

„Neue Autorität“ bei Drogen- konsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Kann das Konzept der „neuen Autorität“ hier
eine gelingende Methode sein?

Lisa Elena Schausberger

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im **Jänner** 2022

Erstbegutachter*in: FH-Prof. Kurt Fellöcker MA, Msc, DSA, Psychotherapeut
(PD)

Zweitbegutachter*in: FH-Prof. Silvia Franke DSA

Abstract

Again and again, care in assisted living facilities is terminated. The adolescents and young adults concerned consume addictive substances; caregivers often reach their own limits or those of the facilities.

This master thesis reflects on the application of the concepts of "new authority", trauma pedagogy and neurodeescalation with regard to the transition process. The aim is to find out whether the concept of "new authority" can be a successful method here. To this end, the following research question is posed: What tools and knowledge do caregivers in residential settings need when working with young people who use addictive substances in the transition process?

The evaluation of the qualitative study shows that the concept of "new authority" needs in particular the prerequisite of trauma pedagogy (consideration of psycho-social diagnostics) and neurodeescalation (relationship and procedure in case of escalating behavior). The sole application of the concept was not very successful. Subsequently, the framework needed for the application of these mutually supportive concepts was investigated. The results have significance for the Equal Opportunities Act and the Child and Youth Welfare Act, for a multi-professional team composition as well as for the rules in dealing with addictive substances, but also for the individuality of every single person concerned in a supervised residential setting.

Zusammenfassung

Immer wieder kommt es zu Betreuungsabbrüchen in betreuten Wohneinrichtungen. Die betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumieren Suchtmittel; BetreuerInnen geraten dabei oft an ihre eigenen Grenzen oder an die der Einrichtungen.

Die vorliegende Masterthesis reflektiert die Anwendung der Konzepte der „neuen Autorität“, Traumapädagogik und Neurodeeskalation mit Rücksichtnahme auf den Transitionsprozess. Ziel ist es herauszufinden, ob das Konzept der „neuen Autorität“ hier eine gelingende Methode sein kann. Dazu wird folgende Forschungsfrage gestellt: Welches Handwerkszeug und Wissen brauchen BetreuerInnen im Wohnsetting in der Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden jungen Menschen im Transitionsprozess?

Die Auswertung der qualitativen Studie zeigt, dass das Konzept der „neue Autorität“ insbesondere die Voraussetzung der Traumapädagogik (Rücksichtnahme auf die psychosoziale Diagnostik) und Neurodeeskalation (Beziehung und Vorgehen bei eskalierendem Verhalten) braucht. Die alleinige Anwendung des Konzepts war wenig erfolgreich. Es wurde in Folge untersucht, welche Rahmenbedingungen es für die Anwendung dieser sich gegenseitig unterstützenden Konzepte braucht. Die Ergebnisse haben Bedeutung für das Chancengleichheitsgesetz und das Kinder- und Jugendhilfegesetz, für eine multiprofessionelle Teamzusammensetzung sowie für die Regeln im Suchtmittelumgang, aber auch für die Individualität jeder einzelnen betroffenen Person in einem betreuten Wohnsetting.

Inhalt

1	Einleitung.....	6
2	Forschungsfrage	7
3	Theoretischer Hintergrund	7
3.1	Bindung und Bindungsstörungen	8
3.1.1	Resilienz, Vulnerabilität und Risikofaktoren	8
3.1.2	Bindung und Sucht	10
3.2	Transitionsprozess	11
3.3	Psychische Auffälligkeiten/Störungen	12
3.3.1	Traumata/Traumatisierungen	14
3.4	Rechtliches	15
3.4.1	Rechtliches zum Jugendgesetz	15
3.4.2	Rechtliches zur Psychiatrie und Chancengleichheit sowie Kinder- und Jugendhilfegesetz	17
3.5	Substanzkonsum	19
3.5.1	Von der Abstinenz bis hin zur Sucht	19
3.5.2	Substanzen	22
3.5.3	Rechtliches zu Suchtmittel und Anzeige	24
3.6	Das Konzept der „neuen Autorität“	26
3.6.1	„7 Säulen der neuen Autorität“	28
3.7	Traumapädagogik	38
3.7.1	Das Konzept der Traumapädagogik	38
3.8	Neurodeeskalation	40
3.9	Resümee	43
4	Methode	43
4.1	ExpertInneninterviews und Sample	43
4.1.1	ExpertInnen und Stichprobe	44
4.1.2	Umstände	44
4.2	Auswertung	45
5	Ergebnis.....	46
5.1	Suchtmittelkonsum in betreuten Wohneinrichtungen.....	46
5.1.1	Beziehung und Bindung	46
5.1.2	Risikofaktoren	50
5.1.3	Regeln im Suchtmittelumgang	52
5.1.4	Ausschlussgründe	56
5.1.5	Rahmenbedingungen	63
5.1.6	Netzwerk.....	66
5.1.7	Resümee	69
5.2	Hürden der „neuen Autorität“	70
5.2.1	Haltung der „neuen Autorität“	70
5.2.2	Implementierung des Konzepts der „neuen Autorität“	73
5.2.3	Resümee	76

6 Diskussion	77
7 Conclusio.....	81
Literatur	82
Abbildungen	84
Daten.....	85
Eidesstattliche Erklärung	131

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit jugendlichen/jungen Menschen im Transitionsalter (15-26 Jahre) mit psychischen Auffälligkeiten, die Suchtmittel konsumieren und in betreuten Wohngemeinschaften leben, sowie mit dem Konzept der „neuen Autorität“ als pädagogische Methode.

Diese Personengruppe bringt mit ihren Verhaltensweisen wie Drogenkonsum, Delinquenz, Gewalttaten, selbstverletzendem Verhalten etc. BetreuerInnen immer wieder an ihre Grenzen, denen es an Handlungsoptionen fehlt. Eine themenähnliche Masterthesis (Boznik 2019) – *Gesellschaftliche Institution im Umgang mit jugendlichem Cannabiskonsum* – weist darauf hin, dass Suchtprävention zum Beispiel bei Cannabiskonsum viel Kooperation und Netzwerke, also Fachlichkeit bedarf. Differenzen zwischen System, Gesellschaft und einzelnen Menschen müssen bewältigt werden. Wie das gelingen soll, bleibt meist unklar (vgl. Boznik 2019:o.S.). Ob hier das Konzept der „neuen Autorität“ eine gelingende Methode sein kann, gilt es herauszufinden. Daraus kann für die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfrage abgeleitet werden: Welches Handwerkszeug und Wissen brauchen BetreuerInnen im Wohnsetting in der Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden jungen Menschen im Transitionsprozess?

Dafür wurden ExpertInnen, die mit dem Konzept der „neuen Autorität“ und dieser Personengruppe arbeiten, interviewt. Die Ergebnisse sollen eine wissenschaftliche „Empfehlung“ für BetreuerInnen in Wohneinrichtungen bieten. Basiswissen und Handwerkszeuge sollen vermittelt werden.

Der erste Teil dieser Arbeit widmet sich der terminologischen Klärung, der Theorie zu den mitwirkenden Faktoren wie Bindung, Transitionsprozess, Substanzkonsum und Gesetze sowie psychischen Störungen, dem Konzept der Traumapädagogik, dem Konzept der Neurodeeskalation und jenem der „neuen Autorität“. Folglich wird die Methode der qualitativen Studie beschrieben. Die Analyse fokussiert sich dabei auf eine Literaturrecherche sowie auf die Auswertung problemzentrierter ExpertInneninterviews. Im Fokus des dritten Kapitels stehen die Kategorien der Interviewauswertung, welche demnach interpretiert und mit der Gegenüberstellung der Literatur überprüft werden. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und gewertet.

2 Forschungsfrage

Die Ausgangslage betrifft BetreuerInnen im Wohnsetting, die bei der Arbeit mit konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Transitionsalter immer wieder an ihre Grenzen geraten. In diesem Zusammenhang ist das Konzept „neue Autorität“ als mögliche gelingende Methode zu nennen. Demnach ist eine Untersuchung darüber erforderlich, welche Erkenntnisse denn grundsätzlich benötigt, welches Handwerkszeug und Wissen von den BetreuerInnen gebraucht werden. Daraus kann für die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfrage abgeleitet werden: *Welches Handwerkszeug und Wissen brauchen BetreuerInnen im Wohnsetting in der Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden jungen Menschen im Transitionsprozess?*

3 Theoretischer Hintergrund

Fachbücher zu den Themen „neue Autorität“, „Traumapädagogik“, „Neurodeeskalation“, „Bindung und Sucht“ sowie „Grundlagen der Psychiatrie“ wurden herangezogen. Entsprechende Artikel wurden durch die Suche bei Google Scholar sowie in der Onlinebibliothek und in Seminaren der Fachhochschule St. Pölten als auch des Instituts für Suchtprävention Oberösterreich gefunden. Schlagwörter bei der Suche nach geeigneter Literatur waren „Transitionsprozess“, „Bindung“, „Substanzkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen“, „neue Autorität“, „Pädagogik“ und „Deeskalation“.

Die Suche wurde anhand der zuvor genannten Schlagwörter vorgenommen, denn diese könnten einen Einfluss auf die weitere Beantwortung der Forschungsfrage haben. Der Transitionsprozess kann sich auf die Vulnerabilität der Jugendlichen/jungen Erwachsenen auswirken. Ihre Bindungserfahrungen können den Beziehungsaufbau zu den BetreuerInnen beeinflussen. Der Grund für Substanzkonsum wird genauer erläutert sowie welche Faktoren hier Einfluss nehmen. Grundlagen der Psychiatrie beschreiben mögliche Auswirkungen und legen dar, wie sich Diagnosen entwickeln und zusammensetzen. Die Konzepte „Traumapädagogik“ und „Neurodeeskalation“ erklären die Folgestörungen dieser negativen Beziehungserfahrungen und wie man den Menschen, die darunter leiden, begegnen und sie unterstützen kann. Das Konzept der „neuen Autorität“ wird präsentiert und den anderen Konzepten sowie den theoretischen Fakten gegenübergestellt.

3.1 Bindung und Bindungsstörungen

„Jeder Mensch hat das Bedürfnis nach stabiler Bindung, das ist angeboren. Säuglinge haben dafür angeborene Fertigkeiten für Kommunikation, sie signalisieren durch Schreie und Gestiken ihre Bedürfnisse. „Dieses Bindungsverhalten aktiviert der Säugling bei Irritation, Angst oder Unbehagen und hat eine Überlebensfunktion, weil dadurch das Risiko minimiert wird, durch Kälte, Hunger oder feindliche Einflüsse Schaden zu nehmen.“ (Zemp 2018:2 zit. in Bowlby 1969)

Das verfolgte Ziel ist Schutz, um Stress zu mindern und ein Sicherheitsgefühl wiederherzustellen. Verhalten sich Erziehende feinfühlig und fürsorglich, beeinflusst dies das Bindungs- und Fürsorgesystem gegen- und wechselseitig, so können Säuglinge die Umgebung als sicheren Ort werten. Passiert dies nicht, birgt es Risiken für die Entwicklung der Kinder (vgl. Zemp 2018:3).

3.1.1 Resilienz, Vulnerabilität und Risikofaktoren

„Ainsworth (1977) definierte Sensitivität als die Fähigkeit von Bezugspersonen, die Bedürfnislage des Kindes feinfühlig wahrzunehmen und angemessen darauf einzugehen.“ (Zemp 2018:3) Besonderen Stellenwert haben dabei die Attribute Wahrnehmung (Bedürfnisgestiken erkennen), Interpretation (Bedürfnisgestiken erläutern) und Promptheit (zeitnahe Bedürfnisgestiken erwidern) sowie Angemessenheit des Fürsorgeverhaltens (Zufriedenstellen der Bedürfnisse) (vgl. Zemp 2018:3). Das Fürsorgeverhalten der Bezugspersonen ist abhängig von deren eigenen Bindungserfahrungen, der momentanen Situation (Zeit, Stimmung, ...) und der Beständigkeit sozialer Verhältnisse (Zufriedenheit, Unterstützung, Gesundheit etc.). Faktoren seitens der Kinder spielen ebenso eine Rolle. Durch diese angemessene Bedürfnisbefriedigung der Bezugspersonen kann Resilienz entstehen – Widerstandsfähigkeit, der Grundstein für die kindliche Entwicklung (vgl. Zemp et al. 2017:7).

Trennung und Verlust einer Bezugsperson führen bei jedem Menschen zu den Sequenzen Auflehnung (Wut kommt auf; das Gefühl, alleingelassen worden zu sein), Verzweiflung (Sehnsucht nach der Rückkehr der Bezugsperson, die Wut lässt nach) und Loslösung (Gefühle beruhigen sich, Neugestaltung beginnt) (vgl. Becker-Stoll 2017:127f).

Die Wissenschaft spricht von Bindungsstilen, diese wurden mittels des Tests „Fremde Situation“ von Ainsworth et al. (vgl. 1978) festgehalten und beschreiben das Bindungsverhalten in einer Trennungssituation.

- Sichere Bindung zeigen Kinder, wenn trotz einer bedrohlichen Gegebenheit Zuversicht bestehen bleibt, dass eine Bezugsperson zur Hilfe kommt.
- Unsicher-vermeidende Bindung ist gegeben, wenn ein Kind an der Bezugsperson bei einer Trennung oder Wiedervereinigung uninteressiert ist.
- Unsicher-ambivalente Bindung ist gegeben, wenn Zurückweisung vom Kind seitens der Bezugsperson bei der Wiedervereinigung erwartet wird. Es hat kein Vertrauen, möchte die Zurückweisung vermeiden und klammert sich in einer Trennungssituation an die Bezugsperson.
- Desorganisierte Bindung beschreibt das bizarre Verhalten von Kindern bei Trennungsgegebenheiten. Kinder zeigen enorme Verunsicherungen und können in einem längeren Zeitraum kein normales Verhalten aufbauen.

In externen Betreuungsformen kommt es demnach auf die Qualität der elterlichen Feinfühligkeit an.

Die Wissenschaft führt an, dass sich eine sichere Bindungserfahrung zu den wichtigsten Bezugspersonen im Umfeld signifikant auf die psychische Gesundheit auswirkt.

Diese Erfahrungen sind Schutzfaktoren, sie beugen psychischen Erkrankungen vor und wirken stabilisierend im Erwachsenenalter. Im Vergleich sind unsichere Bindungserfahrungen Risikofaktoren und können psychische Erkrankungen oder Störungen hervorrufen (vgl. Zemp 2018:6). Problematische Bindungserfahrungen sind Risikofaktoren und können zu einer erhöhten Verwundbarkeit, Vulnerabilität der Betroffenen führen und Bindungsstörungen hervorrufen. Reaktive Bindungsstörungen beinhalten schwere emotionale Störungen (Ängste und Aggressionen, ...) und entstehen aufgrund von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung. Bindungsstörungen mit Enthemmung (übertriebene Freundlichkeit, Distanzlosigkeit, ...) sind zurückzuführen auf immer wieder wechselnde Fremdunterbringungen und dürftige Beständigkeit feinfühligster Bezugspersonen (vgl. Zemp 2018:2f).

Resilienz hingegen ist die Fähigkeit, sich positiv zu entwickeln. Dafür braucht es unter anderem Umstände wie eine sichere Bindungserfahrung, Regeln und Ordnung, Optimismus, Lebenszufriedenheit, Flexibilität, positive Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, Erfolg, gute soziale Einbindung, Intelligenz etc. (vgl. Baierl/Frey 2015:40ff).

Bezugnehmend auf die aufgestellte Forschungsfrage – Welches Handwerkszeug und Wissen brauchen BetreuerInnen im Wohnsetting in der Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden jungen Menschen im Transitionsprozess? – ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass BetreuerInnen demnach ein Umfeld schaffen sollen, in dem Schutz, Sicherheit und Struktur gegeben sind.

Elterliche Funktionen wie Feinfühligkeit und Fürsorge können sich qualitativ auf die bereits vorhandenen negativen Bindungserfahrungen auswirken. In diesem Rahmen soll Resilienz entwickelt sowie die psychische Gesundheit gefördert werden und Stabilisation passieren. Meist leben Betroffene bereits aufgrund von erhöhter Vulnerabilität in Wohneinrichtungen, daher sind Risikofaktoren zu mindern und Sozialisation sowie Unterstützung bei der Entwicklung zu bieten.

3.1.2 Bindung und Sucht

„Die »sichere Basis« ist die Voraussetzung dafür, dass Lernerfahrungen in der äußeren Umwelt gemacht werden können und ein kohärentes Bild der eigenen psychischen Prozesse entstehen kann. Außerdem findet damit eine Affektregulation des Kindes über die Bindungsfigur statt.“ (Brisch/Schindler 2019:14)

Es bildet sich dadurch mit der Zeit ein „Ich“, das die Erfahrung gemacht hat, dass Hilfe auch von anderen Menschen in der Umgebung zur Verfügung steht – es bilden sich Schutzfaktoren. Haben Kinder jedoch eine unsichere Bindung erfahren und Affekte nicht zu regulieren gelernt, führt dies zu einer negativen „Ich“-Bildung und zu einem negativen Bindungsbild zu anderen Menschen; Risikofaktoren wurden gebildet. Substanzen können hier als Ersatz eingesetzt werden (Selbstmedikation, chemische Affektregulation); es kommt zum Missbrauch dieser. Sichere Bindung führt nicht automatisch dazu, dass Jugendliche keinen Probierkonsum betreiben, doch zeigen sie weniger Risiko, wenn es um Substanzmissbrauch und Abhängigkeit geht (vgl. Brisch/Schindler 2019:16-17). Generell ist das Ziel bei Substanzkonsum der Rausch, diese Erfahrung will gemacht werden, nicht die Sucht. Bedenkt man das Entwicklungsaufgabenmodell in Bezug auf Drogenkonsum, geht man davon aus, dass das Risikoverhalten eine wichtige Funktion für Jugendliche hat (vgl. Ricci/Hölblinger 2018:6-7).

Es gibt noch weitere Ursachen für die Suchtentstehung, die berücksichtigt werden sollten. Am relevantesten für die Beantwortung der Forschungsfrage erscheinen jedoch vor allem Bindung und Sucht. Denn betroffene Jugendliche und junge Erwachsene leben meist in betreuten Wohneinrichtungen, weil für sie ein verbleib Zuhause oder ein selbstständiges Leben nicht mehr möglich ist. Elterliche Fürsorge und/oder Schutz wurde vernachlässigt.

Grundsätzlich erklären psychologische Theorien, warum es zur Sucht bei Menschen kommt, nicht aber werden Vergleiche gezogen, zu Menschen, die selbes erlebt und keine Sucht entwickelt haben. Die Psychoanalyse zum Beispiel beschreibt Ansätze, die Sucht als Anpassungsfehler und misslungene Selbstbehandlung sehen. Diese Theorie kritisiert jedoch jeglichen Gebrauch von Drogen.

Abhängigkeit gilt in der Lerntheorie als erlerntes Verhalten; durch Konditionierung und positive Sanktionen kann dem entgegengewirkt werden. Auch gibt es naturwissenschaftliche Modelle (vgl. Institut Suchtprävention pro mente Oberösterreich 2016).

3.2 Transitionsprozess

Die Adoleszenz ist ein Transitionsprozess, eine Übergangsphase, es ist die Zeit des Lebens zwischen Kind- und Erwachsensein. Die Pubertät ist die erste Phase der Adoleszenz und bringt physische als auch psychische Veränderungen mit sich (vgl. Mietzel 2019:320). „Da der eigene Leib in dieser Phase zum Objekt wird, rufen die Veränderungen Irritation, Ängste, Sorge, aber auch stolz und bewusste Identifikation hervor.“ (Zech 2021:120) Vergleiche mit der Außenwelt finden statt, Interessensentwicklung für Body-Modifikationen äußert sich erstmals (vgl. Zech 2019:121). Sexuelle Reifung und neue Erfahrungen reizen und verwirren die Jugendlichen, es kommt zu einer komplexeren „Ich“-Entwicklung. Wichtig in dieser Phase des Lebens ist die Aufklärung über den Prozess des Körpers sowie über einhergehende seelische Veränderungen.

Erwachsene sollen die Privatsphäre der Jugendlichen respektieren, um Selbsterleben zu ermöglichen; ihre Kontrolle wird als Vertrauensbruch von den Jugendlichen empfunden (vgl. Zech 2021:122). „In einer Phase, in der es schwer fällt, sich zu lieben und zu bejahen ist es hilfreich, wenn Jugendliche erleben von den Umgebenen geliebt und bejaht zu werden.“ (Zech 2021:122) Dennoch ist die Pubertät mit Achtsamkeit zu begleiten; nicht nur in der Kindheit sollen Erziehende die Kontaktpersonen kennenlernen, sondern auch in der Pubertät braucht es ein transparentes Miteinander (vgl. Zech 2021:123). Es gibt weder psychische noch physische Eigenschaften, die kennzeichnen, dass die Adoleszenz abgeschlossen wurde; im Gesetz ist man ab dem vollendeten 18. Lebensjahr rechtskräftig volljährig.

Ein risikoreiches Verhalten („Komasaufen“, Rücksichtslosigkeit auf der Straße, wechselnde SexualpartnerInnen etc.), welches vermehrt in der Adoleszenz auffällig wird, ist laut Wissenschaft auf neurobiologische Prozesse zurückzuführen und entwickelt sich aufgrund der Sehnsucht nach aufregenden Erlebnissen (vgl. Mietzel 2019:340ff).

Psychische Erkrankungen wie Suchterkrankungen und Straffälligkeiten haben ihren Beginn im Transitionsalter, klingen danach ab oder bleiben bestehen (vgl. Mayr et al. 2015:157). Diese vulnerable Zeit der Transition braucht daher Prävention und qualifizierte begleitende Behandlung, dies wird jedoch durch strukturelle Gegebenheiten wie Schnittstellenunterbrechungen zwischen Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie erschwert. Der Transitionsprozess braucht gerade bei Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ein kontinuierliches Behandlungsangebot (vgl. Mayr et al. 2015:159). „Junge Menschen, welche die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz wie Unabhängigkeit, Karriere und ein selbstbestimmtes Leben nicht wahrnehmen sind nun gewissermaßen zwischen zwei Systemen gefangen.“ (Mayr et al. 2015:159)

Vorausgegangenes hat also zur Folge, dass BetreuerInnen, aber auch das System (Einrichtungen, Krankenhäuser, Gesetze) sollten Rücksicht auf diese Übergangsphase nehmen, denn sie bringt Veränderungen. Durch die Ich-Entwicklung ist es eine wichtige Lebensphase, die durch Aufklärung und erneute elterliche Feinfühligkeit/Achtsamkeit (Akzeptieren der Privatsphäre, aber auch Präsenz und Liebe) begleitet werden soll. In dieser Zeit kann noch viel präventive Arbeit geleistet werden, sofern eine qualitative Betreuung geboten wird. Da es keine Anzeichen für den Abschluss der Adoleszenz gibt, braucht es also ganzheitlich individuelle Lösungen und Möglichkeiten für Betroffene und deren BetreuerInnen. Letztere benötigen einen individuellen Rahmen, in dem sie elterliche feinfühligkeitsvolle Arbeit leisten können. In diesem entscheidet nicht das Alter darüber, ob Jugendliche/junge Erwachsene für ein eigenständiges Leben bereit sind; hier braucht es fachliche Expertise, um ein gesamtes Bild und dessen Dynamiken in seinem System ganzheitlich zu erkennen und ein kontinuierliches Angebot bieten zu können.

3.3 Psychische Auffälligkeiten/Störungen

Eine dienende Methode für die fachliche Expertise können Diagnosen bieten. Sie sollen bei der Auswahl der Therapieform Unterstützung geben, bei der Ursachenfindung dienen und für die Entwicklung der Symptome Prognosen bieten (vgl. Paulitsch 2008:75). „Dennoch vermag eine Diagnose nicht den Menschen in seiner Einzigartigkeit zu beschreiben. Psychiatrische Diagnosen sind daher auch massiver Kritik ausgesetzt.“ (Paulitsch 2008:75) Eine Erkrankung/Störung der Psyche definiert sich über den abweichenden Zustand des Befindens, das abweichende Verhalten und Erleben der Betroffenen, sie zeigen Symptome.

Symptome müssen aber in einer Gesamtheit interpretiert werden, daher werden bei Erstgesprächen aktuelle Beschwerden, die Vorgeschichte, psychiatrische und somatische Anamnese, Familienanamnese und die Lebensgeschichte erhoben (vgl. Paulitsch 2008:78ff). „Je mehr Risikofaktoren auf ein Individuum treffen, desto eher kommt es zum Ausbruch einer Erkrankung.“ (Karwautz 2008:62)

Risikofaktoren sind: die Genetik, die Neurobiologie, Prä- und Perinatale Faktoren¹ sowie psychosoziale Ursachen (Bindungsprobleme, autoritärer oder antiautoritärer Erziehungsstil, Ignorieren von Bedürfnissen der Kinder, Missbrauch, Drogenabhängigkeit/Delinquenz der Eltern, Gewalterfahrungen, ...).

Auch auslösende Faktoren wie Häufungen von Stresssituationen, Katastrophen- und Verlusterfahrungen sowie sonstige prägende Lebensereignisse, die das Ausbrechen einer Störung beeinflussen können, haben eine Bedeutung (vgl. Karawautz 2008:64ff). Eine psychische Störung ist also eine längerfristige Veränderung, bei der Empfinden, Denken und Verhalten anders sind als bei anderen. Das erschwert das Zusammenleben mit anderen Menschen und verursacht wiederum Leid für die Betroffenen, aber auch für deren Umfeld (vgl. Baierl/Frey 2015:22f).

Psychische Störungen werden nach gemeinsamen Symptomen laut ICD-10 in folgende Gruppen eingeteilt (vgl. Karawautz 2008:99ff):

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; die Ursache ist auf eine Hirnschädigung zurückzuführen
- F1 Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderungen
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

¹ vor, während, nach der Geburt

3.3.1 Traumata/Traumatisierungen

„Der Begriff des „Traumas“, der „*tiefgreifenden seelischen Verwundung*“, ist eine entscheidende Grundlage zum Verständnis dieser Kinder und Jugendlichen, die durch existenzbedrohende Lebenserfahrungen den Glauben an sich selbst und an ihre Umwelt verloren haben.“ (Basum et al. 2013:7, Herv.i.O.)

Traumatisierung ist eine Reaktion auf außergewöhnliche Belastungen, eine Untergruppe im ICD-10, eine psychische Störung. Belastungen sind in diesem Fall von längerer Dauer, es handelt sich um heftige Geschehnisse, Extremlagen, tiefgreifende Veränderungen. Symptome einer Traumatisierung sind unter anderem Wiedererleben (aufdrängende Erinnerungen), sich nicht an ein Ereignis erinnern können, Alpträume, psychische Sensitivität, erhöhte Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Scham, Depressionen, Angst, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, Aggressionen, Rückzug, Dissoziationen etc. (vgl. Baierl/Frey 2015:23ff).

Menschen reagieren instinktiv auf belastende Situationen mit Kampf-Flucht, Bindung (zeigen Hilflosigkeit, um das Gegenüber als FreundIn zu gewinnen) oder Erstarrung (Todstellreflex) (vgl. Baierl/Frey 2015:27). Resilienzfaktoren sind ausschlaggebend für Menschen, die eine traumatisierende Erfahrung machen mussten – je mehr davon vorhanden sind, desto weniger negativ wirkt sich die Traumatisierung auf das weitere Leben aus. Risikofaktoren wie unsichere Bindungserfahrungen, instabile Eltern(teile), emotionale Instabilität, häufiger Wohnortwechsel, Zugehörigkeit zu einer Minderheit, Mobbing etc. haben negativen Einfluss auf die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse (vgl. Baierl/Frey 2015:41f).

3.3.1.1 Traumafolgen

Eine Traumatisierung verändert das Selbst- und Welterleben, es kann zu einer dauernden Veränderung des Denkens, Fühlens und Handelns kommen. Psychische Störungen und Symptomatiken entwickeln sich. Typische Symptome sind unter anderem: Kontrollverlust, Vermeidung von Gedanken/Gefühlen/Situationen, Alpträume, erhöhte Wachsamkeit (Hyperarousal) und Schreckhaftigkeit (Hypervigilanz), Angst/Schuld/Depressionen/Scham, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, Aggressivität/Rückzug, fehlende Bindungssicherheit, Dissoziationen etc. (vgl. Baierl/Frey 2015:24ff).

Eine Dissoziation ist ein Schutzmechanismus, eine normale Reaktion auf Stress und Traumata, die negativen Einfluss auf die menschliche Psyche haben (vgl. Weiß et al. 2014:13). „Dissoziation bezeichnet die Fähigkeit, das eigene Erleben von äußeren Geschehnissen abzukoppeln.“ (Baierl/Frey 2015:33)

Dissoziationen können im Alltag und während des traumatischen Ereignisses vorkommen, sodass das Geschehen im Gedächtnis nicht abgespeichert wird, sondern nur Erinnerungsfetzen übrigbleiben. Wird nun ein Wiedererleben durch Trigger (Auslöser) angestoßen, das nur aus Erinnerungsfetzen besteht, weil während des Geschehens eine Dissoziation passiert ist, ist keine klare Geschichte zuordenbar. Betroffene haben also keine Kontrolle über dissoziative Anfälle (vgl. Baierl/Frey 2015:33ff). Dissoziationen sind komplexe psychologische Prozesse, die Erinnerungen an die Vergangenheit verhindern oder verändern, die Identität und Körperempfindungen stören können sowie Wahrnehmungen und Emotionen abspalten (vgl. Weiß et al. 2014:15-16).

Intrusionen (aufdrängende Gedanken an das Trauma) und Flashbacks (das Trauma wird erneut erlebt, als wäre es im „Hier und Jetzt“) sind weitere Traumafolgestörungen (vgl. Baierl/Frey 2015:25).

Da der Transitionsprozess bereits viele Dynamiken mit sich bringt und Jugendliche als auch junge Erwachsene nicht ohne Grund in betreuten Wohneinrichtungen leben, muss besonders auf mögliche psychische Störungen geachtet werden, um eben ganzheitlich betreuen zu können.

3.4 Rechtliches

Die folgenden Gesetzeslagen müssen in der Betreuung der Betroffenen berücksichtigt werden.

3.4.1 Rechtliches zum Jugendgesetz

Jugendliche gelten ab 18 Jahren als erwachsen. Wie sich dies auf das Strafrecht und die Zusammenarbeit mit VernetzungspartnerInnen auswirkt und wie die Datenschutzgrundverordnung Einfluss nimmt, wird folglich beschrieben. Ebenso wird erklärt, wann durch die Kinder- und Jugendhilfe betreute Wohneinrichtungen gewählt werden.

3.4.1.1 Strafrecht

In Österreich gelten Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren als minder- und ab dem 19. Lebensjahr als volljährig. Personen zwischen 7 und 14 Jahren sind unmündige² Minderjährige und nach dem Strafrecht nicht strafbar. Es können aber Maßnahmen im Sinne der Erziehung gesetzt werden.

Strafrechtlich zu verantworten haben sich Personen ab 14 Jahren, sie sind auch Schadensersatzpflichtig; es wird jedoch überprüft, ob sie zum Tatzeitpunkt fähig waren, das getane Unrecht einzusehen. Ist dies nicht gegeben, besteht keine Strafbarkeit. Jugendliche zwischen 14 und 16 Jahren sind ebenso nicht strafbar, wenn kein schweres Verschulden vorliegt und keine expliziten Gründe für die Anwendung des Jugendstrafrechts sprechen (vgl. Österreich.gv.at 2021). Personen zwischen 14 und 18 Jahren müssen bei Anklage einer Straftat vor Gericht zwingend von einem/einer VerteidigerIn begleitet werden. „Junge Erwachsene“ sind laut österreichischem Jugendgesetz 18- bis 20-Jährige, begangene Straftaten obliegen demselben Gericht wie jenem der 14- bis 17-Jährigen. Im Sozial-, Zivil- und Strafrecht sind jedoch Unterschiede in Bezug auf Altersgrenzen und Übergangszeiträume gegeben (vgl. Mayr et al. 2015:158).

3.4.1.2 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Diese Verordnung gilt in der gesamten europäischen Union. Jedes Unternehmen ist verpflichtet, ein Verzeichnis über die Verarbeitung von Daten zu führen.

Personen, deren Daten von einem Unternehmen aufgenommen werden, sind über die DSGVO in Kenntnis zu setzen. Unternehmen müssen personenbezogene Daten schützen (zum Beispiel Dateien verschlüsseln). Handelt es sich um die Verarbeitung sensibler Daten, braucht es eine/n Datenschutzbeauftragte/n. Passieren Datenschutzverletzungen, müssen diese gemeldet werden. Personen, deren Daten gesammelt werden, haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung etc. (vgl. Österreich.gv.at 2021). Einem Austausch zwischen BetreuerInnen und VernetzungspartnerInnen (wie zum Beispiel Angehörige) müssen Betroffene ab 18 Jahren also zustimmen, sonst wird die DSGVO gebrochen.

² Unmündigkeit bedeutet nach dem Philosophen Immanuel Kant, dass ein Unvermögen vorliegt, sich des eigenen Verstandes ohne Leitung eines/einer anderen zu bedienen.

3.4.2 Rechtliches zur Psychiatrie und Chancengleichheit sowie Kinder- und Jugendhilfegesetz

In Einrichtungen kommt es immer wieder dazu, dass Jugendliche/junge Erwachsene sich selbst oder andere gefährden, unter anderem durch selbstverletzendes Verhalten oder Gewalt gegen andere. Daher ist es für BetreuerInnen von Vorteil, über rechtliche Möglichkeiten Bescheid zu wissen, um die Sicherheit aller Beteiligten garantieren zu können. Weiters geben das Chancengleichheitsgesetz sowie das Kinder- und Jugendhilfegesetz die gesetzlichen Rahmenbedingungen für BetreuerInnen in ihrer Tätigkeit vor.

3.4.2.1 Kinder- und Jugendhilfegesetz

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (vgl. §§ 1ff) regelt den Schutz der Kinder und Jugendlichen sowie die elterlichen Pflichten und Rechte der Erziehenden. Ist eine Gefährdung der Kinder und Jugendlichen durch ihre Eltern gegeben oder suchen Eltern um Hilfe an, bietet die Kinder- und Jugendhilfe Unterstützung in Form von ambulanter psychosozialer Hilfe, aufsuchender sozialpädagogischer Familienarbeit, Hilfe bei der Tagesstruktur oder auch zur Bewältigung von Krisen. Sollte aber der Verbleib bei den Erziehenden für die betroffenen Kinder oder Jugendlichen eine zu große Gefahr darstellen, müssen eine sozialpädagogische Einrichtung oder Pflegeeltern mit der Ausübung der Pflege und Erziehung der Betroffenen betraut werden.

Stimmen die Eltern der notwendigen Hilfe nicht zu, können Teile oder die gesamte Obsorge durch die Landesregierung entzogen werden. Sozialpädagogische Einrichtungen können stationäre Kriseninterventionseinrichtungen, Einrichtungen zur Pflege und Erziehung von Kindern und Jugendlichen, ambulante betreute Wohneinrichtungen für Jugendliche und mobile Betreuung in eigenen Wohnungen sein. Diese müssen von der Landesregierung anerkannt sein, da sie ihrer Aufsicht unterliegen, und ein fachlich fundiertes pädagogisches und organisatorisches Konzept vorliegen haben.

3.4.2.2 Das Chancengleichheitsgesetz

Chancengleichheit bedeutet, dass jeder Mensch denselben Zugang zum Leben bekommen soll, niemand soll benachteiligt werden. Hierfür gibt es in jedem Bundesland in Österreich ein eigenes Gesetz, das Chancengleichheitsgesetz.

Grundsätzlich gilt jedoch für alle Bundesländer, dass Mittel wie Heilbehandlungen, Frühförderungen und Schulassistenten, Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität, Wohnen, persönliche Assistenz als auch mobile Betreuung und Hilfe zur Verfügung gestellt werden, wenn bei einem Menschen eine Beeinträchtigung vorliegt. Beeinträchtigungen sind körperlich, geistig, psychisch oder umfassen auch Sinnes- oder mehrfache Beeinträchtigungen. In diesem Gesetz wird auch das Mindesteinkommen der Betroffenen geregelt (vgl. Schuhböck 2016:36ff). Das Chancengleichheitsgesetz gibt vor, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung ihr Leben selbstbestimmen und selbst gestalten sollen; die zur Verfügung gestellte Betreuung unterstützt dabei (vgl. Chancengleichheitsgesetz Oberösterreich § 5).

3.4.2.3 Das Unterbringungsgesetz

„Die Aufgabe der Psychiatrie ist es, psychisch erkrankte Menschen zu behandeln, und es besteht die gesetzliche Verpflichtung, die Behandlung auch gegen deren Willen durchzuführen, wenn aufgrund einer psychischen Störung eine massive Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Damit unterscheidet sich die Psychiatrie grundlegend von anderen medizinischen Fächern, deren PatientInnen in der Regel freiwillig zur Behandlung kommen und sie als Dienstleistung betrachten.“ (Paulitsch 2008:29)

Aufnahmen und Zwangsmaßnahmen der Psychiatrie werden im Unterbringungsgesetz geregelt (vgl. Paulitsch 2008:30).

Das Heimaufenthaltsgesetz regelt freiheitsbeschränkende Maßnahmen, sofern nicht das Unterbringungsgesetz greifend ist. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind solche, die die Bewegungsfreiheit beschränken (zum Beispiel Gitter am Bett) oder Medikamente, die den Bewegungsüberschuss mindern sollen (vgl. Vertretungsnetzwerk 2021).

3.5 Substanzkonsum

Für BetreuerInnen kann es von Relevanz sein, darüber Bescheid zu wissen, welche Substanzen es gibt, ab wann eine Abhängigkeit von Suchtmitteln gegeben ist, welche Konsumformen und Facetten zu beachten sind. Und vor allem, welche Faktoren hier Einfluss nehmen.

3.5.1 Von der Abstinenz bis hin zur Sucht

Nicht jeder Konsum von psychoaktiven Substanzen³ ruft sofort eine Suchtgefährdung hervor, kann aber die Gesundheit schädigen. Verschiedene Konsumformen liegen vor (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2021):

- Abstinenz ist kein Konsum von psychoaktiven Substanzen.
- Unschädlicher Gebrauch bedeutet Probierkonsum (es wird experimentiert, KonsumentInnen konsumieren aus Neugierde). Auch gelegentlicher oder regelmäßiger Gebrauch fällt unter unschädlichen Gebrauch, wenn der Anlass für den Konsum Gewohnheit und/oder Genuss ist.
- Schädlicher Gebrauch (Missbrauch) von psychotropen Substanzen ist eine risikoreiche Konsumform, bei der es zu einer körperlichen und/oder gesundheitlichen Schädigung kommt, aber noch keine Abhängigkeit besteht.
- Süchtiger Gebrauch

Die Suchttheorie spricht von verschiedenen Facetten des Konsumverhaltens beziehungsweise von verschiedenen Gefährdungspotentialen (vgl. Institut Suchtprävention pro mente Oberösterreich 2016):

- *Probierkonsum* oder *Experimentierkonsum*, ist ein einmaliger oder vorübergehender, zeitweiliger Konsum. Es wird aus Neugierde heraus konsumiert, kommt nur gelegentlich vor und kann sich zu bestimmten Phasen des Lebens oder zeitlich bedingt intensivieren.

³ *Psychoaktive Substanzen* = „Psychotrope Substanzen sind suchterzeugende Stoffe, die eine direkte – teilweise auch toxische – Wirkung auf das Zentralnervensystem haben“ (Paulitsch 2008:251)

- *Unschädlicher Konsum* ist regelmäßiger oder auch *gelegentlicher Konsum* ist kontrolliert ohne eine Abhängigkeit zu entwickeln. Der Genuss oder die Gewohnheit steht im Vordergrund.
- *Risikokonsum* ist ein *schädlicher aber nicht-süchtiger Konsum*. Jener Konsum bringt Risiken mit sich bringt wie Vergiftung oder Probleme am Arbeitsplatz.
- *Süchtiger Gebrauch* ist eine Abhängigkeit, also eine Sucht.

Im ICD-10⁴ werden psychische und physische Abhängigkeit, Abusus, Polytoxikomanie und Entzugssyndrom wie folgt beschrieben (vgl. Krollner et al. 2021):

- psychische Abhängigkeit besteht, wenn starkes Verlangen immer wiederkehrt, um Heiterkeit zu erzeugen und Unlust zu vermeiden. Cannabis und Kokain sind Drogen, die stark psychisch abhängig machen können.
- Physische (körperliche) Abhängigkeit ist gegeben, wenn es zu Entzugssymptomen des vegetativen Nervensystems⁵ kommt, bei Alkohol oder Opiaten kann dies der Fall sein.
- Abusus ist der schädliche Gebrauch/Missbrauch von Substanzen ohne physische oder psychische Abhängigkeit.
- Polytoxikomanie beschreibt die Einnahme von verschiedenen Substanzen abwechselnd oder zur gleichen Zeit.
- Ein Entzugssyndrom ist ein Zustandsbild nach Absetzen der psychotropen Substanz. Symptome, die auftreten können, sind zum Beispiel Schwitzen, Kopfschmerzen, Naserinnen, Durchfall, aber auch Depressionen, Schlafstörungen und Angstzustände.
- Schädlicher Gebrauch hat negative Folgen, es kommt zur Schädigung der Gesundheit.

Die World Health Organisation spricht von einem Abhängigkeitssyndrom, nach ICD-10 ist es ein Zustandsbild, das sich aufgrund von psychotropen Substanzen zeigt. Es gibt sechs psychische/physische Abhängigkeitskriterien, wovon drei ausreichen, um ein Abhängigkeitssyndrom diagnostizieren zu können: Konsumwunsch oder Zwang; körperliche Entzugsbeschwerden; Toleranzentwicklung/Dosissteigerung; Vernachlässigung von Pflichten und Interessen; trotz schädlicher Folgen weiterer Konsum.

