



Pauline Quiring | Anna Sophie Stahl |
Joachim Thönnessen

In der Effektivitätsfalle – Wie hilfreich ist die professionelle Suchthilfe heute?

Eine Betrachtung von
Meso-, Makro- und Mikro-Ebene

BELTZ JUVENTA

Pauline Quiring | Anna Sophie Stahl | Joachim Thönnessen
In der Effektivitätsfalle – Wie hilfreich ist die professionelle
Suchthilfe heute?

Pauline Quiring | Anna Sophie Stahl |
Joachim Thönnessen

In der Effektivitätsfalle – Wie hilfreich ist die professionelle Suchthilfe heute?

Eine Betrachtung von
Meso-, Makro- und Mikro-Ebene

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-6965-0006-1 Print
ISBN 978-3-6965-0007-8 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Beltz Juventa
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Satz: Helmut Rohde, Euskirchen
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Dankesworte	7
1. Einleitung	9
2. Negotiated Order oder Effektivität bzw. Wirksamkeit? (J. T.)	13
2.1 Die Theorie der Negotiated Order	15
2.2 Zum Verhältnis von Effektivität und Effizienz	23
2.3 Beispiel aus der Praxis: Psychiatrische Fachkrankenhauspflege	28
2.4 Zum Verhältnis von Staat und Markt	34
2.5 Ökonomisierung des Sozialen	37
2.5.1 Organisation des Sozialen	38
2.5.2 „Optimierung“ der Sozialen Arbeit	41
2.5.3 Herausforderungen durch die Resonanztheorie	45
2.6 Qualitäts- und Wirkungsorientierung als Leitlinien	47
2.7 Das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis	51
3. Die Mesoebene: Das sozialarbeiterische Hilfesystem (J. T.)	57
3.1 Geschichte der Suchthilfe in Deutschland seit den 1980er Jahren	58
3.2 Reformprozesse	62
3.3 Diskussion: Anpassung zwischen Hilfesystem und hilfesuchenden Menschen	71
3.4 Fazit Meso-Ebene	73
4. Die Makroebene: Konsum psychoaktiver Substanzen, Gesellschaft und die Soziale Arbeit (P. Q.)	75
4.1 Teil I: Gesellschaftliche Ursachen für den Konsum psychoaktiver Substanzen	77
4.1.1 Unsere Gesellschaft ist gesund	78
4.1.2 Unsere Gesellschaft ist krank	79
4.1.3 Gesellschaftliche Ursachen für den Konsum psychoaktiver Substanzen	84

4.2	Teil II: Reaktionen der Gesellschaft auf den Konsum psychoaktiver Substanzen	<u>86</u>
4.2.1	Die gesellschaftliche Einstellung	<u>86</u>
4.2.2	Das vorherrschende Verständnis von Konsum und Abhän- gigkeit: Medizinisch-naturwissenschaftlich	<u>89</u>
4.2.3	Nationale Strategie: Die vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik	<u>91</u>
4.2.4	Exkurs: Prohibition psychoaktiver Substanzen	<u>95</u>
4.2.5	Schlussfolgerungen zu der gesellschaftlichen Reaktion	<u>100</u>
4.3	Fazit Makroebene	<u>102</u>
5.	Die Mikroebene: Konsum als Bewältigungsstrategie (A. S. S.)	<u>107</u>
5.1	Forschungsmotivation	<u>107</u>
5.2	Messbarkeit von Effektivität	<u>108</u>
5.3	Bewältigungsverhalten und Konsum	<u>109</u>
5.4	Forschung: Bewältigungsverhalten nach Reha	<u>116</u>
5.5	Ergebnisse weiterer Befragungen	<u>119</u>
5.5.1	Zufriedenheitsbefragung 2021	<u>120</u>
5.5.2	Kerndatensatz Suchthilfesystem 2023	<u>121</u>
5.5.2.1	Ambulanter Sektor	<u>121</u>
5.5.2.2	Stationärer Sektor	<u>124</u>
5.5.3	Katamnese Entlassjahrgang 2021 Alkohol & Medikamente	<u>129</u>
5.5.4	Katamnese Entlassjahrgang 2021 Drogen	<u>133</u>
5.6	Professionelle Haltung: Konsum als Bewältigungsstrategie	<u>135</u>
5.7	Fazit Mikroebene	<u>137</u>
6.	Gesamtfazit	<u>141</u>
7.	Visionen	<u>145</u>
	Die Autorinnen und der Autor	<u>147</u>
	Literaturverzeichnis	<u>149</u>
	Anhang	<u>161</u>

