (Nachinterview Herr Timmermann zum Gespräch mit Herrn Cieslik #00:08:13–3#)

Diese Aussagen könnten ein Hinweis darauf sein, dass die „Atmosphäre“ und der „Draht zueinander“ möglicherweise schon auf dem Weg in das Beratungszimmer auf der Ebene eines „impliziten Beziehungswissens“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 62) „gespürt“ wurde. Darüber hinaus lässt sich in dieser Szene möglicherweise schon direkt am Anfang des Gesprächs, dem ein Smalltalk auf der Treppe und eine kurze Abfrage bezüglich des Forschungsprojektes vorausgegangen ist, möglicherweise in Abgrenzung zur Situation beim „Neurologen“, ein

⁷⁴ Mit „Arzt“ ist der Neurologe gemeint, auf dessen Intervention Herr Cieslik die Beratungsstelle aufgesucht und bei dem er vor dem Gespräch vier Stunden im Wartezimmer gewartet hat. Im Nachinterview berichtet Herr Timmermann: „Ja, äh der Neurologe selbst, ist nicht mein Freund. [...] Äh der hat mir nach 'ner halben Stunde Eingangsgespräch die Pistole auf die Brust gesetzt. Und hat gesagt: "Sie können dann wieder kommen, wenn Sie abstinente sind". Fand ich jetzt nicht unbedingt 'n taktisches äh Mittel, was mir geholfen hat. Im Gegenteil, es hat mich wütend gemacht. (Räuspert sich) Als ich ihm beim zweiten Besuch dann auch gebeichtet habe, dass ich zwar deutlich schon runtergefahren bin, dass ich aber trotzdem noch irgendwo 20% der Menge getrunken hab in der Zeit, wie wie davor, wurd er richtig wütend und hat mich (.) versucht eigentlich zu provozieren und über die Provokation dazu zu bewegen, es zu lassen. Und äh dieses Mittel, hilft bei mir nicht. Das hab ich ihm auch gesagt.“ (Nachinterview Herr Timmermann zum Gespräch mit Herrn Cieslik # ca.00: 7:30#)

„Begegnungsmoment“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 68) rekonstruieren, auf jeden Fall aber ein angemessenes Aufgreifen einer kairosartigen Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess.

Herr Timmermann:(.) Ich hab seit nem halben, dreiviertel Jahr (.) relativ hohes Suchtpotential //jaha, jaha// (räuspert sich) (.) also ich spreche von Alkohol und ich spreche von Nikotin //jaha// äh (.) komm noch zu nem dritten Thema n bisschen später (.) Alkohol(.)sucht drückt sich bei mir so aus: Ich bin (.) mit Leib und Seele Biertrinker //mmhm// schon dreißig Jahr//mmhm// und äh (.) hab sukzessive mein Konsum (.) (atmet ein) gesteigert (atmet aus) //ja// will ich mal sagen so in dem letzten zwei Jahren und des ist mir zur Gewohnheit geworden fünf, sechs Bier am Tag zu trinken //ah ja// oder das Bedürfnis zu haben //mmhm// fünf bis sechs Bier zu trinken #00:00:58-7#

Herr Cieslik: Sie merken schon ne, da #00:00:59-5#

Herr Timmermann: es sind mal acht es sind mal zwei //ja// Es ist seit (.) würd mal sagen seit einem Jahr nie keines. #00:01:08-8#

Herr Cieslik: Ja, also das es ordentlich regelmäßig geworden ist. #00:01:11-3#

Herr Timmermann: Ordentlich zur Regelmäßigkeit geworden ist. #00:01:13-3#

Herr Cieslik: Genau mhm #00:01:14-7#

Nach einer kurzen Pause eröffnet Herr Timmermann die nächste Sequenz. Er berichtet, dass er seit einem spezifischen Zeitraum ein „relativ hohes Suchtpotenzial“ habe. Vom Sprachduktus hört sich dies so an, als berichte er einem Arzt über ein Symptom, das er an sich wahrgenommen hat. Die Wortwahl „Suchtpotential“ deutet auf einen elaborierten, fast fachlichen Sprachgebrauch hin. Der Zusammenhang ist jedoch laienhaft. Nicht ein Mensch hat ein Suchtpotential, sondern eine psychoaktive Substanz. In dem Zusammenhang, den Herr Timmermann ausdrücken möchte (eine möglicherweise seit diesem Zeitraum bestehende Belastung in Verbindung mit einem erhöhten Konsum), würde ein Experte eher von einer „Suchtgefährdung“ sprechen, diesen Begriff in diesem Sprachkontext aber wahrscheinlich nicht zeitlich eingrenzen. „Ich bin seit einem dreiviertel Jahr suchtgefährdet“ würde man nicht sagen, da es suggeriert, dass dies ein Zustand ist, der entweder da oder nicht da ist und dies ist fachlich falsch. **Dies deutet entweder auf eine verstärkte Unsicherheit des Klienten hin, die er mit seiner eloquenten Sprachwahl zu verschleiern versucht oder auf den Versuch, Kompetenz zu inszenieren, um sein Gegenüber zu verunsichern, denn dies würde wieder im Modus eines Rollentausches geschehen. Wenn Herr Cieslik auch unsicher ist und Sicherheit im Einhalten formalisierter Abläufe oder im Inszenieren von Kompetenz sucht, könnte dieses Verhalten des Klienten zu einem Konflikt führen. Die Reaktion der Fachkraft besteht in einem deutlichen positiven Hörersignal, das**

Herr Timmermann zum Anlass nimmt, das Thema zu konkretisieren. Er nennt zwei Themen, deutet ein drittes an, über das er aber erst zu einem späteren Zeitpunkt sprechen möchte. Dieses Verhalten ist äußerst strukturiert, scheint emotionslos. Die Andeutung, dass er den Zeitpunkt bestimmt, wann er das dritte Thema ansprechen möchte, deutet entweder auf einen Autonomieanspruch hin, der keinen Widerspruch duldet oder auf sein Bedürfnis, eine Situation kontrollieren zu können. Offenbar ist er es gewohnt, „strukturierte Ansagen“ zu machen, verbunden mit der Erwartung, dass ihm gefolgt wird. Eine andere Deutung wäre, dass äußere Strukturen oder streng rationales Vorgehen ihm Sicherheit geben und er in einer, für ihn unsicheren Situation, darin Halt sucht. Dies bedeutet umgekehrt, dass irrationales oder emotionales Verhalten ihn verunsichert, genau wie unberechenbare, chaotische (Verhaltens-) Muster. Auf der Interaktionsebene legt dies demnach eher die Deutung nahe, dass er die Interaktion kontrollieren muss, um sich sicher zu fühlen. Das Muster der Interaktion zwischen Klient und Fachkraft wiederholt sich. Herr Cieslik antwortet mit einem Hörersignal und nutzt die Gelegenheit von kurzen Pausen nicht, um „dazwischen zu gehen“ und z. B. die Struktur zu übernehmen, indem er eine Nachfrage stellt oder selber ein Thema vorgibt. **Damit signalisiert er nonverbal: „Ich höre zu und versuche nicht, dich zu beeinflussen“ und überlässt Herrn Timmermann damit die Kontrolle über die Interaktion.** Dies führt dazu, dass Herr Timmermann das Thema vertieft bzw. im Sinne eines „Erzählzwanges“⁷⁵ vertiefen muss, weil er es selbst angeschnitten hat. **Offenbar fühlt er sich sicher. Dies ist insofern erstaunlich, als dass Herr Cieslik sich scheinbar intuitiv „richtig“ verhält, obwohl Herr Timmermann sich, wie schon beschrieben, nicht an die unausgesprochenen Regeln in einer Beratungssituation hält. Dies könnte entweder auf ein berufliches implizites Beziehungswissen (sog. Erfahrung) hindeuten oder auf den „Draht“ zueinander, den beide beschrieben haben und der sich in „Vertrauen“ ausdrückt.**

Herr Timmermann vertieft das Thema „Alkohol“, das er als erstes genannt hatte und folgt damit der, von ihm gesetzten Struktur im Modus von Rationalität. Er führt aus: „Ich bin mit Leib und Seele Biertrinker schon dreißig Jahre“. Dieser Satz steht strukturell und inhaltlich im Widerspruch zum bisher Präsentierten: Der erste Teil ist alles andere als

⁷⁵ Nach Kallmeyer und Schütze ist eine narrative Erzählung von sog. „Zugzwängen zur Sachverhaltsdarstellung“ geprägt: Detaillierungszwang, Kondensierungszwang und Gestaltschließungszwang (Kallmeyer; Schütze 1977, S. 187).

strukturiert und rational. Der zweite Teil wirft zumindest die Frage auf, wie es dreißig Jahre klappen konnte „mit Leib und Seele“ Biertrinker zu sein ohne dabei eine Suchtgefährdung aufzuweisen. Er deutet auf eine Lebenseinstellung hin, die er scheinbar nicht (mehr) verfolgt oder die in Frage gestellt zu sein scheint, denn sonst wäre er nicht in der Beratungsstelle. Darüber hinaus ist die Frage, was genau er damit meint, von Interesse für eine vertiefte Exploration seines Konsumverhaltens. So gesehen bietet diese Aussage eine Steilvorlage für Herr Cieslik an, sich jetzt mit inhaltlichen Nachfragen einzubringen, um eine Objektivierung der Aussage zu erreichen. Eine andere Lesart ist, dass es sich dabei um eine dramatisierende Inszenierung handelt, um das Gespräch weiter kontrollieren zu können. (s. Muster oben). Wenn dem so ist, so erzählt er diese „Geschichte“ wahrscheinlich nicht zum ersten Mal. Wenn er sich so auch beim Neurologen inszeniert hat, so erklärt dies den harschen Hinweis eine Suchtberatung aufzusuchen, weil dieser sich für diese „Fälle“ als nicht (mehr⁷⁶) zuständig sieht. Die Inszenierung führte damit letztlich zum dargestellten Konflikt, bei dem Herr Timmermann sich deutlich missverstanden und nicht gut angenommen fühlte, woraufhin er aus seiner Sicht aus guten Gründen den Kontakt beendete. **Daher kann diese Inszenierung auch als Testsituation für Herrn Cieslik gesehen werden.**

Herr Cieslik bleibt im Modus des Zuhörens mit Hörersignalen, obwohl die Worte, wie dargestellt, ihn deutlich einladen, zu reagieren. **Dies bedeutet für die „Arbeitsbeziehung“, dass er der Versuchung widersteht, sich selbst mit einer objektivierenden Deutung zu inszenieren und dem Klienten stattdessen Raum für seine subjektive Darstellung lässt.** Herr Timmermann fährt nach einer kurzen Pause und einem Verlegenheitslaut mit der Erzählung fort. Diese beiden Signale deuten entweder auf eine Überraschung (er hat nicht damit gerechnet, dass das Gegenüber nichts zu seinen Worten sagt) oder auf die Einleitung von etwas Neuem, noch nicht oder weniger Expliziertem oder auf etwas Unangenehmem hin. **Die Deutungen haben eine kurze, erstmals wahrnehmbare Verunsicherung des Klienten gemeinsam. Geht man von der „Testsituation“ aus, so könnte es sich um eine „neue Erfahrung“ handeln.** Herr Timmermann berichtet weiter, dass sich sein Konsum „sukzessive“ gesteigert habe. Das Wort „gesteigert“ ist umrahmt von hörbaren Atemgeräuschen. Dies deutet darauf hin, dass es ihm mög-

⁷⁶ Der Neurologe war vor seiner Niederlassung lange Jahre Leiter einer Suchtklinik.

lichweise schwer fällt dies zu explizieren, deutet es doch auf einen latenten Verlust der Kontrolle hin. Dies wiederum empfindet Herr Timmermann, wie oben gezeigt wurde, als bedrohlich. **Insofern stellt diese klare Explikation ein Zeichen von Vertrauen in Herr Cieslik oder eine Steigerung der Testsituation in Form einer noch deutlicheren Einladung dar, auf der Inhaltsebene zu reagieren: 30 Jahre mit Leib und Seele Biertrinker als Lebenseinstellung und dann den Konsum sukzessive (also zielgerichtet) gesteigert. Darauf muss ein Suchtberater doch inhaltlich reagieren.** Diese Aussage wird von der Fachkraft mit einem positiven Hörersignal begleitet. Herr Timmermann konkretisiert von sich aus, was er mit „gesteigert“ meint und spricht in diesem Zusammenhang zunächst von „Gewohnheit“ (unreflektierter Konsum) und dann von „Bedürfnis“ (reflektierter Konsum entgegen besseren Wissens). Auch diese Wortwahl deutet auf eine Steigerung bzw. Verfestigung des Konsummusters hin. **Die Zurückhaltung der Fachkraft bei der „Einladung“ zur Intervention hat dazu geführt, dass Herr Timmermann Vertrauen zeigt und von sich aus im Modus von Authentizität die Explikation seines Selbstbildes so konkretisiert hat, dass es deutlich greifbarer ist als vorher. Damit wechselt die Kontrolle über das Gespräch.** Herr Cieslik setzt zu einer Verbalisierung im Modus von „Spiegelung“ an („Sie merken schon“), wird aber vom Klienten unterbrochen. Dieser war noch nicht fertig mit seiner Explikation, denn er konkretisiert sein Konsummuster weiter. Er endet damit, dass er sagt, dass es nie eines gewesen sei. **Damit reproduziert er sein Muster, dass insbesondere der erlebte Kontrollverlust ihm zu schaffen macht. Damit liefert er, ohne danach gefragt worden zu sein, einen wichtigen Hinweis für Ansatzmöglichkeiten einer passgenauen Hilfe bzw. für die Gestaltung einer „Arbeitsbeziehung“, in die er Vertrauen haben kann: Es ist wichtig für ihn die Kontrolle über die Situation zu behalten bzw. wieder zu erlangen. Damit inszeniert er ein zentrales Verhaltensmuster und gibt damit die Möglichkeit, sich kommunikativ auf ihn einzustellen.**

Herr Cieslik setzt die angefangene zusammenfassende Verbalisierung mit einem Fokus auf die Regelmäßigkeit und nicht auf die Menge fort, ohne dies zu bewerten. Damit inszeniert er Kompetenz, denn nach den Leitlinien der suchtmmedizinischen Diagnostik (ICD-10) ist dies eines der Leitsymptome. Herr Timmermann übernimmt fast wörtlich die Formulierung der Fachkraft und zeigt damit, dass er sie ratifiziert und dass er sich verstanden fühlt. Herr Cieslik schließt diese Sequenz mit einer erneuten Bestätigung ab. Dies zeigt, dass für ihn die kommunikative

Verständigung über dieses Thema (Wahrnehmung der Steigerung des Alkohol-Konsumverhaltens des Klienten als ein Ausgangspunkt für weitere Explorationen) damit abgeschlossen ist.

Herr Timmermann: Und daneben (.) (.) rauch ich auch (.) (.) größere Ordnungen auch seit dreißig Jahren //mmhm///mmhm// hab nur acht Monate irgendwann ausgesetzt vor 15 Jahren, aber das ist glaube ich nicht erwähnenswert. //mmhm// #00:01:28-1#

Herr Cieslik: Jo, aber immerhin, ne? #00:01:29-3#

Herr Timmermann: Und es ging seinerzeit als ich, (.) als ich über die Firma die Chance hatte sone Kur zu machen //ja// dreieinhalb Wochen //ja// und äh da bin ich hingefahren mit dem Vorhaben (.) jetzt lässt du das mal alles sein und es ging auch //mmhm// komischerweise ging das, ich sag mal in dem Moment, weg von allem, ja? //mmhm// weg von Beruf, weg von Familie (atmet ein) //mmhm// äh ich war zu der Zeit mit meiner ersten Frau verheiratet //jaha// mit vier Kindern. Also schon erhebliche Stresspotentiale um mich herum //mmhm// auch im Job ne relativ verantwortliche Tätigkeit als Abteilungsleiter und (.) es wuchs mir damals schon ziemlich übern Kopf, das war, das war das Problem. #00:02:11-2#

Herr Cieslik: Sie sind auch noch in der gleichen Firma, oder? #00:02:12-2#

Herr Timmermann: Ich bin noch in der gleichen Firma. Also damals wuchs mir übern Kopf, weil eben vier kleine Kinder im Haus und äh neu in der Verantwortung in der Firma //jaha//, die mich da schon erheblich gefordert hat #00:02:27-1#

Herr Cieslik: Gut das is¹, #00:02:27-1#

Herr Timmermann: Da hab ich den Ausbruch gesucht übern so genanntes Herz- und Kreislauftraining //mmhm// (räuspert sich) was äh mir von der Firma ermöglicht wurde //mmhm// zur Förderung der Arbeitsfähigkeit sag ich mal der Führungskräfte //ja// Äh (.) das hatte sehr gut getan. #00:02:43-0#

Herr Cieslik: Ja, auch mal raus aus allem //ja// zu sein und (.) #00:02:46-5#

Wieder eröffnet Herr Timmermann ein neues Thema. Er spricht das Rauchen an, welches er in der Einleitung auch als 2. Thema angegeben hatte. Er spricht am Anfang zögerlich mit zwei Pausen, so als müsste er sich erst überlegen, was und wie er es sagt. Möglicherweise strukturiert er seinen Beitrag vor. Inhaltlich geht es um sein Konsummuster beim Thema Rauchen. Seine Äußerungen werden von der Fachkraft mit Hörsignalen begleitet. Der Gesprächsbeitrag endet mit der Aussage, dass eine kurze Abstinenzzeit vor 15 Jahren, so glaube er, „nicht erwähnenswert“ sei. Dies präsentiert sich als subtile Aufforderung an Herr Cieslik, darauf zu reagieren, will er die Höflichkeitsregel nicht verletzen. Reagiert er, muss er sich zu der Aussage positionieren und damit eine Bewertung vornehmen. Zu sagen, dass es erwähnenswert wäre, wäre fachlich unglaubwürdig und könnte als strategisches Lob zur Verbesserung der „Arbeitsbeziehung“ enttarnt werden. Der Aussage zuzustimmen könnte in dieser frühen Beziehung als Unhöflichkeit gewertet werden. Außerdem besteht möglicherweise eine implizite Erwartung des

Klienten, die, im Rahmen einer psychosozialen Beratung benannten Erfolge auch zu würdigen und aus ihnen zu lernen. Möglicherweise ist Herr Timmermann rhetorisch geschult. Aus dieser Perspektive handelt es sich um eine rhetorische Herausforderung. Herr Cieslik reagiert mit einem etwas zurückhaltenden, „Jo-aber immerhin“ und umschiffte diese rhetorische Klippe, indem seine Reaktion zurückhaltend, aber trotzdem den Erfolg würdigend ausfällt. **Möglicherweise testet Herr Timmermann, ob Herr Cieslik ihm rhetorisch gewachsen ist.** Herr Timmermann expliziert, wie er es damals geschafft habe, eine zumindest kurzzeitige Abstinenz zu erreichen. Er sei mit dem Vorsatz, „das alles mal sein“ zu lassen, zu einer „Kur“ gefahren, die er „von der Firma“ aus gemacht habe. Gemeint ist wahrscheinlich sein Alkohol- und Nikotinkonsum. Eine Suchtrehabilitation scheint es nicht gewesen zu sein, eher eine Maßnahme zur Gesundheitsförderung. Möglicherweise hat er die Maßnahme dazu benutzt, um einen Abstinenzversuch zu starten, ohne eben gerade eine Suchtrehabilitation zu machen. Er regelt die Dinge auf seine Weise, ohne sich an die Regeln zu halten, aber auch ohne offiziell dagegen zu verstoßen. Das Muster des Ringens um Kontrolle, das zuvor schon herausgearbeitet wurde, zeigt sich auch in der Beschreibung des Versuchs den Suchtmittelkonsum einzustellen: Sobald die „Stresspotenziale“ (Familie mit 4 Kindern, neuer Job in einer Führungsposition) nicht vorhanden waren, gelang es, das Konsummuster zu ändern. Diese Konstellation seines damaligen Lebensumfeldes „wuchs ihm über den Kopf“, entzog sich also einer rationalen Kontrolle. Herr Cieslik begleitet diese Explikation mit Hörersignalen und fragt nach, ob er noch immer in der Firma sei. Es erscheint zunächst seltsam darauf zu fokussieren, bietet die Explikation des Klienten doch eine Menge anderer Ansatzpunkte zur Exploration an. Herr Timmermann geht auch nur kurz auf diese Frage ein und wiederholt den letzten Teil seiner Explikation. Will er sichergehen, dass Herr Cieslik ihn richtig verstanden hat? Möglicherweise hat er erwartet, dass Herr Cieslik darauf näher eingeht. Falls dem so ist, war die vorherige Geschichte möglicherweise das Ergebnis einer kalkulierten Strategie: Er präsentiert seine Geschichte, die er sich als Erklärung für sein Verhalten zurechtgelegt hat. Insofern ist sie in diesem Moment nicht das Ergebnis einer authentischen Selbstreflexion.

⁷⁷ Diese können in diesem Zusammenhang auch als potentielle Quellen des Kontrollverlustes der Umwelt gedeutet werden. Damit deutet sich an, dass es sich bei dem Konsummuster des Klienten um eine Strategie handeln könnte, die Angst vor einem Kontrollverlust zu dämpfen. Beide Substanzen reduzieren Angst und Schmerzen (vgl. Goßler 2010, S. 63 Mann; Rommelspacher 1999, S. 188).

Herr Cieslik bemerkt diese offenbar implizite Erwartung und will relativierend („Gut also“) darauf eingehen, wird aber vom Klienten unterbrochen, der ein weiteres Detail seiner Geschichte präsentiert: Nämlich die Art und Weise der „Kur“. Es handelt sich tatsächlich um ein Training zur Gesundheitsförderung, was die Firmenleitung Führungskräften (möglicherweise als Incentive) angedeihen lässt. Hier wird ein weiteres Detail des Musters des Klienten deutlich: **Er nutzt seine Möglichkeiten und es ist ihm wichtig nicht aufzufallen, nach Außen den Schein zu wahren.** Mit 4 Kindern und einem neuem Job in einer Führungsposition etwas für die Gesundheit zum Stressabbau zu tun, unter dem Label von „Herz-Kreislauf“, ist nach außen für viele Menschen nachvollziehbar. **Auch jetzt wahrt er den Schein, verhält sich strategisch. Er scheint offen zu kommunizieren und bietet Möglichkeiten der Exploration an, die aber mit dem Ziel verknüpft sind, das Gespräch zu kontrollieren und die Aufmerksamkeit der Fachkraft auf Details zu lenken, die er inszeniert hat.** Dies lässt hinter der Fassade auf einen eher ängstlichen Menschen schließen. In dieser Perspektive verschafft Herr Timmermann der Fachkraft Einblicke in seine subjektiven Sinnkonstruktionen. Herr Cieslik folgt der Darstellung verbal, lässt ihm ‚seine Bühne‘, schafft dadurch weiter Sicherheit und kann sich trotzdem nach und nach ein Bild von Herrn Timmermann im Sinne einer Exploration seiner subjektiv-handlungsleitenden Konstruktionen machen.

Herr Timmermann: zwischenzeitlich ist viel passiert, die Kinder sind (.) mehr oder weniger groß, ich lebe seit acht Jahren, neun Jahren getrennt von meiner (.) Familie, allerdings getrennt heißt die Kinder können jederzeit zu mir kommen. Bin seit zwei Jahren neu verheiratet (.) (.) (.) lebe in dieser Beziehung seit einem Monat in Trennung (.) //ah ja// was so, (.) der dritte Beitrag is, ne? //mmhm// den ich, den ich nennen wollte. Ich hab im Zuge dieses Jahres eigentlich festgestellt, (atmet tief ein) dass es mir unglaublich schwer fällt alleine zu sein (.) und meine Frau war sehr viel auf Reisen //mmhm// beruflich. Ich anteilig auch. Wir haben uns, wenn man so will, seit (.) April nur noch abgeklatscht, der eine ist gekommen, der andere ist gegangen //mmhm// und wenn wir natürlich dann zusammen waren dann (.) prallte da auch relativ viel aufeinander, ne? Jeder hatte viel erlebt //mmhm// und irgendwo ham wir uns dann doch nicht die Zeit genommen das vernünftig auszutauschen. #00:03:51-9#

Herr Cieslik: Ja, ich denke, dass dann bei jedem auch der Stau da ist ne? #00:03:56-2#

Herr Timmermann: Extrem #00:03:56-2#

Herr Cieslik: auch was los zu werden und dann ist das ja auch nur die halbe Miete, //ja// äh ne? weil #00:04:00-4#

Herr Timmermann: Ja beziehungsweise es geht dann auch einfach zu schnell. Man kann sich nicht annehmen, //genau// man nimmt sich nicht die Ruhe //mmhm// und äh

meine Frau hat auch noch n paar Hobbies mehr als ich. //mmhm// Also ich hab nur meine Kinder als Hobby äh meine Frau macht noch Musik, macht auch Sport //mmhm// also wenn sie denn da mal da war, war sie schon wieder weg @(.)#
#00:04:19-3#

Herr Cieslik: Ok #00:04:20-0#

Herr Timmermann vertieft das Thema Familie weiter. Inhaltlich berichtet er, dass er von seiner ersten Frau getrennt lebt, seine Kinder aber „immer zu ihm kommen können“. Dies ist eine interessante Formulierung, deutet es doch auf die Erwartungshaltung einer einseitigen Kontaktaufnahme, für die sich Herr Timmermann nicht verantwortlich zu fühlen scheint und die damit dynamische Folgen für die Beziehungsgestaltung zu seinen Kindern hat. Denn es bleibt offen, ob seine Kinder tatsächlich zu ihm kommen, zumal sie inzwischen erwachsen sind, wie er sagt, und was dies für ihn bedeutet. Nahtlos schließt Herr Timmermann an, dass er seit zwei Jahren neu verheiratet sei. Dies deutet darauf hin, dass er das Thema ‚alte‘ Familie abgeschlossen zu haben scheint. Es folgt eine Pause. Diese deutet darauf hin, dass jetzt etwas kommt, was ihm möglicherweise unangenehm ist, was ihn unsicher macht o. ä. Tatsächlich berichtet er, dass er seit einem Monat getrennt von seiner Frau lebt. Danach erfolgt eine weitere Pause. Die Katze ist aus dem Sack. Die Trennung von seiner Frau stellt das wesentliche Belastungsmoment für den Klienten dar. Herr Cieslik konnotiert dies mit einem Hörersignal, das ausdrückt, dass er die Bedeutung dieser Aussage für den Klienten erfasst „Ah ja.“ Dies deutet auf den Modus hin, den Remsperger (2013) als „sensitive Responsivität“⁷⁸ beschreibt und der sich hier lediglich in einem passenden Hörersignal an der richtigen Stelle ausdrückt. Herr Timmermann bestätigt die wahrgenommene Bedeutung verbal, denn er eröffnet, dass dies neben seinem Suchtmittelkonsum das dritte „Thema“ war, das er ansprechen wollte. Es stellt sich allerdings die Frage, ob dies nicht das Hauptthema ist und ob der Suchtmittelkonsum, über den er relativ emotionsfrei sprach und für dessen Regulation er eigene Wege gefunden hat, nur die ‚Eintrittskarte‘ für diese Beratung war. An dieser Stelle bleibt zunächst noch offen, in welchem Zusammenhang der Konsum von Suchtmitteln, die Trennung von seiner zweiten Frau, das spezifische Beziehungsmuster in Form von einem starken Kontrollwunsch und die resp. Ängstlichkeit stehen. Herr Timmermann

⁷⁸ Remsperger operationalisiert sensitive Responsivität als „Signale bemerken“ (Zugänglichkeit und Aufmerksamkeit) und „sich auf Signale angemessen verhalten“ (Promptheit der Reaktion, Richtigkeit der Interpretation, generelle Haltung- Akzeptanz, Wertschätzung, Interesse, Respekt vor Autonomie-, Involvement, emotionales Klima, Stimulation).(Remsperger 2013, S. 15)

setzt die Beschreibung der Situation mit seiner jetzigen Frau fort. Die Formulierung „habe ich festgestellt“ in Verbindung mit einem tiefen Einatmen deutet auf einen Erkenntnisprozess hin. Aus diesem Grund kann, trotz relativer Nüchternheit der Beschreibung, von einem Moduswechsel von einem eher strategischen Berichten hin zu einem „Erzählstrom“⁷⁹ ausgegangen werden. Dieser wurde durch die zurückhaltende, für Herrn Timmermann aber deutlich wahrnehmbare Begleitung durch Herrn Cieslik evoziert. Herr Timmermann äußert sich im Nachhinter-vision dazu wie folgt:

„In die Reflektion zu gehen und ja ich sag mal (.) zum Nachdenken in der richtigen Richtung angeregt zu werden. [...] (.) (.) Hmm, im Prinzip die sehr ruhige Art [von Herrn Cieslik Erg. R. H.]. Äh hat mich auch ruhiger werden lassen.“ (#00:08:35–1# Nachinterview Herr Timmermann zum Gespräch mit Herr Cieslik)

Die Äußerungen von Herrn Timmermann werden von Herrn Cieslik zunächst lediglich mit Hörsignalen begleitet. Eine Spiegelung mit einer, möglicherweise entlastend gemeinten Relativierung, dass dann bei „jedem [...] der Stau“ da sei, schließt sich an. Was genau mit Stau gemeint ist, bleibt an dieser Stelle offen. Für die Beziehungsentwicklung zwischen Fachkraft und Klient aber ist entscheidend, dass Herr Timmermann sich durch diese Äußerung verstanden fühlt, denn er antwortet mit einer Verstärkung, die sich wahrscheinlich auf das Wort „Stau“ bezieht. Darauf reagiert Herr Cieslik mit einer weiteren empathischen Äußerung im Modus einer Spiegelung. Offensichtlich meinen beide zu wissen, wovon genau der andere spricht. Wichtig für die Fragestellung ist jedoch die Feststellung, dass es sich um Äußerungen des gegenseitigen Verstehens und emotionalen Mitgehens handelt, sodass die Äußerungen der Fachkraft wiederum als im Modus der „sensitiven Responsivität“ erfolgend beschrieben werden können. Als Reaktion darauf vertieft Herr Timmermann, ohne danach gefragt worden zu sein, das Thema und erzählt weitere Details, sodass auf der Ebene einer Fallrekonstruktion möglicherweise weitere Elemente für eine diagnostische Einordnung sichtbar werden. Die Explikation wird wieder durch Hörsignale begleitet. Diese Weiterentwicklung der sukzessiven Vertie-

⁷⁹ Schütze geht davon aus, dass es zwischen dem Erzählstrom und der konkret erlebten Erfahrung eine Entsprechung gibt und dass durch die Rekonstruktion dieser Erfahrungen ein ‚Zugang‘ zu den Mustern und individuellen Konstruktionen der Wirklichkeit eines Menschen möglich ist. (Schütze 1984a, S. 79).

fung im Modus eines „Vorangehens“ (Stern 2014, S. 157) wurde eingeleitet durch die zunächst abwartende Haltung der Fachkraft, als Herr Timmermann im Modus von strategischer Inszenierung Details seines Suchtmittelkonsums präsentierte und Herr Cieslik diese erste Präsentation lediglich im Modus der sensitiven Responsivität konnotierte, ohne jedoch direkt auf diese einzugehen. **Dies evozierte einen authentischen Erzählstrom von Herrn Timmermann, da ihm das Gefühl vermittelt wurde, verstanden zu werden. Dies ist insofern bedeutsam, als dass es sich bei der Institution um eine Suchtberatungsstelle handelt und Herr Timmermann bis jetzt noch kein klares Anliegen vorgebracht hat, was genau er in Bezug auf seinen Suchtmittelkonsum besprechen möchte.** Aus diesem Grund konnte die Frage der institutionellen Zuständigkeit noch nicht eindeutig geklärt werden. **Dies wiederum deutet darauf, dass die Frage des Fallverstehens⁸⁰ für Herr Cieslik vor der Klärung einer formalen Zuständigkeit steht,** was wiederum einen Rückschluss auf eine Einstellung von Herrn Cieslik in seiner beruflichen Rolle zulässt.

„Hab n paar Bücher gelesen auch in der Zwischenzeit“

Herr Timmermann: Hab n paar Bücher gelesen auch in der Zwischenzeit. #00:15:20–3#

Herr Cieslik: Ah ja. #00:15:20–3#

Herr Timmermann: ((lacht)) #00:15:21–2#

Herr Cieslik: ((lacht)) #00:15:22–4#

Herr Timmermann: Besser schlau als blau und solche Dinge, //ja// kennen Sie wahrscheinlich. #00:15:24–1#

Herr Cieslik: Ja, ja, genau mhm #00:15:25–4#

Herr Timmermann: Und wie bekämpft man Depressionen oder Glücklich miteinander oder wie auch immer, alles Mögliche #00:15:31–5#

Herr Cieslik: jaha, jaha. Ja, dann sind Sie ja im Grunde genommen auch schon aufm guten Weg, ne? #00:15:36–7#

In dieser Szene gibt Herr Timmermann weitere Hinweise auf seine Bewältigungsstrategie für die, von ihm geschilderten Schwierigkeiten: Er liest Bücher. Er versucht also ein psychosoziales Problem durch Theoretisierung kognitiv zu bewältigen. Er hat nicht nur ein Buch, sondern sogar mehrere gelesen. Dies deutet auf ein abwägendes Verhalten hin. Er ist nicht mit der erstbesten Lösung, die halbwegs plausibel klingt,

⁸⁰ Fallverstehen kann mit Heiner (2004, S. 91) als die „Fähigkeit der Verknüpfung von verallgemeinerbaren, wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen mit der Erfassung der Besonderheiten des Einzelfalles [...]“ definiert werden.

zufrieden. Er ist kritisch, vielleicht auch misstrauisch und vertraut grundsätzlich einer Expertenmeinung, obwohl er sich auch ein eigenes Urteil bildet. Hier klingt sein Autonomiebedürfnis an und er unterbreitet implizit das Angebot, nachzufragen, welche Bücher er gelesen hat. Will er seine Kompetenz inszenieren? Herr Cieslik quittiert dies mit einem Hörsignal, das deutlich werden lässt, dass er diese Explikation mit Interesse zur Kenntnis nimmt. Möglicherweise deutet er sie innerlich, expliziert dies jedoch nicht. Er fragt auch nicht weiter nach und enttäuscht somit möglicherweise die implizite Erwartung des Klienten. Ist es ihm egal, was Herr Timmermann gelesen hat? **Wenn ja, deutet dies auf eine Verifizierung der Vermutung hin, dass er versucht zu explizieren, was das Bücherlesen als Bewältigungsmodus für Herrn Timmermann bedeutet. Dies geschieht aber möglicherweise nicht explizit, sondern implizit.** Herr Timmermann reagiert darauf mit Lachen. Dies kann Verunsicherung bedeuten, da Herr Cieslik nicht auf den, möglicherweise (implizit) intendierten Inszenierungsversuch von Kompetenz reagiert und inhaltlich nicht nachfragt. Möglicherweise antizipiert er auch eine Ablehnung dieser Bewältigungsstrategie. Eine andere Möglichkeit der Deutung ist, dass er erkannt hat, dass diese Strategie Muster zwar erklärt, auf der Handlungsebene aber nicht dazu beiträgt Muster zu verändern, da verstehen alleine nicht ausreicht, um etwas zu tun. Aus diesem Grund könnte ihm dieser Bewältigungsversuch auch peinlich sein. Herr Cieslik stimmt in dieses Lachen ein. Dieses spontane Mitlachen kann im Modus eines selbstregulierten mimetischen Vermögens und als Zeichen des „miteinander im Kontakt seins“ gedeutet werden. Dieses wird von May als „lebendige Arbeit“ bezeichnet⁸¹. Eine andere Lesart wäre, dass Herr Cieslik Herrn Timmermann auslacht. Herr Timmermann scheint diese Lesart aber nicht zu teilen, sondern expliziert welche Bücher er gelesen hat und fragt nach, ob Herr Cieslik diese kenne. Damit vergewissert er sich auf der einen Seite, ob es ‚die richtigen‘ Bücher waren und unterzieht Herr Cieslik auf der anderen Seite einem ‚Kompetenztest‘. Gleichzeitig beinhaltet seine Frage die implizite Einladung, selbst Kompetenz zu inszenieren und z. B. die fachliche Qualität der Bücher zu bewerten oder andere Bücher ‚als Ergänzung‘ zu nennen. Somit kann diese Äußerung von Herrn Timmermann, analog zu den Analysen aus dem ersten Teil, als Versuch gesehen

⁸¹ Lebendige Arbeit setzt sich "vor allem aus solchen, nicht akkumulierbaren Eigenschaften wie Spontaneität und Sensibilität sowie kooperativen und mimetischen Vermögen zusammen, [...] die nur aus der Unmittelbarkeit von Beziehungsverhältnissen selbst produziert werden können." (May 2006, S. 44)

werden, das Gespräch durch Setzen einer subtilen Einladung zur Konkurrenz zu kontrollieren. Herr Cieslik bestätigt, dass er diese Bücher kennt, unterzieht sie aber keiner Wertung und wiederholt stattdessen seine Anerkennung für den Bewältigungsversuch des Klienten.

Herr Timmermann beschreibt dies im Nachinterview folgendermaßen:

„Und einfach das Gefühl, da sitzt jetzt nicht der Besserwisser, der mir beibringen will, wie ich zu denken habe, sondern der akzeptiert, wie ich denke und mir ab und zu mal irgendwo einhakend äh noch mal noch mal hilft, 'ne Spur weiterzudenken. [...] #00:12:22-0# (Nachinterview Herr Timmermann zum Gespräch mit Herrn Cieslik)

Durch diese Verhaltensweise umschifft Herr Cieslik erneut die subtile Einladung, selbst Kompetenz zu inszenieren, denn diese hätte auf der Kommunikationsebene zu einer Konkurrenzsituation und letztlich zu einem Machtkampf führen können. Dies geschieht ohne Herrn Timmermann dabei zu verunsichern. Stattdessen wird seine Leistung zur Bewältigung erneut anerkannt. Gleichzeitig ist damit aber auch der Versuch des Klienten das Gespräch zu kontrollieren, indem dieses bei einem, für den Klienten weniger oder nicht angstbesetzten Thema (hier wäre z. B. eine Diskussion über richtige oder falsche Lektüre möglich gewesen) verweilt, vereitelt, sodass Herr Timmermann jetzt ein neues Thema setzen muss, sofern das Gespräch fortgesetzt werden soll. Dies geschieht, ohne dass Herr Timmermann direkt gefragt werden muss. Dies wiederum wirkt sich auf der Beziehungsebene aus, denn Herr Timmermann fühlt sich nicht ausgefragt und hat das Gefühl das Gespräch unter Kontrolle zu haben. Daher kann seine subjektive Bewertung in Richtung Vertrauen gehen.

„Also wir können das theoretisch auch [...] vorher mal feststellen oder so“

Herr Timmermann: Das war ja, das muss ich wirklich sagen, //mmhm// die Zeit zwischen Weihnachten und Neujahr die war, die war ganz ganz schwierig, weil (.) (atmet tief ein) ich hatte auch Angst davor, einfach in diese freien Tage zu gehen //ja. // weil da war klar, konnste nicht dich in Job verflüchtigen, sondern du hast die blöden Tage frei //genau// und du bist gerade allein gelassen worden, ne #00:23:09-5#

Herr Cieslik: Genau #00:23:11-6#

Herr Timmermann: äh und da alleine zu sitzen und permanent zu grübeln, das war (.) grauenvoll //mmhm// //mmhm// #00:23:16-6#

Herr Cieslik: Also ich sag, das wäre so eine Möglichkeit in diese Richtung auch nochmal

diagnostisch genau zu gucken //ja, ja// damit Sie auch für sich ne? ok, Partnerin ist die eine Seite ne? wenn Sie den Wunsch hat, dass Sie ohne Alkohol leben, aber ich denke wichtiger ist ja noch, dass Sie, für sich ne innere eigene gute Entscheidung treffen können. #00:23:38–2#

Herr Timmermann: Ja im Inneren habe ich die für mich eigentlich getroffen, ich bin halt noch nicht so weit, dass ich das äh (atmet zischend ein) jetzt behaupten könnte, Geduld habe, also //genau// ich könnte jetzt leicht sagen: (ironischer Tonfall)"Dieses Jahr habe ich bisher nur ganz wenig getrunken." #00:23:49–3#

Herr Cieslik: ((lacht)) ((lacht)) #00:23:50–8#

Herr Timmermann: ((lacht)) ((lacht)) aber es ist ja noch nicht so alt. #00:23:53–6#

Herr Cieslik: Nein, wirklich, @(.)@ aber gut, es ist ja schon mal zumindest schon mal die Tendenz, ne? #00:24:00–1#

Herr Timmermann: ja. #00:24:00–1#

Herr Timmermann berichtet, dass er die Zeit zwischen Weihnachten und Silvester als sehr belastend⁸² empfunden hat. Herr Cieslik macht erneut⁸³ den Vorschlag für eine weitere vertiefende Analyse der Trink-situation von Herrn Timmermann und konkretisiert dies in Bezug darauf, dass es aus seiner Sicht wichtig scheint zu unterscheiden, was seine Partnerin von ihm möchte und was er möchte. Insofern nimmt Herr Cieslik hier eine klientenzentrierte Position ein, indem er eine Gewichtung vornimmt und die Wünsche und Vorstellungen von Herrn Timmermann höher bewertet als die anderer Beteiligter. Herr Timmermann greift dies zwar auch auf, weicht aber in letzter Konsequenz trotzdem wieder aus und überspielt die Situation mit einer selbstironischen Bemerkung, die aber auch ein Test sein kann, da sie das Geständnis enthält, dass er weiter getrunken hat. Beim Neurologen und auch bei seiner Partnerin hat er sich in einer ähnlichen Situation „rausgeschmissen“ gefühlt. Welchen Aspekt wird Herr Cieslik aufgreifen? Herr Cieslik geht

⁸² Das Gespräch fand an einem 08. Januar statt.