⁴ ICD-10 = *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*; ein Klassifikationskatalog für Krankheiten

⁵ Vegetatives Nervensystem = ein Körpersystem, das nicht willentliche Abläufe regelt (Atmung, Herzschlag, Stoffwechsel)

Bei der Entwicklung einer Abhängigkeit spielen drei Aspekte eine kritische Rolle, beschrieben werden diese im sogenannten „Suchtdreieck“ oder „Drei-Faktoren-Modell“, Trias-Konzept, das die Zusammenwirkung der Merkmale Droge, Person und Umwelt zeigt. Die Person an sich ist ein Faktor in diesem System – ihre Erfahrungen und Risikofaktoren spielen hier eine große Rolle (Bindungserfahrungen, wo ist die Person aufgewachsen, traumatische Erlebnisse und deren Auswirkungen, ...). Die Droge hat Einfluss auf die Person, aufgrund ihrer Wirkung erzeugt sie eine körperliche oder psychische Abhängigkeit. Dabei ist es von Bedeutung, ob eine bestimmte Droge bevorzugt eingenommen oder Mischkonsum betrieben wird, als auch wie die Droge eingenommen wird etc. Das Umfeld beschreibt, wo mit wem konsumiert wird, welche Risikofaktoren dadurch hinzukommen, woher die Person die Substanz bezieht und ob sie gegen gesellschaftliche Normen damit verstößt (vgl. Rummel/Gaßmann 2020:4ff).

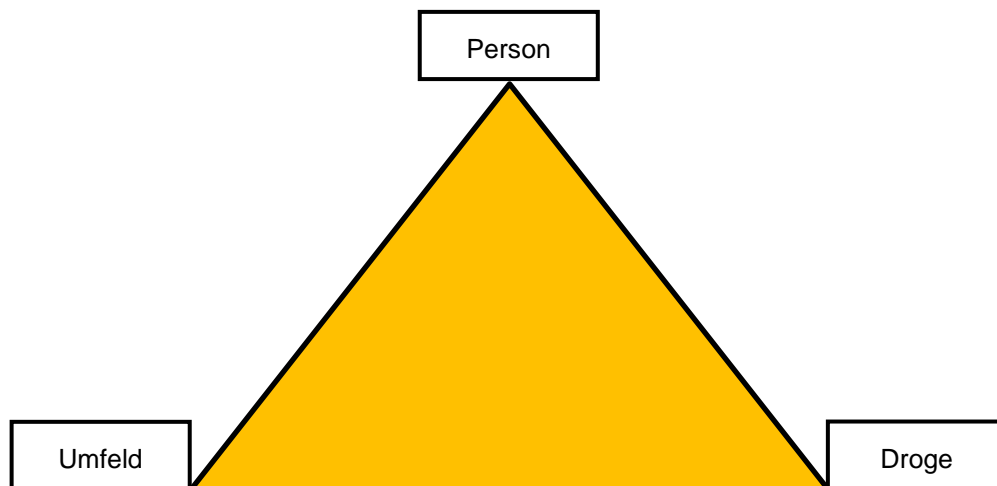


Abbildung 1 Suchtdreieck (in Anlehnung an Paulitsch 2008:255; Rummel/Gaßmann 2020:1)

Es gibt verschiedenste Modelle der Sucht, die von den Handlungsfähigkeiten der Betroffenen abhängen. Denn es gibt, wie bereits erwähnt, die Sucht als Krankheit, aber auch als Bewältigungsversuch, Sucht als Doping im Wettbewerb, Sucht aus Selbstmedikation entstanden, Sucht als Bindungersatz, Sucht als Gewohnheit oder Lebensstil etc. (vgl. Seyer 2020:10).

3.5.2 Substanzen

Alkohol ist eine legale psychoaktive, trinkbare Substanz in Österreich, die trotz gesellschaftlicher Anerkennung massive sozialmedizinische Probleme mit sich bringt. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit führen zu verminderter Leistungsfähigkeit, sind eine große Gefahr im Straßenverkehr und spielen in vielen Gewaltdelikten eine Rolle. Die Substanz kann zur psychischen Erleichterung beitragen; wird Alkohol zur Problemlösung eingesetzt, ist dies die erste Stufe der Entwicklung einer Abhängigkeit. Danach wird die Verträglichkeit größer, Verheimlichungen des Konsums passieren, woraufhin Kontrollverlust folgt und sich das Benehmen der Betroffenen sichtlich auch in nüchternen Situationen verändert (vgl. Paulitsch 2008:260f).

Opiate sind nicht nur illegale euphorisch wirkende Drogen, die gespritzt, geraucht, gesniffelt und geschluckt werden können, sondern auch starke Schmerzmittel und werden in der Medizin verwendet. Hierzu zählen Morphin, Heroin und Methadon. Diese Gruppe hat ein hohes psychisches und physisches Abhängigkeitspotential (vgl. Paulitsch 2008:263f). Psychosoziale Folgen begleiten meist Opiatabhängige. Schwere Unzulänglichkeiten werden bei einer Abstinenzorientierung von Heroin hervorgerufen, daher greift man in der Behandlung auf Substitution, ein Ersatzmittel zurück. Dieses muss regelmäßig eingenommen werden, hilft bei der Resozialisierung und psychischen Stabilisierung (vgl. Paulitsch 2008:263ff).

Cannabis ist ein psychoaktiver Teil des Harzes (Haschisch) der Hanfpflanze, Marihuana sind die getrockneten Blüten der Pflanze. Die Droge wird meist geraucht oder auch verarbeitet in Keksen gegessen (vgl. Paulitsch 2008:267). Der Wirkstoff „THC“ erhöht das Wohlbefinden und ruft Entspannung hervor, kann aber auch Gedächtnisstörungen, Schwindel, Reizbarkeit und Benommenheit auslösen. Ein Missbrauch über die Zeit kann zu einer psychischen Abhängigkeit führen, nicht aber zu einer körperlichen. Es kommt zu Stimmungsschwankungen, Persönlichkeitsveränderungen, Interessensverlust, kognitiven Störungen etc.

Halluzinogene kommen natürlich vor – zum Beispiel bestimmte Pilze („magic mushrooms“), Mescaline (Substanz aus einem bestimmten Kaktus) –, werden aber auch synthetisch hergestellt wie LSD, PCP („angel dust“). Sie lösen Halluzinationen, optische Wahrnehmungsverzerrungen aus und wirken bewusstseinsweiternd.

Sie bringen keine körperlichen Entzugssyndrome mit sich und es wird hauptsächlich versucht, Horrortrips abzuwenden. Psychosen könnten eine Komplikation sein (vgl. Paulitsch 2008:270).

Amphetamine (Ecstasy – MDMA, Crystal Meth/Methamphetamin, Speed) stimulieren das zentrale Nervensystem und erhöhen (auch Unruhe, Enthemmung etc. treten auf) die Leistungsfähigkeit. Sie machen nicht physisch abhängig, jedoch psychisch. Der Missbrauch über längere Zeit oder hochdosiert kann zu paranoiden-halluzinatorischen Symptomen führen (vgl. Paulitsch 2008:271-272). Oft wird beschrieben, dass es zu einer gegensätzlichen Wirkung kommt, wie zu einer euphorischen, sentimental, oberflächlichen Gelassenheit (vgl. Saunders 1996:26).

Kokain ist ein weißes kristallines Pulver, das aus den Blättern des Cocastrauches erzeugt wird. Es werden keine körperlichen Entzugerscheinungen festgehalten, doch eine enorme psychische Abhängigkeit. Es kann geschnupft, gespritzt und geraucht werden. „Crack“ wird jenes Kokain genannt, welches geraucht wird. Kokain wirkt euphorisierend, erhöht das Selbstwertgefühl, Libido steigernd, unterdrückt die Müdigkeit und es kann bis hin zu Halluzinationen kommen. Nimmt die Wirkung ab, können Angstzustände, Depressionen und Antriebsverminderung die Folge sein, das wiederum steigert das Verlangen des erneuten Konsums (vgl. Paulitsch 2008:268-269).

Benzodiazepine sind eine Gruppe von Medikamenten, die auch missbräuchlich eingenommen werden. Sie führen zu einem Abhängigkeitssyndrom bei längerer Einnahme, haben eine beruhigende und angstlösende Wirkung. Auch kann es bei einer höheren Dosierung zu körperlichen Störungen kommen, beim Absetzen treten Entzugerscheinungen auf (vgl. Paulitsch 2008:273).

Das Wissen über die Wirkung und mögliche Folgen sowie das Kennen der verschiedenen Facetten des Konsumverhaltens – vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – ist ein hilfreiches Basiswissen für BetreuerInnen.

Wissen hilft, das eigene Sicherheitsgefühl zu erhöhen. Die Kenntnis darüber, welche Symptome auftreten können, hilft bei der Risikoeinschätzung und unterstützt bei verantwortungsvollen Interventionen (wie zum Beispiel Krankenhauseinweisungen). Aber auch zur Prävention ist das Wissen über das Triasmodell von Vorteil.

3.5.3 Rechtliches zu Suchtmittel und Anzeige

Um zu verstehen, ob Drogenbesitz in betreuten Wohneinrichtungen angezeigt werden muss, welche Drogen illegal sind und mit welchen Konsequenzen Betroffene rechnen müssen, wird im Folgenden der rechtliche Rahmen hierzu thematisiert.

3.5.3.1 Allgemeine Anzeigepflicht

Die Polizei soll sofort bei Gewaltandrohungen oder angewandeter Gewalt zur Hilfe gerufen werden. Die Anzeigepflicht ist gegeben, wenn jemand getötet, schwer verletzt oder vergewaltigt wurde; bei Misshandlungen, Quälerei und Vernachlässigung sowie sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen oder auch nicht handlungs- oder entscheidungsfähigen oder wehrlosen Erwachsenen. Ausnahmen sind, wenn erwachsene PatientInnen/KlientInnen ausdrücklich den Wunsch äußern, dass einer Anzeige nicht nachgegangen wird und/oder diese in einer Behandlungsbeziehung zu betreuenden Personen stehen und eine Anzeige das Vertrauen beeinträchtigen könnte – nicht aber bei Gefahr im Verzug. Wurde eine Anzeige gestellt, kann diese nicht mehr zurückgezogen werden (vgl. Bundesministerium für Justiz und Bundesministerium für Soziales, Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz 2021).

3.5.3.2 Suchtmittelgesetz

In Österreich werden im Suchtmittelgesetz Erwerb, Besitz, Erzeugung und Handel geregelt, zusätzlich gibt es Suchtgift- und Psychotropenverordnungen. Es wird unterschieden zwischen Suchtgiften, psychotropen Substanzen und Drogenausgangsstoffen. Das Suchtmittelgesetz differenziert nach Suchtgiften – diese haben eine psychoaktive Wirkung, können daher missbraucht werden und stellen ein Gesundheitsrisiko dar.

Dazu gehören Cannabisprodukte, Rohopium und Opiate, Kokablätter und Kokain, Amphetamine, Designerdrogen wie Ecstasy und diverse Halluzinogene; psychotrope Substanzen, hierzu zählen Gruppen der Benzodiazepine; und Drogenausgangsstoffe – diese werden für die Medikamentenerzeugung verwendet, können aber auch illegal zur Drogenerzeugung herangezogen werden (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2019). In den Paragraphen 11-14 werden gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch geregelt.

Diese Paragraphen werden von RichterInnen herangezogen, wenn nur ein Anfangsverdacht besteht und wenn:

- nur kleine Mengen gefunden werden, für den eigenen Gebrauch
- Verkauf kleinerer Mengen, um eigene Sucht zu finanzieren
- Suchtgiftmissbrauch in Schulen aufkommt (vgl. Suchtmittelgesetz, §§ 11-14).

Es wird der Gesundheitsbehörde die Anzeige übermittelt und festgelegt, welche Maßnahme/Betreuungseinrichtung (vgl. Suchtmittelgesetz, §§ 15-16) wie Suchtberatungsstellen, FachärztInnen für Psychiatrie, amtsärztliche Kontrollen, Psychotherapie etc. von den Betroffenen aufgesucht werden muss. Es wird kein Vermerk im Strafregister vorgenommen, sondern ein internes Register der Gesundheitsbehörde geführt, worauf keine externen Stellen wie zum Beispiel ArbeitgeberInnen Zugriff haben. Strafrechtliche Bestimmungen werden im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. Hier sind unter anderem gewerbsmäßiger Handel (§ 70), Beteiligungsformen wie „Schmiere stehen“ (§ 15) und Vorsatz (Sorgfaltsverletzungen) (§ 5) zu finden.

Grundsätzlich sollten BetreuerInnen/Einrichtungen/Organisationen wissen, dass Jugendliche/junge Erwachsene nicht wegen Drogenbesitz oder Konsum angezeigt werden müssen. Zu bedenken ist hierbei auch, dass eine Anzeige negative Auswirkungen auf die Beziehung zwischen BetreuerInnen und Betroffenen haben könnte.

Eine Abnahme von Substanzen, die offensichtlich im Besitz der Jugendlichen oder jungen Erwachsenen sind, ist legitim, zum Schutz von Leben und Gesundheit. Vor allem BetreuerInnen, die in Einrichtungen arbeiten, welche von der Kinder- und Jugendhilfe beauftragt sind, haben die Pflicht, sich der Pflege und Erziehung anzunehmen (vgl. Kinder- und Jugendhilfegesetz §§ 21-25). Jene BetreuerInnen, die in Einrichtungen im Rahmen des Chancengleichheitsgesetzes (vgl. Chancengleichheitsgesetz Oberösterreich § 5) tätig sind, sind nicht mit der Pflege und Erziehung betraut. Sie müssen laut Vorgaben die Selbstgestaltungsmöglichkeiten und Selbstbestimmung über das Leben der Betroffenen berücksichtigen.

Es stellt sich also die Frage, ob Einrichtungen nach dem Chancengleichheitsgesetz mit den gesetzlichen VertreterInnen (Erwachsenenvertretung, Obsorgeberechtigten oder den Betroffenen selbst) vertraglich regeln sollten, dass eine „Sorgfaltspflicht“ der BetreuerInnen zum Schutz der Betroffenen die Selbstbestimmung und Selbstgestaltung des Lebens bei Bedarf überstimmt.

Kommt es zu einer Abnahme der Drogen, sollten diese mit sofortiger Vernichtung (im WC runterspülen) in Verbindung stehen, denn sonst ist die Substanz im Besitz der BetreuerInnen und somit strafbar. Kommt es zu einer Anzeige, werden meistens keine harten Konsequenzen ergriffen. Es wird der Grund für den Konsum berücksichtigt, die Annahme der guten Absicht rückt in den Vordergrund, sofern kein Handel betrieben wird oder mehrmalige Aufgriffe bei Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Substanzen passieren. Dieses Wissen kann zur Aufklärung Betroffener dienen.

3.6 Das Konzept der „neuen Autorität“

„«Neue Autorität», «Gewaltfreier Widerstand in der Erziehung», «Autorität durch Beziehung», «Autorität ohne Gewalt» oder «Stärke statt Macht» sind Überschriften für ein Konzept, das von Haim Omer in Tel Aviv in Anlehnung an die Philosophie und Praxis des gewaltlosen Widerstands nach Mahatma Gandhi und Martin Luther King sowie Gene Sharp entwickelt und von Arist von Schlippe nach Deutschland gebracht wurde.“ (Körner et al. 2019:16)

Das Ziel der „neuen Autorität“ ist Unterstützung zu bieten für Erziehende, um präsent bleiben zu können – ohne Anwendung von Drohungen oder Sanktionierungen. Grenzen aufzuzeigen, fällt manchen Erziehenden schwer; die Angst, dass die Beziehung gefährdet werden könnte, ist groß (vgl. Körner et al. 2019:16). Auch entstehen Irritationen bezüglich gemeinsamer Interventionen, bedingt durch zu wenig Austausch und gemeinsame Festlegungen in pädagogischen Einrichtungen (vgl. Körner et al. 2019:17). Es soll ein konstruktiver Rahmen geschaffen werden, der Dynamiken, die entstanden und vielleicht bereits eskaliert sind, unterbricht.

Es soll wieder Raum für Beziehung zwischen Kindern/Jugendlichen und Erziehenden geben (vgl. Omer/Schlippe 2016:26). Der Gedanke, dass Erziehende die Kontrolle über die Kinder oder Jugendlichen haben müssen, soll verschwinden. Sie sollen mehr Kontrolle über die eigenen Gedanken und Gefühle sowie Reaktionen bekommen, denn Kinder und Jugendliche sind eigenständige Menschen. Erziehende legen also den Fokus auf das eigene Handeln (vgl. Omer/Schlippe 2017:43-44). Das Konzept der „neuen Autorität“ soll haltgebend sein, dafür braucht es eine grundsätzliche Haltung, die Erziehende einnehmen müssen, nach dem Motto: „Wir geben dir nicht nach, und wir geben dich nicht auf!“ Die Haltung basiert auf der Trennung von Person und problematischem Verhalten, welches diese zeigt. Es wird wegen des Verhaltens interveniert, nicht gegen die Person; die Beziehung bleibt aufrecht zur Person, die das störende Verhalten zeigt (vgl. Körner et al. 2019:19-20). „Zum anderen wird der veränderliche Wunsch nach einer direkten Intervention zur Veränderung des problematischen Verhaltens vorerst gegenüber einer Änderung des eigenen Verhaltens zurückgestellt“ (Körner et al. 2019:20).

Die Haltung zeigt Widerstand gegen das Verhalten, es gibt aber keine Konsequenzen, keinen Zwang und keine Kontrolle, sondern beharrliche Handlungen der Erziehenden, die zeigen, dass sie sich gegen das negative Verhalten auflehnen (vgl. Omer/Schlippe 2017:44). Es werden die Gegebenheiten verändert, indem sie ihr Tun anpassen, so wird der Kontext verändert und das hat Einfluss auf das problematische Verhalten, gesamt wird dies in der „neuen Autorität“ als Präsenz bezeichnet (vgl. Körner et al. 2019:20f). Die Haltung der „neuen Autorität“ besteht, kurz zusammengefasst, nach Lemme und Körner (vgl. 2019:73f) darin, dass die Erziehungsverantwortung übernommen und die Beziehung gestärkt wird, der entscheidende Faktor dafür ist die Präsenz der Erziehenden. Es werden authentisches Interesse und in schwierigen Situationen Beharrlichkeit gezeigt als auch Protest demonstriert, um die Sorge klar auszurücken. Lösungsvorschläge werden wenige geboten, eher wird die tragische Sicht vermittelt. So wird gezeigt, dass keine Kontrolle in Bezug auf das problematische Verhalten übernommen wird. Das eigene Tun wird jedoch bewusst gesteuert, um Einfluss auf das Verhalten der Betroffenen zu nehmen. Schuldfragen führen zu keiner Veränderung, es gilt zu besprechen, was jede/r Einzelne tun kann, um wieder besser miteinander leben zu können. Rücksicht wird dabei auf die Absicht hinter dem Verhalten genommen. Erziehende bringen immer wieder Lösungsvorschläge, Betroffenen versuchen dann diese umzusetzen oder auch nicht. Tatsache ist, dass aber Lösungsvorschläge, die die Betroffenen selbst einbringen, mit mehr Überzeugung versucht werden und somit auch eher von Erfolg gekrönt sind. Die Erziehenden unterstützen dabei mit einer offenen empathischen Zugewandtheit (vgl. Lemme/Körner 2019:78-79).

Psychische Störungen können durch „neue Autorität“ nicht aufgelöst werden, doch soll die Handlungskompetenz durch den Widerstand – die Interventionen der Erziehenden gegen das negative Verhalten – erweitert werden und so aber werden Symptome abgeschwächt (vgl. Omer/Dulberger 2021:24). Diagnosen sind nicht als Wirklichkeit zu betrachten, eher gilt es den Menschen zu sehen, dem eine Diagnose gegeben wurde (vgl. Lemme/Körner 2019:78).

Die sieben Säulen der „neuen Autorität“ bilden die Grundlage des Konzepts (in Anlehnung an Körner et al. 2019:21).

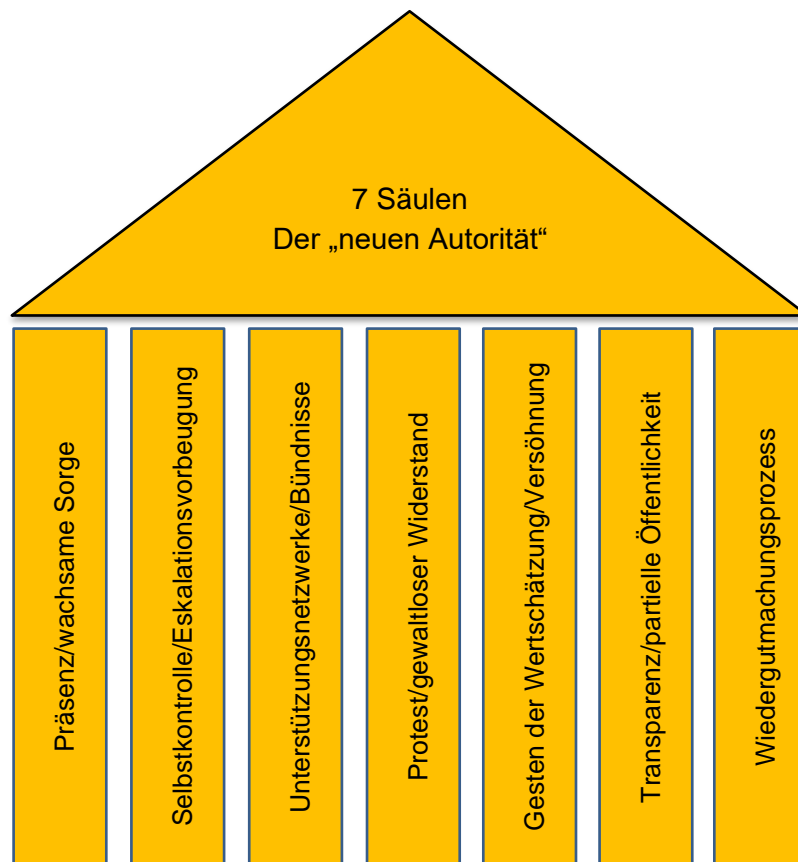


Abbildung 2 „7 Säulen der neuen Autorität“ (in Anlehnung an Körner et al. 2019:21)

3.6.1 „7 Säulen der neuen Autorität“

3.6.1.1 Präsenz und wachsame Sorge

Präsenz ist keine Macht, sie ist die Bereitschaft, am Leben der Kinder und Jugendlichen teilzunehmen, und baut auf einer Haltung auf, die Unterstützung, Begleitung sowie Wachsamkeit beinhaltet (vgl. Omer/Schlippe 2016:33f). Erziehende fühlen sich handlungsfähig, wenn sie eine Wirkung auf das Außen (ihre Umgebung) durch ihre Präsenz wahrnehmen; kommen aber Probleme auf und die Handlungsfähigkeit wird irritiert, wird die Präsenz geschwächt. Diese Irritationen brauchen Aufmerksamkeit, müssen reflektiert werden. Erziehende müssen also offen für Selbstreflexion sein, um gute Präsenz leisten zu können (vgl. Lemme/Körner 2019:44-45).

Die Präsenz kann laut Lemme und Körner (vgl. 2019:45) in folgende sechs verschiedene Dimensionen unterteilt werden.

- **Physische Präsenz**

Erziehende bleiben vor Ort, halten die Situation aus und bleiben dran, sind bereit für Auseinandersetzungen und besuchen gegebenenfalls die Aufenthaltsorte, wo Gefahren für die Schutzbedürftigen drohen. Nur körperliche Anwesenheit alleine ist nicht ausreichend, es braucht auch den Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen oder jungen Erwachsenen. Dieser Kontakt soll achtsam gestaltet sein, durch Authentizität und Empathie; Mimik und Gestik müssen ebenso wie Worte sprechen (vgl. Lemm/Körner 2019:46-47).

- **Pragmatische Präsenz**

Das Fehlen weiterer Handlungsoptionen führt meist dazu, dass Sanktionen ausgesprochen werden oder Bestrafungen passieren (vgl. Körner et al. 2019:26). „Dies wird nicht selten durch die eigene Haltung bestimmt – insbesondere dann, wenn sich der Erwachsene durchsetzen möchte oder sein Gesicht wahren will.“ (Lemme/Körner 2019:50) Präsenz braucht Beharrlichkeit. Scheint es, als würde nichts in der momentanen Situation Wirkung zeigen, kann auch die reine Anwesenheit ein Zeichen sein: „Wir sind da, wir bleiben da, wir bleiben dran“, aber auch ein zeitliches Verschieben weiterer Klärungen ist möglich. Es braucht dafür aber das Wissen, dass das Verhalten anderer nicht verändert werden kann, das eigene Tun jedoch schon (vgl. Körner et al. 2019:26).

- **Internale Präsenz**

„Das Wissen um das Handeln aus der eigenen Sicherheit und damit weitgehend unabhängig vom Handeln oder den Reaktionen anderer ist ein starker Wirkfaktor.“ (Körner et al. 2019:26) Eigene Emotionen und persönliche Verstrickungen in Streitsituationen oder andere atmosphärische Umstände können enormen Einfluss auf Eskalationsdynamiken haben. Es braucht also Stabilität und Selbstfürsorge der Erziehenden, um eine wirkende Präsenz leben zu können (vgl. Körner et al. 2019:26). „Eltern können sich nach emotionalen Entgleisungen für ihr eigenes Verhalten entschuldigen, ohne den Widerstand gegenüber dem problematischen Verhalten zu schwächen.“ (Lemme/Körner 2019:54) Eine Entschuldigung kann die Beziehung wieder stärken, die eigene Sicherheit in die Präsenz kehrt zurück (vgl. Lemme/Körner 2019:26).

■ Emotionale-moralische Präsenz

„Die eigene Überzeugung kann also zu einer Gestaltung der Beziehung führen, diese sogar wieder korrigieren und günstiger gestalten.“ (Lemme/Körner 2019:56)
Die eigene innere Einstellung, dass das, was jemand im Allgemeinen tut, richtig ist, bringt eine Stärkung des Selbstwertes mit sich (vgl. Lemme/Körner 2019:56). Es braucht aber auch Transparenz und Selbstreflexion für ein gutes Aufrechterhalten des Selbstwertes (vgl. Körner et al. 2019:25). Das Umfeld wiederum erhält dadurch klare Signale, Regeln sind eindeutiger wahrnehmbar. Diese Überzeugung hilft, beharrlich in der Präsenz zu bleiben. Geschieht die beharrliche Präsenz authentisch, kann eine Veränderung des problematischen Verhaltens angestoßen werden (vgl. Lemme/Körner 2019:57).

■ Intentionale Präsenz

Sie ist die moralische Stimme in uns und „beinhaltet die Absicht, aus der heraus Erziehende handeln.“ (Körner et al. 2019:25) Das Ziel, das Erziehende verfolgen, muss die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sein. „Wem oder was dient das, was wir gerade tun?“ (Körner et al. 2019:25) Hier spielen auch wieder Mimik und Gestik eine große Rolle (vgl. Lemme/Körner 2019:59).

■ Systemische Präsenz

„Um ein Kind zu erziehen, braucht es ein ganzes Dorf!“ (afrikanisches Sprichwort)
Erziehende empfinden oft Scham, wenn Interventionen keine Wirkung zeigen. Sie holen sich keine Hilfe, denn sie haben die Befürchtung, kritisiert oder verurteilt zu werden und lehnen daher einen Austausch mit anderen Eltern oder Einrichtungen ab. Doch diese Vernetzung würde mehr Unterstützungsmöglichkeiten bieten, Allianzen können gebildet werden, Reflexion wird angeregt und Entlastung passiert, da mehr Handlungsmöglichkeiten geschaffen werden (vgl. Omer/Schlippe 2016:34; Lemme/Körner 2019:65).

Es braucht einen transparenten Austausch, eine gute Abstimmung, um gemeinsam als Netzwerk auftreten zu können. Verschleierungen sind fehl am Platz, diese würden die Stärke der Gemeinsamkeit schwächen (vgl. Körner et al. 2019:26-27). Erziehende, die Präsenz leben, sollen wissen, wo sich ihre Kinder oder Jugendlichen aufhalten; das Interesse, das Bescheidwissen zeigt die Selbstverständlichkeit der Präsenz. Wachsame Sorge wird dann hervorgerufen, wenn destruktive Verhaltensweisen auffällig werden; es kommt zu keinen Sanktionen, sondern es braucht eine Offensive im privaten Bereich der Kinder oder Jugendlichen (vgl. Omer/Schlippe 2016:48ff). Der private Bereich ist zum Beispiel der Aufenthaltsort, wo Substanzen konsumiert werden.

Wachsame Sorge ist ein Modell der „neuen Autorität“, das in Krisensituationen herangezogen wird. Körner et al. (2019:27f) beschreiben dieses in drei Stufen:

- Offene Aufmerksamkeit ist in normalen Alltagssituationen gegeben. Dies ist die erste Stufe des gesamten Modells der „wachsamen Sorge“. Werden erste Zeichen eines problematischen Verhaltens wahrgenommen (da Präsenz im Alltag gelebt wird), geht es in die zweite Stufe über, die „fokussierte Aufmerksamkeit“.
- Fokussierte Aufmerksamkeit besteht darin, dass Erziehende die Veränderung direkt ansprechen, Interesse zeigen, bei problematischem Verhalten sich das Recht behalten, auch Einfluss drauf zu nehmen, zum Beispiel Absprachen im Netzwerk intensivieren. Das Ziel soll die Rückkehr in die offene Aufmerksamkeit sein.
- Eingreifen mit dem Ziel „Schutz“ ist die letzte und dritte Stufe. Sie tritt dann ein, wenn die fokussierte Aufmerksamkeit nicht ausreicht.

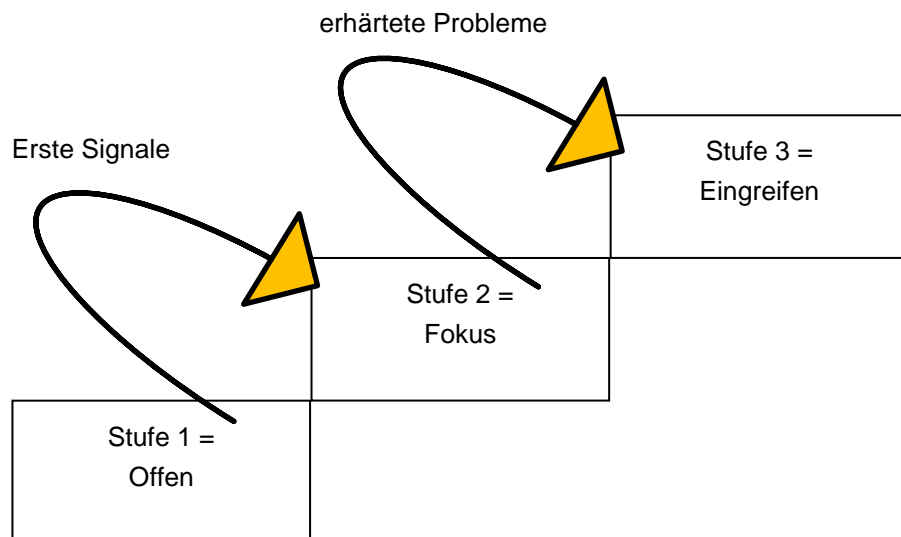


Abbildung 3 Drei Stufen der wachsamten Sorge (in Anlehnung an Körner et al. 2019)

Es braucht entschlossenere Maßnahmen, die fokussierte Aufmerksamkeit bleibt aber weiterhin aufrecht. Die zusätzlichen Maßnahmen werden ohne Absprache mit den Kindern und Jugendlichen gesetzt. „Wachsame Sorgen ist also eine Haltung, in der Erziehende [...] auf aktive, flexible respektvolle Weise Anteil am Leben ihrer Kinder nehmen.“ (Körner et al. 2019:31-32)

Erziehende haben nach dem Konzept der „neuen Autorität“ klar die Verantwortung zu übernehmen, trotzdem kommt es immer wieder zu problematischen Situationen und auch Erschöpfung in den Betreuungssituationen. Abbrüche der Beziehung hingegen bringen meistens noch mehr Eskalation mit sich. Es braucht hier professionelle Begleitung für Eltern und für Teams (vgl. Körner 2019:31).

Ein hilfreiches Tool führen Lemme und Körner (vgl. 2019:34-35) an, welches zur Sortierung problematischen Verhaltens und zur Findung passender Maßnahmen herangezogen werden kann – die „*Körbe-Methode*“.



Der rote „Limitkorb“ wird mit den Verhaltensweisen befüllt, die sofort die Aufmerksamkeit der Erziehenden benötigen.



Der gelbe „Kompromisskorb“ steht für aufschiebbare störende Verhaltensweisen.



Der grüne „Akzeptanzkorb“ ist für Angewohnheiten, die zwar nicht sonderlich erfreulich sind, aber nicht aktuell bearbeitet werden müssen, zum Beispiel Nasenbohren.



Im weißen „Bewahrungskorb“ werden positive Verhaltensweisen und Ressourcen gesammelt.

3.6.1.2 Selbstkontrolle und Eskalationsvorbeugung

„Die Handlungsfähigkeit von Menschen erhöht sich deutlich, wenn sie in der Lage sind, ihre eigenen Handlungen zu reflektieren und zu überdenken.“ (Kröner et al. 2019:34) Körner et al. (vgl. 2019:34-35) führen folgende hilfreiche Punkte für die Selbstkontrolle und Eskalationsvorbeugung an:

- Verzicht auf Drohungen und Debatten.
- Eigene Auslöser kennen und Strategien zur eigenen Beruhigung anwenden (Stimme beruhigen, Atmung beachten, ...).
- Provokationen widerstehen durch die Anwendung eines eigenen zurechtgelegten Rituals, so kann in der Situation die Anwesenheit bestehen bleiben.
- Verzögerte Reaktion – „Schmiede das Eisen, wenn es kalt ist!“ Die Situation muss nicht sofort gelöst werden, man kommt unter ruhigeren Umständen darauf zurück.
- „Gewalt benötigt Geheimhaltung.“ (Körner 2019:35) Öffentlich machen einer eskalierenden Situation kann Ruhe bringen.

3.6.1.3 Das Unterstützungsnetzwerk und Bündnisse

„Ein zentraler Bestandteil der Präsenz ist die Botschaft: „Ich bleib nicht allein!“ (Körner et al. 2019:37) Ein Unterstützungsnetzwerk ist eine Sammlung von Personen, ein Bündnis, das einen Einfluss auf das Tun der Erziehenden und der Betroffenen haben kann. Wer zum UnterstützerInnenkreis gehört und für welche Aufgabe verantwortlich ist, soll klar und für alle verständlich definiert werden.

Oft hilft es, sich die Beteiligten auf einem Plakat zu visualisieren. Es sollen nahestehende Personen gekennzeichnet werden, die das Leben der Betroffenen prägen. Je weiter außerhalb UnterstützerInnen stehen, desto weniger Beziehung haben sie zu der betroffenen Person. Ebenso soll zusätzlich festgehalten werden, wer welche Aufgabe und Rolle übernimmt, dies soll auf das Beziehungsverhältnis angepasst werden. Ein Team oder auch Eltern brauchen ein Gefühl von Zusammenhalt, um stärker wirken zu können. Dafür gilt es einen Raum zu schaffen, in dem Austausch über persönliche Betroffenheit oder andere Zwiespältigkeiten stattfinden kann. Teams brauchen manchmal externe Unterstützung und Eltern benötigen oft andere betroffene Eltern, um diesen Austausch als hilfreich empfinden zu können (vgl. Körner 2019:37-38).

3.6.1.4 Protest und gewaltloser Widerstand

Der gewaltfreie Widerstand soll individuell angewendet werden, es kommt stets auf den Kontext des Geschehens an. Ziel soll die Klarstellung des Widerstands gegenüber dem Problemverhalten sein, aber gleichzeitig soll die Möglichkeit zur Kooperation und Veränderung geboten werden. Dafür müssen die Maßnahmen kontinuierlich angewendet werden (vgl. Körner 2019:38-39). Diese Kontinuität des gewaltlosen Widerstands bietet den Betroffenen Orientierung, mindert die Aggressionsbereitschaft und auch Depressionen, wie Studien belegen (vgl. Omer/Dulberger 2021:70-71).

Es gibt verschiedenste Tools des gewaltfreien Widerstands, Körner et al. (vgl. 2019:39f) beschreiben unter anderem „die Ankündigung“, „das schweigende Gespräch“, „das Sit-In“, „Aufsuchen und Nachgehen“ und „die Telefonkette“.

- „Die Ankündigung“, oder auch „das Ankündigungsschreiben“ genannt, ist ein Brief, der gemeinsam von den Erziehenden verfasst, vorgelesen und an die Betroffenen übergeben wird. Dieser soll beinhalten, was das Umfeld wahrnimmt, welches Problemverhalten auffällt und dass dieses einen guten Grund hat. Weiters ist anzuführen, dass das Problemverhalten nicht akzeptabel ist und Sorge seitens der Erziehenden besteht, weswegen weitere Maßnahmen gesetzt werden. Vorwürfe, Forderungen und Lösungsvorschläge sind hingegen nicht Inhalt des Ankündigungsschreibens. Es wird transparent angeführt, warum nun was genau seitens der Erziehenden getan wird. Zusätzlich zur „Ankündigung“ wird dies für alle im Netzwerk sichtbar und zuverlässig verschriftlicht.

Nach Übergabe des Schreibens wird die Situation im Netzwerk reflektiert (Was ist gut verlaufen, was weniger? Welche Gefühle traten bei wem auf und warum?), auch für die Betroffenen selbst. Wo braucht es noch mehr Beharrlichkeit, was hat sich verändert? Auch das positive Verhalten wird genannt. „Die Dokumentation sollte, bevor sie eingesetzt wird, angekündigt werden.“ (Körner et al. 2019:39)

- „Das schweigende Gespräch“ passiert unangekündigt, Erziehende setzen sich zu den Betroffenen und stellen klar, dass sie alleine das Problem nicht lösen können und die Unterstützung der Betroffenen benötigen. Sie erbitten eine Zusammenarbeit und Lösungsvorschläge, dann wird bis zu drei Minuten geschwiegen. Auch wenn nicht sofort ein Veränderungsvorschlag seitens der Betroffenen passiert, ist es wichtig, am Ende des „schweigenden Gesprächs“ anzumerken, dass weiterhin Beharrlichkeit gezeigt wird, um eine Veränderung voranzutreiben.
- „Das Sit-In“ ist ein Tool, das ohne klare Orts- und Zeitangaben angekündigt wird und von längerer Dauer ist als das „schweigende Gespräch“, inhaltlich sind diese jedoch gleich. Es gibt keine Vorgaben über die Dauer; Lösungsvorschläge oder Eskalationen in der Situation beenden das „Sit-In“.
- „Aufsuchen und Nachgehen“ bedeutet, dass Plätze/Orte von den Erziehenden erkundet werden, wo die Betroffenen sich meistens aufhalten.
- „Die Telefonkette“ wird durch den UnterstützerInnenkreis gebildet, Nummern werden von KontaktpartnerInnen der Betroffenen gesammelt und angerufen, wenn zum Beispiel diese selbst nicht erreichbar sind.

3.6.1.5 Transparenz und partielle Öffentlichkeit

Erziehende haben das Recht, sich gegen destruktives Verhalten wie Gewalt gegen andere oder gegen Selbstzerstörung (zum Beispiel riskanter Drogenkonsum) vorzugehen und dabei auch das Recht, die Privatsphäre der Betroffenen aufzuheben (vgl. Omer/Dulberger 2021:128). Die Aufhebung der Privatsphäre bedeutet, dass Erziehende eine transparente Haltung einnehmen und andere potentielle NetzwerkpartnerInnen miteinbeziehen, Öffentlichkeit herstellen, mit der Absicht, die Entwicklungsförderung der Betroffenen anzuregen (vgl. Körner 2019:35). Auch kann die Privatsphäre des Zimmers der Kinder und Jugendlichen aufgehoben werden, wenn zum Beispiel Vermüllung bemerkt wird oder Drogen im Zimmer vermutet werden. Dies kann zum Boykott der Betroffenen führen, doch bleiben diese meist trotzdem mit vereinzelt Personen aus dem UnterstützerInnenkreis in Kontakt.

Es muss klar sein, dass Kinder und Jugendliche nicht ihr Zimmer besitzen, es ist ein Zimmer im Haus bzw. in der Wohnung der Eltern oder der Einrichtung.

Das Recht auf das „eigene“ Zimmer fällt, wenn die Pflicht (zum Schutz und für die Entwicklung der Betroffenen) der Erziehenden in den Vordergrund rückt (vgl. Omer/Dulberger 2021:128).

Wichtig dabei ist es, die Gefühle wie Angst/Schuld/Scham der Betroffenen nicht außer Acht zu lassen, diese müssen aufgegriffen und reflektiert werden (vgl. Körner 2019:35). Es wird also das problematische Verhalten, das beobachtet wurde, benannt und die Erziehenden übernehmen die Verantwortung. Es ist unumgänglich, dass Handlungsschritte gesetzt werden, welche Schritte das sein werden, wird öffentlich gemacht, ohne jemanden dabei zu tadeln oder anzugreifen. Im Netzwerk wird klar über die Tatsachen ohne jegliche Tabus gesprochen, denn die Absicht der Veröffentlichung ist der Schutz der Betroffenen, auch wenn Drohungen zur Eskalation seitens der Kinder und Jugendlichen ausgesprochen werden. Das Veröffentlichen des Problemverhaltens kann zum Beispiel durch Öffnung der Teambesprechungen für die Betroffenen oder Einholen von Unterstützungsideen unter BewohnerInnen passieren. Dies hilft den Betroffenen, ihr problematisches Verhalten zu reflektieren. Es gibt Regeln und Normen, die von der Mehrheit einer Bevölkerung bestimmt werden. Problemverhalten stört diese Regeln und Normen. Die Öffentlichkeit nimmt bei der Reaktion auf das destruktive Verhalten keine Rücksicht auf „ich konnte nicht anders“ (vgl. Körner et al. 2019:36).

Das Problemverhalten ist somit nicht belanglos, transparente Absprachen in Bezug auf die möglichen Reaktionen des Netzwerks können positiven Einfluss auf das Problemverhalten nehmen. Dies kann auch zur Eskalationsvorbeugung dienen, also auf der ersten Stufe der wachsamten Sorge Einfluss haben (vgl. Körner et al. 2019:37).