Dankesworte

Dieses Buch ist vielen Menschen zu verdanken, die uns auf ihrem Weg begleitet, inspiriert und herausgefordert haben. Besonderer Dank gilt all jenen, die uns Einblicke in ihre Lebensgeschichten gewährt haben – Menschen, die mit Mut, Verletzlichkeit und Ausdauer ihren Weg durch die Sucht und darüber hinaus gehen. Ihre Erfahrungen haben uns tief berührt und dieses Buch maßgeblich geprägt.

Ebenso danken wir den Kolleginnen und Kollegen aus der Sozialen Arbeit, deren Engagement, kritische Fragen und fachliche Expertise uns immer wieder motiviert haben, genauer hinzuschauen und weiterzudenken. Sie leisten täglich Großartiges, oft im Verborgenen.

Unser Dank gilt auch den Menschen, die uns während des Schreibprozesses unterstützt haben – durch Gespräche, Feedback, Geduld oder einfach durch das Vertrauen, dass dieses Projekt wichtig ist.

Herzlichen Dank dafür, dass es Euch gibt. Ohne Euch wäre dieses Buch nicht entstanden.

Besonderer Dank geht namentlich an Christiane Westerveld, die uns mit ihrer langjährigen Praxiserfahrung in der Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen informativ und stets wohlwollend begleitet hat.

1. Einleitung

Was in der US-amerikanischen Soziologie als „negotiated order“ bezeichnet wird, grenzt sich stark ab von einem „Dienst nach Vorschrift“ und von einem strikten, unhinterfragten Befolgen vorgegebener, meist schriftlich fixierter Regeln. Die „negotiated order“ gibt dem Individuum die Aufgabe, vorhandene Regeln zum angenommenen Wohle aller Beteiligten zu interpretieren.

Die Theorie der „negotiated order“ lässt sich auf eine Vielzahl von Beispielen aus der Praxis anwenden, so auch auf die Praxis der Sozialen Arbeit. Es geht hier beispielsweise um den Ermessensspielraum, den man Menschen zugesteht, es geht um Vertrauen statt Kontrolle, es geht um selbstverantwortlich handelnde Individuen und nicht zuletzt um das Wohlergehen und den Fortschritt aller Beteiligten – der Klientel, der Einrichtungen und der Professionellen. Ein solches Handlungsverständnis kann Selbstvertrauen und Arbeitszufriedenheit erzeugen, weshalb es – so eine zentrale Aussage dieses Buches – nach Möglichkeit gefördert werden sollte. Leider ist gegenwärtig oftmals das Gegenteil der Fall: Von Sozialarbeiter*innen wird erwartet, dass sie sich professionalisieren, aber die Professionalität im Sinne von Eigenverantwortung wird ihnen abgesprochen.

Die moderne Soziale Arbeit für abhängigkeiterkrankte Menschen unterstützt dabei, riskanten Konsum zu reduzieren, Abhängigkeit zu bewältigen und soziale Stabilität sowie Teilhabe wieder aufzubauen. Im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung steht sie vor der Herausforderung, Menschen mit Abhängigkeiten so zu unterstützen, dass sowohl Symptomlinderung als auch die tieferliegenden Ursachen von Abhängigkeiten berücksichtigt werden. Wichtig ist dabei die Akzeptanz dieser Menschen, so wie sie sind, und das Angebot von Unterstützungsmaßnahmen, die auf den individuellen Bedarf abgestimmt sind.