⁸³ Herr Timmermann hatte zu einem früheren Zeitpunkt nach Möglichkeiten der Weiterarbeit gefragt: „deswegen bin ja auch hier //genau//, was bieten Sie an, welche Möglichkeiten gäbe es, ich sage mal im Anschluss, ich sage bewusst im Anschluss an Kur, weil ich glaube, das macht jetzt keinen Sinn, morgen was zu starten, was dann übernächste Woche schon wieder äh ausgesetzt wird //genau// (#00:19:49–0#) Daraufhin hatte Herr Cieslik bereits zweimal den Vorschlag einer vertiefenden Analyse gemacht: “An erster Stelle würde ich eher auch vorschlagen, nochmal n genaueres Bild sich zu machen, vielleicht auch in Anführungsstrichen auch Diagnostik (#00:20:33 #)” und „Von daher auch der Vorschlag //mmhm// sich das auch nochmal genauer anzuschauen, damit Sie auch ne gute eigene Entscheidung treffen können“ (#00:21:21–7#). In beiden Fällen hatte Herr Timmermann auf diese Vorschläge ausweichend mit weiteren vertiefenden Erzählungen geantwortet.

auf den ironischen Aspekt ein und lacht. Damit ist eine Abstinenzforderung als Voraussetzung für einen weiteren Kontakt, wie beim Neurologen und bei seiner Partnerin, vom Tisch und die Differenz Erfahrung vom Anfang des Gesprächs bestätigt sich. Herr Timmermann lacht auch nochmal verstärkt über die Selbstironie seiner Bemerkung, die aber auch den Aspekt der Frage zu der tatsächlichen Möglichkeit der Realisierung in sich trägt, wenn er es selbst in dieser kurzen Zeit nicht schafft abstinenz zu sein. Herr Cieslik geht erneut darauf ein, greift diesen Aspekt implizit auf und wendet ihn zum Positiven, indem er die positive Tendenz würdigt. Dass Herr Timmermann seine Wahrnehmung darauf gerichtet hat, ob er hier einem Urteil unterzogen wird, zeigt sich in folgendem Zitat aus dem Nachtinterview:

„Nicht ein einziges Mal, dass da irgendwo 'ne Kategorisierung, Klassifizierung @(.).@ oder was auch immer stattfindet. Sondern einfach, dass ich hier als Individuum als Person respektiert werde. Dass meine Sorgen und und äh die daraus resultierenden Probleme auch äh akzeptiert werden. [...]“
 #00:13:10–8# (Nachinterview Herr Timmermann zum Gespräch mit Herrn Cieslik)

Darüber hinaus legt diese Szene vor dem Hintergrund, dass gemeinsames Lachen in verschiedenen Kulturen als Zeichen der Zugehörigkeit dekodiert wird und in den verschiedenen Stadien der Beziehung sowie von willentlichem Lachen unterschieden werden kann (Bryant et al. 2016; Bryant; Aktipis 2014), nahe, dass es sich hier wiederum um eine Situation handelt, die je nach subjektiver Deutung bezüglich der Authentizität, beidseitig zu Vertrauen oder auch zu Misstrauen führen kann. Insofern handelt es sich hier um eine Entscheidungssituation, deren Ergebnis die nächsten Szenen zeigen werden. In dieser Szene ratifiziert Herr Timmermann zunächst die Deutung von Herrn Cieslik.

Herr Cieslik: Wo Sie was erkannt haben, wo Sie sagen, da muss ich (.) für mich etwas verändern. (.) und das ist der erste Schritt oder der zweite Schritt schon. #00:24:06–8#

Herr Timmermann: Ja und des (stöhnt leicht) ist son Wechselspiel ja? Erkannt hab ich das im August, September, im Oktober, November hab ich des äh //mmhm// gemacht, was Sie gerade gesagt haben, ich hab halbiert, sagt wa mal halbiert. (.) Ich hab aber immer noch getrunken, vor den Augen meiner Frau. (.) (.) und an den zwei, drei Tagen, wo ich das nicht vor den Augen meiner Frau getan habe, habe ichs eben heimlich getan (.) und sie hat das trotzdem gemerkt. #00:24:35–0#

Herr Cieslik: und da^L #00:24:35–0#

Herr Timmermann: ^Lund das war für sie so der Auslöser so zu sagen, du belügst mich, das Vertrauen ist weg //mmhm// und äh damit schwindet die Liebe jetzt endgültig.

//mmhm// //mmhm// und das tat richtig weh. //mmhm// und äh letztendlich aus der Situation heraus hab ich, hab ich erkannt, ok (.) ihr Verlangen, also mein Verlangen war, runterzufahren, ihr Verlangen sie will mich #00:24:59-5#

Herr Cieslik: null #00:24:59-5#

Herr Timmermann: null trinken //mmhm// //mmhm// und das wahrscheinlich nicht über zwei Wochen, sondern mal über ne Zeit von hoffentlich mal nem Jahr //mmhm///mmhm// #00:25:10-5#

Herr Cieslik: Gut, das wäre dann, #00:25:13-7#

Herr Timmermann: Ob man dann irgend jemals wieder überhaupt @(.)@ n @(.)@ dosieren, n dosiertes Glas Wein trinken kann, also ich weiß es nicht, #00:25:19-7#

Herr Cieslik: Na, deswegen isses ja denke ich wichtig, genau diagnostisch dahin zu gucken, weil wie gesagt, bei Abhängigkeit oder einer Abhängigkeitserkrankung da empfehlen wir eher in Richtung Abstinenz zu gucken. //mmhm// weil im Grunde genommen, diese Kontrollfähigkeit auf Dauer nicht mehr da ist. Ne? Das kann maaalne Zeit lang dann wieder gut gehen, (.) stellen sich aber bestimmte Lebensumstände ein äh kann man fest darauf gehen, das geht wieder weiter. Der Alkohol wird dann wieder zum entsprechenden Medikament, um Probleme #00:25:55-0#

Herr Timmermann: zu verdrängen, #00:25:55-6#

Herr Cieslik: zu verdrängen, zu vergessen oder Depressionen vermeintlich ertragbarer zu machen und und und #00:26:02-2#

Herr Timmermann: mhm (.) (.) #00:26:04-2#

Herr Cieslik würdigt die Leistung des Klienten „schon was erkannt“ zu haben, deutet dies als „schon zweiten Schritt“ und verstärkt die Würdigung der Leistung von Herrn Timmermann. Jetzt kommt Herr Timmermann auf den Punkt, der ihn als „Biertrinker mit Leib und Seele seit 30 Jahren“ wahrscheinlich stark beschäftigt. Was ist, wenn er lange Zeit nicht oder gar nicht mehr trinken kann oder darf, weil seine Frau dies in seiner Perspektive als Bedingung setzt? Vor dem Hintergrund der Aussage vom Anfang kann vermutet werden, dass Alkohol trinken in seinem bisherigen Leben noch mehr war als ein Problemlöser oder ein Antidepressivum in schwierigen Zeiten. Alkoholtrinken als äußeres

Zeichen der Dazugehörigkeit⁸⁴, ev. sogar als Teil der Identität? Vielleicht wirkt der Alkohol auch seit 30 Jahren angstlösend und ist daher nötig, um überhaupt mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen, sich zu entspannen, gemeinsam Spaß zu haben. Insofern würde er neben der psychischen auch eine soziale Funktion erfüllen. Wenn dem so sein sollte, so handelt es sich bei der Frage der Abstinenz aus seiner Perspektive um ein, für ihn bedeutsames Thema auf mehreren Ebenen, das weit über die Frage einer reinen Willensentscheidung hinausgehen kann (vgl. auch Kap. 3.1).

Insofern könnte das Anschneiden dieses Themas auch mit einer inhaltlichen Entscheidungssituation verknüpft sein. Wie wird sich Herr Cieslik verhalten? Wird er letztlich doch, genau wie seine Frau, Abstinenz fordern? Oder wird er der schwierigen Frage ausweichen? Herr Cieslik wiederholt erneut seinen Vorschlag zum weiteren Vorgehen und argumentiert mit Hilfe der, vom Klienten zuvor explizierten Dynamik von dysfunktionalen Bewältigungsversuchen mit Hilfe von Alkohol. Diese erweitert er mit „und und und“, ohne jedoch konkret zu werden und ermöglicht damit Herrn Timmermann, dies mit seinen diffusen Ängsten zu füllen, ohne diese explizieren zu müssen. Daraufhin folgt Herr Timmermann Herrn Ciesliks Argumentation erstmalig ohne zu widersprechen oder auszuweichen. Insofern kann dies auch als eine gelungene Inszenierung von Kompetenz gewertet werden, die einen Fort-

⁸⁴ Herr Timmermann spricht mit einem bayrischen Akzent. Dies legt nahe, dass er in Bayern aufgewachsen ist. Es wird vermutet, dass Bier dort, im Vergleich zu anderen Regionen, eine spezifische Bedeutung hat, die weit über die eines einfachen Getränks oder Genussmittels hinaus geht. Als Beispiel für eine mögliche Explikation eines bayrischen Lebensgefühls in Zusammenhang mit Bier bietet folgende Aussage auf der Homepage des bayrischen Brauerbundes an: „Bier ist insofern in der Wahrnehmung vieler Menschen – Bayern und Gäste des Freistaates – integraler Bestandteil bayerischer Kultur und Lebensart, nach außen imageprägend und nach innen identitätsstiftend. Da ist es für den Charakter des Bieres als „Bayerisches Volksgetränk“ nicht entscheidend, ob in Bayern im Jahr und pro Kopf ein paar Schluck mehr oder weniger getrunken werden.“ (<http://www.bayrisch-bier.de/bier-wissen/bayerisches-volksgetränk/>, Zugriff am 28.02.2017). Wenn Herr Timmermann sich also als „Biertrinker mit Leib und Seele“ bezeichnet und dazu noch aus Bayern kommt, könnte diese Aussage auch mit einem speziellen Lebens- oder Identitätsgefühl zusammenhängen, bei dem Bier trinken eine besondere Rolle spielt und das insofern Auswirkungen auf die Forderung nach einer lebenslangen Abstinenz haben.

schritt hinsichtlich des Ziels, den Klienten aus seinem Gedankenkarussell zu lösen und einen neuen Gedanken zu etablieren bzw. angstfrei zulassen zu können, darstellt. Entscheidend ist, dass Herr Timmermann diese Interaktion nicht als Inszenierung oder als methodische Behandlung erlebt, sondern als in Bezug auf seine geäußerten Probleme tatsächlich hilfreich. Auf die Frage im Nachinterview, ob Herr Timmermann Herrn Cieslik als Experten erlebt habe, der Antworten schon bereit habe, sagt er:

„Nein, das Gefühl hab ich jetzt überhaupt nicht bei dem Herrn Cieslik. Sondern, einfach 'n guter Zuhörer, der dann versucht mit, ja natürlich 'n bisschen Analysetechnik ja, äh auch irgendwo die Spur zu finden. Wo kann da noch 'n Würzelchen liegen, was vielleicht mit ein Auslöser für die, für die Sucht auch war. Oder ein Auslöser letztendlich für die Art, wo ich meine Sorgen bekämpfe. Ja, das das war das Kernthema letztendlich. (Nachinterview Herr Timmermann zum Gespräch mit Herr Cieslik #00:10:18-5#“)

Herr Cieslik: Also es wär noch mal ne Einladung, ne? Wir würden dann nach der Therapie hier n Gespräch weitermachen oder #00:26:12-6#

Herr Timmermann: Also wir können das theoretisch auch irgendwo vorher mal (.)(.) feststellen oder so. Ich sag jetzt nur #00:26:19-0#

Herr Cieslik: Wär auch ne Möglichkeit #00:26:19-0#

Herr Timmermann: Mein Gedanke war halt jetzt in irgend ne (.)(.) Gruppe einzutreten, Gruppengespräche zu führen, das macht wahrscheinlich jetzt wenig Sinn, sich einmal blicken zu lassen und dann drei Wochen vier Wochen nicht da zu sein. #00:26:30-6#

Herr Cieslik: Ich denke, dann wäre es sinnvoll, wir würden vielleicht noch vor der äh Reha-Behandlung vielleicht noch ein Gespräch führen, dass sie da auch schon mal für sich n Stück äh Klarheit bekommen und es wäre dann auch die Fragen von weitergehenden Hilfen. (.)(.) Ne es gibt ja auch // mmhm// weitergehende gute Hilfen im Bereich von Alkoholabhängigkeit oder Nikotinabhängigkeit sagte ich schon, in Form von Therapien unterschiedlichster Art. (.), die einem tatsächlich dann auch mit diesem Problem weiterhelfen können. #00:26:58-4#

Herr Timmermann: und wie kann ich mir das vorstellen, Therapien unterschiedlicher Art? Also da hab ich jetzt wirklich keine #00:27:03-4#

Herr Cieslik: es gibt einmal so die großen #00:27:03-8#

Herr Timmermann: Erfahrung. #00:27:05-8#

Herr Cieslik bekräftigt seinen Vorschlag, die Gespräche in der Beratungsstelle nach der Reha fortzusetzen. Offenbar geht er davon aus, dass Herr Timmermann die bevorstehende Rheuma-Reha nicht dafür nutzen kann oder will, seine Probleme mit dem Alkohol zu besprechen. Am Ende des Satzes steht ein „oder“. Entweder wollte er noch etwas

anfügen und wurde von Herrn Timmermann unterbrochen oder er fordert ihn implizit dazu auf, sich zu seinem, zum dritten Mal wiederholten Angebot zu verhalten. Dabei berücksichtigt er explizit das Autonomiebedürfnis des Klienten („Einladung“) und seine Vorgaben zu weiteren Maßnahmen („nach der Therapie“). Warum er das Wort „Therapie“ benutzt, wird nicht deutlich, handelt es sich doch um eine Rehabilitationsmaßnahme (Kur) in Bezug auf seine Rheumaerkrankung. Denkbar ist, dass es ein habitueLLer Versprecher ist, da der Begriff „Rehabilitationsmaßnahme“ im Kontext von Suchtmedizin aus historischen Gründen vom Wort „Therapie“ für eine Rehabilitation Sucht überlagert ist (s. Kap. 3.2.1). **Trotzdem kann als Ziel dieser Intervention der Versuch beschrieben werden, Herrn Timmermann, unter expliziter Berücksichtigung seiner spezifisch gezeigten psychosozialen Interaktionsmuster, ein passgenaues Angebot im Rahmen der Beratungsstelle zu machen.** Im Unterschied zu vorher weicht Herr Timmermann diesmal nicht aus, indem er weitere Details expliziert, sondern geht darauf ein und schlägt von sich aus sogar vor, dass „man“ ja noch vor Antritt der, von ihm geplanten Reha-Maßnahme mit Gesprächen beginnen könnte. Insofern zeigt sich hier das subjektiv bewertete Vertrauen in die Person *und* die Fachkompetenz von Herrn Cieslik. So kann hier in Zusammenhang mit den vorhergehenden Szenen konstatiert werden, dass **die langsame Annäherung dazu geführt hat, dass ein weiterer Schritt, der Herr Cieslik *objektiv* möglicherweise schon zu einem früheren Zeitpunkt klar war und nötig erschien und der für ihn im Rahmen seiner beruflichen Arbeit Routine ist, nun auch Herrn Timmermann sachlich und inhaltlich angemessen erscheinen zu lassen.** Er ist nun bereit, ihn für sich in Erwägung zu ziehen, weil er ein realistisches, erreichbares Ziel aus seiner *jetzigen, subjektiven* Position darstellen kann *und er Herrn Cieslik zutraut, ihn dabei zu unterstützen* (Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ zu Herrn Cieslik in dessen spezifischer Rolle als Suchtberater in Richtung Vertrauen).

Herr Cieslik ratifiziert den Vorschlag scheinbar teilnahmslos („das könne man auch machen“). Daraufhin expliziert Herr Timmermann seine eigentliche weitergehende Lösungsidee: Er wolle erst nach der anvisierten medizinischen Reha eine Selbsthilfegruppe besuchen. Nun konkretisiert Herr Cieslik nochmals sein Angebot und bietet an, noch vor Beginn der Reha weitere Gespräche zu führen. **Damit geht er auf den, von Herrn Timmermann selbst eingebrachten Vorschlag ein und schafft damit eine Verbindlichkeit, sodass dieser sich nur schwer ent-**

ziehen kann. Nach einer kurzen Pause stellt er weitergehende suchtmedizinische Hilfen vor. **Herr Timmermann zeigt sich interessiert und fragt nach weiteren Details.**

„Aber da haben Sie Glück gehabt“

Herr Cieslik: Aber da haben Sie Glück gehabt, dass die Deutsche Rentenversicherung Ihnen das bewilligt hat. (.)# #00:30:46–8#

Herr Timmermann: Ja Glück, weiß ich nicht. #00:30:50–7#

Herr Cieslik: Eigentlich sind die sehr achtsam darauf, sobald Alkoholprobleme mit angegeben werden, //mhm// geht das eigentlich automatisch in Richtung Entwöhnungsbehandlung //mmhm// oder zumindest die fachärztliche Feststellung. #00:31:05–7#

Herr Timmermann: Ja gut, ich denk mir, das in dem Moment die 15 Jahre rheumatologisches ich nenns jetzt mal Gutachten oder Attest //mmhm// meines äh Arztes jetzt da vordergründig waren. #00:31:16–1#

Herr Cieslik: Ist jetzt auch müßig zu spekulieren #00:31:16–1#

Herr Cieslik teilt erstmalig eine Bewertung der Aktivitäten bzw. Konstruktionen mit, die Herr Timmermann präsentiert. Inhaltlich geht es um die, vom Klienten beantragte medizinische Reha in Bezug auf sein Rheuma, die nach zwei Widersprüchen von der Rentenversicherung bewilligt wurde, obwohl auf Betreiben von Herrn Timmermann Nikotin und Alkohol als begleitende Komponenten auf dem Antrag angekreuzt waren. Offenbar stellt die Genehmigung dieses Antrages für Herrn Cieslik einen derart bemerkenswerten Umstand dar, dass er ihn thematisiert. **Erstmals in diesem Gespräch sind somit administrative Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten Thema.** Es entsteht eine kurze Pause. Herr Timmermann könnte überrascht sein über die Wende des Gesprächs und die explizierte Einschätzung der Fachkraft oder überlegen, wie er darauf reagieren soll. Wenn letzteres der Fall ist, wird die Antwort strategisch ausfallen. Tatsächlich reagiert Herr Timmermann vorsichtig relativierend. Er würde es nicht Glück nennen. Spielt er damit auf seine Leistung an, die Widersprüche durchgesetzt und somit einen „Sieg“ über die Bürokratie errungen zu haben, um seine Vorstellung dessen, was ihm guttut, durchzusetzen? Wenn es kein Glück war, ist es strategische Leistung. Möglicherweise erwartet er oder hat von der Fachkraft eine Anerkennung seiner Leistung des Durchsetzens erwartet, wie dies bisher auch erfolgt war und ist enttäuscht. Herr Cieslik erläutert, was er mit Glück meint. **Er argumentiert ausgehend von seiner möglichen Erfahrung im Umgang mit der Rentenversicherung. Damit inszeniert er Feldkompetenz und deutet gleichzeitig an, dass er die Vorgehensweise des Klienten, eine medizinische Reha**

vorzuschieben, nicht oder nur teilweise ratifiziert. Er scheint dies nicht für den ‚richtigen‘ Weg zu halten Dies steht im Widerspruch zu seinen Reaktionen in den vorgehenden Sequenzen, in denen er die Leistung des Klienten, seinen Weg zu gehen, anerkannte und ist somit erklärungsbedürftig. Es deutet auf einen Rollenwechsel vom Berater zum Gatekeeper des medizinischen Versorgungssystems hin. Dieser Rollenwechsel kommt für den Klienten offenbar überraschend und irritiert daher latent die „Arbeitsbeziehung“. Möglicherweise ist die Rolle des Gatekeepers habitualisiert und Herr Cieslik reagiert damit auf den, aus seiner Sicht ungewöhnlichen Vorgang, der Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme, indem er ihn erstmalig bewertend kommentiert.

Herr Timmermann reagiert mit einer strategischen, vorsichtigen Antwort und verlässt damit den Modus der Offenheit. Er scheint irritiert über den Moduswechsel von Herrn Cieslik. Dieser tritt den Rückzug an, indem er versucht, das Thema zu beenden. Hat er bemerkt, dass Herr Timmermann irritiert ist und sich zurückzieht?

Herr Timmermann: War auch meine vordergründige Argumentation in den Widersprüchen. //mmhm// (.) Gut, da (.) hab ich jetzt explizit Alkohol und Nikotin auch nicht mehr reingeschrieben. //mmhm// wenn ich mal wieder diese Erschöpfungserscheinungen und Schlafmangel und äh alle Begleiterscheinungen, die eigentlich aus allem Möglichen resultieren können //mmhm// und das äh ist nun mal jetzt durchgegangen. Da war eben auch mein Gedanke, vielleicht bietet mir diese Klinik ne Plattform (.) (.) (atmet tief ein) irgendwo sinnvolle (atmet aus) (.) ja ich nenns jetzt auch Therapiemöglichkeiten im Anschluss zu finden und sei es, wenn sie mich in irgend n Hobbie treiben, ne? Vielleicht fang ich dann an, Tischtennis zu spielen oder ich weiß es nicht. Irgendwo #00:32:00–6#

Herr Cieslik: Zumindestens ist es #00:32:01–0#

Herr Timmermann: irgendwo diese Ablenkungen zu finden. #00:32:01–3#

Herr Cieslik: Zumindestens ist es, sagten Sie ja eben auch schon mal, es ist erst mal n guter Start. Ne? n guter Start im (.) Anhalten und Dinge weiter zu verändern. #00:32:13–6#

Für Herrn Timmermann ist das Thema aber noch nicht beendet. Er fängt an, sein Vorgehen zu rechtfertigen und räumt ein, dass er in die Widersprüche Alkohol und Zigaretten nicht mehr „reingeschrieben“ habe. Insofern ratifiziert er den Einwand der Fachkraft und erkennt damit indirekt die Inszenierung seiner Feldkompetenz an, bleibt aber unsicher. Offenbar ist es ihm wichtig, dass Herr Cieslik sein Vorgehen ratifiziert. Dies zeigt sich auch im Nachinterview auf die Frage, ob Rehabilitation Sucht auch Thema des Gespräches gewesen sei:

„Das war¹, das war im ersten Gespräch war das Thema. Und als ich dann erzählt hab, dass ich da gerade in so 'nem Antragsverfahren unterwegs bin. War sicherlich auch 'ne gewisse Skepsis. Nach dem Motto "Hm, ist das denn wohl das Richtige?" Äh aber mit der Einstellung, wie ich sie gerade beschrieben habe, war das auch jetzt @(.)@ für den Suchtberater durchaus ok, weil er, weil er dabei erkannt hat, da is 'n Wille dahinter.“ (Nachinterview Herr Timmermann zum Gespräch mit Herrn Cieslik #00:19:49–4#)

Interessant an dieser Aussage ist auch, dass er Herrn Cieslik zum ersten und einzigen Mal im Nachinterview als „Suchtberater“ titulierte. Zuvor hat er immer nur den Namen benutzt. Dies deutet im Kontext dieser administrativen Einbindung der Hilfe auf eine ausschließliche Wahrnehmung von Herrn Cieslik als fast anonymisierten Rollenträger⁸⁵ hin, während die Person in den anderen Bezügen zumindest mit vorkam.

Herr Cieslik unterbricht Herrn Timmermann, um zu einer Bewertung anzusetzen, wird aber vom Klienten unterbrochen, der mit seiner Ausführung noch nicht fertig war. Dies zeigt noch einmal, dass es ihm wichtig ist, dass er ‚richtig‘ verstanden wird und dass seine Konstruktionen ratifiziert werden. Danach setzt Herr Cieslik seine Bewertung im Modus von Anerkennung fort, indem er das Vorgehen von Herrn Timmermann als guten „Start“, um „Dinge weiter zu verändern“ würdigt. **Diese Interaktion präsentiert sich als nur in Teilen aufeinander bezogen und wirkt wie der Versuch einer Schadensbegrenzung. Hat Herr Cieslik gespürt, dass Herr Timmermann durch die Äußerung der Fachkraft in der Gatekeeper-Rolle verunsichert war? Herr Cieslik setzt das, sich als bereits probat erwiesene Instrument der Würdigung des Lösungsversuchs des Klienten ein. Allerdings findet sich eine Einschränkung: Es ist ein Start, nicht die Lösung des Problems. Damit wird eine Leerstelle geschaffen, die den Klienten implizit auffordert noch einen Schritt weiter in diese Richtung zu denken. Hier zeigt sich implizit entweder die fachliche Orientierung von Herrn Cieslik dahingehend, dass in letzter Konsequenz nur eine Suchtrehabilitation für die dargestellte Problemkonstellation hilfreich sein kann oder aber die feldbezogene Erfahrung, dass Herr Timmermann in einem, in erster Linie zuständigkeitsbezogenen Feld in einer anderen Maßnahme als einer Suchtrehabilitation keine Chance hat, sein Anliegen adäquat zu bearbeiten. Diese Überlegungen haben gemeinsam, dass**

⁸⁵ In Bezug auf die anderen am Hilfeprozess bisher Beteiligten spricht er von „der Neurologe“ als distanzierteste Form und „mein Hausarzt“ als etwas personalisierte Form der Titulierung.

die Regeln des Feldes hier einen Einfluss auf die Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ nehmen. Dies zeigt sich darin, dass das mühsam durch mehrere Tests verstetigte Vertrauen von Herrn Timmermann kurzzeitig so irritiert war, dass er sich im Nachgespräch nach ca. 5 Wochen noch an diese Situation erinnert hat.

Herr Timmermann: Ne die Schwierigkeit wird sein, dann (.) wieder reinzugehen und von einem Tag, auf den andern den Schalter wieder ganz hochzulegen, das ist dann die gefährliche Zeit //mmhm// würd ich mal einschätzen ne? //mmhm// (.) (.) #00:32:28-1#

Herr Cieslik: Gut gäbe es immer noch Möglichkeiten über stufenweise Wiedereingliederung nachzudenken, (.) (.) (.) nur als (.) Möglichkeit //mhm// nochmal mit zu bedenken und dann hat man vielleicht nicht ganz so diesen Crash. #00:32:42-1#

Herr Timmermann: Also ich will da auf jeden Fall diese Geschichten, diese Geschichten auch (.) (.) ich nehm mal an Aufnahmegespräch, ich nehm mal an, in der Kur wirds in ähnliches geben wie wir beide es jetzt führen. //genau// es wird mit Sicherheit auch n paar medizinische (.) äh Dinge geben in den ersten ein zwei Tagen, also ich werde es nicht verbergen, ich werde es ganz offen mit anzusprechen, //mmhm// ich werde da um entsprechende Unterstützung auch während der drei Wochen oder vielleicht werdens ja dann auch vier mich bemühen. (.) (.) und hatte eben jetzt so, das hab ich mir vielleicht auch so zurechtgebaut vielleicht gibts ja da auch Anschlusskurs Möglichkeiten an dem Klinikum, ich mein dreißig Kilometer, L. ist jetzt auch nicht //mmhm// die Welt. Wenn dort irgendwas Sinnvolles anläuft, was man fortsetzen kann, dann ist das ja auch ein Aspekt, ne? //mmhm// #00:33:32-3#

Tatsächlich kommt Herr Timmermann der impliziten Aufforderung, weiter als bis zur Reha zu denken, nach und expliziert seine Sorge, was nach der Reha kommt. Darin wird deutlich, dass er implizit die Einschätzung der Fachkraft ratifiziert, dass die Reha nur der Beginn einer (wie auch immer gearteten) Veränderung sein kann. Die Einschätzung des Klienten im Modus einer eher rhetorischen, am Ende gestellten Frage, ob nach der Reha „die gefährliche Zeit“ sein könnte, wird von der Fachkraft mit einem Hörersignal ratifiziert. **Offensichtlich weiß Herr Cieslik, was Herr Timmermann damit meint und teilt seine Einschätzung. Insofern stellt dieses Hörersignal eine subtile Inszenierung von Kompetenz und Verstehen dar.** Die anschließende Pause deutet auf einen Themenwechsel hin. Herr Cieslik spricht das Thema der „Wiedereingliederung“ an. **Dies stellt bezogen auf die Sorge des Klienten einen direkten Lösungsvorschlag dar und markiert insofern einen erneuten Moduswechsel: Vom Berater zum Casemanager.** Möglicherweise reagiert er damit auf den immer noch vakant gebliebenen Auftrag des Klienten, indem er versucht zu antizipieren, was dieser vielleicht wollen könnte. Wenn dem so ist, stellt sich die Frage, warum er bis jetzt nicht direkt danach gefragt hat. Eine Erklärung ergäbe sich

aus dem Kontextwissen. Herr Cieslik ist ausgebildet als Gesprächstherapeut. In dieser Art der Ausbildung steht eine eher paraphrasierende, nondirektive Form der Kommunikation im Vordergrund. **Insofern ist seine Art der Gesprächsführung möglicherweise habitualisiert und in diesem Kontext der Organisation der Beratungsstelle routiniert. Diese Routine scheint es zu erfordern, dem Klienten ein weiterführendes Angebot zu machen.** Die Antwort des Klienten fällt bezogen auf das Angebot, über eine Wiedereingliederungsmaßnahme zu sprechen, eher ausweichend aus. Offenbar ist es nicht das, was er wollte. Er stellt eine weitere Konstruktion vor, von der er zugibt, dass er sie sich zu-rechtgelegt hat und von der er nicht wirklich weiß, ob sie so auch realistisch ist.

Herr Cieslik: Wie gesagt, es kann ja auch die Empfehlung sein, zu nur weiteren ambulanten Therapie #00:33:40–2#

Herr Timmermann: Die ja vielleicht auch sogar von dort ausgesprochen werden kann. #00:33:42–1#

Herr Cieslik: Genau. Das hab ich damit gemeint. Dass die Empfehlung an den Rentenversicherungsträger von dort ausgeht: Bitte in diese Richtung weitergucken. (.) #00:33:53–0#

Herr Timmermann: Na, Sie haben gerade das Wörtchen Wiedereingliederung verwendet. @(.).@ Da hab ich jetzt sag sags mal ne ganz große Scheu vor. //ja. Ja:// Weil das klingt so nach ewig langer Auszeit und äh ich mein ich hab ja auch n paar Erfahrungen in Menschenführung. //ja. // und ich hatte auch schon einige Menschen vor mir, die mit nem Burnout n halbes Jahr, n dreiviertel Jahr oder auch n Jahr weg waren. Da sprach ich dann über Wiedereingliederung. ((lacht)) #00:34:21–3#

Herr Cieslik startet einen neuen Versuch, eine weitergehende Maßnahme vorzuschlagen: ambulante Therapie. Es stellt sich auch hier die Frage, warum er das tut. Er hätte auch dabei bleiben können, dass erstmal weitere Gespräche geführt werden und dass dies ausreichend ist. Insofern erscheint auch dieser Vorschlag eher habituell und nicht auf die „Arbeitsbeziehung“ zu Herrn Timmermann angepasst. Dies scheint auch Herr Timmermann wahrzunehmen, denn er reagiert eher ausweichend. Dafür kommt er auf das Thema der „Wiedereingliederung“ zurück und expliziert, was er für ein Problem hat: Er stand in seiner beruflichen Rolle auf der anderen Seite und hat Schwierigkeiten damit, dieses Instrument nun auch auf sich selbst anzuwenden. Dies schließt an seine Explikationen zu seinem beruflichen Kontext an: Es wird einiges an gesundheitsfördernden Maßnahmen im Kontext von beruflichem Gesundheitsmanagement angeboten, aber nicht aus inhaltlicher Überzeugung, sondern aus strategischem Kalkül. Letztlich darf man im

beruflichen System keine Schwäche zeigen, schon gar nicht als Führungskraft. Sein Lachen zeigt jedoch an, dass ihm diese Paradoxie zumindest intuitiv klar zu sein scheint. Darüber hinaus deutet er an, dass das Instrument der „Wiedereingliederung“ für ihn impliziten Regeln des Feldes unterworfen ist, damit es zur Anwendung kommen kann. Diese bewegen sich im Rahmen einer sozial akzeptierten ärztlichen Diagnose (Burnout) und einer mehrmonatigen Abwesenheit. Beides trifft auf ihn nicht zu. Für das Gespräch bedeutet diese Entwicklung, dass Herr Timmermann ausweicht und sich der, von ihm selbst aufgeworfenen und von der Fachkraft evozierten Frage nicht wirklich stellen möchte: Was passiert nach der Reha? **Den, im Modus der Habitualisierung und Routine antizipierten, Vorschlägen der Fachkraft begegnet Herr Timmermann eher misstrauisch, indem er ausweicht. Insofern ist das Gespräch inhaltlich in einem Stillstand. Auf der Beziehungsebene ist so viel Vertrauen entstanden, dass Herr Timmermann durch das Eintauchen in Erzählströme einiges von seinen Mustern und Konstruktionen enthüllt hat.**

Herr Cieslik: Gut! Mein Vorschlag, dann würde ich mit Ihnen nochmal n Termin (.) in nächster Zeit machen, in der nächsten Woche? #00:35:48-4#

Herr Timmermann: Muss ich mal gucken, was ich in der nächsten Woche #00:35:49-6#

Herr Cieslik: Genau und dann kann es weitergehen, ok #00:35:55-9#

Herr Timmermann: das wäre dann auch ein Termin mit Ihnen? #00:36:47-9#

Herr Cieslik: mit mir, genau #00:37:11-0#

(Gerät wird ausgeschaltet.)

Herr Cieslik schlägt recht restriktiv vor „in nächster Zeit“ einen Termin zu machen. Spürt er, dass ein Verharren auf diesem Thema der Weiterbehandlung den Klienten verunsichern und damit zu Misstrauen führen könnte? Herr Timmermann scheint überrascht zu sein, dass Herr Cieslik so konkret einen neuen Termin vorschlägt und reagiert zurückhaltend. Herr Cieslik stellt in Aussicht, dass „es“ dann „weitergehen“ könnte. Dies scheint Herrn Timmermann aber nicht auszureichen, denn er fragt explizit nach, ob der Termin denn auch bei Herrn Cieslik sein wird. Dies wird bejaht. **Diese Erkundigung kann als, auf eine Person in einer spezifischen Rolle oder auf ein spezifisches Setting bezogene Form von Vertrauen gewertet werden, denn implizit wird damit zum Ausdruck gebracht, dass die mögliche Annahme eines weiteren Gesprächsangebotes nicht für eine andere Person gelten würde. Eine rein sachliche Orientierung („es“ kann weitergehen) reicht offenbar**

nicht aus. Dennoch bleibt in dieser Aufzeichnung offen, ob Herr Timmermann einen neuen Termin vereinbart und ob er ihn auch wahrnimmt.

7.4.3 Lesarten des Falles in Bezug auf die Fragestellung

Das Gespräch beginnt mit einem angemessenen Aufgreifen einer kairo-sartige Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess, das sich möglicherweise als gefühlte, nicht gewusste Differenz Erfahrung zu bereits gemachten Erfahrungen von Herrn Timmermann auf der Basis einer anderen „Atmosphäre“ und einem vorausgegangenen Smalltalk noch vor Beginn des eigentlichen Beratungsgesprächs realisiert. Trotzdem ist das Verhalten des Klienten in der Anfangsphase von Unsicherheit geprägt, die er über subtil unkonventionelles und eigensinniges Verhalten für ein Beratungsgespräch überspielt, indem er die Themen und Modi vorgibt. Herr Cieslik folgt dieser Eigensinnigkeit nonverbal, aber im Modus von sensitiver Responsivität (Remsperger 2013), ohne sich selbst dadurch verunsichern zu lassen. Er lässt dem Klienten Raum, sich solche Inszenierungen zu schaffen, die ihm Sicherheit geben und verzichtet dabei selbst auf strukturgebende Interventionen. Dieses Verhalten von Herrn Cieslik führt dazu, dass Herr Timmermann sich zunehmend sicher fühlt und die „Arbeitsbeziehung“ zunehmend als vertrauenswürdig bewertet, weil er aus seiner Perspektive keine Bewertung oder Verurteilung fürchten muss („Nicht ein einziges Mal, dass da irgendwo 'ne Kategorisierung, Klassifizierung oder was auch immer stattfindet“), obwohl er durch sein kommunikatives Verhalten dazu einlädt („Hab n paar Bücher gelesen–kennen Sie wahrscheinlich“). Die zurückhaltende Struktursetzung von Herrn Cieslik im Modus von sensitiver Responsivität führt dazu, dass Herr Timmermann die selbstgesetzten Themen vertieft, indem er zunehmend Details konkretisiert. Dies geschieht zunächst im Modus von strategischer Erzählung, wandelt sich aber nach und nach über den Effekt des „Erzählzwangs“ (Kallmeyer; Schütze 1977) in einen authentischen Erzählstrom im Modus von Selbstreflexion. Dies wiederum ermöglicht Herrn Cieslik nach und nach die Kommunikationsmuster von Herrn Timmermann zu rekonstruieren und strategische Erzählungen von authentischen zu unterscheiden. Dadurch setzt er intuitiv Signale an den „richtigen“ Stellen („Ah ja“) und evoziert damit weitere vertiefende Erzählströme. Die Erfassung der Muster von Herrn Timmermann ermöglicht Herrn Cieslik eine wertfreie (!) Deutung und Antizipation seiner Denkwiese in Bezug auf seinen Suchtmittelkonsum. Herr Timmermann

fühlt sich verstanden, zumindest aber nicht abgewertet („da sitzt jetzt nicht der Besserwisser“) und zeigt dies in weiteren authentischen Erzählströmen, ohne nach diesen gefragt worden zu sein, obwohl er dies auch als „Gesprächstechnik“ erkennt („einfach 'n guter Zuhörer, der dann versucht mit, ja natürlich 'n bisschen Analysetechnik ja, äh auch irgendwo die Spur zu finden“). Dieser Prozess, der sich sozusagen aus sich selbst heraus entwickelt hat, wird von Herrn Cieslik nicht durch formale Interventionen, z. B. zur Klärung einer formalen Zuständigkeit, beeinflusst und ermöglicht ihm somit den Fall vertiefter zu verstehen. Auch dieses trägt zur Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen bei Herrn Timmermann bei („dass ich hier als Individuum als Person respektiert werde“) und ermöglicht letztlich ein „Vorangehen“ (Stern 2014, S. 157) in diesem Fall. Auf der Ebene des Beratungsgesprächs führt dies dazu, dass Herr Timmermann den Vorschlag von Herrn Cieslik für weitere Gespräche annimmt und sogar von sich aus vorschlägt, dies noch vor Beginn der, von ihm anvisierten Rehabilitation beginnen zu lassen, obwohl er dies so nicht vorhatte („können wir dies theoretisch auch mal vorher feststellen“).