3.6.1.6 Gesten der Wertschätzung und Versöhnung

Jede Intervention, die von Erziehenden gesetzt wird, um gegen das destruktive Verhalten vorzugehen, braucht im Gegenzug Versöhnungsgesten (nicht aber Besänftigungsgesten). Betroffenen wird dadurch gezeigt, dass die Beziehung trotz des negativen Verhaltens stabil bleibt, dass sie weiterhin respektvoll behandelt und geliebt werden. Seitens der Kinder und Jugendlichen kann dies zu Beginn falsch interpretiert werden, sie denken oft, es sei ein Bestechungsversuch. Dies wird jedoch nach einiger Zeit aufgehoben, wenn Erziehende ihre Haltung weiterhin klar signalisieren. Ebenso haben Gesten der Wertschätzung und Versöhnung eine deeskalierende Wirkung, Momente werden durch diese weniger bedrohlich empfunden.

Aggressives Verhalten passiert, wenn sich Betroffene bedroht fühlen und Bedrohung baut auf Missverständnissen sowie verzerrten Wahrnehmungen auf (vgl. Omer/Schlippe 2016:61). Spontane Besuche, Kontaktangebote, Zuhören und das Zeigen von Interesse seitens der Erziehenden sind Gesten der Beziehung sowie Wertschätzung und müssen unabhängig vom Verhalten und ohne Erwartungen gesetzt werden.

Jemanden, der einem/einer wohlwollend gegenübertritt, greift man in der Regel nicht an, somit sind diese Gesten der Beziehung deeskalierend und können bestenfalls in einem vernünftigen Gespräch enden (vgl. Körner et al. 2019:41). „Wenn Verletzungen des Miteinanders vorgekommen sind und dadurch womöglich sogar persönlicher oder sozialer Schaden entstanden ist, besteht die Notwendigkeit einer *Wiedergutmachung*.“ (Körner 2019:41, Herv.i.O.)

3.6.1.7 Wiedergutmachungsprozess

„Die verbreitete Hilflosigkeit gegenüber der Möglichkeit einer Wiedergutmachung entspringt einer Sichtweise der Autorität früherer Zeiten, nach der der Täter seine Schuld eingestehen und Buße tun muss. [...] In seinen Augen würde seine Ehre verletzt, wenn er den Erwartungen der Erwachsenen nachgäbe. So ist es kein Wunder, dass diese dann oft von vornherein darauf verzichten, einen Wiedergutmachungsprozess in die Wege zu leiten [...]“ (Omer/Schlippe 2010:266-277)

Eine Wiedergutmachung geht meist mit einer Gegenwehr einher. Wenn hingegen ein Wiedergutmachungsprozess, so wie ihn das Konzept der „neuen Autorität“ vorsieht, angestoßen wird, indem der UnterstützerInnenkreis bei der Wiedergutmachungsgeste Anleitung und Hilfestellung anbietet, ohne Zwang und Anprangerungen, kann dies für Betroffene erleichternd wirken. Die Beziehung zu ihnen wird zusätzlich zur erleichternden Wirkung durch die Anteilnahme am Prozess gestärkt (vgl. Omer/Schlippe 2010:267).

„Um nachhaltig eine Veränderung erwirken zu können, ist es erforderlich, das positive Schamgefühl des destruktiv Handelnden anzuregen und erreichen.“ (Lemme/Körner 2018:137). Der Prozess der Wiedergutmachung kann bei den Betroffenen andauern. Braucht es jedoch zeitnaher eine Wiedergutmachung, können Erziehende diese ersatzweise übernehmen, im Sinne von „lernen am Modell“. Die Erziehenden bleiben danach weiter beharrlich, auch seitens der betroffenen Kinder und Jugendlichen muss solch eine Geste notwendig bleiben (vgl. Lemme/Körner 2018:137).

Das Konzept der „neuen Autorität“ verfolgt das Ziel, Erziehende zu unterstützen. Es bietet ihnen ein Handwerkszeug, damit keine Drohungen oder Sanktionen aufgrund fehlender Handlungsmöglichkeiten passieren. Es bietet also die Chance, Grenzen zu setzen und gleichzeitig die Beziehungsebene dabei nicht zu vernachlässigen.

Der Fokus liegt stets auf dem Handeln der Erziehenden und deren Beharrlichkeit. Diese Beharrlichkeit wird nicht als Zwang oder Kontrolle verstanden, sondern es wird klar die Haltung der Erziehungsverantwortung übernommen.

Nun, da BetreuerInnen ein Umfeld schaffen, in dem Schutz, Sicherheit und Struktur geboten werden und die BetreuerInnen dabei elterliche Feinfühligkeit leben sollen, scheint das Konzept tatsächlich eine unterstützende Methode zu sein.

Da sich Jugendliche/junge Erwachsene in einem Transitionsprozess befinden und die „Ich-Entwicklung“ in dieser Phase geprägt wird, brauchen Erziehende einen individuellen Rahmen, in dem sie elterliche Feinfühligkeit leben können. Es spricht seitens der „neuen Autorität“ nichts gegen eine individuelle Anwendung der angeführten Tools, nicht aber kann das gesamte Konzept individuell angewandt werden, denn sonst würde die Haltung der „neuen Autorität“ wahrscheinlich verloren gehen.

Ortner et al. (vgl. 2020:8ff) weisen in ihrem Artikel „Multipler Substanzmissbrauch als Variante von Hochrisikoverhalten im Jugendalter“ darauf hin, dass Komorbiditäten⁶ des multiplen Substanzkonsums häufig Symptome einer Depression und selbstverletzenden Verhaltens sind. Diese sind wiederum auf Komplikationen in der „Ich-Entwicklung“ zurückzuführen. Auch gehen sie auf das Modell der Suchtforschung „Abhängigkeit – eine Bindungsstörung“ ein, welches belegt, dass Suchterkrankte häufig unsichere Bindungsmuster zeigen, eine verminderte Affektregulation besitzen, ihre Eltern oft selbst bereits an einer psychischen Erkrankung leiden oder auch traumatische Erfahrungen machen mussten. Traumafolgen, Bindungsstörungen etc. können somit vorliegen, die den Alltag der Betroffenen stark beeinflussen.

Werden Interventionen nicht vor der Anwendung reflektiert und wissen BetreuerInnen nicht über die Trigger der Betroffenen Bescheid, könnten Interventionen destruktives Verhalten/Symptome anstoßen und sogar Retraumatisierungen hervorrufen. Das Konzept der „neuen Autorität“ meint jedoch, dass durch den Widerstand gegen das negative Verhalten mögliche Symptome abgeschwächt werden können und Diagnosen keine zu große Bedeutung gegeben werden soll, eher gilt es den Menschen, dem eine Diagnose gegeben wurde, zu sehen. Die „neue Autorität“ nimmt also keine Rücksicht auf die vergangenen Erfahrungen/Erlebnisse der betroffenen Jugendlichen/jungen Erwachsenen. Es ist im gesamten Konzept keine Biografiearbeit zu finden. Es wird in der „neuen Autorität“ nur davon ausgegangen, dass das negative Verhalten einen guten Grund hat; welche Interventionen auch Trigger sein könnten und welche Auswirkungen diese mit sich bringen, wird jedoch nicht berücksichtigt. Das muss kritisch gesehen werden, denn es kann Folgen haben für die Betroffenen und die Arbeit für die BetreuerInnen erschweren.

⁶ Eine zusätzliche Erkrankung zur Grunderkrankung

Die „neue Autorität“ gibt daneben an, dass Lösungsvorschläge seitens der BetreuerInnen eingebracht werden können, diese aber mit großer Wahrscheinlichkeit nicht so erfolgreich sein werden, da die Betroffenen diese nicht aus eigener Überzeugung umsetzen. Es ist zu überlegen, welche Botschaft diese Forderungen vermittelt, denn das destruktive Verhalten hat eine Funktion für die Betroffenen, sie kennen keine anderen Handlungskompetenzen.

3.7 Traumapädagogik

Die Traumapädagogik, wie folglich auffallend, nimmt im Vergleich zum Konzept der „neuen Autorität“ Rücksicht auf die vergangenen Erfahrungen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Der Ansatz der „neuen Autorität“ legt den Fokus auf den Widerstand gegen das destruktive Verhalten und gleichzeitig auf die Beziehung (vgl. Körner et al. 2021:16). Die Traumapädagogik hingegen fokussiert sich auf die Beziehung und das Vermitteln von Fachwissen – Psychoedukation. Die Betroffenen lernen im „Hier und Jetzt“ einen Umgang mit den Folgen ihrer Erfahrungen und Erlebnisse (vgl. Basum et al. 2013:7ff).

3.7.1 Das Konzept der Traumapädagogik

Traumapädagogik ist eine Fachdisziplin aus den Erkenntnissen der Psychotraumatologie, Erziehungswissenschaften, Bindungstheorie, Resilienzforschung etc. Sie beschäftigt sich damit, welche Unterstützung Betroffene brauchen, um wieder die Kontrolle über sich selbst zu erlangen (vgl. Basum et al. 2013:7). „Ist XY hier richtig? Sind wir die richtige Einrichtung für dieses Kind?“ (Basum et al. 2013:27). Diese Frage stellen sich ProfessionistInnen in Einrichtungen, wenn sie an ihre Grenzen gelangen. Traumapädagogik wurde als Konzept entwickelt, um diese Ratlosigkeit umgehen zu können. Sie richtet sich nicht nur an PädagogInnen und deren Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, sondern an das multiprofessionelle Team und auch an interne Strukturen von Einrichtungen (vgl. Basum et al. 2013:7ff).

Das zentrale Element ist die Selbstbemächtigung der Betroffenen, das heißt, sie sollen befähigt werden, wieder eigenverantwortlich zu sein, eine eigenständige Person zu sein; nachteiliges Denken soll sich verändern; das Passierte soll einordenbar werden; im „Hier und Jetzt“ soll die positive Bedeutung des Lebens gefunden werden; Selbstfürsorge soll entwickelt werden; Symptome wie Dissoziationen sollen regulierbar sowie Vertrauen wieder lebbar gemacht werden (vgl. Basum et al. 2015:16). Um das zu ermöglichen, braucht es (vgl. Basum et al. 2013:33ff; Baierl/Frey 2015:57ff):

- Einen „sicheren Ort“

Ein Sicherheitsgefühl kann dann entstehen, wenn die Örtlichkeit ohne drohende Gefahren ist. Wenn sich Betroffene geschützt fühlen von den Menschen, die sie umgeben/mit denen sie momentan leben, und wenn sie sich selbst vertrauen, Gefahren eigenständig meistern zu können. Die Traumapädagogik beschreibt daher den inneren und den äußeren „sicheren Ort“.

- Innerer „sicherer Ort“

Um Betroffenen eine Möglichkeit zu geben, sich vor dissoziativen Anfällen zu schützen, kann das Erschaffen eines inneren „sicheren Ortes“ hilfreich sein. „Aus psychologischer Sicht lernen die Kinder und Jugendlichen dabei, sich kontrolliert in eine selbstgewählte Dissoziation zu begeben sowie diese auch eigenständig wieder zu beenden“ (Baierl/Frey 2015:70).

- Äußerer „sicherer Ort“ ist ein Rahmen, in dem Grundbedürfnisse gestillt werden, indem Risikofaktoren minimiert und Resilienzfaktoren möglich gemacht werden. Es ist ein Ort, an dem Liebe und Geborgenheit herrschen und an dem Beharrlichkeit und Lebensfreude vermittelt werden. Er braucht Transparenz, Struktur und Flexibilität, aber auch Stabilität. Ein äußerer „sicherer Ort“ bietet Schutz, Versorgung und fördert Partizipation, also die Mitwirkung der Betroffenen an der Veränderung. In der Praxis bedeutet das, dass eine Einrichtung intakte Räumlichkeiten und Ausstattung braucht, schnelle Reparaturen vornehmen muss, Schließvorrichtungen benötigt und Rückzugsmöglichkeiten bietet, aber auch Bewegungsfreiheit etc.

Die Traumapädagogik vertritt die Haltung, dass Betroffene sich aufgrund der Traumatisierung so verhalten wie sie es tun, sie haben also einen guten Grund für ihr Verhalten. Weiters haben sie bereits viel erreicht, trotz der negativen Erfahrungen, und brauchen nun Unterstützung bei der weiteren Entwicklung ihres Lebens, indem sie ihre Beeinträchtigungen akzeptieren lernen.

Die Traumapädagogik sieht die Expertise für ihr Leben bei den Betroffenen selbst und stellt „nur“ das Fachwissen bzw. ProfessionistInnen bei (vgl. Weiß et al. 2014:100).

Ein weiterer wichtiger Faktor in der Traumapädagogik ist die traumapädagogische Diagnostik. Sie setzt sich zusammen aus klassifikatorischer Diagnostik nach ICD-10, Biografiediagnostik (Dynamiken, Entwicklungsverläufe verstehen) und Lebensweltdiagnostik (Lebensumstände erheben) (vgl. Baierl/Frey 2015:73ff).

Es ist davon auszugehen, dass beinahe alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in betreuten Wohneinrichtungen leben, außergewöhnliche Belastungen in ihrem bisherigen Leben erfahren mussten. Aufgrund dieser Erfahrungen zeigen sie bestimmte Verhaltensweisen wie zum Beispiel erhöhte Schreckhaftigkeit, Aggressivität, Konzentrationschwierigkeiten, psychische Sensitivität etc. Es ist ebenso anzunehmen, dass nur wenige Resilienzfaktoren vorhanden sind und eine erhöhte Vulnerabilität besteht. Betroffene haben folglich keine Kontrolle über diese Verhaltensweisen.

Daher braucht es einen sicheren Rahmen, in dem keine Gefahren drohen und Unterstützung erfahren werden kann, um ein eigenständiges Leben zu erlangen. Die ExpertInnen erheben daher für einen sicheren Alltag eine Biografie, um mögliche Trigger zu erkennen. Das kann sich auf die Untersuchung der Forschungsfrage auswirken. Denn laut Theorie ist anzunehmen, dass das Konzept der „neuen Autorität“ alleine nicht die gelingende Methode sein wird. Es ist zu überlegen, ob eine Mischung der Konzepte Traumapädagogik und „neue Autorität“ eine hilfreichere Methode darstellen würde.

3.8 Neurodeeskalation

Dr. Christoph Göttl (vgl. 2020; 2021) erklärt in seinen Vorträgen das Konzept der Neurodeeskalation. Es bietet Handwerkszeug und Verständnis für den Umgang mit traumatisierten Menschen an. Das Konzept basiert auf der wissenschaftlich erwiesenen Tatsache, dass Traumatisierung transgenerational weitergegeben wird. Dabei soll bedacht werden, dass unsere Vorfahren Kriege oder andere Erziehungsmethoden wie zum Beispiel „Lass das Baby schreien, es gewöhnt sich schon daran“ erleben mussten, was traumatisierende Auswirkungen auf sie hatte. Er erklärt auch die Gehirnphysiologie. Unter anderem weist er darauf hin, dass Dopamin zum Beispiel bei prosozialem Verhalten wie der Essensausgabe an Obdachlose ausgeschüttet wird. Die erhöhte Dopaminausschüttung überwiegt zu diesem Zeitpunkt. Das Erleben im „Hier und Jetzt“ lässt andere Symptome wie Antriebslosigkeit, Hypervigilanz, Hyperarousal etc. in den Hintergrund rücken.

Aber auch die Phantasie der kontrollierten Gefahr wie dem Schmiere stehen bei einem Überfall befeuert die Ausschüttung von Dopamin⁷ und bringt eine willkommene Ablenkung zu sonst alltäglichen Traumafolge-Erscheinungen. Es ist bekannt, dass Betroffene in Wohneinrichtungen Handlungen setzen wie Selbstverletzungen, die dann als Aufmerksamkeitsschrei gedeutet und bewusst von den BetreuerInnen ignoriert werden, um das destruktive Verhalten nicht zu bestärken (vgl. Göttl 2020). Auch die Pubertät wird gerne als „Pseudoerklärung“ für ein negatives Verhalten herangezogen (vgl. Göttl 2020). Die Betroffenen haben eigentlich den Wunsch nach Nähe und Bindung, haben aber nie gelernt oder trauen sich nicht diese zu holen oder aber haben es nie erfahren, diese überhaupt zu bekommen. Wenn dann Konsequenzen wie Verbote gesetzt werden, sind diese für sie nicht nachvollziehbar. Dr. Christoph Göttl (vgl. 2020) vermittelt durch Fallbeispiele, dass Bindung bei traumatisierten Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Konsequenz eingesetzt werden soll. Denn Beziehung ist ebenso eine Ablenkung, sie überstimmt die Gefahren im Alltag für Traumatisierte. Diese Beziehung beginnt zunächst mit Präsenz der BetreuerInnen im Alltag, der Versorgungsgedanke ist vordergründig. Zusätzlich braucht es Orientierungshilfen für Betroffene (Fotos der BetreuerInnen, täglich gleiche Abläufe, Speisepläne etc.). Folglich werden einseitige Bindungsangebote gesetzt, dabei entscheiden die BetreuerInnen, was angeboten wird; ob die Betroffenen das wollen, spielt weniger eine Rolle, denn sie bringen ohnehin nur negative Erfahrungen mit.

Es braucht Authentizität seitens der BetreuerInnen; die Aktivitäten, die angeboten werden, müssen den AnbieterInnen gefallen. Rücksichtsvoll müssen die BetreuerInnen aber auch im pädagogischen Alltag vorgehen, dieser darf nicht den „guten Grund“ des Verhaltens der Betroffenen schlagen. Die Vorgeschichte der jugendlichen/jungen Erwachsenen muss den BetreuerInnen bekannt und bewusst sein. Ein Beispiel hierfür wäre, dass Zimmerkontrollen eskalieren können. Das Zimmer kann ein Symbol für das „Haus der eigenen Seele“ sein; „der sichere Ort“, den die Betroffenen nie hatten oder auch ein Ort, an dem bedrohliche Übergriffe passierten, wenn Fremde ihn betreten haben. Dr. Christoph Göttl (vgl. 2021) bietet in seinem Konzept unter anderem auch ein Tool für Situationen, die bereits eskaliert sind. Er erklärt, wie man zum Beispiel Betroffene, die in Rage geraten sind und sichtlich neben sich stehen, dissoziiert wirken, wieder in das „Hier und Jetzt“ bringt und von ihrer Tat abbringt.

⁷ Dopamin ist ein Nervenbotenstoff im Gehirn, ebenso wie Serotonin. Beide gelten als Glückshormone.

Er weist dabei vor allem darauf hin, dass keine Gewalt oder Körperlichkeit angewendet werden. Es braucht Blickkontakt, eine gleiche körperliche Ebene, klare Ansprache der Betroffenen mit Namen und ein akustisches Signal. All das soll eine Störung der Rage, eine Unterbrechung der Handlung hervorrufen. Ist dies gelungen, verlassen Betroffene und der/die zuständige BetreuerIn den Ort des Geschehens. Es wird wieder Bindung geboten, um Betroffene nicht alleine zu lassen, statt als Konsequenz Beziehungsentzug zu setzen.

Betroffene in Wohneinrichtungen mit traumatischen Erfahrungen oder Traumatisierungen, die transgenerational weitergegeben wurde, benötigen eine authentische Bindung zu den BetreuerInnen. In diesen Fällen soll ein Korrektiv entstehen zu den bisherigen Erfahrungen. Die stetige Versorgung für Betroffene muss für BetreuerInnen vordergründig sein. Besonders wichtig erscheint, dass der pädagogische Alltag nicht den „guten Grund“ des Verhaltens der Jugendlichen und jungen Erwachsenen übertreffen darf.

Ein eigenes Beispiel aus der Praxis, in Anlehnung an Dr. Göttl (vgl. 2020) beschreibt eine gesamte betreute Wohngruppe, die einen Ausflug in den Tierpark machen möchte, wobei sich nur Rico weigert mitzufahren. Die Gruppe und die BetreuerInnen üben Druck auf ihn aus und versuchen ihn zu überreden, denn er kann nicht alleine in der Einrichtung bleiben. Die Situation eskaliert, Rico verlässt die Einrichtung.

Er kommt beeinträchtigt am Abend retour, er hat illegale Substanzen konsumiert. Die BetreuerInnen meinten es gut, wollten ihm mit dem Gruppenausflug eine Freude bereiten, ihn ablenken und aktivieren. Dabei haben sie jedoch nicht bedacht, dass die Verweigerung einen guten Grund haben könnte; Rico wurde vor traumatischen Erlebnissen immer mit Ausflügen in den Tierpark entschädigt.

Mit Hinblick auf das Konzept der „neuen Autorität“ ist anzunehmen, dass die Flucht und der Konsum von Drogen hier einen guten Grund haben, aber nicht darauf eingegangen wird. Stattdessen werden Lösungen zur Veränderung erwartet oder von den BetreuerInnen vorgeschlagen. Es stellt sich die Frage, welche Lösungsvorschläge BetreuerInnen anbieten, wenn sie den Auslöser eines gewissen Verhaltens nicht kennen oder welchen Lösungsvorschlag Rico einbringen könnte. Seine Reaktion war Flucht und Konsum. Sinnvoller erscheint es, eine kontinuierliche Beziehung zu bieten und durch den Bindungsaufbau Vertrauen zu Rico zu gewinnen, um so den Grund für sein Verhalten zu erfahren. Es ist anzunehmen, dass Fachwissen und Übung der BetreuerInnen gefragt sind, um solche Dynamiken erkennen zu können. Ebenso wird es einen flexiblen Rahmen der Einrichtung (genügend Personal, keine starren Abläufe, ...) brauchen, in dem es möglich ist, eine kontinuierliche Beziehung zu bieten.

3.9 Resümee

Aus der Theorie geht hervor, dass „neue Autorität“ bei Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht alleine die gelingende Methode sein kann. BetreuerInnen brauchen vorweg eine stabile Beziehung, die erst aufgebaut werden muss, hierbei kann das Konzept der „Neurodeeskalation“ unterstützen. Die Traumapädagogik wird hilfreich sein in der Erhebung der Biografie der Betroffenen und bei der Reflexion möglicher Interventionen, denn dabei wird auf den Grund des Verhaltens Rücksicht genommen. Ein sicherer Ort, wie er in der Traumapädagogik beschrieben wird, bietet einen positiven Rahmen für die Arbeit mit konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

4 Methode

Die qualitative Studie wurde durchgeführt, um eine Empfehlung für BetreuerInnen in Wohnungseinrichtungen vorlegen zu können. Basiswissen und Handwerkszeug sollen damit vermittelt werden. Mittels einer Gegenüberstellung der Recherche aus der Literatur und der problemzentrierten ExpertInneninterviews können entsprechende Erkenntnisse hierzu erhoben werden.

Die qualitative Studie wurde gewählt, weil es einer systematischen Beantwortung der Forschungsfrage bedarf. Es braucht vertrauenswürdige ExpertInnen, um die Daten detailliert interpretieren zu können. Die daraus gewonnenen Schlüsse ergeben neue vertiefende Theorien, welche auch auf eine andere Umgebung übertragbar sein sollen. Um dies schaffen zu können, braucht es einen nachvollziehbaren Prozess der Forschung. All das bietet eine qualitative Studie.

4.1 ExpertInneninterviews und Sample

Anhand der ersten Literaturrecherche konnte ein problemzentrierter Interviewleitfaden für die ExpertInnen erstellt werden. Dieses Erhebungsinstrument wurde gewählt, da es sich um ein spezifisches Forschungsgebiet handelt und die möglichen Verhaltensweisen untersucht werden sollen, die diese spezielle Gruppe betreffen. Durch die problemzentrierten Interviews konnten subjektive Eindrücke und Erkenntnisse evident gemacht werden.

Die Interviews wurden zunächst offen gestaltet, um möglichst freie Erzählungen erheben zu können. Dennoch wurde auf die Problemstellung durch gezielte Fragen immer wieder aufmerksam gemacht. Folglich wurden die Interviews halbstrukturiert geführt. Der Leitfaden setzte sich wie folgt zusammen: Wissenserhebung über die Theorie des Konzepts der „neuen Autorität“ und wie es zu diesem theoretischen Wissen kam; persönliche Meinungen/Erfahrungen bei der allgemeinen Anwendung und der Anwendung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Suchtmittel konsumieren – was hat sich bewährt, was war weniger praktikabel, was wurde nie angewandt; Einflüsse der Anwendung auf die Betroffenen, auf das Team und auf die ExpertInnen persönlich.

4.1.1 ExpertInnen und Stichprobe

Die interviewten ExpertInnen sind 14 Männer und Frauen zwischen 24 und 56 Jahren aus der Steiermark, Oberösterreich, Tirol, Niederösterreich und Wien. Diese wurden durch Recherche diverser Wohneinrichtungen für Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich ausfindig gemacht und per E-Mail kontaktiert. Unter ihnen sind SozialpädagogInnen, akademisch-pädagogische SozialtherapeutInnen, LehrerInnen, BehindertenbetreuerInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und ErziehungswissenschaftlerInnen sowie zwei Coaches/Coachinnen der „neuen Autorität“ und auch SupervisorInnen zu finden. Die ExpertInnen sind in Wohneinrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe tätig oder in deren Auftrag sowie in Wohnhäusern, die nach dem Chancengleichheitsgesetz geregelt werden. Sie begleiten Betroffene bis zu ihrem 18. Lebensjahr oder auch darüber hinaus. Manche Einrichtungen sind zum Teil aber auch nur für einen Übergang zur Stabilisierung gedacht, dort können Jugendliche und junge Erwachsene eineinhalb Jahre verbleiben.

4.1.2 Umstände

Aufgrund der Covid-19-Pandemie wurden die Interviews größtenteils via Zoom gehalten, aber auch persönliche Treffen in Büroräumen in Linz und Innsbruck waren möglich. Direkt in den Einrichtungen vor Ort fand keine einzige Befragung statt. Durchschnittlich dauerten die Gespräche zwischen 30 und 60 Minuten. Stehts ergab sich ein freundlicher, ehrlicher und offener Austausch.

4.2 Auswertung

Nach der Transkription der Interviews wurde deren Inhalt mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring systemisch bearbeitet. Diese Methode wurde gewählt, um Weiteres von einer ausgedehnten Theoriebildung abzuleiten. Dafür wurde eine Strukturierung der Interviews vorgenommen. In der Praxis passierte die Veranschaulichung an einer großen Wand. Jedes Interview wurde satzweise auf dessen Inhalt überprüft, paraphrasiert und einer Kategorie zugeteilt. Im nächsten Schritt wurde verglichen, welche Kategorien zusammengelegt werden und welche ausscheiden können, da diese nur von wenigen oder einzelnen ExpertInnen erwähnt wurden. Eine Wordtabelle unterstützte dabei, den übriggebliebenen Inhalt zu paraphrasieren und Ankerbeispiele zu setzen.

Es wurde also eine Wiedergabe der Ergebnisse in eigenen Worten produziert, unter Berücksichtigung der theoretischen Grundlagen. Somit wurden hervorgebrachte unbemerkte Inhalte sichtbar.

Die Ergebnisse beinhalten Ober- und Unterkategorien und werden im nachstehenden Kapitel zusammengetragen angeführt und interpretiert:

Häufig explizit erwähnte Inhalte der „neuen Autorität“
Haltung; Präsenz; Tools: Ankündigungsschreiben, Körbemethode, Netzwerk und die dazugehörige Transparenz
Angepasste oder veränderte „neue Autorität“
Teilanwendung der „neuen Autorität“; Konzeptverknüpfungen – Bindungsgeleitete „neue Autorität“; Traumakonzepte und „neue Autorität“
Individualität
Beziehung und Bindung
Erfolg und Ziele
allgemeine Ziele und Erfolge in der Betreuung; „neue Autorität“ und Ziele
Fortbildungen und Implementierung „neue Autorität“
Grenzen
Bindungsstörungen sowie psychiatrische und intellektuelle Auffälligkeiten; Kontrolle und deren Grenzen; Gewalt; Team; Rahmenbedingungen: Schwierigkeiten durch externe und interne Gegebenheiten; passendes Setting
Vorgehen bei Suchtmittelkonsum
Regeln im Suchtmittelumgang; Ausschlussgründe
Risikofaktoren
Person; Umwelt; Droge

Abbildung 4 Kategorien aus den Interviews (eigene Darstellung)

5 Ergebnis

Was brauchen nun BetreuerInnen für die stationäre Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Transitionsprozess, die Suchtmittel konsumieren?

Die Ergebnisse unterstreichen nochmals die Erkenntnisse der Theorie und zeigen, wann das Konzept der „neuen Autorität“ sinnvoll angewendet werden kann und unter welchen Voraussetzungen.

5.1 Suchtmittelkonsum in betreuten Wohneinrichtungen

Die ExpertInnen erklärten aus ihren Erfahrungen die Risikofaktoren und zeigen auf, welches Fachwissen für diese Arbeit benötigt wird sowie unter welchen Rahmenbedingungen diese stattfinden muss. Es zeigt sich, wann es Schutz für die Betroffenen braucht und wann die Beziehungsebene berücksichtigt werden muss sowie welche Regeln dafür verlangt werden müssen.

5.1.1 Beziehung und Bindung

Die genaue theoretische Beschreibung zur Bindungstheorie ist bei 3.1 Bindung und Bindungsstörungen zu finden.

Zwei ExpertInnen merken an, dass „neue Autorität“ zwar auf Beziehung aufbaut, aber dies zu wenig hervorgehoben wird. Auch in der Literatur wird der Wert der Beziehung zu wenig beschrieben. Manche der Befragten meinen, dass erst eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden muss, um das Konzept der „neuen Autorität“ überhaupt anwenden zu können (vgl. IP2 2021; IP 12 2021). Im Interview wird erwähnt, dass eine gute Beziehung weniger Widerstand erzeugt, denn auf deren Basis können verschiedenste Interventionen bei unterschiedlichen KlientInnen besser erklärt werden (vgl. IP12 2021). Derselbe Experte berichtet von einem Fall, wo den BetreuerInnen klar wurde, dass „neue Autorität“ zu früh angewendet wurde, denn es bestand keine neutrale tragfähige Beziehung, nur der Drogenkonsum stand im Fokus.

Zwei ExpertInnen (vgl. IP2 2021; IP7 2021) erzählen von einer Ausbildung zum/zur SozialtherapeutIn. Darin wird das Konzept der „neuen Autorität“ in Verbindung mit Bindung und Bindungsstörungen gelehrt, sie nennen es bindungsgeleitete „neue Autorität“.

Hierbei wird mit weniger Druck auf die KlientInnen gearbeitet und mehr auf die Beziehung Wert gelegt. Es handelt sich also um eine Zusammenlegung des Konzeptes der „neuen Autorität“ mit dem Konzept der Bindungstheorien. Es geht hervor, dass das Konzept der „neuen Autorität“ für die KlientInnen, unter anderem auch DrogenkonsumentInnen, nicht passend oder ausreichend war. Sie nehmen durch die Zusammenlegung der Konzepte nun Rücksicht auf Bindungsstörungen und psychische Auffälligkeiten, denn bei diesen kann das pädagogische Konzept der „neue Autorität“ nicht greifen, hier braucht es mehr an psychiatrischem Wissen (vgl. IP7 2021).

Das Konzept der „neuen Autorität“ wurde ursprünglich für Eltern geschrieben, die Probleme in der Erziehung mit ihren Kindern haben (vgl. Omer/Schlippe 2017:1). Stellt man die Aussagen der ExpertInnen dem gegenüber, lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Beziehungsebene bei der Übernahme des Konzeptes in dem stationären Bereich zu wenig Beachtung bekommen hat. Das Konzept baut auf der Beziehung auf, Eltern haben diesen Grundbaustein, BetreuerInnen nicht. Das Konzept der Neurodeeskalation, wie in der Theorie beschrieben, legt den Fokus rein auf die Beziehung, ein stetiges Beziehungsangebot wird zur Verfügung gestellt. Die Betroffenen wählen selbst, wann sie dieses annehmen. Ziel ist es, sie zu binden, Zeit mit ihnen zu verbringen, sie kennen zu lernen und dabei ihre Biografie zu erfahren. Gegen das destruktive Verhalten wird erhöhte Präsenz im Sinne von noch mehr Beziehungsangebot gesetzt. Diese Aussagen der ExpertInnen machen sichtbar, dass das Konzept „Neurodeeskalation“ dem Konzept der „neuen Autorität“ vorausgesetzt werden muss. „Neurodeeskalation“ ist folglich die Basis, auf der das Konzept der „neuen Autorität“ aufgebaut gehört, in einem betreuten Setting.

Die Wiedergutmachung wird bei KlientInnen mit Bindungsstörungen ebenso kritisch gesehen, denn zeigen KlientInnen zum Beispiel aggressives Verhalten, passiert dieses durch dissoziative Störungen womöglich nicht bewusst; sie können sich an ihr Tun meist nicht mehr erinnern, dafür soll keine Wiedergutmachung verlangt werden (vgl. IP2 2021; IP9 2021). Auch kann die Wiedergutmachung in der Wohngruppe Dynamiken wie bereits vorhandene Diskrepanzen in der Gruppe, Rivalitäten etc. bestärken und eine ausgrenzende Wirkung haben. Das Gefühl von Druck kann erzeugt werden, wenn der Fokus auf die Leistungserbringung, in dem Fall die Wiedergutmachung, gelegt wird (vgl. IP2 2021; IP7 2021; IP9 2021).

Eher sollten sich BetreuerInnen mit dem Grund des Verhaltens beschäftigen, als Widerstand gegen dieses zu zeigen (vgl. IP11 2021).

Ein Ziel der Betreuung soll es sein, dass neutrale Begegnungen ermöglicht werden, KlientInnen haben oft schon genug Traumatisches erleben müssen. In der neutralen Begegnung sollen Skills⁸ vermittelt werden, um sich besser mit ihrem Leben zurechtzufinden (vgl. IP13 2021). „Der Fluss wird immer reißender sein. Wichtig ist, dass man sagt, ihr dürft reingehen, ihr schafft das. Also dass man das aufbringt.“ (IP 13 2021) ExpertInnen (vgl. IP11 2021; IP7 2021) gehen davon aus, dass nicht nur die Haltung der „neuen Autorität“ im Sinne der Trennung des Verhaltens von der Person relevant ist, sondern auch die Haltung des Konzeptes der „Traumapädagogik“ mit der „Annahme des guten Grundes für das Verhalten“. Gerade bei KlientInnen mit traumatischen Erlebnissen und/oder Bindungsstörungen ist die Gefahr gegeben, dass Substanzen missbraucht werden. Auch wird von der Mehrheit der Befragten die Relevanz des sicheren Ortes erwähnt, den die Einrichtung allen KlientInnen bieten soll. Dieser Begriff stammt ebenso aus der „Traumapädagogik“ (vgl. IP2 2021; IP3 2021; IP7 2021; IP10 2021; IP11 2021; IP12 2021). Die meisten KlientInnen haben Bindungsstörungen und leben deshalb in einer betreuten Einrichtung, hier müssen die BetreuerInnen sich ihrer Beziehungsarbeit ganz bewusst sein und stetig reflektieren (vgl. IP13 2021). Manche ExpertInnen sehen auch Zimmerkontrollen, wie sie von Coaches bzw. Coachinnen der „neuen Autorität“ empfohlen werden, kritisch, da sie der Meinung sind, dass dies die Beziehung zu den KlientInnen gefährdet oder sie erlebt haben, dass zum Beispiel Taschenkontrollen bei Verdacht auf Besitz illegaler Drogen zu vielen Dynamiken geführt haben (vgl. IP3 2021; IP2 2021; IP 7 201; IP11 2021).

Diese ExpertInnen nehmen ebenso mehr Rücksicht auf den Grund des Verhaltens, daher findet auch das Konzept der „neuen Autorität“ weniger Platz. Die meisten Befragten arbeiten bereits mit dem sicheren Ort aus der Traumapädagogik. Es ist davon auszugehen, dass diese hauptsächlich von einem „äußeren sicheren Ort“ für die KlientInnen sprechen. Ein „äußerer sicherer Ort“ beinhaltet unter anderem Geborgenheit, Beharrlichkeit, Lebensfreude, Struktur und auch Transparenz. Vor allem soll er aber Schutz, Intaktheit und Versorgung bieten.

⁸ Fähigkeiten

Das bestätigt erneut das Ergebnis der theoretischen Recherche. Es braucht das Wissen über die Traumapädagogik als Ergänzung, nicht nur weil Neurodeeskalation ein Handwerkszeug für die Arbeit mit traumatisierten Menschen ist, und dies das Wissen über Traumatisierungen voraussetzt, sondern auch weil Interventionen, unter anderem jene der „neuen Autorität“, nur nach gründlicher Reflexion ohne weitere Folgen (Eskalation, Beziehungsabbruch, Gruppendynamiken und deren Folgen) angewendet werden können. Kontrollen stellen ein gewisses Maß an Misstrauen dar. Wiedergutmachungsforderungen für Verhaltensweisen, welche Betroffenen nicht steuern können, können fatale Auswirkungen haben. Es braucht für diese Interventionen ausreichend Reflektion, die Biografie der Betroffenen muss berücksichtigt werden.

Eine weitere Bestätigung dafür bringt folgendes Fallbeispiel: Ein Experte (vgl. IP12 2021) berichtet von einem misslungenen Versuch, das Ankündigungsschreiben wurde angewendet, es gab danach kaum Zeit für Reflexion, es wurden schon die nächsten Maßnahmen wie Zimmerkontrollen gesetzt, ohne eine tragfähige Beziehung aufgebaut gehabt zu haben. Der Zeitdruck und die psychische Instabilität des Klienten waren rückwirkend betrachtet eine Kontraindikation für die Anwendung dieses Tools, er war nicht in der Lage, auf diese Maßnahmen zu reagieren.

Diese Reflexion bringt spannende Aussagen mit sich. Erstens wird klar reflektiert, dass die Beziehung nicht genügend aufgebaut war. Zweitens gibt die „neue Autorität“ an, dass ihr Konzept psychische Symptome/Probleme mildern kann. Hier darf aber erneut nicht vergessen werden, dass viele Betroffene, die in Einrichtungen leben, unsichere Bindungserfahrungen machen mussten; somit benötigen sie mehr Zeit, um korrektive Bindungserfahrungen zu machen und sich psychisch wieder zu stabilisieren. Die hier gesetzte Ankündigung war scheinbar bedrohlich, erzeugte zusätzlichen Stress und war nicht reflektierbar für den Klienten.

5.1.2 Risikofaktoren

Immer wieder bringen ExpertInnen Fallbeispiele in den Interviews ein, sie erzählen aus der Vergangenheit der KlientInnen; dabei werden vor allem Risikofaktoren hervorgehoben. Wie im theoretischen Teil 3.1.1 Resilienz, Vulnerabilität und Risikofaktoren und 3.5.1 Von der Abstinenz bis hin zur Sucht bereits beschrieben, teilen sich auch die Risikofaktoren aus den Fallbeispielen in Umwelt/Person/Droge auf.

■ Umwelt

IP4 erzählt von einer Klientin, die bereits früh in einer Pflegefamilie gelebt hat, dann aber kam es zu einem längeren Psychiatrieaufenthalt, woraufhin sie in einer betreuten Wohneinrichtung der Kinder- und Jugendhilfe unterkommen musste. Ein Zurück in die Pflegefamilie war aufgrund der psychischen Instabilität nicht mehr möglich.

Auch andere ExpertInnen berichten von KlientInnen ohne familiären Rückhalt – von Vätern, die neue Familien gründeten, für die Kinder nicht erreichbar oder in der Vergangenheit aggressiv gegenüber den KlientInnen waren; von verschwundenen oder ins Ausland geflüchteten Müttern sowie von Großeltern, die mit der gegenseitigen Pflege beschäftigt waren und nicht noch zusätzlich die Erziehung übernehmen konnten (vgl. IP1 2021; IP2 2021; IP6 2021; IP12 2021). Auch wird vom Verzicht der KlientInnen auf Alimente erzählt, um die Möglichkeiten auf eine Veränderung der nicht gegebenen Beziehung zu den Eltern nicht zu gefährden (vgl. IP12 2021). Ein weiterer Risikofaktor scheint in den Fallbeispielen von IP3 und IP12 der Leistungsdruck seitens der Eltern zu sein. In diesen Fällen ist zwar die Familie in Beziehung zu den KlientInnen, jedoch wird eine Leistung für das Aufrechterhalten des Kontakts verlangt oder die Ansprüche waren zu hoch und nicht erreichbar für die Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, die Drogen konsumierten, wodurch sie immer wieder Versagen erleben mussten. Auch zeigt sich der Risikofaktor „falsche“ FreundInnen. Diese können eine große Rolle bei Drogenkonsumierenden spielen. Wie in den Fallbeispielen beschrieben, war die Wirkung und Art der Drogen den KlientInnen egal; wichtig war, dass sie mit FreundInnen konsumieren konnten. Es wurde das genommen, was diese gerade zur Verfügung gestellt haben (vgl. IP5 2021; IP9 2021).

■ Person

Bindungsstörungen oder auch andere psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen werden in den Fallbeispielen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Drogen konsumieren, als Risikofaktoren gesehen. Sechs der KlientInnen in den Fallbeispielen der ExpertInnen hatten eine psychische Erkrankung, genannt wurden Störungen des Sozialverhaltens und Persönlichkeitsstörungen (vgl. IP2 2021; IP3 2021; IP4 2021; IP5 2021; IP9 2021; IP12 2021). Es handelte sich um Symptome, die nicht gesteuert werden konnten (vgl. IP1 2021; IP6 2021; IP10 2021).

Psychische Erkrankungen wie Schizophrenie sind mit dem Konzept der „neuen Autorität“ nicht kompatibel, hier kann das Verhalten nicht von der Person getrennt gesehen werden, denn dieses ist meist auf Symptome zurückzuführen, zum Beispiel eine Störung der emotionalen Regung (vgl. IP6 2021).

■ Droge

Es wird von riskantem Mischkonsum berichtet – unkontrolliert und überdosiert; welche Substanz, war egal; Ziel war die Betäubung (vgl. IP2 2021). Auch wird von der Überzeugung der Rastafari-Ideologie gesprochen, der exzessive Cannabiskonsum wurde zur Lebensphilosophie (vgl. IP3 2021).

Eine weitere Gefahr kann die Unaufgeklärtheit über die Drogen sein – unwissend wird das konsumiert, was FreundInnen zur Verfügung stellen (vgl. IP5 2021; IP9 2021).