In der gegenwärtigen Praxis müssen solch' hehre Ziele oft hinter mächtigen Vorgaben und Bedingungen zurückstehen. Durch Kostendruck und Controlling-Maßnahmen wächst die Erwartung an soziale Einrichtungen, effektiv zu arbeiten und ihre Erfolge nachzuweisen. Sie werden dazu gedrängt, ihr Handeln an messbaren ‚Erfolgen‘ auszurichten und ihre Organisation dementsprechend weiterzuentwickeln. Wir bezeichnen eine solch' einseitige Ausrichtung im Folgenden als „Effektivitätsfalle“. Das, was heute als professionelle Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit gilt, geht einher mit der Ausrichtung an einer (messbaren) Effektivität sozialer Maßnahmen. Demzufolge darf eine Maßnahme nur dann als erfolgreich gelten, wenn mit einem eingesetzten finanziellen Betrag bestimmte vorab definierte Ziele erreicht werden konnten.

Wir wollen zeigen, dass eine dermaßen reduzierte Betrachtungsweise verschiedene Probleme mit sich bringen kann. Ein Beispiel: Der Erfolg sozialer

Maßnahmen wird ausschließlich oder überwiegend anhand des Erreichens vorab definierter Ziele auf Klient*innenseite – eng gekoppelt mit einer Kontrolle des Einsatzes finanzieller Ressourcen auf der Seite der Anbieter – beurteilt. Unter diesen Umständen erhöht sich der Druck auf die Einrichtungen der Sozialen Arbeit, die erzielten Wirkungen nachzuweisen. Der Erfolg sozialer Maßnahmen für Abhängigkeitserkrankte ist jedoch schwer messbar, weil viele Einflussfaktoren gleichzeitig wirken, Veränderungen oft erst langfristig sichtbar werden und geeignete Daten oder Kontrollgruppen häufig fehlen. Darüber hinaus sieht ein Erfolg für jede betroffene Person anders aus: Für manche ist es ein Rückgang des Konsums, für andere die Stabilisierung des Alltags und für wieder andere eine vollständige Abstinenz. Doch die Einrichtungen stehen unter dem Druck, den ‚Erfolg‘ ihrer Angebote nachweisen zu müssen. Dieses Dilemma, in dem sich die Mehrzahl aller Einrichtungen für abhängigkeiterkrankte Menschen befindet, entspricht dem, was wir als „Effektivitätsfälle“ bezeichnen: Die zunehmende Ökonomisierung der Sozialen Arbeit hat eine Perspektive in den Diskurs eingebracht, die sozialen Fortschritt mit ökonomischer Produktivitätssteigerung gleichsetzt. Die Soziale Arbeit steht damit vor der Herausforderung, ihre eigene Kompetenz (immer wieder aufs Neue) nachzuweisen, muss sich dazu aber anhand ökonomischer Parameter bedienen. Gegenüber diesen – von außerhalb der Sozialen Arbeit an diese herangeführten – Ansprüchen ist die Profession der Sozialen Arbeit herausgefordert, ihre komplementäre und eigenständige Kompetenz zu etablieren.

Wir wollen in diesem Buch nicht nur wiedergeben, wie es zu diesen Zwängen und Anforderungen gekommen ist. Wir möchten auch darstellen, wie sich diese Anforderungen auf den Alltag der Sozialen Arbeit, besonders in der Unterstützung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, auswirken und welche Widersprüche Sozialarbeiter*innen in ihrer Praxis erleben.

Wir untersuchen auch die gesellschaftspolitischen Auswirkungen dieser Entwicklungen und beschreiben, anhand welcher Kriterien die Soziale Arbeit in diesem Bereich organisiert wird. Ein zentraler Begriff bei dieser Analyse lautet „Managerialismus“. Managerialismus und Effektivitätsorientierung stehen in einem engen, wechselseitig verstärkenden Verhältnis: Managerialismus fördert eine starke Ausrichtung auf Effizienz und Effektivität, während Effektivitätsorientierung zugleich als zentrale Legitimation für managerialistische Praktiken dient. Managerialismus kann als Kombination normativer Erwartungen beschrieben werden. Diese bestimmen, wie Organisationen mit Hilfe betriebswirtschaftlichen Wissens gesteuert werden sollen. Dazu gehören klare Zielvorgaben, Kennzahlen, Controlling und eine starke Ergebnisorientierung. Diese Logik bringt zwangsläufig eine Fokussierung auf Effektivität und Effizienz mit sich.