Eine Irritation erfährt die „Arbeitsbeziehung“ in der Schlussphase des Gesprächs, in der Herr Cieslik erstmalig ein Vorgehen von Herrn Timmermann nicht ratifiziert und würdigt. Thema dieser Konfrontation ist Herrn Timmermanns Vorgehen beim Durchsetzen der Kostenübernahme für die Rheuma-Rehabilitation, die nicht den Regeln des Feldes entspricht, weil dort Suchtmittelkonsum als eigener Sektor behandelt wird und als Ausschlusskriterium für andere Formen der Rehabilitation zu gelten scheint. Darüber hinaus zieht Herr Cieslik habituell oder aus Erfahrung implizit in Zweifel, dass die Konstruktion von Herrn Timmermann in Bezug auf sein Anliegen den Suchtmittelkonsum dauerhaft zu reduzieren oder zu vermeiden zielführend sein kann („es ist ein Anfang“). Die latent aufkommende Unsicherheit, deren Folge ein Wandel zu Misstrauen sein kann, zeigt sich in wieder zunehmender strategischer Rechtfertigung und Erzählung von Herrn Timmermann („Wiedereingliederung“). Dieser Prozess wird von Herrn Cieslik durch die Setzung eines konkreten Terminvorschlags zur Weiterarbeit unterbrochen („dann würde ich mit Ihnen nochmal einen Termin machen“). Dieses wird von Herrn Timmermann nur zögerlich ratifiziert. Erklärungsbedürftig ist, warum Herr Cieslik, der auf der persönlichen Ebene so souverän mit allen Konstruktionen und Einladungen zu Konkurrenz von Herrn Timmermann umgegangen ist, auf der Ebene der administrativen Zuständigkeit und der administrativen Verfahren plötzlich mit

Nichtratifikation reagiert und ausgerechnet diese Ebene zur Konfrontation wählt. Denkbar ist, dass er selbst auf dieser Ebene unsicher ist und deswegen nicht souverän sein kann oder er dies habituell tut. Was genau die Gründe hierfür sind, muss an dieser Stelle offen bleiben, denn das Protokoll und auch das Nachinterview geben darüber keinen vertiefenden Aufschluss. Deutlich aber wird, dass durch diese mögliche Unsicherheit oder habituelle Reaktion die „Arbeitsbeziehung“ zwischen Herrn Cieslik und Herrn Timmermann beeinflusst wurde. Nur die Struktursetzung und die Zusicherung einer, zwar auch sachlichen („es“ kann weitergehen), aber aus der Perspektive von Herrn Timmermann wichtiger erscheinenden persönlichen Unterstützung durch Herrn Cieslik haben letztlich dazu geführt, dass die „Arbeitsbeziehung“ fortgesetzt wurde. Letztendlich haben bis zum Beginn der Rehabilitation von Herrn Timmermann fünf weitere wöchentliche Termine stattgefunden. Somit kann an diesem Fall auch gezeigt werden, wie die Bearbeitung eines sachlichen Inhalts erst über die zunächst primär personenbezogene Beziehung (als subjektive Bewertung in Richtung Vertrauen) möglich wurde.

7.5 Frau Finke und Herr Leipold

Die bisherigen Kontrastierungsversuche bezogen sich auf die äußeren Merkmale des Falles: die Person der Fachkraft oder des Klienten sowie auch mögliche Problemkonstellationen, die die Klienten mitbrachten. Nun soll in einem weiteren Schritt ein weiteres inhaltliches Kriterium auf der Merkmalsebene des Agierens der Fachkraft in ihrer professionellen Rolle hinzugenommen werden, das möglichst maximal von den bisherigen Fällen kontrastiert. In den bisherigen Fällen sind die Fachkräfte von Anfang an empathisch und nicht konfrontierend auf innere Konflikte der Klienten eingegangen. Dies führte zu der Unterstellung, dass es ihnen auf der professionellen Handlungsebene wichtig war, zunächst eine möglichst gute personenbezogene Beziehung mit Hilfe von Kommunikation aufzubauen, bevor die inhaltliche Arbeit an der Problemkonstellation des / der Klient_in, in der dann auch „schwierige Themen“ möglicherweise in Form einer verbalen Konfrontation bearbeitet werden, in den Vordergrund gerückt wird. Für das Forschungsprojekt stellte sich daher die Frage, ob nicht noch ein Fall gefunden werden kann, bei dem eine rein sachliche Fallorientierung ohne aktiven Fokus der Fachkraft auf einen „primären kommunikativen Aufbau einer sog. „guten Arbeitsbeziehung“ im Sinne einer Beziehung, die mit Vertrauen

bewertet wird vorliegt, bzw. bei dem dieser Fokus aus methodischen Gründen möglicherweise sogar als unnötig abgelehnt wird. Die Wahl fiel auf das Gespräch zwischen Herr Leipold, seiner Mutter und Frau Finke (Einrichtung D) (Fall 5). Das Kriterium für die Auswahl des Gespräches war das primär sehr sachliche, an den äußeren Wünschen des Klienten orientierte Agieren der Fachkraft zu Lasten einer empathischen Thematisierung innerer Konflikte. Auf der Merkmalsebenen der Person der Fachkraft und des Klienten, des Konsummusters und des Anliegens kontrastiert dieser Fall minimal zu den Fällen Frau Burgdorf und Herr Veit und Frau Dorenkamp und Herr Quante. Es handelt sich hier um einen relativ jungen männlichen Klienten, der Suchtmittel konsumiert hat. In Bezug auf seinen Konsum sagt er, „das geht so nicht mehr“ und bringt demnach erstmal eine relativ hohe Veränderungsmotivation mit. In diesem Fall stellt sich demnach die Frage, wie dieses Ziel unter den Bedingungen, die der Klient mitbringt, erreicht werden kann.

Gegenstand dieser Falldarstellung ist daher das Erstgespräch zwischen der Fachkraft Frau Finke und dem Klienten Herrn Leipold sowie dessen Mutter, die Herrn Leipold begleitet. Aus dem Kontext ist bekannt, dass Herr Leipold einen Beratungstermin in einer kleinen Außenstelle einer Beratungsstelle in Süddeutschland vereinbart hat und dabei berichtet, dass er zeitnah eine Entgiftungsbehandlung beendet und dort eine sog. „Suchttherapie“ beantragt habe, diese aber nicht wie gehofft zusätzlich eine sog. „Traumatherapie“ anbiete. Deshalb wolle er sich beraten lassen, welche anderen Möglichkeiten zur Behandlung es gäbe. Herr Leipold ist ca. 23 Jahre alt. Zum Gespräch hat er seine Mutter mitgebracht. Ob Frau Finke klar war, dass das Gespräch zu dritt stattfinden würde, geht aus dem Kontext nicht hervor. Die Beratungsstelle ist eine Zweigstelle einer größeren Beratungsstelle und wird von Frau Finke als „Ein-Frau-Stelle“ (#00:01:10-4# Nachinterview Frau Finke zum Gespräch mit Herrn und Frau Leipold) beschrieben. Es ist daher davon auszugehen, dass Herr Leipold und seine Mutter nach ihrer Ankunft in der Beratungsstelle direkt von ihr in Empfang genommen wurden.

Zur Fachkraft Frau Finke ist zu sagen, dass sie zum Zeitpunkt des Gesprächs 57 Jahre alt ist und seit 13 Jahren in der Suchtberatungsstelle bei einem konfessionell geprägten Träger arbeitet. Sie hat Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre Sozialarbeit studiert und in den 90er Jahre ein Aufbaustudium zur Gesundheitspädagogin absolviert. Sie verfügt über mehrere Fortbildungen in methodischen Verfahren (Yoga, Psycho-

drama, sozialtherapeutisches Rollenspiel und CRAFT⁸⁶). In der Beratungsstelle ist sie außer für die allgemeine Suchtberatung, auch für die Raucherentwöhnungskurse mit Atem- und Entspannungsübungen, die Suchtakupunktur und die Begleitung einer Angehörigengruppe zuständig.

7.5.1 Inhaltliche Zusammenfassung des Gesprächs

Die Aufzeichnung des Gesprächsprotokolls beginnt damit, dass zunächst Formalitäten, wie das Lesen und Unterschreiben eines Formulars, abgearbeitet werden und dazu murmelnde und kommentierende Sprechakte erfolgen (#00:00:00-0#-#00:02:20-5#). Danach stellt Frau Finke sich kurz vor und Herr Leipold berichtet über die Umstände seiner Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle, seine aktuelle Situation und sein Anliegen eine Therapieeinrichtung finden zu wollen (#00:02:20-5#-#00:06:12-6#). Dabei verliert er sich in Details und seine Mutter unterstützt ihn bei der Darstellung. Inhaltlich ist von Bedeutung, dass er am Tag zuvor eine Entgiftung von sog. „Kräutermischungen“⁸⁷ abgeschlossen hat und in dem Zuge eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt wurde. Er hat im Jahr zuvor schon einmal eine solche Maßnahme begonnen, dann aber abgebrochen, weil die Therapeutin, die mit ihm eine Traumatherapie durchgeführt hat, aus persönlichen Gründen ausgefallen ist⁸⁸ und er die, aus seiner Sicht im suchttherapeutischen Teil geforderte sog. „lebenslange Abstinenz“ von allen Suchtmitteln, so z. B. auch von Alkohol, nicht für sich akzeptieren wollte und das Gefühl hatte, dies nicht offen thematisieren zu dürfen. Dieser Punkt beschäftigt ihn mit Blick auf die neue, schon beantragte Maßnahme sehr. Die darauffolgende Sequenz (#00:06:12-6#-#00:13:02-9#) ist geprägt von der Beschäftigung mit diesem Thema. Zunächst schließt Frau Finke an das Thema an und erläutert, dass die Forderung nach lebenslanger Abstinenz in den „allermeisten“ Kliniken gestellt würde, bringt dann aber

⁸⁶ CRAFT ist ein verhaltensorientiertes methodisches Konzept zur Arbeit mit Angehörigen und Familien von Suchtkranken (Smith; Meyers 2013)

⁸⁷ Sog. „Räucher- oder Kräutermischungen“ sind häufig synthetisch hergestellte Cannabinoide, die legal z. B. in sog. „Headshops“ vertrieben werden. Sie wirken viel unberechenbarer und auch stärker als natürliche Cannabinoide wie z. B. in Hanf, haben aber den Vorteil, dass sie legal zu erwerben sind. Häufig werden sie in Kombination mit Cannabis konsumiert (<https://legal-high-inhaltsstoffe.de/de/fachkr%C3%A4fte.html>).

⁸⁸ Im Gespräch sagt er, dass sie einen Trauerfall in der Familie gehabt habe und im Nachinterview spricht er davon, dass sie krank geworden sei.

einen, für Herrn Leipold offenbar neuen Gedanken ein, dass dies zwar innerhalb der Maßnahme so sei, dass Herr Leipold aber außerhalb der Maßnahme wieder selbst darüber entscheiden könne, ob er der Forderung Folge leisten wolle. Dies verwirrt Herrn Leipold und seine Mutter hilft ihm seinen Gedanken darzustellen, dass er diese Botschaft in der Therapie aber anders verstanden hätte. Daraufhin erläutert Frau Finke in zwei längeren Gesprächsbeiträgen differenzierend die Sichtweisen, wie eine Forderung nach lebenslanger Abstinenz zustande komme und wie sie sich begründet, bleibt aber bei ihrer Aussage, dass im Leben außerhalb der Einrichtung jeder selbst entscheiden könne. Damit bringt sie zum Ausdruck, dass sie die Sorgen, die sich Herr Leipold darüber macht, verstehen könne. Diese Aussage scheint Herrn Leipold sehr zu erleichtern. In der darauffolgenden Sequenz wendet er sich seinem eigentlichen Anliegen zu: Er möchte eine Therapieeinrichtung finden, die auch eine Traumatherapie durchführt (#00:13:02-9#-#00:18:58-4#). Die Einrichtung, in die er von der Entgiftung aus vermittelt wurde, bietet dieses Angebot nicht an. Frau Finke ist zunächst unsicher, weil sie, wie sie im Nachinterview sagt, nicht auf ein so spezielles Anliegen eingestellt war, bietet aber an, sich kundig zu machen. Zunächst rekonstruiert sie durch gezielte Nachfragen den Stand des Vermittlungsverfahrens und macht sich dann in der Beratungsstelle auf die Suche nach, aus ihrer Sicht geeignetem Prospektmaterial. Dafür verlässt sie den Raum. Herr Leipold und seine Mutter unterhalten sich und stellen fest, dass sie nicht wissen, wo die sog. Kostenzusage für die Therapie eigentlich hingeschickt wird. Diesen Punkt sprechen sie an, als Frau Finke mit Prospektmaterial wiederkommt und fragen kleinteilig nach, sodass nur schwer ersichtlich wird, worum es eigentlich geht. Im darauffolgenden Teil des Gesprächs (#00:18:58-4#-#00:28:12-1#) wird dieses zunächst von einem Telefonanruf von außen kurz unterbrochen. Danach telefoniert Frau Finke im Beisein von Herrn Leipold und seiner Mutter mit mehreren Einrichtungen. Anschließend berichtet sie darüber, dass sie eine Einrichtung nicht erreicht hat und eine andere sie an eine „Spezialistin“ weiterverwiesen hat, die gesagt habe, dass sie eine parallele Behandlung nicht empfiehlt. Auf die Nachfrage der Mutter von Herrn Leipold, warum dies so sei, expliziert Frau Finke die Argumentation dieser „Spezialistin“, rezipiert sie offenbar auch für sich und macht Vorschläge zum weiteren Vorgehen. Diese werden von Herrn Leipold und seiner Mutter aber nicht ratifiziert und Frau Finke macht sich erneut auf die Suche, diesmal im Internet. Die Mutter von Herrn Leipold setzt zu einer Erklärung an und Herr Leipold sagt, dass er ja schon damals mit einer Traumabehandlung angefangen habe. Dann wird das Gespräch erneut

von einem ankommenden Anruf unterbrochen. Danach folgte eine Phase getrennter Aktivitäten. Herr Leipold und seine Mutter unterhalten sich, ob sie jemanden privat kennen, der ihnen weiterhelfen kann und Frau Finke sucht nach Prospekten und im Internet (#00:28:12-1#-#00:33:01-5#). In der letzten Phase des Gesprächs (#00:33:01-5#-#00:38:13-2#) präsentiert Frau Finke ihr Rechercheergebnis, das von Herrn Leipold und seiner Mutter positiv konnotiert und ratifiziert wird. Die Interaktionspartner kommen überein, dass Herr Leipold und seine Mutter zu Hause nochmal „in Ruhe gucken“. Frau Finke lädt im Modus von Routine ein, sie nochmal zu kontaktieren, wenn Bedarf sei und es bei anderen Stellen, die sie eigentlich für zuständig hält, nicht weiterginge. Sie vergewissert sich explizit, ob damit die Anliegen und Fragen von Herrn Leipold aus seiner Sicht angemessen beantwortet seien. Dies wird von Herrn Leipold explizit ratifiziert. Die Mutter von Herrn Leipold fragt nach einer Visitenkarte und fragt, ob Frau Finke „immer“ erreichbar sei. Es entspinnt sich ein kurzer Dialog über die Möglichkeiten Frau Finke noch einmal erreichen zu können, wenn Bedarf ist. Herr Leipold und seine Mutter bedanken sich explizit für die Beratung. Nach der Abschiedsgrußformel, die Herr Leipold erwidert, wird das Aufnahmegerät ausgeschaltet.

7.5.2 Darstellung für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ wichtiger Passagen

Der hier vorgestellten Szene ist eine Abarbeitung von Formalien vorausgegangen, bei der kurz Daten abgefragt und Unterschriften eingeholt wurden. Dieser Szene direkt vorausgehend hat Frau Finke nach der Telefonnummer von Herrn Leipold gefragt und er hat diese genannt.

„Ja dann möchte ich mich auch kurz vorstellen“

Frau Finke: //mhm// (wiederholt Telefonnummer und schreibt). (tippt am Computer). Gut, vielen Dank (.) Herr Leipold. (.) Ja, dann möchte ich mich auch kurz vorstellen. Mein Name ist Finke, ich bin hier als Sozialarbeiterin und Suchtberaterin schon seit (.) vielen Jahren tätig. Ja genau. #00:02:20-5#

Herr Leipold: (putzt sich die Nase) #00:02:21-0#

Frau Finke: Und ähm, (.) das ist hier die Beratungsstelle von der diakonischen Bezirksstelle in ... (Ortsname). Leider hier auch und (.) ich bin hier in der Außenstelle in ... (Ortsname) tätig //mhm//. Genau. Und jetzt hatten Sie ja angerufen und gesagt //genau//, dass Sie ne Entgiftung machen zurzeit noch oder 4 längst abgeschlossen haben. #00:02:42-9#

Herr Leipold: Die hab ich jetzt regulär abgeschlossen //ja//, also ich wurde jetzt gestern

Frau Finke: Kräutermischungen. #00:03:27-3#

242

Angeboten teilzunehmen sein. Insofern weist Herr Leipold mit der Betonung der „regulären“ Entlassung auf seine Motivation hin, alles dafür tun zu wollen, seinen Suchtmittelkonsum im Sinne einer Krankheit beenden zu wollen und passt sich damit an die Krankenrolle (Parsons 1970, S. 50–52) an. Weiter berichtet er davon, dass „wir“ einen Kostenantrag gestellt haben. Wer „wir“ ist, wird nicht deutlich. Vielleicht ist seine Mutter gemeint oder ein Freund? Es wurde ein Antrag an die Rentenversicherung gestellt. Dies bedeutet, dass Herr Leipold eine Rehabilitationsbehandlung beantragt hat. Welcher Art ist nicht ganz klar, möglicherweise handelt es sich um eine Rehabilitation Sucht. Dies wird jedoch nicht explizit kommuniziert. Stattdessen scheint Herr Leipold davon auszugehen, dass Frau Finke schon weiß, um was es sich handelt. Zumindest in seiner Wahrnehmung scheint es sich um logisch aufeinanderfolgende Schritte zu handeln, um eine Selbstverständlichkeit. Es stellt sich die Frage, wie er darauf kommt. Ist ihm dies so vermittelt worden und wenn ja, von wem? Auf jeden Fall scheinen die weiteren Schritte klar zu sein, sodass, wenn er am Tag zuvor regulär entlassen und der Antrag gestellt wurde, dem weiteren Vorgehen nichts mehr im Weg stehen dürfte. Herr Leipold spricht weiter und sagt, dass er nur noch eine Frage hätte. Dies hört sich nach einer Kleinigkeit an. Die Frage ist, warum dies nicht mit der Entgiftungsstation geklärt werden konnte und warum dazu ein eigener Termin in einer Beratungsstelle notwendig ist, die in diesen Fall bisher nicht involviert war. Nun konkretisiert Herr Leipold seine Frage. Er sagt, dass er „in Anführungsstrichen“ eine sog. „Traumatherapie“ „brauche“ und fährt dann mit der Begründung fort, dass er in seiner Kindheit einen „sexuellen Missbrauch“ erlebt habe, den er jetzt „aufarbeiten muss“. Dies sind viele Informationen über Herrn Leipold, die er in zwei Sätzen präsentiert und die klingen, als wären sie einstudiert. Er sagt dies ohne erkennbare affektive Beteiligung, eher als sachliche Information. Die angekündigte Frage ist aber damit nicht gestellt. Offenbar sind dies nicht die Inhalte, über die er mit Frau Finke sprechen möchte, obwohl sie selbst auch Fragen aufwerfen, wie z. B. die, woher Herr Leipold weiß, dass er eine Traumatherapie „braucht“. Welche Vorstellung hat er von einer Traumatherapie zur „Aufarbeitung“ eines sexuellen Übergriffs? Steht seine anwesende Mutter zu dieser Thematik in irgendeiner Form in Zusammenhang und wenn ja, in welchem? Was hat das mit dem Rehabilitationsantrag und der Entgiftung zu tun? Was möchte er in der Suchtberatungsstelle? Diese Fragen haben gemeinsam, dass allein in diesen zwei Sätzen eine komplexe Problematik auf unterschiedlichen Ebenen angedeutet wird,

die es erstmal zu entschlüsseln gilt. Auf jeden Fall ist eine weitere Präzisierung nötig. Dazu setzt Herr Leipold in seinem nächsten Satz an und erhöht die Komplexität, indem er berichtet, dass er auch ein „Drogenproblem“ habe, genauer handele es sich um eine „Räuchermischung“. Kurz darauf nennt er noch das Wort „Kräutermischung“. Frau Finke ist den Darstellungen von Herrn Leipold teilweise mit neutralen Hörsignalen „//mmhm//“, teilweise mit stimmvollen Hörsignalen „//aha, jaja“// gefolgt. **Die stimmvollen Hörsignale kamen bei den Worten „Rentenversicherung“, „Antrag gestellt“ und „Drogenproblem“. Offenbar sind dies die Stichworte, die sie ohne Problem einsortieren kann und über die sie sich möglicherweise einen Zugang zum Fall verschaffen wird.** Das Wort Kräutermischung wiederholt sie. Vielleicht um sicherzugehen, dass sie es richtig verstanden hat? Seine angekündigte Frage hat Herr Leipold noch nicht konkretisiert.

Herr Leipold: Genau //mhm, mhm//. Ähm, (.)(.) ich hab auch schon mal ne Therapie angefangen(.), die hab ich ähm leider nur bis zum dritten Monat abs- äh absolviert. Äh (.)(.), leider deshalb ähm (.)(.), weil ich in den drei Monaten nur drei Einzelgespräche hatte //mhm// u::nd das war mir dann selber irgendwie zu wenig (.), wei::l die Rentenversicherung hat mir ja auch klare Angaben irgendwo vorgelegt, dass ich mindestens ähm zwei Einzelgespräche in der Woche eigentlich haben sollte //mhm//. Ähm das war in der Therapieeinrichtung, also in ... (nennt die Einrichtung) war ich //mhm//, das war da leider nicht möglich, weil die ... (Name der Fachkraft) hatte ja selber nen Todesfall in ihrer Familie //mhm// und die musste sich u::m ja, um die Beerdigung //mhm// etc. pp. alles kümmern //mhm// und war dann leider selber (.) oft verhindert //aha// und das war halt dann auch das ä:h Resümee das ich halt gesagt hab: Okay, ich brech die Therapie hier ab, weil (.) ich //mhm, mhm, ja//. (hustet) Ähm,(.) (.) ich bin dann rausgekommen aus der Therapie. Äh //mhm// #00:04:29-7#

Frau Finke: Wann war das? Wann haben Sie diese erste Therapie gemacht? #00:04:33-1#

Herr Leipold: Ähm #00:04:33-8#

Mutter von Herrn Leipold: Letztes Jahr. #00:04:35-3#

Herr Leipold: Letztes Ja:hr i::m (.) März //ahja, mhm// hab ich die angefangen, ja. //mhm// #00:04:42-1#

Mutter von Herrn Leipold: Bist im Januar rein zum Entgiften und im Februar schon. #00:04:45-1#

Herr Leipold: Im Februar schon? Ja? #00:04:45-7#

Frau Finke: Februar? //mhm, mhm// Das war dann Februar 2016? ^LJa? #00:04:52-0#

Herr Leipold fährt mit der Darstellung des Kontextes seines potentiellen Anliegens fort, dass er lapidar als „Ich hab nur ne Frage“ angekündigt hatte. Er hat vor ca. einem Jahr schon mal eine Rehabilitation Sucht angefangen, diese aber nach ca. vier Wochen abgebrochen, weil er das

Gefühl hatte aufgrund von äußeren Rahmenbedingungen (Therapeutin nicht verfügbar) nicht zu dem Ziel kommen zu können, das er sich vorgenommen hatte. Um welches Ziel es sich genau gehandelt hat, erklärt er in dieser Szene nicht weiter. Die Konkretisierung der Daten scheint ihm und seiner Mutter wichtiger zu sein. Auf dieses Thema reagiert auch Frau Finke, indem sie sich vergewissernd nachfragt. Damit ist das Anliegen von Herrn Leopold wieder um eine Ebene, diesmal um die administrativ-formale Ebene, komplexer geworden, aber nicht klarer.

Herr Leopold: Genau. (.) U::nd äh bin dann auch wieder in den gleichen Raum (.) wieder zurückgezogen und das war halt auch der große Fehler. Ich bin dann wieder nach ... (nennt Städtenamen) zurückgezogen, also //mhm// in denselben Raum wieder zurück //mhm//. (.) Hab mir dann oder hab dann auch ne Frau kennengelernt u::nd die hat auch konsumiert //mhm// und das war halt auch ääh (.) ja (.), das war halt, das war halt der große Fehler, was ich gemacht hab, dass ich mir halt auch selber ne Freundin gesucht hab oder halt auch die Freundin kennengelernt hab //mhm//, wo auch selber ein Suchtproblem hat, wo:: selber konsumiert (atmet ein) //mhm// und bin dann (.) wieder rückfällig geworden //mhm, mhm//. Äähm (.) ich hab bis dato auch noch ke- oder äh bis jetzt auch noch kein Alkoholproblem //mhm// und das ist halt auch das, was mir halt auch so im Kopf rumschwirrt. Ich hab klar eingesehen äh die Drogen (.) geht nicht mehr //mhm//, //mhm// aber in der Therapie ist halt das, da reden sie von ner kompletten Abstinenz, ähm (.) und das ist halt auch das was mir so die ganze Zeit im Kopf rumschwirrt: Ähm (.) gibts eigentlich Einrichtungen oder (.) //mhm// (.) ä:h gibt es Einrichtungen, wo: (.) (leiser zu seiner Mutter) ich weiß auch nicht, wie ich das beschreiben soll #00:06:00

Mutter von Herrn Leopold: Ja, wo das nicht vorausgesetzt wird. Damit er dann auch, wenn er jetzt absolut von der Droge weg will //mhm//, damit es dann auch heißt also er darf nicht mehr zu Silvester ein Glas Sekt zum Anstoßen oder mal ein Bier trinken oder was weiß ich. #00:06:12-6#

Herr Leopold berichtet weiter und stellt dar, wie er nach dem Ende der Rehabilitation wieder in seine Wohnumgebung (eine Großstadt im Süden Deutschlands) zurückgezogen ist und dort eine Frau kennengelernt hat, die ebenfalls Drogen konsumiert hat. Welches Suchtmittel genau gemeint ist, wird nicht klar, scheint aber auch nicht von Belang zu sein. Dennoch hat diese Bekanntschaft aus seiner Sicht dazu geführt, dass er „rückfällig“ geworden ist und wieder Suchtmittel konsumiert hat. Er betont allerdings, dass er kein Alkoholproblem habe und dass ihm das die ganze Zeit im Kopf „herumschwirre“, ihn also in der Art gedanklich beschäftigt, dass er es hier deutlich hervorgehoben expliziert. Wie dies jetzt in den Gesamtzusammenhang passt, wird auf Anhieb nicht klar. Herr Leopold allerdings scheint eine klare Struktur im Kopf zu haben. Somit zeigt sich hier eine subjektlogische Struktur, die sich zunächst nur

für Herrn Leopold selbst erschließt und nur auf der Basis der Rekonstruktion seiner Erlebnisse zu erfassen ist. Die subjektlogische Struktur wird klarer, als er berichtet, dass er eingesehen habe, dass „das mit den Drogen nicht mehr geht“, aber dass „die in der Therapie⁸⁹“ von einer „kompletten Abstinenz“ geredet hätten und dass dieses ihm auch im Kopf „rumschwirre“. Er setzt zu einer Frage an, aus dessen Ansatz hervorgeht, dass er nach einem spezifischen Einrichtungstypus fragen möchte. Offenbar fällt ihm aber kein passendes Wort dafür ein. Hilfesuchend wendet er sich an seine Mutter. Diese springt für ihn ein und ergänzt, dass man nach einer Einrichtung suche, die „das“ nicht voraussetzen würde. Auch ihr fällt das passende Wort nicht ein. Aus ihrer Ergänzung wird deutlich, dass es um ein offensichtlich propagiertes lebenslanges Abstinenzgebot geht, dem ihr Sohn sich nicht aussetzen möchte und dessen Sinn sie möglicherweise auch in Frage stellt. **In dieser Interaktion klärt sich die Rolle der Mutter in diesem Gespräch. Sie scheint dabei zu sein, um ihren Sohn verbal zu unterstützen, weil dieser möglicherweise das Gefühl hat, sich gegenüber Frau Finke oder der Institution Beratungsstelle nicht ausreichend verständlich machen zu können. Möglicherweise beruht dies auf Erfahrungen, die Herr Leopold bereits in der Auseinandersetzung mit, zum Feld der suchbezogenen Hilfen gehörigen Einrichtungen gemacht hat und ist damit Teil seines impliziten Beziehungswissens, dass er in das Gespräch mit Frau Finke hineinbringt und auf dessen Basis sich die „Arbeitsbeziehung“ zwischen den Interaktionspartnern entwickelt.** Gleichzeitig wirft dieser Gesprächsbeitrag ein Schlaglicht auf die Implikation der Sichtweise von Sucht als Krankheit, die als professionelle Leitlinie in Einrichtungen der Suchthilfe verankert ist und die von Teilen der Bevölkerung nicht ohne weiteres nachvollzogen werden kann, da hier eher eine Einstellung von Sucht als Willensschwäche vorherrscht. (vgl. Kap. 3.1.2) Dies zeigt sich auch in der Rede von Herrn Leopold, der im Sinne einer Willensbekundung davon spricht, dass er „eingesehen habe“, dass das mit den Drogen nicht mehr ginge. Dieser implizite Definitionskonflikt, der im Rahmen der ersten vier Wochen der Therapie offenbar nicht ausgeräumt werden konnte, vielleicht aber auch nicht thematisiert, sondern, wie seine Mutter formuliert hat, „vorausgesetzt“ wurde, scheint dazu beigetragen zu haben, dass die Maßnahme abgebrochen wurde. Nun wird aber das Anliegen von Herrn Leopold klarer, der eine Einrichtung finden möchte, die ein anderes Ver-

⁸⁹ Hier ist wahrscheinlich die abgebrochene Rehabilitationsmaßnahme gemeint.

ständnis von Sucht hat und gleichzeitig das Angebot einer sog. Traumatherapie beinhaltet (s. Anfang des Gesprächs). Frau Finke sagt Folgendes zu der Situation, in der ihr klar wurde, was Herr Leopold für ein Anliegen vorschwebt:

„Ich hatte erst so n bisschen so ne Verunsicherung nicht, //ja// weil ich dann dachte: Oh Mensch, was haben die jetzt hier für spezielle Fragen? //ja// Ähm (.) bist du jetzt gar nicht so drauf vorbereitet und da war ich etwas verunsichert [...] #00:19:45–8# (Nachinterview Frau Finke zum Gespräch mit Herr Leopold und seiner Mutter)

Auf die Nachfrage, ob ein Gefühl der eigenen Sicherheit beim Thema „in Kontakt kommen“ eine Rolle spiele, erwidert sie:

„Ja, natürlich, klar. Das man selbst eben auch sicher ist und äh somit dann auch dem Klienten, der Klientin gegenüber (.) souverän, gelassen, ruhig/, zugewandt dann auch äh (.) gegenüber //mhm// sich verhält.[...] Ja, dass der dann auch das Gefühl hat, hier bin ich richtig, hier ist jemand, äh die weiß Bescheid äh die äh ähm (.) bemüht sich ähm meiner Frage oder meinem Anliegen nachzukommen, mir die Informationen zu geben oder eben auch wirk- wirklich mich (.) fachkompetent zu beraten. #00:20:36–5# (Nachinterview Frau Finke zum Gespräch mit Herr Leopold und seiner Mutter)

Diese Aussagen aus dem Nachinterview sind ein Hinweis darauf, dass bei Frau Finke als Beraterin durch das spezielle, also ungewöhnliche Anliegen von Herrn Leopold Unsicherheit ausgelöst wurde. Es schien auch deswegen ungewöhnlich, weil hier deutlich wird, dass die Implikationen der Sichtweise von Sucht als Krankheit für ihn ein so großes Problem dargestellt haben, dass er dies zum Anlass genommen hat, eine Behandlungsmaßnahme abubrechen. Da in der deutschen Suchthilfe aber eine fast einhellige Etikettierung von Sucht als Krankheit herrscht⁹⁰, stellt sich das Anliegen von Herrn Leopold auf den ersten Blick als schwierig bis nicht möglich dar, zumal hinzukommt, dass er zusätzlich

⁹⁰ „In der deutschen Suchthilfe besteht eine fast vollständige Etikettierung von Sucht als Krankheit und fast völlige Ablehnung von Sucht als Willensschwäche. (...) Deutlich ist die professionsübergreifende eindeutige Etikettierung von Abhängigkeit als Krankheit und der bevorzugte Modus der kompensatorischen Verantwortungszuschreibung für Entstehung und Bewältigung der Abhängigkeit, d. h. Abhängigen wird eine geringe Tatschuld für die Entstehung und hohe Bringschuld für die Bewältigung zugeschrieben“ (Bauer 2013, S. 182).

eine spezielle Form einer psychotherapeutischen Behandlung in Anspruch nehmen möchte. Um also selber Sicherheit („das Gefühl ich bin hier richtig“) geben zu können und somit die Basis für eine subjektive Bewertung in Richtung Vertrauen legen zu können, muss sie zunächst selber wieder Sicherheit gewinnen und sich vergewissern, dass sie eine Konstruktion schaffen kann, die das Anliegen ernst nimmt. Eine andere Möglichkeit wäre, das Anliegen von Herrn Leipold als unmöglich, nicht machbar oder zu schwierig zurückzuweisen. Damit würde sie aber zumindest zunächst eine Bewertung der Beziehung in Richtung Misstrauen auslösen, da Herr Leipold dies als Konfrontation auffassen könnte oder er das Gefühl bekommen könnte, dass sein Anliegen nicht verstanden oder nicht ernst genommen wird. **Insofern nimmt hier die Konstruktion der suchtbbezogenen Hilfen sowie ihre immanente Einstellung implizit Einfluss auf die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“, da sie bei Frau Finke als jemand, der um Unterstützung angefragt wurde, zunächst selbst erst einmal Unsicherheit auslöst.**

Frau Finke: Also während der Therapiezeit, also soweit ich weiß, sind alle Therapieeinrichtungen abstinenzorientiert. Also dass Sie in dieser Therapiezeit, egal wie lange die jetzt dauert, ob das jetzt drei Wochen sind oder drei Monate oder so, dass Sie da auch völlig abstinente leben #00:06:26–2#

Herr Leipold: Das ist klar. ↳Das ist #00:06:26–5#

Frau Finke: Was Sie ↳ hinterher machen (.), sag ich jetzt mal ganz salopp, das ist ihre Angelegenheit. #00:06:30–5#

Herr Leipold: Ja, das, das ist klar //ja//. Während der Therapiezeit, das versteh ich ja //ja//. Das, da äh bin ich ja in nem Rahmen, wo #00:06:35–3#

Frau Finke: Genau. Da ist also auch Alkoholabstinenz ↳angesagt #00:06:37–7#

Herr Leipold: Genau ↳. Das, das ver–, das ver– #00:06:39–1#

Mutter von Herrn Leipold: So hat er das doch nicht gemeint. Er hat das dann gemeint, ↳auf den #00:06:40–9#

Herr Leipold: Danach. ↳ #00:06:41–6#

Frau Finke: Ja danach, das ist Ihre Entscheidung. #00:06:43–9#

Herr Leipold: Weil, weil, weil #00:06:45–4#

Frau Finke: Das ist Ihre Entscheidung, (.) wie Sie dann mit Drogen und Alkohol, ist ne legale Droge ganz klar, wie Sie damit dann umgehen. #00:06:52–4#

Frau Finke greift das, von Herrn Leipold angeschnittene Thema auf und hebt den Aspekt hervor, dass das Abstinenzgebot während der Zeit der Therapie und in allen Therapieeinrichtungen gelte. Herr Leipold wirft ein, dass ihm das klar sei. Frau Finke ergänzt, dass das, was er nach der

Therapie mache, seine Angelegenheit sei. Damit räumt sie ein, dass innerhalb einer Rehabilitation andere Regeln gelten als außerhalb. Während der Therapiedauer muss er sich an das komplette Abstinenzgebot halten, außerhalb kann er selbst entscheiden. Herr Leopold ist überrascht. Auch seine Mutter wirft ein, dass ihr Sohn das so nicht gemeint hätte. Offensichtlich befürchten beide nicht richtig verstanden worden zu sein oder mit ihrer Frage nicht ernst genommen zu werden. Sie sprechen beide zusammen. Dies weist auf aktualisierte Affekte hin. Frau Finke bleibt dabei und wiederholt, dass es die Entscheidung von Herrn Leopold sei, ob er nach der Therapie Alkohol konsumieren möchte oder nicht. Herr Leopold kann es immer noch nicht glauben und setzt zu einer Erklärung an, in der er dreimal das Wort „weil“ wiederholt. Er scheint aufgeregt zu sein. Offenbar hat er während seiner Zeit in der Rehabilitationseinrichtung oder auch an anderer Stelle gegenteilige Botschaften gehört. An dieser Stelle wird deutlich, dass er ungeübt darin zu sein scheint, seine Gefühle und Gedanken auszudrücken. Frau Finke wiederholt ein drittes Mal in klaren Worten, dass es die Entscheidung von Herrn Leopold sei, wie er mit Alkohol und Drogen umgehen möchte. **Damit positioniert sie sich inhaltlich gegen das Paradigma Sucht als Krankheit und für das Paradigma Sucht als Willensschwäche oder, positiv gewendet, für einen Konsum von Suchtmitteln als autonome Entscheidung des Subjekts, deren Konsequenzen selbst verantwortet und getragen werden müssen. Für die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ bedeutet dies, dass sie ein klares Signal dahingehend setzt, dass sie das Anliegen von Herrn Leopold verstanden hat, sie dieses ernst nimmt, sich eindeutig, möglicherweise auch gegen die Botschaften der Rehaklinik positioniert und dass es ihr wichtig ist, dass Herr Leopold dies versteht.**

Herr Leopold: Weil bei mir sch-, weil bei mir hing das halt im Kopf, wei::l (.) (.) ähm, weil sie halt grad in der Therapie halt auch im ... (nennt den Namen der Institution) haben sie von ner kompletten Abstinenz geredet. //ja// U::nd dann kam mir das halt wirklich selber irgendwann so vor als würd ich mich da nur so irgendwo durchschlängeln und hab da halt immer irgendwo dann "Ja" und "Amen" gesagt //mhm// und gesagt: "Ja okay, dann werd ich auch kein Glas Alkohol mehr anrühren" //mhm// u::nd ä::hm (.) konnte mich dann auch nicht so (.) öffnen wie ich mich eigentlich ö- öffnen sollte //aha, okay// und das ja //mhm//. #00:07:19-6#

Frau Finke: Weil da eben die ganz klare Vorgabe war ähm man muss den Rest seines Lebens auch alkoholabstinent L-verbringen. #00:07:26-4#

Herr Leopold: Genau¹, //mhm//, genau //ja//. #00:07:28-0#

In der nächsten Sequenz wird die Schwierigkeit von Herrn Leopold in der Einrichtung, die er besucht hat, deutlicher: Er hatte das Gefühl nicht

authentisch sein zu können. Deshalb konnte er sich in seiner Wahrnehmung nicht öffnen, wie er sich eigentlich hätte öffnen sollen und wollen (#00:07:19–6#). Stattdessen hatte er das Gefühl sich „durchzuschlängeln“ und zu allem „ja und Amen“ zu sagen. Allein diese Wortwahl zeugt von der empfundenen Doppelbödigkeit in diesem Kontext. Um sich öffnen zu können ist es für Herrn Leipold offenbar wichtig, das Gefühl zu haben, authentisch sein zu *dürfen*, ohne befürchten zu müssen von anderen Akteuren (Therapeuten, aber auch Mitpatienten) in diesem Kontext dafür abgewertet zu werden. Dieses Gefühl scheint er dort nicht gehabt zu haben. Dieses Gefühl scheint aber dann auch damit zusammenzuhängen, welche Art von Beziehung Herr Leipold zu den anderen Akteuren dort aufbauen konnte: eine Beziehung eher in Richtung Vertrauen (Motivation, Kooperation und das Geben von Information (Arnold 2009, S. 184)) oder eine eher in Richtung Misstrauen.