Wie in der Theorie bereits beschrieben, ist eine Traumatisierung (eine Untergruppe der psychischen Störungen) eine Reaktion auf außergewöhnliche Belastungen. Alle genannten Faktoren sind außergewöhnliche Belastungen, für manche mehr, für andere weniger. Ein großer Faktor spielt hier der Transitionsprozess. Alle Betroffenen befinden sich in der Lebensphase, in der sich ihr „Ich“ entwickelt; in dieser Phase haben die Jugendlichen/jungen Erwachsenen eine zusätzliche erhöhte Vulnerabilität. Die ExpertInnen unterstreichen mit der Anführung der Risikofaktoren und dem Hinweis auf die Grenze der „neuen Autorität“ bei psychischen Erkrankungen die Ergebnisse der Theorie. „Neue Autorität“ alleine kann hier nicht die gelingende Methode sein. BetreuerInnen benötigen folglich das Bewusstsein darüber, dass sie mit dieser extra vulnerablen KlientInnengruppe achtsam umgehen müssen. Dass sie elterliche Feinfühligkeit brauchen und sehr individuell auf die Betroffenen eingehen müssen. Das Konzept der Traumapädagogik und das Handwerkszeug der Neurodeeskalation bieten hierfür Unterstützung.

5.1.3 Regeln im Suchtmittelumgang

Die Theorie zu diesem Kapitel ist unter 3.5.3 Rechtliches zu Suchtmittel festgehalten.

Was zu tun ist, wenn Suchtmittel gefunden werden, muss von der Einrichtung vorgegeben werden, ansonsten führt dies zu Diskussionen im Team. Es braucht im Vorfeld klare Regeln, wann, wie und welche Suchtmittel vernichtet werden müssen. Handelt es sich um größere Mengen illegaler Drogen, wird die Polizei hinzugezogen; in Österreich gilt ein Anzeigerecht und keine Anzeigepflicht (vgl. IP12 2021).

Utensilien, die für den Konsum der Substanzen verwendet werden können – zum Beispiel eine Bong für den Konsum von Cannabis –, darf man besitzen und legal erwerben, es handelt sich also um das Eigentum der KlientInnen. Es gibt jedoch Hausregeln, die zu Betreuungsbeginn unterzeichnet werden, in denen die Aufbewahrung dieser Utensilien in der Wohneinrichtung untersagt ist. Die Gegenstände werden abgenommen und verwahrt; kommt es zu einem Auszug, werden diese wieder retourniert (vgl. IP3 2021; IP7 2021; IP9 2021; IP12 2021). Es braucht eine klare gemeinsame Haltung der BetreuerInnen in diesem Zusammenhang. Illegale Substanzen dürfen nicht besessen werden und Alkohol ist in der Wohneinrichtung ebenso verboten.

Wird trotz dieser Regeln und Gesetze weiterhin konsumiert, muss daran gearbeitet werden, dass zumindest eine Reduktion passiert oder gar eine Abstinenz (vgl. IP3 2021). Wird ein Substanzkonsum bemerkt, wird dieser sofort angesprochen, der Gruppenkontakt untersagt, im nüchternen Zustand die Konsummotivation reflektiert und im Team besprochen, welche weiteren Interventionen nötig sind. Klar jedoch soll sein, dass der Konsum von Drogen und auch der Aufenthalt unter deren Einfluss in der BewohnerInnengruppe nicht erlaubt sind, auch wenn dieser Regelverstoß nicht sofort zum Ausschluss aus der Einrichtung führt (vgl. IP8 2021). Auch erzählen ExpertInnen, dass Drogentests manche nur bei Verdacht, andere aber auch regelmäßig durchführen (vgl. IP1 2021; IP4 2021; IP9 2021). Zu welchem Ziel Drogentests führen sollen, bleibt hier unklar, vermutlich dienen diese zur Erhebung, ob Abstinenz in den Ziel-Plan aufgenommen werden muss. Experte IP13 erklärt, dass in den Einrichtungen seiner Organisation eine Gefahreinschätzung nach einem Leitfaden des Roten Kreuz gemacht wird, also eine Risikobeurteilung, wenn KlientInnen unter Einfluss von Substanzen in der Wohneinrichtung verbleiben. Es wird aber auch die Rettung bei Bedarf hinzugezogen. Somit ist rechtlich eine Absicherung geschehen, falls es zu Problemen wie einer Anflutung oder einem erneuten Konsum kommt, denn der Befindlichkeitszustand zum Zeitpunkt der Begegnung wurde erhoben. Wichtig ist bei einem Verbleib in der Einrichtung, dass regelmäßige Kontrollen des Vitalzustands der Konsumierenden passieren.

Die Gefahr von Alkohol (eine in Österreich legale, häufig konsumierte und gesellschaftlich anerkannte Droge) wird unterschätzt; gerade, wenn Mischkonsum betrieben wurde, kann dies die Risikoeinschätzung erschweren. Diese Kontrollen sollen individuell gehandhabt werden. KlientInnen, bei denen nur eine leichte Beeinträchtigung wie zum Beispiel Lallen nach drei Flaschen Bier bemerkbar ist, brauchen vorerst Schlaf.

Stellt sich bei der Risikoabschätzung jedoch heraus, dass die Rettung hinzugezogen werden sollte, weil zum Beispiel ein Mischkonsum gegeben ist, diese aber eine Untersuchung nicht für nötig empfindet oder auch der hausärztliche Notdienst der Meinung ist, dass Schlaf die beste Medizin ist, trotz vielleicht somnolenter⁹ Gegebenheiten, braucht es die regelmäßige Kontrolle durch die BetreuerInnen. Leider hat auch dieser Experte die Erfahrung in Oberösterreich machen müssen, dass in manchen Bezirken durch das Rufen der Rettung die Polizei mit alarmiert wurde und es so zu einer Anzeige der beeinträchtigten KlientInnen gekommen ist. Das stellt eine enorme Gefahr für Hilfesuchende dar, denn aus Angst vor der Polizei und einer Anzeige wird vielleicht auf eine Hilfe verzichtet, welche aber das Überleben sichern würde.

Die Interviews zeigen, dass Einrichtungen mit Hausregeln einen Rahmen schaffen müssen, in dem klar definiert wird, dass Suchtmittelkonsum in den betreuten Wohneinrichtungen untersagt ist. An diesen Rahmen müssen sich alle BetreuerInnen halten.

Dabei soll die Einrichtung den rechtlichen Rahmen (was darf man besitzen, legal/illegal, Anzeige vs. Beziehung, ...) einhalten, der aus der Theorie hervorgeht und an dem sich bereits einige ExpertInnen orientieren.

Dr. Bettina Schmidt (vgl. 2020:2) erwähnt in einem Interview zur Gesundheitsförderung, dass es Spannungsfelder zwischen Freiheit und Bevormundung gibt oder auch zwischen Vernachlässigung und Unterstützung. Manche Menschen brauchen Verhaltensempfehlungen, andere aber klare Regeln, um sich in der komplexen Welt orientieren zu können, die sie umgibt. Manche empfinden diese Klarheit als Entmündigung, andere aber als Entlastung, vor allem wenn diese Klarheit von ExpertInnen kommt.

„Das Kind läuft unaufmerksam auf die Straße, der eilige Autofahrer ist zu schnell, und trotzdem passiert nichts, weil die Straßenschweller den Autofahrer benutzerfreundlich – also ohne, dass der Autofahrer eine große selbstdisziplinäre Anstrengung auf sich nehmen muss – dazu bringt, dass er langsam genug fährt, um das Kind rechtzeitig zu sehen.“
(Schmidt 2020:3)

Menschen machen Fehler; das wird akzeptiert und aufgrund dessen werden Vorsichtsmaßnahmen installiert, Unterstützung geboten, die aber keine entmündigende Einmischung sind (vgl. Schmidt 2020:3).

⁹ Somnolenz ist ein schläfriger Zustand, aus dem Betroffene nur schwer aufzuwecken sind.

Daher ergibt sich, dass „neue Autorität“ bei der Suchthilfe eine doch mögliche Hilfestellung bieten kann. Doch zu bedenken ist, dass bei der Gesundheitsförderung negative und positive Effekte komplementär abgewogen werden.

Ungesunde oder destruktive Verhaltensweisen wie Substanzkonsum können auch mit Genuss und schönen Erlebnissen verbunden werden. Manche Einschränkungen sind in der Politik legitimiert, sofern sie rational, notwendig und verhältnismäßig sind. Maßnahmen oder Interventionen müssen also einen Zweck verfolgen und für dessen Erreichung geeignet sein. Die gewählten Maßnahmen müssen die am geringsten einschränkenden von allen zur Verfügung stehenden sein. Die Vorteile aus den Interventionen, die erwartet werden, müssen den Nachteilen deutlich überlegen sein (vgl. Uhl 2020:6).

„Und gleichzeitig eben die Beziehung zu halten, das ist das Entscheidende. Weil sonst driften sie weg, sonst verstecken sie sich noch mehr, also sonst passiert das noch mehr im Verborgenen. Dass man wirklich diesen Widerstand nur auf dieses Verhalten reduziert. Und die anderen Situationen, die Familiensituationen oder auch in der Wohnsituation, den Jugendlichen dann nicht ausschließen von diesen Dingen, die die ganze Gruppe jetzt betrifft. Also diese Bestrafung sozusagen hat dort überhaupt keinen Platz.“ (IP8 2021)

Einige ExpertInnen legen den Fokus der Betreuung auf die Reduktion des Konsums oder sogar auf die Abstinenz. Hingegen wird auch genannt, dass die Ziele in Wohneinrichtungen oft zu hochgesteckt sind, es muss in kleineren Schritten gedacht werden, dann ist auch der Erfolg besser sichtbar (vgl. IP6 2021).

Die AnwenderInnen der „neuen Autorität“ müssen trotz Interventionen den Fokus weiter auf die Beziehung legen. Es braucht also eine Adaption über die genaue Definition des klein gehaltenen Ziels und die Abwägung der Vor- und Nachteile der Interventionen.

Nicht in der Theorie zu finden, ist eine Vorgehensweise für BetreuerInnen mit Betroffenen, die Suchtmittel konsumiert haben, ausgenommen es liegt eine Selbst- oder Fremdgefährdung vor, dann greift das Unterbringungsgesetz. Das Leben der Betroffenen muss vorrangig gesichert werden, dafür scheint die Vorgehensweise von IP13 sinnvoll. Nur ein Experte beschreibt die Vorgehensweise im Gruppensetting. Hier wird Betroffenen, die konsumiert haben und stabil genug sind, um in der Wohneinrichtung bleiben zu können, der Kontakt zur Gruppe untersagt. Unklar bleibt, welche positiven, aber auch negativen Folgen dies für die Betroffenen haben kann. In der Theorie wird auf die Individualität und Flexibilität hingewiesen. Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass auch bei einem Verbleib der Betroffenen, unter Einfluss von Suchtmitteln in der betreuten Wohneinrichtung, ebenso eine individuelle Lösung gefunden werden muss, mit der Berücksichtigung diverser Faktoren (Anregungen: Exklusion der Betroffenen vs. Beziehungserfahrungen; sicherer Ort für alle anderen BewohnerInnen; Gruppendynamik; Trigger).

Unmissverständlich ist, es braucht Regeln im Suchtmittelumgang in betreuten Wohneinrichtungen, die Begegnung mit diesen Regeln zu den Betroffenen, soll aber individuell gehandhabt werden.

5.1.3.1 Eigenverantwortung

ExpertInnen erklären in den Interviews, dass „neue Autorität“ wenig Platz für Eigenverantwortung lässt. Es wird angemerkt, dass „neue Autorität“ die Eigenverantwortung nicht ausreichend fördert und daher versucht wird, in der Einrichtung mit einer Balance zwischen Eigenverantwortung und Verantwortungsübernahme zu arbeiten. Daher werden vielfältige Tools aus diversen Konzepten im Alltag implementiert (vgl. IP11 2021). Wenige weitere ExpertInnen erwähnen, dass bei der Präsenz aber nicht auf die Eigenverantwortung vergessen werden darf (vgl. IP11 2021, IP12 2021).

Die Eigenverantwortung der Betroffenen, worauf wenige ExpertInnen hinweisen, liegt bei der „neuen Autorität“ in der Veränderung ihres destruktiven Verhaltens. Erziehende übernehmen die Verantwortung in ihrer Rolle, sie stellen sich gegen das Verhalten, sie verändern ihr Tun, protestieren gegen das destruktive Verhalten.

Versteht man die „neue Autorität“ richtig, wird sehr wohl auf Eigenverantwortung gesetzt. Eigenverantwortung bringen die Betroffenen dann auf, wenn sie Lösungsvorschläge zur Veränderung bringen beziehungsweise umsetzen sollen. Daraus kann man schließen, dass das Konzept der „neuen Autorität“ wohl hilfreich sein kann bei Betroffenen mit einer schweren Suchterkrankung oder Risikokonsum, da es klare Regeln und Kontrollen gibt, die zum Schutz der Betroffenen eingesetzt werden. Wobei abermals wichtig ist, nicht auf die niederschweligen Zielsetzungen zu vergessen: die Ziel-Definition: Auch „nur“ eine stabile Phase kann ein Erfolg sein, es wird weniger bis nichts konsumiert und man sichert das Überleben der KlientInnen zumindest für einen Zeitraum (vgl. IP12 2021). Eine Expertin (vgl. IP8 2021) meint, auch bei der Anwendung von „neuer Autorität“ müssen die Ziele kleingehalten werden, clean¹⁰ zu sein, ist nicht das erste Ziel, sondern in ihrem Fall, dass keine Drogen mehr im Haus gelagert wurden. Es sollte die Priorität sein, dass sich durch „neue Autorität“ Veränderungschancen ergeben, nicht aber die Selbstwirksamkeit ersetzen.

¹⁰ Nicht mehr abhängig von Substanzen

Es zeigt sich, dass die meisten ExpertInnen (vgl. IP4 2021; IP5 2021; IP6 2021; IP8 2021; IP12 2021) Präsenz als Kontrolle sehen. Jugendliche und junge Erwachsene werden in ihren Lebenswelten aufgesucht, gelegentlich werden Zimmer und Taschen kontrolliert; bei nicht erlaubten Substanzen im Wohnbereich wird Beharrlichkeit gezeigt. Die Kontrolle soll signalisieren, dass der Konsum nicht akzeptiert wird und die BetreuerInnen sich um die konsumierenden KlientInnen sorgen. Eine Möglichkeit zur Veränderung des Verhaltens soll geboten werden und wird nicht als Strafe gesehen.

Die ExpertInnen beschreiben mehr die zweite oder gar dritte Stufe der wachsamten Sorge – fokussierte Aufmerksamkeit, Eingreifen mit dem Ziel von Schutz und nicht die Präsenz des Alltags. Es liegt destruktives Verhalten vor, warum ein Nachgehen passiert oder Kontrollen der Zimmer vorgenommen werden. Spannenderweise wird Präsenz hier nur im Zuge des destruktiven Verhaltens von Jugendlichen/jungen Erwachsenen genannt.

Das bestätigt, dass „neue Autorität“ eingesetzt werden soll, um einen Schutz für die Betroffenen zu bieten. Bei leichteren Formen wie Probierkonsum, Experimentierkonsum, regelmäßigem Konsum, mit weniger Gefahren, soll mehr die Eigenverantwortung im Vordergrund stehen und eine Begleitung von den BetreuerInnen geboten werden.

5.1.4 Ausschlussgründe

Jugendliche und junge Erwachsene in betreuten Wohneinrichtungen verlieren ihren betreuten Platz, weil sie in der Einrichtung Suchtmittel konsumiert, Utensilien für den Konsum aufbewahrt, gedealt¹¹ und somit den sicheren Ort – das betreute Wohnen – für die MitbewohnerInnen gefährdet haben, durch mehrmalige Verstöße gegen die Einrichtungsregeln/Hausregeln. Andere bekommen keinen betreuten Wohnplatz, weil sie eine Suchterkrankung haben.

5.1.4.1 Regeln im Suchtmittelumgang und Individualität

Es gibt klare Regeln und Vereinbarungen in den Wohngemeinschaften der ExpertInnen IP1, IP4, IP10. Diese können oft von KlientInnen, die regelmäßig Drogen konsumieren, nicht eingehalten werden; daher sind diese Einrichtungen auch nicht der richtige Wohnplatz für Drogenkonsumierende.

¹¹ Suchtmittelweitergabe/Drogenhandel

Mit Cannabiskonsum kann seitens der BetreuerInnen noch eher ein Umgang gefunden werden, doch ist eine Abhängigkeit anderer legaler (ausgenommen Nikotin) und illegaler Drogen ein Ausschlussgrund. Ein anderer Befragter erklärt, dass es bei Rückfällen nicht sofort zu einem Abbruch der Betreuung kommt; das stärkt die Beziehung und ebenso werden keine Zimmer auf Substanzen kontrolliert, sondern auf die Eigenverantwortung und das Vertrauen hingewiesen (vgl. IP1 2021).

Ein intravenöser Konsum wäre ein klarer Ausschlussgrund für IP4 und IP5, da hier der Schutz vor Infektionen der anderen KlientInnen Vorrang hat. Auch würde bei KlientInnen, die Drogen konsumieren, die Verlängerung der Dauer des bestehenden Wohnplatzes abgelehnt werden. In den Einrichtungen von IP3, IP11 und IP12 würden drogenabhängige KlientInnen erst einen Entzug machen müssen, um dann in den Einrichtungen einen Platz zu bekommen. Grundsätzlich gilt dort auch die Haltung, dass Drogenkonsum bei Menschen mit psychischen Problemen zum Zweck der Selbstmedikation betrieben wird. Das Ziel dieser Einrichtungen ist komplex: psychisch Erkrankten einen Umgang mit ihrer Erkrankung zu ermöglichen. Eine Suchterkrankung, die keine Komorbidität ist, ist ein Ausschlussgrund, ebenso wie eine Intelligenzminderung ab einem bestimmten Grad. Entwickelt sich eine Suchterkrankung im Laufe der Betreuung, wird versucht, die Betreuung aufrechtzuerhalten. Ein Beziehungsabbruch in dieser Phase sollte vermieden werden (vgl. IP11 2021).

Zimmerkontrollen werden durchgeführt, um hygienische Standards aufrechtzuerhalten. Wird hierbei etwas gefunden, wird es vernichtet; so wird das Vertrauen zu den KlientInnen nicht in Frage gestellt (vgl. IP2 2021; IP7 2021). Bei schwerwiegendem Verdacht und mehrmaligem Ignorieren der Hausregeln kann es aber auch sein, dass die Beziehungsebene bewusst aufs Spiel gesetzt wird, die Kontrolle dann nur im Beisein der Betroffenen passiert und oberflächlich belassen wird (vgl. IP2 2021; IP9 2021). Diese ExpertInnen sind der Ansicht, dass Zimmer- und Taschenkontrollen zum Schutz der KlientInnen erforderlich sind, sofern der Verdacht auf nicht erlaubte Substanzen gegeben ist. Es wird als die Verantwortung der BetreuerInnen gesehen, hier zu handeln. Diese Kontrollen bedürfen jedoch klarer Absprachen im Team und vorangegangener Gespräche mit den KlientInnen. Es muss also im Sinne der „neuen Autorität“ Präsenz gezeigt werden (vgl. IP2 2021; IP4 2021; IP6 2021; IP12 2021).

Expertin IP6 (vgl. 2021) sieht sogar eine Grenze für betreuende Einrichtungen. Sollten diese Kontrollen (Taschenkontrollen, Zimmerkontrollen) zum Schutz der KlientInnen und im Sinne der Präsenz der „neuen Autorität“ nicht stattfinden, werden diese Einrichtungen KlientInnen mit einer Suchtproblematik nicht betreuen können.

Es muss von vornweg klar sein, welche Haltung die Einrichtung vertritt, hier ist die Haltung der Einrichtungsleitung der vorgegebene Maßstab. IP11 bestätigt die Aussage von IP6, denn diese Kontrollen widerstreben anderen Konzepten, nach denen in seiner Einrichtung gearbeitet wird, daher können auch keine Suchterkrankten bei ihnen untergebracht werden.

Verbote werden von KlientInnen manchmal als Einladung zum Regelbruch empfunden, quasi als Aufforderung zum Verstoß. Sind es jüngere KlientInnen, funktionieren Verbote noch besser, doch sobald sie im Transitionsprozess von Kindern zu Jugendlichen oder zu jungen Erwachsenen sind, muss über die Probleme hinter den Verstößen gesprochen werden. Wichtig dabei ist es, zwischen Probierkonsum und schädlichem Gebrauch zu differenzieren. Gerade wenn KlientInnen traumatische Erfahrungen gemacht haben, darf eine Hausregel nicht zum Ausschluss führen, denn es gibt einen guten Grund für das Verhalten. Im Erwachsenenbetreuungssetting kann es dazu kommen, dass die Betreuung seitens der Einrichtung beendet werden muss, dies braucht aber einen langen Vorlaufprozess. Hier kann zum Beispiel nach längerem problematischem Verhalten (zum Beispiel Dealen in der Wohneinrichtung) ein Ankündigungsschreiben nach dem Konzept der „neuen Autorität“ herangezogen werden. Es wird somit nochmals hervorgehoben, welches Verhalten nicht akzeptiert wird und welche Hilfestellungen seitens der BetreuerInnen bestehen, um eine Veränderung möglich zu machen (vgl. IP 10 2021; IP13 2021). Auch für das Gruppensetting werden Ankündigungsschreiben eingesetzt, um das Thema Drogenkonsum gemeinsam zu reflektieren und Hausregeln zu adaptieren (vgl. IP2 2021).

Die Interviews machen sichtbar, dass es Einrichtungen gibt, die in Bezug auf Suchtmittelkonsum klaren Regeln haben. Werden diese gebrochen, kommt es zu einem Ausschluss der Betroffenen. Andere ExpertInnen sind nachsichtiger und sehen die Grenze des Verbleibs in den betreuten Wohneinrichtungen erst, wenn illegale Drogen intravenös konsumiert werden, eine dezidierte Abhängigkeitserkrankung vorliegt oder Weitergabe der Substanzen an MitbewohnerInnen stattfindet. Diese ExpertInnen nehmen den Transitionsprozess, den Grund des Konsums in den Fokus; sie wollen keinen Beziehungs- oder Vertrauensbruch. Um diesen Verbleib in der Einrichtung sicher zu gestalten, betonen manche ExpertInnen, dass das Konzept der „neuen Autorität“ hilfreich sein kann: Zimmer- und Taschenkontrollen zur Sicherung der Gesundheit; Ankündigungsschreiben, die klar zum Ausdruck bringen, dass das Verhalten nicht in Ordnung ist und Hilfe geboten wird seitens BetreuerInnen. Nun wissen wir bereits, „neue Autorität“ ist nicht die alleinige gelingende Methode, es braucht die Hilfe der Traumapädagogik und der Neurodeeskalation.

Und wie auch die Theorie besagt, wurde das Konzept der „neuen Autorität“ veröffentlicht, um ErzieherInnen zu unterstützen, ein Handwerkszeug zu bieten, Grenzen setzen zu können und um gleichzeitig die Beziehung halten zu können. Dies bestätigen diese Ergebnisse, doch weisen die Resultate erneut darauf hin, dass es einen differenzierten, individuellen Zugang braucht bei der geordneten Anwendung der „neuen Autorität“, also auch wenn es bereits von genannten anderen Konzepten unterstützt wird: liegt Probierkonsum vor, braucht es nicht sofort Kontrollen; wird risikoreicher Konsum betrieben, braucht es bereits mehr Schutz.

Folglich werden die Ergebnisse nochmals ausdrücklich von den ExpertInnen hervorgehoben. Es steht somit außer Zweifel, dass diese skeptisch in Bezug auf die „neue Autorität“ und deren Wirkung bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen sind, wenn nicht die Individualität vordergründig ist.

„Nein das ist individuell. Weil natürlich zu unterscheiden ist welche Konsumform, also welche Art des Konsums wir antreffen, ist es ganz normale Entwicklungspsychologisch fast vorgesehene Probierkonsum, Grenzüberschreitungskonsum, Suchtmittelkonsum als Entwicklungsaufgabe.“ (IP7 2021)

„Ich muss ja was tun. Ja wir müssen was tun und zwar ganz offen auf den Konsumenten zu gehen und sagen, dass das jetzt nichts wildes und Schlimmes ist, aber es kann sein, dass etc. Hast du das gewusst? Da bin ich wieder sehr individuell unterwegs. Wie alt ist er kognitiv aufgestellt? Wie alt ist er/sie? Hat er das schon verheimlicht und so weiter. Also nicht auf der Kontrollschiene, sondern auf der individuellen Schiene der Unterstützung. Wir begleiten dich da. Und das ist eben im Sinne der neuen Autorität dort auch nicht diskutabel. Also wir werden für dich jetzt da sein. Wir werden mit dir reden.“ (IP13 2021)

Ein Experte (vgl. IP11 2021) hebt hervor, dass gerade im Transitionsprozess auf die Individualität zu achten ist; KlientInnen erleben manche Begegnungen intensiver als andere. Auch ist es jungen Erwachsenen erlaubt, ihre eigenen Erfahrungen zu machen, sie dürfen auch „untergehen“, also die Betreuung beenden und sich gegebenenfalls für ein Leben auf der Straße entscheiden. Ein Befragter berichtet von einem Fall, wobei ein externer Experte vom Land Oberösterreich direkt zum Klienten geladen wurde. Dabei entstand ein fachlicher Diskurs, der Klient fühlte sich verstanden, es gab ein Gespräch auf Augenhöhe und erst dann war wieder eine Beziehung zu den BetreuerInnen möglich. Es wird ergänzt, dass KlientInnen ganz unterschiedlich auf verschiedene Suchtmittel reagieren, was mit deren Persönlichkeit und Vorgeschichte zusammenhängt. Daher ist es wichtig, ganz individuell auf die KlientInnen einzugehen und nicht nach einem klar vorgegebenen Leitfaden zu arbeiten. Es gilt zu differenzieren, welches Tool, welche Intervention bei welchen KlientInnen sinnvoll ist (vgl. IP13 2021).

5.1.4.2 Grenzen für das Konzept der „neuen Autorität“

„Das geht mit meiner Vorstellung von Recovery nicht einher. Deswegen würde ich tatsächlich sagen, schwer Drogenkranke würden nicht gehen. Was leichte Drogen betrifft, sind wir völlig entspannt.“ (IP11 2021) Nimmt man Bezug auf das Recovery-Konzept der sozialen Arbeit, schwinden die Hierarchien und das Bild der ErzieherInnen. Hier orientiert sich die soziale Psychiatrie an den Bedürfnissen der Betroffenen und es geschieht Teamarbeit zwischen Personal und Betroffenen (vgl. Dümmler/Sennekamp 2013:o.S.). Dieser Experte schließt mit dem Recovery-Konzept also die Arbeit mit Suchterkrankten aus.

Das Chancengleichheitsgesetz, dem einige Einrichtungen unterliegen, arbeitet in Anlehnung an das Recovery-Konzept, hier steht wie bereits erwähnt die Selbstbestimmung der Betroffenen im Vordergrund. In Oberösterreich wird zwischen Verhaltensauffälligkeit und psychiatrischer Auffälligkeit/Diagnose unterschieden. Liegt eine Verhaltensauffälligkeit vor und ist die/der KlientIn minderjährig, kommt der Fall in die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe. Sobald aber eine psychiatrische Auffälligkeit/Diagnose vorliegt, müssen die Betroffenen in eine Einrichtung nach dem Chancengleichheitsgesetz Oberösterreich (vgl. IP13, 2021).

Diese Bedingung hat auffallende Folgen für die Betroffenen, denn sie lässt keine kontinuierliche Beziehung bei jenen, die psychische Auffälligkeiten entwickeln, zu. Zusätzlich wird das Ziel der Sozialisation eingeschränkt, durch Separierung der Betroffenen. Eine Diagnose soll eigentlich die Betreuung unterstützen, um ein ganzheitliches Bild für die psychosoziale Diagnostik bieten zu können.

Auch widerspricht die Vorgabe des Chancengleichheitsgesetzes – die Selbstbestimmung über das Leben der Betroffenen – einer Anwendung der „neuen Autorität“ zum Schutz für Jugendliche und jungen Erwachsenen. Dies bestätigt die Theorie 3.5.3 Rechtliches zu Suchtmittel.

Einrichtungen nach dem Chancengleichheitsgesetz haben somit nicht die passenden Rahmenbedingungen für Jugendliche und junge Erwachsene, die Suchtmittel konsumieren und deren Schutz notwendig ist.

Ein spezielles Fallbeispiel aus den Interviews stellt dies anschaulicher dar:

Ein Befragter (vgl. IP3 2021) berichtet von der Wirkung der Haltung der „neuen Autorität“ in einem bestimmten Fall. Das Team hat vermittelt, als Einrichtung eine Verantwortung gegenüber dem Klienten zu haben und deswegen gegen dessen Verhalten protestiert. „Wir haben ihm da auch mitgeteilt, dass wir diese Verantwortung spüren für ihn, dass er in einer betreuten Einrichtung ist, dass er selber gewählt hat, dass er zu uns zieht.“ (IP 3 2021)

Diverse Alltagsangebote für die Stärkung der Beziehung wurden gesetzt, diese wurden als Gesten der Wertschätzung gesehen. Wiedergutmachungen für Beschimpfungen gegenüber den BetreuerInnen wurden verlangt. Mit allen BewohnerInnen, also der gesamten Wohngruppe, wurde das Thema Drogenkonsum besprochen sowie Psychoedukation betrieben, um auch hier klar die Haltung des Teams der „neuen Autorität“ zu zeigen. Der Experte erklärt, dass besagter Klient wenig bis keine positiven Veränderungen in seinem Verhalten zeigte, doch das Team konnte die klare gemeinsame Haltung zum Thema Drogen festigen (vgl. IP3 2021).

Das Fallbeispiel zeigt, dass grundsätzlich versucht wurde, die Haltung der „neuen Autorität“ zu vertreten, allerdings ist anzunehmen, dass die Beziehungsgesten im Alltag wenig authentisch waren, denn in diesem Fall wird auf die Freiwilligkeit des Verbleibens in der Einrichtung hingewiesen. Das lässt darauf schließen, dass sich die BetreuerInnen nicht als Verantwortliche sehen und klar nach den Vorgaben des Chancengleichheitsgesetzes (Selbstbestimmung und Selbstgestaltung) arbeiten. Somit kann die Haltung der „neuen Autorität“ nicht zur Gänze eingenommen werden. Wie der Theorie zu entnehmen ist, lautet das Motto der Haltung der „neuen Autorität“ jedoch: „Wir geben dir nicht nach, wir geben dich nicht auf.“

5.1.4.3 Gewalt und Drogenhandel

Gewalt bringt viele BetreuerInnen an ihre persönlichen Grenzen (Ängste, Hemmungen), dann kann auch „neue Autorität“ nicht mehr gelebt werden. Es wird von einem Fall berichtet, bei dem die Betreuung beendet werden musste, auch wenn sich eine psychische Erkrankung zeigte und Hilfe notwendig gewesen wäre; die Grenzen der Einrichtung wurden durch Gewaltandrohungen und Drogenhandel überschritten (vgl. IP5 2021).

Eine Expertin (vgl. IP9 2021) erklärt, dass körperliche Gewalt in ihrer Einrichtung ein definitiver Ausschlussgrund ist, diese Haltung vertreten auch alle Leitungsorgane der Einrichtung. Andere weisen darauf hin, dass Deeskalation Übung braucht; Theorie alleine reicht nicht aus, Eskalation und Deeskalation müssen erlebt werden (vgl. IP2 2021; IP13 2021). Es gibt bereits eigene Deeskalationsprogramme – wie jenes von Dr. Christoph Göttl: „Neurodeeskalation“ –, die mit dem Konzept der „neuen Autorität“ verbunden werden können. Ist Selbst- oder Fremdgefährdung gegeben, müssen trotz Deeskalationsmanagement Schritte wie das Hinzuziehen der Exekutive passieren. Wichtig ist die Nachreflexion mit allen Betroffenen, wenn sich die Situation wieder beruhigt hat (vgl. IP7 2021; IP13 2021). Wohl soll auch bedacht werden, dass nicht jede/r KlientIn in jede Wohngemeinschaft passt.

Manche Einrichtungen können mit Gewalt besser umgehen, bei anderen ist diese Grenze schneller erreicht. IP6 (vgl. 2021) spricht von einer Einrichtung, in der „neue Autorität“ aus Angst auf die Reaktion gegen den Widerstand, der gegen das Verhalten gezeigt werden sollte, nicht mehr anwendbar war; es musste ein Einrichtungswechsel für den Klienten passieren, um eine positiv verlaufende Betreuung gewährleisten zu können. Manchmal hilft aber bereits die Veränderung der Rahmenbedingungen, wie eine eigene Wohnung und mobile Betreuung, um trotz gewalttätigen Verhaltens die Beziehung aufrechtzuerhalten und nicht sofort eine Beendigung herbeiführen zu müssen.

Es braucht ein multiprofessionelles Team mit BetreuerInnen aus der Pädagogik, Fachkräften aus der Psychologie und auch aus der Medizin, um ganzheitlich abklären zu können, ob Elemente der „neuen Autorität“ ohne Gefahren angewendet werden können (vgl. IP4 2021). Ein multiprofessionelles Team bringt viel Fachwissen mit und trotzdem ist es nicht allwissend. Es muss offen sein für einen Diskurs und auch auf externe ExpertInnen zurückgreifen, dies nicht als Schwäche sehen, sondern als Erweiterung des bereits vorhandenen Fachwissens. Ebenso darf ein ExpertInnenteam auf das Angebot von Rettung und Polizei zurückgreifen, denn nicht jede/r benötigte/r ExpertIn ist in jeder Situation greifbar oder im Dienst (vgl. IP11 2021).

Der Schutz aller Betroffenen muss gegeben sein, daher bedarf es manchmal, dass die Exekutive hinzugezogen werden muss. Neurodeeskalation bietet ein Handwerkszeug, um den Einsatz der Exekutive vorbeugen zu können. Passiert Gewalt in einem dissoziativen Zustand oder wurde aufgrund diverser Trigger ausgelöst, dann haben Betroffene keine anderen Handlungsmöglichkeiten. Sie müssen aus ihrem Zustand geholt werden, um wieder klar handeln zu können. Um das Handwerkszeug der Neurodeeskalation aber anwenden zu können, müssen BetreuerInnen geschult werden und üben, um dabei die eigenen Emotionen kontrollieren zu können. Leider passiert es zu oft, dass Betroffene Gewalt ausüben und in Folge aus der Einrichtung ausgeschlossen werden. Dadurch erleben sie einen erneuten Beziehungsabbruch und können abermals keine sicheren Bindungserfahrungen machen. Das soll vermieden werden. Wir wissen bereits, dass „neue Autorität“ zusätzlich zur Traumapädagogik und Neurodeeskalation Handwerkszeug liefert, wenn es individuell angewendet wird und erst dann, wenn es klare Regeln braucht, wie eben bei riskantem Suchtmittelkonsum. Bei Gewalt und Drogenhandel brauchen die gesamten Konzepte jedoch zusätzlich einen flexibleren Rahmen (zum Beispiel eine eigene Wohnung und mobile Betreuung), um Kontinuität in der Beziehung bieten zu können. Dieser Rahmen muss auch ein multiprofessionelles Team beinhalten, um sämtliche Faktoren (auch psychische Erkrankungen) berücksichtigen zu können und vor allem, um das Konzept der „neuen Autorität“ reflektiert anzuwenden.

Folgende ExpertInnen (IP4 2021; IP6 2021; IP2 2021) bestätigen dieses Ergebnis. Rahmenbedingungen oder Konzepte wurden verändert, um einen Beziehungsabbruch zu vermeiden. Es wurde das Wohnsetting vom Gemeinschafts- zum Einzelwohnen ermöglicht, um die Beziehung aufrechterhalten zu können.

Das Konzept wurde für aufsuchende Arbeit erweitert, das wirkte sich positiv auf die Beziehungsarbeit aus.

5.1.5 Rahmenbedingungen

Es wurden schon einige Fakten für den Rahmen, den BetreuerInnen in ihrer Arbeit mit konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen brauchen, genannt. Folglich werden weitere Rahmenbedingungen erläutert, die als wichtig für BetreuerInnen in ihrer Arbeit im Wohnsetting betont wurden.

KlientInnen werden meist von externen Stellen wie zum Beispiel Abteilungen im Land, welche auch die Einrichtung finanzieren, zugeteilt.

Hier wird wenig auf die Gruppenzusammenstellung geachtet, wobei ExpertInnen meinen, dass genau das bei Suchterkrankungen zu berücksichtigen ist. In einer Wohngemeinschaft entstehen schnell ungewünschte Dynamiken – andere MitbewohnerInnen finden vielleicht auch Gefallen am Konsum, es kommt zum Drogenhandel oder es wird in der BewohnerInnengruppe gemeinsam konsumiert. Dies setzt natürlich gewisse Risikofaktoren (psychische Instabilität, geringe Vulnerabilität, wenig Resilienzfaktoren, ...) der BewohnerInnen voraus, welche es aber gerade bei deren Zusammenstellung zu beachten gilt. Denn KlientInnen mit einer Suchtproblematik sollen ebenso wie andere KlientInnen ohne Drogenproblematik unbefangene Begegnungen erleben dürfen. Wird auf die mögliche Dynamik nicht Rücksicht genommen, gehen BetreuerInnen bereits mit einem wachsamen Auge in die Beziehung zu den Drogen konsumierenden KlientInnen (vgl. IP4 2021; IP6 2021; IP13 2021). Die Erfahrung eines Experten (vgl. IP11 2021) zeigt, dass die Betreuung oft durch externe Gegebenheiten wie Wartelisten bei Hilfsangeboten wie Entzugsstationen erschwert wird. Häufig wäre raschere Hilfe nötig für die Entlastung der BetreuerInnen in den Wohneinrichtungen, aber auch um schnell auf den Veränderungswunsch der Betroffenen eingehen zu können. Leider teilt er auch die Erfahrung, dass bei komplexeren Fällen, in denen es um eine bereits bestehende Suchterkrankung geht, kein Auffangnetz geboten wird. Oft ist Suchterkrankung ein Ausschlussgrund in betreuten Wohneinrichtungen oder der Betreuungsversuch wird abgebrochen.

Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass der Rahmen, den BetreuerInnen für die individuelle, feinfühligke Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Suchtmittel konsumieren, benötigen, wie folgt gestaltet werden soll: Zu bedenken ist die Gruppenzusammensetzung seitens der Zuweisenden.

Mögliche Dynamiken und Belastungen müssen berücksichtigt werden, um BetreuerInnen in einer professionellen Arbeit zu unterstützen und auch um weitere Risikofaktoren für Betroffene zu entschärfen. Ein multiprofessionelles Team bringt sämtliche Voraussetzungen dafür mit. Dies bestätigt erneut die Theorie (3.1.1 Resilienz, Vulnerabilität und Risikofaktoren), denn durch Minderung der Risikofaktoren kann Sozialisation ermöglicht werden. Auch braucht es die Möglichkeit zur Veränderung der bestehenden Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel einen Wechsel für Betroffene in Einzelwohnungen oder schnelle Entzugsmöglichkeiten. Ziel dabei soll aber immer die fortlaufende Betreuung sein, um die Beziehung aufrechterhalten zu können.

5.1.5.1 Organisatorische Aufgaben

Ein weiterer Kritikpunkt bezüglich der Rahmenbedingungen sind die organisatorischen Aufgaben, denn diese behindern die Beziehungsarbeit; hier steht leider oft die Leistung im Vordergrund – die Schule muss besucht werden, manche KlientInnen weigern sich aber. Die BetreuerInnen müssen jedoch der Schulpflicht nachkommen, nebenbei den Alltag der anderen KlientInnen aufrechterhalten und die Rahmenbedingungen der Einrichtung einhalten, dabei kommen BetreuerInnen an ihre Energiegrenzen.

So kann „neue Autorität“ nicht mehr gelebt werden (vgl. IP6 2021). Oft gehen wertvolle Zeitressourcen verloren, um zum Beispiel der BewohnerInnenvertretung¹² zu erklären, warum bestimmte Interventionen gesetzt wurden. Die BewohnerInnenvertretung hat keinen Einblick in den Betreuungsalltag und kritisiert daraufhin das Vorgehen der BetreuerInnen. Dies wiederum führt dazu, dass manche BetreuerInnen in der Begegnung mit KlientInnen besonders vorsichtig sind (vgl. IP4 2021; IP9 2021).

„Das, wo wir ständig am Strudeln sind, braucht ganz viel Energie und Zeit. Diese Energie und Zeit wollen wir umlenken und damit etwas anderes machen. Und wenn das gelingt, dann ist das nicht so schwierig, umzusteigen. Aber wenn man Dinge parallel zueinander macht, geht sich das nicht mehr aus, das ist dann schwierig.“ (IP6 2021)

¹² Die BewohnerInnenvertreterInnen achten auf Grundrechte und Freiheiten der in den Einrichtungen lebenden Personen, wenn diese an psychischen Erkrankungen leiden oder intellektuell benachteiligt sind. Sie arbeiten nach dem Heimaufenthaltsgesetz (vgl. VertretungsNetz, 2021)

IP6 gibt ebenso an, dass eine Beziehung schnell aufgebaut werden kann, wenn ein transparenter Umgang gegeben ist, dass dies aber auch individuell sein kann.

Ein anderer Experte erwähnt, dass der Beziehungsaufbau in einer Wohneinrichtung länger dauert und sehr individuell ist, aber sehr wohl ohne Zeitdruck gelingen kann (vgl. IP5 2021).

Es zeigt sich, dass durch zu viele organisatorische Aufgaben der Wohneinrichtungen zu wenig Zeit für den Beziehungsaufbau bleibt. Diese Rahmenbedingungen behindern die Arbeit der BetreuerInnen. BetreuerInnen brauchen in ihrer Arbeit folglich eine Entlastung in der Organisation, um eine professionelle Arbeit leisten zu können. Dokumentation ist notwendig für die Eigenreflexion und Nachvollziehbarkeit, aber es braucht einen Rahmen, in dem diese in Ruhe passieren kann. Die Covid-19-Pandemie hat uns Rahmenbedingungen verändern lassen; Homeoffice wurde ermöglicht und soll nun weiter bestehen bleiben, denn so kann die restliche Zeit in der Einrichtung rein für Präsenz und Beziehungsarbeit sinnvoll verwendet werden (vgl. IP6 2021).