In Einrichtungen für abhängigkeiterkrankte Menschen wird Managerialismus häufig mit der Hoffnung verbunden, Effizienz- und Effektivitätsgewinne zu erzielen – also bessere Ergebnisse mit weniger Ressourcen. Umgekehrt dient die Betonung von Effektivität als zentrale Rechtfertigung für die Einführung mana-

gerialistischer Praktiken. Die Idee lautet: Nur durch professionelles Management, klare Kennzahlen und betriebswirtschaftliche Steuerung könne eine Organisation ihre Ziele zuverlässig erreichen. Die beiden Konzepte Managerialismus und Effektivitätsorientierung teilen eine ökonomische Rationalität, die auf Messbarkeit, Vergleichbarkeit und Zielerreichung ausgerichtet ist. Managerialismus institutionalisiert diese Rationalität, während Effektivitätsorientierung sie in konkrete Steuerungsinstrumente übersetzt (KPIs,¹ Zielvereinbarungen, Leistungsberichte).

Diese Logik erklärt, warum managerialistische Ansätze in vielen gesellschaftlichen Bereichen – von Verwaltung über Bildung bis Kultur – an Einfluss gewonnen haben: Sie versprechen Sachlichkeit, Kompetenz und Fortschritt. Doch ist die enge Verknüpfung von Managerialismus und Effektivitätsorientierung nicht nur verstärkend, sondern auch konfliktgeladen: Professionelle Logiken (nicht nur in der Suchthilfe, sondern auch in vielen anderen Bereichen der Sozialen Arbeit sowie in Bildung und Pflege) können mit der engen Effektivitätslogik kollidieren. Der Managerialismus kann zu einer Kolonialisierung fachlicher Werte führen, wenn Effektivität nur noch betriebswirtschaftlich definiert wird.

Daher werfen wir die Frage auf, ob Methoden, die auf Empathie und Kontakt basieren, mit einem Geschäftsmodell vereinbar sind, das vor allem profitabel sein will. Unsere Hoffnung ist, dass die Widersprüche, denen Sozialarbeiter*innen in ihrer Praxis ausgesetzt sind, deutlich werden. Wir hoffen auch, dass die Ergebnisse unserer Analyse nicht auf die Suchthilfe beschränkt sind, sondern dass die dargelegten Prozesse auch von Sozialarbeiter*innen, die in anderen Bereichen als der Hilfe für abhängigkeiterkrankte Menschen arbeiten, als zentrale Herausforderungen für die Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit erkannt werden.

Wir zeigen auch auf, dass Soziale Arbeit oft nicht ausreichend auf geschlechtsspezifische Bedürfnisse eingeht. Deshalb plädieren wir für gendergerechte Sprache und Umgangs-/Handlungsweisen. Unser Ziel ist es, ein umfassendes Bild der Herausforderungen und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit im Kontext von Abhängigkeiterkrankungen zu zeichnen und Perspektiven für zukünftige Ansätze zu eröffnen.

Im Folgenden (Kapitel 2) geht es zunächst um die Frage, wie wir in die Effektivitätsfalle hineingeraten sind und was sie konkret bedeutet. Die Kapitel 3, 4 und 5 betrachten das Suchthilfesystem aus verschiedenen Perspektiven. Wir beginnen mit der Meso-Perspektive (Kapitel 3), also der Perspektive der intermediären Institutionen und ihrer Relevanz, gehen dann über zur Makroperspektive (also der Perspektive der gesellschaftlich maßgeblichen Werte und Regeln) (Kapitel 4), um dann in Kapitel 5 die Mikro-Perspektive (das ist in diesem Buch vor

1 KPIs sind quantifizierbare Messgrößen, die zeigen, wie gut ein Unternehmen, ein Team oder ein Prozess seine Ziele erreicht. Sie ermöglichen eine objektive Bewertung von Leistung und Fortschritt und helfen dabei, Trends zu erkennen, Probleme frühzeitig zu identifizieren und Verbesserungen einzuleiten. Wichtig ist, dass KPIs klar definiert, relevant, messbar und verständlich sind. Ohne valide Daten verlieren sie ihre Aussagekraft.

allem die Sichtweise der Klient*innen) zu beleuchten. In Kapitel 6 fassen wir die Ergebnisse unserer Analyse zusammen und leiten in Kapitel 7 Visionen daraus ab. Wir nennen Vorstellungen und Ideen, wie sich die Soziale Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen bestenfalls positionieren könnte.