Frau Finke bietet eine Spiegelung an, „weil das die ganz klare Vorgabe“ war und greift damit diesen Aspekt zwar nicht explizit auf, deutet aber an, dass sie intuitiv ahnt, worum es gehen könnte. Im Nachinterview sagt sie dazu:

„Ja, ich meine¹ ich hab ja selbst viele Jahre auch in so einer Therapieeinrichtung gearbeitet und weiß eben, dass es da durchaus eben auch Situationen geben kann, wo dann eben in Gruppen- oder in Einzelgesprächen ähm ja wirklich ähm (.) gelobt und versprochen wird äh das und das machen wir und das und das lassen wir einfach äh (.), weil man vielleicht auch als Klient weiß ähm ja das muss man halt den //mhm// Therapeuten hing- @(.)@ vorgeben und erzählen, dann sind die zufrieden, ja. Also dass da auch ein Stück weit auch viel gelogen und geschauspielert wird. Gerade wenn es eben um solche ähm Fragen geht: Abstinenz? (.) Lebenslang oder (.) ja auch nicht? Ja, also das äh und das denke ich (.) hat er (.) in Frage gestellt, um sich eben ähm auch in diesem Gespräch, das wir hier geführt haben, mir offen gesagt. [...] Er hat eben jetzt nicht da eben diplomatisch, strategisch, taktisch, klug oder einfach so geschauspielert. [...] Das ist oft auch eben passiert und das höre ich ja auch immer wieder von Leuten, die in Therapieeinrichtungen waren oder sind, dass viele da eben auch wirklich die Zeit nur absitzen. ¹Das weiß man auch. (Nachinterview Frau Finke zum Gespräch mit Herrn Leipold #00:17:26–2#)

Somit teilt und ratifiziert sie innerlich die Wahrnehmung von Herrn Leipold und kann den, von ihm angedeuteten Aspekt in der hier analysierten Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ auf der Basis ihres beruflich erworbenen impliziten Beziehungswissens intuitiv wahrnehmen

und deshalb aufgreifen. Darüber hinaus sieht sie es als ihre Aufgabe an, Konventionen des Suchthilfesystems oder verkürzte Darstellungen, die zu Fragen bei Klienten führen, weil sie sich daran reiben, zu klären und dabei ihre Möglichkeiten zu betonen.

„Das sehe ich auch als meine Aufgabe an //ja//, dann eben auch bei Fragen zu erklären nicht? Oder er hat mir zum Beispiel auch ähm (.) ja diese schwierige Situation geschildert, in der er sich (.) wohl befand als er da in der Therapieeinrichtung war, wo alle dann ganz klar gesagt haben: Sie werden bis zu ihrem Lebensende, so hat er es geschildert, abstinente leben auch vom Alkohol und da hat er so für sich innerlich oftmals gedacht: Mh, kann ich das überhaupt? Will ich das überhaupt? Und dann haben wir dieses Thema auch nochmal etwas ausführlicher besprochen und da hatte ich den Eindruck, dass ihn das auch ein Stück weit erleichtert hat. #00:13:38–3# (Nachinterview Frau Finke zum Gespräch mit Herrn Leipold)

Herr Leipold hat in der Einrichtung erlebt, dass sein Bedürfnis in Bezug auf die Frage nach der Abstinenz authentisch sein zu wollen und diese kritisch zu hinterfragen dort als Verletzung des gesetzten Settings gesehen wurde (besser man sagt, was die Therapeuten hören wollen). Deshalb kann die offene, authentische Thematisierung hier in der Beratungsstelle, die auch den suchtbezogenen Hilfen zuzurechnen ist, aus seiner Sicht als bewusste Settingverletzung, vielleicht sogar als Konfrontation interpretiert werden. Die Aktivierung der Affekte im Vorfeld dieser Sequenz und das mehrmalige Nachfragen nach diesem Aspekt deuten auf eine starke innerliche Beteiligung von Herrn Leipold hin, weshalb es sich hier um eine kairosartige Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess handeln könnte, die von Frau Finke aufgegriffen wurde. **Dieses Aufgreifen wurde in der dargestellten Sequenz von Herrn Leipold ratifiziert und kann deshalb aus seiner Perspektive als angemessen beurteilt werden, da sich hier auf einer gespürten, nicht gewussten Ebene für ihn entschieden hat, um es mit den Worten von Frau Finke zu sagen, „ob er hier richtig“ ist. Die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ dürfte also einen wichtigen Schritt in Richtung Vertrauen gemacht haben.**

„Jetzt wird ich da mal anrufen“

Frau Finke: :(Name Einrichtung), jetzt wird ich da mal anrufen. (Tippt Nummer ein). Da ist gerade nur der Anrufbeantworter dran. (.) Und (.) das müsste ich dann nochmal später probieren.(Name Einrichtung), probieren wir es da nochmal. (Tippt Nummer ein). (Am Telefon:) Ja, Grüß Gott. Hier ist Finke, diakonische Bezirksstelle(Ortsname), Außenstelle(Ortsname), Suchtberatung. Ich hatte mal eine Fra::ge und zwar zu dem

Therapiekonzept Ihres Hauses. Machen Sie auch Traumatherapie? (.) (.) //mhm// (.) (.) //mhm// (.) (.) //mhm, okay// (nennt Telefonnummer) (.) (.) (nennt Name Fachkraft) und die ist? //mhm, okay// (.) (.) Ä::h, ich hab hier jetzt gerade mal so ein eine Kurzkonzeption vorliegen. (.) (.) Das ist das, ja genau, ja, ja. (.) (.) Ach ne(Name Fachkraft), dann würd ich mal versuchen die jetzt noch zu erreichen. (.) (.) //mhm// Alles klar, dankeschön. Tschüss (legt auf). Versuch ich mal die grade mal diese Spezialistin zu erreichen von dieser Therapieeinrichtung Haus(Name Einrichtung). (Tippt Nummer). (leise) Das wäre dieses. (Am Telefon:) Ja, Grüß Gott(Name Fachkraft). Hier ist Finke, diakonische Bezirksstelle(Ortsname), Außenstelle(Ortsname), Suchtberatung. Hab grade von Ihrer Kollegin Ihre Durchwahl bekommen. Hier sitzt gerade ein junger Mann (.) bei mir, der ein Interesse an ner äh Drogentherapie hat, der hat grad ne Entgiftung gemacht, aber mit äh Traumatherapie dabei. (.) (.) Bieten Sie nicht an? (.) (.) //mhm, ja// (.) (.) //mhm// (.) (.) Das heißt also nach dann nach nach so ner Entwöhnungstherapie (.) dann wärs sinnvoll danach die Traumatherapie zu machen //mhm//. (.) (.) //ja::// (.) (.) //mhm, mhm// (.) (.) //mhm// Ja, da scheint er wohl auch (Telefon klingelt) schon was zu haben, aber er wollte jetzt einfach sich nochmal erkundigen, deshalb ist er auch hier zum Erstgespräch in der Beratungsstelle, hier bei mir. Wegen so ner Traumabehandlung (.) (.) //mhm, ja// (.) (.) //ja// (.) (.) //ja// (.) (.) //mhm// (.) (.) //mhm// (.) (.) //mhm, mhm// (.) Okay, dann bedanke ich mich für die Auskunft. //mhm, jo// Tschüss (legt auf). Also diese Kollegin sagte eben, dass es ähm dass sie keine Traumatherapie anbieten in dem Haus. Sie sind zwar spezialisiert eben auch auf Doppeldiagnosen, das heißt eben wenn man noch andere psychische Erkrankungen hat, das weiß ich ja nicht wie das bei Ihnen jetzt aussieht, ob man da noch irgendwas diagnostiziert hat. Ne Schizophrenie: oder was auch immer, außer jetzt ihrer (.) äh Suchtmittelabhängigkeit, äh jetzt von diesen Kräutermischungen. Äh, aber Traumatherapie empfiehlt Sie sowieso auch erst nach einer Entwöhnung. Nach ner ganz in Anführungsstrichen normalen, klassischen ähm Sucht-ä::h Drogentherapie danach dann eben diese Traumatherapie zu machen //mhm//.

#00:25:41-8#

Frau Finke wechselt das Thema. Sie kündigt an, in einer Reha Einrichtung anrufen zu wollen. Sie kommentiert, dass sie bei einer Nummer niemanden erreicht hat und es nun bei einer anderen Einrichtung versuchen will. Sie telefoniert erneut in Gegenwart von Herr Leipold und seiner Mutter und erkundigt sich nach den Möglichkeiten einer Traumatherapie. Aus ihren Antworten lässt sich schließen, dass der oder die Gesprächspartner_in sie weiterverweist. Frau Finke kündigt an, jetzt die „Spezialistin“ anrufen zu wollen, telefoniert weiter und wiederholt ihr Anliegen gegenüber der Person am anderen Ende der Leitung. Nach Beendigung des Telefonats wendet sie sich an Herrn Leipold und seine Mutter und berichtet, dass in diesem Haus keine Traumatherapien angeboten würden. Zwar sei man dort auf „Doppeldiagnosen“ spezialisiert, aber dies würde nur zutreffen, wenn bei ihm noch eine andere psychische Erkrankung diagnostiziert worden wäre. Sie nennt das Beispiel „Schizophrenie“. Außerdem würde die Spezialistin eine „Traumatherapie“ auch erst nach einer Therapie der Suchtmittelabhängigkeit

empfehlen. Somit berichtet Frau Finke wertfrei und ohne eigene Kommentierung das Ergebnis ihres Telefonates. Sie hat damit Herrn Leopold die Arbeit der Informationsbeschaffung abgenommen, ohne explizit darum gebeten worden zu sein. Dies könnte von ihm als übergriffig erlebt werden. Herr Leopold sagt dazu im Nachinterview:

„ich bin mit¹ ä::h mit mit gar keiner Erwartung reingegangen und von dem her (.) hat mich dann halt einfach nur positiv überrascht, dass ja (.) dass sich Zeit für mich genommen wurde [...] Ja, ich bi- ich bin eigentlich so von ner so von ner halben Stunde sag ich mal ausgegangen und nicht das ä::hm die Frau Finke ja eigentlich auch gleich so agiert u::nd selber auch auf äh auf Therapien anruft und auch dann nachfragt, weil man es aus den Flyern nicht ähm erlesen konnte, (.) ob sie Traumatherapien machen und da hat sie sich dann gleich dahinter geklemmt und ähm wollte das dann gleich rausfinden und das fand ich halt echt gut, ja. [...] Ähm, Ja, mir mirham dann ä::h irgendwo:: selber dann gesagt: Okay ä::h jetzt ist uns erstmal (.) soweit geholfen ähm. (.) Wir können ja selber daheim jetzt an-, weil sie hat ja sie hat ja gesagt ähm (.) wenn man wenn man die Begriffe so und so in Google eingibt, dann äh dann findet man die ganzen Traumatherapien u::nd dann hab ich gesagt: Okay, dann ist mir jetzt soweit geholfen u::nd ä::h ich bedanke mich dafür, ja“ #00:08:49-0 # #00:10:00-9# (Nachinterview Herr Leopold zum Gespräch mit Frau Finke)

Aus dieser Kommentierung von Herrn Leopold wird deutlich, dass ihn das Agieren von Frau Finke ziemlich überrascht hat. Möglicherweise handelt es sich daher um eine neue Erfahrung dahingehend, dass er nicht nur mit Worten, sondern auch tatkräftig unterstützt wird, obwohl es, wie oben im Text deutlich wurde, zunächst kein positives Ergebnis im Sinne einer konkreten Zusage einer Klinik gibt. Er hat jedoch ein Beispiel dafür bekommen, wie nach dem, was ihm wichtig ist gesucht werden kann und will die Bemühungen zu Hause fortsetzen. Insofern kann das ungefragte Telefonieren in diesem Fall im Nachhinein als Unterstützung und Aktivierung von Selbsthilfepotentialen gewertet werden. Wie diese Aktion zur Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ beigetragen hat, erklärt Herr Leopold wie folgt:

„also (.) es muss halt auch einfach irgendwo die (.) Sympathie stimmen sag ich mal, [...] das war eigentlich schon beim Reinkommen. [...] Ja, grad dass sie halt auch ä::hm ä::h selber dann auch bei den Therapien angerufen hat und auch noch ähm // mhm// das selber versucht hat rauszukriegen, (.) ob (.) die jetzt speziell Traumatherapie machen und da hat sich das Ganze eigentlich auch verstärkt #00:12:23-3#-#00:13:10-4# (Nachinterview Herr Leopold zum Gespräch mit Frau Finke)

Als wichtig ist hier der Aspekt zu werten, dass Frau Finke „selber“ telefoniert hat und damit Herrn Leipold von einer Aufgabe entlastet, die ihm sichtlich schwerfällt: Dies betrifft die Auseinandersetzung mit den, an die Möglichkeit zur Wahrnehmung einer psychotherapeutischen Behandlung geknüpften, schwierigen administrativen Klärungen, insbesondere wenn, wie in seinem Fall, Suchtmittelkonsum hinzukommt, der formal zum Ausschluss aus der Therapie zu führen scheint. Zusätzlich ist anzumerken, dass dieser Ausschluss zumindest fachlich fragwürdig erscheint, denn die Ergebnisse in einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2012

„weisen zweifellos auf das enge, wechselseitige Zusammenspiel zwischen Trauma, PTBS und Sucht hin. Es wird deutlich, dass es zur Unterbrechung dieses Teufelskreises nicht ausreicht, sich bei der Behandlung lediglich auf eine der Störungen zu beschränken. Hierdurch wird jedoch die seit langem weitverbreitete Praxis in Frage gestellt, Abstinenz als Voraussetzung für den Beginn der Traumaaarbeit zu betrachten“ (Potthast; Catani 2012, S. 231).

Mutter von Herrn Leipold: Und warum dann hinterher? #00:25:43–3#

Frau Finke: Weil eben erstmal äh, denk ich, ä::h der Körper und auch der @(.)@ Geist klar und nüchtern werden sollen und das man sich dann eben auch auf so äh so ein doch auch sicherlich sehr, sehr schwierigen Prozess einlassen kann und auch die nötige Stabilität dann eben auch hat ne //mhm//, zum Beispiel die Drogenfreiheit auch ne //mhm, okay//. Also das ist jetzt, die bietens jetzt eben nicht an. Hier hab ich jetzt äh niemanden erreicht, also ähm das wäre vielleicht auch zu überlegen, ob sie sowas dann hinterher möglicherweise im ambulanten (.) Setting machen. Jetzt nicht in so ne stationäre Einrichtung gehen, sondern sich nen niedergelassenen Psychotherapeuten oder Psychotherapeutin suchen da äh, die eben auch äh spezialisiert sind (.) darauf und das dann in Ruhe aufarbeiten ne //okay//. Also insofern wäre dann(Name Einrichtung, in die Herr Leipold von der Entgiftung aus vermittelt werden soll), wenn das jetzt sowieso schon (.) angegeben wurde oder vorgeschlagen wurde, ^Lvielleicht gar nicht so #00:26:36–3#

Mutter von Herrn Leipold: Ja, aber das ist erst^L Ende März. #00:26:37–6#

Frau Finke: Was denn Ende März? #00:26:38–8#

Herr Leipold: Die haben erst wieder Aufnahme Ende März. #00:26:41–6#

Frau Finke: Ja, gut. Ich meine andere Einrichtungen, da werden Sie auch Wartezeiten haben ne. #00:26:45–4#

Herr Leipold: Das ist schlimm //ja//.(.) Ähm, könnte ich mir (.) den Flyer mitnehmen? #00:26:50–6#

Frau Finke: Ja natürlich, klar. #00:26:52–8#

Herr Leipold: Ah, das ist von der BWLV. Die BWLV kenn ich //mhm, genau, mhm//. #00:26:59–0#

Mutter von Herrn Leipold: Und das sind jetzt die einzigen zwei, wo Sie haben?

#00:27:00-9#

Frau Finke: Nein, ich hab noch mehrere, ganz klar. Aber ich könnte jetzt auch nochmal grade eben ä::hm im Internet schauen. (.) (.) (wendet sich ab- Stimme wird leiser) Aber das sind jetzt (.) (.) so mit die äh Therapieeinrichtungen, wohin wir eben unter anderem auch hin vermitteln ne.). #00:27:46-5#

Tippende Geräusche und Stille im Raum ca. 1 Minute-(Frau Finke recherchiert im Internet)

Die Mutter von Herrn Leipold greift den Aspekt auf, dass die „Spezialistin“ gesagt habe, dass sie eher ein Nacheinander der Therapien empfehlen würde. Sie würde gern wissen, warum diese Empfehlung ausgesprochen wird. Damit fragt sie Frau Finke fachlich-inhaltlich an. Hat sie vielleicht auch hier eine andere Meinung, wie am Anfang des Gesprächs in Bezug auf die dauerhafte Abstinenz? Frau Finke antwortet in einer recht einfachen Sprache, dass der „Geist“ eben auch klar sein müsse, um sich auf einen „sehr sehr schwierigen Prozess“ einlassen zu können. Damit rezipiert Frau Finke die Darstellung der „Spezialistin“ und es stellt sich die Frage, warum sie sich in dieser Art äußert. Kennt sie die Untersuchungen oder teilt sie deren Schlussfolgerungen nicht? Nimmt sie die „Spezialistin“ oder das Konzept der Klinik in Schutz und möchte dieses vor den Klienten nicht als veraltet bloßstellen? Letzteres würde auf eine habituelle Verflechtung mit dieser Einrichtung hindeuten. Sie geht nicht weiter erklärend darauf ein und resümiert, dass die Einrichtung dies nun mal nicht anbieten würde. Dies klingt, als wolle sie das Thema schnell beenden und deutet implizit darauf hin, dass sie die Einschätzung der „Spezialistin“ möglicherweise nicht oder nur eingeschränkt teilt. Eine andere Lesart wäre, dass sie es als ihre Aufgabe ansieht eine solche inhaltliche Frage zu beurteilen. Erklärungsbedürftig ist in beiden Fällen, warum sie die Suche von Herrn Leipold nach einer passenden Einrichtung so engagiert unterstützt. In Bezug auf dieses Thema sagt Frau Finke im Nachinterview:

„ich seh mich ein Stück weit auch als eine Dienstleisterin und wenn hier jemand herkommt und sagt: Hier ich hab die und die Probleme und möchte die und die Information oder Beratung, dann ist das erstmal (.) vorrangig (.) für mich äh, dass (.) die Ebene auf der ich kommuniziere und das kann man ja auch als eine Art (.) Beziehung durchaus sehen, aber ähm ich äh äh ja gehe nicht gleich so in die Tiefe. Auf keinen Fall. #00:09:57-7# (Nachinterview Frau Finke zum Gespräch mit Herrn Leipold und seiner Mutter)

Diese Aussage wirft die Frage auf, in welchem Verhältnis diese vorrangige Dienstleistungsorientierung zu der hier vor allem interessierenden

Fragestellung der Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ steht. Ist für eine solche Dienstleistungsorientierung aus ihrer Sicht eine Beziehung nötig oder eher nicht und wie zeigt sich das in diesem Fall? Hierauf antwortet sie:

„Ja doch, natürlich schon. Ich muss mich dem Menschen ja zuwenden, ich muss ihn ernst nehmen, ich hätte ja auch gleich sagen können: Ach, das bilden sie sich ein oder irgendwie ihn abwerten oder ihm sagen können: Glaub ich jetzt nicht oder wie kommen sie drauf oder so, sondern einfach ich nehm das ja erstmal so auch an, was er mir hier sagt und was ihn eben offenbar umtreibt und das scheint offenbar dieses äh äh Erleben da in der Vergangenheit zu sein und äh äh versuche dann eben auch seinem Wunsch oder seiner Frage: Gibt es da ne Einrichtung, wo das vielleicht doch auch //mhm// zusammen behandelt werden könnte, äh da eben auch ihm Informationen zu liefern So.“ #00:10:52-0# (Nachinterview Frau Finke zum Gespräch mit Herrn Leipold und seiner Mutter)

Diese Aussage präzisiert das zuvor Gesagte. Hier wird deutlicher, dass es Frau Finke in erster Linie darum geht, sich an dem „Menschen“ zu orientieren, sich ihm „zuzuwenden“ und ihn „ernst“ zu nehmen. Dafür hinterfragt sie die, ihr angebotenen Konstruktionen nicht, sondern versucht wie in diesem Fall z. B. Antworten auf seine konkreten Fragen zu finden. Trotz dieser sehr sachlichen Orientierung räumt sie ein, dass aus ihrer Sicht trotzdem eine Beziehung notwendig erscheint. Möglicherweise führt gerade diese rein sachliche Orientierung an den Fragen und Anliegen des Klienten und nicht an einer Organisation dazu, dass dieses Verhalten von Herrn Leipold als neue Erfahrung erlebt wird und das Verhältnis zu Frau Finke als in Richtung Vertrauen gehend bewertet wird. Er muss sich keinen administrativen Vorgaben (z. B. Kostenzusage) unterordnen, sondern bekommt Unterstützung dahingehend, wie er sein Anliegen realisieren kann, auch wenn dieses für Frau Finke nicht sofort einleuchtend erscheint und sie zunächst den Eindruck gewonnen hat, dass es ihn „umtreibt“.

In diesem Sinne agiert sie weiter und schlägt eine Alternative für den Fall vor, dass es nicht möglich sein sollte einen Platz für Herrn Leipold zu finden. Sie erweitert damit die Möglichkeiten. Dies geschieht nicht im Modus einer wertenden Empfehlung. Diesem Vorschlag begegnet die Mutter von Herrn Leipold mit dem Einwand, dass es ja erst Ende März sei. Diesen Einwand kann Frau Finke nicht sofort einordnen und fragt nach. Herr Leipold ergänzt, dass „die“ erst Ende März wieder Aufnahme hätten. Gemeint ist wahrscheinlich die Einrichtung, in die die

Entgiftung vermittelt hat. Warum merkt die Mutter von Herrn Leopold dies auf den Vorschlag von Frau Finke hin an? Möchte sie ihrem Sohn bei der Realisierung seines Vorhabens helfen und reagiert deshalb fürsorglich? Oder hat sie Sorge, dass, wenn er jetzt wieder bei ihr einzieht, es zu Konflikten kommen könnte und möchte deshalb den Zeitraum des Zusammenlebens so kurz wie möglich halten? Oder ist sie mit den Rechercheergebnissen von Frau Finke nicht einverstanden und denkt, dass es noch bessere, im Sinne von schnelleren Möglichkeiten des Therapieantritts geben müsste? In all diesen Fällen scheint für sie nicht ein inhaltlicher, sondern ein zeitlicher Aspekt im Vordergrund zu stehen. Frau Finke gibt zu bedenken, dass in jedem Fall mit Wartezeiten zu rechnen sei. **Sie fragt aber auch nicht nach, welche Gründe die Mutter von Frau Leopold zu dieser Reaktion veranlasst haben und bleibt damit auf der Ebene der praktischen Hilfe.** Herr Leopold wirft ein, dass "das" "schlimm" sei. Es scheint, als habe er gemeint, dass die Einrichtung aus seiner Sicht erst zu spät aufnimmt. Es folgt eine Zustimmung (/ /ja/ /), die aber nicht eindeutig Frau Finke oder der Mutter von Herrn Leopold zugeordnet werden kann. In beiden Fällen bedeutet es jedoch, dass das Thema damit abgeschlossen ist. Wenn die Mutter von Herrn Leopold der Einschätzung ihres Sohnes zustimmt und beide es "schlimm" finden, wird aufgrund der Orientierung an den Bedarfen der Klienten eine weitere Suche nach Alternativen nötig. Wenn Frau Finke der Einschätzung im Sinne eines Mitgehens zustimmt, wird auch sie nach weiteren Alternativen Ausschau halten. Nach einer kurzen Pause fragt Herr Leopold, ob er "den Flyer" mitnehmen darf. **Dies deutet auf eine Akzeptanz der Situation hin, dass im Moment kein Weiterkommen in dem Thema möglich zu sein scheint. Er scheint aber weiter gewillt zu sein, sein Anliegen voranzutreiben, indem er die Recherche nach Einrichtungen möglicherweise zu Hause fortsetzt, denn er möchte den Flyer "mit" nehmen.** Frau Finke erteilt ihre Erlaubnis und geht nicht weiter auf das Thema ein, warum es "schlimm" ist bis Ende März warten zu müssen.

Herr Leopold beginnt scheinbar in einem Flyer zu lesen und kommuniziert Bruchstücke davon nach außen. Offenbar möchte er sich mit der Suche nach weiteren Alternativen beschäftigen. Die Mutter von Herrn Leopold fragt nach, ob dies denn "die einzigen zwei" Einrichtungen seien. Frau Finke verneint dies und ergänzt, dass es die Einrichtungen seien, in die sie "unter anderem auch" vermitteln würde. Dies klingt danach, als ob sie als erstes die ihr bekannten Einrichtungen im Modus von Routine herausgesucht hätte. Sie scheint sich abzuwenden, denn

die Stimme wird leiser. Für eine Minute wird nicht gesprochen und es sind nur tippende Geräusche zu hören. Frau Finke scheint weiter im Internet zu recherchieren. **Damit wiederholt sich das Muster, dass sie sich weiter an den Wünschen von Herrn Leipold und seiner Mutter orientiert, auch wenn sich ihr die Logik dieser subjektiven Wunschkonstruktion möglicherweise nicht ganz erschließt. Gleichzeitig inszeniert sie Verlässlichkeit in einer Situation, die Herr Leipold „schlimm“ findet. Dies kommuniziert sie nicht verbal, zeigt es jedoch durch ihr Handeln.**

„Genau die [Information] haben wir ja jetzt“

Frau Finke: Dass Sie da vielleicht einfach nochmal gucken. AHG (.) Kliniken und ähm (.) dann wäre jetzt die Frage, da ja schon äh in(Ortsname) eben (.) eigentlich Ihre zuständige Suchtberaterin für Sie tätig geworden ist, ob die das dann (.) weitermachen ja //mhm// oder ob Sie sagen, ob die dann sagen: Ne, das machen wir jetzt nicht. Wir haben das angeleiert und jetzt sieh zu. Aber eigentlich denk ich ist das ja eher deren Zuständigkeitsbereich Sie da weiter zu beraten //mhm//, wenn Sie jetzt spezielle Wünsche haben, wie jetzt zum Beispiel eben sone Traumatherapie machen zu wollen. (.) U:nd ähm wenn das jetzt aber aus welchen Gründen auch immer nicht klappen sollte, können Sie sich ja gerne wieder (.) hierher wenden und dann bräuchte ich aber eben auch ähm die Unterlagen, die Sie bisher dann mit der Kollegin //genau// hatten und dann müsste man dann hier vielleicht einfach die ganze Sache (.) in Gang bringen //ja// oder noch eventuell ne Umwidmung äh anleiten oder was auch immer / mhm, okay¹ //. So wie ich Sie verstanden hab sind Sie erstmal hierher gekommen um ne Information zu bekommen. #00:37:30–9#

Herr Leipold: Genau, die haben wir ja jetzt. #00:37:31–6#

Frau Finke: Und die haben Sie jetzt gekriegt //genau// nach einigen Versuchen und ähm ja jetzt würde ich einfach sagen, dass Sie damit erstmal weiter gucken //genau// und sich dann gegebenenfalls gerne wieder hierher wenden dürfen //genau//. #00:37:42–8#

Diese Sequenz wird von Frau Finke eröffnet, indem sie wiederholt, dass „Sie“, gemeint sind möglicherweise Herr Leipold und seine Mutter, jetzt selbst noch einmal schauen sollen. Ihr Angebot, dass sie noch einmal telefonieren will, wiederholt sie nicht. Sie spricht ein anderes, für sie noch offenes Thema an und fragt, ob die „eigentlich zuständige Suchtberaterin“ „das“ „weitermachen“ würde. Damit knüpft sie inhaltlich an das Thema vom Anfang des Gesprächs an, als es darum ging formal administrative Fragen der Beantragung der Kosten für die Behandlung zu klären. Offenbar fühlt sie sich nicht primär für diesen Teil zuständig, sondern ordnet ihn der Sozialberatung in der Entgiftungsklinik zu, aus der Herr Leipold am Tag zuvor entlassen wurde. Gleich-

zeitig antizipiert sie die Möglichkeit, dass dies von dort nicht übernommen werden könnte („wenn die jetzt sagen, sieh zu“). Dieses Vorgehen scheint sie nicht zu überraschen, wenngleich sie explizit betont, dass sie den administrativen Teil in deren Verantwortung sieht, wenn sie schon den informativ-inhaltlichen Teil erledigt hat. Obwohl sie sich formal nicht zuständig sieht, bietet sie an, dass Herr Leopold sich wieder an sie wenden kann, wenn er dies für nötig hält. Gleichzeitig nennt sie Rahmenbedingungen dafür, dass weitere Kontakte stattfinden können, um den Prozess fortzusetzen. Sie braucht alle formalen Unterlagen. Sie fährt damit fort, dass sie ihn verstanden hat, dass aber das primäre Anliegen, Informationen zu erhalten für sie damit beendet ist. Diese Sichtweise wird von Herrn Leopold ratifiziert und auch nochmal von Frau Finke bestätigt. Sie schlägt vor, dass „sie“, gemeint sind möglicherweise Herr Leopold und seine Mutter, jetzt erstmal zu Hause schauen sollen. Sie wiederholt ihr Angebot, dass man sich dann wieder an sie wenden dürfe. Dies betont die Möglichkeitsform des Angebotes im Sinne einer autonomen Entscheidung und delegiert die Verantwortung dafür, dieses Angebot auch anzunehmen, an Herrn Leopold. Dieser Redebeitrag wird von Herrn Leopold mit zustimmenden Hörersignalen begleitet. Offenbar ist er zufrieden mit dem Erreichten.

Mutter von Herrn Leopold: Können Sie mir vielleicht von Ihnen ein Kärtchen

#00:37:44-2#

Frau Finke: Kärtchen? Hab ich. #00:37:45-6#

Mutter von Herrn Leopold: Das wäre super //genau//. #00:37:48-6#

Frau Finke: Bitteschön. #00:37:48-7#

Mutter von Herrn Leopold: Ok, dankeschön. #00:37:49-6#

Herr Leopold: Wunderbar. #00:37:50-2#

Die Mutter von Herr Leopold fragt, ob sie vielleicht ein „Kärtchen“, gemeint ist wahrscheinlich eine Visitenkarte mit den Kontaktdaten von Frau Finke erhalten kann. Diesen Satz bringt sie aber nicht zu Ende, es fehlt das Wort „geben“. Andere mögliche Ergänzungen wie „zeigen“, „malen“ oder ähnliches machen an dieser Stelle keinen Sinn. Sie möchte die Kontaktdaten zu Frau Finke sichern. Plant sie ein Wiederkommen bereits ein? Dies scheint sie anders zu sehen als ihr Sohn, der erstmal mit dem Erreichten zufrieden zu sein scheint. Auch Frau Finke scheint überrascht. Hat sie damit nicht gerechnet? Sie bestätigt, dass sie ein solches Kärtchen hat, scheint es aber nicht sofort auszuhändigen, denn die Mutter von Herrn Leopold hakt nach und wiederholt, dass es super wäre. Frau Finke scheint das Kärtchen auszuhändigen, denn die Mutter

von Herrn Leipold bedankt sich. Herr Leipold findet das wunderbar. Er scheint immer noch zufrieden zu sein. Hier deutet sich ein weiterer Aspekt der Rolle von Herrn Leipolds Mutter an. Sie passt nicht nur auf, dass alles richtig verstanden wird, fragt im Zweifelsfall nach und hilft bei Übersetzungen, sie sichert auch die Nachhaltigkeit, falls die Dinge nicht so laufen, wie ihr Sohn sich das vorstellt.

Mutter von Herrn Leipold: Stehen da auch die Zeiten oder sind Sie immer erreichbar?
#00:37:53-7#

Frau Finke: Ähm ja, immer jetzt natürlich nicht. Aber ich bin //achso// ähm äh schon äh
#00:37:57-1#

Mutter von Herrn Leipold: Tagsüber? #00:37:57-5#

Frau Finke: von montags bis freitags, außer mittwochs, da bin ich meistens äh außerhalb
//okay// tätig //okay//. Und sonst gibt's nen Anruferbeantworter, der läuft oder Sie
schreiben //okay// mir ne E-Mail //okay, okay//. #00:38:07-9#

Mutter von Herrn Leipold: Alles klar. #00:38:08-5#

Herr Leipold: Wunderbar. #00:38:09-0#

Frau Finke: Ja, gut. #00:38:09-9#

Herr Leipold: Dann bedank ich mich. #00:38:10-4#

Frau Finke: ↳Ja gerne. #00:38:10-6#

Mutter von Herrn Leipold: Vielen Dank für die ↳Beratung. #00:38:13-0#

Frau Finke: Wiedersehen, ↳auf Wiedersehen. #00:38:13-2#

Herr Leipold: Auf Wiedersehen ↳.

Die Mutter von Frau Leipold scheint die Visitenkarte kurz zu lesen und fragt nach, ob da auch Zeiten ständen oder ob Frau Finke immer erreichbar sei. Frau Finke ist irritiert: „Immer jetzt natürlich nicht“. Während sie sich noch sammelt, fragt die Mutter von Herrn Leipold erneut nach („tagsüber?“). Denkt sie, dass Frau Finke auch nachts erreichbar sei? Hier zeigt sich erneut, dass die Mutter von Herrn Leipold nicht oder nur wenig mit Konventionen, z. B. mit „Bürozeiten“, vertraut zu sein scheint. Oder setzt sie hier mit ihrem möglicherweise gespielten Unwissen eine Provokation, um damit auf die Selbstverständlichkeit aufmerksam zu machen, mit der Konventionen als bekannt vorausgesetzt werden? Eine andere Lesart wäre, dass sie ganz sicher gehen will, dass sie Frau Finke im Falle eines Bedarfes erreichen kann. Wenn dies so wäre, so würde es bedeuten, dass sie auf jeden Fall davon ausgeht, dass ein weiterer Kontakt nötig wird, was auf Misstrauen gegenüber den Fähigkeiten ihres Sohnes, die Dinge selbst zu regeln, hindeuten könnte, auch wenn er sich selbständig und motiviert zeigt. Oder es deutet auf ein

Misstrauen gegenüber administrativen Stellen hin, die im Falle auftretender Schwierigkeiten durch Nichterreichbarkeit glänzen und dann so tun, als ob man davon hätte wissen müssen. Auf all diese möglichen Aspekte geht Frau Finke nicht ein und expliziert sachlich die Möglichkeiten, wie sie für einen Kontakt erreicht werden kann. Frau Leipold zeigt ein Verstehen an („alles klar“). Herr Leipold findet es wieder „wunderbar“. Was genau er damit meint, wird nicht klar. Vielleicht, dass seine Mutter daran gedacht hat, sich ein Kärtchen geben zu lassen, oder dass Frau Finke signalisiert hat, wie genau sie erreicht werden kann. Frau Finke zeigt an, dass für sie das Thema „Erreichbarkeit“ damit beendet ist. Herr Leipold bedankt sich und Frau Finke antwortet mit einer Höflichkeitsfloskel. Nun bedankt sich auch die Mutter von Herrn Leipold explizit für „die Beratung“. Offenbar legen beide Wert auf anerkennende Höflichkeitsformeln oder sie meinen es Ernst und haben die Beratung als hilfreich erlebt und wollen ihre Dankbarkeit explizit zum Ausdruck bringen. Frau Finke scheint damit nicht gerechnet zu haben und hatte schon zu einem formellen Abschiedsgruß angesetzt, der von Herrn Leipold erwidert wird. Danach wird das Aufnahmegerät abgeschaltet.

Die Abschiedsszene enthält nochmal eine Musterwiederholung, bei der die Mutter von Herrn Leipold scheinbar Selbstverständlichkeiten explizit nachfragt und damit bei Frau Finke für Irritation sorgt. Frau Finke thematisiert diese Irritation aber nicht, sondern beantwortet die gestellte Frage sachlich. Inhaltlich deutet die Nachfrage der Mutter von Herrn Leipold darauf hin, dass sie, trotz eines möglicherweise habituellen Misstrauens gegenüber Formalem, einzuplanen scheint, erneut den Kontakt zu Frau Finke zu suchen, obwohl das Anliegen, mit dem Herr Leipold in die Beratungsstelle gekommen ist, abgearbeitet zu sein scheint. **Ob dies als eine Bewertung der Beziehung in Richtung Vertrauen gedeutet werden kann, ist nicht ganz eindeutig. Es könnte aber so sein, da sie von sich aus und in einer Situation nach einer Karte gefragt hat, in der Frau Finke schon signalisiert hatte, dass das angefragte Anliegen für sie beendet sei.**

7.5.3 Lesarten des Falles in Bezug auf die Fragestellung

Die „Arbeitsbeziehung“ von Frau Finke und Herrn Leipold ist von Anfang an, zumindest ausgehend dem Klienten, von, wie er sagt, „Sympathie“ geprägt. Während des Gesprächs selbst werden nur wenige Af-

fekte sichtbar. Eine Ausnahme bildet in der Anfangsphase des Gesprächs eine Situation, in der Herr Leipold von der Erfahrung in einer früheren Rehabilitationsmaßnahme berichtet. Diese habe er nach eigener Aussage auch deswegen abgebrochen, weil er mit der dort explizierten Forderung nach „lebenslanger Abstinenz von allen Suchtmitteln“ nicht zurechtgekommen sei. Ein angemessenes Aufgreifen einer kairosartigen Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess kommt zustande, als Frau Finke auch bei mehrfacher Nachfrage Verständnis für seine Haltung zeigt und diese erklärend differenziert, sodass eine Integration seiner Einstellung und der der Einrichtung denkbar wird. Dies geschieht authentisch auf der Basis ihrer eigenen Erfahrungen in diesem Feld und markiert für Herrn Leipold eine erste Gegenerfahrung zu seinen Erlebnissen, die eher auf einer Konfrontation mit dieser Sichtweise beruhte. Eine weitere Gegenerfahrung ist die Inszenierung von Verlässlichkeit, als Frau Finke es nicht bei einem Gespräch über das Anliegen von Herrn Leipold belässt, sondern sich aktiv und emsig im Beisein des Klienten und seiner Mutter auf die Suche nach einer passenden Einrichtung macht. Dabei nimmt sie konkretisierende Klärungen selbst telefonisch vor und überlässt diese nicht Herrn Leipold. Hier verstärkt sich, obwohl Frau Finke inhaltlich zunächst nicht erfolgreich ist, nach Aussage von Herrn Leipold die „Sympathie“, weshalb die Situation als eine Verstetigung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen gedeutet werden kann. Die Bewährung des Vertrauens geschieht, weil Frau Finke Herrn Leipold damit von der Herausforderung der, vom Feld der suchtbefragten Hilfen geforderten formalen Vorklärungen zur *Realisierung* seines Anliegens entlastet, da es ihm selbst nicht leicht fällt, die Komplexität der Voraussetzungen und Implikationen des Systems zu durchschauen. Auch dies zeigt sich als Differenzerfahrung zu seinen Erlebnissen einer formal administrativen Vermittlung in der Entgiftung, die nicht das gewünschte Ergebnis brachte und bei der er mit der Korrektur dieses Ergebnisses allein gelassen wurde, weil die Fachkraft dort sich nicht als dafür zuständig ansah. Am Ende des Gesprächs scheint das Anliegen geklärt zu sein, Frau Finke spricht jedoch im Modus von Routine das Angebot zur Weiterarbeit aus. Kurz vor der Verabschiedung zeigt sich die Mutter von Herrn Leipold an diesem Angebot interessiert und möchte eine Visitenkarte mitnehmen, während Herr Leipold zunächst zufrieden ist und nun selbst weiter aktiv sein möchte. Somit hat sich nicht nur eine „Arbeitsbeziehung“ zu Herrn Leipold, sondern auch zu seiner Mutter entwickelt, die bis dahin zwar am Gespräch teilgenommen, sich inhaltlich aber zurückgehalten und eher im Modus von tendenziellem Misstrauen

vor allem an Stellen kleinteilig nachgefragt hatte, bei denen es um die tatsächliche Realisierung des Anliegens ging. In dem hier dargestellten Gespräch lassen sich verschiedene Elemente finden, die die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ beeinflussen. Durch die genaue Nachfrage von scheinbaren Selbstverständlichkeiten der suchtbezogenen Hilfen („Kostenzusage“, „lebenslange Abstinenz“, Nachordnung von Suchttherapie und Traumatherapie, „immer erreichbar?“), werden Einstellungen und habituelle Verfahrensweisen des Suchthilfesystems, Konventionen, aber auch administrative Zumutungen sichtbar. Die Nachfragen sorgen zunächst für Irritationen bei Frau Finke, die sie aber nicht als Konfrontation thematisiert, sondern sachlich beantwortet. Dies geschieht auf der Basis ihrer beruflichen Einstellung, denn sie sieht es explizit als ihre Aufgabe an, hier zur Klärung und Unterstützung der Realisierung der Anliegen des Klienten beizutragen, auch wenn die Organisationsstrukturen und Konventionen des Feldes dieses zunächst nicht nahezulegen scheinen.