Ebenso muss bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen beachtet werden, dass es sich um eine betreute Wohneinrichtung handelt, die ein sicherer Ort für Betroffene mit möglichen Bindungsstörungen, im Transitionsprozess und mit möglichen Traumafolgen sein soll. Das hat die Folge, dass auf die eingeschränkte Entwicklung des Beziehungsaufbaus Rücksicht genommen werden muss. Eine begrenzte Verweildauer in der betreuten Wohneinrichtung ist hier definitiv kontraproduktiv, so auch die Theorie 3.1 Bindung und Bindungsstörungen; 3.2 Transitionsprozess.

5.1.5.2 Fachwissen

Basiswissen zur Sucht wird in den theoretischen Teilen 3.1.2 Bindung und Sucht; 3.3 Psychische Auffälligkeiten/Störungen; 3.5 Substanzkonsum angeführt.

Es braucht in Organisationen ExpertInnen für Sucht, alleine das Konzept „neue Autorität“ und ein Basiswissen über Sucht sind in der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Suchtmittel konsumieren, nicht ausreichend. Diese ExpertInnen bieten regelmäßige Fortbildungen an und werden zu Fallbesprechungen oder auch gegebenenfalls in Alltagssituationen hinzugezogen (vgl. IP2 2021, IP7 2021). Andere meinen ebenso, dass es für die Betreuungsarbeit eines Grundwissens zum Thema Drogen bedarf, dies gibt den BetreuerInnen Sicherheit und lässt sie die Lebenswelt der KlientInnen besser verstehen.

Denn Unsicherheiten im Umgang mit Substanzen und Unklarheiten über rechtliche Folgen können die Anwendung von „neuer Autorität“ behindern (vgl. IP5 2021; IP7 2021; IP13 2021).

Besonders bei Betroffenen, die Drogen konsumieren, braucht es BetreuerInnen, die sich in ihrem Tun sicher sind. Dafür ist ein Basisfachwissen erforderlich, das durch eigens angestellte ExpertInnen für Suchtfragen bereitgestellt werden könnte.

Diese ExpertInnen können bei Bedarf auch zu Besprechungen hinzugezogen werden oder Wissen für den Akutfall teilen. Das erlaubt eine zeitnahe Reaktion, was den BetreuerInnen wiederum eine Sicherheit in ihrem Tun gibt.

5.1.6 Netzwerk

Die genaue theoretische Beschreibung der Netzwerkarbeit aus dem Konzept der „neuen Autorität“ ist unter 3.6.1.3 Das Unterstützungsnetzwerk und Bündnisse zu finden.

Die Netzwerkarbeit ist das meistgenannte Element der ExpertInnen. Es geht hervor, dass ein Netzwerk weit gedacht werden soll, es können auch Risikofaktoren wie FreundInnen aus der Szene ein nützliches Netzwerk sein, um zum Beispiel das Überleben zu sichern (vgl. IP9 2021). Rücksicht soll bei der Netzwerkarbeit aber auf mögliche Scham oder Überforderung der KlientInnen sowie auf den Datenschutz genommen werden, nicht aber bei Gefahr im Verzug. Netzwerkarbeit kann gelingen, wenn das Umfeld eine Einheit mit den BetreuerInnen bilden kann, daher soll aber auch die Auswahl der NetzwerkpartnerInnen gut durchdacht werden (vgl. IP8 2021).

BetreuerInnen sollen handlungsfähig bleiben, UnterstützerInnenkreise nutzen sowie gemeinsame Ziele und eine Haltung definieren, so das Konzept der „neuen Autorität“. Die oft genannte positive Wirkung des Netzwerks ist das Gefühl, nicht alleine zu sein. Der Nutzen eines solchen ist die gegenseitige Unterstützung und Motivation, denn es braucht Beharrlichkeit in der Arbeit mit konsumierenden KlientInnen. Aber auch BetreuerInnen brauchen Unterstützung. Netzwerkarbeit ist Vernetzung, Schulung und Beratung mit und durch externe ExpertInnen. Dies soll den KlientInnen zeigen, dass etwas gegen das unerwünschte Verhalten unternommen wird. „[...] um das geht es nicht, es geht um das Bewusstsein schaffen und es geht um die Handlungsfähigkeit, in der wir bleiben können, indem wir einfach solche Schritte setzen.“ (IP8 2021)

Das Netzwerk muss dafür auch transparent arbeiten, die Einrichtung darf sich nicht scheuen, externe ExpertInnen – auch jene, die eine prüfende Funktion haben, wie zum Beispiel MitarbeiterInnen des Amtes – für einen fachlichen Austausch zu nutzen, zum Beispiel eine gute Vernetzung mit SozialarbeiterInnen des Landes Oberösterreich. Leider wird das Land oft als Kontrollorgan gesehen und daher nicht in das Netzwerk miteingebunden (vgl. IP13 2021).

Häufig sehen KlientInnen im Drogenkonsum noch kein Problem, sie haben demnach noch kein Problembewusstsein aufgebaut, das Netzwerk hingegen steht hier bereits auf einer anderen Problembewusstseinsstufe. Wichtig für die „neue Autorität“ ist, dass ein gemeinsames Ziel gefunden werden kann. An diesem kann gearbeitet werden, was jedoch von einer/einem ExpertIn für „neue Autorität“ zu begleiten ist (vgl. IP10 2021). Ein Grund für eine begrenzte Netzwerkarbeit wird von IP6 hervorgehoben: Eltern können auch TäterInnen sein – der Schutz der KlientInnen kommt vor der Netzwerkarbeit. Manchmal aber fehlt es an ausreichend Intelligenz für die Reflexionsarbeit, um ein gutes Miteinander wiederherstellen zu können (vgl. IP4 2021; IP11 2021).

Auch gibt es KlientInnen, die an psychischen Erkrankungen leiden, die sich manifestiert haben und irreversibel sind. Der Umgang des Netzwerks mit dieser Erkrankung jedoch kann sich durch „neue Autorität“ erfolgreich verändern (vgl. IP6 2021). Wie bereits erwähnt, ist es ExpertInnen wichtig, dass gemeinsame Ziele formuliert werden. Damit „neue Autorität“ erfolgreich bei der Erreichung dieser Ziele sein kann, bedarf es einer transparenten Zusammenarbeit im Netzwerk. Manchmal wird dafür eine einfache Sprache benötigt, Bedürfnisse müssen paraphrasiert werden, um zum Beispiel die Sorge der Eltern um das Leben ihres Kindes klar zu benennen (vgl. IP10 2021). „Und das halt dann immer abstrahieren und auf Sprache, die für beide passt und das ist dann unser Bestreben, unser Ziel, an dem arbeite ich in unserer Tätigkeit.“ (IP10 2021)

Das Konzept der „neuen Autorität“ sieht, dass das Netzwerk groß gedacht werden muss – auch BeraterInnen/AustauschpartnerInnen der BetreuerInnen sind NetzwerkpartnerInnen/UnterstützerInnen. Es kann also im Bereich der Netzwerkarbeit eine hilfreiche Methode für BetreuerInnen in der Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen sein, von SupervisorInnen/Coaches bzw. Coachinnen der „neuen Autorität“ begleitet zu werden. Auch wenn bei Betroffenen keine Veränderung möglich wird, kann diese in deren Umfeld geschehen, durch die Netzwerkarbeit. Hilflosigkeit des Umfelds verschwindet, der Umgang damit wird gefördert. Vorsicht ist bei der Netzwerkarbeit geboten, weil davon ausgegangen wird, dass Betroffene in betreuten Wohneinrichtungen traumatische Erfahrungen machen mussten.

Die Traumapädagogik nimmt darauf Rücksicht, wer ein/e TäterIn gewesen sein könnte, wie weit es diese Personen im UnterstützerInnenkreis braucht oder ob diese sogar aus der Zusammenarbeit ausgeschlossen werden müssen.

5.1.6.1 Transparenz

Die genaue theoretische Beschreibung der Transparenz aus dem Konzept der „neuen Autorität“ ist im Kapitel 3.6.1.5 Transparenz und partielle Öffentlichkeit zu finden.

Netzwerkarbeit kann nur gut gelingen, wenn transparent gearbeitet wird, so die ExpertInnen (vgl. IP5 2021; IP8 2021; IP10 2021). Um die gemeinsame Haltung zu zeigen, braucht es gemeinsames Wissen und Absprachen, so weiß jede/r UnterstützerIn, warum was wie getan wird. Auch Transparenz gegenüber den KlientInnen ist nötig, dies schafft Klarheit und gibt Orientierung. Die BewohnerInnengruppe braucht Transparenz/Aufklärung seitens der BetreuerInnen in Bezug auf den Suchtmittelumgang im Haus. Dies unterstreicht die gemeinsame Haltung des Teams und dient der Nachvollziehbarkeit.

Ein Problem der Transparenz kann der Datenschutz sein. Wollen KlientInnen (ab Volljährigkeit) nicht, dass gewisse Themen transparent besprochen werden, müssen BetreuerInnen dies berücksichtigen. Es gibt ExpertInnen (vgl. IP5 2021; IP10 2021), die jedoch sagen, dass bereits vor der Betreuung klargestellt wird, dass Netzwerkarbeit und Transparenz für die Betreuung eine Voraussetzung sind.

Die „neue Autorität“ vertritt die Haltung, dass es manchmal auch zum Schutz der Betroffenen klare Transparenz und Involviertheit der nahestehenden Personen braucht. Auch wenn sie über 18 Jahre alt sind und hier die DSGVO¹³ greifen würde, sofern sie einem Austausch nicht zustimmen. Das Ziel ist es, das negative Verhalten nicht zu fördern, doch eine Geheimhaltung ist nicht dienlich. Hier braucht es seitens der Einrichtung klare Regeln bezüglich, wann die DSGVO gebrochen werden darf. Ebenso wird es für Einrichtungen nach dem Chancengleichheitsgesetz die bereits genannte vertragliche Regelung brauchen – siehe Rechtliches zur Psychiatrie und Chancengleichheit sowie Kinder- und Jugendhilfegesetz. Dies muss von Beginn an in der Betreuung transparent kommuniziert werden, wenn das Konzept der „neuen Autorität“ beziehungsweise die Netzwerkarbeit und Transparenz aus der „neuen Autorität“ gelebt werden sollen, zum Schutz der Betroffenen.

¹³ *Datenschutzgrundverordnung*

Denn auch bei Betroffenen, die über 18 Jahre alt sind, haben BetreuerInnen eine Verantwortung zu tragen, vor allem bei Selbst- und Fremdgefährdung. Die „neue Autorität“ geht nicht willkürlich mit Transparenz um, durch das Tool UnterstützerInnenmatrix wird klar definiert, wer welche Rolle im Netzwerk einnimmt und wer welche Aufgabe zu erfüllen hat sowie wer welches Wissen braucht, um diese Aufgabe erfüllen zu können, ähnlich wie der UnterstützerInnenkreis der Traumapädagogik.

BetreuerInnen im Wohnsetting brauchen zweifellos klare Regeln und Vorgaben der Einrichtungen bezüglich der Rechtslage in der Netzwerkarbeit und Transparenz, vor allem bei Betroffenen ab 18 Jahren und zum Schutz der Betroffenen. Vorsicht jedoch müssen BetreuerInnen bei der Auswahl der NetzwerkpartnerInnen wahren und zu wem Transparenz gelebt wird, immer in Rücksichtnahme auf die Beziehungsebene und Dynamiken zu den Betroffenen.

5.1.7 Resümee

Die Ergebnisse der Interviews bestätigen die Theorie. Im Konzept der „neuen Autorität“ wurde bei der Übernahme aus dem privaten Setting in das betreute Wohnen der Beziehungsaufbau unzureichend berücksichtigt. Jugendliche und junge Erwachsene, die Suchtmittel konsumieren und in betreuten Wohneinrichtungen leben, haben außergewöhnliche Belastungen erfahren müssen. Zusätzlich besteht durch die „Ich“-Entwicklung im Transitionsprozess eine erhöhte Vulnerabilität. BetreuerInnen brauchen dementsprechend Wissen und Übung in der Anwendung der Konzepte „Neurodeeskalation“ und „Traumapädagogik“. Das Konzept der „neuen Autorität“ soll den BetreuerInnen zusätzliche Unterstützung/Handwerkszeug bieten. Die Untersuchung zeigt, dass es dafür aber einen differenzierten, individuellen Zugang benötigt und nur sinnvoll erscheint, wenn es zum Schutz (bei Gewalt oder riskantem Suchtmittelkonsum) angewendet wird. Auch Unterstützung kann dabei die Netzwerkarbeit bieten, wobei die „neue Autorität“ eine Adaption über die genaue Definition der schrittweisen kleinen Ziele braucht und die Abwägung der Vor- und Nachteile der Interventionen.

Der sichere Rahmen, der die Unterstützungsarbeit bei der Entwicklung der Betroffenen umgibt, muss Nachkommendes berücksichtigen: Gruppenzusammensetzung für die Minderung der Risikofaktoren; Veränderung der bestehenden Rahmenbedingungen, um fortlaufende Betreuung und somit die Beziehung aufrechterhalten zu können; organisatorische Aufgaben müssen verringert werden, um mehr Zeit für die Beziehungsarbeit zuzulassen; Rücksicht muss auf die eingeschränkte Geschwindigkeit des Beziehungsaufbaus genommen werden – es braucht einen flexible Verweildauer für Betroffene. Der Rahmen, in dem die BetreuerInnen professionelle Arbeit erbringen, braucht Hausregeln, individuelle und flexible Vorgaben zu Vorgehensweisen für BetreuerInnen zur Orientierung. Ebenso muss für BetreuerInnen geklärt sein, ob nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz gearbeitet wird oder nach dem Chancengleichheitsgesetz. Beim Chancengleichheitsgesetz muss erläutert sein: der Fokus liegt auf der Selbstgestaltung der Betroffenen und wird durch eine Art „Sorgfaltspflicht“ der BetreuerInnen geschlagen. Ebenso soll Fachwissen über Sucht in diesem Kreis geboten werden. Bevorzugt wird die Expertise von einschlägigem Fachpersonal und einem multiprofessionellen Team, das zeitlich nahe und je nach Bedarf herangezogen werden kann, aber auch regelmäßig BetreuerInnen schult.

5.2 Hürden der „neuen Autorität“

Die Ergebnisse zeigen, dass das Konzept der „neuen Autorität“ noch weitere „Hürden“ mit sich bringt.

5.2.1 Haltung der „neuen Autorität“

Die genaue theoretische Beschreibung der Haltung aus dem Konzept der „neuen Autorität“ ist unter 3.6 Das Konzept der „neuen Autorität“ zu finden.

Die ExpertInnen sind sich einig, dass die Haltung der „neuen Autorität“ eines der wichtigsten Elemente des Konzeptes ist. Die Trennung von Person und Verhalten wird von einem Befragten (vgl. IP13 2021) als Voraussetzung in der sozialen Arbeit gesehen, unabhängig von der „neuen Autorität“. Es richtet sich der Widerstand gegen das Verhalten, die Person jedoch soll positive Beziehungserfahrungen durch Wertschätzung und Inklusion machen können; auch wenn Konflikte entstehen, die Haltung muss aufrecht bleiben. Es ist schwer, „neue Autorität“ und deren Haltung greifbar zu machen (vgl. IP13 2021).

Die Haltung der „neuen Autorität“ kann folglich nicht wirken, wenn sie nicht authentisch ist. Die Voraussetzung dafür ist, dass das Verhalten differenziert gesehen werden muss, zur Person an sich.

5.2.1.1 Veränderte/angepasste „neue Autorität“

Nur die Grundhaltung der „neuen Autorität“ wird in der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen angewendet, kein weiteres Tool wie das Ankündigungsschreiben oder das Sit-in wird eingesetzt.

Es wird hervorgehoben, dass eine Beziehung und in Kontakt zu bleiben das Wichtigste in der „neuen Autorität“ ist (vgl. IP10 2021).

Eine weitere Expertin (vgl. IP9 2021) gibt ebenso an, dass vereinzelt BetreuerInnen eine Weiterbildung zum Konzept der „neuen Autorität“ gemacht haben, seither wird mit der Grundhaltung im gesamten Team gearbeitet.

In der Literatur ist zum Konzept der „neuen Autorität“ nichts zu einer Grundhaltung zu finden. „Neue Autorität“ gibt es als gesamtes Konzept.

Deren Haltung setzt die Trennung des Verhaltens und der betroffenen Person voraus. Es bleibt unklar, was unter Grundhaltung verstanden wird. Wenn kein Protest und gewaltloser Widerstand gegen das destruktive Verhalten gesetzt werden, ist es nicht die Haltung der „neuen Autorität“. Ein Befragter (vgl. IP1 2021) wendet die Körbmethode auch bei Drogen konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen an, jedoch nicht so wie im Konzept der „neuen Autorität“ beschrieben. Stattdessen wird gemeinsam mit den KlientInnen besprochen, welche Fähigkeiten gut ausgeprägt und welche noch mangelhaft sind. Hierfür werden die Körbe in den verschiedenen Farben herangezogen. Eine andere Interviewpartnerin (vgl. IP5 2021) meint, dass die Körbe nicht in der vorgesehenen Form verwendet werden, aber in Anlehnung daran positives und negatives Verhalten der KlientInnen herausgearbeitet wird. Die Körbmethode wird in der „neuen Autorität“ als Unterstützungstool zur Sortierung problematischen Verhaltens herangezogen. In diesem Fall wurde das Tool völlig zweckentfremdet. Hier zeigt sich eine erneute Missinterpretation.

Das Konzept der „neuen Autorität“ könnte aufgrund dieser Tatsachen grundsätzlich nur eine gelingende Methode sein, wenn die Haltung richtig verstanden und angewendet wird. Wegen der genannten nichtexistierenden Grundhaltung und der Bedenken der ExpertInnen sowie der fehlinterpretierten Körbmethode ist es fraglos, dass das Konzept/ die Haltung missinterpretiert wird.

5.2.1.2 Eigene Grenzen und Reflexion

Ein Experte berichtet, dass für ihn der Erfolg der Haltung der „neuen Autorität“ spürbar wurde, als er sich seiner persönlichen Grenzen klarer wurde, denn so konnte Widerstand geleistet werden und er sich in Konfliktsituation regulieren. Das aber wiederum brauchte viel Persönlichkeitsarbeit vorweg (vgl. IP12 2021). „Mit einem Hammer kann ich einen Nagel einschlagen, aber ich kann auch jemandem den Kopf einschlagen damit. Und das ist bei der „neuen Autorität“ ähnlich.“ (IP13 2021)

Es muss sich jede/r seiner/ihrer persönlichen Haltung bewusst sein und lernen, dass seine/ihre Werte nicht jene Werte des Gegenübers sind.

Nur so können Machtkämpfe vermieden werden, denn jedes Verhalten hat einen Zweck, der berücksichtigt werden muss (vgl. IP10 2021). Ein Erfolg in der Anwendung von „neuer Autorität“ ist nur dann möglich, wenn sich die BetreuerInnen ihrer Haltung sicher sind, ihre Emotionen kontrollieren und diese vor allem reflektieren können. Wichtig dabei ist, dass nicht die „Schuldfrage“ gestellt wird (vgl. IP8 2021). Auch wird erwähnt, dass es schwer sei, „neue Autorität“ und deren Haltung greifbar zu machen.

„Und das ist in der sozialen Welt, glaube ich, ganz, ganz wichtig, dass man von diesem staatlichen Kontext und die Haltung kommt und mehr uns wirken lassen, als wie die Inhalte, die wir so preisgeben.“ (IP13 2021) Einige ExpertInnen heben hervor, dass „neue Autorität“ für Erfolg viel Eigenreflexion braucht, nur in kleinen Schritten zum Erfolg führt und Erfolg bereits gegeben ist, wenn die BetreuerInnen aus ihrer Ohnmacht/Handlungsunfähigkeit – nicht wissen, was nun getan werden könnte – kommen. Denn oft fehlen Interventionsideen oder fachliches Wissen, aber auch die eigenen Emotionen, die bei BetreuerInnen in ihrer Arbeit mit KlientInnen aufkommen und unbewusst ihr Tun hemmen. „Neue Autorität“ ist nur anwendbar, wenn alle Emotionen – vor allem die der BetreuerInnen, aber auch die der KlientInnen – abgeflacht und wieder kontrollierbar sind (vgl. IP6 2021; IP8 2021; IP10 2021; IP 13 2021). „Also das ist auch so eine Erfahrung, dass man Zeit rausnimmt, nach dem Grundsatz schmiede das Eisen, wenn es kalt ist, also wenn auch wir Erwachsenen wieder klareren Kopf haben.“ (IP8 2021)

„Neue Autorität“ war erfolgreich durch viel Reflexion und Coaching, so wurde die Haltung eindeutiger für BetreuerInnen. Daraus folgt, dass BetreuerInnen Selbstreflexion mit professioneller Unterstützung in ihrer Arbeit brauchen, also Supervision und regelmäßiges Coaching.

5.2.2 Implementierung des Konzepts der „neuen Autorität“

Da die Haltung oft fehlinterpretiert wird, empfiehlt ein Experte eine Implementierung des Konzepts der „neuen Autorität“ mittels eines klaren Plans und unter Anleitung von ExpertInnen der „neuen Autorität“ (vgl. IP13 2021). Die Haltung der „neuen Autorität“ kann auch falsch interpretiert und mächtig im Sinne von hierarchisch verwendet werden, daher braucht die Implementierung des Konzepts einen klaren Plan und eine Anleitung von ExpertInnen (vgl. IP13 2021).

Wird die Haltung fehlinterpretiert, können dadurch Machtdynamiken entstehen.

Dies kann bei KlientInnen, die bereits Störungen im Beziehungsverhalten zeigen, vermehrt problematisches Verhalten hervorrufen (vgl. IP13 2021; IP6 2021). Von mehreren Befragten wird angemerkt, dass es nach einer Basisfortbildung/einem Grundlehrgang zur „neuen Autorität“ für das gesamte Team regelmäßiges Coaching braucht, damit an Praxisbeispielen geübt und reflektiert werden kann, sonst kann „neue Autorität“ nicht gelingen oder wird wieder vergessen. Auch Auffrischungsfortbildungen sollen regelmäßig, vor allem für neue oder wiedereingestiegene MitarbeiterInnen angeboten werden; zuständig für die Organisation ist die Einrichtungsleitung.

Auch wird von manchen Befragten empfohlen, die Supervision von ExpertInnen der „neuen Autorität“ leiten zu lassen. Ebenso wird hervorgehoben, dass Inputs, Supervision, Klausuren, Fortbildungen und Coachings, um „neue Autorität“ gut gelingen zu lassen, in kurzen zeitlichen Abständen passieren müssen (vgl. IP4 2021; IP5 2021; IP6 2021, IP8 2021; IP10 2021; IP12 2021; IP13 2021). Im Gegensatz dazu gibt ein Experte an, dass neue MitarbeiterInnen durch das bestehende Team im Alltag zum Konzept der „neuen Autorität“ geschult werden, aber noch nicht in das gesamte Konzept der „neuen Autorität“ eingeführt wurde. Die Einrichtungsleitung wird dies in Abschnitten vornehmen und schrittweise über Jahre hinweg implementieren (vgl. IP12 2021). Eine andere Expertin (vgl. IP4 2021) gibt an, dass nur eine Betreuerin an einer Fortbildung zum Konzept der „neuen Autorität“ teilnahm, diese hat anschließend das erworbene Wissen an das gesamte Team weitergegeben. Eine Befragte (vgl. IP5 2021) erklärt, dass alle BetreuerInnen eine Basisausbildung zum Konzept der „neuen Autorität“ absolviert haben, neue KollegInnen müssen sich das Basiswissen durch den Austausch selbst aneignen und üben dieses dann im Alltag. Die InterviewpartnerInnen IP3 und IP9 teilen mit, dass vereinzelt BetreuerInnen Fortbildungen zum Konzept der „neuen Autorität“ absolviert haben und andere sich dann ihr Wissen mittels Literaturrecherchen aneigneten. IP3 und IP4 erzählen, dass die Implementierung nicht erfolgreich war, zusätzlich erschwerten Rahmenbedingungen wie Personalfuktuation und Alltagsorganisation das Vorankommen.

Eine Organisation hat sogar eine extra Zusatzausbildung zur/zum akademischen SozialtherapeutIn für alle neuen MitarbeiterInnen implementiert. In diesem Angebot wird in einem 13-tägigen Block das Konzept „neue Autorität“ gelehrt (vgl. IP2 2021; IP7 2021). Es ist auch manchen Befragten wichtig, dass das Fortbildungsbudget individuell gehalten wird. Es soll immer wieder Schwerpunktangebote geben, wie zum Beispiel Neurodeeskalation, was für die Arbeit mit „neuer Autorität“ ein wichtiger Bestandteil ist (vgl. IP11 2021).

Es geht hervor, dass „neue Autorität“ als gesamtes Konzept unter Anleitung eines/einer ExpertIn der „neuen Autorität“ und mit einem klaren Plan implementiert werden muss. Dafür braucht es einen engen zeitlichen Rahmen, stabile Teamverhältnisse und stetige Supervision mit ExpertInnen der „neuen Autorität“. Missverständnisse wie Falschinterpretationen der Haltung werden vermieden und dies wiederum beugt einer Verstärkung des destruktiven Verhaltens vor. Die BetreuerInnen benötigen professionelle Unterstützung bei der Implementierung des Konzepts der „neuen Autorität“ und kompetente Begleitung bei der Anwendung.

Sonst besteht die Gefahr, dass die Haltung des Konzepts missverstanden und hierarchisch verwendet wird und negative Folgen wie Verstärkung des destruktiven Verhaltens bewirkt. BetreuerInnen brauchen ebenso Rahmenbedingungen, die auf viel organisatorischen Aufwand verzichten, um eine Implementierung voranzubringen.

5.2.2.1 Team

Auch wird es schwer, „neue Autorität“ zu implementieren, wenn der Wille des Teams fehlt. Es braucht eine Mehrheit, die dafür ist (vgl. IP6 2021). Ein anderer Befragter spricht davon, dass die Haltung der „neuen Autorität“ „demonstriert“ wurde, dies aber zu keinem Erfolg in der Betreuung führte und es somit zu einer Beendigung der Betreuung gekommen ist. Hingegen profitierte das Team, denn es wurde allen klar, welche Haltung sie in Bezug auf Drogenkonsum vertreten (vgl. IP3 2021). Einige ExpertInnen machen klar, dass eine Grenze der „neuen Autorität“ gegeben ist, wenn nicht das ganze Team die entsprechende Haltung vertritt.

Denn nur mit einer klaren gemeinsamen Haltung kann Präsenz gegenüber den KlientInnen gezeigt werden und nur so lässt sich „neue Autorität“ umsetzen (vgl. IP8 2021; IP11 2021; P12 2021).

Es wird zur Sprache gebracht, dass es das gesamte Team braucht, um das Konzept der „neuen Autorität“ anwenden zu können. Es braucht nicht nur eine gemeinsame Haltung in Bezug auf Drogenkonsum, sondern auch die Klarheit, dass alle Teammitglieder ohne Ausnahmen die Haltung der „neuen Autorität“ vertreten müssen.

Ein Befragter (vgl. IP10 2021) hebt hervor, dass Hierarchie in einer Einrichtung nicht kompatibel mit der Anwendung von „neuer Autorität“ ist. Es braucht Vertrauen, eine pädagogische Leitung, die auch an der Basis mitarbeitet und trotzdem eine Hierarchie im Unternehmen vertritt. Das gelingt durch die Trennung von Verhalten und Person auch auf MitarbeiterInnenebene, so wie es die Haltung der „neuen Autorität“ vorgibt.

Auch andere ExpertInnen (vgl. IP1 2021; IP2 2021; IP6 2021) geben an, dass „neue Autorität“ gut anwendbar oder implementierbar ist, wenn es eine fachliche Leitung gibt, die im Alltag mitarbeitet und die Betreuung vorlebt.

Natürlich fallen auch organisatorische Aufgaben an, aber die tatsächliche organisatorische Leitung soll ausgelagert sein. So wird ein Rahmen geschaffen, in dem der Fokus der Betreuungsarbeit auf die Bedürfnisse der KlientInnen gelegt werden kann. Es kann mehr Evaluierung passieren und die fachliche Leitung behält einen besseren Überblick, denn es entfallen Diskussionen zum Dienstplan oder zu anderen Richtlinien der Organisation.

Es ist anzunehmen, dass sich eine flache Hierarchie in einer Einrichtung „neue Autorität“ besser umsetzen lässt, durch Vorleben des Tuns, also Mitarbeit im Alltag der Leitung. Eine Trennung von pädagogischer und organisatorischer Leitung scheint demnach sinnvoll. Wie bereits aus den vorangegangenen Ergebnissen sichtbar wurde, wird der organisatorische Aufwand als hindernd im Rahmen der Betreuung von Jugendlichen/jungen Erwachsenen empfunden, dies könnte eine Erleichterung für die gesamte Arbeit bieten.

5.2.3 Resümee

Die Ergebnisse zeigen, dass es für die Implementierung des Konzepts der „neuen Autorität“ einen klaren Plan braucht, der zeitlich eng und intensiv als auch professionell begleitet werden muss, sofern überhaupt stabile Teamverhältnisse gegeben sind. Ist dem nicht so, passieren Fehlinterpretationen, die Folgen für alle Beteiligten haben können. Einzelne Fortbildungen reichen somit nicht aus. Nicht nur die Implementierung braucht professionelle Unterstützung, auch die weitere Arbeit mit dem Konzept der „neuen Autorität“, die Anwendung erfordert Reflexion und ein gesamtes Team, welches der Arbeit mit dem Konzept der „neuen Autorität“ positiv gegenübersteht. Unterstützend für die Anwendung des Konzepts ist eine Mitarbeit der Leitungsperson im Alltag, was zur Folge hat, dass es eine Trennung zwischen organisatorischer und pädagogischer Leitung geben muss.

6 Diskussion

Die Ausgangslage – das Konzept der „neuen Autorität“ als gelingende Methode bei suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen – wurde in dieser Masterthesis überprüft und entkräftet. Das Konzept der „neuen Autorität“ alleine kann hier keine gelingende Methode sein.

Die Betroffenen haben Verhaltensauffälligkeiten, Bindungsstörungen, Traumafolgen, andere psychische Auffälligkeiten oder Störungen, kommen in eine fremde Umgebung, weil ein Verbleib in ihrem ursprünglichen Kreis ihre Entwicklung gefährdet hätte – hier muss vorrangig eine Beziehung aufgebaut werden, Geborgenheit entstehen können und Versorgung passieren. Dabei darf nicht vergessen werden, dass diese Personengruppe sich in einer vulnerablen Lebensphase, dem Transitionsprozess, befindet. Das Konzept der Neurodeeskalation bietet das geeignetste Handwerkszeug dafür. Es baut auf der Traumapädagogik auf, welche unverzichtbares Fachwissen beinhaltet und vor allem Rücksicht auf die Biografie der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nimmt. Diese wiederum regt die Reflexion der Interventionen an und somit wird verständlicher, warum sich Betroffene so verhalten, wie sie es tun. Es braucht daher Wissen über Traumapädagogik, Neurodeeskalation und vor allem Übung in der Anwendung.

Das Konzept der „neuen Autorität“, so die Untersuchungen, bietet sich erst als eine unterstützende Methode an, wenn es Schutzmaßnahmen, wie bei risikoreichem Suchtmittelkonsum oder Gewalt, bedarf. Es wird aber auch hier nicht alleine unterstützend sein können, dazu braucht es erneut die Traumapädagogik und Neurodeeskalation. Denn es wurde dargelegt, dass es unverzichtbar ist, auf die Biografie der Betroffenen Rücksicht zu nehmen.

Ein daraus resultierender Ablauf:

1. Beziehungsaufbau – Hilfestellung durch Neurodeeskalation, Konsequenz auf destruktives Verhalten = mehr Beziehung
2. Durch Beziehungsaufbau – Biografieerhebung – Traumapädagogik wird greifend, weil Grund für Verhalten sichtbar wird; Netzwerkarbeit kann reflektiert hilfreich sein
3. Braucht es Schutz – Konzept der „neuen Autorität“ heranziehen – Fokus trotzdem auf der Beziehung + Definition und Reflexion der etappenweisen Ziele und Interventionen

Abbildung 5 Leitfaden Anwendung Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neue Autorität“ (eigene Darstellung)

Analysiert wurde auch der Rahmen, in dem die BetreuerInnen Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neue Autorität“ anwenden können. Die Ergebnisse erörtern, dass der Rahmen, welcher die Jugendlichen und jungen Erwachsenen unmittelbar betrifft, individuell gestaltbar sein muss, so individuell wie eben jede einzelne Person ist. Es braucht Rücksichtnahme auf die Gruppenzusammensetzung und auf die sich daraus möglich ergebenden Dynamiken; eine flexible Verweildauer, um eine kontinuierliche Beziehung ermöglichen zu können – dies wiederum braucht einen flexiblen und schnell verfügbaren Rahmen (Wechsel der Wohnmöglichkeiten, Entzugsmöglichkeiten – ohne Betreuungsabbruch zu den bestehenden BetreuerInnen). Die Analyse zeigt außerdem, dass der Rahmen klare Regeln im Suchtmittelumgang benötigt. Daraus resultierende Interventionen der BetreuerInnen hingegen müssen wiederum individuell und flexibel gehalten werden, der Grund und das Ausmaß der Regelverstöße nehmen einen Einfluss darauf. Gesetzte Ziele in diesem Rahmen erfordern eine klare Definition und die Abwägung der Vor- und Nachteile der Interventionen.

Daraus erfolgreicher Rahmen für Jugendliche und junge Erwachsene:

Individuell/flexibel
Gruppenzusammensetzung der Wohngruppe (Rücksichtnahme auf mögliche Dynamiken)
Netzwerkarbeit (Rücksichtnahme auf Dynamiken)
Verweildauer (Rücksichtnahme auf Transitionsprozess und gehemmte Bindungsentwicklung)
Wohnmöglichkeiten (veränderbar, BetreuerInnen bleiben gleich)
Entzugsangebote (rasche Anbindungsmöglichkeiten)
Interventionen nach Regelbrüchen (Biografie berücksichtigen)
verständlich/kontinuierlich
Beziehung (stetig gegeben) und in Abwägung zu möglichen Interventionen
Betreuung (stetig gegeben) mit etappenweisen Zielsetzungen
Regel im Suchtmittelumgang (klar formuliert und bekannt) – in Abwägung der Vor- und Nachteile folgender individueller Interventionen bei Verstößen

Abbildung 6 Rahmenbedingungen für den Leitfaden Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neue Autorität“ (eigene Darstellung)

Um das bewältigen zu können, müssen BetreuerInnen in einer Umgebung arbeiten, wo Zeit für die Beziehungsarbeit bleibt und nicht zu viele organisatorische Aufgaben behindern, jedoch ausreichend Fachwissen zur Verfügung gestellt wird. Dieses muss von einschlägigen Fachpersonen in einem multiprofessionellen Team geboten werden.

Der Rahmen dafür muss eine zeitnahe und bedarfsorientierte sowie regelmäßige Schulung und auch Austausch ermöglichen. Die Analyse legt sogleich auch dar, dass das Konzept der „neuen Autorität“ nicht ohne klaren Plan implementiert werden kann, da dies zu Fehlinterpretationen und Machtdynamiken führt. BetreuerInnen brauchen bei der Reflexion der Interventionen Unterstützung durch Coaching und Supervision von ExpertInnen der „neuen Autorität“, vor allem, weil dies erst zum Einsatz kommt, wenn Schutz der Betroffenen das vordergründige Ziel der Betreuung wird.

Folgender Rahmen ergibt sich für Team und Leitung:

BetreuerInnen und Leitung
<p>Voraussetzung: alle haben eine Grundausbildung zur Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neuen Autorität“; begegnen in der Beziehung authentisch; trennen Verhalten von Person</p> <p>pädagogische Leitung (arbeitet mit im Alltag, behält Überblick über fachliche Gegebenheiten)</p> <p>organisatorische Leitung (nur für organisatorische Aufgaben verantwortlich, keine direkte Arbeit mit den Betroffenen)</p>
ExpertInnen
<p>ein multiprofessionelles Team, das Wissen austauscht und ein ganzheitliches Bild entstehen lässt sowie zeitnahe zur Verfügung steht</p> <p>ExpertIn aus dem Suchtbereich</p> <p>FachärztIn für Psychiatrie</p> <p>ExpertIn Psychologie</p> <p>ExpertInnen der Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neuen Autorität“</p> <p>SupervisorIn mit Schwerpunkt Traumapädagogik und „neue Autorität“</p>

Abbildung 7 Team- und Leitungsrahmenbedingungen für den Leitfaden Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neue Autorität“ (eigene Darstellung)

Die Ergebnisse beschreiben, dass für BetreuerInnen Sicherheit und Klarheit über Vorgangsweisen, Gesetze, Aufgaben und Konzeptvorgaben gegeben sein müssen. Eindeutig muss seitens der Einrichtung vorgegeben werden, ob die Selbstgestaltung des Lebens der Betroffenen im Vordergrund steht, auch wenn risikoreicher Suchtmittelkonsum besteht, oder ob dann eine „Sorgfaltspflicht“ greift und das Konzept der „neuen Autorität“ zum Schutz der Betroffenen angewendet wird – allzeit, ohne Rücksichtnahme darauf, ob die Betroffenen minderjährig sind oder nicht.

Kinder- und Jugendhilfe	Chancengleichheitsgesetz
Übernahme Pflege und Erziehung (ja oder nein)	Kein Unterschied, ob Diagnose besteht oder nur Verhaltensauffälligkeit
Kein Ausschluss von Betroffenen, nur weil 18 Jahre erreicht – fortlaufend bis mindestens 26 Jahre (Transitionsprozess)	Klärung, ob zum Schutz „Sorgfaltspflicht“ greift und somit „neue Autorität“ angewendet werden kann – folglich wird Selbstbestimmung nachrangig
„Sorgfaltspflicht“ auch bei über 18-Jährigen und Handhabe der DSGVO	„Sorgfaltspflicht“ auch bei über 18-Jährigen und Handhabe der DSGVO
	Betreuung bis mindestens 26 Jahre (Transitionsprozess)

Abbildung 8 Voraussetzungen für Kinder- und Jugendhilfe sowie Chancengleichheitsgesetz für den Leitfa-
den Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neue Autorität“ (eigene Darstellung)

Abschließend ergeben sich folgende Fragen:

Ist es nicht längst an der Zeit, eine Transitionspsychiatrie/Transitionsbetreuung (in der nicht wie in Oberösterreich unterschieden wird, ob Kinder- und Jugendhilfe oder Chancengleichheitsgesetz) im stationären und auch extramuralen¹⁴ Bereich zu installieren? Vor allem jetzt, wo die derzeitige Lage, die Covid-19-Pandemie enormen Einfluss auf das psychische Befinden der Kinder- und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen hat? Und lassen die Ergebnisse nicht annehmen, dass sie auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die keine Suchtmittel konsumieren, greifen würden?

¹⁴ Außerhalb eines Krankenhauses – betreutes Wohnen oder mobile Betreuung

7 Conclusio

BetreuerInnen im Wohnsetting geraten immer wieder an ihre Grenzen bei der Arbeit mit konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Transitionsalter. Das Konzept „neue Autorität“ gilt hier als mögliche gelingende Methode. Das wurde widerlegt.

Aus dieser Tatsache heraus ergab sich die Forschungsfrage: Welches Handwerkszeug und Wissen brauchen BetreuerInnen im Wohnsetting in der Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden jungen Menschen im Transitionsprozess?

Das Konzept der Neurodeeskalation und jenes der Traumapädagogik müssen vorrangig bestehend sein. Dieses Wissen brauchen BetreuerInnen, um mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Suchtmittel konsumieren, arbeiten zu können. Die Netzwerkarbeit der Traumapädagogik und der „neuen Autorität“ zeigt sich als hilfreiches Unterstützungstool. Das Konzept der „neuen Autorität“ gesondert wird erst dann herangezogen, wenn Schutz für die Betroffenen geboten werden muss, wie bei riskantem Suchtmittelkonsum oder Gewalt. Hervorgehoben wird die Individualität, aber auch Klarheit in der Anwendung der Konzepte, vor allem bei der „neuen Autorität“ sowie im Rahmen, in dem BetreuerInnen arbeiten und Jugendliche als auch junge Erwachsene leben. Es braucht klare Regeln im Suchtmittelumgang, Interventionen hingegen erfordern Individualität und Flexibilität. Die schrittweisen Ziele müssen definiert und reflektiert sein. Der Fokus dabei ist stets auf die fortlaufende Beziehung zwischen BetreuerInnen und Betroffenen zu legen, auch wenn der Rahmen der Begleitung verändert werden muss. Um dies gewährleisten zu können, braucht es die Expertise von Fachpersonen aus dem Gebiet Sucht, Neurodeeskalation, Traumapädagogik, „neuer Autorität“ und Psychologie, Psychiatrie, sowie einen Betreuungsrahmen, der mindestens bis zum 26. Lebensjahr aufrechterhalten wird.

Literatur

Baierl, Martin / Frey, Kurt (Hrg.) (2015): Praxishandbuch Traumapädagogik - Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bausum, Jacob / Besser, Lutz Ulrich / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hrg.In) (2013): Traumapädagogik - Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Becker-Stoll, Fabienne (2017): "Bindung, Lösung und Abbruch". Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 3/18, Seite 127-131.

Boznik, Sarah (2019) Gesellschaftliche Institutionen im Umgang mit jugendlichem Cannabiskonsum. Eine lebensweltorientierte Perspektive. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts, Karl-Franzens-Universität Graz.

Brisch, Karl Heinz (Hrg.) / Schindler, Andreas (2019): Bindung und Sucht. 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021): Konsumformen. https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit_und_notfalle/sucht/1/Seite.1520160.html [26.10.2021]

Christoph, Göttl (2020): Einführungsvortrag auf der Spin-DGVB Bundesfachtagung. Ressourcenreich – auf dem Weg, Mediathek: Vorträge: Deutsche Gesellschaft für Videobasierte Beratung e.V.

Christoph, Göttl (2021): „When the iron is hot“. Ressourcenreich – auf dem Weg, Mediathek: Vorträge: 6th international conference of november 2021, online.

Driessen, Martin / Fegert, Jörg M. / Freyberger, Harald J. / Karow, Anne / Banaschewski, Tobias (2019): Transitionspsychiatrie - eine aktuelle Herausforderung. In: Psychiat Prax 2019, Nummer 46, Seite 125-127.

Haim, Omer / Dulberger, Dan (2021): Wenn erwachsene Kinder nicht ausziehen - Leitfaden für die Arbeit mit Eltern von Nesthockern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Haim, Omer / von Schippe, Arist (2017): Stärke statt Macht - Neue Autorität in Familie, Schule und Gemeinde. 3. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Haim, Omer / von Schlippe, Arist (2016): Autorität durch Beziehung - Die Praxis des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung. 9. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Institut Suchtprävention pro mente Oberösterreich (2016): Theorien der Suchtentstehung. <https://www.praevention.at/sucht-und-suchtvorbeugung/begriffs-und-problemdefinitionen/theorien-der-suchtentstehung> [27.12.2021]

- Körner, Bruno / Lemme, Martin / Ofner, Stefan / Von der Recke, Tobias / Seefeldt, Claudia / Thelen, Herwig (2019): Neue Autorität - Das Handbuch. Konzeptionelle Grundlagen, aktuelle Arbeitsfelder und neue Anwendungsgebiete. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lemme, Martin / Körner, Bruno (2019): Neue Autorität in Haltung und Handlung - Ein Leitfaden für Pädagogik und Beratung. 2. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Mayr, Michael / Kapusta, Nestor D. / Plenner, Paul L. / Pollak, Eva / Schulze, Ulrike / Freyberger, Harald J. / Fegert, Jörg M. (2015): Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 63 (3), Seite 155-163.
- Mietzel, Gerd (2019): Wege in die Entwicklungspsychologie – Kindheit und Jugend. 5. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Ortner, Nora / Bock, Astrid / Fuchs, Martin / Haid-Stecher, Nina / Sevecker, Kathrin (2020): Multipler Substanzmissbrauch als Variante von Hochrisikoverhalten im Jugendalter. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 69, Seite 156-169.
- Österreich.gv.at (2021): Allgemeines zum Vertragsabschluss durch Kinder und Jugendliche (Geschäftsfähigkeit). <https://www.oesterreich.gv.at/themen/jugendliche/jugendrechte/8/Seite.1740317.html> [26.10.2021].
- Österreich.gv.at (2021): Sucht und Abhängigkeitserkrankungen. https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit_und_notfaelle/sucht.html [28.10.2021].
- Ricci, Jorge BA / Hölblinger, Bettina MSC (ohne Angabe): „Current Issues: Suchtmittel in Jugendszenen“. Skript zur Lehrveranstaltung FH St. Pölten – Suchtberatung und Prävention.
- Rumml, Christina (Hg.In) / Gaßmann, Raphael (2020): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen; Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Saunders, Nicolas (1996): Ecstasy. 3. Auflage, Zürich: Verlag Ricco Bilger.
- Schmidt, Bettina (2020): Im Gespräch mit Bettina Schmidt. In: fortyfour – Das Präventionsmagazin. Nummer 35, Herbst/Winter 2020, Seite 2-3.
- Schuhböck, Barbara (2016): Die Entwicklung des Oberösterreichischen Chancengleichheitsgesetzes und der Diskurs seit dessen Impelementierung. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Mag.^a rer. soc. oec. im Diplomstudium Sozialwirtschaft, Johannes Kepler Universität Linz.
- Seyer, Seifried (2020): Die Sprache der Sucht. In: fortyfour – Das Präventionsmagazin. Nummer 35 Herbst/Winter 2020, Seite 10.
- Uhl, Alfred (2020): Suchtprävention im Spannungsfeld zwischen Emanzipation und Paternalismus. In: Fortyfour – Das Präventionsmagazin, Seite 6-7.

VertretungsNetz (2021): BewohnervertreterInnen. <https://vertretungsnetz.at/bewohnervertretung/ueber-uns> [16.10.2021].

Weiß, Wilma (2013): Philipp sucht sein Ich - Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 7. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Weiß, Wilma / Friedrich, Esther Kamala / Picard, Eva / Ding, Ulrike (2014): "Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut" - Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Zech, Michael M. (2021): "Niemand versteht mich ..." - Die herausfordernde Entwicklungsphase der Pubertät. In: Greubl, Stefanie / Schieren, Jost (Hrg.In): Kinder, Kinder!, Weinheim Basel: Beltz Juventa, Seite 117-133.

Zemp, Martina (2018): Die Bedeutung der Bindung für die kindliche Resilienz. Schweizer Zeitschrift für Heilpädagogik, 24(4), Seite 38-44.

Zemp, Martina / Bodenmann, Guy (2017): Bedeutung der Bindung für die psychische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen. In: Akut – Informationsmagazin des Vereins für umfassende Suchttherapie 31, Seite 12-17.

Abbildungen

Abbildung 1 Suchtdreieck (in Anlehnung an Paulitsch 2008:255; Rummel/Gaßmann 2020:1).....	21
Abbildung 2 „7 Säulen der neuen Autorität“ (in Anlehnung an Körner et al. 2019:21) ..	28
Abbildung 3 Drei Stufen der wachsenden Sorge (in Anlehnung an Körner et al. 2019)	31
Abbildung 4 Kategorien aus den Interviews (eigene Darstellung)	45
Abbildung 5 Leitfaden Anwendung Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neue Autorität“ (eigene Darstellung).....	77
Abbildung 6 Rahmenbedingungen für den Leitfaden Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neue Autorität“ (eigene Darstellung)	78
Abbildung 7 Team- und Leitungsrahmenbedingungen für den Leitfaden Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neue Autorität“ (eigene Darstellung)	79
Abbildung 8 Voraussetzungen für Kinder- und Jugendhilfe sowie Chancengleichheitsgesetz für den Leitfaden Neurodeeskalation, Traumapädagogik und „neue Autorität“ (eigene Darstellung).....	80

Daten

Kategorie	Ankerbeispiel	Paraphrase
Am häufigsten genannte Inhalte der „neue Autorität“		
Haltung		
IP8	„Also dieses Bewusstsein zu schaffen, dass wir dadurch Orientierung geben, Klarheit schaffen, Sicherheit vermitteln und nicht wie viele glauben, dann fallen die Kinder komplett oder Jugendlichen aus der Beziehung oder auch die Erwachsenen.“ „Aber das schaffe ich dann, wenn ich wirklich die Beziehung zu der Person aufrechterhalte und gleichzeitig dieses Widersands-, diesen Widerstand bin, was das Verhalten betrifft.“	Die Grundhaltung ist das entscheidende. Die Beziehung muss gehalten werden und der Widerstand muss gegen das Verhalten der Person gerichtet sein.
IP3	„Und wir haben geschaut, dass wir da auch viele Momente schaffen, wo eine unbelastete Beziehung stattfindet. Der Drogenkonsum hat sich trotzdem nicht verändert.“ „Wir haben ihm da auch mitgeteilt, dass wir diese Verantwortung spüren für ihn, dass er in einer betreuten Einrichtung ist, dass er selber gewählt hat, dass er zu uns zieht.“ „Und dass wir auch jetzt Verantwortung für ihn spüren und das wir das nicht zulassen können, dass er sein Leben so weiter verbringt, ...“ „... also die Botschaft war immer, wir, du bist als Mensch für uns ok, das was du machst, das ist nicht ok.“	Es wurde versucht Beziehung zu bieten, es wurde aber auch klar vermittelt, dass der Klient in einer Einrichtung lebt und die BetreuerInnen deswegen Verantwortung verspüren ihm gegenüber, weniger wegen seinerseits. Der Klient wird als Mensch als „ok“ gewertet, sein Verhalten als nicht „ok“, das wird als Geste der Wertschätzung gedeutet von Seiten der BetreuerInnen. Es wurde dann eine Protesthaltung eingenommen und klar signalisiert, dass sich die BetreuerInnen nicht beschimpfen lassen und eine Wiedergutmachung verlangen. Es wurde auch Betroffenheit in der Haltung signalisiert, damit sollte gezeigt werden, dass eine Wiedergutmachung angebracht wäre und dass das Verhalten nicht wiederholt werden soll - es wird als Chance bezeichnet um keine Wiederholung passieren zu lassen.
IP9	„Also wir wollten ihn da jetzt nicht irgendwie bloßstellen oder so, sondern klar, nein, wir schauen uns das einfach an.“	Es wird gemeinsam signalisiert, nicht kontrolliert von jenen die eine Beziehung zu dem Klienten hatten. Die Grundhaltung ist das wichtigste auch bei Konflikten.

		Um in Kontakt bleiben zu können muss man die Person vom Verhalten trennen. Das müssen alle Helfer machen, es zeigt eine klare gemeinsame Haltung.
IP10	<p>„Wir lernen jedenfalls einmal, unsere eigene Haltung zu überdenken, weil sie sind nicht grundlos bei uns.“</p> <p>„Das ist einmal ganz stark abhängig, wer verkörpert die Inhalte der neuen Autorität und wie steht derjenige dazu. Neue Autorität kann man genauso missbrauchen, kann man zerplücken in der Luft und kann man sich denken, was ist das für ein Blödsinn. Also das ist sehr, sehr abhängig von der eigenen Haltung, wie ich dazu stehe und wie ich es anwende das Werkzeug.“</p> <p>„Also neue Autorität ist eine Haltung schlussendlich und man kann jedes Thema damit, mit dieser Brille betrachten oder eben nicht.“</p> <p>„Und das finde ich eigentlich einen geerdeten, einen guten Zugang und eine gute Möglichkeit, beim Gegenüber anzudocken.“</p>	<p>Das Verhalten das KlientInnen zeigen ist erlernt, hat einen Zweck, das regt das Überdenken der eigenen Haltung der BetreuerInnen an.</p> <p>Für die Anwendung von neuer Autorität muss man sich reflektieren und sich seiner eigenen Haltung bewusst sein.</p> <p>Der Hausverstand soll einem zeigen, dass die beste Herangehensweise das trennen des Verhaltens von der Person ist. Beim Thema Sucht jedoch gibt es keine Erfahrungsberichte dazu.</p> <p>Es soll klar übermittelt werden, dass das Thema Sucht aufgegriffen wird bei KlientInnen, es muss zum Schutz für die KlientInnen bearbeitet werden und dies auch transparent besprochen werden.</p> <p>Diese Trennung gibt die Chance aus Machtkämpfen auszuweisen und eine Beziehungsbasis zu schaffen.</p>
IP5		Das ganze Team braucht dieselbe Grundhaltung der neuen Autorität, dann kann es funktionieren.
IP13	„Nur weil man ein paar Artikel und das Buch gelesen hat, hat man die Haltung anscheinend nicht verstanden. Man kann das sehr penetrant auslegen, durch das Sit-In.“	Es wird kritisch gesehen, wenn neue Autorität ohne klares Konzept in einer Einrichtung implementiert wird. Die Haltung wird missinterpretiert und es kann eine Machtdynamik entstehen, es gibt aber hierfür klar definierte Organe die das machen dürfen, das ist die Psychiatrie und die Polizei.
Präsenz		
IP8		Es wurden Plätze aufgesucht wo die Jugendlichen konsumierten, das Netzwerk zeigte Präsenz in der Lebenswelt.
IP12	„Aber wenn die Person beeinträchtigt heimgekommen ist, da muss man einen Außencheck machen, ob sich die Person womöglich nicht überdosiert hat, wo wir	Die Präsenz wurde im Sinne der Kontrolle erhöht. Auch wurden Zimmerkontrollen durchgeführt nach einem Ankündigungsschreiben, um mehr Präsenz zu zeigen. Als Intervention gegen das Verhalten, gegen den Drogenkonsum.

	<p>regelmäßig eine Kontrolle machen wie es der Person geht und da die Präsenz erhöhen.“</p> <p>„Da haben wir sie in Sinne der Präsenz abgeholt, wir haben die Präsenz ganz gut in den Fokus stellen können wo es uns möglich war. Das hat gut funktioniert.“</p>	<p>Die Präsenz ist aber nicht nur Kontrolle sondern auch ein Angebot zur Veränderung, eine Hilfestellung.</p> <p>Es wird die Kontrolle nicht als Strafe gesehen, die Eigenverantwortung bleibt trotzdem bei der Person.</p>
IP4		<p>Präsenz muss nicht nur in der WG passieren, sollte das Setting der WG nicht passend sein für konsumierende Jugendliche, dann kann auch außerhalb der Einrichtung betreut werden und somit Präsenz gezeigt werden.</p> <p>Es wird auch Präsenz gezeigt in dem bei einem Verdacht die Taschen kontrolliert werden. Es wird Beharrlichkeit gezeigt.</p>
IP5	„Wir sorgen auch für Präsenz im Zimmer, wenn wir das Gefühl haben, dass er Drogen reinbringt.“	Es wird bei einem Verdacht auf illegale Substanzen das Zimmer kontrolliert, dies wird als Präsenz betitelt. Es wird im besten Fall mit den Betroffenen gemacht.
IP6	„Eine Jugendliche ist Anfang der Woche bewusstlos bei der Bushaltestelle gelegen, weil sie zu viel genommen hat und war dann im Krankenhaus. Die große Sorge ist, dass die Zimmertür aufgemacht wird und sie liegt tot im Bett. Taschenkontrolle und Zimmerkontrolle ist eine klare Botschaft.“	Durch die Kontrolle von Taschen und Zimmer übermittelt man das Signal, dass die Drogen nicht erwünscht sind, dass der Konsum Sorge bereitet und es nicht akzeptabel ist, dass Drogen konsumiert werden.
Ankündigungsschreiben		
IP2		Das Ankündigungsschreiben wurde im Gruppensetting verwendet. Es hat dazu geführt, dass das Thema Drogen transparent besprochen wurde und gemeinsam mit den KlientInnen neue Regeln festgehalten wurden beziehungsweise alte Regeln adaptiert wurden.
IP12		Ein Ankündigungsschreiben wurde bereits einmal angewendet, mit wenig Erfolg. Es wurde in einer abgeänderten Form angewendet.
Körbe		
IP6		Ein Tool der neuen Autorität das funktioniert, ist wenn eine gemeinsame Grenze definiert werden kann im Team. Was für ein Verhalten kommt in den roten Korb und welche Schritte werden gesetzt.
IP2		Bei Suchtproblematik wurde das Körbmodell noch nicht angewendet.

IP8		Das Körbmodell ist ein ganz wichtiges zentrales Tool im Coaching von Teams. Weniger aber werden Sit-Ins verwendet.
Netzwerk		
IP8	<p>„Um zu reflektieren, um wieder in die Kraft zu kommen, um sich einmal ein bisschen rausnehmen zu können, um einen Abstand zu kriegen, genau.“</p> <p>„Um das geht es nicht, es geht um das Bewusstsein schaffen und es geht um die Handlungsfähigkeit, in der wir bleiben können, in dem wir einfach solche Schritte setzen.“</p>	<p>Das wichtige ist bei der Netzwerkarbeit ein gemeinsames Ziel zu definieren und zu verfolgen.</p> <p>Das entscheidende am Netzwerk ist das Gefühl nicht alleine zu sein.</p> <p>Wenn es um Sorge geht, kann der Unterstützerkreis auch weit gedacht werden, Freude aus der Szene können hier auch miteingebunden werden, wenn es zum Beispiel um den Aufenthaltsort und den Gesundheitszustand geht.</p> <p>Auch der Unterstützerkreis ist ein Netzwerk in dem der Fall gemeinsam besprochen werden kann und Ideen für Lösungsansätze definiert werden können.</p> <p>Die Netzwerkarbeit hat Außenwirkung, das Netzwerk kann groß gedacht werden. Der Bürgermeister könnte involviert werden bei örtlichen Gegebenheiten, der Geschäftsführer eines Lokals kann miteingebunden werden, - das wichtigste ist, dass man handlungsfähig bleibt.</p> <p>Externe Unterstützung zu holen ist ein Muss, egal ob Angehörige oder BetreuerInnen, sie sind emotional involviert im Fall. Es vermittelt auch den KlientInnen die Botschaft, „wir tun etwas gegen dein Verhalten“.</p> <p>Das Netzwerk sucht ein gemeinsames Ziel und setzt gemeinsame Schritte.</p> <p>Das Netzwerk unterstützt sich gegenseitig beim Dranbleiben, denn mit einer Intervention ist es nicht getan.</p>
IP6	„Ja bei konsumierenden Jugendlichen ist das alleine nicht zu stemmen. Da braucht es zumindest schon Eltern, die die Einrichtung unterstützen.“	Je mehr Unterstützung es gibt umso hilfreicher, ein Hindernis für das Netzwerk kann aber Scham sein zum Beispiel bei Eltern.
IP11	„Dieses Element halte ich für wesentlich und da kann ich auch erzählen, dass ich wir erst unlängst ein Vernetzungstreffen mit der behandelnden Psychiatrie hatten, wo wir klargestellt haben, dass wir glauben, wenn wir als	Die Netzwerkarbeit ist einer der wichtigsten Faktoren in unserer Arbeit. Das Netzwerk ist dann ein gutes Netzwerk, wenn die gleiche Botschaft vermittelt wird.

	<p>ganzes Helfersystem nicht dieselbe Botschaft vertreten und unsere gemeinsame Autorität nicht nützen, dann wird das nicht funktionieren.“</p>	
IP10	<p>„Aber wenn er für ihn wichtig war aus irgendeinem Grund, dann war er wichtig. Dann müssen wir uns anschauen, ja, welche Inhalte haben sie gemeinsam geteilt, passen die noch oder welche Verhaltensweisen.“</p>	<p>KlientInnen kommen manchmal von der Straße in Einrichtungen, dann ist das erste Netzwerk das unterstützt das gesamte Team. In weiterer Folge kann recherchiert werden mit Erlaubnis wo noch versteckte oder vergessene Ressourcen sind.</p> <p>Das Netzwerk wird auch für das Ankündigungsschreiben genützt, so ist nicht jemand alleine der gegen das Verhalten ist und alle vermitteln dieselbe Botschaft.</p>
IP4		<p>Bei Abgängigkeiten wird das Netzwerk genützt, bis hin zur Polizei.</p>
IP9		<p>Netzwerkarbeit ist eine Haltung, ist jemand verschwunden, dann nimmt man Kontakt mit dem Umfeld auf, es signalisiert die Sorge.</p> <p>In der Kinder- und Jugendhilfe kann das Netzwerk zwischen SozialarbeiterInnen und BetreuerInnen sein, auch ohne Eltern.</p> <p>Der Helferkreis hat eine klare Position, eine gemeinsame Haltung.</p>
IP5		<p>Es gibt Situationen da kontaktieren wir aus Sorgen das Umfeld, ohne Rücksicht auf Zustimmung der KlientInnen und suchen die KlientInnen dann auch dort auf, wenn sich herausstellt, dass eine massive Beeinträchtigung vorliegt.</p>
IP2	<p>„Also ja, kann man grundsätzlich schon sagen, dass wir so mit den wichtigsten Personen in seinem Leben relativ gut vernetzt sind.“</p>	<p>Es wird Netzwerkarbeit auch so gelebt, dass dem Netzwerk Inputs für den Umgang mit den KlientInnen gegeben wird.</p>
IP1	<p>„Wenn man sagt, ein schizophrene Erkrankter, der tut sich ja eh schon schwer mit seiner Gesellschaft und dann drücke ich ihm acht Personen, die ihm zur Seite stehen sollen, noch auf.“</p>	<p>Ein Netzwerk kann auch überfordern und soll bedacht involviert werden.</p>
Transparenz		
IP8	<p>„Also die Transparenz ist total wichtig in meinen Augen. Dass die Jugendlichen genau wissen, da gibt es jetzt eine Gruppe sozusagen, die sich damit beschäftigt. Und natürlich ist es dann, geht es</p>	<p>Mit einer gemeinsamen klaren Haltung gegen das Verhalten einer Person wird gemeinsam im Netzwerk vorgegangen, wichtig dabei ist, dass es transparent gehalten wird, was genau getan wird. Transparent wurde das gemacht, dass es hier nun ein Netzwerk gibt und dass das Netzwerk Interventionen setzen wird gegen das Verhalten.</p>

	auch darum, sozusagen den Widerstand zu leisten gegen das Verhalten und nicht gegen die Person an sich.“	
IP2		In manchen Bereichen wie zum Beispiel Arbeitsetting entscheiden die Jugendlichen selbst was sie transparent machen wollen und was nicht.
IP10		Transparenz dient zur Nachvollziehbarkeit. So weiß jede Ebene des Netzwerks warum was wie getan wird.
IP5		Es muss bei der Netzwerkarbeit transparent gearbeitet werden, das schafft Klarheit für alle. Es wissen die KlientInnen von Anfang an, dass dies so gehandhabt wird.
IP3	„Wir wissen Bescheid, wir arbeiten daran, wir beschäftigen uns damit, wenn wer Drogen konsumiert, dann ist uns das nicht egal.“	Es wird auch die BewohnerInnengruppe als Netzwerk genutzt, es wird transparent gemacht, wie die Haltung zum Thema Drogenkonsum ist und gegebenenfalls wird auch mitgeteilt welche Schritte unternommen gesetzt werden und aus welchem Grund.
<p>Angepasste oder veränderte „neue Autorität“</p> <p>Es zeigt sich, dass einige Teams zwar „neue Autorität“ anwenden aber nur Teile davon und/oder in abgeänderter Form.</p> <p>Teilanwendung der „neuen Autorität“</p>		
IP9	„Also es ist jetzt nicht so, dass wir jetzt speziell mit dem Konzept arbeiten, aber es ist mir vertraut und es gibt einige Grundhaltungen, finde ich, die gut anwendbar sind.“	Es wurde „neue Autorität“ nicht detailliert in die Arbeit implementiert, es wird der Teil der Grundhaltung für passend im Wohnsetting empfunden. Das in Kontakt bleiben und Beziehung bieten wird als das wichtigste der „neuen Autorität“ gewertet.
IP1		Es werden die Körbe der „neuen Autorität“ abgewandelt angewendet. Es wird gemeinsam mit den KlientInnen reflektiert welche Fähigkeiten bereits vorhanden sind und genutzt werden können und welche noch mangelhaft sind.
IP5	„Wir haben den Ressourcenkorb, aber wir nennen es nicht so, wir sagen, was sind die Stärken, was können wir da machen und was ist der erste Punkt, den wir behandeln müssen.“	Es werden nicht dezidiert die Körbe verwendet aber in Anlehnung wird das Positive und Negative eruiert.
IP11	„Ich würde schon sagen, dass wir mit dem Konzept der „neuen Autorität“ einerseits arbeiten und trotzdem diese Selbstverantwortung miteinbeziehen.“ „Diese neue Autorität ist für mich sehr stark mit Nähe und Überschreiten der Wohlfühlzone verbunden.“	<p>„Neue Autorität“ übernimmt viel Verantwortung und die Selbstverantwortung wird weniger beachtet. Es wird hier versucht eine Balance zwischen Recovery Konzept und dem Konzept der „neuen Autorität“ zu finden. Einerseits Beziehung geben aber auch Selbstverantwortung für das eigene Tun übernehmen.</p> <p>Es werden aus verschiedensten Konzepten diverse Tools in den Teams gelehrt, es ist ein laufender Prozess die The-</p>

	„Wir versuchen stets unsere ganze Individualpädagogik und soziale Arbeit an diesen Polen auszurichten.“	orie in die Praxis zu implementieren. Wichtig in dieser Einrichtung ist die Balance zwischen Eigenverantwortung, Empowerment, Hilfe zur Selbsthilfe, Wachstumshilfen, Präsensts und Nähe.
IP3 IP12		Es werden Tools der „neuen Autorität“ angewendet, ganz individuell und nach Bedarf, auch wird es nicht immer gleich benannt wie in der „neuen Autorität“ Es wurde ein Ankündigungsschreiben übergeben, nicht in der Form wie es die „neue Autorität“ vorsieht. Das wurde von der Klientin nicht gut ausgehalten, Einzelgespräche wiederum mit den BezugsbetreuerInnen waren erfolgreicher, die Beziehung wurde so mehr gestärkt.
IP9		Es wird nicht explizit mit dem Konzept der „neuen Autorität“ gearbeitet. Nicht jedes Teammitglied hat eine Weiterbildung zu diesem Konzept, vereinzelt haben sich Teammitglieder damit auseinandergesetzt, jetzt arbeiten sie mit der gemeinsamen Grundhaltung der „neuen Autorität“
Konzeptverknüpfungen		
Bindungsgeleitete „neue Autorität“		
IP2		Es wird eine Schulung zur „neuen Autorität“ angeboten in Kombination mit Bindung. In dieser bindungsgeleiteten „neuen Autorität“ wird weniger mit Druck gearbeitet, mehr liegt der Fokus auf der Beziehung, es wird Unterstützung geboten.
IP7	„Bei uns gibt es die verpflichtende Ausbildung zum Sozialtherapeuten.“ „Das ist so die Verknüpfungs- Bindungstherapie mit neuer Autorität.“ „Das heißt von der psychologischen Theorie der Bindung in Kombination mit der neuen Autorität ist für mich die Verbindung das Hauptbeispiel, da sich eine Wiedergutmachung von einem Kind oder Jugendlichen, der dissoziiert, ein Zimmer zerlegt hat nicht verwenden kann. Also, dass ich diese Konzepte einfach zusammenführe. Dadurch ist es automatisiert, dass unsere Herangehensweise an Suchtmittelkonsum wie bei allen anderen Grenzüberschreitungen auf Basis von Bindungstheorie und neuer Autorität gewährleistet ist.“	Es gibt in diesem Unternehmen eine Ausbildung zum Sozialtherapeuten, diese beinhaltet eine Zusammenfügung des Konzeptes der Bindungstheorie und des Konzeptes der „neuen Autorität“. Darin wird Rücksicht genommen auf verschiedene Bindungsstörungen, denn durch diese Störungen ist manch Verhalten mehr Symptom als Verhalten und hier kann „neue Autorität“ nicht greifen.
Traumakonzepte und „neue Autorität“		

IP11	„Was ich teilweise noch viel wichtiger finde, ist das Credo, dass auch problematisches Verhalten individuell sinnvoll ist.“	Nicht nur die Haltung der „neuen Autorität“ im Sinne der Abspaltung des Verhaltens von der Person wird als relevant empfunden, sondern auch die Haltung der Trampädogik, wo „die Annahme des guten Grundes“ im Fokus steht. Jedes Verhalten hat einen Grund, nur ist nicht jedes Verhalten in unserer sozialen Gesellschaft angemessen.
IP7	<p>„Oder gibt es im Hintergrund, da kommt wieder unsere theoretische Herangehensweise ins Spiel, gibt es ein bekanntes Trauma Erlebnis oder ein bekanntes Bindungsdefizit Entwicklung und ist deswegen dann ein Suchtmittelkonsum mit mehr Aufmerksamkeit zu betrachten, weil das potentielle Risiko eines problematischen Verlaufs, Richtung Problemkonsum oder sogar Abhängigkeit massiv steigt.“</p> <p>„Genau und das ist dann auch wieder individuell. Sicher bis wohin? Aber die Polizei macht es ja nicht sicherer, wenn ich wegen Suchtmittel die Polizei hole.“</p>	<p>Jugendliche oder junge Erwachsene sind mehr gefährdet Suchtmittel zu missbrauchen, wenn sie eine Traumatisierung erlebt haben oder Bindungsstörungen zeigen. Hier müssen BetreuerInnen genauer die Gefahr beobachten und den Fokus der Betreuung hinlegen.</p> <p>Die Einrichtung soll ein sicherer Ort für alle sein, die Polizei alleine macht den Ort nicht sicherer, nur weil sie KonsumentInnen anzeigt.</p>
Individualität		
IP13	„Es gibt schon strukturell vorgegebenen Fällen. Eine solche war in Heimen früher, du bist zuerst in der Kindergruppe und dann in der Lehrlingsgruppe. Diese Zwangsbruchstelle. Das habe ich immer hinterfragt, aber das stand im Konzept. Oder umgekehrt, wenn der schon viel weiter war, dann hat er noch ein Jahr warten müssen. Ein Jahr mit 13 ist deutlich länger. Wenn jemand zwischen 14 und 15 eine Freundin gehabt hat, dann war das Intensivqualität, so wie man fünf Jahre verheiratet ist. Das geht halt nicht, da braucht es andere Perspektiven, ein anderes Umfeld.“	Es muss auf die Individualität jedes und jeder Einzelnen geachtet werden. Gerade im Transitionsprozess erleben KlientInnen Begegnungen viel intensiver als später im Erwachsenenleben.

	„Die haben eine halbe Stunde über die Drogen geredet, da haben wir alle Pause gehabt. Ich habe nur so geschaut, was so abgeht zwischen den zwei. Er erklärt ihm die Substanz, die er nimmt, weil er selber recherchiert hat. Das ist faszinierend. Er hat mit ihm länger geredet als wie mit mir in den letzten drei Jahren, da hat er sich wirklich ernst genommen gefühlt, nämlich auch fachlich.“	Es wurde zu einem Fall, bei dem ein Jugendlicher der substituiert war und Beikonsum betrieb, der Landesdrogenkoordinator hinzugezogen, der konnte einen fachliche Diskurs mit dem Jugendlichen führen, so dass der Jugendliche mehr ins Gespräch kam als je zuvor mit seinen BetreuerInnen.
IP4	„Das hat man bis zu einem gewissen Grad toleriert anhand ihrer Persönlichkeit und ihrer Vorgeschichte und den ganzen individuellen Dingen. Bei jemand anderem würden wir es nicht so tolerieren.“	Es wird individuell auf Drogenkonsum reagiert, dies ist abhängig von der Persönlichkeit und der erlebten Vorgeschichten der KlientInnen.
IP7	„Nein das ist individuell. Weil natürlich zu unterscheiden ist welche Konsumform, also welche Art des Konsums wir antreffen, ist es ganz normale Entwicklungspsychologisch fast vorgesehene Probierkonsum, Grenzüberschreitungskonsum, Suchtmittelkonsum als Entwicklungsaufgabe.“	Es wird individuell auf die Jugendlichen oder jungen Erwachsenen eingegangen, es wird genau beobachtet welcher Konsum vorliegt, ist es Probierkonsum oder schon eine Abhängigkeit. Daher gibt es keine Leitfäden, es wird individuell besprochen welche Interventionen oder Tools angewendet werden.
IP11	„Jeder darf untergehen, wenn man erwachsen ist.“	Erwachsene entscheiden für sich selbst und dürfen sich auch für einen Untergang entscheiden.
Beziehung und Bindung		
IP2		Es wird vor allem Bindungsgeleitet gearbeitet mit dem konsumierenden Jugendlichen, der einen Mischkonsum betreibt. Es fließen nur immer wieder Teile der „neuen Autorität“ mit ein.
IP12	„Das war wahrscheinlich auch der Fehler mit dem ersten Herrn, da hat es noch keine Beziehung gegeben, Die „neue Autorität“ funktioniert nicht, wenn die Beziehung nicht da ist.“ „Bei dem Mädchen hat es eine Beziehung gegeben. Die hat gewusst, dass wir stabil da sind und dann kann man das Konzept anwenden.“	Es muss erst eine traghafte Beziehung aufgebaut sein, um „neue Autorität“ anwenden zu können. Dies wird in der Literatur zu wenig benannt, daher haben auch manche ExpertInnen einen kritischen Blick auf das Konzept der „neuen Autorität“. Es braucht eine gute Beziehung um auch individuell auf die KlientInnen eingehen zu können, sonst werden interven-

	<p>„Wenn irgendjemand sagt, dass das nicht fair ist, dann erkläre ich ihnen, dass das Leben nicht fair ist und dass nicht jeder das Gleiche braucht. Es kann nie gleich sein, weil die Personen nicht gleich sind. Das funktioniert schon.“</p>	<p>tionen als nicht „fair“ empfunden, mit einer guten Beziehung, kann der Hintergrund der Intervention besser erklärt werden und passiert weniger Widerstand.</p>
IP6	<p>„Und wie schaut unsere Beziehungsarbeit aus, das ist ehrlicherweise in Teambesprechungen kaum ein Thema, es geht eher darum, die Arbeit ist schwierig, weil die Kids schwierig sind und da sind wir total schnell wieder beim Widerstand.“</p> <p>„Also Beziehungsarbeit ist etwas, wo ich Laufe der Zeit draufgekommen bin, denn wenn man sich zu viel auf den Widerstand fokussiert und zu wenig auf der Beziehungsarbeit ist, dann ist das schwierig.“</p> <p>Ich sehe das nicht so, dass Beziehungsarbeit immer lang dauert. Es hat viel mit Transparenz zu tun. Je offener und ehrlicher und authentischer bin, desto früher funktioniert eine Beziehung.“</p>	<p>Es wird mehr über die Probleme und Schwierigkeiten der KlientInnen in Teambesprechungen diskutiert besser wäre genauer die Beziehungsarbeit zu reflektieren.</p> <p>Es wird oft der Fokus auf den Widerstand gelegt und die Beziehung verliert man aus den Augen. Das kann die Arbeit mit den KlientInnen behindern.</p> <p>Beziehung kann schnell aufgebaut werden aber kann auch eine Weile dauern, hilfreich ist ein transparenter Umgang, das kann die Beziehungsarbeit vorantreiben.</p>
IP13	<p>„Bindung ist wichtig, Wachstum ist wichtig, es ist wichtig Flügel zu bekommen. Es geht um uns, es geht darum, es zu ermöglichen. Das ist bei unseren Kindern und Jugendlichen auch so, Sie haben oft Bindungsstörungen und haben mit Freunden schlechte Erfahrungen gemacht. Wir haben eine besondere Sorge, Care-Arbeit. Da müssen wir uns immer wieder selber reflektieren und selber zuschauen.“</p>	<p>ExpertInnen müssen sich in ihrem Tun immer wieder reflektieren, die KlientInnen leben mit Bindungsstörungen, diese müssen mit Rücksicht behandelt werden.</p>
IP3	<p>„Wir haben versucht, ihn in eine Kooperation zu bringen, dass wir diesen Cannabiskonsum thematisieren, dass wir überlegen, was für Gefühle stehen dahinter, was für,</p>	<p>Es wurden Gespräch geboten, Beziehung geboten, doch mit dem Fokus auf den Konsum, keine neutralen Gespräche, keine neutrale Beziehung.</p>

	<p>wie geht er mit Frustrationserleben um. Wie könne er anders damit umgehen. Wir haben versucht, damit in eine konstruktive Arbeit zu kommen. Das war teilweise, das war eigentlich nicht erfolgreich, muss man sagen, ganz ehrlich.“</p>	
IP1	<p>„Das tragende Element ist einfach trotzdem die Beziehung.“</p>	<p>„Neue Autorität“ ist auf Beziehung aufgebaut und kann auch nur dann angewendet werden, wenn die Beziehung ausreichend ist.</p> <p>Bei einem Rückfall werden KlientInnen nicht sofort rausgeworfen aus der Einrichtung, sie bekommen eine weitere Chance, die Beziehung wird dadurch gestärkt. Auch werden keine weiteren Kontrollen im Zimmer durchgeführt, es wird auf die Eigenverantwortung hingewiesen und vertraut.</p>
IP5	<p>„Ich glaube, dass es auch individuell ist. Manche Jugendliche sind beziehungswillig und docken schnell an. Nach einem Monat geht das nicht, aber vielleicht nach drei Monaten.“</p>	<p>Ein Beziehungsaufbau dauert in einer Wohngemeinschaft länger und ist sehr individuell, kann aber bei jedem nach unterschiedlicher Dauer gelingen.</p>
IP8	<p>„Und gleichzeitig eben die Beziehung zu halten, das ist das Entscheidende. Weil sonst driften sie weg, sonst verstecken sie sich noch mehr, also sonst passiert das noch mehr im Verborgenen. Dass man wirklich diesen Widerstand nur auf dieses Verhalten reduziert. Und die anderen Situationen, die Familiensituationen oder auch in der Wohnsituation, den Jugendlichen dann nicht ausschließen von diesen Dingen, die die ganze Gruppe jetzt betrifft. Also diese Bestrafung sozusagen hat dort überhaupt keinen Platz.“</p>	<p>Die Beziehung muss trotz Interventionen gegen das Verhalten gestärkt werden und beibehalten werden. Es besteht sonst die Gefahr des Rückzugs und der Verheimlichung.</p>
IP4	<p>„Wir haben sie halt wöchentlich besucht. Wir haben sie mit Essen und Hygieneartikeln versorgt. Durch die Präsenz haben wir es geschafft, dass auch wenn sie abgänglich war, telefonisch viel Kontakt mit ihr war. Sie hat sich auch an uns gewendet.“</p>	<p>Erst wurden die Rahmenbedingungen geändert, für die Klientin wurde eine Wohnung gefunden, denn die WG war nicht der geeignete Wohnplatz für sie. Durch Präsenz konnte Beziehung aufgebaut werden.</p> <p>Das Konzept wurde verändert, die Klientin konnte aufsuchend begleitet werden, was sich positiv auf die Beziehung</p>

		auswirkte, Aktivitätsangebote wurden angenommen. Ein niederschwelliger Zugang war hier der gelingende Weg.
	„Die wollte nicht, dass die Mutter weiß, dass sie harte Drogen konsumiert. Aber nicht, weil die Mutter ihr Geld gibt, sondern wie sie sich schämt.“	Die Transparenz der „neuen Autorität“ soll gut durchdacht angewendet werden, denn sonst kann hier die Grenze der Beziehung sein, die aber für eine gelungene „neue Autorität“ nötig ist. Es kann sonst Scham entstehen, die wiederum ist keine gute Basis für eine tragfähige Beziehung zu den KlientInnen.
IP6	„Man ist so beschäftigt damit, Punkte abzuarbeiten und ist zu wenig bei der Person.“	Organisatorische Aufgaben behindern die Beziehungsarbeit. Dies wird als lähmend empfunden, der Fokus liegt nicht bei der Person die positive Beziehungserfahrungen machen soll, sondern mehr auf der Leistung wie Schule, Aufgaben, etc. Hier kommen BetreuerInnen schnell an eine funktionale Grenze und „neue Autorität“ kann nicht gelebt werden, da keine Energie übrig ist.
Erfolg und Ziele		
allgemeine Ziele und Erfolge in der Betreuung		
IP13	<p>„Ich kenne einen unglaublich lieben Sozialpädagogen ungefähr in meinem Alter, der sagt, ich habe ein Gespräch in der Früh und für den heutigen Tag habe ich mir vorgenommen, dass ich die Leute mag. Alles andere nicht, heute verteile ich nur Liebe, heute mache ich sonst nichts. Morgen macht er was anderes, aber heute hat er sich das vorgenommen. Bei aller Schwere muss es geschafft werden, dass mindestens einmal gelacht wird.“</p> <p>„Der Fluss wird immer reißender sein. Wichtig ist, dass man sagt, ihr dürft reingehen, ihr schafft das. Also das man das aufbringt.“</p>	<p>Die KlientInnen haben viel erlebt und brauchen auch mal Begegnungen der Leichtigkeit, mit Humor und keine Dramatik. Das soll auch ein Ziel in der Betreuung sein.</p> <p>Das Ziel ist den KlientInnen Fertigkeiten beizubringen um mit den Höhen und Tiefen des Lebenswegs umgehen zu können.</p>
IP6	„Ja und auch mit einem Zeitrahmen, der oft da ist. Das Ziel ist ganz oft zu hochgesteckt. Oft ist das Ziel, dass sie regelmäßig in die WG kommen und zu Abend essen mit uns. Oder dass sie sagen, ich nehme die Drogen nicht	Ziele sind zu hochgesteckt in manchen Wohneinrichtungen, noch dazu kommt ein enger zeitlicher Rahmen in dem Veränderungen angestoßen werden könnten. Ziele müssen in kleinen Schritten gesetzt werden, dann ist der Erfolg leichter sichtbar.

	mit in die WG, sondern verstecke sie draußen in der Ecke. Das wäre schon mal ein gutes Ziel.“	
IP12	„Man muss natürlich schon sagen, zum Schluss ist es wieder schlechter geworden. Sie hat aber zumindest ein dreiviertel Jahr bis zu einem Jahr eine Phase bei uns gehabt, wo es besser war und wo wir ein Anker waren. Das war ganz wichtig. Suizidale Gedanken sind ganz stark aufgekomen, da haben wir sie eine Zeit lang gut begleiten können, dass diese Gedanken in Distanz gegangen sind.“	Ein Ziel der Betreuung kann auch sein, dass KlientInnen die Erfahrung machen - eine stabile Phase zu erleben, mit weniger Konsum und weniger Suizidalität.
IP11	„Bei einem Klienten war es so, dass fast täglich die Polizei da war. Der wohnt jetzt alleine in der Wohnung. Da muss man auch einmal hinkommen als Einrichtung. Wir kennen ja das Phänomen, das wir den fertigen Tisch nicht sehen, den wir bauen. Da sind wir jetzt hingekommen nach eineinhalb Jahren. Drei Viertel der Auszüge waren sehr erfolgreich, auch unser Zeil erfüllt so viele Kompetenzen aufzubauen, auch eigene Wohnung und so. wir sind sehr stolz und dadurch kommt man auch in einen Flow.“	Sich im Laufe der Jahre Entwickeln, neues Bauen und evaluieren sowie Vorhandenes nützen, ist das Ziel dieser Einrichtung. Sie denken bei Problemen weniger an Abbrüche, mehr an Möglichkeiten, das lässt sie motivierter bleiben.
IP7	„Ja ja immer extrem Transparent. Also komplett.“ „Aber wenn einem nichts mehr anderes über bleibt, dann muss man das der Behörde sagen, die das dann bewilligen muss.“ „Und ob man nicht noch etwas anderes probieren kann. Und das ist ja auch gut, weil man vielleicht an etwas noch nicht gedacht hat. Und dann probiert man das und das noch. Wenn das alles aber keine Änderung bewirkt, dann ist das eigentlich immer ok.“	Passende Rahmenbedingungen lassen sich durch Transparenz und Expertenmeinungen der Geldgeber gestalten.

„neuen Autorität“ und Ziele		
IP8	„Da ist es auch darum gegangen, dass sozusagen bei uns im Haus Drogen waren. Und das war in erster Linie das, was wir nicht wollten.“	Das Ziel war, dass die Drogen nicht mehr im Haus gelagert wurden.
IP10	„Und wenn man etwas verändern will, kann man es grundsätzlich verändern, man muss was tun dafür. Dieses Ausmaß der Veränderung ist weit halt dann nicht so groß, wie man es sich erhofft hat. Ja ok. Aber dann kann ich ja weiter arbeiten daran. Diese Selbstwirksamkeit darf auf keinen Fall verloren gehen. Die Botschaft, du schaffst das, ist enorm wichtig.“	„Neue Autorität“ bietet eine Veränderungschance, sie ersetzt aber nicht die Selbstwirksamkeit.
IP10	„Ja also in der neuen Autorität gesprochen und das ist für mich insofern sehr wichtig, weil es einerseits herauszuarbeiten gibt, was will der Klient für Veränderung, was will das System für eine Veränderung. Und in zweiten Schritt muss man schauen, was passt zusammen und was nicht. Und das ist die Aufgabe von demjenigen, der die Bezugsbetreuung macht oder das Konzept der neuen Autorität näherbringt, ist egal. Aber schlussendlich muss da eine Botschaft, eine Formulierung, ein Auftrag, das ist realistisch, an dem können wir arbeiten, weil das will ihr Sohn, ihre Tochter und das will er halt nicht.“ „Und da darf man keine Luftschlösser bauen. Und ich glaube, wenn das eingehalten wird, sehe ich überhaupt kein Problem mit der neuen Autorität.“	Das Problembewusstsein ist bei den KlientInnen meist noch nicht auf der gleichen Stufe der Eltern und/oder BetreuerInnen. Es muss daher ein gemeinsames Ziel gefunden werden an dem gemeinsam gearbeitet werden kann. Das soll von jemanden der ein Experte der „neuen Autorität“ ist begleitet werden. Dieses gemeinsame Ziel, das formuliert wurde, muss ganz transparent mit dem Netzwerk kommuniziert werden. Dafür braucht es oft eine einfache Sprache, ein Paraphrasieren der Bedürfnisse des Umfelds, denn man muss bedenken, dass zum Beispiel die Eltern die in Sorge um ihr Kind leben.

	<p>„Und das halt dann immer abstrahieren und auf Sprache, die für beide passt und das ist dann unser Bestreben, unser Ziel an dem arbeite ich in unserer Tätigkeit.“</p>	
IP8	<p>„Das man auf keinen Fall, auch egal, ob, glaube ich, Wohnsetting oder privat, dass man nicht versucht, irgendjemanden eine Schuld zu geben, soll das man keine Schuldigen versucht zu finden. Natürlich auch nicht die Betroffenen selbst.</p> <p>Dass man sich Zeit lässt, dass man nicht das Gefühl hat, jetzt vor allem, wenn das vielleicht so das erste Mal aufpoppt, dass man das Gefühl hat, so, jetzt muss ich auf der Stelle was tun.“</p> <p>„Und gleichzeitig, das ist auch ein entscheidender Punkt, gleichzeitig sozusagen den Fokus nicht ausschließlich auf das zu richten, dass sich der Jugendliche oder die Jugendliche verändert, sondern dass wir Erwachsenen und der Handlungsfähigkeit bleiben. Und auch informieren, wir haben dann zum Beispiel einmal so einen gemeinsamen Elternabend beucht zum dem Thema. Die Jugendlichen haben immer wieder einmal Drogen konsumiert, sag ich jetzt einmal, aber es war das Setting ein anderes und es war die Beziehung eine andere und wir haben Erwachsene haben gewusst, wir können einfach was tun. Wir sitzen nicht in einer Ohnmacht und sind da sozusagen völlig hilflos daneben, das ist das Entscheidende.“</p>	<p>„Neue Autorität“ kann dann erfolgreich sein, wenn BetreuerInnen in ihrer Haltung sicher sind, ihre Emotionen kontrollieren und reflektieren können und keine Schuldigen für das Verhalten gesucht werden.</p> <p>Der Erfolg war, dass das Umfeld der konsumierenden Jugendlichen sich nicht mehr Ohnmächtig fühlte, sie informierten sich und bauten die Beziehung zu ihnen wieder auf, auch wenn der Konsum nicht komplett beendet wurde.</p>

	<p>„Dass sie einfach merken, das Thema ist präsent, da gibt es eine gewisse Illegalität dahinter, aber wir üben nicht diesen massiven Druck auf die Person aus sozusagen. Sondern es geht immer darum, dass die Erwachsenen das Gefühl haben, natürlich, wir können was tun und haben schon, sind schon in diesem Widerstand, das ist was, was wir da nicht wollen.“</p>	<p>„Neue Autorität“ ist schon ein Erfolg wenn KlientInnen ohne viel Druck merken, dass Drogenkonsum nicht einfach so toleriert wird, dass sie den Widerstand bei diesem Thema spüren.</p>
IP5		<p>„neue Autorität“ kann ein gutes Werkzeug sein für BetreuerInnen. Es muss aber mit viel Reflexion angewendet werden um erfolgreich zu sein.</p>
IP6	<p>„Ich will nicht sagen, dass alles gut ist, das wäre gelogen. Aber er lebt selbstständig, er hat eine Freundin, er hat zwischendurch immer wieder Jobs gehabt, hat nichts Stabiles. Aber man muss sagen, dass die letzten anderthalb Jahre einfach schwierig waren. Er hat den Führerschein gemacht, das war ein ganz großer Erfolg, das war lange ein Thema, das er lange verweigert hat. Diese Bedrohungen und die körperliche Gewalt gegen die Mama sind sehr schnell weggegangen. Das war überhaupt der erste Schritt, das hat ganz schnell nicht mehr stattgefunden.“</p> <p>„Weil woran messe ich Erfolg? Dass ich es schaffe, dass die Eltern in die Handlungsfähigkeit kommen zum Beispiel. Also es ist immer die Frage woran messen wir Erfolg? Wenn ich nur auf die Jugendlichen schaue, dann ja, da gibt es Diagnosen, wo wir merken, dass aufgrund der Erkrankung keine großen Veränderungen möglich sind. Aber gerade auf Seiten der Eltern schon. Die</p>	<p>Erfolg in der „neuen Autorität“ muss klein betrachtet werden, kleine Schritte sind bereits Erfolge.</p> <p>Manche KlientInnen haben psychische Erkrankungen, die manifestiert sind und nicht veränderbar sind, auch nicht durch das Konzept der „neuen Autorität“. Wer jedoch was verändern kann oder lernen kann ist das Umfeld, hier kann „neue Autorität“ erfolgreich sein.</p>

	müssen ja lernen, mit der Erkrankung umzugehen und bei der Person zu sein. Da würde ich wieder sagen, ja, erfolgreich.“	
IP7	<p>„Man darf in dieser Einrichtung nicht rauchen. Jano na. Das ist ja klar. Aber wir wissen auch, dass es tagtäglich passiert. Und da ist so eine entspannte Herangehensweise in dem Sinne, dass keiner Panik bekommen muss, vor allem die BetreuerInnen.“</p> <p>„Ich muss ja was tun. Ja wir müssen was tun und zwar ganz offen auf den Konsumenten zu gehen und sagen, dass das jetzt nichts wildes und schlimmes ist, aber es kann sein, dass etc.. Hast du das gewusst? Da bin ich wieder sehr individuell unterwegs. Wie alt ist er kognitiv aufgestellt? Wie alt ist er/sie?</p> <p>Hat er das schon verheimlicht und so weiter. Also nicht auf der Kontrollschiene, sondern auf der individuellen Schiene der Unterstützung. Wir begleiten dich da. Und das ist eben im Sinne der neuen Autorität dort auch nicht diskutabel. Also wir werden für dich jetzt da sein. Wir werden mit dir reden.“</p>	„Neue Autorität“ ist gelungen, wenn BetreuerInnen unaufgeregt das Thema Drogen mit KlientInnen aufgreifen können und es zu keiner Konsequenz kommt. Die Konsequenz ist die Präsenz der BetreuerInnen.
IP3	„Und das heißt, die Betreuung ist dann ausgelaufen mit, also es hat schon ein bisschen länger gedauert, aber ist dann ausgelaufen und wir haben zwar in dieser Zeit keine Wirksamkeit von diesen Maßnahmen der neuen Autorität erlebt, aber was auf jeden Fall war, auf der Teamebene war klar, es gibt eine klare Haltung zu dem, wie unsere Verantwortung ist. Und selbst, wenn unsere Handlungen nicht unmittelbar einen Erfolg gehabt haben, war das für das Team	In diesem Fall konnte die Anwendung von „neuer Autorität“ zwar keinen ersichtlichen Erfolg bei dem Klienten ansich bewirken aber es bestärkte das Team bei der Demonstration ihrer Haltung zum Drogenkonsum gegenüber der KlientInnen.

	und für die Mitarbeiter extrem stabilisierend, weil sie gewusst haben, das ist, es geht nicht in erster Linie darum eben, dass wir gewinnen oder dass wir dominieren oder dass wir was durchsetzen, sondern es geht in erster Linie darum, dass wir unsere Haltung demonstrieren und uns in dieser Haltung auch nicht verunsichern lassen.“	
IP3	„Auch wenn die Betreuung nicht den Erfolg gehabt hat, den wir uns gewünscht hätten.“	Es wurde die Haltung der neuen Autorität demonstriert, ohne Erfolg für den Klienten, die Betreuung wurde beendet.
IP8	„Also das ist auch so eine Erfahrung, dass man Zeit rausnimmt, nach dem Grundsatz schmiede das Eisen, wenn es kalt ist, also wenn auch wir Erwachsenen wieder klareren Kopf haben.“	„Schmiede das Eisen, wenn es kalt ist.“ Dieses Motto der „neuen Autorität“ soll auch bei den BetreuerInnen Geltung haben, es soll erst reagiert werden, wenn die Emotionen unter Kontrolle sind.
IP12	„Der erste Herr hat überhaupt nicht funktioniert. Der ist dann nach vier Monaten wieder ausgezogen. In Nachhinein sind wir da stark hineingefahren mit dem Thema und mit den Ankündigungen und so. Da waren wir zeitlich zu dicht. Da haben wir der Person die Möglichkeit genommen, dass sie darauf reagieren kann. Auf der anderen Seite war das Suchtverhalten wirklich schon massiv ausgeprägt. Da sind die Psychosen immer stärker geworden.“	„Neue Autorität“ wurde zeitlich zu dicht angewendet, es wurden in vier Monaten mehrere Ankündigungsschreiben gemacht. Der Klient hatte psychotische Zustände und es ist fraglich ob er überhaupt im Stande war auf diese Maßnahmen zu reagieren.
IP10	„Aber ich stelle da gerne entgegen, dass, angenommen, das Leben vom Erwachsenen ist die Wüste, dann sind wir ein kleiner Sandkorn und wegen unserer Intervention wird nicht gleich die Welt untergehen.“ „Ich glaube, im zwischenmenschlichen Bereich sind wir diesbezüglich gut beraten, wenn wir die eigenen Fehler eingestehen und sagen, hey, ups, tut mir	Wenn „neue Autorität“ angewendet wird und noch wenig Erfahrung vorhanden ist, passiert nicht sofort ein Unglück, wenn eine Intervention nicht positiv verläuft. Viel wichtiger ist das Eingestehen der eigenen Fehler oder Misserfolge und das transparente Kommunizieren zu den KlientInnen. Das zeigt, dass auch BetreuerInnen bereit für Veränderungen sind und bietet Lernen am Modell.

	leid, das war nicht meine Absicht, aber ist halt passiert. Und daraus werden wir lernen und das wirst du auch merken in Zukunft.“	
IP10	„Und wenn man das Gefühl hat, dass das in keine gute Richtung geht, dann ist irgendwo im Prozess was nicht gut gelungen.“	Aus jedem Prozess, der vielleicht nicht so gut gelungen ist, kann ein neuer Erfolg entstehen, dies bedarf aber eine gute Reflexionsfähigkeit.
IP10	„Ja da bin ich jetzt ganz ehrlich, weil ich bin grundsätzlich ein fauler Mensch und ich liebe „neue Autorität“ deswegen, weil es gibt Möglichkeiten, wo du einfach eine Botschaft vermittelst und das ganz kurz und prägnant.“ „Ich brauchte nicht hundert Mal reden und ich brauche nicht tausend Sachen erfinden, ...“	„Neue Autorität“ bietet ein einfaches Werkzeug, das das Gegenüber beim Finden von Lösungsvorschlägen hilft. Bei Kindern und Jugendlichen, sowie auch Erwachsenen kann „neue Autorität“ greifen, wenn ein entwicklungsgehemmtes Verhalten vorliegt. Zu Beginn wurde das Konzept der „neuen Autorität“ sehr kritisch betrachtet, erst nach einer intensiven Selbstreflexion konnte erkannt werden, dass „neue Autorität“ vor allem vorbeugend gegen die Ohnmacht in der Betreuung wirkt.
IP13	„Die übermäßige Zahl von Verbrechen ist von Gehorsamen verübt worden, nicht von Nicht-Gehorsamen, und und und. Er hat wirklich aus dem Vollen geschöpft. Da habe ich mir gedacht, oh, das kenne ich aus meiner systemischen Ausbildung, die ich gemacht habe und das hat mir gut gefallen.“	ExpertInnen mit einer systemischen Ausbildung finden schneller gefallen am Konzept der „neuen Autorität“.
IP12	„Ich habe auf alle Fälle davon profitiert bei der Anwendung an meine Kinder. Stellenweise habe ich das ausprobiert. Da sind schon Ansätze, die sehr gut funktionieren.“	Im privaten Leben wurde vor allem aus der Weiterbildung „neue Autorität“ profitiert. Es konnte klarer die Haltung und eigene Grenzen gezeigt werden.
IP12	„Ich glaube da gibt es ein paar Ängste. Eskaliert ist die Situation noch nie. Das ist dann der Teil der Persönlichkeitsarbeit, der vielleicht schwierig ist, aber das muss man sich zutrauen. Wenn ich angstbestbesetzt in die Situation reingehe, dann kann ich nicht stehenbleiben.“	„Neue Autorität“ kann erst funktionieren, wenn man sicher ist im Widerstand leisten, wenn man sich in Konfliktsituationen regulieren kann, das bedarf vorweg viel Persönlichkeitsarbeit.

IP8	„Ich finde, kritisch wird es immer dann, wenn es dogmatisch wird und das finde ich jetzt nicht nur bei der „neuen Autorität“ kritisch, sondern ganz generell, egal mit welcher Methode oder so man arbeitet. Wenn die Haltung stimmt, die Haltung ich für dich und gegen das Verhalten, wenn die ehrlich stimmt, sehe ich sie nicht kritisch.“	Die Haltung der „neuen Autorität“ ist für die Anwendung unumgänglich, alles andere kann auch IP5er gesehen und gehandhabt werden.
IP10		Es ist schwer „neue Autorität greifbar zu machen, es bedient eine andere Ebene die erst verstanden werden muss.
IP13	„Und das ist in der sozialen Welt, glaube ich, ganz ganz wichtig, dass man von diesem staatlichen Kontext und die Haltung kommt und mehr uns wirken lassen, als wie die Inhalte, die wir so preisgeben.“	Starke Hierarchien lassen „neue Autorität“ nicht funktionieren. Es braucht vertrauen in der Arbeit. Die BetreuerInnen sollen ihre Haltung zeigen, nicht weil die Haltung so sein muss, weil der Staat dies vorgibt, sondern weil sie als Mensch diese Haltung vertreten.
IP10	„Und Hierarchien sind wichtig und wesentlich auch und der neuen Autorität, aber es ist auch wichtig, dieses Gleichgewicht herzustellen, dass ich in einer, wenn ich Verhalten und Persönlichkeit trenne, muss ich genau einerseits der pädagogische Leiter sein können, für die Kinder sein, aber auch der, der mal einen blöden Joke rauslässt. Und das ist enorm wichtig, finde, ich. Und das muss ein Unternehmen mitbringen.“	Es gibt eine pädagogische Leitung die an der Basis bei den KlientInnen mitarbeitet und trotzdem eine Hierarchie im Unternehmen vertritt, das gelingt durch das Trennen von Verhalten und Persönlichkeit, wie in der Haltung der „neuen Autorität“.
Fortbildungen und Implementierung „neuen Autorität“		
IP2	„Wir haben grundsätzlich Zusatzausbildungen gemacht zur „neuen Autorität“.“ „Und da waren wir halt wirklich, also eh wöchentlich mehrmals im Austausch. Teilweise telefonisch, teilweise ist er auch zu dem Team gekommen, genau. Und er hat den Jugendlichen auch gekannt, weil er damals im ersten Lockdown bei uns ein	Es wird eine Ausbildung zum/zur akademischen SozialtherapeutIn angeboten, in dieser Ausbildung wird in einem 13-tägigen Block über „neue Autorität“ gelehrt. Jede/r BetreuerIn soll diesen Lehrgang absolvieren. In dieser Einrichtung gibt es einen Experten für Sucht, der berät die Teams und vermittelt Wissen zum Thema Drogen, das Wissen zur „neuen Autorität“ haben die MitarbeiterInnen durch eine extra Ausbildung. Besonders hilfreich wurde empfunden, dass der Experte für Sucht in der Lock-

	<p>bisschen ausgeholfen hat auch. Also da hat er dann sogar aktiv mitgearbeitet, das war natürlich alles irgendwie auch perfekt, ja.“</p>	<p>downphase auch direkt in der Wohngemeinschaft ausgeholfen hat und somit den Klienten auch direkt kennen lernte und den Alltag erlebte.</p> <p>Es wird zusätzlich zur Ausbildung „Bindungsgeleitete Neue Autorität“ eine Schulung bei dem internen Experten für Sucht angeboten, hier wird Basiswissen zum Thema Drogen gelehrt, das hat den BetreuerInnen eine gewisse Angst genommen und mehr Sicherheit im Umgang gegeben.</p>
IP10		<p>Es werden regelmäßig, ca einmal im Jahr in Blockfortbildungen zur „neuen Autorität“ angeboten, zur Auffrischung und für neue MitarbeiterInnen oder KarenzrückkehrerInnen. Das ist enorm wichtig für die Alltagsreflexion, es wird genau angesehen wo noch Aufholbedarf ist.</p>
IP4		<p>Nur eine Person im Team hat vor längerer Zeit eine Fortbildung zur „neuen Autorität“ gemacht.</p> <p>Dieses Wissen wurde dem Team weitergegeben, doch nicht weiterverfolgt. Das Wissen war schnell wieder vergessen. Hier hätte es gemeinsame weitere Fortbildungen geraucht.</p>
IP12	<p>„Man müsste das unter Anleitung viel mehr üben, das würde ich schon gut finden.“</p>	<p>An Beispielen wird leichter gelernt, hierfür bräuchte es regelmäßiges Coaching für das gesamte Team, dann kann „neue Autorität“ gelingen.</p> <p>Neue MitarbeiterInnen bekommen keine Basisschulung für das Konzept der „neuen Autorität“, sie werden durch bestehende MitarbeiterInnen geschult.</p> <p>Das gesamte Konzept der „neuen Autorität“ wurde noch nicht implementiert, erst wurde durch die Teamleitung eine Klausur zum Abschnitt Präsenz gegeben und wie dies in der Einrichtung gelebt werden kann. Es wird Schrittweise über Jahre hinweg implementiert.</p>
IP12		<p>Jeder muss ein Basiswissen zur „neuen Autorität“ haben um damit arbeiten zu können.</p>
IP8	<p>„Ich kann nur sagen, dass es ein längerer Prozess ist, dass es mindestens, glaube ich, zwei Jahre dauert, wenn man sagt, man will sich jetzt mit neuer Autorität beschäftigen, gut ist natürlich auch, wenn alle so einen Grundlehrgang einmal gemacht haben, um zu wissen, um was es grundsätzlich geht.“</p>	<p>Ein Grundlehrgang zur „neuen Autorität“ ist die Basis, die Implementierung an sich dauert und ist ein längerer Prozess, der von einem Coach zur „neuen Autorität“ begleitet werden muss.</p>

IP9		Durch die Supervision wurde das Konzept der „neuen Autorität“ bekannt gemacht im Team. Vereinzelte BetreuerInnen haben sich dann selbstständig Wissen über das Konzept angeeignet und es gab auch vereinzelt Fortbildungen dazu.
IP3		Vereinzelt haben MitarbeiterInnen eine Fortbildung zur „neuen Autorität“ gemacht, es gab auch nur vereinzelt ein weiteres Coaching. Literatur wurde bereitgestellt. Der Personalwechsel machte einen einheitlichen Wissenstand im Team unmöglich.
IP5	„Bei der neuen Autorität war das so, dass es ein Wunsch von unserem WG-Leiter war, dass wir das alle machen.“	<p>Alle haben eine Basisausbildung in „neuer Autorität“, neue MitarbeiterInnen müssen sich das Basiswissen zur „neuen Autorität“ selbst durch Infomaterial und das Wissen der KollegInnen aneignen und erleben es im Alltag.</p> <p>Es braucht auch ein Grundwissen zum Thema Drogen, um sicher mit KlientInnen die konsumieren arbeiten zu können, das Wissen über das Konzept der „neuen Autorität“ reicht hier nicht aus.</p>
IP13	<p>„Eine Erfahrung habe ich schon gemacht, die Leute glauben es eh nicht. Sie setzen es erst dann um, wenn sie es erfahren haben. Wir müssen die Leute in eine Situation bringen mit viel Liebe und Begeisterung und Einladung, dass sie erfahren. Wenn sie es erfahren, sie müssen zuschauen.“ „Es hilft nicht, wenn ich ein paar Dinge wie Präsenz, Distanz, Flucht sage. Wenn sie nicht mitkriegen, was das letztendlich heißt, bringt es nichts. Und wenn sie es machen, dann merkt man auch, dass sie das dann interessiert.“</p>	<p>BetreuerInnen müssen „neue Autorität“ üben, es reicht nicht davon gehört zu haben, es braucht Rollenspiele, um zu erfahren welche Interventionen wie wirken können.</p> <p>Es braucht auch ein Wissen über die Drogen die unsere KlientInnen konsumieren, das gibt Sicherheit und lässt deren Lebenswelt besser verstehen. Es ist egal ob die MitarbeiterInnen aus dem Team sind, die das Wissen an die anderen weitergibt, oder ob es externe Experten sind.</p>
IP6	„Ich bringe in der Supervision auch viel von der neuen Autorität ein, weil das auch mein Werkzeug ist. Da geht ganz viel merke ich. Die WG von der Woche hat noch keine Fortbildung gehabt, die kriegen aber jetzt dann eine, Da ist es dann schwierig.“	<p>Der Versuch Tools aus der „neuen Autorität“ in einer Supervision als Werkzeug für die BetreuerInnen zu implementieren zeigt sich schwierig, wenn kein Basiswissen über „neue Autorität“ vorhanden ist.</p> <p>Das Basiswissen und die Auffrischungen oder Supervisionen unter dem Fokus der „neuen Autorität“ müssen in kurzen Abständen passieren, um eine Kontinuität in der Reflexion der Anwendung zu erzeugen.</p>

	„Es gibt eine Ausbildung in der ersten Zeit und dann einen Block, wo alle Neuen noch einmal geschult werden. Da merke ich, dass es trotz der Fluktuation hilft, neue Autorität zu implementieren. Wenn sich der Großteil des Teams durchwechselt, ist natürlich schwierig.“	Ein stabiles bleibendes Team ist die beste Voraussetzung für die Implementierung von „neuer Autorität“. Ist eine Fluktuation gegeben, muss innerhalb des ersten Jahres eine Ausbildung zum Konzept der „neuen Autorität“ geboten werden und ein zusätzlicher Seminarblock, um das für neue MitarbeiterInnen zu festigen. Dann kann „neue Autorität“ als Konzept in einer Wohneinrichtung Erfolg haben.
IP10	„Also das gehört natürlich dann angeleitet, da sind die Leitungspersonen sehr stark gefragt, diesen Ablauf immer wieder auch voranzutreiben.“	<p>Die Leitung der Einrichtung muss sich um die Fortbildungen zur „neuen Autorität“ annehmen und vorantreiben, dann kann durch regelmäßige Reflexion mit Experten der „neuen Autorität“ ein gutes Gelingen der „neuen Autorität“ funktionieren.</p> <p>Die Implementierung ist ein Prozess, der kontinuierlich passieren muss, mit wenig zeitlichem Abstand. Es muss zuvor aber klar sein, dass die Organisation nun mit diesem Konzept arbeiten wird.</p> <p>Fallsupervision wird von einem Coach der „neuen Autorität“ geleitet.</p>
IP11	„Diese Miniklausuren haben wir alle zwei Wochen, fallweise Supervision. Es gibt individuelle Fortbildungsbudgets, wir haben immer wieder Schwerpunkte, die wir für das ganze Team finanzieren. Neurodeeskalation war heuer das Thema.“	<p>Jede zweite Woche gibt es eine kleine Klausur, um Reflexionszeit zu bieten, fallweise dann auch Supervision.</p> <p>Fortbildungen werden individuell finanziert, denn es gibt immer wieder Schwerpunktfortbildungen für das ganze Team, wie zum Beispiel Neurodeeskalation.</p> <p>Es wurde für die Konzeptumstellung eine einmonatige Einschulungsphase genehmigt, weil alles neu war und auch das Organisatorische an den Inhalt angepasst werden musste.</p>
IP12		Es muss klar sein, ob es das Konzept wird nachdem gearbeitet wird oder ob es ein Konzept ist unter anderen, dass bei Bedarf verwendet werden kann.
IP12		Teamsupervision muss extra angekündigt werden, eigentlich darf nur Fallsupervision geführt werden. Es ist eigentlich nicht erlaubt in dieser Einrichtung, dass Fallsupervision und Teamsupervision verbunden werden, weil es sich im Fall so ergibt. So kann „neue Autorität“ nicht funktionieren.
IP6	„Wenn genügend da sind, die wissen, was gemeint ist, dann haben die so eine Begeisterung, dann ziehen die anderen auch mit.“	Es braucht die Mehrheit ein Basiswissen und den Willen „neue Autorität“ anzuwenden, um auch den Rest des Teams zu überzeugen.

IP7	<p>„Also Akademisch- Pädagogische Sozialtherapeuten heißt das.“ „Das beinhaltet die neue Autorität und die Suchtkoordination, das die Suchtberatung, im Rahmen von eintägigen Fortbildungen von allen Teams, das nennt sich einfach Grundlageninformationen. Also wirklich so eine Basis fachlicher Zugang zur Sucht. Was ist diese Krankheit und Prävention.“</p> <p>„Da wird erst erstmal geschult mit einem internen Informationszertifikat.“ „Und dann in weiterer Folge im Anlassfall die individuelle Begleitung von der Fachkraft.“</p> <p>„Bei uns soll jeder eine Ahnung haben was Sucht ist auf einer fachlich fundierten Ebene.“</p>	<p>Das Wissen über „neue Autorität“ reicht bei Drogenkonsumentinnen nicht aus. In dieser Einrichtung wird jede/r BetreuerIn durch die Ausbildung Sozialtherapeut, auf der PH Oberösterreich, in „neue Autorität“ und auch in Suchtkoordination geschult. Zusätzlich gibt es dann noch eine Person für das gesamte Unternehmen, die Fallbezogen das Team in der Betreuung berätet und gegeben falls Nachschulungen zum Thema Sucht und Drogenkonsum gibt.</p>
IP4	<p>„Meine Leitung hat sich damit auseinandergesetzt. Mich interessiert das privat auch und so schnappt man das auf.“</p> <p>„Der Alltag ist aber schon so fordernd und die Organisationsarbeit ist so fordernd, dass die Zeit dafür fehlt.“</p>	<p>Die Einrichtungsleitung und eine Mitarbeiterin haben sich mit dem Konzept der „neuen Autorität“ betraut gemacht, zum Teil auch außerhalb der Arbeitszeit, eine komplette Implementierung in das gesamte Team war nicht möglich, dafür fehlten zeitliche Ressourcen, es fließt zu viel Zeit in die Organisation des Alltags.</p>
IP12	<p>„Da gab es ganz viele Störungen gegeben im Sinne von, das geht gegen mein Ausbildungskonzept. Da merke ich schon, bei der Psychotherapie gibt es andere Denkschulen, da gibt es Konkurrenzkämpfe und wenn man dann mit einem neuen Konzept daherkommt, dann ist das schwierig.“</p>	<p>Wenn versucht wird „neue Autorität“ über alle anderen Konzepte zu stellen entstehen Konflikte, es wird als Kritik der Professionalität der PsychotherapeutInnen empfunden. PädagogInnen haben die Implementierung mehr als Ergänzung zu ihrer Professionalität sehen können.</p>
IP13	<p>„Ich kann mich nur selbst steuern, ich kann nicht den anderen steuern. Das ist dann immer die Frage, da habe ich das Gefühl, da fällt einem das nicht so schnell ein. Die zwei Thematiken Sucht und Drogen berühren uns</p>	<p>Unsicherheit im Umgang mit Substanzen und Unklarheit über rechtliche Folgen oder fehlendes Wissen über Substanzen können die Anwendung von „neue Autorität“ behindern oder verhindern. Man muss sich seinen Tuns sicher sein und auch Unklarheiten und diese Emotionen dazu steuern können, man muss in seiner Rolle bleiben können auch wenn Unsicherheiten auftreten, sonst kann „neue Autorität“ nicht gelebt werden.</p>

	auf so eine andere Art im Gehirn, wo vielleicht der Haim Omer sitzt. Wenn ich den Haim Omer da vorne finde und ich mich entscheiden muss, spüle ich es runter im Kol oder nicht. Darf ich das überhaupt, ist das schon Verheimlichung, bin ich schon im Kriminal? Und und und, muss ich das anzeigen, bin ich verpflichtet? Da ist natürlich viel Unsicherheit, da muss man schauen, kann ich das steuern? Das hat nicht unmittelbar etwas mit Haim Omer zu tun.“	
IP6	„Das höre ich ganz oft und da muss ich sagen, dass es nicht stimmt. Das wo wir ständig am Strudeln sind, braucht ganz viel Energie und Zeit. Diese Energie und Zeit wollen wir umlenken und damit etwas anderes machen. Und wenn das gelingt, dann ist das nicht so schwierig umzusteigen. Aber wenn man Dinge parallel zueinander macht, geht sich das nicht mehr aus, das ist dann schwierig.	Es wird oft beklagt, dass die Umsetzung oder auch die Implementierung vom Konzept der „neuen Autorität“ viel Energie und Zeit raubt. Doch nicht das Konzept kostet Energie und Zeit sondern alles andere, sämtliche organisatorische Punkte und dann bleibt nichts mehr an Zeit und Energie über.
Grenzen		
Es wurde bei der Befragung klar, dass es Grenzen gibt in und für die „neue Autorität“.		
Bindungsstörungen sowie psychiatrische und intellektuelle Auffälligkeiten		
IP5	„Da bin ich überzeugt davon, dass man die Jugendlichen gut kennen muss und wissen muss, bringt es etwas oder richtet man da etwas an.“	Sit-Ins müssen bedacht angewandt werden, KlientInnen die in unseren Einrichtungen leben, haben oft Probleme mit Nähe und Distanz, da kann ein Sit-In eskalieren.
IP2		Die Einforderung einer Wiedergutmachung wird kritisch gesehen bei Bindungsstörungen. Eine desorganisiertes Bindungsmuster ist eine Kontraindikation ebenso wie eine dissoziative Neigung, wenn KlientInnen nicht mehr wissen was sie getan haben, kann auch keine Wiedergutmachung verlangt werden.
IP6		Eine klare Grenze wird gesehen bei der Elternarbeit, wenn Eltern intellektuell nicht gut aufgestellt sind. Hier fehlt die Reflexionsfähigkeit.

		Eine Grenze für „neue Autorität“ ist das Team, kann man die Haltung der „neuen Autorität“ einnehmen oder nicht.
IP13	„Mit einem Hammer kann ich einen Nagel einschlagen, aber ich kann auch jemandem den Kopf einschlagen damit. Und das ist bei der „neuen Autorität“ ähnlich.“	Die Grenze der „neuen Autorität“ ist, wenn die Haltung nicht richtig verstanden wurde, dann kann „neue Autorität“ auch Schaden anrichten. Bei psychischen Erkrankungen und auch Sucht spielen weitere Faktoren, Symptome mit die berücksichtigt werden müssen. Haim Omer wollte nicht, dass mit seinem Konzept eskalierend gearbeitet wird.
IP9		Die Wiedergutmachung im Konzept der „neuen Autorität“ wird als kritisch betrachtet. Es wird dabei viel Druck erzeugt, was den Fokus auf Leistungserbringung legt, welche bei unseren KlientInnen so und so oft in einem gestörten Verhältnis sich bewegt. Ebenso kann es eine ausgrenzende Wirkung haben in einem Gruppensetting.
	„Wir haben Jugendliche, die Drogen konsumieren, wo aber da Hauptthema einfach was anderes ist. Wo man sagt, okay, da muss man vielleicht vorher etwas anderes angehen. Es geht gar nicht so sehr um das Drogenthema.“	Drogen werden aus bestimmten Gründen konsumiert, diese müssen herausgefunden werden. Bei manchen KlientInnen braucht es mehr die Erarbeitung des „guten Grundes“ für das Verhalten, als Widerstand gegen das Verhalten zu zeigen.
IP4	„Man fühlt sich manchmal in der Rechtfertigungspflicht, was darf man, was darf man nicht. Man ist da manchmal ein bisschen übervorsichtig. Wir haben halt wirklich psychisch kranke Jugendliche. Wir haben eine Klientin, die beschwert sich bei der Bewohnervertretung über uns. Wenn man da nicht wirklich im Alltag drinnen ist, kommen oft so Kritikpunkte von allen Seiten, weil die einen anderen Standpunkt haben.“	Gerade bei psychiatrischen Auffälligkeiten muss professionell gearbeitet werden. Hier bedarf es an verschiedensten Professionen. Externe VertreterInnen wie zum Beispiel die Bewohnervertretung ist nicht im Alltag involviert, die verstehen gewisse Interventionen nicht aber kritisieren sie, so kommt es dazu, dass man im Umgang mit den KlientInnen sehr behutsam vorgeht, um sich dann nicht rechtfertigen zu müssen.
IP10	„Muss man ganz gut aufpassen. Da kann es sehr, sehr, sehr, da ist es vielleicht besser, die neue Autorität als Möglichkeit des Andockens zu sehen, als eher als pädagogisches Mittel oder als alleiniges pädagogisches Mittel. Weil es da viel in diese Trennung und Spaltung bei Schizophrenie zum	Ein Risikofaktor für die Anwendung von „neuer Autorität“ sind psychische Erkrankungen. Gerade bei einer Schizophrenieerkrankung soll „neue Autorität“ mehr für den Beziehungsaufbau dienen. Nicht angewendet soll das Trennen des Verhaltens von der Person werden, das Verhalten sind Symptome die nicht mehr gesteuert werden können.

	Beispiel geht oder in diese Kontrollgeschichte, wer kontrolliert wen.“	
IP6	„Es gibt ganz sicher Diagnosen, die es schwierig machen.“	Psychische Erkrankungen können die Anwendung „neue Autorität“ erschweren.
IP10	„Insofern, natürlich haben Diagnosen eine Relevanz. Wenn jemand Schizophrenie diagnostiziert hat, dann werde ich nicht unbedingt jetzt oder Borderliner-Thematik werde ich nicht unbedingt zwei Betreuer nehmen, zwei Bezugsbetreuer machen und so Geschichten, dann werde ich schauen was geht. Aber für mich ist im Vordergrund der Mensch und das Verhalten.“	Die Diagnose soll Orientierung geben, nicht aber den Menschen und sein Verhalten dahinter verschwinden lassen. Bei psychiatrischen Diagnosen soll man bedacht vorgehen und trotzdem dem Menschen begegnen und nicht der Diagnose.
IP4		Der Klient hatte eine psychiatrische Diagnose, vermutlich eine Störung des Sozialverhaltens.
IP3		Der Klient hatte eine Persönlichkeitsstörung.
IP5	„Bei dem Burschen, was ich gerade erzählt habe, war keine konkrete Diagnose.“ „Keine fixe. Dissoziiert und vom Borderline-Typ her.“	Der Klient hatte keine psychiatrische Diagnose, jedoch zeigte er Verhaltensauffälligkeiten. Die Expertin meint es gibt keine Diagnose, nennt dann aber Typen der Persönlichkeitsstörung.
IP9	„Ja es gibt Diagnose Borderline-Störung, also das ist auch was, wo ich jetzt mit ihrem Therapeuten nochmal drüber gesprochen habe, also das erhärtet sich immer mehr und genau.“	Die Klientin leidet an einer Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline.
IP12	„Das ist eine dreifache Symptomatik aus Machiavellismus, Narzissmus und Psychopathie.“	Der Klient hatte eine komplexe psychische Erkrankung.
Kontrolle und deren Grenzen		
IP11	„Ich will nicht zum Gegenspieler werden, der ausgetrickst werden muss. Das will ich in der Beziehung nicht haben.“	Zimmerkontrollen werden kritisch gesehen, denn dies könnte die Beziehung zu den KlientInnen gefährden.
IP3	„Dann haben wir, sind wir dazu übergegangen, dass wir auch in die Kontrolle gegangen sind.“ „Wir können nicht zulassen, dass in einer öffentlichen Einrichtung, die landesfinanziert ist, wo es um den Schutz von Jugendlichen	Es wurden bei der Rückkehr in die WG Taschenkontrollen durchgeführt, das hat zu viel Dynamik geführt. Es werden Zimmer- und Taschenkontrollen als die Verantwortung der BetreuerInnen gesehen, zum Schutz der KlientInnen. Es wird sorgsam mit dem persönlichen Bereich umgegangen. Zuvor werden mehrere Gespräche geführt,

	geht und die psychische positive Entwicklung von Jugendlichen, dass da Drogen konsumiert werden und dass sie weitergegeben werden.“	auf diversen Ebenen (BetreuerInnen, BezugsbetreuerInnen, Leitung)
IP6	„Taschenkontrolle und Zimmerkontrolle ist eine klare Botschaft. Da sagen sie ganz ehrlich, da können sie nicht mit, das ist nicht ihre Werthaltung, ihnen ist die Privatsphäre der Jugendlichen wichtig, sie können niemals eine Tasche durchsuchen und sie haben Angst vor der Eskalation. Dann merke ich, dass da diese Grenze ist.“	Wenn ein Team nicht die Präsenz zeigen kann durch Kontrolle der Zimmer oder Taschen, dann wird bei einer Suchtproblematik eine weitere Betreuung in dieser Einrichtung schwierig. Hier muss die Leitung eine klare Haltung vorleben.
IP7	„Also Zimmer Durchsuchen: Nein. Bei uns ist ganz klar, wenn etwas offensichtlich rumliegt, wie ein Sackerl Gras, irgendwas, wo wir auch manchmal nicht wissen was es ist, dann ist es weg.“ Eine Wasserpfeife wird versperrt und mit 18 wieder ausgegeben. Denn das ist Besitz, das habe ich recherchiert, also das ist alles abgeklärt. Verdächtige oder zugegebene Suchtmittel werden vernichtet. Das ist abgesprochen mit der Suchtkoordination Oberösterreich. Vom rechtlichen her ist man da safe. Man darf Suchtmittel kurz besitzen, um sie zu vernichten. Das Abwassersystem hält das aus.“	Zimmerdurchsuchungen, wie sie in der „neuen Autorität“ zum Teil angewendet werden, werden hier aufgrund eventuellen negativen Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung zwischen BetreuerInnen und KlientInnen nicht durchgeführt. Sollte jedoch etwas gefunden werden, bei hygienisch bedingter Zimmerkontrollen, wird dies vernichtet, das empfiehlt die Suchtkoordination Oberösterreich. Konsumutensilien dürfen legal besessen werden, daher werden diese nur abgenommen und verwahrt, bis der oder die KlientIn aus der Einrichtung auszieht.
IP12	„Wir haben Alkohol im Wert von mehreren 100 Euro vernichten müssen.“	Es wurden Zimmerkontrollen durchgeführt und der Besitz von Alkohol der Klientin vernichtet. Einzelgespräche haben die Situation wieder beruhigen können.
IP2		Es wird nicht das Zimmer durchwühlt aber es gibt eine oberflächliche Kontrolle im Beisein der Betroffenen, sofern der Verdacht besteht, dass Hausregeln gebrochen werden oder illegale Substanzen im Haus sein könnten.
IP9	„Also wir machen es jetzt nicht automatisch bei jedem Jugendlichen aber wir sagen ihnen das auch oder in Vorgesprächen, vor	Im Team führen Zimmerkontrollen immer wieder zu Diskussionen. Es wird nur selten durchgeführt, nur wenn der Verdacht schon wirklich schwerwiegend ist. Es werden

	der Aufnahme, dass es sein kann, dass wir einen Drogentest machen.“	aber bei einem Drogenkonsumverdacht regelmäßig Drogentests durchgeführt.
IP1		Es werden Drogentests durchgeführt da es von der Justiz in dieser Einrichtung gefordert wird. Grundsätzlich aber wird versucht mehr den Fokus auf Aktivitäten zu setzen, so dass ein Konsum gar nicht erst passiert.
IP4		Es werden Drogentests zur Überprüfung durchgeführt.
IP11	„Das geht mit meiner Voreinstellung Recovery nicht einher. Deswegen würde ich tatsächlich sagen, schwer Drogenkranke würden nicht gehen.“	Es werden keine Zimmer und Taschenkontrollen durchgeführt, es widerstrebt einem weiteren Konzept, es würde Misstrauen vermitteln. Dies ist aber auch der Grund warum in dieser Einrichtung keine schwer Drogenabhängigen leben könnten, sie könnten das Überleben nicht sichern, da diese Kontrollen nicht durchgeführt werden. Es würde noch eher zur Anzeige gebracht werden, zum Schutz auch für die anderen KlientInnen.
Gewalt		
IP5	„Die Jugendliche hat sie dann gebissen, also körperlich verletzt. Sie ist dann von der Polizei aufgegriffen worden, ist wieder in die WG gebracht worden, hat meine Kollegin massiv bedroht mit Schlägen. In derselben Nacht ist rausgekommen, dass sie Cannabis reingeschmuggelt und ist dann in der Nacht von Tür zu Tür gegangen und hat gefragt, ob die Jugendlichen etwas brauchen, also dealen in der WG. Anschließend dann ein Strangulationsversuch mit einem Schal im Zimmer, eh schon ganz benebelt und nicht mehr ganz bei Sinnen. All das an einem Abend. Das waren schon viele Vorfälle vorher, aber was der ausschlaggebende Vorfall, dass wir gesagt haben, es ist leider bei uns zu Ende, wir können nicht mehr leisten was sie braucht. Es gibt auch Grenzen.“	Eine Jugendliche bei der vermutet wird, dass eine psychiatrische Erkrankung sich anbahnt, wurde aufgrund diverser Vorfälle, unter anderem auch Gewaltandrohung und Ausübung, sowie Dealerei aus der Einrichtung ausgeschlossen.
IP13	„Deeskalation ist in letzter Zeit eher neurowissenschaftlich behandelt worden, wo man sich fragt, wo findet die Deeskalation	Dr. Göttl hat zur „neuen Autorität“ ein Deeskalationsprogramm vorgestellt. Er gibt Inputs für BetreuerInnen im Gewaltsetting.

	<p>statt, wie komme ich ins Kleinhirn, wie komme ich ins Großhirn.“</p>	<p>Deeskalation braucht Übung, es muss erlebt werden um abgerufen werden zu können, Theorie alleine reicht nicht aus, so ist es auch bei der Anwendung „neuer Autorität“.</p> <p>Passieren negative Beispiele im Alltag dürfen diese als Chance zur Entwicklung gesehen werden und müssen im Nachhinein mit den Betroffenen reflektiert werden, nicht nur unter den Professionisten alleine.</p>
IP2	<p>„Oder ist ins Wohnzimmer, hat dort die Tür aufgetreten und ist herum gehüpft. Und er in seinem Drogenrausch halt, hat nicht mehr wirklich gewusst, was er tut und da hat man halt auch die Polizei gerufen. Und natürlich hat er das dann nicht so positiv aufgenommen meistens. Aber das war halt zu seinem Schutz und das hat man auch im Nachhinein dann trotzdem, reflektieren können.“</p>	<p>Wenn Gewalt im Spiel ist, muss auf Selbst- und Fremdgefährdung achten und gegebenenfalls die Exekutive hinzuziehen. Dies gehört wiederum im Nachhinein gut reflektiert.</p>
IP6	<p>„Wenn die Bedrohung für die anderen zu groß ist. Das ist immer der Spagat in der WG.“</p> <p>Also die WG, von der ich erzählt habe mit der Privatsphäre, die kann keinen Widerstand leisten. Man wünscht dem Mädel keinen Beziehungsabbruch, aber man denkt sich, dass es nicht die WG ist, die sie braucht. Sie braucht eine WG, die dran ist.“</p>	<p>Nicht jede WG ist für jedes Klientel geeignet. Manche WG bleiben dran auch wenn Gewalt im Spiel ist und bei anderen WG ist die Grenze schon früher überschritten.</p>
IP5	<p>„Wir haben geredet und gesagt, wir können das nicht akzeptieren, dass du so heimkommst, das nächste Mal setze ich mich eine Stunde zu dir rein, auch unter dem Vorwand, dass man schaut, wie es körperlich geht. Bei dem konkreten Fall ist das schon so gewesen, dass der Jugendliche auch voll durchgedreht ist.“</p>	<p>Es wurde bei einem beeinträchtigten Klienten ein Sit-In angewendet, dies führte zur Eskalation.</p>
IP9		<p>Körperliche Gewalt ist ein Ausschlussgrund, diese Haltung wird auch von der Geschäftsführung vertreten klar vertreten und umgesetzt.</p>

IP6		<p>Aus Angst vor der Eskalation konnte „neue Autorität“ nicht angewendet werden. Es brauchte einen Settingwechsel für den Klienten.</p> <p>Der Erfolg war, dass der Klient in eine eigene Wohnung gezogen ist und so sein Leben selbst organisieren lernte. Es gab keine Eskalationen mehr.</p>
IP2	<p>„Und natürlich war es auch jetzt bei dem Jugendlichen so, dass er teilweise, wenn er konsumiert hat, schon übergriffig geworden ist, aber ja mit dem haben wir halt viel Erfahrung. Das war jetzt für uns nicht so das große Problem.“</p>	<p>Gewalt ist für die Anwendung von „neuer Autorität“ weniger Problem, wenn die BetreuerInnen darin gut geschult sind und viel Erfahrung haben.</p>
IP7	<p>„Das ist auch eine klare Anweisung, dass man sich selber nicht gefährden darf. Geht's nicht dazwischen. Keiner bei uns darf irgendwie Angst haben geschlagen zu werden. Also das ist dann die normative Sicherung, weil das ist komplett was anderes wie Konsum. Das muss ein Gewaltfreier Ort sein.“</p>	<p>Die Sicherheit aller in der Einrichtung geht voraus, bei Gewalt wird die Polizei hinzugezogen und gegeben falls auch eine Wegweisung ausgesprochen, bis sich die Situation wieder beruhigt hat.</p>
Team		
IP12		<p>Ist die gemeinsame Haltung nicht klar in einem Team und gibt es keine Vorgaben was zu tun ist, im Fall das Substanzen gefunden wurden, kann das zu Diskussionen im Team führen. Es braucht klare Regeln im Vorfeld.</p>
IP8		<p>Wenn nur eine Person die Intervention nicht mittragen kann sie aber akzeptiert, dann lässt sich mit der „neuen Autorität“ arbeiten, nicht aber bei mehreren Personen, hier kann keine gemeinsame Haltung mehr vermittelt werden.</p>
IP11	<p>„Ein Team funktioniert besser miteinander als die einzelnen Personen, wenn sie gut zusammenarbeiten. Dadurch entsteht unsere Pädagogik.“</p> <p>„Wichtig ist für eine neue Situation Informationen einzuholen. Ich weiß nicht alles, wir wissen nicht alles, ich habe keine spezifische Ausbildung gemacht, ich</p>	<p>Eine gemeinsame Haltung führt zu einer Präsenz, die nur gemeinsam in einem Team lebbar ist.</p> <p>Ein multiprofessionelles Team bringt diverses nützliches Fachwissen mit und darf trotzdem nicht denken, alles zu wissen, es muss trotzdem offen für den Diskurs bleiben und bei unbekannten Begebenheiten auf externes Wissen zurückgreifen. Es muss aber auch auf das Angebot von Rettung und Polizei zurückgegriffen werden, es sind nicht immer alle Professionen 24 Stunden im Dienst.</p>

	das, was ich über die Jahre gelernt habe.“	
IP8	„Wenn unterschiedliche Haltungen der Erwachsenen da sind und auf alle Fälle, wenn wenig Beziehung zu den Jugendlichen da ist von Haus aus. Also diese Rahmenbedingungen erschweren sicher das Arbeiten in der neuen Autorität, weil Jugendliche dann unter Umständen diesen direkten Kontakt und das direkte Ansprechen nicht gewohnt sind.“	Wenn ein Team nicht dieselbe Haltung vertritt und wenig Beziehungsarbeit geleistet werden kann, durch diverse Rahmenbedingungen, wird „neue Autorität“ nicht umsetzbar sein.
IP13	„Wir wissen aus Studien, aus der Therapie und mittlerweile aus der sozialen Arbeit, dass es zu 80 Prozent um das Arbeitsklima geht und nicht um die Methode. Wenn das Klima gut ist, hat man auch eine Chance und hat die Möglichkeit, etwas zu verändern, wenn die Rahmenbedingungen gut sind, dass der Jugendliche sich entziehen kann.“	Fakt ist, dass es egal ist nach welchem Konzept gearbeitet wird, das ausschlaggebende ist das Arbeitsklima, die Zusammenarbeit – die gemeinsame Haltung, sowie die Rahmenbedingungen, die das Arbeiten erleichtern und nicht behindern sollen.
IP11	„Nur so können wir den Anspruch erfüllen, wenn wir uns nicht zerstören.“	Suchterkrankte können Teams an die Grenzen ihrer Betreuungsmöglichkeiten bringen. Hier muss gut reflektiert werden, wie weit können die meisten noch den Fall weiterhin begleiten.
Rahmenbedingungen		
Schwierigkeiten durch externe und interne Gegebenheiten		
IP4	„Eine Durchmischung ist vielleicht gut, wenn die Suchtproblematik nicht so groß ist, das andere Sachen positiv bestärkt werden und nicht nur problematische Verhaltensweise denunziert werden.“	Bei der Gruppenzusammenstellung in einer Wohngemeinschaft sollte auf mögliche Dynamiken unter den KlientInnen geachtet werden können. Es sollten nicht nur KlientInnen mit einer Suchterkrankung in einer Wohngemeinschaft leben, sie sollen auch abseits des Problemverhaltens positive Begegnungen erleben können.
IP13	„Essgestörte, Neurotiker und Psychotiker, aber nicht für Verhaltensauffällige. Das ist natürlich ein Blödsinn. Weil ich kann auch einen schweren Diabetiker haben, der Verhaltensauffällig	In Oberösterreich wird unterschieden zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrischer Diagnose – liegt „nur“ eine Verhaltensauffälligkeit vor und sind die Betroffenen minderjährig, dann ist die Kinder- und Jugendhilfe für die Betreuung zuständig. Ist eine psychiatrische

	<p>ist. Dann muss ihn den auch in eine Einrichtung von uns nehmen. Verhaltensauffälligkeit hört ja nicht auf bei der psychiatrischen Diagnostik. Heute ist es nicht mehr ganz so streng, aber wir haben immer noch die Regel, dass es nach ICD 10 geht, ob es ein Fall ist, den wir betreuen oder ob es ein Fall ist, den die Chancengleichheit betreuen.“</p>	<p>Diagnose vorhanden, dann greift das Chancengleichheitsgesetz und eine Einrichtung nach diesem Gesetz übernimmt die Betreuung.</p>
IP9	<p>„Ja, wenn sehr viele, wie soll man sagen, Vorgaben von außen kommen, sei es jetzt von der Fachabteilung und wenn zu sehr viele Kontrollen und Maßnahmen angehalten ist und eigentlich nicht mehr gut selber bestimmen kann, wie man arbeiten möchte. Und das ist man natürlich aufgrund von rechtlichen Fragen, von Risiko, von Fahrlässigkeit. Das macht auch Druck, klar.“</p> <p>„Nein da ist ein sehr, also es ist schwierig dann so auf Landesebene, aber das ist natürlich etwas, was mehr dann nochmal die Geschäftsführung betrifft. Aber jetzt so mit den SozialarbeiterInnen, da haben wir einen guten Kontakt, ja. Wobei da auch die Leitung, also da gibt es, da merkt man schon auch von der Leitungsebene dann teilweise jetzt einen Sparkurs, der immer mehr gefahren wird.“</p> <p>„So, die dann zum dem Zeitpunkt schon auch motiviert gewesen wäre und dann dieses Warten auf, eigentlich auf eine Unterstützung bei einer Veränderung.“</p>	<p>Durch Vorgaben von Fachabteilungen und Kontrollen der gesetzten Maßnahmen entsteht Druck, es passiert kein selbstbestimmtes arbeiten mehr, das individuelle arbeiten geht verloren, aus Angst vor rechtlichen Folgen.</p> <p>Die Einrichtung ist Landesfinanziert, die Sparmaßnahmen sind deutlich zu spüren.</p> <p>Sobald der Wunsch nach Veränderung der KlientInnen da ist, sollte auch ein Hilfsangebot wie ein Entzug schnell geboten werden können, ohne lange Wartezeit.</p>

IP4		Bürokratischer Aufwand und Personalmangel führen dazu, dass eine Implementierung der „neuen Autorität“ nicht möglich ist, auch wenn sich das bestehende Personal engagiert.
IP6	„Da könnte man schauen, welche Rahmenbedingungen man schaffen wie zum Beispiel, jede/r MitarbeiterIn hat zwei Stunden pro Woche, die er ein-schreiben darf für das, dass er beim Computer sitzt und Be-richte schreibt. Das haben wir in der Coronazeit in manchen Ein-richtungen gehabt, das heb ich gemerkt, wenn ich bei der WG bin, dann bin ich auf einmal ganz viel bei den Kids, weil ich habe daheim den Bericht schon ge-schrieben.“	Auch die Dokumentation frisst Ressourcen, hier können Veränderungen der Rahmenbedingungen wie Homeoffice hilfreich sein. In der Coronapandemie wurde dies ermög-licht und plötzlich merkte man, dass mehr Präsenz von Be-treuerInnen in der WG möglich wurde.
passendes Setting		
IP4	„Ja das gibt's, wenn einfach die WG, also die Wirkweise der WG, also die Gemeinschaft, das ge-meinsame Essen, gemeinsame Aktivitäten überhaupt nicht mehr angenommen wird und die Betreuung aber trotzdem wich-tig ist. Dann passiert das, weil dann das WG Setting dann nichts mehr bringt.“	Wird die Betreuung in der Wohngemeinschaft nicht ange-nommen von KlientInnen und trotzdem der Bedarf einer Betreuung notwendig ist, werden die Rahmenbedingun-gen geändert, es wird ein anderes Setting geschaffen.
IP1	„Es war sehr viel Ärger, sehr viel Streit, sehr viel Diskussion. Aber jetzt sagt jeder, es ist viel besser. Der Teamleiter hat keine Diskus-sionen über Stunden, über einen Dienstplan, da brauche ich frei, wo der dann wirklich Stunden vor den Computer sitzt und sich da irgendwie seine Sachen zu-sammen basteln muss. Ich war selber Teamleiter, das war für mich die anstrengendste Arbeit. Und das, was ich aus dem Auge verloren habe dadurch, war ei-gentlich die Evaluierung der pä-dagogischen Ansätze, des Leit-	Es wurde die pädagogische Leitung von der organisatori-schen Leitung getrennt, so kann nun die Teambespre-chung ganz klar unter dem Fokus der Bedürfnisse der Kli-entInnen ablaufen und Diskussionen zum Dienstplan wur-den damit ausgelagert. Die pädagogische Teamleitung hat den fachlichen Überblick und kann den Evaluationsprozess für jeden einzelnen Fall begleiten. Es gibt auch eine Clearing- und Qualitätsmanagement-stelle, die ist für die Einstellung von neuen MitarbeiterIn-nen zuständig und ist für die Zuteilung von KlientInnen zu den Wohngruppen verantwortlich, es wird auf mögliche Dynamiken in den Gruppen Rücksicht genommen. Ebenso werden von dieser Stelle Geldrückstände wie offene Mie-ten eingefordert, so kann in der pädagogischen Arbeit der Fokus auf der Beziehungsarbeit bleiben.

	<p>bilds, wie geht es einem Klienten, dass ich überhaupt eine Teambesprechung in so einem Format führen hab können, habe ich die Informationen einfach gar nicht gehabt.“</p> <p>„Wir haben auch eine zentrale Stelle eingerichtet für Berichtswesen. Das haben wir verpackt im Qualitätsmanagement und im Clearing. Das Qualitätsmanagement ist zuständig eben für diese Berichtswesen, für Frühwarnungen, rote, grüne Meldungen sowie als auch für Clearinggespräche mit den Klienten sowie für die Mitarbeiter. Dadurch haben wir sehr viel Bürokratie von den Einrichtungen outgesourced, zentralisiert, sehr wenig Diskussionen über Dienstplangestaltung und der Teamleiter ist wirklich frei.“</p> <p>Sondern die pädagogische Leitung sitzt im Wohnhaus. Und die administrative Leitung sitzt im Büro. Wir haben das wirklich strikt getrennt.“</p>	
IP5	<p>„Sie ist übersiedelt in den Wohnungsverbund, das ist ein lockeres Setting, da hat man eine kleine Wohnung. Im Gebäude sind trotzdem Sozialpädagogen 24 Stunden anwesend.“</p>	<p>Das Wohnsetting, eine eigene Wohnung im Wohnverbund mit einer 24 Stunden Betreuung, wurde den Bedürfnissen der Klientin angepasst, dort ist ein niederschwelliger Zugang besser möglich.</p>
IP1	<p>„Im Gruppensetting nicht anwendbar, im Einzelsetting sehr gut oder in einem Setting von maximal, im einem Betreuungsverhältnis ein Betreuer, zwei Klienten, 1:2.“</p>	<p>„neue Autorität“ funktionierte nicht im Gruppensetting, die Erfahrung zeigt, dass es besser umsetzbar ist, wenn das Betreuungsverhältnis 1:2 ist.</p>
IP11	<p>„Wir können über eine Art fast lane des FSW so Notwohnungen, Gemeindewohnungen sehr schnell auftreiben. Das ist wieder so das Ding. Ich kann darüber quasi viel steuern. Es macht</p>	<p>Es gibt in dieser Einrichtung eine gute Zusammenarbeit mit dem Fond soziales Wien. Die ExpertInnen haben schnell die Möglichkeit die Rahmenbedingungen des Wohnens für KlientInnen zu ändern, in dem sie Einzelwohnungen anmieten, dies ist oft für konsumierende KlientInnen eine gelingendere Betreuungsform als in einer Wohngruppe.</p>

	etwas und die Situation wollen die KlientInnen oft schnell weg.“	
IP11	<p>„Dann hat es geheißen, naja, sie war ja vor einem Jahr so und so, die ist zu instabil für uns. Dann habe ich mir gedacht, naja wow. Ich weiß nicht was da genau dahinter war, aber da gibt es auch im Sozialbereich einfach sehr viele Leute, wo die komplexen Fälle nicht bearbeitet werden. Das ist einfach schade, da brauchen wir ein Netz.“</p> <p>„Es gibt extrem lange Wartezeiten und es ist extrem schwierig, passende Angebote zu finden.“</p>	<p>Komplexere Fälle wie bei Drogenkonsumierenden gibt es zu wenig Auffangnetz, oft gibt es für KlientInnen deren Betreuung abgebrochen wurden, keine weitere Chance auf Betreuung in derselben Einrichtung.</p> <p>Generell ist schwer für KlientInnen die Drogen konsumieren passende Einrichtungen zu finden, dazu kommt die Hürde der Warteliste, die lange Wartezeiten mit sich bringt.</p>
Vorgehen bei Suchtmittelkonsum		
Regeln im Suchtmittelumgang		
IP7	<p>„Problematisch ist der Verkauf. Also wenn sich der Verdacht erhärtet oder wir mitbekommen, dass jemand einen Suchtgifthandel macht. Das haben wir gehabt. Da kommen mitten in der Nacht irgendwelche Autos und da haben wir dann natürlich auch nicht die Polizei als Konsequenz, aber da geht es um eine andere Vergehens Art. Wenn es dann in Richtung dealen geht, das können wir nicht tolerieren. Das wird aber auch klar gesagt. Und da wird, wenn das nicht aufhört durchaus die Unterstützung der Behörden herangezogen.“</p> <p>„Ich habe keine Anzeigepflicht, sondern ein Anzeigerecht und da muss ich immer abwägen, ob due anderen dadurch soweit gefährdet sind.“</p>	<p>Suchtmittel werden, sofern sie gefunden werden, vernichtet. Wird jedoch gedealt in oder vor der Einrichtung, wird die Polizei hinzugezogen. Dies wird nicht als Konsequenz gesehen, sondern als klare Straftat. Es gibt in Österreich ein Anzeigerecht und keine Anzeigepflicht.</p>
IP9	„Also eben rein rechtlich ist es ja so, man kann halt, muss die Jugendlichen dazu anhalten, dass sie es wegschmeißen.“	Utensilien zur Einnahme darf man nach Recht besitzen und sind somit Eigentum der KlientInnen. Durch die Hausregeln jedoch dürfen sie nicht in der betreuten Wohnform sein und werden daher abgenommen.

	<p>Also wenn es jetzt so Rauchgeräte, Bongs oder so sind, ich meine die darf man ja an und für sich besitzen, die nehmen wir mit.“</p> <p>„Also wenn jetzt wer bekifft zum Termin kommt, dann brechen wir den Termin ab, sagen ganz klar, nein, so arbeiten wir nicht.“</p>	Bei beeinträchtigten KlientInnen wird die Zusammenarbeit für den Tag beendet.
IP3	„Das Drogenverbot ist eh grundsätzlich in Österreich geregelt. Das heißt, die Bewohner erfahren, dass es ein Alkoholverbot gibt im Haus und dass es ein Drogenverbot sowieso gibt. Werden darüber aufgeklärt, wie wir umgehen mit Drogenkonsum, dass wir das mit ihnen thematisieren und dass sie, dass das Ziel natürlich für uns, dass wir sie begleiten, dass wie weniger Drogen brauchen und vielleicht keine Drogen brauchen, genau.“	Die Haltung ist, dass illegale Substanzen nicht besessen werden dürfen und Alkohol ebenso in der WG verboten ist. Sollte jemand der KlientInnen trotzdem Drogen konsumieren, wird daran gearbeitet, dass die Menge reduziert wird oder gar keine Drogen mehr benötigt werden.
IP8	„Klar deponieren, du weißt, dass das bei uns im Wohnheim ein No Go ist, also das würde ich schon in der Situation deponieren, sagen, leg dich nieder, gehe schlafen oder keine Ahnung, was halt gerade dann dran ist in der Situation. Und natürlich, ich komme darauf zurück. Wir werden uns im Team besprechen, wie wir damit umgehen werden und wenn du wieder bei klarem Verstand bist, dann setzen wir uns in Ruhe zusammen und werden über das reden, also genau.“	Ein bemerkter Konsum von Substanzen wird direkt angesprochen, der Gruppenkontakt wird untersagt und im nüchternen Zustand wird, nach Absprache im Team, ein weiteres Vorgehen mitgeteilt. Der Konsum von Drogen in der Einrichtung und der Aufenthalt unter Einfluss von Drogen in Gruppe ist nicht erlaubt. Es führt nicht sofort zum Abbruch der Einrichtung.
IP7	„Ich bin davon überzeugt, dass es etwas nutzt, aber es ist halt so schwer sichtbar und so schwer messbar. Und dass man den Fokus ein bisschen versetzt. Das gehört nicht zu	BetreuerInnen schätzen nach einem Leitfaden des Roten Kreuz das Risiko des Drogenkonsums ab und ziehen gegeben falls die Rettung hinzu. Bleibt der/die KonsumentIn dann in der Einrichtung und es kommt zu einem erneuten Konsum oder einer Anflutung, ist rechtlich alles abgesichert.

	<p>neuer Autorität, sondern halt, dass es Konsumphasen gibt und sie nicht machen was ich will. Und je mehr ich mache, desto kontraproduktiver wird's. Und dann in der Verzweiflung zur irgendwelchen Hausdurchsuchungstechniken greifen.“</p> <p>„Also nicht, dass das dann in die Resignation kippt. Das ist eher gefährlich.“ „Aushalten gehört dazu und das ist nicht negativ. Das darf sein.“</p> <p>„Wir haben einen Leitfaden. Das Rote Kreuz Wien hat einen Konsumbegleitfaden rausgebracht. Was tue ich, wenn ich mit jemanden unterwegs bin, oder ich sehe jemanden oder ich treffe jemanden, der beeinträchtigt ist, dass es Richtung Bewusstseinsverlust und Unklarheit geht. Dann hole ich die Rettung und bin safe, egal was dann passiert.“ „Aber das muss ich halt einmal eine Nacht aushalten. Wenn die dann sagen, nein das passt schon, der schläft das jetzt mal aus und der irgendwie trotz aller Hinweise noch was eingeschoben hat und dann danach wirft. Das kann ich nicht verhindern. Und das ist so ein Wissen, das lerne ich bei den Fortbildungen. Und wenn wir dann am nächsten Tag mal jemanden finden, nutzt mir das auch nichts. Aber rein rechtlich, nutzt es mir schon was, weil ich alles richtig gemacht habe. Dass wenn etwas passiert, die menschliche Ebene, darüber brauche ich gar nicht reden.“</p> <p>„Interessanter ist, dass ich mir Alkohol, was ja viel viel gefährlicher ist, wenn jemand massiv</p>	<p>Alkoholkonsum kennt in Österreich beinahe Jede/r, daher gibt es hier in der Betreuung weniger Angst, schneller wird hier zum Ausschlafen geraten. Die Gefahren sind aber nicht weniger, vor allem bei Mischkonsum, kann die Risikoabschätzung erschweren. Wichtig ist die Beobachtung, regelmäßige Kontrollen die individuell gehandhabt werden können.</p> <p>Wird die Rettung hinzugezogen, gibt es die Erfahrung in manchen Bezirken in Oberösterreich, dass eine Kontrolle durch die Einsatzkräfte abgelehnt wird, dann der Ärztenotdienst beigezogen werden muss oder aber auch passiert es, dass die Rettung gemeinsam mit der Polizei kommt und eine Anzeige passiert. Das ist eine Gefahr für Hilfesuchende KonsumentInnen.</p>
--	--	--

	<p>angesoffen von einem Zelt-Fest kommt. Das kennt man in Österreich. Das ist ganz normal.“</p> <p>„Nur wenn man sagt das sind Drogen, ist sofort Panik am Dach.“ „Das ist halt viel Aufklärung im Sinne von Fortbildungen. Und an diesen Leitfaden halten. Das man schaut, wie er beinander ist. Eine halbe Stunde sitzen bleiben. Wenn in einer halben Stunde bis dreiviertel Stunde nicht aktiv etwas nachgeworfen wird, dann ist es wahrscheinlich überschaubar mit irgendwelchen Lebensgefährlichen Auslotungen. Außer bei Alkohol oder Mischkonsum. Da kann ich nicht sagen.“</p> <p>„Wenn er schläft und du weckst ihn, dann ist die Sorge überschaubar. Wenn sich da nichts mehr bewegt, hole ich die Rettung. Oder Ärztenotdienst, wenn die Rettung sagt, wegen sowas kommen wir nicht. Oder die Rettung nimmt die Polizei mit. Völliger Schwachsinn. Passiert aber.“</p>	
Ausschlussgründe		
IP4	<p>„Wir sind nicht darauf ausgerichtet. Das sieht man ja schon, wenn wir über die Ausbildung reden. Drogenkonsum ist ein Graubereich, finde ich. Dieses WG-Setting mit Regeln, Vereinbarungen und Strukturen widerspricht sich ja mit Drogenkonsum. Wenn dann ist Cannabis ein Thema bei uns.“</p>	<p>Da es in der Wohngemeinschaft klare Regeln und Vereinbarungen gibt, ist dies nicht der richtige Wohnplatz für jemanden der regelmäßig Drogenkonsum betreibt. Mit Cannabiskonsum kann noch eher ein Umgang gefunden werden.</p>
IP10	<p>„Weil das bei uns ein Ausschlussgrund ist, einfach wenn es um akute Drogenabhängigkeit geht, ist ein Ausschlussgrund und da können wir einfach nicht lange zuschauen, weil dieser Schutz</p>	<p>Eine Drogenabhängigkeit bei Klienten würde einen Ausschlussgrund darstellen.</p>

	und Sicherheit der anderen enorm wichtig ist.“	
IP1	„Und bei uns ist zum Beispiel in der Hausordnung, Drogenkonsum führt zum Wohnplatzverlust.“	Ein Ausschlussgrund für die diese Einrichtung wäre ein Drogenkonsum, illegale sowie legale Drogen, bis auf Nikotin.
IP13	<p>„Was es erschwert ist eine rigide Hausordnung, weil ich mir selber ein Eigentor schieße. Wenn ich sage, wenn ich dich beim Kiffen erwische, fliegst du raus, dann habe ich mir ein Eigentor geschossen, weil er wird kiffen. Nachdem ich das weiß, ist das fast schon eine Vorsätzlichkeit. Wenn ich weiß, dass er wieder kiffen wird, weil einfach das Verbot eine Aktion hervorruft. Bis elf geht es ja noch halbwegs, da kann ich mit Gewalt halbwegs gut arbeiten, aber was tue ich danach? Das macht keinen Sinn. Die Einrichtungen, die sagen: Das Problem ist das Problem und nicht: Der Umgang mit den Regeln, keine Gewalt, keine Drogen, aber wenn es das gibt, dann reden wir darüber nicht: Dann bist du draußen. Der Umgang ist es. Wie gehe ich denn damit um? Es ist verboten, bei Rot über die Kreuzung zu gehen. Aber wie gehe ich damit um, wenn er bei Rot über die Kreuzung geht? Es mag ein Unterschied sein, ob es um 12 Uhr in der Stadt, oder in der Nacht auf einer Landstraße ist. Also der Umgang mit dem Problem ist wichtig.</p> <p>Wenn das eine Einrichtung am Schirm hat und sagt: Hey, den Spielraum muss ich haben. Das ist etwas, was bei unseren Traumatisierten gar nicht sein darf. Da spiele ich mir ein Eigentor, da darf mir gar nicht</p>	Verbote können zu Einladungen werden. Bei jüngeren KlientInnen funktionieren Verbote noch besser, doch sobald sie im Transitionsprozess sind muss man mehr über die Probleme hinter den Verstößen reden und differenzieren zwischen Probierkonsum und schädlichem Gebrauch. Gerade dann, wenn KlientInnen traumatische Erfahrungen gemacht haben, darf eine Hausregel nicht zum Ausschluss führen, denn es gibt einen Grund für den Konsum.

	über die Lippen kommen. Es liegt am Anlass.“	
IP10	„Das ist in der vollen Erziehung jetzt ähnlich, wo es um anbahnenden Suchtmittelmissbrauch geht, aber nie um eine verfestigte Erkrankung.“	<p>Es kann auch eine Maßnahme abgebrochen werden seitens der Einrichtung, im Erwachsenenbetreuungssetting. Dies bedarf aber einem längeren Vorlaufprozess wie einem Ankündigungsschreiben, in dem klar gestellt wird, welches Verhalten inakzeptabel ist und was sich verändern muss und welche Hilfestellungen angeboten werden. Dealen im Haus kann hierfür ein Anlass sein.</p> <p>In der Einrichtung leben KlientInnen die keine Abhängigkeitserkrankung an sich haben, mehr Probierkonsum betreiben.</p>
IP5	„Der hat auch wirklich Spritzen im Zimmer heimlich mit reingenommen und versteckt. Das war gefährlich.“	Intravenöser Konsum ist ein Ausschlussgrund für die WG, zum Schutz anderer.
IP3	„Drogenkonsum ist kein Eintrittshindernis, außer wenn wirklich vorrangig Suchterkrankung da ist, dann empfehlen wir schon, dass eine Suchtinstitution aufgesucht wird. Ansonsten betrachten wir Drogenkonsum grundsätzlich einmal als eine normale Begleiterscheinung von Jugendlichen mit psychischen Probleme, wo die versuchen, mit diesem Drogenkonsum so in einer Form Selbstmedikation sich zu therapieren, ja.“	Eine Suchterkrankung ist ein Eintrittshindernis, erst nach einem Entzug wird in dieser Einrichtung aufgenommen. Grundsätzlich wird aber Drogenkonsum als Selbstmedikation bei Jugendlichen mit psychischen Problemen gesehen.
IP4	„Es gibt die Möglichkeit, dass man verlängert bis 21. Bei denen, wo vielleicht eine Suchtproblematik ist, kommt es meistens nicht so weit, weil wir als Einrichtung nicht so darauf ausgelegt sind.“	KlientInnen können bei Bedarf ihren Aufenthalt in der Einrichtung bis sie 21 Jahre alt sind verlängern, nicht aber wenn sie Drogenprobleme haben. Die Einrichtung meint nicht die richtige Anlaufstelle für KlientInnen mit Drogenproblemen zu sein.
IP11	„Bei uns ist es so, in engster Absprache mit unserem Psychiater haben wir die Zielgruppe definiert und die Idee war, dass unsere Zielgruppe komplett psychisch Erkrankte sind. Das ist das eine, mein einer normalen Phobie ist das zu wenig. Gewisse Kombinationen ergibt das aber, die sich	<p>Das Ziel der Einrichtung ist komplex psychisch Erkrankten einen Umgang mit ihrer Erkrankung zu ermöglichen.</p> <p>Eine Suchterkrankung die keine Komorbidität ist, ist ein Ausschlussgrund. Ebenso ist eine Intelligenzminderung ein Ausschlussgrund. Der Gedanke dazu ist, dass diese KlientInnen einen dauerhaften Wohnplatz bekommen sollen, ohne Druck Kompetenzen aufbauen zu müssen.</p>

	<p>für uns nicht ausgehen, wo wir glauben, dass unser Setting nicht das Richtige ist. Eine davon ist eine primäre Suchterkrankung. Ich weiß, das ist schwer zu trennen. Aber bei uns ist der Anteil von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen 70 Prozent und ist der Drogenkonsum bei 50 Prozent mindestens eine Komorbidität. Wenn die Persönlichkeitsstörungen im Vordergrund stehen würde und der Marihuana-Konsum eine Komorbidität, das ist es für die Zielgruppe.“</p> <p>Genauso die Kombination von einer komplexen psychiatrischen Erkrankung mit einer leichten Intelligenzminderung. Diese Idee, so große Sprünge zu machen, ist dann einfach nicht realistisch. Da finden wir einen zusätzlichen Beziehungswechsel einfach nicht zielführend. Da ist es klüger, wo jemand lang und vielleicht sein ganzes Leben bleiben zu können. Unser Anspruch ist es, Kompetenz aufzubauen.“</p>	<p>Sollte sich im Laufe der Betreuung eine Suchterkrankung entwickeln wird eine weiterlaufende Betreuung verrichtet, um einen Beziehungsabbruch zu vermeiden.</p>
Risikofaktoren		
Umwelt		
IP4	<p>„Ja, also die ist bei Pflegeeltern groß geworden. Es war keine erzwungene Abnahme, es hat aufgrund von Konflikten nicht mehr funktioniert. Sie ist dann zu uns gekommen nach einem längeren KJPP-Aufenthalt zu uns gekommen.“</p>	<p>Die Klientin wurde bereits früh in eine Pflegefamilie gegeben, von dort kam sie nach einem langen Psychiatrieaufenthalt in eine betreute Wohneinrichtung der Kinder- und Jugendhilfe.</p>
IP6	<p>„Es war der Oma nicht möglich, in den Widerstand zu gehen, in die Haltung zu gehen. Der Papa hat mittlerweile eine neue Familie, war immer mal wieder zu</p>	<p>Der Klient hatte niemanden der sich um ihn annahm, sein Vater gründete eine neue Familie und die Großmutter musste sich um den pflegebedürftigen Großvater kümmern.</p>

	<p>Besuch und der Opa ist schwer erkrankt, das heißt, dass die Oma den schwererkrankten Opa pflegen muss. Da haben wir gemerkt, dass es nicht geht.“</p>	
IP12	<p>„Die Mutter war schon so offensiv. Mit einer guten Watschen kann man eine Suchterkrankung auch austreiben, war so ihre Einstellung. Die wollte sie dann in ein Bootcamp nach Ungarn schicken, wo die Leute dann zu 100 Prozent genesen rauskommen. Das haben wir Gott sein Dank verhindern können. Das Netzwerk war dann nicht-existent.“</p> <p>„Ihr Vater lebte in Deutschland, zahlte keinen Unterhalt, obwohl er müsste, sie verzichtete darauf, weil sie ihm nicht schaden will. Die Familie ist zerstreut, die Mutter nach Ungarn zurückgegangen und hat sie alleine in Österreich zurückgelassen.“</p> <p>„Seine Eltern haben ihm gesagt, dass er etwas gescheites werden muss, er muss studiert sein. Mit dem Druck ist er nicht klar gekommen.“</p> <p>„Das Kognitive dann wahrscheinlich auch, das Wahrnehmen dieser Interventionen, das ist dann nicht so gegeben.“</p>	<p>Die Klientin hat keine Familie mehr in unmittelbarer Umgebung. Die Mutter wandte sich von ihr aufgrund der Suchterkrankung ab. Der Vater selbst nicht erreichbar für sie, sollte Alimente zahlen, die nicht einfordert werden seitens der Klientin, um sich die Eventualität einer Beziehungsmöglichkeit zu ihrem Vater nicht zu verwehren.</p> <p>Leistungsdruck seitens der Eltern könnte ein Grund für den Drogenkonsum sein.</p> <p>Der Klient nahm sein Umfeld durch den Drogenkonsum vermutlich verzerrt war, daher wird auch vermutet, dass gewisse Interventionen nicht greifen konnten.</p>
IP3	<p>„Und dass er realistische Anforderungen an</p>	<p>Die Familie war sehr leistungsorientiert, sie wollten, dass aus ihrem Sohn etwas wird. Der Klient hatte daher auch</p>

	sich stellt, die er auch leisten kann, die er bringen kann. Das wäre halt unser Wunsch gewesen.“	zu hohen Ansprüchen an sich selbst, weswegen er immer wieder Versagen erleben musste. Dies führte vermutlich dann in den exzessiven Cannabiskonsum. Es wurde zum seiner Lebensphilosophie als Rastafari-Anhänger.
IP9		Es wurde hauptsächlich mit Freunden konsumiert, es ging nicht um eine bestimmte Wirkung, denn es wurde das konsumiert was das Umfeld gerade zu bieten hatte und gegebenenfalls auch gemischt.
IP5	„Ich glaube, dass man nicht vorwurfsvoll sein soll und Aufklärungsarbeit leiten soll. Meine Erfahrung ist, dass sich viele Jugendliche überhaupt nicht auskennen. Irgendeiner sagt, probiere das, kriegst eh etwas geschenkt und dann nehmen sie es und wissen nicht, was mit ihnen passiert.“	Die KlientInnen konnten nicht die Ressource Familie nutzen, zu den Müttern gab es keinen Kontakt, die Väter waren entweder aggressiv oder hatten kognitive Hindernisse bei der Umsetzung von Vereinbarungen mit der Einrichtung. KlientInnen nehmen Substanzen einfach ein, weil sie ihnen angeboten werden, es bedarf daher seitens der Einrichtung an Aufklärung über Substanzen und deren Wirkung.
IP2	„Und er hat dann relativ spät erfahren, also ich glaube mit 15, dass sein Vater nicht sein Vater ist. Also das hat auch der Papa nicht gewusst von ihm. Die haben sich beide gedacht, er ist der leibliche Vater und das war aber nicht so. Das hat sich dann herausgestellt. Und da hat das Ganze eigentlich dann gestartet.“	Der Klient begann mit dem Drogenkonsum, als er nach der Scheidung seiner Eltern erfuhr, dass sein Vater nicht sein leiblicher Vater ist.
IP1	„Und dort wo sie mitbringen, haben wir die Erfahrung gemacht, dass die eher kontraproduktiv sind, weil immer nur Kritik kommt.“	Familie muss nicht immer eine Ressource sein, durch Unverständnis und Kritik kann sie zum Risikofaktor werden.
IP12		Transparenz hat nicht immer eine positive Auswirkung, vor allem wenn man Transparenz herstellen muss zu Personen die eigentlich Risikofaktoren sind für KlientInnen, wie zum Beispiel Eltern.
Person		
IP6	„Ja, das war so ein Fall, wo ich sage, da ist ein	Der Klient hatte eine Bindungsstörung. Die Mutter war verschwunden und der Vater selbst drogenabhängig und nicht beziehungsfähig.

	bisschen was gegangen, aber da muss man sehen, da gibt es den Papa zu dem jungen Mann, der selbst alkoholabhängig war, auch andere Dinge konsumiert hat. Deswegen war er für sein Kind überhaupt nicht da. Die Mama ist dann verschwunden und es gab keinen Kontakt. Das heißt, er hat einen Bindungsstörung.“	
IP1	„Ja. Ich kann definitiv sagen, Personen mit einer Persönlichkeitsstörung, ganz schwierig zu handhaben, funktioniert in den meisten Fällen nicht, eine Abstinenz.“	Die Erfahrung dieses Experten zeigt, dass eine Abstinenz-Orientierung bei KlientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung nicht funktioniert hat.
IP10	„Muss man ganz gut aufpassen. Da kann es sehr, sehr, sehr, da ist es vielleicht besser, die neue Autorität als Möglichkeit des Andockens zu sehen, als eher als pädagogisches Mittel oder als alleiniges pädagogisches Mittel. Weil es da viel in diese Trennung und Spaltung bei Schizophrenie zum Beispiel geht oder in diese Kontrollgeschichte, wer kontrolliert wen.“	Ein Risikofaktor für die Anwendung von „neuer Autorität“ sind psychische Erkrankungen. Gerade bei einer Schizophrenieerkrankung soll „neue Autorität“ mehr für den Beziehungsaufbau dienen. Nicht angewendet soll das Trennen des Verhaltens von der Person werden, das Verhalten sind Symptome die nicht mehr gesteuert werden können.
Droge		
IP2	„Also das war dann auch für uns teilweise als Team gar nicht mehr so super, weil er auch in der Wohngruppe dann, als er zurückgekommen, vier XTC genommen und ja, da ist man sich halt dann nicht mehr so sicher, ob er	Der Klient konsumierte unkontrolliert und überdosiert, dies stellte ein großes Risiko für sein Leben dar. BetreuerInnen in der Wohneinrichtung mussten sein Überleben durch Rettungseinsätze sichern.

	<p>vielleicht in der Früh noch aufwacht oder nicht.“</p> <p>„Ja Speed, also wirklich, und dann hat er auch angefangen mit Benzozos, also da hat ihm zwar eigentlich nicht so gefallen, aber er hat, wie gesagt, sehr offen darüber geredet und da ist dann schon die Aussage gekommen, er hat es halt genommen, weil gerade nichts anderes da war und Hauptsache zu.“ „Also er hat halt einfach, er hat zum Beispiel noch nie Benzozos genommen und hat halt einfach gleich einmal zwei auf einmal genommen und das halt, obwohl er schon einen Alkohol konsumiert hat, wo sogar der Typ, von dem er es gekriegt hat, gesagt hat, hey, sei vorsichtig mit dem, nimm einmal nur ein bisschen was.“</p>	<p>Der Klient hat keine bestimmte Substanz bevorzugt, er betrieb einen sehr riskanten Konsum, sein Ziel war die Betäubung, auch wenn bereits Dealer ihn auf das Risiko aufmerksam machten.</p>
--	---	--

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Lisa Elena Schausberger**, geboren am **19.11.1988** in **Steyr**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Garsten, 30.12.2021



Lisa Elena Schausberger