Dieses Buch ist eine Einladung, Empathie über Effizienz zu stellen und die vielschichtigen Herausforderungen der Sucht mit einer frischen Sichtweise anzugehen. Anhand von Theorien und praktischen Beispielen werden wir unsere Hypothese begründen. Diese lautet, dass die Frage nach der Effektivität der Suchthilfe in hohem Maße von der Definition dessen abhängt, was Erfolg ist. Zusätzlich fragen wir: Besteht bei der Suchthilfe die Gefahr, dass die bürokratische Verwaltung das unterstützende Engagement von Sozialarbeiter*innen in der Arbeit mit ihrer Klientel schmälert? Und vor allen Dingen fragen wir: Wie effektiv ist die professionelle Hilfe für abhängigkeiterkrankte oder konsumierende Personen heute?

2. Negotiated Order oder Effektivität bzw. Wirksamkeit? (J. T.)

Menschen mit einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit – auch Substituierte – konsumieren im Regelfall mehrere Substanzen, die per se (z. B. Zigaretten) oder aufgrund des Mischkonsums (z. B. Heroin plus Benzodiazepine plus Alkohol) neben den erwünschten Wirkungen ein Spektrum abträglicher körperlicher, psychischer und sozialer Folgen aufweisen. In Anbetracht des Multisubstanzkonsums der Klientel der Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesektors ergibt sich die Notwendigkeit, die Konzentration auf eine einzige Substanz (beispielsweise Alkohol) oder Substanzklasse (beispielsweise illegale Drogen) aufzugeben. Eine solche Ausweitung erhöht die Vielfalt der Klient*innen und der damit verbundenen Problemlagen erheblich. Zwar ist die Suchthilfe ohnehin multidisziplinär geprägt (Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit), doch steigt bei einer Ausweitung auf die Zuständigkeit für alle Süchte der Bedarf an:

- spezifischem Wissen zu unterschiedlichen Suchtformen
- diagnostischer Kompetenz für substanzgebundene und nicht-substanzgebundene Süchte
- Therapieformen, die auf verschiedene Mechanismen der Abhängigkeit zugeschnitten sind
- Schulung im Umgang mit neuen Zielgruppen, z. B. Menschen mit Glücksspiel- oder Internetsucht

Für viele Einrichtungen bedeutet diese Veränderung eine langfristige Transformation, bei der es sich idealerweise um einen professionell begleiteten Prozess der Team- und Organisationsentwicklung handelt, der unter Einbindung der Entscheidungsträger und Mitarbeiterschaft auf strukturelle Veränderungen abzielt und deutlich über Fortbildungen für Mitarbeitende hinausgeht. Nach Joachim Körkel kann ein solcher Prozess sogar über mehrere Jahre verlaufen und beinhaltet die folgenden Komponenten:

- Auseinandersetzung mit dem einrichtungsinternen Suchtverständnis
- Personalentwicklung (Mitarbeiterschulungen) zur Aneignung von Behandlungskompetenzen in allen drei Zielarmen (Abstinenz- und Konsumreduktionsbehandlungen sowie schadensmindernde Interventionen)
- Überarbeitung der Behandlungskonzeption
- Veränderung von Arbeitsprozessen (z. B. standardmäßige, systematische Konsum- und Zielabklärung im Rahmen der Eingangsdiagnostik)

- Erweiterung der Behandlungsoptionen (Vorhalten unterschiedlich intensiver Interventionen zum Erreichen von Abstinenz, Reduktion oder Schadensminderung)
- Darstellung des zieloffenen Arbeitsansatzes in der (Fach-)Öffentlichkeit
- Sicherung der Nachhaltigkeit von ZOS² (Körkel 2018, S. 101)