Wichtig für die Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen war es dabei, die aufgetretenen Diskrepanzen und Klärungen, die sich aus der subjektiven Perspektive des Klienten ergeben haben, wahr- und ernst zu nehmen und angemessen und passgenau im Modus von Kooperation und nicht im Modus von Konfrontation auf diese einzugehen. Dies stellte zumindest für Herrn Leipold eine neue Erfahrung in Bezug auf das Suchthilfesystem dar. Die Verstetigung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen bei Herrn Leipold und die Entwicklung hin zu Vertrauen bei seiner Mutter führte dann konkret dazu, dass ein möglicherweise habituell erfolgtes Angebot zu weiteren Gesprächen bei Bedarf ernsthaft in Betracht gezogen wurde, obwohl das angefragte Anliegen explizit als abgearbeitet eingeordnet wurde.

Auf Nachfrage sechs Wochen nach dem Gespräch teilte Frau Finke mit, dass Herr Leipold und seine Mutter noch mehrfach den Kontakt gesucht hatten und sie die gewünschte Umschreibung in eine Rehaklinik mit Traumatherapie vorgenommen hat. Dies gelang allerdings nicht in der zunächst gewünschten Klinik, da diese keinen Behandlungsvertrag mit dem, für Herrn Leipold zuständigen Kostenträger hatte. Die Einrichtung, in der er die Therapie abgebrochen hatte, bietet aber auch Traumatherapie an. Hierfür habe er eine Kostenzusage erhalten und sei nach der Aussage von Frau Finke bereit, es dort nochmal zu versuchen.

Somit kann geschlussfolgert werden, dass es durch die Aufnahme und Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“, verstanden als subjektive Bewertung derselben in Richtung Vertrauen, für den Klienten möglich wurde, sich mit den Implikationen der Angebotsstruktur der Suchthilfe vertiefender auseinander zu setzen, seine Selbsthilfepotentiale zu aktivieren und letztlich auch die Motivation zu entwickeln, sich einen, für ihn realisierbar erscheinenden Weg zu suchen. Dieses Vertrauen bezog sich auf die realistisch zu erwartende Unterstützung von Frau Finke in ihrer beruflichen Rolle bei der *Realisierung* seines Anliegens.

8 Kontrastiver Fallvergleich

In diesem Kapitel sollen die Entstehung und Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ zwischen Fachkraft und Klient_in sowie fallspezifische Einflüsse auf die Beziehungsentwicklung fallübergreifend näher kontrastiert werden. Ziel ist es, die, an den jeweiligen Einzelfällen gewonnenen Erkenntnisse weiter auszudifferenzieren und sich kategorialen Bestimmungen des hier untersuchten Problembereiches weiter anzunähern.

8.1 Entstehung und Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ zwischen Fachkraft und Klient

Nach Kreis beginnt eine Beziehung in dem Moment, in dem sich die Akteure zum ersten Mal bewusst wahrnehmen, ist von Anfang an geprägt durch die Einschätzung der Situation des oder der Partner und des Rückbezuges dieser Einschätzungen zu sich selbst und entwickelt sich als eine subjektive Bewertung dieser Einschätzung in Richtung Vertrauen oder in Richtung Misstrauen (1985, S. 57 f.). Dieser genaue Zeitpunkt einer Beziehungsentstehung konnte in keinem Fall mit aufgezeichnet werden, da allen zur Verfügung stehenden Gesprächsprotokollen bereits Interaktionen zwischen Fachkraft und Klient vorausgingen, die der Organisationsform der Beratungsstelle immanent waren (z. B. ein Smalltalk auf dem Weg ins Beratungszimmer in den Fällen, in denen Frau Burgdorf oder Herr Cieslik beteiligt waren oder ein Telefonat zur Terminvereinbarung, sowie die kurze Absprache, ob der Klient mit der Aufnahme des Gesprächs einverstanden war, in den Fällen, in denen Frau Dorenkamp und Frau Finke beteiligt waren). In allen Gesprächen war es jedoch möglich, den Moment mitaufzuzeichnen, in dem das Anliegen des / der Klient_in thematisch wurde. Damit wurde ein zunächst inhaltlich unspezifischer Gesprächsinhalt (sog. Smalltalk) gemäß des Anlasses des Aufsuchens der Beratungsstelle individuell spezifiziert und ein Verständigungsprozess zwischen den Akteuren darüber begann.

Die sich entwickelnde „Arbeitsbeziehung“ kann dynamisch in Anlehnung an das Konzept der „Veränderungsprozesse“ (Stern; andere (BCPSG) 2012) beschrieben werden⁹¹.

Die, von der Explikation dieses spezifischen Inhalts ausgehende und auf dem Prozess der gegenseitigen Verständigung darüber beruhende Beziehungsdynamik variierte in den Gesprächen, konnte aber in Anlehnung an das sensibilisierende Konzept der „Veränderungsprozesse“ (Stern; andere (BCPSG) 2012) (s. Kap.4.2) vor allem in Bezug auf „relationale Schritte“ (Stern 2014, S. 158) und den Prozess des „Vorangehens“ (Stern 2014, S. 157) beschrieben werden. Diese Kategorien wurden in dieser Untersuchung allerdings nicht auf den inneren Prozess des Klienten, sondern auf die Entwicklung der Beziehung beider Interaktionspartner bezogen. Über diese Kategorien hinaus konnte in allen Fällen, bis auf den Fall Burgdorf-Uhlenbrock, mindestens eine kairosartige Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess beobachtet werden, die von der Struktur her einem „Jetzt-Moment“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 35) ähnlich war und dessen angemessenes oder nicht angemessenes Aufgreifen Auswirkungen auf das „Vorangehen“ hatte. Im Fall Timmermann-Cieslik war dieser Moment bereits vor der Explikation des Anliegens gelagert, stand aber mit diesem in einem unmittelbaren Zusammenhang, da er sich direkt anschloss. Darüber hinaus stand er auch mit einer „Durchbrechung“ üblicher Vorgehensweisen zur Eröffnung des spezifischen Gesprächsteils im Zusammenhang, da der Klient Herr Timmermann die Gesprächsführung übernahm. Aber auch hier konnte im Fortgang des Gesprächs beobachtet werden, dass die weitere Beziehungsentwicklung mit der Beschäftigung des von Herrn Timmermann geäußerten Anliegens in Zusammenhang stand. Beide Akteure gaben im Nachinterview an, dass es für das Gespräch wichtig gewesen sei „sofort einen Draht zueinander“ gefunden zu haben, sodass davon ausgegangen wird, dass sich die Beziehung bereits in dem, dem Beratungsgespräch vorgelagerten, sog. „Smalltalk“ unspezifisch zu entwickeln beginnt und dass dies damit in Bezug auf die Explikation des Anliegens und des weiteren Umgangs damit eine Bedeutung hat. Dennoch konnte auch gesehen werden, dass die Beziehung sich auch in diesem Fall im Verlauf

⁹¹ Die fett markierten Textteile stellen induktiv entwickelte fallübergreifende Bestimmungen der Dynamik einer „Arbeitsbeziehung“ dar, deren kategoriale Begrifflichkeiten in Kap. 9 aufgegriffen werden.

des Gesprächs am weiteren Umgang mit dem explizierten Anliegen ausdifferenzierte.

Im Fall Burgdorf–Veit gelang es Frau Burgdorf aufgrund eines Missverständnisses, auf das später noch näher eingegangen wird, nicht die oben angesprochene Konstellation eines kairosartigen Moments, der sich auch hier zeigte, angemessen aufzugreifen, sodass für dieses Gespräch, ebenfalls in Anlehnung an Stern und die BCPSG (2012, S. 70), ein sog. „Scheitern“ dieses Moments konstatiert werden musste. Dieses dürfte letztlich Auswirkungen auf den späteren Hilfeverlauf gehabt haben, weil Frau Burgdorf dieses Scheitern nicht bemerkte und die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ gegenteilig deutete. Ein angemessenes Aufgreifen dieser kairosartigen Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess führte demgegenüber in den anderen Fällen zu einer deutlich wahrnehmbaren Veränderung der Interaktion, die als Zunahme der subjektiven Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen gedeutet wurde. Diese zeigte sich als eine kommunikative Öffnung, z. B. in Form von sprudelndem Erzählen (z. B. Herr Veit oder Herr Quante), als selbstinitiierte Selbstreflexionen (z. B. Herr Timmermann), aber auch als Schließung eines, mit einem Affekt besetzten Themas (z. B. Herr Leipold). Im Fall von Herrn Uhlenbrock und Frau Burgdorf kam es zu sog. „relationalen Schritten“ (Stern 2014, S. 158), in deren Folge sich zwar kein „Sprung“ zu einer, als subjektive Bewertung von Vertrauen codierten interaktiven Veränderung zeigte, wohl aber eine langsamere Bewegung in diese Richtung, die sich in zunehmenden selbstinitiierten Selbstreflexionen von Herrn Uhlenbrock zeigte. Relationale Schritte waren zusätzlich zu den beschriebenen Situationen auch in allen anderen Fällen zu beobachten, in denen eine kairosartige Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess von der Fachkraft angemessen aufgegriffen wurde und damit zu einer eher sprunghaften Entwicklung führte.

Inhaltlich–thematisch konnte die sprunghafte oder langsame Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ in allen Fällen als subjektive Bewertung dieser in Richtung Vertrauen oder Misstrauen, auch in Zusammenhang mit Aspekten aus dem Feld suchtbezogener Hilfen⁹², gesehen werden.

⁹² Der Begriff des Feldes suchtbezogener Hilfen umfasst pragmatisch alle Formen von Hilfsangeboten im Rahmen der sozialen Sicherung, die ein Hilfeangebot für Menschen mit, als problematisch eingeschätztem Suchtmittelkonsum oder einem entsprechenden Verhalten anbieten (vgl. Kap. 3.2.1). Eine besondere Bedeutung

Die oben bereits angesprochene kairosartige Situation im Fall Timmermann und Cieslik und deren intuitiv angemessenes Aufgreifen durch die Fachkraft entstand möglicherweise aufgrund einer „atmosphärischen Differenzerfahrung“ zu einer anderen Begegnung im Feld suchtbezogener Hilfen außerhalb der Beratungsstelle, von der Herr Timmermann im Nachgespräch berichtet. An dieser Stelle wird die lebensgeschichtliche Verwobenheit einer Beziehung, hier zu Erfahrungen im Feld suchtbezogener Hilfen, schon in den ersten Momenten der Begegnung deutlich, sowie die Bedeutung einer gefühlsmäßig intuitiven Reaktion eher auf der Basis von Spontaneität auf Seiten der Fachkraft. Die Vermutung einer ähnlichen Differenzerfahrung zu bereits gemachten Erfahrungen im Feld suchtbezogener Hilfen wird auch im Fall Finke-Leipold nahegelegt. Im Fall Burgdorf-Veit war das Nicht-Aufgreifen dieser kairosartigen Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess mit der Frage verknüpft, wie genau die erhoffte Hilfe aussehen kann oder soll. Ähnliches gilt auch für den Fall Dorenkamp-Quante. In der Reflexion von Herrn Uhlenbrock zum Fall zeigte sich die Verbindung zum Feld, als er die, an seinem Anliegen orientierte Reaktion von Frau Burgdorf bezüglich der Frage der Therapieform, die sich in weiteren Gesprächen als stabil erwies, die er für sich als bedeutsam einstufte und die, wie aus dem Nachinterview deutlich wurde, für ihn zu einer Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen führte. Aus diesem Grund wird auf die mittelbaren Einflüsse des Feldes auf die dyadische Beziehungsdynamik später noch näher einzugehen sein.

Ein zentraler Aspekt für die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ ist demnach die Verständigung zwischen Fachkräften und Klient_innen über das Anliegen und die Entwicklung von Zuversicht bezüglich der Realisierung.

Wie sich gerade schon andeutete, stellt insbesondere die Verständigung über das Anliegen des jeweiligen Klienten auch in den anderen Fällen einen zentralen Aspekt für die Beziehungsentwicklung dar. Die Auswertung des Materials legt nahe, dass für die Klienten zur Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen oder Misstrauen wichtig gewesen sein dürfte, inwieweit sie Zuversicht darüber entwickeln konnten, dass die Fachkraft sie bei der Realisierung ihres präsentierten Anliegens unterstützen könnte und inwieweit sie dies auch umsetzen

nimmt hierbei die Hilfeform der Rehabilitation Sucht ein.

würde. Als „Anliegen“ gilt das, was die Klienten im Erstgespräch gegenüber den Fachkräften explizierten bzw. dessen Realisierung sie anzustreben schienen. Herr Uhlenbrock explizierte das Anliegen, eine stationäre Therapie beantragen zu wollen, Herr Veit wollte zunächst eine „Langzeittherapie“ beantragen, Herr Quante wünschte sich Unterstützung bei der Vorbereitung auf die „Medizinisch-Psychologische Untersuchung (MPU)“ und Herr Leipold wollte in eine Suchtrehabilitation mit integriertem traumatherapeutischen Angebot vermittelt werden. Herr Timmermann hatte kein Vermittlungsanliegen, war aber, wie er im Nachgespräch berichtete, von einem Neurologen gedrängt worden, eine Suchtberatung aufzusuchen. So kann hier festgestellt werden, dass alle Anliegen in einem Zusammenhang mit anderen Akteuren des Feldes suchtbbezogener Hilfen oder Instanzen standen. Es zeigte sich aber auch, dass das explizierte Anliegen Teil einer dahinterliegenden Konstruktion war, durch die im Laufe des Gespräches auch tiefergehende Motive sichtbar wurden. Für Herrn Uhlenbrock schien dies in einem Wunsch nach einem tieferen Verständnis für seinen sog. „Rückfall“ zu liegen, für Herrn Veit eher in einem Emanzipationsprojekt, Herr Quante wollte seine Fahrerlaubnis wiederhaben, Herr Timmermann seine Frau wieder für sich gewinnen und Herr Leipold einen sexuellen Missbrauch aufarbeiten. Diese Motive, die alle auch im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum standen, deuteten sich zwar schon im ersten Gespräch an, wurden von den Fachkräften aber in keinem Fall genauer hinterfragt, geschweige denn mit eigenen Deutungen konfrontiert.

Die von den Klient_innen als angemessen empfundene Unterstützung bei der Realisierung ihrer subjektive Konstruktionen, die hinter den explizierten Anliegen sichtbar wurden, führte zu einer Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen.

Im thematischen Mittelpunkt des interaktiven Geschehens zwischen den Akteuren stand das, von den Klienten explizierte Anliegen als Teil einer subjektiven Konstruktion⁹³, die sie mit Hilfe von Suchtberatung realisieren wollten. Für die Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ lag hier ein entscheidender Punkt. Fühlten sich die Klienten von der Fach-

⁹³ Da diese Konstruktionen sich in den Fällen nur andeuteten, kann an dieser Stelle nur vermutet werden, dass der Suchtmittelkonsum aus Perspektive der Klienten der Realisierung der dahinterliegenden Motive entgegenstand und sie deshalb Hilfe im System der suchtbbezogenen Hilfen suchten.

kraft bei der Weiterentwicklung oder Spezifizierung in ihrem Sinne unterstützt, so konnte eine Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ eher in Richtung Vertrauen gesehen werden, die sich dann im Verhalten der Klienten zeigte. Insofern kann hier konstatiert werden, dass die Entwicklung einer Beziehung zwischen Fachkraft und Klient_in zwar unspezifisch beginnt, sich aber am Anliegen des Klienten weiter ausdifferenziert und letztlich auch stabilisiert. Dies konnte in allen Fällen beobachtet werden.

Fachkräfte gleichen das Anliegen und seine dahinterliegende Konstruktion mit den Möglichkeiten des Feldes (suchtbezogener) Hilfen ab.

Fast alle explizierten Anliegen standen daher von vorneherein in direktem Zusammenhang mit den Regeln und Implikationen des Feldes suchtbezogener Hilfen oder Instanzen. Auch wenn dies, wie im Fall Cieslik-Timmermann, nicht von vorneherein explizit der Fall war, kam es aber zu einem späteren Zeitpunkt des Erstgesprächs zumindest auch kurz in den Blick. Daher ist davon auszugehen, dass sich die Orientierung der Fachkräfte am Anliegen der Klienten auch immer in einem Wechselverhältnis mit wahrgenommenen Implikationen und Möglichkeiten des Feldes und / oder der eigenen Organisation vollzogen hat und sich an diesem Wechselverhältnis bewähren musste. Das Material legt nahe, dass gerade in den Fällen, in denen Anliegen und Erfahrungen mit anderen Akteuren von dem aktuell Erlebten differierten, der Grad, mit dem die Fachkräfte die Realisierung des Anliegens aktiv oder mit Ideen unterstützten, für die Klienten für die Entwicklung einer Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen oder Misstrauen entscheidend war. In der Art und Weise, mit der dies geschah, zeigten sich verschiedene Varianten, die in einigen Fällen als Differenz zu anderen Erlebnissen im Feld aus dem Material rekonstruiert werden konnten. Im Fall Finke-Leipold wurde bei Herrn Leipold dort eine Bewertung in Richtung Vertrauen gesehen, wo Frau Finke geduldig inhaltliche und formale Implikationen einer Rehabilitation Sucht und ihres Antragsverfahrens erläuterte, obwohl sie sich von der gezeigten „Unwissenheit“ Herrn Leipolds und seiner Mutter überrascht zeigte, weil die Klärung des Sachverhaltes nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fiel, wie sie im Nachinterview sagte. Demgegenüber war Herr Leipold nach eigener Aussage von der Entgiftungsstation mit dem Auftrag entlassen worden, für die formale Klärung der, von ihm ge-

wünschten Therapieform selbst zu sorgen, wie er sagte. Im Erstgespräch deutete sich an, dass ihm dies allein jedoch offensichtlich schwerfallen, wenn nicht sogar überfordern würde. Das Differenzenerleben von Herrn Timmermann bestand, wie sich durch die Begleitinterviews herausstellte, darin, dass Herr Cieslik seinen Konstruktionen folgte, ohne ihn zu konfrontieren, so wie er das bei dem, von ihm zuerst aufgesuchten Neurologen erlebt hatte. Bei Herrn Veit zeigte sich eine Bewertung in Richtung Vertrauen, als Frau Burgdorf ihm anbot, Lebensthemen besprechen zu können ohne Verpflichtungen einzugehen und Herr Quante schien das Gefühl zu haben, dass er sich bei Frau Dorenkamp im Unterschied zu einer anderen, von ihm aufgesuchten Institution verständlich machen kann. Eine weitere Variante dieses Motivs der Bedeutsamkeit der erlebten Unterstützung zeigte sich im Material, als Frau Burgdorf den Rahmen des von ihr verantwortet geglaubten Spielraums ausnutzte, um zwischen den Anliegen des Klienten und den Formalitäten des Feldes „Brücken zu bauen“. Dies konnte beobachtet werden, als sie Herrn Uhlenbrock anbot, die Entscheidung, in welche Maßnahme genau er vermittelt werden wollte, nicht an dem Tag des Erstgespräches treffen zu müssen.

Klient_innen reagierten mit Misstrauen, wenn sie den Eindruck gewannen, dass sie sich über ihr Anliegen mit ihrer Problemkonstruktion nicht verständlich machen konnten oder dieses den expliziten Strukturen und impliziten Regeln des Feldes untergeordnet wurde.

Wurden die Interaktionen der Fachkraft vom Klienten als Versuch interpretiert, sein Anliegen vorgegebenen Strukturen des Feldes oder der Organisation unterzuordnen oder gelang eine Verständigung darüber aus seiner Sicht nicht in ausreichendem Maße, konnte eine Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ eher in Richtung Misstrauen gesehen werden. Dies zeigt sich im Material besonders an einer Situation aus dem Fall Burgdorf-Veit. Hier konnte eine Entwicklung bei Herrn Veit in Richtung Misstrauen ausgemacht werden, als Frau Burgdorf ihre Ankündigung aus dem Gesprächsanfang, hier einen offenen Raum für Reflexion ohne irgendwelche Verpflichtungen zu bieten, nicht umsetzte und sie ihn stattdessen für eine ambulante Therapie verpflichten wollte. Bei Herrn Uhlenbrock zeigte sich eine Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Misstrauen, als Frau Burgdorf zunächst nicht auf sein Anliegen, eine stationäre Rehabilitation machen zu wollen, mit dem Hinweis einging, dass die von ihm explizierten Umstände doch eher für eine ambulante Maßnahme sprächen. Bei Herrn Quante konnte diese

Entwicklung gesehen werden, als ihm deutlich wurde, dass Frau Dorenkamp plante, ihn in die Abstinenzgruppe der Organisation zu integrieren, obwohl sie vorher angedeutet hatte, ihn persönlich unterstützen zu wollen. Bei Herrn Timmermann stellte sich diese Frage nicht in dieser direkten Weise, da er bereits eigene Pläne für eine weiterführende Maßnahme entwickelt hatte. Auch bei Herrn Leopold konnte dies nicht beobachtet werden, weil Frau Finke zu keinem Zeitpunkt eine Unterordnung seines Anliegens anvisierte.

Fachkräfte reagierten mit Vertrauen bei einer erkenn- oder entwickelbaren Konvergenz des Anliegens in Bezug auf das Feld suchtbezogener Hilfen.

Eine Entwicklung der Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen bei der Fachkraft vollzog sich eher, wenn die Explikation des Anliegens der Klienten aus Sicht der Fachkräfte zumindest im Grundsatz den Strukturen des Feldes entsprach. Diese Form der Explikation des Anliegens, die sich zumindest zunächst an den Angeboten des Feldes suchtbezogener Hilfen (Rehabilitation, MPU-Vorbereitung, Traumatherapie) orientiert, konnte in fast allen Fällen gesehen werden. Eine Ausnahme bildet hier der Fall Cieslik-Timmermann. Dieser bot sich als Kontrastfall an, da hier eine solche Orientierung nicht bereits vom Klienten mitgebracht⁹⁴ wurde. Die Fachkraft Herr Cieslik ratifizierte zunächst konsequent die verbalisierten Konstruktionen von Herrn Timmermann. Hier war eine, sich vertiefende Entwicklung der Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen zu beobachten. Erst im letzten Drittel des Gesprächs sprach Herr Timmermann über ein mögliches Anliegen in Bezug auf die Struktur des Feldes. Die Rekonstruktion ergab, dass er eine medizinische Rehabilitation mit dem Schwerpunkt der Rheumabehandlung dazu nutzen wollte, seinen Alkohol- und Zigarettenkonsum zu reduzieren, obwohl substanzbezogene Implikationen der Bewilligung der Kostenübernahme einer solchen Maßnahme entgegenstehen. Dennoch berichtete Herr Timmermann, dass seinem Antrag nach zweimaligem Widerspruch stattgegeben wurde. Als Herr Timmermann diese Konstruktion präsentierte, die explizit

⁹⁴ Wie genau diese Vorkonstruktion bei den Klienten entstanden ist und welche Akteure und Umstände dies möglicherweise mit beeinflusst haben, konnte im Rahmen dieses Forschungsprojektes nicht rekonstruiert werden, könnte aber im Rahmen eines weiteren Forschungsprojektes möglicherweise mit einer, eher biografisch-rekonstruktiven Methodologie untersucht werden.

nicht den Struktursetzungen des Feldes entsprach und er auf der Realisierung dieser beharrte, deutete sich bei der Fachkraft Herrn Cieslik kurz eine Entwicklung der Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Misstrauen an. Daher wurde diese Reaktion als habituelle Reaktion oder eigene Unsicherheit der Fachkraft Herrn Cieslik in Bezug auf die, von ihm wahrgenommenen Implikationen des Feldes gedeutet. Dies bedeutet in der Umkehrung letztlich eine Bestätigung der Hypothese, dass eine Explikation einer, zum Feld passenden Konstruktion eine Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen bei Fachkräften auslöst. Vor diesem Hintergrund einer eher habituellen Anpassung an die Sichtweisen des Feldes und einer intuitiven Reaktion der Fachkraft auf Passungs- oder Nichtpassungsverhältnisse erklärt sich auch das schon angesprochene Scheitern einer Verständigung zwischen der Fachkraft Frau Burgdorf und Herrn Veit. Am Anfang präsentierte Herr Veit sein Anliegen als Wunsch nach sog. „Langzeittherapie“ (stationäre Rehabilitation Sucht). Dies passte gut in den, vom Feld vorgesehenen Strukturrahmen. Nach einer routinierten Eröffnung eines offenen Möglichkeitsraums (Gespräche ohne weitere Verpflichtungen) durch Frau Burgdorf, so konnte rekonstruiert werden, modifizierte Herr Veit nach einer Phase der Selbstreflexion sein Anliegen und passte es dem, von ihr dargestellten Möglichkeitsraum an, ohne dies jedoch zunächst offensiv zu kommunizieren. Die Modifikation dieses Anliegens wurde über die, in Bezug auf die Strukturen des Feldes eher unspezifische Aussagen und einer eher ablehnenden Haltung gegenüber den Vorschlägen von Frau Burgdorf rekonstruiert⁹⁵. Diese Reaktionen von Herrn Veit wurden aber von Frau Burgdorf nicht als grundlegende Modifikation des anfänglichen Anliegens unabhängig von den Möglichkeiten des Feldes gedeutet. Die Rekonstruktion ergab, dass sie die Reaktionen von Herrn Veit lediglich teilweise als Modifikation auf ein, aus ihrer Sicht in Bezug auf die Struktur des Feldes realisierbares Anliegen (ambulante Rehabilitation anstatt stationärer Rehabilitation bzw. „Langzeittherapie“) deutete. Dies wurde in Bezug auf Frau Burgdorf ebenfalls als habituelle, mindestens aber als nicht reflektierte Anpassung an die Struktur des Feldes interpretiert, da sie Herrn Veits modifizierte Aussagen über sein Anliegen, einfach „nur“ weitere Gespräche

⁹⁵ Die entsprechende Stelle im Erstgespräch lautet: *„Also ich (.) Ich weiß, dass ich diese Klinik so nich. Also ich ich ähm, ich brauch so ne Klinik nich, [...] / Also ich, ich möchte auch Hilfe haben. [...] da gibt's ja so Gruppen, [...], wo man erst mal drüber, über seine Probleme reden kann. //mhm// Und das ist das, was ich eigentlich (.) so brauche. Oder gerne hätte.“* (#00:10:07–0#)

führen zu wollen, zunächst erst einmal ohne Idee über eine strukturelle Anbindung, schlicht „überhörte“. Auch auf weitere Versuche von Herrn Veit, sich darüber im Gespräch verständigen zu wollen, ging sie nicht ein, hatte aber gleichzeitig das Gefühl, wie aus dem Nachinterview rekonstruiert werden konnte, Herrn Veit in Bezug auf seine geäußerte Skepsis mit der Modifikation auf „ambulante Rehabilitation“ entgegen zu kommen. Dadurch kam es zu einer unterschiedlichen Bewertung der „Arbeitsbeziehung“. Frau Burgdorf entwickelte eine Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen, weil sie von einem teilweise modifizierten Anliegen „ambulante Rehabilitation Sucht“ ausging. Herr Veit entwickelte eine Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Misstrauen, weil er mit seinem Anliegen „einfach erst mal nur über sein Problem sprechen“ zu wollen, in seiner rekonstruierten Perspektive, nicht gehört wurde. Eine andere Variante der Kategorie der Orientierung am Anliegen des Klienten im Verhältnis zu den Nahelegungen des Feldes und einer Entwicklung der Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Misstrauen zeigt sich im Fall Dorenkamp-Quante. Hier versuchte Frau Dorenkamp, Herrn Quante den Besuch der hauseigenen Abstinenzgruppe zu verordnen und einen Teil seines Anliegens (Aufrechterhaltung der Abstinenz) so umzudeuten, dass es in die Möglichkeiten ihrer Organisation passte. Damit bediente sie aber einen anderen Teil des Anliegens von Herrn Quante (Hilfe bei der Vorbereitung auf die MPU) nicht, denn sie delegierte diesen an ihren Kollegen, von dem Herr Quante klar geäußert hatte, dass er zu ihm hinsichtlich der Realisierung seines Anliegens in einem früheren Gespräch kein Vertrauen hatte aufbauen können. Die Weiterleitung, so wurde rekonstruiert, begründete sich zum einen mit der organisationsintern geregelten Zuständigkeit und zum anderen mit einer Überlastung von Frau Dorenkamp aufgrund von Aufgabenhäufung.

Die Anliegenorientierung der Fachkräfte bewegt sich in einem Kontinuum zwischen Realisierung der Konstruktion der Klient_innen und Anpassung dieser an die Strukturen und Regeln des Feldes suchtbezogener Hilfen.

Zusammenfassend zeigt sich die Kategorie der „Anliegenorientierung“ auf der Ebene der Fachkraft in allen Fällen eher als ein Kontinuum, bei dem die „Orientierung an der Realisierung des Klientenansiegens“ und die „Orientierung an den Implikationen und Möglichkeiten des Feldes“ die jeweiligen Pole darstellen. Auf der Ebene der Konstruktion des Anliegens durch die Klienten waren diese Pole ein, prinzipiell von der

Fachkraft als eher „realisierbar eingeschätztes Anliegen“ oder ein diesbezüglich eher „flexibler Klient“ und auf der anderen Seite ein, eher als „nicht realisierbar eingeschätztes Anliegen“ oder ein in Bezug auf das Anliegen „weniger flexibler Klient“.

Das Erkenntnisinteresse der Fachkräfte steht im Zusammenhang mit der Orientierung der Fachkräfte im Kontinuum der „Anliegenorientierung“.

Als weitere Kategorie zur Entwicklung einer „Arbeitsbeziehung“ kann das Erkenntnisinteresse der Fachkräfte beschrieben werden, welches im Zusammenhang mit der jeweiligen „Anliegenorientierung“ steht. Ging die „Anliegenorientierung“ der Fachkraft eher in Richtung der Realisierung des Anliegens der Klient_innen, konnte ein, eher an den subjektiven Konstruktionen und Motiven des Klienten als an der Klärung objektiver Gegebenheiten in Bezug auf die explizite Struktur des Feldes orientiertes Erkenntnisinteresse beobachtet werden. Diese Grundstruktur des Handelns der Fachkräfte wurde in allen Fällen sichtbar. Hier konnte am Material gezeigt werden, dass ein innerliches Mitgehen und Dabei-sein, wie dies von Remsperger mit dem Konzept der „sensitiven Responsivität“ (2013, S. 15) beschrieben werden konnte⁹⁶, dazu führte, dass die Klient_innen von sich aus, ohne weitere steuernde Nachfragen durch die Fachkraft, immer weitere Details im Sinne eines „Erzählstroms“ (Schütze 1984a, S. 79) berichteten und über die damit verbundenen „Erzählschwänge“ (Kallmeyer; Schütze 1977, S. 187 ff.) immer tiefere (soweit dies im organisatorischen Rahmen eines Erstgesprächs möglich war) Zugänge zu ihren subjektlogischen Konstruktionen (Baumann 2009, S. 24) und damit letztlich zu ihrem Anliegen und den dahinter liegenden Motiven darboten.

Ein, von den Klient_innen als authentisch erlebtes Interesse an ihrem Anliegen und ihren Konstruktionen und das Bemühen um eine diesbezügliche Verständigung führte zu einer Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen.

Die Auswertung des Materials legt nahe, dass eine Interpretation dieses Verhaltens der Fachkraft von den Klienten als authentisches primäres Interesse an ihren Anliegen und deren Konstruktionen in Richtung

⁹⁶ Dieses Konzept wurde induktiv bei der Arbeit mit dem Material „gefunden“ und nicht als „sensibilisierendes Konzept“ bereits an das Material herangetragen.

„verstehen“ oder „realisieren *wollen*“ von Bedeutung gewesen sein dürfte. Hierzu passt auch, dass für die Entwicklung einer Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen offenbar nicht entscheidend war, wie viel Raum ein Klient für die Darstellung seiner Konstruktionen in Bezug auf sein Anliegen erhielt. Entscheidend war dagegen, dass die Äußerungen nicht abgewertet oder sanktioniert wurden. Dies wurde von Herrn Timmermann im Nachinterview als vertrauensfördernd und als Unterschied zu der ihm bekannten ärztlichen Praxis benannt, obwohl er auch wahrnahm, dass Herr Cieslik spezifische Frage-techniken einsetzte, die auch eine Einladung an ihn zur Selbstreflexion enthielten. Eine, in allen Fällen grundsätzlich zu beobachtende Fähigkeit der Fachkraft, klientspezifische Kommunikationsmuster „zu lesen“ und sich intuitiv angemessen darauf einzustellen, wurde so gedeutet, dass dies den Fachkräften offenbar auf der Basis ihres „impliziten Beziehungswissens“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 62 f.) (vgl. auch Kap. 4.3) gelingen konnte. Es wird davon ausgegangen, dass sich dieses im beruflichen Kontext möglicherweise auch reflexiv mit Hilfe von Fallbesprechungen, Fortbildungen und / oder Supervision herausgebildet hat, da alle Fachkräfte neben dem Studium der Sozialen Arbeit mehrjährige Weiterbildungen mit teilweise psychotherapeutischen Inhalten absolviert hatten und über mehrjährige Berufserfahrung im Feld verfügten. Allerdings liegt hier ein Desiderat der hier vorgelegten Untersuchung, da die Herkunft des impliziten Beziehungswissens nicht eindeutig durch das Material und die verwandten Methoden rekonstruiert werden konnte. Darüber hinaus war als Variation des Ausdrucks von implizitem Beziehungswissen zu beobachten, dass manche Fachkräfte ein spezifisches Klientenverhalten offenbar ihrer Erfahrung entsprechend implizit codierten. So sprach Herr Cieslik z. B. von einem „ängstlichen Klienten“ und Frau Burgdorf von einem „jungen Hüpfen“ und einem „Spieler“. Eine Variation der Kategorie „Anliegenorientierung“ und des darauf bezogenen „Erkenntnisinteresses“ konnte im Fall Finke-Leipold gesehen werden, bei dem die verbale Klärung wenig Raum einnahm. Stattdessen verbrachte Frau Finke ca. die Hälfte des ‚Gesprächs‘ damit, nach Prospekten zu suchen und in der Sache zu telefonieren oder im Internet zu recherchieren. Dieser scheinbare Aktionismus von Frau Finke trug jedoch trotzdem dazu bei, die Verständigung über das Anliegen zu vertiefen. Herr Leipold schien auf der Basis der, von ihm im Feld gemachten Erfahrungen den Eindruck zu haben, dass er sich nur schwer verbal verständlich machen kann und hatte deshalb, so wurde rekonstruiert, „zur Verstärkung“ bereits seine Mutter mitgebracht. Die insofern nonverbale Verständigung über das Anliegen

zwischen Frau Finke und Herrn Leipold durch das Recherchieren und die telefonische Klärungen im Beisein von Herrn Leipold geschah insofern, als dass die Ergebnisse und ihre Implikationen für sein Anliegen von ihr sofort ad hoc wieder zurückgekoppelt wurde. Auf diese Weise war er an der Informationsbeschaffung beteiligt, sodass in Auseinandersetzung mit dieser auch zwischen ihm und seiner Mutter ein vertieftes Verständnis über die Möglichkeiten und Implikationen des Feldes gemeinsam erarbeitet werden konnte. Dies hatte er als Anliegen formuliert.

Ein Erkenntnisinteresse mit dem vermuteten Ziel einer einordnenden Objektivierung in Bezug auf das Feld suchtbezogener Hilfen führte zu misstrauischem Verhalten.

Eine Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ eher in Richtung Misstrauen wurde dann beobachtet, wenn das Erkenntnisinteresse der Fachkräfte eher dahin ging, die Adherence in Bezug auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer sog. „weiterführenden Maßnahme“ zu prüfen. Eine solche Entwicklung war vor allem dann der Fall, wenn die diesbezüglichen Nachfragen nicht transparent waren oder nicht in den Zusammenhang passten. Im Fall Burgdorf-Veit fragte Frau Burgdorf z. B. im Anschluss an eine Erzählung von Herrn Veit über seinen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, wie alt er denn sei. Dies begründete sie damit, dass sie diese Frage „mal zwischendurch“ stellen „müsse“. Dies wurde von Herrn Veit in diesem Fall wahrscheinlich als primär feld- und nicht klientenbezogene Sichtweise gedeutet, denn danach war ein kommunikativer Rückzug zu beobachten, der als Zeichen einer Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Misstrauen gedeutet wurde. Ein weiteres Beispiel für eine feldbezogene Umdeutung einer Erzählung findet sich im Fall Dorenkamp-Quante, als Frau Dorenkamp die Erzählungen von Herrn Quante dazu benutzt, um ihn zu überzeugen, an einem Gruppenangebot teilzunehmen. Hierfür simulierte sie eine Prüfungssituation der MPU, ohne dies vorher anzukündigen und konfrontierte ihn dann damit, dass dort erwartet würde, dass er sich als „süchtig“ bekennt („Da wären sie jetzt durchgefallen“). Ein weiteres Beispiel stellt die Situation dar, in der Herr Cieslik die Lösungsversuche von Herrn Timmermann implizit abwertete, indem er sie als „das ist erst der Anfang“ klassifizierte. Im Fall Uhlenbrock –Burgdorf zeigte sich eine Variante einer feldbezogenen Umdeutung, als Herr Uhlenbrock dramatisierend von seinem Erleben des Rückfalls berichtete, so wurde am Material rekonstruiert, Frau Burgdorf dies als strategische

Erzählung deutete, um eine stationäre Rehabilitation zu erhalten, und die Erzählung nicht empathisch, sondern eher abwehrend kommentierte („jo“). Dies wurde so gedeutet, dass Herr Uhlenbrock dies eher als Konfrontation auffasste, denn danach war ein verbaler Rückzug zu beobachten.

Eine, von den Fachkräften als authentisch und selbstreflexiv bewertete verbale Kommunikation („sich öffnen“) der Klient_innen, führt im Wechselverhältnis mit einer, sich vertiefenden Verständigung zu einem „Vorangehen“.

Für die Ebene der Klient_inneninteraktion kann die übergeordnete Kategorie als „Art und Weise der verbalen Kommunikation“ benannt werden. Hier ging die Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ durch die Fachkräfte eher in Richtung Vertrauen, wenn Klienten authentische Erzählungen oder Selbstreflexionen zeigten. Eine zentrale, in diesem Kontext von allen Fachkräften und auch von den Klient_innen verwendete Bezeichnung hierfür war das „sich Öffnen“. Die Auswertung des Materials legt die Interpretation nahe, dass auf der Basis dieser Erzählungen oder Reflexionen die Konstruktionen der Klienten von den Fachkräften entschlüsselt und dann auch antizipiert werden konnten. Dies galt auch dann, wenn, wie im Fall Dorenkamp-Quante oder Finke-Leipold, die Klienten Mühe hatten, diese zu verbalisieren, weil sie darin nicht so geübt schienen, wie z.B. Herr Uhlenbrock oder Herr Timmermann. Es wird davon ausgegangen, dass die Verbalisierung dieser Antizipationen (auch in Form von besonders modulierten Hörersignalen an den „richtigen“ Stellen) seitens der Fachkräfte von Klient_innen als „Verstehen“ gedeutet wurde, wenn sie als angemessen empfunden wurden. Dies zeigte sich in dem, an die jeweilige Situation anschließenden, verbal kommunikativen Verhalten und evozierte weitere, vertiefende Erzählungen und Reflexionen, was wiederum zu einem vertieften Verständnis bei den Fachkräften führte usw. Insofern handelt es sich hier um einen, sich wechselseitig verstärkenden Prozess, der von Stern auch als „Vorangehen“ (2014, S. 157) bezeichnet wurde.

Als manipulierend wahrgenommene verbale Kommunikation der Klient_innen löste bei den Fachkräften eine Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Misstrauen aus.

Es zeigte sich im Material, dass für die Fachkräfte eher eine Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Misstrauen oder ein Impuls in

diese Richtung ausgelöst wurde, wenn Gesprächsinhalte als in Bezug auf ein spezifisches Ziel strategisch oder manipulierend wahrgenommen wurden. Dies konnte insbesondere dann rekonstruiert werden, wenn ein Klient bestimmte Ziele in Bezug auf das Feld suchtbezogener Hilfen für sich erreichen wollte, wie sich dies zum Beispiel im Fall Burgdorf-Uhlenbrock zeigte. Hier war es für Herrn Uhlenbrock sehr entscheidend, Frau Burgdorf davon zu überzeugen, eine stationäre anstatt einer zunächst näherliegend erscheinenden, ambulanten Rehabilitation zu beantragen. In den Fällen Burgdorf-Veit und Dorenkamp-Quante zeigte sich dies in einer aufgesetzt wirkenden Unterwürfigkeit der Klienten. Im Fall Finke-Leipold wurde dieses in einer kurzen Irritation von Frau Finke über die gezeigte Unwissenheit von Herrn Leipold und seiner Mutter in Bezug auf die Verfahrensweisen einer Kostenbeantragung sichtbar, die vorlag, obwohl Herr Leipold am Tag zuvor aus der Entgiftung entlassen wurde, in der dieses Verfahren unter seiner Mitwirkung, wie er berichtete, eingeleitet worden war. Im Fall Cieslik-Timmermann zeigte sich dieses Misstrauen, wie schon erwähnt, an der Stelle, an der Herr Timmermann seine Konstruktion einer Lösung für sein Anliegen präsentierte, die explizit nicht den Regeln des Feldes entsprach. In allen Fällen konnte gesehen werden, dass Fachkräfte sich darum bemühten, authentische Erzählungen und / oder Reflexionen zu evozieren und diese von strategischen Erzählungen zu unterscheiden. Dies wird auch im Zusammenhang mit der Konstruktion von Sucht als Krankheit und der Felddynamik noch weiter zu thematisieren sein.

Ein konsequent empathisches, zugewandtes und inhaltlich als kompetent erlebtes Verhalten der Fachkräfte führte bei den Klient_innen zu einer Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ in Richtung Vertrauen.

Auch das Verhalten und Agieren der Interaktionspartner_innen außerhalb verbal kommunizierter Inhalte trug zu der Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ bei. Hier konnte im Material bei den Klienten eine Entwicklung der Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ eher in Richtung Vertrauen gesehen werden, wenn sie das Verhalten der Fachkraft als authentisch zugewandt und empathisch erlebten. Dies zeigt sich im Fall Dorenkamp-Quante zum Beispiel daran, dass Frau Dorenkamp direkt am Anfang implizit die Egalität beider Interaktionspartner betonte, als sie in Bezug auf die Aufzeichnung des Gesprächs bemerkte, „jetzt zeichnet es auf, was wir beide sagen“ und als sie die sprudelnde Erzählung von Herrn Quante nicht zurückwies, obwohl er damit nicht auf ihren Impuls „jetzt erst mal Personalien aufnehmen zu wollen“ reagierte.

Eine andere Variante zeigt sich im „Bestehen“ von Beziehungstests, bei denen es darum zu gehen schien, neu oder different erlebtes Verhalten auf seine Stabilität hin zu überprüfen. Dies wurde so gedeutet, dass dies, neben den schon beschriebenen Situationen, in denen eine kairos-artige Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess angemessen aufgegriffen wurde, wichtige Stationen im Übergang von einer auf Reproduktion von implizitem Beziehungswissen basierenden „Arbeitsbeziehung“ hin zu einer partikularen „Arbeitsbeziehung“ waren. Diesen Situationen sah sich Frau Burgdorf mit beiden Klienten ausgesetzt. Während davon ausgegangen wurde, dass Herr Uhlenbrock einen Beziehungstest bewusst inszenierte, indem er plötzlich sozialrechtliche Details im Sinne einer Kompetenzüberprüfung abfragte, wurde dies bei Herrn Veit als habituelle Überprüfung dahingehend gedeutet, ob es sich beim Gegenüber um einen „Freund“ oder „Feind“ handelt. In den Fällen Cieslik-Timmermann und Finke-Leipold zeigte sich die Zugewandtheit und Empathie jenseits inhaltlicher Verbalisierung darin, dass sie Unsicherheiten der Klienten „erspürten“ und darauf mit inhaltlicher Struktursetzung reagierten, wie am Material rekonstruiert wurde. Varianten zeigten sich im Fall Dorenkamp-Quante. Hier bemühte sich Frau Dorenkamp auf der einen Seite darum, habituell oder als bewusste Einstellung auf den Klienten, „seine Sprache“ zu sprechen. Auf der anderen Seite evozierte sie, auch das schien als Zugewandtheit oder als Machtinszenierung gedeutet zu werden, Unsicherheit („ich gucke so entsetzt“), um dann durch Zusicherung ihrer persönlichen Unterstützung in Bezug auf das Anliegen von Herrn Quante wieder Sicherheit zu inszenieren („wenn wir uns jetzt einen Plan machen“). Auch hierauf reagiert Herr Quante auf der Kommunikationsebene mit Zeichen von Vertrauen, welche aber auch als habituelle Unterordnung unter die Inszenierung von Macht gedeutet werden könnten. Eine Reaktion im Kontext von vertrauensvoller Kommunikation erscheint dann möglich, wenn die Machtinszenierung Teil der alltäglichen Erfahrung und somit des impliziten Beziehungswissens des / der Klient_in ist und es vertraut erscheint, sich dem unterzuordnen und die Verantwortung für das Geschehen damit jemand anderem zu überlassen. Das Gegenbeispiel für diese Deutung findet sich im Fall Timmermann-Cieslik, da Herr Timmermann hier mit einem, als missverständlich gedeuteten Verhalten reagierte, als Herr Cieslik versuchte seine Deutungsmacht zu inszenieren. Dies dürfte auch seiner alltäglichen Erfahrung und damit seinem impliziten Beziehungswissen entsprechen haben, da er als geschäftsführender Manager eines Großkonzerns tätig war. In den anderen Fällen konnte dies nicht in dieser Weise

rekonstruiert werden, es konnten aber auch keine Hinweise gefunden werden, die dieser Deutung im Wege stehen. Um dieses Thema weiter vertiefen und ausdifferenzieren zu können, bräuchte es aber eine breitere Datenbasis, die diesen Teil, im Rahmen des theoretical samplings, weiter fokussieren würde.

Die erlebte Kooperation von Klient_innen in Bezug auf Strukturvorgaben seitens der Beratungsstelle führte zu einer Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ durch die Fachkräfte in Richtung Vertrauen, wenn diese als authentisch und nicht als strategisch manipulierend wahrgenommen wurde.

Eine Entwicklung der Bewertung der „Arbeitsbeziehung“ eher in Richtung Vertrauen bei den Fachkräften konnte gesehen werden, wenn die Klient_innen in Bezug auf die Strukturvorgaben der Beratungsstelle kooperierten und sich z. B. an den, für das Erstgespräch vereinbarten Termin hielten oder, wenn es sich nicht um eine sog. „offene Sprechstunde“ handelte, bereit waren, „einen neuen Termin“ zu machen oder notwendige Papiere mitzubringen. Eine Entwicklung der „Arbeitsbeziehung“ eher in Richtung Misstrauen konnte bei den Fachkräften beobachtet werden, wenn Klienten ein habituell-subordinatives Verhalten zeigten. Dieses war vor allem in den Fällen Burgdorf-Uhlenbrock, Burgdorf-Weit und auch Dorenkamp-Quante zu sehen und wurde als strategisches Verhalten von den Fachkräften gedeutet. Strategisches Verhalten aber hat in Bezug auf die den Fachkräften zugeschriebene und in allen Fällen sichtbare Gatekeeperrolle eine spezifische Bedeutung, die im nachfolgenden Kapitel näher expliziert werden soll.

Eine Arbeitsbeziehung beginnt in dem Moment, in dem das Anliegen der Klient_innen thematisch wird. Sie entwickelt und stabilisiert sich in Richtung Vertrauen oder Misstrauen an der Verständigung über das Anliegen sowie an der Zuversicht auf Realisierung auch im Verhältnis zum Feld suchtbezogener Hilfen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Entwicklung der zunächst unspezifischen Beziehung zentral von der gelingenden oder nicht gelingenden Verständigung über das thematische Anliegen der Klienten und dem erlebten Umgang damit in der aktuellen Situation abhängt. Aus diesem Grund ist es geboten, ab dem Moment, in dem das Anliegen der Klienten thematisch wird von einer Arbeitsbeziehung zu

sprechen, die zunächst instabil mit der Verständigung über das Anliegen beginnt, sich dann aber im weiteren Verlauf und in Abhängigkeit von der wechselseitigen Auseinandersetzung in Richtung einer subjektiven Bewertung in Richtung Vertrauen oder in Richtung Misstrauen entwickelt und stabilisiert. Damit kann der Begriff einer „Arbeitsbeziehung“ auf der Basis empirischer Daten nun inhaltlich klarer gefasst und von der Beziehung, die im Moment des ersten Wahrnehmens der anderen Person beginnt, abgegrenzt werden. Gleichwohl zeigen die Fälle auch, dass die Begriffe der „Beziehung“ und der „Arbeitsbeziehung“ sich zwar unterscheiden lassen, sich aber nicht unabhängig voneinander entwickeln, da der Arbeitsbeziehung, wenn auch nur kurz, immer der Beginn einer thematisch unspezifischen Beziehung voraus ging.

8.2 Einflüsse der Felddynamik auf die Entwicklung einer Arbeitsbeziehung

Wie schon in der Betrachtung der dyadischen Beziehungsentwicklung deutlich wurde, konnte in allen Fällen ein Bezug zum Feld suchtbezogener Hilfen hergestellt werden, dessen Gegebenheiten auf die dyadische Entstehung und Entwicklung Einfluss nahm. Dieser Einfluss, so konnte rekonstruiert werden, ergab sich zunächst daraus, dass die überwiegende Anzahl der präsentierten Anliegen direkt und die anderen indirekt mit dem Feld und dessen Implikationen in Zusammenhang standen. Nach Auswertung des Materials kann der Einfluss des Feldes auf die Dyade Fachkraft-Klient in die Kategorien „Einstellung, explizite Struktur und implizite Regeln des Feldes suchtbezogener Hilfen“ differenziert werden. Diese entwickelten über die darauf bezogenen Interaktionen der Akteure eine Dynamik, die jeweils sowohl Anteile hatte, die die Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen, aber auch in Richtung Misstrauen beeinflussen konnten.

Die Etikettierung von Sucht als Krankheit führte zu einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen, wenn die Möglichkeiten zur Hilfe im medizinischen System grundsätzlich als hilfreich eingeschätzt oder schon als solches erlebt wurden.

Inhaltlich bezog sich der Einfluss in der Kategorie „Einstellung des Feldes suchtbezogener Hilfen“ auf die, in der Suchthilfe überwiegend vorherrschende „Etikettierung der Sucht als Krankheit“ (vgl. Kap. 3.1). Es wird davon ausgegangen, dass diese Etikettierung insofern zu einer Entwicklung der Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen im Sinne eines Vertrauensvorschlusses beitrug, als dass die Möglichkeiten zur Hilfe im Rahmen einer Krankheitsbehandlung, zum Beispiel durch Rehabilitation Sucht („sog. Therapie“), von den Klient_innen als grundsätzlich hilfreich eingeschätzt wurden. Dies galt insbesondere dann, wenn sie bereits die Erfahrung gemacht hatten, dass diese Art der Hilfe sie bei der Bewältigung ihrer jeweils individuellen Marginalisierungsbedrohung gut unterstützt hatte. Diese Einschätzung begründet sich an den Fällen Burgdorf-Uhlenbrock und Finke-Leipold, die jeweils zum zweiten Mal Hilfe im System suchtbezogener Hilfen suchten. Es kann auch vermutet werden, dass dem Gesundheitssystem als Ganzem ein Vertrauensvorschuss entgegengebracht wird, da dieses in allen Fällen, außer bei Herrn Uhlenbrock und Herrn Quante, die erste

Anlaufstelle für die Suche nach Hilfe war und erst ausgehend von dieser in einem zweiten Schritt auf die Suchtberatungsstellen verwiesen wurde.

Die Etikettierung von Sucht als Krankheit führte zu einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen, wenn die authentische Entscheidung für eine lebenslange Abstinenz als Voraussetzung für Hilfe thematisch wurde bzw. in diesem Kontext eine Doppelbödigkeit des Systems wahrgenommen wurde.

Es wird davon ausgegangen, dass die Etikettierung von Sucht als Krankheit jedoch insofern auch zu einer Entwicklung von Misstrauen beitrug, als dass sie grundsätzlich eine authentische Entscheidung für eine lebenslange Abstinenz von allen Suchtmitteln impliziert, um die „chronische Krankheit“ in dieser Perspektive zumindest „symptomfrei“ stellen zu können (vgl. Kap. 3.1.1). Dies wurde von den Klienten als Einschränkung der Autonomie antizipiert. Deutlich wurde dieser Aspekt insbesondere im Fall Finke–Leipold. Hier wurde in einer früheren Suchtbehandlung diese Implikation in Form von Adherence vorausgesetzt, offenbar ohne diese in Bezug auf die Bedeutung für sein Leben im Vorfeld mit dem Klienten explizit zu thematisieren. Dies war ein Grund, warum Herr Leipold diese Behandlung, wie er sagte, abbrach. Er wollte zwar auf das, bis dahin von ihm benutzte Suchtmittel verzichten, nicht aber darauf Alkohol zu konsumieren. Dies wurde ihm von anderen Patienten innerhalb der Therapiesitzung zum Vorwurf gemacht, außerhalb der Therapiesitzung teilten sie seine Meinung. Dieses thematisierte er dann im Erstgespräch mit Frau Finke und zeigte hier im Unterschied zum restlichen Gespräch sichtbare Affekte. Frau Finke löste dann die Situation durch eine relativierende Umdeutung⁹⁷ auf und entlastete ihn damit. Dies führte zu einem angemessenen Aufgreifen einer kairosartigen Konstellation in Bezug auf eine wichtige Entwicklung im Beratungsprozess und wirkte sich vertrauensbildend auf die weitere Arbeitsbeziehung zu Frau Finke aus. Im Nachinterview kommentierte

⁹⁷ Die entsprechende Textstelle im Transkript des Erstgesprächs lautet: „Also während der Therapiezeit, also soweit ich weiß, sind alle Therapieeinrichtungen abstinenzorientiert. Also dass Sie in dieser Therapiezeit, egal wie lange die jetzt dauert, ob das jetzt drei Wochen sind oder drei Monate oder so, dass Sie da auch völlig abstinente leben[...]. Was Sie¹ hinterher machen (.), sag ich jetzt mal ganz salopp, das ist ihre Angelegenheit.“ (00:06:30–5#)

Frau Finke diese Situation damit, dass ihr eine solche Situation in Therapieeinrichtungen nicht unbekannt sei.⁹⁸ Dies deutet darauf hin, dass zwar ein authentisches Bekenntnis zur Abstinenz erwartet wird, dies aber nicht immer von den Patienten gegeben wird und es somit innerhalb der Therapie zu doppelbödigen Situationen kommt, die Herrn Leipold so irritierten, dass er darauf noch im untersuchten Erstgespräch mit Affekten reagierte. Dass Frau Finke auf diese, für ihn wichtige Situation mit einer Umdeutung reagierte, führt für ihn zu der schon angesprochenen Differenzverfahrung und zu einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen.

Ein erwartetes Bekenntnis als Implikation der Etikettierung von Sucht als Krankheit (Krankheitseinsicht) und die schematischen Vorgaben des Feldes für die Bewilligung von Hilfen führen strukturell eher zu einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen.

Im Fall Quante zeigte sich eine Bewertung der Arbeitsbeziehung eher in Richtung Misstrauen, als Frau Dorenkamp ihm nahelegte, sich als süchtig zu bekennen, um die MPU-Prüfung zu bestehen. Im Fall von Herrn Veit zeigte sich diese als er die, von der Suchtambulanz und Frau Burgdorf nahegelegte Rehabilitationsmaßnahme für sich nicht als passend empfand. Die hier beschriebene Dynamik im Umgang mit dieser Implikation wurde in den beschriebenen Varianten in allen Fällen sichtbar und machte aus Sicht des Feldes wohl vor allem die Klienten Herr Veit, Herr Quante, Herr Timmermann und Herr Leipold zu „schwierigen“ Klienten, weil sie der Erwartung eines Bekenntnisses in Richtung „ich bin süchtig“ oder „ich will dauerhaft abstinert von Suchtmitteln leben“ nicht so einfach entsprechen mochten. Bei Herrn Uhlenbrock konnte eine Variante dieser Antizipation beobachtet werden, da er das Erklärungsmodell eines sog. „Rückfalls“ im Zusammenhang mit einer „chronischen Krankheit“ für sich übernommen zu haben schien und auch von Frau Burgdorf in dieser Sichtweise verstärkt wurde. Für ihn war in diesem Zusammenhang die Frage virulent, wie und warum es zu diesem „Rückfall“ kommen konnte. Aus diesem Grunde kam für ihn nur eine stationäre und keine ambulante Behandlung in Frage, da er

⁹⁸ Die entsprechende Textstelle lautet: *„Er hat eben jetzt nicht da eben diplomatisch, strategisch, taktisch, klug oder einfach so geschauspielert. [...] Das ist oft auch eben passiert und das höre ich ja auch immer wieder von Leuten, die in Therapieeinrichtungen waren oder sind, dass viele da eben auch wirklich die Zeit nur absitzen. ↳Das weiß man auch.“* (Nachinterview Frau Finke zum Gespräch mit Herrn Leipold #00:17:26–2#)

und auch seine Partnerin vermuteten, dass letztere offenbar nicht ausgereicht habe, um dauerhaft abstinenz zu leben⁹⁹. Misstrauen entstand und zeigte sich in dieser Perspektive als latenter Konflikt, weil Frau Burgdorf ihm zunächst, aufgrund der von ihm berichteten Daten, eine ambulante Hilfe vorschlug und die Konstruktion von Herrn Uhlenbrock und offenbar auch von seiner Partnerin erst zum Schluss des Gesprächs zur Sprache kam. Speziell an diesem Fall zeigt sich die Herausforderung für die Fachkräfte auf die Besonderheiten und Konstruktionen angemessen zu reagieren, um eine Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen evozieren zu können, gleichzeitig aber von den schematischen Vorgaben des Feldes suchtbezogener Hilfen darin beschnitten zu werden. Dies bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die, in dieser Phase fragile Entwicklung einer Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen in der Dyade Fachkraft und Klient_in durch schematische Vorgaben des Feldes, z. B. in Bezug auf die Bewilligung von Hilfen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a und Kap. 3.2.3), strukturell negativ beeinflusst wird. Diese Entwicklung kann durch fachliches Handeln neutralisiert werden, wenn die Fachkraft Spielräume nutzt oder schafft. Beispielfhaft kann dies bei Frau Burgdorf beobachtet werden, die Herrn Uhlenbrock Zeit für eine Entscheidung einräumt. Auch Frau Finke, die die Wahrnehmung der Doppelbödigkeit in einer stationären Therapieeinrichtung von Herrn Leipold relativierend umdeutet, nutzt solche Spielräume.

Das Angebot einer Krankenbehandlung und einer Rehabilitation Sucht als gesetzlicher Leistungsanspruch im Sinne einer naheliegen-

⁹⁹ Die entsprechende Textstelle lautet:

Herr Uhlenbrock: „Ja, das ist sicherlich so soso bisschen so wie beim Schnupfen ne? Dann geht man zu Arzt, dann kriegt man Medikament und dann isser weg. So isser natürlich hier nicht ne und des ist son bisschen auch so damals der Wunsch auch gewesen oder beziehungsweise die Erwartung gewesen, so nach dem Motto //mmhm//ok so jetzt macht er die Therapie //mmhm//und wenn er die dann gemacht hat dann wars das Thema //ja// einfach so Sachen“ (#00:43:07–8#)

Frau Burgdorf: „Na es ist eher wie ne Diabetis. Es ist eben kein Schnupfen. //mmhm// mit der Diabetis kann man wunderbar alt werden, wenn man sich an bestimmte Regeln hält //mmhm// und wenn nicht hat man n Problem //mmhm// und das ist bei ner Suchterkrankung genauso. //ja// wenn man sich an bestimmte Regeln hält gehts ziemlich gut (.)(.) aber das muss man sich klar machen.“ (#00:43:22–3#)

den strukturellen Lösung für die, dem Konsum von Suchtmitteln zugeschriebenen Problemen (Strukturvertrauen) führt zu einer Entwicklung in Richtung Vertrauen.

Auf der Ebene der Feldstruktur konnte fallübergreifend als Einfluss auf die Beziehungsentwicklung in der Dyade Fachkraft und Klient die Kategorie herausgearbeitet werden, dass ein „gesetzlicher Leistungsanspruch auf Krankenbehandlung und Rehabilitation besteht, die Leistungen für Suchtberatung aber freiwillig auf der Ebene der Länder und Kommunen finanziert sind“. Auch dieses Element hat zwei Seiten, die zu Vertrauen, aber auch zu Misstrauen führen könnten. Als zu einer Entwicklung der Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen beitragend konnte gesehen werden, dass die Leistungen der Suchtrehabilitation in allen Fällen, bis auf den von Herrn Timmermann, von den Klienten auch dezidiert als Anliegen im Sinne einer naheliegenden strukturellen Lösung für ihr Problem angefragt wurden. Herr Timmermann wollte zwar nicht die Rehabilitation Sucht als Lösungsweg nutzen, wohl aber eine andere Form der Rehabilitation.

Eine Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen entstand, wenn die Klient_innen in der Suchtberatungsstelle die Erfahrung machten, dass sie ihre Fragen ohne die Notwendigkeit einer objektivierenden Einordnung und bürokratischer Voraussetzungen im Sinne eines offenen Raums thematisieren konnten. Eine Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen entstand, wenn dieser offene Raum nicht gewährt wurde bzw. nicht gewährt werden konnte.

Eine Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen in Bezug auf die Arbeit der kommunal finanzierten und mit einem entsprechend weiteren Fokus ausgestatteten Beratungsstelle zeigte sich insbesondere dann, wenn die Klienten die Erfahrung machten, dass offene Fragen auch unabhängig von einer rehabilitativen Maßnahme oder dem direkten Bezug zum Suchtmittelkonsum thematisierbar waren und wenn deutlich wurde, dass eine „weiterführende Maßnahme“ im Sinne einer Rehabilitation eine Option und keine zwangsläufige Notwendigkeit darstellte.

Dies zeigt sich jedoch im Unterschied zu dem, was Fachkräfte im Alltag zu erleben scheinen, denn Frau Dorenkamp sagte im Interview in ihrer Funktion als Leitungskraft:

„[...] In der Beratungsstelle ist es doch so, ich stelle dem, wenn es einer ist, der Schwierigkeiten hat, bestelle ich den auch jede Woche. Wenn ich den reinkriege in mein Programm kommt der jede Woche. Dann kann der jede Woche eine dreiviertel Stunde mit mir reden. Das reicht aber manchen ja nicht. [...] Also muss der irgendwo enger gefasst werden. Aber enger heißt in dem Fall immer, er muss vorher Therapie gemacht haben, sonst kriegt er keinen Zugang. Sonst sagt das Sozialamt, nö.“ #00:38:36–3#

Dies aber bedeutet, dass zumindest die gefühlte Notwendigkeit, jemanden in die sog. Therapie vermitteln zu müssen, weil ihm sonst aus der Beratungsstelle heraus kein für seinen Bedarf angemessenes und refinanziertes Angebot gemacht werden kann, eine Konstruktion erzeugt, die eine Orientierung am tatsächlichen Bedarf der Klient_innen im Beratungsgespräch strukturell verhindern könnte. Dies begründet sich dadurch, dass die Gewährung von Leistungen zur Suchtberatung aus Sicht der kommunalen Leistungsträger freiwillig ist und je nach Kommune an bestimmte Bedingungen, z. B. der vorherigen Absolvierung einer suchththerapeutischen Maßnahme, geknüpft sein kann. Im Fall Quante-Dorenkamp führte dies dazu, dass Frau Dorenkamp dem Anliegen von Herrn Quante, Gesprächstermine bei ihr und nicht bei ihrem, eigentlich für sein Thema zuständigen Kollegen haben zu wollen, nicht nachkam und ihm stattdessen den Besuch einer Abstinenzgruppe verordnete. Dies wiederum führte dazu, dass die Arbeitsbeziehung sich in Richtung Misstrauen stabilisierte. Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede zu einer bundesweit gesetzlich normierten Leistung, wie der der suchththerapeutischen und einer freiwillig kommunal finanzierten Leistung in der hohen Diversität und regionalen Bezogenheit, der Ausstattung und der Angebote der einzelnen Beratungsstellen sowie der Tatsache, dass dieses jeweilige Angebot nur den Klienten bekannt war (Herrn Uhlenbrock und Herrn Quante¹⁰⁰), die dieses schon einmal im Vorfeld für sich genutzt und damit offenbar solche Erfahrungen gemacht hatten, die sie zu erneuter Inanspruchnahme den Angebotes veranlassten. Die anderen Klienten wurden von den primär angelaufenen Stellen zur Abarbeitung von Aufträgen (Herr Veit-Vermittlung, Herr

¹⁰⁰ Herr Quante war bei seinem ersten Kontakt mit der Beratungsstelle auch von außen an diese verwiesen worden. Er hatte dann kurz Kontakt mit Frau Dorenkamp, zu der er spontan Vertrauen entwickeln konnte, zu ihrem fachlich zuständigen Kollegen entwickelte er dieses aber nicht, weshalb er sich zunächst für ein kommerzielles Angebot zur MPU Vorbereitung entschieden hatte, mit dem er aber ebenfalls nicht zufrieden war. Daraufhin hat er dann gezielt erneut Frau Dorenkamp aufgesucht, die sich aber nicht an ihn erinnerte.

Timmermann–Motivation zur Vermittlung, Herr Leipold–Umschreibung einer Kostenzusage) in die Beratungsstellen geschickt.

Eine mangelnde Reflexion und damit verbundene Nicht–Thematisierung der, vom Feld zugeschriebenen Gatekeeperrolle führt zu Irritationen oder Missverständnissen. Eine prekäre Ausstattung der Beratungsstellen führt zu einer Verstärkung der Gatekeeperrolle.

Im Material zeigte sich, dass fallübergreifend die vom Feld der suchtbezogenen Hilfen nahegelegte Rolle der Suchtberatung als administrative Zuarbeiterin und Gatekeeperin zu den Leistungen, insbesondere zu den Leistungen der Rehabilitation Sucht, den Klienten nicht transparent war. Auch von den Fachkräften wurde diese, zumindest in den Erstgesprächen, nicht explizit im Sinne einer Information über die infrastrukturellen Gegebenheiten und ihre Implikationen thematisiert, obwohl rekonstruiert werden konnte, dass diese ihr Handeln implizit strukturierte. Die Gründe hierfür konnten nicht eindeutig rekonstruiert werden, es liegt aber die Vermutung nahe, dass dieser bedeutsame, weil auf die Klientenarbeit einflussnehmende Zusammenhang zumindest in den Fällen des Samples von den Fachkräften nicht ausreichend reflektiert und graduell auch unterschiedlich interpretiert wurde.

In allen zur Verfügung stehenden Fällen dieser Untersuchung wurde diese Rolle jedoch möglicherweise auch habituell oder routiniert in den verschiedenen Phasen des Gesprächs zumindest kurz übernommen, wie oben schon unter der Kategorie „Orientierung am Klientenanliegen“ thematisiert wurde. An diesen Stellen war immer eine Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen zu beobachten, die sich in der anschließenden Interaktion zeigte. Dies kann dahingehend gedeutet werden, dass dies mit einem Moduswechsel von „Verstehen“ zu „Überprüfen“ verbunden war. Die mangelnde, zumindest nicht explizite Reflexion der feldbezogenen Implikationen kann, so die Rekonstruktion, die Haltung der Fachkräfte beeinflussen und zu Handlungsproblemen, Irritationen oder Missverständnissen zwischen Fachkraft und Klient führen. Dies könnte erklären, warum die Fachkräfte sich in den Fällen Burgdorf–Veit und Dorenkamp–Quante in ihrer Anliegenorientierung gegenüber den Klienten, welche als zentral für die Entwicklung einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen oder Misstrauen beschrieben wurde, im Zweifelsfall eher an den Möglichkeiten und wahrgenommenen Implikationen des Feldes oder der

Organisation orientierten und nicht an der Unterstützung zur Realisierung des Anliegens des Klienten. Auch bei Herrn Cieslik entstand zumindest kurz eine Irritation, auf die schon mehrfach hingewiesen wurde. Im Fall von Frau Finke schien diese Frage eher nicht relevant, da sie direkt in die Vermittlungsarbeit ging, die aber genau das Anliegen von Herrn Leopold darstellte. Hinzu kommt, dass die Organisation der Suchtberatungsstelle durch den Status der, als explizit vom Gesundheitswesen nicht refinanzierten, sog. „freiwilligen Leistung“ der Kommunen und des Landes in finanzielle Zwangslagen geraten kann, die auch dazu führen können, dass Fachkräfte sich nicht an der Realisierung des Anliegens ihrer Klienten orientieren, sondern an den Notwendigkeiten der Organisation (z. B. Einbindung in die Gruppe, Besetzung von offenen Reha Plätzen), was für die Klienten auch schon in Erstgesprächen spürbar wird. Dies führte in den Fällen, in denen es beobachtet werden konnte (z. B. Burgdorf-Uhlenbrock, Burgdorf-Veit, Dorenkamp-Quante), zumindest situativ zu einer Entwicklung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen auf Seiten des Klienten. In den Fällen Cieslik-Timmermann und Finke-Leopold zeigten sich die oben beschriebenen Varianten. Dies kann so gedeutet werden, dass die prekäre Ausstattung einer Beratungsstelle die Gatekeeperfunktion verstärkt und so für die auch für Beratungsstellen eine Unmöglichkeitskonstruktion entsteht, da sie in der Umsetzung ihrer vom Feld zugeschriebenen Zuständigkeit strukturell behindert werden.

Die vom Feld zugeschriebene Funktion der Zuständigkeit für die „Herstellung von Adherence“ ermöglicht, wenn ein offener Raum gestaltet werden konnte, eine Brückenfunktion zur Realisierung suchtbezogener Hilfen in der Definition von Krankheit.

Als weitere, die Arbeitsbeziehung indirekt beeinflussend Kategorie konnte die implizite Regel des Feldes konkretisiert werden, dass Suchtberatungsstellen strukturell und inhaltlich primär die „Zuständigkeit für die Herstellung von Adherence“ zugeschrieben wird. Eine Entwicklung der Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen konnte in dem Zusammenhang fallübergreifend gesehen werden, wenn, wie oben schon einmal angesprochen, das Erstgespräch offenbar als Ort erlebt wurde, an dem Klienten Raum und Zeit bekamen, sich mit ihrer Unsicherheit bezüglich der Inanspruchnahme von einer weitergehenden Maßnahme (Herr Veit, Herr Timmermann) oder mit ihrem Unwissen (Herr Veit, Herr Timmermann) oder ihrer Überforderung (Herr

Leipold) bezüglich der Struktur und der formalen und inhaltlichen Implikationen des Suchthilfesystems auseinanderzusetzen. Insofern stellte die Suchtberatung aus der Perspektive der Nutzer_innen im Rahmen dieser Kategorie nach dem Erstgespräch eine bedarfsorientierte Hilfe beim Zurechtfinden im Feld suchtbbezogener Hilfen dar, die zur Entwicklung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen beitrug. Dies begründet sich dadurch, weil für Klienten eine aus ihrer Sicht notwendige Sicherheit geschaffen, konnte damit diese sich auf die Bedingungen und Implikationen weiterführender suchtbbezogener Hilfen einlassen konnten. In dieser Perspektive kommt der Suchtberatung damit strukturell eine wichtige eine Brückenfunktion in Bezug auf **die Realisierung** suchtbbezogener Hilfen zu.

Eine mangelnde Reflexion der Bedeutung des offenen Raums für die Brückenfunktion und / oder die Wahrnehmung der Beratungsstelle als Durchgangsstation auf dem Weg in Rehabilitation führte zu einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen.

Eine Entwicklung der Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen konnte in Bezug auf diese Kategorie gesehen werden, wenn Fachkräfte sich bei der Anliegenorientierung intransparent verhielten und sich möglicherweise habituell an dem, vom Feld geforderten Imperativ der Einordnung (nicht Realisierung im Sinne einer Brückenfunktion s. o.) in das System suchtbbezogener Hilfen orientierten, ohne dies zu thematisieren bzw. transparent zu machen. Eine explizite Thematisierung mit Klienten, dass Suchtberatung die Zuständigkeit für die Herstellung von Adherence zugeschrieben wird (sog. Motivationsarbeit), konnte in keinem Fall gesehen werden. Auch kam es zu einer Entwicklung von Misstrauen, wenn es im Erstgespräch bei einer Bearbeitung dieser Zuständigkeit im Sinne einer Wahrnehmung von Suchtberatung als Durchgangsstation auf dem Weg zur Rehabilitation blieb. Dies zeigte sich in den Fällen Burgdorf-Veit und Dorenkamp-Quante, als diesen frühzeitig eine Entscheidung abverlangt wurde, weil ein vielleicht erweiterter Spielraum zu Beratung unabhängig von dieser Zuständigkeit nicht wahrgenommen (Burgdorf-Veit) oder vielleicht auch aufgrund organisatorischer Zwänge nicht möglich erschien (Dorenkamp-Quante). Es wird davon ausgegangen, dass die Betrachtung der Suchtberatungsstelle als Durchgangsstation auch von Klientenseite aus, bei diesen offenbar ein strategisches Verhalten beförderte, wenn sie eine spezifische Maßnahme für sich erhalten wollten. Dieses Verhalten aber evozierte bei den Fachkräften, so wurde rekonstruiert, eine Bewertung

der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen. Dies erklärt sich daraus, dass für eine Krankenbehandlung ein authentisches Bekenntnis, die sog. „Krankheitseinsicht“, benötigt wird, um eine Krankenbehandlung in der Definition von Sucht als Krankheit durchführen zu können. Eine einfache Compliance (Therapietreue im Sinne der Abstinenz während der sog. „Therapie“), wie von Frau Finke im Gespräch mit Herrn Leopold nahegelegt, ermöglicht es zwar während der Behandlung Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen dem Suchtmittelkonsum und der erlebten Marginalisierungsbedrohung zu erkennen und möglicherweise auf für zukünftige Ereignisse zu antizipieren. Gleichzeitig ermöglicht jedoch nur die Adherence die dauerhafte Umsetzung der Einschränkung der Autonomie der Lebensführung im Sinne einer Veränderung des Lebensstils (Abstinenz). Ein strategisches Bekenntnis um die Leistung zu erhalten, wie Frau Burgdorf lt. Rekonstruktion z. B. bei Herrn Veit zu vermuten schien, könnte jedoch zu einer Überforderungssituation während der Situation der Therapie führen, wenn die Folgen dieses Bekenntnisses und der Behandlung (z. B. was bedeutet es konkret für mein Leben dauerhaft abstinent leben zu müssen bzw. zu sollen?) im Vorfeld einer solchen Behandlung nicht angemessen thematisiert werden (können). Die Überforderung konnte in der von Herrn Leopold erzählten Geschichte gesehen werden, der davon sprach, dass er auch aufgrund der erlebten Doppelbödigkeit im Rahmen der Suchtrehabilitation in Bezug auf die Abstinenzforderung und der aus seiner Sicht fehlenden Möglichkeit dies authentisch zu thematisieren, die Behandlung abgebrochen hat.

Die Gatekeeperrolle beinhaltet die Aufgabe, zwischen einem authentischen und einem strategischen Bekenntnis (Krankheitseinsicht) unterscheiden zu müssen, um eine Überforderungssituation im Sinne einer fürsorgenden Haltung zu vermeiden.

Die oben geschilderte Situation legt die Deutung nahe, dass die Gatekeeperrolle auch die Aufgabe beinhaltet zwischen einem authentischen und einem strategischen Bekenntnis zu unterscheiden, um die geschilderte Überforderungssituation für den / die Klient_in zu vermeiden. In dieser Perspektive hat somit nicht nur die Brückenfunktion im Sinne einer Ermöglichung, sondern auch die Gatekeeperfunktion im Sinne eines Schutzes vor Überforderung ihre Berechtigung. Weiterhin ermöglicht eine solche im Vorfeld erfolgte Thematisierung der Bedeutung einer Inanspruchnahme einer Leistung mit der Definition von

Sucht als Krankheit für das Leben des/ der Klient_in ein bewusstes Einlassen darauf, wie im Fall Burgdorf-Uhlenbrock, und die Nachhaltigkeit einer solchen Leistung. Auch im Fall Finke-Leipold konnte dies beobachtet werden, denn die Möglichkeit der authentischen Thematisierung des Zusammenhangs zwischen der Erwartung eines Bekenntnisses und dem Erleben in der Therapie löste bei Herrn Leipold einen kairosartigen Moment aus. Insofern kann die Übernahme der Gatekeeping-Funktion auch als fürsorgerische Haltung der Fachkräfte gedeutet werden, die dem Schutz der Klient_innen dienen soll, die aber bei einer Überbetonung oder einer intransparenten habituellen Orientierung der Fachkräfte daran zu einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen führen kann. Dafür bedürfte es diesbezüglich einer expliziten Verständigung zwischen den Akteuren, insbesondere bei auftretenden Missverständnissen oder den oben angesprochenen Abstimmungsfehlern. Dies konnte jedoch in keinem der Fälle beobachtet werden.

Ein authentisches Geständnis kann aufgrund der Felddynamik auch zu einer Unmöglichkeitskonstruktion in Bezug auf den Wunsch nach Hilfe führen.

Am Fall Finke-Leipold lässt sich zeigen, dass ein authentisches Geständnis, wenn es nicht im Sinne einer Krankheitseinsicht erfolgt, auch zu einer Unmöglichkeitskonstruktion in Bezug auf den Wunsch nach Hilfe führen kann. Dies ist in diesem Sinn so zu verstehen, als dass ein authentisches Bekenntnis, z. B. „ich möchte auch weiterhin ein Suchtmittel (wenn auch nicht das, mit dem ich Probleme bekommen habe) konsumieren“, dazu führen kann, dass eine Hilfe, die die Konstruktion von Sucht als Krankheit zugrunde liegt, nicht gewährt werden kann (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a). Wie in Kap. 3.1 beschrieben, herrscht die Etikettierung von Sucht als Krankheit im überwiegenden Teil suchtbezogener Hilfen vor. Diese Unmöglichkeitskonstruktion zeigt sich auch im Fall Quante-Dorenkamp. Hier bekennt Herr Quante sich authentisch dazu, nicht süchtig zu sein und Frau Dorenkamp antwortet ihm darauf, dass er nun bei der MPU durchgefallen wäre. Trotz eines authentischen Bekenntnisses kann er also sein Anliegen nicht verwirklichen. Würde er sich strategisch bekennen, wäre die Realisierung des Anliegens zwar auch nicht sicher, hätte mindestens aber die Auflage der Überprüfung der Abstinenz zur Folge. Frau Dorenkamp tut dies, so konnte rekonstruiert werden, in Antizipation der Überprüfungssituation. Sein Anliegen zielt genau auf die Frage ab, wie er der

überprüfenden Behörde glaubhaft machen kann, dass von ihm im Straßenverkehr keine Gefahr mehr ausgeht. Der einfache Rat „seien Sie ehrlich“ und die unvermittelte Antizipation der Prüfungssituation stellen eine Unmöglichkeit dar und führen dazu, dass Herr Quante in den nachfolgenden Interaktionen Misstrauen zeigt, auch als Frau Dorenkamp im Nachhinein versucht, sich mit ihm über die Situation zu verständigen.

8.3 Auswirkungen der Entwicklung einer Arbeitsbeziehung auf den weiteren Hilfeprozess

In allen, hier dargestellten Fällen fanden mindestens zwei weitere Gespräche bzw. Kontakte in Form eines Gruppengesprächs statt. Ausgehend von den Rückmeldungen der Fachkräfte einige Wochen nach den Erstgesprächen konnte rekonstruiert werden, dass die Arbeitsbeziehung zwischen Fachkraft und Klient_in am Ende des Erstgesprächs eine stabilisierte Tendenz der Bewertung dieser in Richtung Vertrauen oder Misstrauen aufwies, die in den jeweiligen Fallstrukturhypothesen der Gespräche bereits sichtbar geworden war. In den Fällen, in denen am Material zum Ende des Gesprächs eine Bewertungstendenz eher in Richtung Vertrauen herausgearbeitet werden konnte (Burgdorf-Uhlenbrock, Cieslik-Timmermann; Finke-Leipold) fanden weitere Kontakte, auch über die oben angesprochenen Termine hinaus, statt und auch die im Erstgespräch präsentierten Anliegen wurden realisiert. Herr Uhlenbrock trat eine stationäre Rehabilitation an und beendete diese, Herr Timmermann trat seine Rehabilitation im Kontext seines Rheumas an, meldete sich aber nach Beendigung dieser nicht mehr, Herr Leipold konnte nach einigen formalen Schwierigkeiten einen Platz in einer kombinierten Sucht- und Traumaklinik erhalten und trat diese Behandlung auch an. Insofern zeigt sich hier erneut das Potential der Brückenfunktion von Suchtberatungsstellen bei der Realisierung suchtbezogener Hilfen auf der Basis einer Arbeitsbeziehung, bei der rekonstruiert werden konnte, dass sich eine subjektive Bewertung in Richtung Vertrauen stabilisiert hatte. **Insofern kann hier als Ergebnis des Erstgesprächs begrifflich von einer „vertrauensvollen Arbeitsbeziehung“ gesprochen werden.**

In den Fällen, in denen eine Gesamttendenz der Bewertung der Arbeitsbeziehung eher in Richtung Misstrauen beobachtet wurde (Burgdorf-Veit, Dorenkamp-Quante), brachen die Klienten den Kontakt nach zwei weiteren Gesprächen bzw. den Gruppenkontakten wieder ab. **Insofern**

kann hier aufgrund der Stabilisierung der subjektiven Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen als Ergebnis des Erstgespräches begrifflich von einer „misstrauischen Arbeitsbeziehung“ gesprochen werden.