Ein solcher Prozess beinhaltet auch die Abkehr vom sog. ‚Abstinenzparadigma‘. In einem übergeordneten politischen und gesellschaftlichen Kontext, wie er durch die Sucht- und Drogenpolitik repräsentiert wird, könnten Maßnahmen zur Reduktion des Konsums sowie die Minimierung von Schäden als – neben dem Behandlungsziel Abstinenz – gleichwertige Behandlungsziele eingestuft und entsprechend (fach-)öffentlich positioniert werden. Für die mit der Finanzierung von Leistungen betrauten Institutionen, wie beispielsweise Rentenversicherungen, Krankenkassen, Bezirke und Kommunen, würden sich Veränderungen hin zu einer Offenheit gegenüber Konsumreduktionsbehandlungen und Maßnahmen zur Schadensminderung ergeben.

Sie würden diese ebenso regelfinanzieren wie Abstinenzbehandlungen. Die nötige Evidenz dafür erhalten sie, wie auch die Träger und Einrichtungen der Suchthilfe, durch eine Auseinandersetzung mit den aktuellen Forschungsergebnissen zu Konsumreduktions- und schadensmindernden Ansätzen. In der Folge würden diese Träger ihre oftmals abstinenzzentrierte Grundausrichtung hinterfragen und ihre Mitarbeitenden in der Durchführung sowohl von Abstinenz-, als auch Reduktions- und schadensmindernden Behandlungen kompetent machen. Im Rahmen der Suchtselbsthilfe wären künftig Angebote für Menschen zu entwickeln, die eine Konsumreduktion anstreben oder sich nach erreichter Reduktion stabilisieren möchten (Körkel 2018, S. 101 f.).

Heute wird das Abstinenzparadigma oftmals durch ein Integrationsmodell ersetzt. Danach kann Abstinenz ein Ziel sein, aber nicht das einzige. Stattdessen geht es vermehrt um Harm Reduction, Konsumreduktion und Stabilisierung, die als gleichwertige Ziele gelten. Die Hilfen sollen niedrigschwellig, akzeptierend und realitätsnah sein. Was steht der Implementation solcher Maßnahmen im Wege? Diese Frage wird in den folgenden Kapiteln adressiert. Zunächst geht es um den theoretischen Ausgangspunkt.

2 „Zieloffene Suchttherapie“ (ZOS): Diese Therapieform legt den Fokus darauf, dass Betroffene zwar eine Veränderung im Umgang mit ihrer Sucht anstreben, aber das konkrete Ziel der Suchttherapie flexibel und offen gehalten wird. Dies kann sowohl Abstinenz als auch eine Reduktion des Substanzkonsums oder andere individuelle Ziele umfassen. Die Zieloffene Suchttherapie ist dadurch gekennzeichnet, dass sie stärker auf die individuellen Bedürfnisse und Ziele der Betroffenen eingeht, statt von vornherein eine vollständige Abstinenz als einzig akzeptables Ziel zu setzen.

2.1 Die Theorie der Negotiated Order

Der Ansatz der „negotiated order“ stammt aus der Soziologie und wurde hauptsächlich von Anselm Strauss und seinen Kolleg*innen in den 1960er und 1970er Jahren im Rahmen der sog. Grounded Theory entwickelt (z. B. Glaser/Strauss 1965, 1967, 1968, Strauss 1978). Der Begriff „negotiated order“ wurde erstmals in Verbindung mit der Forschung in Krankenhäusern verwendet, um zu beschreiben, wie soziale Ordnungen in Organisationen durch kontinuierliche Verhandlungen unter den Mitgliedern geprägt und verändert werden (z. B. Strauss et al. 1963). Der Begriff „negotiated order“ kann ins Deutsche als „ausgehandelte Ordnung“ übersetzt werden und beschreibt, wie soziale Ordnung durch kontinuierliche Verhandlungen und Interaktionen zwischen Individuen und Gruppen geschaffen und aufrechterhalten wird.