In diesen Fällen konnte im Rahmen der Lesarten des Falles über den Verlauf des Erstgespräches bereits herausgearbeitet werden, dass insbesondere in Bezug auf das Anliegen des Klienten Abstimmungsfehler passiert waren. Diese Abstimmungsfehler passierten dann, wenn das Anliegen des Klienten habituell (Burgdorf-Veit) oder aus organisationsbezogenen Gründen (Dorenkamp-Quante) den, aktuell zur Verfügung stehenden, weiterführenden Hilfen **untergeordnet** wurde und fachliche Spielräume in Bezug auf individuelle Lösungen dadurch möglicherweise nicht ausgeschöpft wurden. Insofern kann dies als Überbetonung der Gatekeeperfunktion gedeutet werden, die sich aus den Nähelegungen der Felddynamik (Zuschreibung der Überprüfung der Adherence, Effizienzimperative durch prekäre Finanzierung, Suchtberatungsstelle als Durchgangsstation) ergeben.

In diesen Fällen wandelte sich bei den Klienten eine anfängliche Bewertung der Arbeitsbeziehung von Vertrauen in Misstrauen, weil, so die Vermutung, die Zuversicht, durch die konkrete Fachkraft Unterstützung bei der Realisierung eines konkreten Anliegens (das möglicherweise auch noch nicht klar ausbuchstabiert war) zu erhalten, aus Klientenperspektive zum Ende des Erstgesprächs nicht mehr gegeben war. Darüber hinaus konnte in diesen Fällen gesehen werden, dass die Fachkräfte ihren eigenen Konstruktionen der Fälle, die im engen Zusammenhang mit der Felddynamik standen, folgten und die darauf bauenden Interventionen im Modus von Machtausübung anstelle von Kooperation durchzusetzen versuchten. Dies geschah im Fall Burgdorf-Veit durch das Setzen von Terminen, obwohl der Klient misstrauisch agierte oder im Fall Quante-Dorenkamp durch die Verordnung der Teilnahme an einer Gruppe und durch die spätere Abgabe des Falls an den Kollegen, obwohl Herr Quante dies explizit nicht wollte.

Dies legt nahe, wie sich im Rahmen des hier zur Verfügung stehenden Materials gezeigt hat, dass das Erstgespräch in Bezug auf den weiteren Verlauf einer sozialarbeiterischen Intervention, die auch als schon in Kapitel 3.3 als „Arbeitsbogen“ (Schütze 1984 zit. nach Feindt; Broszjo 2008, S. o. Z.) bezeichnet wurde, eine wichtige Rolle zu spielen scheint.

In allen Fällen wurde eine, aufgrund ihrer Beteiligung an der Herauskristallisierung des thematischen Anliegens der Klienten Arbeitsbeziehung genannten Beziehung, als Bewertung in Richtung Vertrauen oder Misstrauen konstituiert und in ihrer Tendenz im Laufe des Erstgesprächs stabilisiert. Aus diesem Grund kann zusammenfassend konstatiert werden, dass sich am Ende des Erstgespräches eine Beziehung herausgebildet hat, die eine begriffliche Fassung als eine „eher vertrauensvolle Arbeitsbeziehung“ oder „eher misstrauische Arbeitsbeziehung“ nahelegt. Diese hat sich an der gemeinsamen Auseinandersetzung der Akteure mit dem Anliegen des Klient_in in Bezug auf die Dynamiken des Feldes herauskristallisiert und wirkt sich auf den weiteren Verlauf der Realisierung von Hilfe aus. Ob dies jedoch bedeutet, dass oben angesprochene Fehlabbildungen, die zu einer eher misstrauischen Arbeitsbeziehung geführt haben, nach einem Erstgespräch nicht mehr korrigiert werden könnten, bleibt an dieser Stelle unklar. Hierzu wären weitere Untersuchungen, wahrscheinlich eher in Form einer Längsschnittperspektive, nötig.

9 Konkretisierung und Diskussion der empirischen Ergebnisse

Betrachtet man die Falldarstellungen als Gesamtheit, so kann gezeigt werden, dass sich in allen Fällen eine Beziehung entwickelt, die zunächst unspezifisch beginnt und sich am Ende des Gesprächs als eher vertrauensvolle oder eher misstrauische Arbeitsbeziehung stabilisiert hat. Dazwischen liegt die Konstituierung der Arbeitsbeziehung mit dem Beginn der Auseinandersetzung mit dem konkreten, explizierten Anliegen des / der Klient_in in Bezug auf die Dynamik des Feldes suchtbezogener Hilfen. Diese zunächst instabile Arbeitsbeziehung in Bezug auf eine subjektive Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen oder Misstrauen kristallisiert sich zunächst an der Frage der Verständigung über dieses Anliegen heraus und stabilisiert sich dann an der Frage der Möglichkeit zur Realisierung und der dabei wahrgenommenen Unterstützung durch die Fachkraft. Die, aus dem Material rekonstruierte und in allen Fällen auftretende Stabilisierung der subjektiven Bewertung am Ende des Gesprächs kann begrifflich als „**eher vertrauensvolle Arbeitsbeziehung**“ oder im anderen Fall als „**eher misstrauische Arbeitsbeziehung**“ gefasst werden.

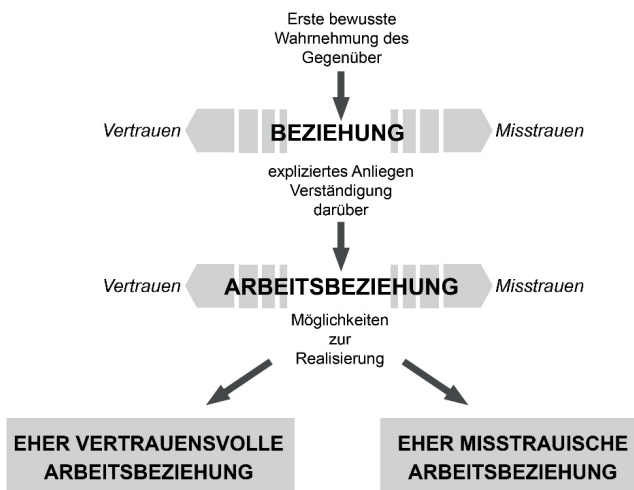


Abbildung 2: Entwicklung der (Arbeits-) Beziehung

Die Auseinandersetzung mit den Aspekten der Verständigung und der Realisierung eines Klient_innenanliegens wird, wie später noch genauer ausgeführt wird, durch die Dynamik des Feldes suchtbezogener Hilfen beeinflusst. Insofern kann von einem dreidimensionalen Konstrukt der Entwicklung einer Arbeitsbeziehung gesprochen werden, welche sich nicht allein in der Interaktionsdynamik der Dyade Fachkraft und Klient_in abspielt, sondern auch in einem konkreten sozialen Raum. Dieser kann als Feld suchtbezogener Hilfen gefasst werden. Alle drei, die Arbeitsbeziehung beeinflussenden Dimensionen weisen, wie im vorherigen Kapitel herausgearbeitet wurde, weitere Unterdifferenzierungen auf.

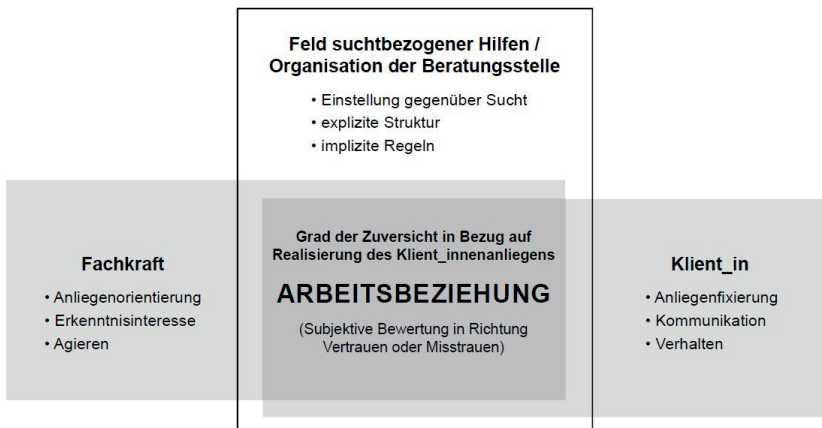


Abbildung 3: Kategorien der Entwicklung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen

Diese datenbasiert entwickelte dreidimensionale Konstellation kann so gedeutet werden, als dass eine „vertrauensvolle Arbeitsbeziehung“ kein objektivierbares und auch kein primär normativ wünschenswertes Konstrukt darstellt. Stattdessen kann der qualitativen Entwicklung einer begrifflich zunächst neutral gefassten „Arbeitsbeziehung“ letztlich nicht ausgewichen werden, sobald der spezifische Inhalt einer Kommunikation thematisch wird. Hier zeigt sich ein Unterschied zu dem, in Kap. 4. 1 beschriebenen Konzept des „Arbeitsbündnis[ses]“ (Oevermann 2009, S. 113), welches eher normativ mit dem, an der Autonomie

und Integrität des / der Klient_in orientierten Handeln im Rahmen einer sog. "widersprüchlichen Einheit" von spezifischer und diffuser Sozialbeziehung begründet wird (vgl. ebd.). Auf der Basis des hier ausgewerteten Materials wurde deutlich, dass die Entstehung einer bestimmten Qualität der Arbeitsbeziehung eher auf die Dynamik der Auseinandersetzung der Akteure mit einem spezifischen Inhalt (Anliegen) und den Imperativen in einem spezifischen Feld zurückgeführt werden kann und sich nicht primär an der Andersartigkeit einer Sozialbeziehung der Akteure ausrichtet. Ein weiterer Unterschied ist, dass datenbasiert in dem untersuchten Setting nicht nur gezeigt werden kann, was dazu führt, dass sich eine eher vertrauensvolle Arbeitsbeziehung entwickelt, sondern auch wie sich eine eher misstrauische Arbeitsbeziehung stabilisiert und zwar nicht nur als Negativabgrenzung, sondern auch als eigener Begriff für eine Form der Qualität der Arbeitsbeziehung.

Die konkrete Beziehungsentwicklung ist im Material anhand der aufeinander bezogenen Kommunikation rekonstruierbar, wie in den empirischen Analysen bei Kreis (1985) und Stern und der BCPSG (2012) beschrieben wird. Deshalb ist auf der Basis der hier erfolgten Rekonstruktionen davon auszugehen, dass diese Bewertung für die Beteiligten zunächst nur spürbar ist, sich aber in einem intuitiven, reaktiven Verhalten auf die Kommunikationsimpulse des Gegenüber zeigt. Diese intuitiv wirkende Reaktion wurde dem sog. „implizitem Beziehungswissen“ zugerechnet. Weiter konnte im Material rekonstruiert werden, dass diese Bewertung durchaus unterschiedlich ausfallen kann, auch wenn sie sich auf dasselbe interaktive Geschehen bezog. Dies erklärt sich daraus, dass in allen Gesprächen immer auch sowohl Bewertungen der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen als auch in Richtung Misstrauen rekonstruiert werden konnten und die, aus der Kommunikation rekonstruierte Stabilisierung der Bewertung sich auf die Frage nach der Möglichkeit der Realisierung des Anliegens bezog. Dies wiederum erforderte eine erneute Verständigung über das Anliegen, denn dieses konnte sich während des Gesprächs, auch als Reaktion auf die Angebote der Fachkraft, noch verändern. Dieser für die qualitative Stabilisierung der Arbeitsbeziehung zentrale Aspekt wurde, wie schon angesprochen, entscheidend beeinflusst durch die Dynamik des Feldes suchtbezogener Hilfen. In welchem Zusammenhang diese Dynamik genau mit der rekonstruierten Entstehung und Entwicklung der Arbeitsbeziehung gesehen wird, soll nachfolgend näher beschrieben werden.

Dauerhaft erhöhter Suchtmittelkonsum ist u. a. einerseits mit einer Marginalisierungsbedrohung und andererseits mit der Notwendigkeit einer Verhaltensänderung verbunden. Dieses Spanungsverhältnis führt, wie im Kapitel 3 ausgeführt wurde, zu einem Ambivalenzkonflikt bei Betroffenen, der insbesondere für sog. „Suchtkranke“ als typisch angenommen wird. Darüber hinaus ist das Feld suchtbbezogener Hilfen fragmentiert. Beratungsstellen nehmen in diesem eine monopolartige Brückenfunktion ein. Die Fragmentierung bezieht sich auf eine regelhafte Zuordnung der Hilfe auf unterschiedliche Segmente: die, in den Sozialgesetzbüchern normierten Hilfen nach dem Versicherungsprinzip, welche eine Etikettierung als „krank“ oder „behindert“ oder von „Behinderung bedroht“ voraussetzen und die aus Steuermitteln organisierten Hilfen nach dem Fürsorgeprinzip. Diese Hilfen „funktionieren“ nach unterschiedlichen Logiken. Die aus den Dokumenten herausgearbeitete und vom Feld zugewiesene Zuständigkeit für diese Brückenfunktion besteht darin, diese jeweils unterschiedlichen Logiken und Voraussetzungen dieser Hilfen zu kennen, sie im Sinne eines Matchings mit den Anliegen der Klient_innen zusammenzubringen und somit durch das Ausfüllen dieser Position für Klient_innen den Zugang zur suchtbbezogenen Hilfe nicht nur prinzipiell zu eröffnen, sondern im Modus von eher Kooperation als Macht auch zu realisieren (sog. „Beratung“ und „Vermittlung“). Dies stellt eine Monopolstellung dar, die zur Zeit nicht ohne weiteres zu ersetzen ist. So gibt die deutsche Suchthilfestatistik Auskunft darüber, dass im Berichtsjahr 2016 die Vermittlung in stationäre Rehabilitation zu 65% aus ambulanten Suchtberatungsstellen, zu 19% aus Krankenhausabteilungen (zu denen auch die spezialisierten Entgiftungsabteilungen zählen) und zu 1 % aus ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen erfolgte (Braun et al. 2017a, S. Tab. 3.07)¹⁰¹. Trotz dieser für das Feld zentralen Position werden die Beratungsstellen nur prekär mit Ressourcen ausgestattet, was durch die Zugehörigkeit zum sozialpolitischen Feld der Fürsorge und durch den expliziten Ausschluss der Refinanzierung dieser Tätigkeit durch die Kostenträger der Rehabilitation begründet ist (vgl. Kap. 3.2) .

¹⁰¹ 3 % waren sog. Selbstmelder, die ohne Vermittlung kamen, 2 % wurden durch den Leistungsträger selbst vermittelt, 1 % durch den Sozialdienst einer JVA. Die Vermittlungsrate weiterer Akteure im Feld liegt jeweils unter 1% (Braun et al. 2017a, S. Tab. 3.07)

Der, in diesem Zusammenhang vom Feld zugeschriebene Auftrag der „Herstellung“ von Adherence, welche für eine therapeutische Behandlung benötigt wird, im Sinne einer „Zuliefererrolle“ für Hilfen aus dem Segment der Versicherungsleistungen nach den SGB V und VI, bringt die Fachkräfte in den Beratungsstellen in die Position von Gatekeepern. Die Funktion des Gatekeeping besteht darin, Klient_innen nicht nur die verschiedenen Angebote für Hilfe zu unterbreiten und diese formal zu beantragen, sondern auch zu beurteilen und mit Klient_innen zu thematisieren, ob und unter welchen Umständen Klient_innen und Hilfeangebot zueinander passen (können). Weiterhin soll in diesem Rahmen auch geklärt werden, ob jemand ein Angebot auch annehmen *will*¹⁰² und im Folgenden ggf. auf diese Inanspruchnahme hingewirkt werden (sog. „Motivationsklärung und Motivierung“) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013a, S. 7). Wie im vorherigen Kapitel herausgearbeitet wurde, legt das Datenmaterial die Deutung nahe, dass die prekäre Ausstattung insbesondere diese Funktion zu Lasten der oben angesprochenen Brückenfunktion verstärkt.

Die Bedeutung der Brücken- und Gatekeeperfunktion für das Feld suchtbezogener Hilfen hängt mit der, in den suchtbezogenen Hilfen überwiegenden, Etikettierung von Sucht als Krankheit (s. Kap. 3.1) zusammen und hat Auswirkungen auf die Interaktionsdynamik zwischen Fachkräften und Klient_innen. Die Konstruktion von Sucht als Krankheit ermöglicht einen (zeitlich begrenzten) Schutz der Klient_innen vor den Anforderungen der Umwelt, setzt aber ein authentisches Bekenntnis (sog. „Krankheitseinsicht“) voraus. Erst diese Einsicht ermöglicht die für die therapeutische Behandlung nötige Adherence (ausdrückliches Einverstanden sein mit der Behandlung), da das Ziel der Behandlung eine Lebensstilveränderung (Abstinenz, mindestens aber Reduktion des Konsums von Suchtmitteln) ist. Eine Compliance im Sinne einer einfachen Therapietreue während der Zeit einer Behandlung reicht dafür nicht aus. Die Konsequenz eines solchen Bekenntnisses ist die Unterordnung unter die Techniken der Krankheitsbehandlung und die dauerhaften Einschränkung der Autonomie der Lebenspraxis (sog.

¹⁰² Dies hat die Bedeutung, dass davon ausgegangen werden kann, dass jemand im Rahmen der Behandlung und darüber hinaus kooperiert und die Ergebnisse der Behandlung dauerhaft umsetzt.

„Abstinenzforderung“¹⁰³). In der o. g. Brückenfunktion werden diese Konsequenzen, soweit sie antizipiert werden können, in Bezug auf ihre Auswirkungen auf das konkrete Leben der Klient_innen ergebnisoffen thematisiert. Dadurch kann die o. g. Ambivalenz aufgelöst werden.

Die Wahrnehmung der Gatekeeperfunktion, die letztlich auch einen Schutz der Klient_innen vor einer Überforderung durch die Krankheitsbehandlung im oben genannten Sinn darstellt, hat zur Konsequenz, dass zwischen strategischer und authentischer Kommunikation in Bezug auf das Bekenntnis unterschieden werden muss. Der Grund hierfür ist, dass nur eine authentische Kommunikation („sich öffnen“) eine zieloffene Thematisierung der Konsequenzen ermöglicht. Aus Sicht der Klient_innen aber kann, wie im Material deutlich wurde, eine authentische Kommunikation in der Praxis zu einer Unmöglichkeitskonstruktion führen, wenn ein Klient Hilfe im System suchtbezogener Hilfen erhalten möchte. Denn nur die authentische sog. „Krankheitseinsicht“ ermöglicht Adherence und damit Hilfe in der Konstruktion „Sucht als Krankheit“. Wie gezeigt werden konnte, findet diese Etikettierung fast vollständig Anwendung in den Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland. Sie wird benötigt, um Hilfe aus dem hochprofessionalisierten und ausdifferenzierten System der Versicherungsleistungen der SGB V und VI legitimieren zu können. Wenn eine Klient_in dieses Bekenntnis („ich bin süchtig“) nicht authentisch erbringen will oder kann, wird er streng genommen sowohl inhaltlich als auch formal keine nachhaltige Hilfe aus diesem System erwarten können.

Die Entwicklung der Arbeitsbeziehung, welche das Kernthema dieser Arbeit darstellt, wird, so konnte in den untersuchten Fällen rekonstruiert werden, durch diese Implikationen und Imperative des Feldes mitbestimmt. Die Fallrekonstruktionen und -vergleiche aus Kap. 7 und 8 zeigten, dass sich eine eher vertrauensvolle Arbeitsbeziehung nur stabilisiert, wenn die Felddynamik im professionellen Handeln weitgehend neutralisiert wird und eine Orientierung am geäußerten Anliegen der Klient_innen erfolgt. Sie erodiert und stabilisiert sich als eine eher

¹⁰³ Dies Prinzip gilt nicht nur für den Konsum von Suchtmitteln, sondern auch für andere Elemente des Lebens, die als Trigger für Suchtmittelkonsum identifiziert werden und zur bisherigen Lebensführung des / der Klient_in dazugehörten. Der / die Klient_in soll etwas in seinem Leben „verändern“. Die Forderung nach Abstinenz stellt dabei die konsequente Maximalforderung dar, die Forderung nach sog. „kontrolliertem Konsum“ eine Abschwächung.

misstrauische Arbeitsbeziehung, wenn explizit geäußerte Anliegen seitens der Klienten nicht aufgenommen werden bzw. eine Verständigung darüber scheitert. Effizienzimperative, denen die Suchtberatungsstelle ausgesetzt ist, z. B. eine historisch bedingte Verknüpfung von Beratung und Rehabilitation in einer Beratungsstelle, die Einführung und Legitimierung von Kennzahlen für Beratungs- und Vermittlungstätigkeiten, oder die öffentliche Ausschreibung von Leistungen, um günstigere Konditionen zu erhalten, spielen hierbei eine große Rolle, weil sie, wie schon dargestellt, die Gatekeeperrolle im Sinne einer Überprüfung in den Vordergrund rücken.

Die Bedeutung der Hervorbringung einer, schon im Erstgespräch in Suchtberatungsstellen entstehenden, eher vertrauensvollen Arbeitsbeziehung für das Feld der suchtbetroffenen Hilfen wird auf der Basis des Fallmaterials in der Entwicklung einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen oder Misstrauen gesehen. Dieser Entwicklung kann im Grunde nicht ausgewichen werden, da sie spätestens dann einsetzt, wenn das Anliegen eines / einer Klient_in thematisiert wird. Hinzu kommt, wie schon erwähnt wurde, dass sich die zunächst instabile Arbeitsbeziehung inhaltlich an der Hervorbringung einer Zuversicht, mit Hilfe des Gegenübers (hier der Fachkraft in einer Suchtberatungsstelle) ein, aus Klient_innensicht subjektiv bedeutsames Anliegen realisieren zu können, stabilisiert. Die Analyse des Materials legt nahe, dass diese Hervorbringung von Zuversicht kein Prozess ist, der allein auf rational-kognitiver Ebene stattfindet und allein auf dieser auch nicht stattfinden könnte. Dies kann so gedeutet werden, dass eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung nicht einseitig hergestellt werden kann, sondern sich durch die Interaktionsdynamik der Akteure in einem konkreten sozialen Raum entwickelt, der wiederum durch die Dynamik des Feldes (hier der Suchthilfe) beeinflusst ist. Weiterhin deutlich geworden sein dürfte, dass dies ein voraussetzungsvoller Prozess ist, der auf Seiten der Fachkräfte ein spezifisches Wissen und Können beinhaltet, welches in ihr implizites Beziehungswissen Eingang gefunden hat. Weiterhin wird nahegelegt, dass der Prozess der Entwicklung und Stabilisierung einer bestimmten Qualität von Arbeitsbeziehung schon im Erstgespräch eine Relevanz für den weiteren Verlauf des gesamten Arbeitsbogens entfalten kann.

Die, am Material herausgearbeiteten Kategorien für die Entwicklung von Zuversicht oder Vertrauen im Rahmen einer subjektiven Bewer-

tung lassen sich mit Hilfe des sozialpädagogischen Konzeptes von Müller (2012) als ein Zugang zum Fall **über** den sog. „Fall mit“ (Wer hat welches Problem?) lesen. Hierbei stellen die subjektiven Konstruktionen und Interessen im Sinne eines Anliegens des Klienten den zentralen Kristallisationspunkt der Fallkonstruktion dar und sind nicht primär das Mittel zum Zweck einer objektivierenden Einordnung. Dieses repräsentiert somit in der ersten Phase einer Zusammenarbeit (Erstgespräch) eine Priorisierung dieser Falldimension gegenüber den anderen Dimensionen „Fall von“ (Was ist das Problem?) und „Fall für“ (Wer muss beteiligt werden?), genau wie es auch die Fachkräfte in der Untersuchung zur Frage, was Soziale Arbeit in der Suchthilfe ist oder ausmacht, beschrieben haben (Hansjürgens 2013, vgl. auch Kap. 3.3 und 5). Dies kann so gedeutet werden, dass ein Fallzugang letztlich von dieser Dimension ausgehend konstruiert wird. Insofern kann hier auch das Postulat von Peters (2014, S. 77) (s. Kap. 2), dass ein „sozialpädagogischer Zugang“ ein Kernelement einer gelungenen sog. „Beziehungsarbeit“ darstellt, konkretisiert und empirisch plausibilisiert werden.

Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass die Stabilisierung einer eher misstrauischen Arbeitsbeziehung dazu führte, dass der Kontakt zur Beratungsstelle abgebrochen wurde. Dies geschah dann, wenn, in der Konzeptsprache von Müller, die Falldimensionen „Fall von“ und „Fall für“ in der Perspektive des Feldes oder der Fachkraft in den Vordergrund rückten und die Falldimension des „Fall mit“ nicht ausreichend gewürdigt wurde. Dies führte zu den rekonstruierten Abstimmungsfehlern bei der Klärung des Anliegens und evozierte weitere Bewertungen der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen durch die Klienten. Die Folge war, dass die Fachkräfte versuchten, die für die Realisierung der so fehlinterpretierten Anliegen nötigen Schritte, im Modus von Machtausübung zu verordnen.

Mit Blick auf die Bedeutung der Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen für das Feld suchtbezogener Hilfen kommen auch die Ergebnisse der HELPS-Studie zur Verbesserung der Antritsquote der Rehabilitation durch Veränderung eines sog. „Behandlungspfades“ (s. Kap. 3.2.3) wieder in den Blick. Diese Studie bietet diesbezüglich eine kontrastierende Perspektive an und verdeutlicht die Bedeutung eines sozialpädagogischen Zugangs über die Priorisierung des „Falls mit“ für die Realisierung von Hilfe. Ein näherer Blick auf die Beschreibung der Durchführung der Studie zeigt, dass es schon im Vorfeld der Studie nur mit großem Aufwand gelang, die im

Mittelpunkt dieser Untersuchung stehenden hausärztlichen Praxen für die Beteiligung zu gewinnen. Als einen Grund benennen die Autoren Einstellungen von Hausärzten gegenüber Suchterkrankungen, die offenbar auf negativen Erfahrungen auf der Beziehungsebene beruhen.

„Als weiteres Hindernis kommen interpersonelle Konflikte im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung zur Sprache. So gaben befragte Hausärzte an, dass Patienten, die im Rahmen der Konsultation auf ihren Alkoholkonsum angesprochen wurden, häufig keine ehrliche Auskunft geben, auf Behandlungsversuche ablehnend reagieren, mit dem Wechsel der Hausarztpraxis drohen oder Gepflogenheiten der Arzt-Patient-Kommunikation verletzen". (Fankhänel et al. 2014, S. 56)

Das mit „Gepflogenheiten der Arzt-Patient-Kommunikation“ beschriebene Konstrukt kann dabei so gedeutet werden, dass es sich auf die Art und Weise der Fallkonstruktion bezieht, die sich offenbar von der oben beschriebenen und sich im Kontakt als hilfreich erwiesenen, sozialpädagogischen Fallkonstruktion unterscheidet und in einer konkreten Situation zu Problemen auf der Handlungsebene führt. Hier ist damit das „Erfassen und die Verständigung über einen als problematisch definierten Suchtmittelkonsum“ gemeint. Im Fokus steht dabei eine, im Vorfeld des Arztgespräches geforderte „bekenkende“ Selbsteinschätzung eines Verhaltens in Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum, das mit Hilfe eines standardisierten Screeningbogens¹⁰⁴ erhoben werden sollte. Dieses Vorgehen wurde, den Ergebnissen dieser Untersuchung folgend, von den Patienten offenbar eher als Kontrolle auf der Ebene der Beziehung und damit als eine Bewertung der Beziehung in Richtung Misstrauen auslösend erlebt, denn von 231 ausgefüllten Screening-Bögen wurde nur von 5 Patienten (= 2,9%) ein Hilfebedarf in Bezug auf Alkoholkonsum geäußert (Fankhänel et al. 2014, S. 56 f.). Die statistische Häufigkeit für einen, aus medizinischer Sicht als problematisch beurteilten Konsum in Bezug auf Alkohol liegt demgegenüber bei 21,1% (Seitz et al. 2010, S. 18) und für unmittelbar auf Alkoholkonsum zurückführbare gesundheitliche Probleme bei insgesamt 6,2 % (Kraus;

¹⁰⁴ Patienten wurde ein standardisierter Screening-Bogen durch eine medizinische Fachangestellte ausgehändigt, bei dem sie Auskunft über ihren Suchtmittelkonsum und evt. Hilfebedarf geben sollten. Ein geäußerter Hilfebedarf sollte dem Hausarzt mitgeteilt werden, der dann eine Weiterleitung in weiterführende Hilfen einleiten sollte. (N = 231, Einschluss in die Studie 5, geäußerter Hilfebedarf 1, 51 Patienten sprachen sich gegen eine Teilnahme an der Studie aus, 173 machten hierzu keine Angabe) (Fankhänel et al. 2014, S. 56 f.).

Pabst 2009). Aufgrund dieser Zahlen hätte durchaus von einem höheren Wert der Selbstmeldungen in Bezug auf Hilfebedarf ausgegangen werden können. In der Perspektive der hier vorgestellten Untersuchung legen die Ergebnisse der HELPS-Studie nahe, dass es möglicherweise zu einer Erfahrung und einem Erleben einer ‚Nicht-Passung‘ oder einer ‚nicht-in-Abstimmung‘ zu bringenden Kommunikationsform eines Hilfebedarfes aufgrund einer andersartigen Fallkonstruktion in Hausarztpraxen gekommen sein könnte. Aus dieser Konstellation mit dem nach außen sichtbaren Effekt, dass Klienten eher wenig von sich aus Hilfe zu suchen scheinen, lässt sich aus der Perspektive der hier vorgestellten Untersuchung weiter vermuten, dass sich daraus Handlungsprobleme ergeben, die auch strukturelle Folgen für die grundsätzliche Einstellung von Hausärzten gegenüber Suchtpatienten haben könnten: Klienten mit einem, als problematisch eingeschätzten Suchtmittelkonsum werden von Hausärzten pauschal als ‚schwierig‘ bezeichnet.¹⁰⁵

„Betroffenen Patienten wird zudem eine ungenügende Adherence zugeschrieben, die bei Ärzten zu einer negativen Einstellung gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen führen kann. Insbesondere die Erfahrung interpersoneller Konflikte wird mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung, Behandlungsmotivation und Zufriedenheit in einen Zusammenhang gebracht.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 56)

Darüber hinaus scheint sich diese, durch Erfahrungen in einer spezifischen Person-Umwelt-Konstellation erworbene Einstellung auch als Einstellung in Bezug auf das Vertrauen in das eigene „Vermögen“ (Fuchs 2013, S. 131) der Hausärzte in Zusammenhang mit Suchtpatienten niedergeschlagen zu haben.

„So waren nur 21% englischer Hausärzte überzeugt, den Alkoholkonsum betroffener Patienten wirksam behandeln zu können. Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Untersuchung an deutschen Hausärzten. So äußerte über die

¹⁰⁵ Dieses Strukturproblem scheint nicht nur Suchtpatienten in Deutschland zu betreffen, sondern ist grundlegender einzuschätzen. Dies zeigt eine englische Studie, die die Rolle insbesondere von psychisch kranken Patienten und sog. „Drehstuhlpatienten“ in Hausarztpraxen untersucht hat. Die Behandlung dieser Patientengruppen wird aufgrund ihrer prekären Lebenssituation und ihrer Nicht-(An-)Passung an das Arzt-Patienten-Verhältnis im medizinischen Modell als „Dirty-Work“ oder „Shit-Work“ bezeichnet (Shaw 2004).

Hälfte der befragten Hausärzte die Überzeugung, dass SBI¹⁰⁶ zu zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend sei.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 56)

Vor diesem Hintergrund und auf der Basis der hier vorgestellten Untersuchung zur Hervorbringung einer Arbeitsbeziehung verwundert es daher eher nicht, dass als Ergebnis der HELPS-Studie sowohl in der Untersuchungsgruppe als auch in der Kontrollgruppe kein einziger Patient aus der Hausarztpraxis direkt in eine Entwöhnungsbehandlung oder in eine Suchtberatung vermittelt werden konnte. Die Vermittlungsquote von Suchtberatungsstellen in andere Hilfen, zu denen u. a. auch die Suchtrehabilitation gehört, liegt demgegenüber bei 35,5 % (Braun et al. 2017b, S. Tab. 5.05) Mit Blick auf die Bedeutung der Beziehung zwischen den Akteuren ist aber bemerkenswert, dass auch die Autoren der Studie betonen, dass neben anderen strukturell bedingten Faktoren, wie z. B. einer, als ungenügend empfundenen Ausbildung, wie auch einer, als nicht ausreichend für den Aufwand bewerteten Alimientierung, auch die Einstellung der Hausärzte zur Suchterkrankung eine Rolle bei diesem Ergebnis gespielt hat.

"Als grundsätzliches Problem sollten die hausärztlichen Erwartungen zum Patientenverhalten angesehen werden. Patienten mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum wie Patienten mit Verdacht auf Suchterkrankung reagieren nach hausärztlicher Aussage mehrheitlich mit Ablehnung auf Vorschläge für eine Lebensstiländerung bzw. weiterführende Behandlung. Entsprechende Erfahrungen dürften eine beeinträchtigende Wirkung auf die *hausärztliche Behandlungsmotivation* [Herv. R. H.] ausüben und sollten bei einer Konzeption zur Verbesserung der hausärztlichen Suchtprävention dringend berücksichtigt werden." (Fankhänel et al. 2014, S. 58)

Weiterhin stellen sie fest:

„Dieser Befund [, dass kein Patient vermittelt werden konnte, Erg. R. H.] verweist auf ein Problem grundlegenderer Art, welches durch geringfügige Modifikationen der empfohlenen Vorgehensweise–wie im Fall des neuen Versorgungspfades–nicht behoben werden konnte.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 57)

¹⁰⁶ SBI – Screening and Brief Intervention. Hierbei handelt es sich um eine standardisierte Form eines Screenings und einer sog. „Kurzintervention“ in Bezug auf Menschen mit Suchtproblemen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007).

Insofern entpuppt sich die Frage, wie und unter welchen Bedingungen

„in professionellen Beziehungen mit Menschen in Schwierigkeiten, Räume des Möglichen“ [entstehen Erg. R. H.](Müller 2012, S. 64)

und, so muss hier ergänzt werden, realisiert werden können, auch in struktureller Perspektive mit Blick auf die Ermöglichung von Hilfe für Menschen mit einem, (auch subjektiv) als problematisch beurteilten Suchtmittelkonsum als bedeutsam. Somit kann hier konstatiert werden, dass nun datenbasiert gezeigt werden kann, warum dieser, aus dem Material heraus rekonstruierbare sozialpädagogische Zugang eher die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung und damit eher den Zugang zu weiterführenden Angeboten im Sinne der Balancierung von Brücken- und Gatekeeperfunktion im Feld suchtbezogener Hilfen ermöglicht, als das z. B. für einen hausärztlichen Zugang von Fankhänel et al. (2014) gezeigt werden konnte. Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass durch die Reduzierung der Beratungsstellen auf eine Durchgangsstation mit vorrangiger Gatekeeper-Funktion, durch die prekäre Finanzierung und durch die Rolle als Zuarbeiter_in von suchtbezogenen Hilfen mit der Konstruktion von Sucht als Krankheit als einzige oder normativ bewertete zentrale Hilfoption ein sozialpädagogischer Zugang zum Fall letztlich strukturell blockiert mindestens aber erschwert werden kann.

Aus diesem Grund benötigen Klient_innen zusätzlich zu behandelnden Hilfeangeboten im Zusammenhang mit der Definition von Sucht als Krankheit, ein ergebnisoffenes, zeitlich nicht limitiertes Beratungsangebot, damit auch strukturell berücksichtigt wird, dass Arbeitsbeziehungen zwischen Menschen nicht übertragbar sind oder einseitig „hergestellt“ werden können sowie von den Rahmenbedingungen, unter denen sie entstehen, beeinflusst werden. Das System suchtbezogener Hilfen sollte darauf hin bedarfsorientiert gestaltet werden, ohne eine Etikettierung von „krank“ oder „behindert“ als Zugangsvoraussetzung für Klient_innen zu verlangen. Mindestens aber sollte der Gesetzgeber die Finanzierung der Brückenfunktion durch die Verpflichtung der bisherigen Kostenträger zur Übernahme der Kosten sicherstellen.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Luthe (2013b, S. 49) schlägt z. B. vor, die Träger gesundheitsbezogener Leistungen, insbesondere der Rehabilitation, zu verpflichten, eine von ihnen finanzierte Koordination gesundheitsbezogener Ressourcen im Sinne eines „nahtlosen Casemanagements“ nach § 10 SGB IX auf die kommunale Ebene zu verlagern.

10 Fazit und Ausblick

Der schon in Erstgesprächen in Suchtberatungsstellen erfolgten Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zwischen der Fachkraft der Sozialen Arbeit und dem / der Klient_in wird in älteren und neueren erfahrungsbasierten Berichten eine hohe Bedeutung in Bezug auf den weiteren Verlauf eines Hilfeprozesses zugesprochen. Dieses Postulat wurde bisher jedoch nicht auf empirischer Basis plausibilisiert. Das Ziel dieser Arbeit war es daher, mit Hilfe der explorativen Rekonstruktion von Erstgesprächen in Suchtberatungsstellen, diese Lücke im Forschungsstand zu schließen und nachzuzeichnen, wie sich aus qualitativer Perspektive eine sog. „Arbeitsbeziehung“ zwischen einer Fachkraft und einem / einer Klient_in entwickelt und welchen Einflüssen diese Beziehungsentwicklung ausgesetzt ist. Weiterhin sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie sie sich auf den weiteren Verlauf eines Hilfeprozesses auswirken kann. Die Auswertung des empirisch fundierten Forschungsstandes begründete die Notwendigkeit, das im Fokus stehende Arbeitsfeld in Verbindung mit dem Konstrukt „Sucht“ als Anlass des Hilfesuchens näher zu kontextualisieren und durch sensibilisierende Konzepte mit Blick auf die geplante Aufschließung der empirischen Daten weiter zu ergänzen. Die sich daraus ergebenden Hinweise und Implikationen führten zu einer Konkretisierung der Fragen, die an das Material herangetragen wurden. Diese lauteten:

- Wie gestaltet und entwickelt sich das Erstgespräch insbesondere in Bezug auf eine, von den Fachkräften angenommene sog. „Arbeitsbeziehung“ zwischen Klient und Fachkraft der Sozialen Arbeit konkret und wie kann diese begrifflich genauer gefasst werden?
- Kann das interaktionelle Geschehen an bereits theoretisch beschriebene Konzepte rückgekoppelt werden und wenn ja, an welche?
- Können Elemente identifiziert werden, die die Interaktion beeinflussen und wenn ja, welche? Wie beeinflussen sie die „Arbeitsbeziehung“?
- Welche Aussagen können darüber getroffen werden, wie sich die Konstituierung einer möglicherweise entstehenden sog. „Arbeitsbeziehung“ zu einem weiteren Verlauf der Hilfe verhält?

Gegenstand der Untersuchung war dementsprechend die erste Begegnung zwischen der Fachkraft der Sozialen Arbeit und dem / der Klient_in in einer Suchtberatungsstelle, aus der eine sog. „Arbeitsbeziehung“ hervorgebracht wird.

Die methodische Vorgehensweise zur Datenerhebung und -auswertung orientierte sich aufgrund des explorativen Charakters der Fragestellungen am qualitativen Paradigma der „Grounded-Theory“-Methodologie (Glaser; Strauss 2010; Strauss; Corbin 1996). Konkret wurden dreizehn authentische Erstgespräche in Suchtberatungsstellen in verschiedenen Teilen Deutschlands in Form von Audioprotokollen aufgezeichnet und durch begleitende Interviews mit den Klient_innen, Fachkräften und Leitungskräften der Organisation ergänzt. Aus diesen Fällen wurden nach den Prinzipien des „theoretical samplings“ (Glaser; Strauss 2010, S. 53 ff.) die hier dargestellten ausgewählt und in Anlehnung an das sequenzanalytische Verfahren (Wernet 2009) analysiert. Dem gewählten methodischen Verfahren entsprechend wurden Fallstrukturhypothesen über die Begegnung der Interaktionspartner unter den genannten spezifischen Rahmenbedingungen generiert und anschließend vergleichend im Hinblick auf Entstehung, arbeitsfeldspezifische Einflüsse und Auswirkungen auf den weiteren Verlauf des Hilfeprozesses kontrastiert (Kelle; Kluge 2010).

Als Ergebnis kann festgestellt werden, dass in allen Fällen die Entwicklung einer Arbeitsbeziehung als jeweils subjektive Bewertung spezifischer Aspekte der Interaktion in Richtung Vertrauen oder Misstrauen rekonstruiert werden konnte. Die Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen oder Misstrauen kristallisierte sich an einer, aus subjektiver Sicht gelingenden Verständigung über das Anliegen des Klienten heraus und stabilisierte sich am Grad der Zuversicht bezüglich der Möglichkeit zu dessen Realisierung. Dieser Prozess begann in dem Moment, in dem das Anliegen des Klienten thematisch wurde. Deshalb wurde die sich entwickelnde Beziehung ab diesem Zeitpunkt als „Arbeitsbeziehung“ bezeichnet, die zunächst instabil begann und sich dann qualitativ in Richtung einer „eher vertrauensvollen Arbeitsbeziehung“ oder in Richtung einer „eher misstrauischen Arbeitsbeziehung“ stabilisierte.

Weiter wurde festgestellt, dass, dem sensibilisierenden Konzept von Kreis (1985) folgend, damit auch der Entwicklung einer Arbeitsbeziehung in einem spezifischen Setting letztlich nicht ausgewichen werden kann, da bereits nach kurzer Zeit der Interaktion das Anliegen des / der Klient_in zur Sprache kam. Dies wurde so gedeutet, dass eine Arbeitsbeziehung nicht einseitig hergestellt werden kann. Weiter wurde rekonstruiert, dass sich die subjektive Bewertung der Interaktionen in Rich-

tung Vertrauen oder Misstrauen jedoch nicht auf bewusster Ebene, sondern auf der Basis von „implizitem Beziehungswissen“ (Stern; andere (BCPSG) 2012, S. 62) realisiert, welches als Stimmigkeit im betreffenden Moment wahrscheinlich eher unmittelbar „gespürt“ oder „erfasst“, nicht aber reflexiv „gewusst“ wird. Dieses Geschehen wurde in der Kommunikation der Dyade von Fachkraft und Klient_in sichtbar und konnte auf dieser Basis rekonstruiert werden. Diese Bewertung konnte zwischen den Interaktionspartner_innen jedoch unterschiedlich ausfallen, obwohl sie sich auf das gleiche interaktive Geschehen bezog. Am Material zeigte sich, dass die Bewertung der Arbeitsbeziehung sich eher in Richtung Vertrauen entwickelte, wenn eine Verständigung über das Anliegen des Klienten möglich war, auch wenn es sich als Reaktion auf die Interaktion der Fachkraft veränderte und wenn eine Zuversicht bezüglich der Realisierung dieses Anliegens in erreichbare Nähe zu rücken schien. Die dazugehörenden Interaktionen konnten nonverbal auch durch die, als Unterstützung erlebten Handlungen der Fachkraft oder die, als Kooperation bewerteten Handlungen des Klienten erfolgen. Wichtig war in diesem Zusammenhang, dass die Fachkräfte alle Explikationen über das Anliegen des Klienten aufnahmen. Eine Entwicklung der Bewertung in Richtung Vertrauen zeigte sich im Material an spezifischem kommunikativem Verhalten, welches bereits Arnold (2009, S. 182 f.) für die Ebene der Klienten als „Motivation, Kooperation und Geben von benötigten Informationen“ operationalisiert hatte. Gezeigtes Vertrauen setzte eine spezifische, sich selbst verstärkende Wechselwirkung in Gang. Insbesondere das Geben von weiteren Informationen, nach denen nicht konkret gefragt wurde, ermöglichte für die Fachkräfte ein vertieftes Verständnis der Konstruktionen der Klienten. Die Rekonstruktion legte nahe, dass eine, als angemessen erlebte Reaktion der Fachkräfte auf diese „Öffnung“ von den Klient_innen als „Verstehen“ oder „Verstehen wollen“ erlebt wurde. Als angemessen erlebte Reaktionen, die wiederum Einfluss auf das Kommunikationsverhalten der Klienten genommen haben, waren mit Hilfe der Operationalisierungen aus dem Konzept der „sensitiven Responsivität“ als „Signale bemerken und sich angemessen verhalten“ (Remsperger 2013, S. 15) beschreibbar. Die sich gegenseitig verstärkenden Interaktionen, welche wiederum neue Explikationen der Konstruktionen hervorbrachten, wurden mit Hilfe des sensibilisierenden Konzepts von Stern und der BCPSG (2014, S. 157 f.) als „relationale Schritte“ oder als „Vorangehen“ in Bezug auf die Entwicklung einer Arbeitsbeziehung eingeordnet. Die Leistung der Fachkraft bestand darin, Klient_innen einen, als subjektiv stimmig erlebten offenen Raum für die Darstellung seiner bzw. ihrer

Konstruktionen zu geben und Zuversicht im Hinblick auf dessen Realisierung zu evozieren. Dazu gehörte es, ihre eigene Kommunikation und ihr Verhalten auf der Basis ihres impliziten Beziehungswissens auf den / die Klient_in abzustimmen, sich rekonstruktiv aktiv um eine Verständigung über das Anliegen, das sich im Gespräch verändern oder auch noch entwickeln konnte, zu bemühen und dabei allen Explikationen des Klienten sensibel nachzuspüren und diese aufzunehmen, ohne sie zu bewerten sowie konkrete Möglichkeiten zur Realisierung des explizierten Anliegens anzubieten bzw. die Kommunikation darüber zu ermöglichen. Hier stabilisierte sich letztlich eine eher vertrauensvolle Arbeitsbeziehung. Aus diesem Grund wurde dies als Wahrnehmung einer Brückenfunktion in das Feld von (suchtbezogenen) Hilfen beschrieben. Das sozialarbeiterische Handeln selbst wurde im Rahmen der Untersuchung konzeptionell als explizit sozialpädagogischer Zugang über den „Fall mit“ im Rahmen einer multiperspektivischen Fallarbeit (Müller 2012, S. 54 ff.) rekonstruiert, da diese Falldimension gegenüber den anderen Falldimensionen (Fall von und Fall für) zumindest in dieser Anfangsphase der Beziehung (Erstgespräch) priorisiert wurde. Im Rahmen des zur Verfügung stehenden Fallmaterials wurde vermutet, dass dieses dafür notwendige implizite Beziehungswissen der Fachkräfte sich beruflich auch reflexiv durch Supervision und Fallbesprechungen oder durch Aus- und Fortbildungen herausgebildet hat, aber auch durch die spezifische Konstellationen der Organisation und des Feldes suchtbezogener Hilfen beeinflusst wurde. Von den Fachkräften wurde es als „Erfahrung“ beschrieben, teilweise individuell kategorisiert und fallbezogen expliziert. Es wurde in den Nachinterviews aber nicht explizit an übergeordnete Konzepte (der Sozialen Arbeit), z. B. die oben genannten Konzepte, gebunden. Um diese Beobachtung genauer fassen und analysieren zu können bzw. die Herkunft und ‚Weiterverarbeitung‘ dieses impliziten Beziehungswissens genauer bestimmen zu können, was z. B. für einen Kontext von Ausbildung interessant sein dürfte, bedarf es jedoch weiterer Forschungen, weshalb sie in dieser Arbeit ein Desiderat bleibt.

Die Rekonstruktion ergab weiter, dass, wenn das Anliegen des / der Klient_in in den Strukturen der Organisation oder Feldes suchtbezogener Hilfen untergeordnet wurde oder Anteile der Explikation des Anliegens eines Klienten nicht aufgenommen wurden bzw. nicht auf Resonanz stießen, sich für die Klient_innen in der Folge die Zuversicht bezüglich der Realisierung ihres Anliegens zu verringern schien. Auf der Basis der sich anschließenden Kommunikation wurde rekonstruiert,

dass dies eine Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen auslöste, was sich als kommunikativer Rückzug des Klienten und als ausschließliches Geben der nötigsten Informationen zeigte. Dies wiederum löste eine Wechselwirkung mit den Fachkräften aus, die ihrerseits mit Bewertungen der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen reagierten, nicht thematisierend auf dieses Verhalten eingingen oder mit dem Versuch reagierten, etwas verordnen zu wollen. Dies zeigte sich insbesondere dann, wenn sie Suchtberatung lediglich als Vorstufe für Rehabilitation und nicht als eigenständige Leistung begriffen. Dieser Teil des Überprüfens der Passung des Anliegens in Bezug auf die Möglichkeiten des Feldes wurde als Gatekeeperfunktion beschrieben. Die Wahrnehmung dieser Funktion ermöglichte auf der einen Seite Schutz der Klient_innen vor Überforderung durch ein unreflektiertes „sich Einlassen“ auf eine suchtbezogene Hilfe, die im Modus von Krankheitsbehandlung angeboten oder auch verordnet wird, führte aber durch Überbetonung dieser Funktion auf der anderen Seite dazu, dass Anliegen oder Teile des Anliegens den Strukturvorgaben des Feldes untergeordnet wurden.

Explizit zeigte sich an dieser Stelle der Wahrnehmung der Gatekeeperfunktion auch der Einfluss des Feldes suchtbezogener Hilfen auf die qualitative Entwicklung der Arbeitsbeziehung. Diese Dynamik des Feldes wurde so rekonstruiert, dass Suchtberatungsstellen einerseits zwar eine monopolartige Stellung im Feld der suchtbezogenen Hilfen einnehmen und diese nicht ohne weiteres zu ersetzen ist¹⁰⁸, andererseits aber durch ihre Zuordnung als sog. „freiwillige Leistung“ der Daseinsvorsorge finanziell prekär ausgestattet sind. Diese prekäre Ausstattung in Verbindung mit der fast vollständigen Etikettierung von Sucht als Krankheit in den Einrichtungen der Suchthilfe (Bauer 2013) befördert eine Interaktionsdynamik zwischen Fachkraft und Klient_in, die die Gatekeeperfunktion in der Suchtberatung in den Vordergrund rücken lässt, wenn es durch fachliche Leistung der Fachkräfte nicht gelingt, die Felddynamik zu neutralisieren. Die Auswirkung dieser Dynamik auf die Entwicklung einer Arbeitsbeziehung zeigte sich im Material darin, dass in allen aufgezeichneten Gesprächen die Fachkräfte zumindest kurz, offenbar habituell die Rolle eines / einer Gatekeeper_in für das Feld suchtbezogener Hilfen und insbesondere der Rehabilitation Sucht

¹⁰⁸ Dies bezieht sich auf die beschriebene Brücken- und Gatekeeperfunktion, die in den zentralen Aufgabenbeschreibungen (s. Kap. 3.2) auch mit „Beratung und Vermittlung“ beschrieben wird.

einnahmen. Diese teilweise habituelle Rollenübernahme wiederum führte auf der Kommunikationsebene zu einem, für die Klienten spür- und wahrnehmbaren, Moduswechsel der Interaktion von „Verstehen“ zu „Überprüfen“. Hier entstand in allen Fällen eine Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen, da die Übernahme dieser Funktion in keinem Fall thematisiert wurde. Mit Blick auf die strukturelle Einordnung in das Feld suchtbezogener Hilfen legen die Ergebnisse der Untersuchung nahe, dass insbesondere die prekäre Ausstattung zu einer Reduktion der Hilfeart Suchtberatung auf eine Zuliefererrolle zu weiterführenden Hilfen und insbesondere zur Rehabilitation als dominanter Hilfeart führen kann. Dies unterstützt damit strukturell eher die Gatekeeperfunktion als die Brückenfunktion. Dieses wiederum blockiert, mindestens aber erschwert, strukturell das Entstehen einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung und hat somit auch Auswirkungen auf die Entwicklung einer für die Annahme und Nachhaltigkeit weiterführender suchtbezogener Hilfen notwendigen Adherence.

Eine Entwicklung der Bewertung in Richtung Vertrauen hingegen zeigte sich im Zusammenhang mit den Einflüssen des Feldes, wenn die Klienten in den untersuchten Fällen in der Interaktion mit den Fachkräften der Suchtberatung eine Erfahrung machten, die als Differenzenerfahrung im Vergleich zu anderen Erfahrungen im Feld suchtbezogener Hilfen rekonstruiert wurde. Diese bestand u. a. darin, dass die durch die Zuschreibung des Feldes nahegelegte Priorisierung der Gatekeeperfunktion durch fachliches Können (sozialpädagogischer Zugang zum Fall) neutralisiert wurde. Dies bezog sich dann auf die Subjektorientierung der Fachkräfte (z. B. Was möchte jemand?) im Vergleich zur Objektorientierung anderer von den Klienten erlebten Hilfen (z. B. Ist jemand als süchtig zu bezeichnen oder einem zuschreibenden was braucht jemand?). Eine Subjektorientierung konnte allerdings auch heißen, dass ein Anliegen im Sinne einer Auslotung von Passung oder Spielräumen in sich bietende Möglichkeiten des Feldes entsprechend ein- aber nicht untergeordnet wurde. In einigen Fällen war genau dies das Anliegen des / der Klient_in.

In allen Erstgesprächen konnten Anteile von Bewertungen der Arbeitsbeziehung in beide Richtungen (Vertrauen oder Misstrauen) rekonstruiert werden. Dennoch wird davon ausgegangen, dass sich zum Ende eine stabilisierte Tendenz in die eine oder andere Richtung entwickelt hatte. In den Fällen, in denen die Tendenz in Richtung Vertrauen rekonstruiert wurde, meldeten die Fachkräfte zurück, dass die Gespräche im

Rahmen eines Arbeitsbogens fortgesetzt und auch die im Erstgespräch explizierten Anliegen realisiert wurden. In den Fällen, in denen herausgearbeitet wurde, dass sich eine Tendenz der Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen stabilisiert hatte, ergab eine Nachfrage bei den Fachkräften zu einem späteren Zeitpunkt, dass weitergehende Gespräche, die nach Erstgesprächen stattfanden, von den Klienten nach zwei bis drei weiteren Kontakten abgebrochen wurden. Dies wurde so gedeutet, dass sich hier eine Fehlabstimmung über die Anliegen und Möglichkeiten zur Hilfe, die im Erstgespräch analysiert werden konnte, fortgesetzt hatte. Dies weist auf einen Zusammenhang zwischen dem Verlauf des Erstgesprächs und dem weiteren Verlauf des Hilfeprozesses hin, sollte aber noch weiter untersucht werden (z. B. mit einem Forschungsdesign, das eher auf einen Längsschnitt ausgerichtet ist). Neben den schon angesprochenen Desideraten bleiben weitere Fragen offen, die den Einfluss auf die Entwicklung einer Arbeitsbeziehung vor allem in struktureller Perspektive betreffen und die weiter thematisiert werden sollten. Die überwiegende Etikettierung von Sucht als Krankheit, ihre Implikationen und die Ausrichtung zentraler Hilfestrukturen der SGB V und VI an dieser sowie die Erwartung der Anpassung von Klient_innen an diese Strukturen als implizite Voraussetzung zur Annahme dieser Hilfen (Krankheitseinsicht, Adherence) (vgl. Kap. 3.1) führt zum Beispiel zu der Frage, ob und wenn ja, welche strukturellen Alternativen es hierzu geben könnte. Weiter ist zu fragen, wie der Gefahr der Unterordnung von Klient_innenanliegen unter die Anliegen der Organisation Suchtberatung begegnet werden kann, da aufgrund der vorliegenden Untersuchung vermutet wurde, dass dies auch mit der eher prekären, schlecht gesicherten, sehr heterogenen Finanzierung von Suchtberatung und den damit verbundenen Implikationen (vgl. Kap. 3.2.1) in Zusammenhang steht. Die Ergebnisse der HELPS-Studie (Fankhänel et al. 2014) allerdings lassen vermuten, dass ein Verzicht auf die Leistungen einer Suchtberatung als eigenständiger Hilfeart, die einen sozialpädagogischen Zugang zum Fall realisieren kann, wo auch immer sie strukturell angegliedert ist, sowohl Folgen für die Realisierung suchtbezogener Hilfen in der Perspektive von Sucht als Krankheit (vgl. Kap. 9) als auch insbesondere für die Menschen, die vor allem Hilfe suchen, um ihre Anliegen realisieren zu können, haben dürfte.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammenfassend kann die am Ausgangspunkt dieser Untersuchung stehende, auf Erfahrungswissen der Fachkräfte beruhende Zuschreibung der Bedeutung von Erstgesprächen in Suchtberatungsstellen unter dem Aspekt der Entwicklung

einer Arbeitsbeziehung, die in den Forschungsfragen operationalisiert wurden, nun empirisch plausibilisiert werden. Darüber hinaus kann durch die datenbasierte Entwicklung der Begriffe „Arbeitsbeziehung“, „vertrauensvolle Arbeitsbeziehung“ und „misstrauische Arbeitsbeziehung“ gezeigt werden, wie sich die Dynamik des Feldes suchtbezogener Hilfen bis in die Verästelung der Fallarbeit in diesem Fall der Entwicklung einer Arbeitsbeziehung auswirkt. Dadurch wird es möglich, sozialpolitische Schlussfolgerungen im Sinne der Erweiterung von Möglichkeiten zur Hilfe für Nutzende (vgl. Kap. 9) empirisch zu begründen. Darüber hinaus kann mit der vorliegenden Arbeit auch einen Beitrag zur Entwicklung einer „konsolidierten Wissensbasis“ (Sommerfeld et al. 2016, S. 13) für Soziale Arbeit in Bezug auf die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung im Erstgespräch in Suchtberatungsstellen geleistet werden.

Literaturverzeichnis

Althammer, Jörg W.; Lampert, Heinz (2014): Lehrbuch der Sozialpolitik. 9., aktualisierte u. überarb. Aufl. 2014. Berlin: Springer Gabler (Springer-Lehrbuch).

Angermeyer, Matthias C.; Matschinger, Herbert; Grobel, Stephan (1995a): Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken. Teil 1: Soziale Distanz. In: *Sucht* 41 (4), S. 232–237.

Angermeyer, Matthias C.; Matschinger, Herbert; Grobel, Stephan (1995b): Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken. Teil 2: Stereotyp und Stigmatisierung. In: *Sucht* 41 (4), S. 238–244.

Aristoteles: Nikomachische Ethik. Online verfügbar unter <http://gutenberg.spiegel.de/buch/nikomachische-ethik-2361/>, zuletzt geprüft am 14.07.2016.

Arnold, Susan (2009): Vertrauen als Konstrukt. Sozialarbeiter und Klient in Beziehung. 1. Aufl. Marburg: Tectum-Verl.

Arnold, Thomas (1992): Nähe und Distanz. Formelle und informelle Handlungsanteile als besonderes Problem in sozialen Diensten. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 139 (5), S. 127–128.

Arnold, Thomas (2014): Sozialpolitik. In: Günter J. Friesenhahn, Daniela Braun und Rainer Ningel (Hg.): Handlungsräume Sozialer Arbeit. Ein Lern- und Lesebuch. Opladen: Budrich (UTB, 8545), S. 212–222.

Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard (2010): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. 5., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Barsch, Gundula (2013): Von der Suchtprävention zur Drogenmündigkeit. In: Maria A. Marchwacka (Hg.): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Wiesbaden: Springer VS, S. 141–170.

Bauer, Robert (2013): Sucht zwischen Krankheit und Willensschwäche. Tübingen: Francke (Tübinger Studien zur Ethik, 2).

Bauer, Robert; Eppler, Natalie; Wolff, Julia (2009): Implications of understanding addiction. an introductory overview. In: Christian Hoffstadt und Remo Bernasconi (Hg.): *An den Grenzen der Sucht*. Freiburg (im Breisgau): projekt-Verlag (Aspekte der Medizinphilosophie, 8), S. 13–30.

Baumann, Menno (2009): *Verstehende subjektlogische Diagnostik bei Verhaltensstörungen. Ein Instrumentarium für Verstehensprozesse in pädagogischen Kontexten*. Hamburg: Tredition.

Becker-Lenz, Roland; Müller, Silke (2009): *Der professionelle Habitus in der Sozialen Arbeit. Grundlagen eines Professionsideals*. Bern: Peter Lang.

Bilke, Oliver; Labonté-Roset, Christine (2010): *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*; Brigitte Geißler-Piltz gewidmet. Unter Mitarbeit von Brigitte Geißler-Piltz. Berlin [u.a.]: Schibri-Verl (Praxis, Theorie, Innovation, 9).

Blumer, Herbert (1986): *Symbolic interactionism. Perspective and method*. Berkeley: University of California Press.

Böhl, Andreas et al (2010): *Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Bestandsaufnahmen und Entwicklungsperspektiven*. Hg. v. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Hamm. Online verfügbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011_02_28-DHS_Verbundpapier-DIN_neu_2.pdf, zuletzt geprüft am 15.01.2016.

Bohnsack, Ralf (2014): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 9., überarb. und erw. Aufl. Opladen, Toronto: Budrich (UTB, 8242 : Erziehungswissenschaft, Sozialwissenschaft).

Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael (Hg.) (2011): *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. 3., durchges. Aufl. Opladen: Budrich (UTB Erziehungswissenschaft, Sozialwissenschaft, 8226).

Bojack, B.; Brecht, E.; Derr, C. (2010): *Alter, Sucht und Case Management: Case Management als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter*. Erfurt: Europ. Hochsch.-Verlag.

Boywitt, C. Dennis (2012): *Evaluation der psychosozialen Betreuung Opiatabhängiger in Substitutionsbehandlung*. In: *Sucht* 58 (4), S. 269–276.

- Braun, Barbara; Brand, Hanna; Künzel, Jutta (2015b): Deutsche Suchthilfestatistik. Tabellenband für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen. München.
- Braun, Barbara; Specht, Sara; Thaller, Rebecca; Künzel, Jutta (2017a): Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Teilband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Institut für Therapieforschung (IFT). München.
- Braun, Barbara; Specht, Sara; Thaller, Rebecca; Künzel, Jutta (2017b): Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Tabellenband für ambulante Sucht- und/oder Beratungsstellen und Institutsambulanzen. Institut für Therapieforschung (IFT). München.
- Bryant, G. A.; Fessler, D. M.; Fusaroli, R., Clint, E.; Aarøe, L.; Apicella, C. L.; ... & De Smet, D. (2016): Detecting affiliation in laughter across 24 societies. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences* 113 (17), S. 4682–4687.
- Bryant, Gregory A.; Aktipis, C. Athena (2014): The animal nature of spontaneous human laughter. In: *Evolution and Human Behavior* 35 (4), S. 327–335.
- Bundesgesundheitsministerium (2016): Gesundheitsgefahren. Sucht und Drogen. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html>, zuletzt aktualisiert am 17.05.2016, zuletzt geprüft am 28.11.2016.
- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit: Sucht und Drogen. Online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html>, zuletzt geprüft am 22.02.2017.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007): Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. ein Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln.
- Bürkle, Stefan (2015): Wo stehen die Beratungsstellen. Neue Herausforderungen in der ambulanten Suchthilfe. In: *Konturen* 1 (Titelthema), zuletzt geprüft am 07.08.2016.
- Cleppien, Georg (2012): Über die Schwierigkeiten Klient/innen zu vertrauen. In: Sandra Tiefel und Maren Zeller (Hg.): Vertrauensprozesse

in der Sozialen Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren (Soziale Arbeit aktuell, 20), S. 49–66.

Deimel, Daniel (2012): Die Versorgungspraxis der psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger. In: *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 25 (1), S. 44–97.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (1999): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe. Unter Mitarbeit von Dilek Türk und Christoph Kröger. Online verfügbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Beratungsstellen/leistungsbeschreibung_1999.pdf.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010): Positionspapier Psychosoziale Begleitung Substituierter. Online verfügbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011-01-10_Positionspapier_PSB_-_Endfassung.pdf, zuletzt geprüft am 05.05.2017.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. Hamm.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013a): Vereinbarungen im Suchtbereich. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2013b): Vereinbarungen im Suchtbereich. Berlin.

Dollinger, Bernd; Schmidt-Semisch, Henning (Hg.) (2007): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Fankhänel, Thomas; Klement, Andreas; Forschner, Lukas (2014): Hausärztliche Intervention für eine Entwöhnungs- Langzeitbehandlung bei Patienten mit einer Suchterkrankung (HELPS). In: *Sucht Aktuell* (2), S. 55–59.

Feindt, Andreas; Broszio, Andreas (2008): Forschendes Lernen in der LehrerInnen-Bildung. Exemplarische Rekonstruktion eines Arbeitsbogens studentischer Forschung. In: *Qualitative Social Research* (1), S. 55, zuletzt geprüft am 29.11.2016.

Freikamp, Ulrike (2012): Prozess und Wirkungen des Erstgespräches im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen. Dissertation. Freie Universität, Berlin. Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.

Fuchs, Thomas (2013): Das Gehirn–ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. 4., aktualisierte und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Fuchs-Heinritz, Werner (Hg.) (2011): Lexikon zur Soziologie. 5., überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Gahleitner, Silke Birgitta; Ortiz-Müller, Wolf (2011): Krisenintervention. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7., völlig überarb. und aktualisierte Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges, S. 549.

Gehrken, Klaus (2016): Qualifizierter Entzug und was dann? Zugang in die Suchtrehabilitation durch Nahtlosverfahren verbessern (konturen). Online verfügbar unter <https://www.konturen.de/titelthema/titelthema-2-2016-Suchtrehabilitation/qualifizierter-entzug-und-was-dann/>, zuletzt geprüft am 30.11.2016.

Geißler-Piltz, Brigitte; Mühlum, Albert; Pauls, Helmut (2005): Klinische Sozialarbeit. Mit 2 Tabellen. 1. Aufl. München: Reinhardt (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 7).

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (2010): Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung. Unter Mitarbeit von Axel T. Paul, Stefan Kaufmann und Bruno Hildenbrand. 3., unveränderte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber (Programmbereich Gesundheit).

Goergen, Hartmut et al (2004): Arbeit der Suchtberatungsstellen der freien Wohlfahrtspfleg. Positionspapier. Saarbrücken.

Goßler, Andrea (2010): Nikotin: molekulare und physiologische Effekte im Zentralnervensystem. Ein stereospezifisches Modell zur Analyse der Nikotinperzeption, liking und sensorisch induziertem Craving. Bamberg: Univ. of Bamberg Press (Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bd. 5).

Hansjürgens, Rita (2013): "Zwischen den Stühlen". Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. Forschungsbericht. Hochschule, Koblenz. Fachbereich Sozialwissenschaften.

Hargens, Jürgen (2000): Klar helfen wir Ihnen! Wann sollen wir kommen? 2. Aufl. Dortmund: Borgmann (Systemische Ansätze in der sozialpädagogischen Familienhilfe, / Jürgen Hargens (Hrsg.) ; Teil 1).

Heckhausen, Heinz; Heckhausen, Jutta (2010): Motivation und Handeln. Mit 45 Tabellen ; [+ online specials]. 4., überarb. und erw. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer (Springer-Lehrbuch).

Heiner, Maja (2004): Fallverstehen, Typen der Falldarstellung und kausale Kompetenz. In: Reinhard et al Hörster (Hg.): Orte der Verständigung. Beiträge zum sozialpädagogischen Argumentieren. Burkhard Müller zum 65. Geburtstag gewidmet. Freiburg i. Br: Lambertus, S. 91-108.

Helas, Irene (1997): Über den Prozess der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe. In: Elke Hauschildt (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Struktur und Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 147-161.

Hessische Landessstelle gegen die Suchtgefahren (2000): Leistungsbeschreibung für Suchtberatungsstellen in Hessen. Frankfurt. Online verfügbar unter http://www.hls-online.org/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=386&task=view.download&cid=87, zuletzt geprüft am 15.01.2016.

Hoffstadt, Christian; Bernasconi, Remo (Hg.) (2009): An den Grenzen der Sucht. Freiburg (im Breisgau): projekt-Verlag (Aspekte der Medizinphilosophie, 8).

Hutterer-Jonas, Veronika (1990): Das Erstgespräch mit Alkoholkranken. In: *Suchtgefahren* 36, S. 332-334.

Kähler, Harro Dietrich; Gregusch, Petra (2015): Erstgespräche in der fallbezogenen Sozialen Arbeit. 6., überarb. und erw Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kähler, Harro Dietrich; Zobrist, Patrick (2013): Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann; mit ... 13 Tabellen. 2., überarb. Aufl. München [u.a.]: Reinhardt.

Kallmeyer, Werner; Schütze, Fritz (1977): Zur Konstruktion von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: Dirk Wegner (Hg.): Gesprächsanalysen. Vorträge, gehalten anlässlich des 5. Kolloquiums des Instituts für Kommunikationsforschung und Phonetik.

14.–16. Oktober 1976. Bonn (Forschungsberichte des Instituts für Kommunikationsforschung und Phonetik der Universität Bonn, 65), S. 159–274.

Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Qualitative Sozialforschung, 15).

Kemper, Ulrich (2008): Der Suchtbegriff. Versuch einer Annäherung. In: *Jahrbuch Sucht*, S. 210–226.

Knoche, Anja (2014): Begutachtung der Fahreignung 2013.

Köngeter, Stefan (2009): Relationale Professionalität. Eine empirische Studie zu Arbeitsbeziehungen mit Eltern in den Erziehungshilfen. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren (Grundlagen der sozialen Arbeit, Bd. 22).

Körkel, Joachim; Soyka, Michael; Bottlender, Miriam; Spanagel, Rainer (2005): For and against: controlled drinking as useful and necessary treatment alternative. In: *Psychiatrische Praxis* 32 (7), S. 324–326. DOI: 10.1055/s-2005-867047.

Krasney, Otto E. (2005): Rechtsgrundlagen bei der Behandlung von Alkoholkrankheiten und Suchtkrankheiten. In: Manfred V. Singer und Stephan Teyssen (Hg.): Alkohol und Alkoholkrankheiten. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. 2. vollst., überarb., u. akt. Aufl. Berlin: Springer, S. 543–550.

Kraus, Ludwig; Pabst, Alexander (2009): Epidemiologischer Suchtsurvey. In: *Sucht* 56 (5).

Kreis, Sebastian (1985): Die Kategorie "Beziehung" in der Kommunikationsanalyse. Eine linguistische Untersuchung zur Bedeutung des Beziehungsaspektes. Zürich.

Leune, Jost (1999): Suchtberatung. In: F. Stimmer (Hg.): Suchtlexikon: De Gruyter.

Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.) (2013a): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Gesundheit, Politik-Gesellschaft-Wirtschaft).

Luthe, Ernst-Wilhelm (2013b): Modellebenen der integrierten Versorgung. In: Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Gesundheit, Politik-Gesellschaft-Wirtschaft), S. 37–54.

Mann, Karl; Rommelspacher, Hans. (1999): Alkohol. In: Markus Gastpar und Antje Alte-Teigeler (Hg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. 34 Tabellen. Stuttgart: Thieme, S. 183–200.

May, Michael (2006): Woher kommt die Produktivität des Sozialen. Ansätze zu einer Analyse ihrer Produktivkräfte. In: Karin Böllert (Hg.): Die Produktivität des Sozialen–den sozialen Staat aktivieren. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

May, Michael (2016): Analyse von Veränderungsprozessen in frühkindlicher Interaktion und psychodynamischen Therapien. Zu den professionstheoretischen Konsequenzen des integrativen Paradigmas und seiner Kritik. In: *Sozialwissenschaftliche Literaturrundschau* (72), S. 85–121.

Mey, Günter; Mruck, Katja (Hg.) (2010): Grounded Theory Reader. 2., aktualisierte u. erw. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen. Grundsätze / Strategie / Handlungsrahmen. Düsseldorf.

Morse, Stephen J. (2004): Medicine and Morals, Craving and Compulsion. In: *Substance Use & Misuse* 39 (3), S. 437–460.

Müller, Burkhard (2012): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 7. überarb. und erw. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Müller, Sabine (2009): "Mehr als König Alexander hast du getrunken". Alkoholsucht im antiken griechischen Diskurs. In: Christian Hoffstadt und Remo Bernasconi (Hg.): An den Grenzen der Sucht. Freiburg (im Breisgau): projekt-Verlag (Aspekte der Medizinphilosophie, 8), S. 205–222.

Nadai, Eva; Sommerfeld, Peter (2005): Professionelles Handeln in Organisationen. Inszenierungen der Sozialen Arbeit. In: Michaela Pfadenhauer (Hg.): Professionelles Handeln. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 181–205.

O'Brien, Charles P.; Volkow, Nora; Li, T-K (2006): What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. In: *Am J Psychiatry* 2006;163:764–765. 163, S. 764–765.

Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Arno Combe und Werner Helsper (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1230), S. 70–182.

Oevermann, Ulrich (2009): Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und die Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis Sozialarbeit. In: Roland Becker-Lenz (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, S. 113–142.

Oevermann, Ulrich (2012): Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In: Klaus Kraimer (Hg.): Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Originalausgabe, 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1459), S. 58–156.

Parsons, Talcott (1970): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: Rene König, Margret Tönnemann und René König (Hg.): Probleme der Medizin-Soziologie. 4. Aufl. Köln: Westdt. Verl (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft, 3), S. 10–57.

Peters, Oliver (2014): Problemsikzzen im Beratungsprozess Altkolkranker. Am Beispiel der sozialpädagogischen Beratungsarbeit des ambulanten Dienstes des Therapiezentrum "Ahornhof" im Kreis Pinneberg, Schleswig-Holstein unter Einbeziehung der Prozessschritte in der Beratung nach Sue Cullen. In: *neue praxis* 44 (1), S. 75–84.

Petry, Jörg (2001): Trinkkontrolle. Ideengeschichte und aktuelle Debatte. In: *Sucht* 47 (4), S. 233–249.

Piaget, Jean (1973): Erwachen der Intelligenz beim Kinde (La naissance de l'intelligence chez l'enfant, dt.). 2. Aufl. der 3. Aufl. Mit e. Einf. v. Hans Äbli. Die Übers. bes. Bernhard Seiler. Stuttgart: Klett.

Potthast, Nadine; Catani, Claudia (2012): Trauma und Sucht. Implikationen für die Psychotherapie. In: *Sucht* 58 (4), S. 227–235. DOI: 10.1024/0939–5911.a000191.

Reinarman, Craig (2007): Die soziale Konstruktion von Drogenpaniken. In: Bernd Dollinger und Henning Schmidt–Semisch (Hg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 97–111.

Remsperger, Regina (2013): Das Konzept der sensitiven Responsivität. Ein Ansatz zur Analyse des pädagogischen Antwortverhaltens in der ErzieherInnen–Kind–Interaktion. In: *Frühe Bildung* 2 (1), S. 12–19.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und für ausgewählte Leistungsbereiche.

Sapier, Jean V. (1967): Faktoren der Beziehungsgestaltung in der Behandlung von Alkoholikern. In: Praxis sozialer Fallarbeit mit Alkoholkranken. Freiburg i. Br: Lambertus–Verl., S. 18–30.

Schäffer, Dirk (2016): Patientenbedarfe, Patientenrechte und Patientenbeteiligung in der Substitutionsbehandlung. In: Heino Stöver (Hg.): 3. Alternativer Drogen– und Suchtbericht. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 220–225.

Schäfter, Cornelia (2010): Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden (SpringerLink : Bücher).

Schaler, Jeffrey (2000): Addiction as a choice. Chicago, Ill.: Open Court.

Scheidt–Nave, Christa (2010): Chronische Erkrankungen–Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. In: *Public Health Forum* 18 (1). DOI: 10.1016/j.phf.2009.12.002.

Schliehe, Ferdinand (1995): Struktur und Organisation der medizinischen Rehabilitation. Thesen zur Weiterentwicklung und Reform. In:

Barbara Riedmüller und Thomas Olk (Hg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Leviathan, Zeitschrift für Sozialwissenschaft, 14), S. 107–116.

Schuster, Eva Maria (1997): Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH). Aspekte eines mehrdimensionalen Handlungsansatzes für Multiproblemfamilien. Univ., Diss.--Dortmund, 1996. Frankfurt am Main, Berlin: Lang (Europäische Hochschulschriften Reihe 11, Pädagogik, 712).

Schütze, Fritz (1984a): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Martin Kohli und Günter Robert (Hg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beitr. u. Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler, S. 78–117.

Schütze, Fritz (1984b): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Martin Kohli und Günther Robert (Hg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 78–117.

Seitz, Helmut K.; Lesch, Otto M.; Spanagel, Rainer; Beutel, Martin; Re-decker, Thomas (2010): Alkoholabhängigkeit. Hg. v. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Suchtmedizinische Reihe).

Shaw, Ian (2004): 'Dirty work patients' and 'revolving doors'. In: *Qualitative Health Research* 14 (8), S. 1032–1045.

Smith, Jane Ellen; Meyers, Robert J. (2013): Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag (Fachwissen).

Sommerfeld, Peter (2010): Entwicklungen und Perspektiven der Sozialen Arbeit als Disziplin. In: Gahleitner, Silke Brigitta et. al. (Hg.): Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven. Leverkusen: Budrich (Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, 1), S. 29–44.

Sommerfeld, Peter; Dällenbach, Regula; Rüeegg, Cornelia (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.

Sommerfeld, Peter; Haller, Dieter (2003): Professionelles Handeln und Management. oder ist der Ritt auf dem Tiger möglich? In: *neue praxis* 33 (1), S. 61–89.

Spode, Hasso (1993): Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich.

Spode, Hasso (2012): Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert. Vom Kreuzzug zur Behandlungskette. In: *Suchttherapie* 13 (4), S. 155–161.

Stern, Daniel N. (2014): Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. 4. Aufl. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Stern, Daniel N.; andere (BCPSG) (2012): Veränderungsprozesse. Ein integratives Paradigma. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Strauss, Anselm L.; Corbin, Juliet M. (1996): Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet H.; Jackson, Don D. ((1969) 2007): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 11., unveränd. Aufl. Bern: Huber.

Weerth, R. (1994): NLP & Imagination. Grundannahmen, Methoden, Möglichkeiten und Grenzen. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Wenneis, Anne C. (1967): Die emotionalen Bedürfnisse des Alkoholikers. In: Praxis sozialer Fallarbeit mit Alkoholkranken. Freiburg i. Br: Lambertus-Verl., S. 31–40.

Wernet, Andreas (2009): Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden (Qualitative Sozialforschung).

Westerbarkey, Joachim (2009): Sucht als diskursives Konstrukt. In: Christian Hoffstadt und Remo Bernasconi (Hg.): An den Grenzen der Sucht. Freiburg (im Breisgau): projekt-Verlag (Aspekte der Medizinphilosophie, 8), S. 103–114.

Wiesemann, Claudia (2000): Die heimliche Krankheit. Eine Geschichte des Suchtbegriffs. Univ., Habil.-Schr.--Erlangen-Nürnberg. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog (Medizin und Philosophie, 4).

Wilken, Beate (2005): Kognitive Umstrukturierung. In: Petermann, Franz, Reinecker, H. (Hg.): Handbuch der klinischen Psychologie und

Psychotherapie. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe (Handbuch der Psychologie, Bd. 1), S. 357–364.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: *Forum: Qualitative Social Research* 1 (1, Art. 22). Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519#g3>, zuletzt geprüft am 05.07.2016.

Wyssen-Kaufmann, Nina (2012): Auswirkungen des 'Stellvertretungsparadoxes' auf das Arbeitsbündnis in der Sozialen Arbeit. In: Andreas Hanses und Kirsten Sander (Hg.): *Interaktionsordnungen. Gesundheit und soziale Praxis*. Wiesbaden: Springer VS, S. 197–218.

Wyssen-Kaufmann, Nina (2015): Bedeutung der Anamnese in der Sozialen Arbeit. Von einer Fallstudie in der Psychiatrie zum heuristischen Modell. Zugl.: Mainz, Univ., Diss. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich (Rekonstruktive Forschung in der sozialen Arbeit, 16).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Sozialarbeiterische Tätigkeiten in Suchtberatungsstelle. 59

Abbildung 2: Entwicklung der (Arbeits-) Beziehung 297

Abbildung 3: Kategorien der Entwicklung einer Arbeitsbeziehung
in Suchtberatungsstellen..... 298

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Kontextbedingungen des erhobenen
Datenmaterials..... 90

Dank

Mein herzlicher Dank gilt meinen Betreuern und Gutachtern Prof. Dr. Thomas Arnold und Prof. Dr. habil. Michael May, allen Klient_innen, Fach- und Leitungskräften in den mitwirkenden Suchtberatungsstellen, allen, die mich mit Rat und Hilfe unterstützt haben und meiner Familie, die den Prozess der Entstehung dieser Dissertation liebevoll und nachsichtig begleitet hat.