In „Negotiations: Varieties, Contexts, Processes, and Social Order“ (Strauss 1978) schildert Anselm Strauss die Grundlagen des Konzepts der ausgehandelten Ordnung. Er diskutiert verschiedene Aspekte von Verhandlungsprozessen und deren Einfluss auf die soziale Ordnung. In „Social Organization of Medical Work“ (Strauss et al. 1985) wird untersucht, wie in einem Krankenhausumfeld durch Interaktionen und Verhandlungen eine soziale Ordnung geschaffen wird. Dieses Buch bietet ein praktisches Beispiel für die Anwendung des „negotiated order“-Konzepts. In „Continual Permutations of Action“ (Strauss 1993) erweitert Strauss seine Theorie, indem er auf die Dynamik sozialer Ordnungen und die Rolle kontinuierlicher Handlungspermutationen eingeht. Und in „Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung“ (Glaser/Strauss 1967) legen Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss zwar in erster Linie die methodologische Grundlage der Grounded Theory dar. Aber auch dieses Buch informiert über das Verständnis der theoretischen Perspektive von Strauss, die auch das Konzept der ausgehandelten Ordnung beeinflusst hat.

Die zentralen Aussagen zur „negotiated order“ im Krankenhauskontext lauten:

- *Interdisziplinäre, dynamische Interaktionen:* In Krankenhäusern arbeiten viele verschiedene Berufsgruppen zusammen – darunter Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltung und unterstützende Dienste. Diese Gruppen haben unterschiedliche Rollen, Verantwortlichkeiten und oft auch unterschiedliche Sichtweisen auf die Patientenversorgung. Die „negotiated order“ entsteht durch die ständige Aushandlung von Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnissen zwischen diesen Gruppen. Soziale Ordnungen sind nicht statisch, sondern verändern sich ständig durch die Interaktionen und Verhandlungen der Beteiligten. Soziale Ordnung ist das Ergebnis andauernder Aushandlungsprozesse zwischen den Beteiligten, die ihre Interessen und Bedürfnisse einbringen.

- *Flexibilität und Anpassung:* Die Abläufe und Strukturen in Krankenhäusern sind nicht starr, sondern erfordern Flexibilität. Da jeden Tag neue Patient*innen mit individuellen Bedürfnissen hinzukommen und sich die Bedingungen in der medizinischen Versorgung ändern, müssen die Akteur*innen regelmäßig ihre Rollen und Handlungen anpassen. Dies bedeutet kontextuelle Abhängigkeit: Die Ordnungen, die durch Verhandlungen entstehen, sind stark kontextabhängig. Unterschiedliche soziale, wirtschaftliche und kulturelle Kontexte beeinflussen, wie Verhandlungen ablaufen und welche Ergebnisse diese Aushandlungen haben. Es gilt aber auch: Da Ordnungen durch Verhandlungen entstehen, sind sie flexibel und können sich leicht ändern. Veränderungen in Machtverhältnissen, Interessen oder Ressourcen können die „ausgehandelte Ordnung“ beeinflussen und zu neuen Ordnungen führen.
- *Mikro- und Makroebene:* Der Ansatz verbindet Mikro- und Makroebenen der Analyse, indem er aufzeigt, wie alltägliche Interaktionen (Mikroebene) größere gesellschaftliche Ordnungen (Makroebene) beeinflussen und umgekehrt.
- *Macht und Hierarchie:* Machtverhältnisse spielen in der „negotiated order“ eine wesentliche Rolle im Aushandlungsprozess. In Krankenhäusern existieren klare hierarchische Strukturen, die jedoch durch informelle Verhandlungsmacht ergänzt werden. Beispielsweise können erfahrene Pflegende durch ihre praktische Expertise und ihre Beziehung zu Patient*innen Einfluss auf Entscheidungsprozesse nehmen, obwohl sie formal weniger Entscheidungsbefugnis haben als Ärzt*innen. Es gilt aber auch: Unterschiedliche Machtverteilungen beeinflussen, welche Akteur*innen mehr oder weniger Einfluss auf die Ausgestaltung der sozialen Ordnung haben.
- *Kontinuierliche Verhandlungen:* Die Beziehungen und Abläufe in Krankenhäusern sind das Ergebnis kontinuierlicher Verhandlungen, die sowohl auf formellen Meetings als auch in informellen Gesprächen stattfinden. Diese Interaktionen tragen dazu bei, Spannungen abzubauen und die Arbeitsprozesse effizient zu gestalten.
- *Organisation und Wandel:* Die „negotiated order“ ist nicht nur ein stabilisierender Faktor, sondern ermöglicht auch Wandel und Innovation innerhalb der Organisation. Wenn sich die Anforderungen an das Krankenhaus ändern, etwa durch neue technologische Entwicklungen oder gesellschaftliche Erwartungen, können die Verhandlungsprozesse zur Anpassung und Verbesserung der Leistungen beitragen.

Andere Untersuchungen, die die ehemalige Pflegerin Juliet Corbin gemeinsam mit Anselm Strauss durchführte, zeigen, dass Krankenhäuser komplexe soziale Systeme sind, in denen formelle Strukturen und informelle Prozesse eng miteinander verflochten sind. Dabei hilft die „negotiated order“ zu verstehen, wie soziale Ordnung in solchen dynamischen Umgebungen entsteht und wie die tägliche

Praxis der Interaktion zur Stabilität und Anpassungsfähigkeit der Organisation beiträgt.

Der Ansatz der negotiated order ist insbesondere in der Organisationssoziologie von Bedeutung, etwa bei der Analyse von Krankenhausorganisationen, wie sie Anselm Strauss und seine Kolleg*innen durchführten. Für diesen Bereich konnten die Verfasser*innen zeigen, wie verschiedene Berufsgruppen (Ärzte, Pflege- und Verwaltungspersonal) durch ihre alltäglichen Interaktionen und Aushandlungsprozesse die Arbeitsabläufe und Strukturen einer Institution mitgestalten. Insgesamt bietet der negotiated order-Ansatz wertvolle Einblicke in die Fluidität und Anpassungsfähigkeit sozialer Strukturen und betont die zentrale Rolle menschlicher Interaktionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Ordnung in sozialen Systemen.

Anselm Strauss hat in Kooperation mit Juliet Corbin zu einem späteren Zeitpunkt ein Modell für die Pflege in Krankenhäusern und für die Arbeit mit chronisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld entwickelt. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem das Konzept der „trajectory“ verwendet (vgl. Corbin/Strauss 2004/1988). Die englische Bezeichnung „trajectory“ bedeutet wörtlich übersetzt „Flugbahn“ und verbildlicht somit den Verlauf einer chronischen Erkrankung in ihren unterschiedlichen Stadien und Phasen. Es handelt sich um ein ganzheitliches, fallbegleitendes Bezugspflegesystem, das darauf basiert, bei chronischen und sehr schweren Krankheitsverläufen die Biografie des Patienten/der Patientin (seine/ihre Lebensgeschichte) und ihr/sein soziales Umfeld einzubeziehen. Der Patient bzw. die Patientin wird als aktive*r Partner*in in den Bereichen Gesundheit, Prävention, Krankheit und Rehabilitation betrachtet. Die Bezugspflegekraft unterstützt sie/ihn dabei, ihre/seine Autonomie, Selbsthilfe und Selbstbestimmung zu fördern und sie/ihn dazu zu befähigen, ein möglichst normales Leben zu führen. Die Hilfestellung, welche die Pflegenden leisten, umfasst die Ermöglichung des Zugangs zu Ressourcen der Gesundheits- und Sozialleistungen. Zudem wird ein Versorgungskontinuum geboten und eine pflegerische Begleitung über die gesamte Fallgeschichte hinweg gewährleistet. Das Modell zielt darauf ab, Case Management in die Praxis umzusetzen (vgl. Grötken/Hokenbecker-Belke, o. J.).

Chronische Krankheiten können das psychische, emotionale und soziale Wohlbefinden der betreffenden Person deutlich beeinflussen. Die/der Betroffene ist auf Unterstützung seitens des Gesundheitssystems angewiesen, um die mit der Krankheit einhergehenden Herausforderungen zu bewältigen. Gemäß dem Trajekt-Modell (TM) ist es daher essenziell, dass zwischen der betreuenden Pflegekraft und dem Patienten/der Patientin eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut wird. Der Pflegeprozess innerhalb des TM berücksichtigt diese Grundsätze und wird in fünf Phasen eingeteilt: