

**Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades  
eines Masters in Sozialmanagement an der Alice Salomon  
Hochschule Berlin  
(Masterarbeit)**

**Innovationsprozesse und deren Einfluss-  
faktoren am Beispiel der Suchthilfe**

einreicht bei

Erstleser: Herr Prof. Dr. Bernd Maelicke

Zweitleser: Herr Dr. Hans-Dieter Bamberg

von: Manuela Müller-Färber  
Andreasberger Str. 8  
12347 Berlin  
Matr.-Nr.: 08122042  
Berlin, den 01. August 2013

## Inhalt

1. Einleitung .....	1
1.1 Die Begriffe Innovation, Innovationsmanagement und Innovationsbarriere.....	3
1.2 Zielsetzung, Design, und Methodik des Forschungsvorhabens .....	7
2. Literaturexegese: Innovation & Einflussfaktoren .....	13
2.1 Die besondere Bedeutung von Innovationen im Bereich der NPO.....	13
2.2 Die vier Dimensionen von Innovation .....	15
2.2.1 Organisationsmitglieder als Einflussfaktor .....	16
2.2.2 Organisationskultur .....	20
2.2.3 Organisationsumwelt als Einflussfaktor.....	22
2.2.4 Organisationsstruktur als Einflussfaktor .....	24
Zwischenfazit: Literaturexegese.....	26
3. Drei Fallstudien zu Innovationsprozessen.....	28
3.1 Fallstudie: „Ambulanter Suchttherapie“ .....	28
3.1.1 Förderliche Faktoren .....	31
3.1.2 Hinderliche Einflussfaktoren.....	35
3.2 Fallstudie: „Manual zum Umgang mit Beikonsum in Substitutionsprogrammen“.....	39
3.2.1 Förderliche Faktoren .....	42
3.2.2 Hinderliche Org. Mitarbeiter-Faktor – Motivationsbarrieren bei der Implementierung .....	47
3.3 Fallstudie: Schnelltests für Hepatitis C & HIV .....	48
3.3.1 Förderliche Faktoren .....	53
3.3.2 Hinderliche Faktoren.....	56
Zwischenfazit: Fallanalyse .....	58
4. Handlungsempfehlungen: Innovationsmanagement in Sozialen Unternehmen.....	61
4.1. Ein Graduelles Innovationsmanagement für Soziale Unternehmen.....	62
4.1.1 Ideengenerierungsphase: Innovationsgutscheine .....	62
4.1.2 Konzeptphase: Innovationsstipendium .....	66
4.1.3 Implementierungsphase: sukzessive Etablierung durch Pilotprojekten .....	69
4.2. Überprüfung im Lichte der Literaturexegese .....	70
5. Schlussbetrachtung .....	73
6. Literatur .....	75
7. Annex .....	1
Interview 1: Ambulante Suchttherapie.....	1
Interview 2: „Beikonsum Manual“ .....	1
Interview 3: „Schnelltests für Hepatitis C und HIV“ .....	1

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Der Innovationsprozess und seine Phasen .....	4
Abbildung 2: Übersicht zum Forschungsdesign .....	11
Abbildung 3: Literaturexegese zu den Einflussfaktoren von Innovation.....	26

# 1. Einleitung

*„Das ist das schlichte – und dabei höchst raffinierte Geheimnis der Evolution: Jede Lebensart hat nur Bestand im Wandel“.*

(Mensch 1975, S. 52 zitiert nach Britzer 1990, S. 6ff)

Innovation stellt nicht nur für wirtschaftliche oder staatliche Akteure, sondern auch für soziale Unternehmen eine bedeutende Herausforderung und ein zentrales Betätigungsfeld dar. Ganz unabhängig davon, in welchem Themenfeld Soziale Einrichtungen agieren, beim Kampf um begrenzte Fördermittel der öffentlichen Hand oder privatwirtschaftlicher Finanziers können neue Konzepte und innovative Projekte ein entscheidender Trumpf sein. Ein gutes Innovationsmanagement kann im Extremfall auch für Non-Profit-Organisationen (NPO)<sup>1</sup> eine Frage der Existenz sein. Werden essenzielle gesellschaftliche Trends verschlafen und besteht aufgrund ausbleibender Erneuerung oder konzeptioneller Verjüngung keine Möglichkeit, Zugang zu Finanzquellen zu erhalten, kann dies auch im sozialen Bereich das Ende eines Projekts oder einer ganzen Einrichtung bedeuten.

In dieser Arbeit wird Innovation in Sozialen Organisationen unter Anwendung des sog. Managementparadigma untersucht. Im Fokus stehen dabei die verschiedenen Faktoren, die Innovationsprozesse entweder fördern oder hindern. Vor dem Hintergrund, dass Innovation auch für Soziale Organisationen von zentraler Bedeutung ist und dieses Phänomen in der Forschung vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit erhalten hat, erwarten wir von dieser Studie neue Erkenntnisse und einen Mehrwert für entsprechende Fachdiskussionen.

Im ersten Teil der Arbeit wird zuerst die einschlägige Fachliteratur systematisch durchstöbert. Das Ziel dieser Literaturexegese ist es, einen holistischen Überblick über die positiven und negativen Einflussaktoren zu verschaffen. Das Ergebnis des ersten Analyseschritts ist eine umfassende Matrix die, unterteilt in die Kategorien Organisationsstruktur, -

---

<sup>1</sup> Hierbei werde ich mich auf den von Bernd Maelicke 2009 verwendeten Begriff der sog. „Sozialen NPO“ beziehen, d.h. vornehmlich auf NPO, welche karitative bzw. entgeltliche Hilfsleistungen an bedürftige Personengruppen im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens erbringen (vgl. Maelicke 2009, S. 705). Darüber hinaus werden in der vorliegenden Arbeit die „Soziale Unternehmen, Organisationen oder Einrichtungen“ synonym verwendet.

mitglieder, -kultur und -umwelt, das breite Spektrum der hinderlichen und förderlichen Faktoren in Innovationsprozessen darstellt (vgl. Zwischenfazit Literaturexegese).

Im zweiten Analyseschritt wird das kausale Wirkungsgeflecht, in dem die verschiedenen hinderlichen und förderlichen Faktoren eingebunden sind, mit Hilfe von drei detaillierten Fallanalyse entschlüsselt. Um Vergleichbarkeit herzustellen und möglichst geringe Variationen in den Kontextbedingungen sicherzustellen, stehen die Innovationsprozesse von drei verschiedenen Sozialen Unternehmen in Berlin im Fokus dieser Arbeit. Alle drei untersuchten Organisationen sind im Bereich der Suchthilfe beheimatet. Konkret handelt es sich um folgende Fallbeispiele: die Etablierung einer ambulanten Suchttherapie (1), die Einführung eines Manuals für den Umgang mit „Beikonsum“ für die Betreuungsarbeit mit Substituierten (2) und Umsetzung eines Schnelltests für Hepatitis-C und HIV bei Konsumenten von illegalen Drogen (3). Im Ergebnis erhalten wir detaillierte Einblicke zu den Wirkungsweisen verschiedener förderlicher und hinderlicher Faktoren, die insbesondere für soziale Unternehmen von zentraler Bedeutung zu sein scheinen (vgl. Zwischenfazit Fallanalyse).

Um der Managementperspektive gerecht zu werden, die für diese Arbeit als verbindliches Forschungsparadigma gewählt wurde (vgl. dazu Kap. 1.2), wird im letzten Teil dieser Arbeit, auf der Grundlage der erzielten Erkenntnisse über die förderlichen und hinderlichen Faktoren für Innovationsprozesse in Sozialen Unternehmen eine, Managementstrategie entwickelt. Konkret werden „Innovationsgutscheine“ und „Innovationsstipendien“ sowie die „Implementierung von Neuerungen mittels Pilotprojekten“ vorgeschlagen. Es ist die abschließende These sowie der zentrale praktische Mehrwert dieser Arbeit, dass es Sozialen Unternehmen mit Hilfe dieser Handlungsempfehlungen gelingen kann, Neuerungen zielgerichtet und erfolgreich einzuführen und dauerhaft in der eigenen Organisation zu etablieren.

Bevor die eigentliche wissenschaftliche Arbeit beginnen kann, sollen zunächst die drei zentrale Begriffe dieser Studie – Innovation, Innovationsmanagement und Innovationsbarrieren – definiert und erklärt werden (vgl. Kap. 1.2). Zudem soll ein konziser Überblick über Zielsetzung, Forschungsdesign, Forschungsfragen und Methodik dieser Arbeit gegeben werden (vgl. Kap. 1.2).

## **1.1 Die Begriffe Innovation, Innovationsmanagement und Innovationsbarriere**

### **1.1.1 Innovation**

Der Begriff „Innovation“ wird in der Literatur sehr vielseitig verwendet, weshalb es nicht verwunderlich ist, dass zahlreiche unterschiedliche Definitionen bestehen. Übersetzt man den aus dem Lateinischen stammenden Begriff „*novus*“ ins Deutsche, kann dieser zunächst wörtlich als „*Neuerung, Neueinführung, Erneuerung oder auch die Neuheit selbst*“<sup>2</sup> verstanden werden. Für gewöhnlich wird bei der Analyse von Innovationsprozessen Joseph Alois Schumpeter (1883-1950) eine bedeutende Rolle bei der Begriffsdefinition von „Innovation“ zugeschrieben. Der Terminus „Innovation“ wurde in der Ideengeschichte und den wissenschaftlichen Fachdiskussionen stark durch seine Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung geprägt. Schumpeter beschreibt Innovation zunächst als „*Durchsetzung neuer Kombinationen*“ und verweist auf die Vielfältigkeit des Begriffes. Er betrachtet hierbei die Fähigkeit des Unternehmers, ökonomische Prozesse weiter zu entwickeln, als zentralen Produktionsfaktor und verweist damit auf den hohen Stellenwert von Innovationen im wirtschaftlichen Handeln<sup>3</sup>.

Auch wenn hinsichtlich „Innovation“ keine allgemeingültige Begriffsbestimmung besteht,<sup>4</sup> fällt bei der Betrachtung der einschlägigen Fachliteratur auf, dass über den prozesshaften Charakter von „Innovationen“ Einigkeit herrscht.<sup>5</sup> Jan Fagerberg (2005), der in Anlehnung an Schumpeter<sup>6</sup> (1952,) zwischen „Erfindung“ (*engl. invention*) und „Innovation“ (*engl. innovation*) unterscheidet<sup>7</sup>, verweist in diesem Zusammenhang auf Folgendes: „*an important distinction is normally made between invention and innovation. Innovation is the first attempt to carry it out into practice. Sometimes, invention and innovation are closely linked, to the extent that it is hard to distinguish one from another. In many cases, however, there is a considerable time lag between the two*“.<sup>8</sup> Während eine Erfindung das erste Aufkommen von etwas Neuem ist, bedeutet „Innovation“ den Versuch, die Erfindung in die Praxis umzusetzen.

---

<sup>2</sup> Staud 1987, S. 221; vgl. hierzu auch Britzer 1990.

<sup>3</sup> vgl. Schumpeter 1952, S. 100ff; vgl. Müller-Färber 2012, S.

<sup>4</sup> vgl. hierzu auch Kessler/Ruoss 2011, S. 147.

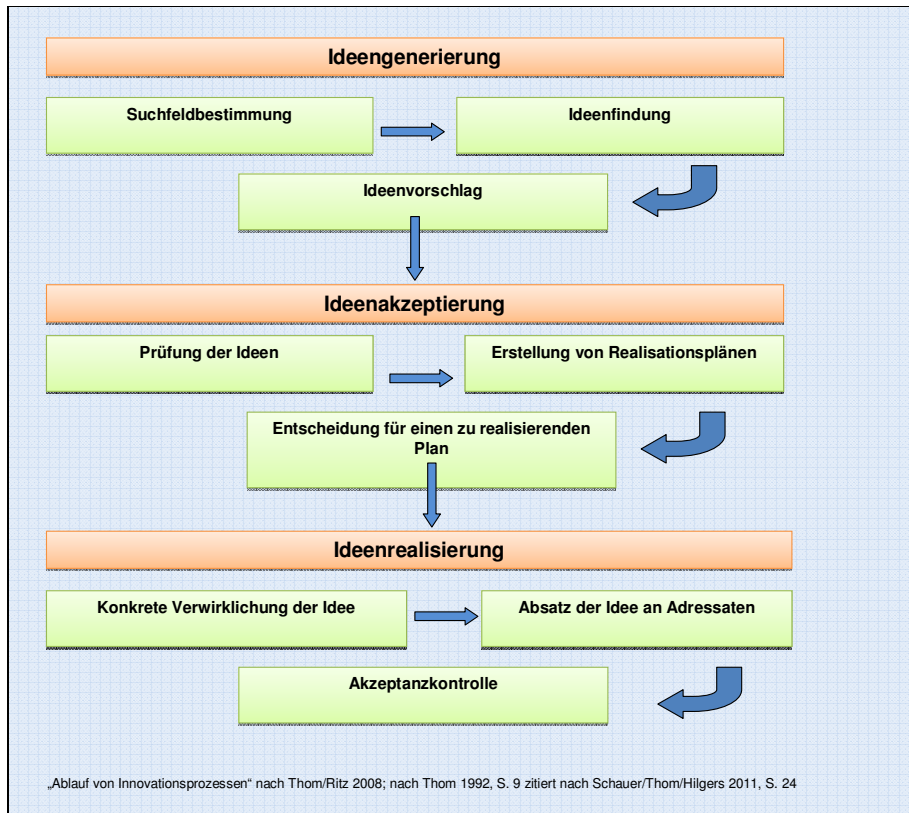
<sup>5</sup> vgl. hierzu u.a. Thom 2011, S. 24; Mirow 2010, S. 9, vgl. Fagerberg 2005, S. 101ff, vg. Hauschildt/Salomo 2007, S. ; vgl. Witte 1973, S. 7ff

<sup>6</sup> vgl. Schumpeter 1952, S. 101ff.

<sup>7</sup> vgl. Fagerberg 2005, S. 4; vgl. hierzu auch Schumpeter 1952, S. 101ff.

<sup>8</sup> Fagerberg 2005, S. 4f.

Abbildung 1: Der Innovationsprozess und seine Phasen



Einen guten Überblick über die zentralen Kernelemente des Innovationsprozesses verschafft das Modell von Brockhoff (1998), in welchem der sog. „*Innovationsprozess im weiteren Sinne*“ beschrieben wird. Hierbei unterscheidet Brockhoff (1998) zwischen der „Aktivität“, wie u.a. der Markteinführung und Marktdurchsetzung und dem „Ergebnis“, zu welchem die „Invention“, die „Innovation“, die „Diffusion“ sowie die „Imitation“ gehören<sup>9</sup>. Eine differenzierte Beschreibung des Innovationsprozesses ermöglicht des Weiteren die sehr übersichtliche Einteilung von Norbert Thom (2011) (siehe Abbildung 1). Hierbei geht er davon aus, dass Innovationen eine eigene Prozesslogik aufweisen und idealerweise aus drei Hauptphasen mit jeweils drei Unterphasen bestehen. Jede einzelne Phase zeigt dabei Besonderheiten auf und erfordert unterschiedliche Kompetenzen. Während beispielsweise in der Phase der Ideenfindung vor allem Kreativität bedeutend ist, spielen in

<sup>9</sup> Vgl. hierzu Brockhoff 1998, S. 20 sowie zur Vertiefung der sog. „*Innovationsprozess im engeren Sinne*“ S. 38

der Phase der Ideenvorschläge vor allem Organisations- und Kooperationsfähigkeit eine Rolle.<sup>10</sup>

Um ein grundlegendes Verständnis von „Innovation“ zu bekommen, macht es darüber hinaus Sinn, die unterschiedlichen Innovationsformen näher zu betrachten. Nach Draeger (1991) können Innovationen hierbei auf vielseitige Lebensbereiche übertragen werden.<sup>11</sup> Für den wirtschaftlichen Bereich wird vielfach die Einteilung „Produkt-, Verfahrens- und Sozialinnovation“ verwendet.<sup>12</sup> Während sich die „Produktinnovation“ auf die zur Verfügung gestellten Produkte oder Dienstleistungen bezieht, beinhaltet die „Prozessinnovation“ vielmehr die Neuerung von methodischen Herstellungstechniken bzw. Arbeitsmethoden sowie organisationsspezifischen Abläufen. Die „Sozialinnovation“ impliziert alle kommunikations- und mitarbeiterbezogenen Ebenen. So kann beispielsweise der Abbau bzw. Aufbau von Mitarbeiterstellen ebenso wie die Erweiterung der Qualifikationsniveaus der Mitarbeiter in diese Kategorie fallen. Auch die Verbesserung des Betriebsklimas oder der Transparenz der Führungsebene zählen zu dieser Innovationsform.<sup>13</sup>

Vor diesem Hintergrund wird in dieser Arbeit Innovation definiert als: *ein zielgerichteter Prozess, in welchem eine Idee vom ersten Auftreten an bis hin zur konkreten Umsetzung systematisch realisiert wird.*<sup>14</sup>

### **1.1.2 Innovationsmanagement**

Innovationen in ihren unterschiedlichsten Ausprägungen und Formen haben eines gemein: Ihre enorme Bedeutsamkeit für den Management-Bereich. Dies wird allein in der schon seit Jahren geführten Fachdiskussion über die adäquate Umsetzung von Methoden und Strategien im Management deutlich. Im Zentrum dieser Debatten steht dabei vor allem der Aspekt der Überlebensfähigkeit von Organisationen und damit die Frage, wie die Sicherung der Existenz von Organisationen gewährleistet werden kann, damit die unterschiedlichen Anspruchsgruppen des Unternehmens (also die Kunden bzw. Klienten, Mitarbeiter und Führungskräfte) weitgehend zufrieden gestellt werden.<sup>15</sup> Zu Recht verweist Britzer

---

<sup>10</sup> Vgl. Thom 2011, S. 24f

<sup>11</sup> vgl. Draeger 1991, S. 1ff.

<sup>12</sup> siehe hierzu auch u.a. Schreiber 2001, S. 109f; vgl. Witte 1973, S. 73ff; Maelicke 2008, S. 502

<sup>13</sup> vgl. Schreiner 2001, S. 106f. vgl. Britzer 1990, S. 9ff; vgl. hierzu auch Thom 2011, S. 22f Eine noch differenzierte Einteilung stellen die „Innovationsgrade“ von Kessler/Ruoss 2011, S. 147ff dar, die zwischen „radikaler-“, „evolutionärer-“, „expansiver-“, „inkrementeller-“ sowie „expansiver Innovation unterscheiden (vgl. Kessler/Ruoss 2011, s. 147ff).

<sup>14</sup> Eigene Definition

<sup>15</sup> vgl. Maelicke 2009, S. 794ff zitiert nach Müller-Färber 2012.



(1990) darauf, dass für den Erfolg eines Unternehmens nicht nur der Effizienzgedanke wichtig sei, sondern auch eine Vielzahl von anderen betriebswirtschaftlichen sowie organisatorischen Bedingungen erfüllt werden müssen, um als Unternehmen erfolgreich agieren zu können.<sup>16</sup> Demnach ist es nicht verwunderlich, wenn Innovationen vielfach als wesentlicher Bestandteil des Managements in Organisationen gesehen werden. Jürgen Hauschildt (2004) beschreibt Innovationsmanagement dabei als die „*dispositive Gestaltung von Innovationsprozessen*“<sup>17</sup> und verweist auf die Notwendigkeit der Trennung zwischen den Aufgaben des allgemeinen Managements und denen, die sich auf Innovationsprozesse beziehen<sup>18</sup>. Innovationsmanagement umfasst dabei „*all jene Konzepte, Methoden und Verfahrensweisen, die die systematische Förderung und Erzeugung von Innovationen als Gesamtprozesskette bis zur erfolgreichen Einführung auf dem Markt oder im Betrieb beinhalten*“<sup>19</sup>.

### **1.1.3 Innovationsbarrieren**

Hinsichtlich der Frage, nach den hinderlichen Einflussfaktoren von Innovation stößt man relativ schnell auf den in der Literatur vielfach verwendeten Termini der „Innovationsbarriere“ (IB). Britzer (1990) warnt in diesem Zusammenhang vor einer undifferenzierten Verwendung der Begriffe „*Widerstand*“, „*Hemmnis*“ und „*Barriere*“<sup>20</sup> und betont die Notwendigkeit einer Abgrenzung. In der deutschsprachigen Literatur wird oft die Definition von Witte (1973) verwendet,<sup>21</sup> der sich auf den Begriff der „Innovationsbarriere“ bezieht und diese als ein „*hemmendes, aber überwindbares Hindernis*“<sup>22</sup> beschreibt. Hierbei betont er, dass mit einer Barriere „*keine feststehende Schranke assoziiert werden [darf], die entweder geöffnet oder geschlossen ist, übersprungen oder nicht übersprungen wird.*“<sup>23</sup> Innovationsbarrieren können in jeder Phase der Innovation auftreten und den Innovationsprozess dadurch unterschiedlich beeinflussen.<sup>24</sup>

---

<sup>16</sup> vgl. Britzer 1990, S. 3.

<sup>17</sup> Hauschildt 2004, S. 30

<sup>18</sup> vgl. Hauschildt 2004, S. 30; vgl. Kerka/Kriegesmann u.a. 2007, S. 16.

<sup>19</sup> vgl. Schreiber 2001, S. 108; vgl. hierzu auch Modell von Hauschildt/Salomono 2007, S. 42.

<sup>20</sup> Britzer 1990, S. 14

<sup>21</sup> vgl. Mirow 2010, S. 10f

<sup>22</sup> Witte 1973, S. 73

<sup>23</sup> Witte 1973, S. 73

<sup>24</sup> Siehe hierzu u.a. Britzer 1990, S. 17f

## **1.2 Zielsetzung, Design, und Methodik des Forschungsvorhabens**

Bevor ich in die eigentliche Analyse einsteigen kann, stellt sich ganz zu Anfang dieser Arbeit die entscheidende Frage nach dem grundsätzlichen wissenschaftlichen Zugang, der für die Untersuchung von Innovation in NPO gewählt wird. Vor dem Hintergrund, dass diese Studie als Abschlussarbeit zum Masterstudiengang „Sozialmanagement“ verfasst wird, dürfte es nur wenig verwundern, wenn ich in diesem Zusammenhang bewusst die Management-Perspektive als zentrales Forschungsparadigma wähle. Aufgrund dieser grundsätzlichen Entscheidung soll diese Arbeit an dem selbstgestellten Anspruch gemessen werden, eine wissenschaftsfundierte aber dennoch praxisrelevante Strategie zum Innovationsmanagement zu entwickeln. Am Ende dieser Arbeit sollen also Handlungsempfehlungen stehen, die Auskunft geben, wie Innovationsprozesse in Sozialen Unternehmen sinnvoll und erfolgversprechend gestaltet werden können.

Der wissenschaftliche Management-Ansatz ist meines Erachtens nach, ein Forschungsparadigma, das sich insbesondere dadurch auszeichnet, dass die Ebene der einzelnen Unternehmen als zentraler Untersuchungsgegenstand im Fokus stehen. Charakteristisch für diesen Ansatz ist ferner, dass vor allem Fragen nach der Steuerung, der Effektivität und der Effizienz erhebliche Aufmerksamkeit gewidmet wird. Praxisrelevante und gleichzeitig wissenschaftsbasierte Strategien zu entwickeln, ist das grundsätzliche Bestreben dieses Ansatzes. Das eigentliche Zielpublikum sind Entscheidungsträger in den maßgeblichen Leitungsebenen. Vor diesem Hintergrund ist der wissenschaftliche Management-Ansatz in Stil und Duktus um eine konzise Darstellung und klare Sprache bemüht.

Sicherlich lassen sich gegenüber diesem Forschungsparadigma eine Reihe von Einwänden formulieren. Eine technokratisch und unkritische Grundhaltung sowie eine mangelnde Auseinandersetzung mit den grundlegenden Ordnungsstrukturen der Sozialpolitik bzw. der Sozialwirtschaft zählen vermutlich zu den häufigsten Vorwürfen. Trotz dieser „blinden Flecken“, die diesem Ansatz immanent sind, ist meine Wahl eindeutig und kann bedenkenlos vor dem Hintergrund eines berufsbegleitenden Studiengangs gerechtfertigt werden. Schließlich ist das Kernanliegen des Curriculums, strategische, planerische, betriebswirtschaftliche und soziale Managementkompetenzen für die Leitungsebenen von NPO zu vermitteln.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> In diesem Zusammenhang sollte auch erwähnt werden, dass die Wahl des Themas (Innovationsmanagement), des Untersuchungsgegenstands (NPOs in der Suchthilfe in Berlin) wie auch der wissenschaftlichen Herangehensweise (Management-Paradigma) auch vor dem Hintergrund der

Trotz des Fokus auf das Praktische, soll nicht außer Acht gelassen werden, dass sich der gewählte Management-Ansatz als ein sozialwissenschaftliches Forschungsparadigma versteht. Die Orientierung auf Methoden, systematische Erkenntnissuche oder Überprüfbarkeit im Sinne der wissenschaftlichen Objektivität sind somit auch für das Management-Paradigma maßgebliche Aspekte. Trotz des Bemühens, eine relevante Managementstrategie zu entwickeln, unterwirft sich diese Studie also klar und bedingungslos den Vorgaben wissenschaftlichen Arbeitens.

Wie alle Forschungsparadigmen so hat auch die Wahl der Management-Perspektive unmittelbare Folgen für die konkrete wissenschaftliche Arbeit. Bestimmte Aspekte des zu untersuchenden Phänomens treten besonders in den Vordergrund. Andere Seiten des Untersuchungsgegenstands verlieren demgegenüber an Bedeutung. Implizit wird durch die Wahl dieses Forschungsparadigmas also eine inhaltliche Priorisierung vorgegeben. Bei meiner Analyse von Innovation in NPO wird dies insbesondere in drei Punkten deutlich.

Erstens treten im Lichte des Management-Paradigmas insbesondere die unterschiedlichen Einflussfaktoren, welche die erfolgreiche Umsetzung von Innovationsprozessen fördern oder auch hindern, besonders in den Vordergrund. Das Wissen über diese Einflussgrößen ermöglicht es, unmittelbar gestaltend und steuernd auf Innovationsprozesse einzuwirken, indem förderliche Faktoren gestärkt und hinderliche Einflussgrößen minimiert bzw. vollkommen beseitigt werden. Vor dem Hintergrund, dass das übergeordnete Ziel dieser Arbeit, die Entwicklung einer Managementstrategie darstellt, sind diese Einflussfaktoren somit besonders „erforschenswert“. Andere Aspekte von Innovation, die für das Auge des unvoreingenommenen Betrachters ebenfalls von Bedeutung sein mögen – wie bspw. der Innovationsprozess, die Wirkung von Innovation auf das jeweilige Unternehmen – haben im Lichte des Management-Paradigmas eine nachgeordnete Stellung. Hinsichtlich dieser Aspekte ist eine unmittelbare praktische Relevanz und ein direkter Bezug zur strategischen Steuerung in einem geringeren Maße gegeben.

Zweitens resultiert aus dem Management-Ansatz ein grundsätzliches Interesse an einer möglichst holistischen Beschreibung des relevanten Untersuchungsgegenstandes. Aus dem Anspruch, Themen- und Problemfelder aktiv gestalten zu können, erfolgt unmittelbar die Notwendigkeit, Kenntnis über alle potenziellen und relevanten Facetten zu haben. Eine möglichst erschöpfende, ja geradezu enzyklopädische Erfassung aller hinderlichen und

---

eigenen weiteren beruflichen Planung gewählt wurden. Es soll auch unverhohlen eingestanden werden, dass die Autorin die Hoffnung hat, die im letzten Teil der Arbeit erstellten Handlungsempfehlungen zum Innovationsmanagement in NPO in ihrer beruflichen Praxis weiter zu verwenden.

förderlichen Faktoren ist durch das Management-Paradigma geboten. Eine Handlungsempfehlung zum Innovationsmanagement erscheint nur dann praxisrelevant und für das eigentliche Zielpublikum geeignet, wenn – zumindest zu einem gewissen Grad – eine Aussagekraft auch für spezielle Einzelfälle gewährleistet wird. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ausgewählten oder gar mit einem einzigen Einflussfaktor, wie sie in der sozialwissenschaftlichen Forschungspraxis durchaus üblich ist, erscheint im Lichte des Management-Paradigmas kaum zielführend. Auch wenn die Vorteile einer Detailanalyse von Teilaspekten grundsätzlich einleuchtend sind, so ist diese Herangehensweise nur bedingt vereinbar mit dem Anspruch, systematisches und Methoden-vermitteltes Wissen bereitzustellen, das sich unmittelbar für die Steuerung von Innovationsprozessen eignet.

Drittens erfordert das Management-Paradigma grundsätzlich, dass die Ursache-Wirkungs-Beziehungen, in welche der jeweilige Untersuchungsgegenstand eingebettet ist, offengelegt werden. Erst wenn wir genaue Einblicke in die entsprechenden Kausalmechanismen haben, sind wir in der Lage, sinnvoll zu steuern und zu gestalten. Fehlt uns bei der Formulierung von Managementstrategien das Wissen über Ursache-Wirkung-Beziehungen so besteht stets die Gefahr, dass die erhofften Effekte nicht erzielt werden können. Im ungünstigen Fall kommt es gar ungewollt zu negativen Nebeneffekten. Die Forderung Kausalmechanismen offenzulegen bedeutet im Kontext dieser Arbeit, dass entschlüsselt werden muss, wie sowohl die förderlichen als auch die hinderlichen Faktoren konkret auf Innovationsprozesse in NPO einwirken.

Um angesichts dieser drei zentralen Bedingungen, die das gewählte Management-Paradigma an die vorliegenden Studien stellt, ein überzeugendes und realisierbares Forschungsdesign entwickeln zu können, das meinem selbst gesteckten Ziel einer praxisrelevanten Strategie zum Innovationsmanagement gerecht wird, schlage ich eine Gliederung in drei Analyseschritte vor (vgl. Abbildung 2).

Im ersten Schritt soll ein holistischer Überblick über alle möglichen Einflussfaktoren gewonnen werden, die sich förderlich und hinderlich auf Innovationsprozesse auswirken. Folglich lautet die Forschungsfrage: *welche Faktoren können Innovation behindern oder fördern?* Antwort auf diese Frage finden wir, indem die Methode der systematischen Literaturexegese angewendet wird. In einem strukturierten Verfahren, bei dem als zentrales ordnendes Element vier grundsätzliche Dimensionen von Einflussfaktoren für Non-Profit-Unternehmen bzw. -Organisationen definiert werden (d.h. die Struktur, die Mitglieder, die Kultur und die Umwelt von Organisation bzw. Unternehmen), wird die bisherige For-

schungsliteratur zu Innovation durchsucht. Hierzu werden sowohl empirische als auch theoretische Texte in Betracht genommen. Auch wenn unter anderem Literatur berücksichtigt wird, die unmittelbar aus dem NPO-Bereich entspringt, so stammt doch die überwiegende Zahl der Texte aus der Innovationsforschung zu privatwirtschaftlichen Unternehmen. Die dichotomische Struktur des Begriffspaares der förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren erlaubt es, eigene logische Schlussfolgerung ziehen zu können, wenn Lücken in der Literatur zu diesen Fragen erkannt werden.

Im zweiten Analyseschritt gilt es dann, die Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu den verschiedenen positiven und negativen Einflussfaktoren offenzulegen. Angesichts des erheblichen Aufwands, den eine Untersuchung von Kausalmechanismen mit sich bringt und des doch recht begrenzten Ressourcen- und des Zeitbudgets, das für die Fertigstellung einer berufsbegleitenden Masterarbeit zur Verfügung steht, dürfte klar sein, dass der zweite Analyseschritt nicht für die komplette Matrix der Einflussfaktoren vollzogen werden kann.

In der Sozialwissenschaft besteht heutzutage eine erhebliche Übereinstimmung darüber, dass komplexe Ursache-Wirkungs-Beziehungen am besten in detaillierten und kleinteiligen Fallanalysen unter Anwendung von qualitativen Forschungsmethoden entschlüsselt werden. Dieser Weg soll auch in dieser Arbeit eingeschlagen werden. In drei Fallbeispielen wird versucht, förderliche und hinderliche Faktoren zu identifizieren und deren konkrete Wirkungsweise offenzulegen. In allen drei Fällen handelt es sich um Innovationsprozesse in Suchthilfeeinrichtungen. Alle drei Einrichtungen haben ihren Standort in Berlin.<sup>26</sup> Als Erhebungsmethode wurden „semi-strukturierte Experteninterviews“ gewählt. Interviewt wurden zentrale Akteure, die innerhalb der drei Innovationsprozesse eine wichtige Rolle gespielt haben. Die Wahl fiel auf diese Erhebungsmethode, da alternative Vorgehensweisen zur Erfassung der jeweiligen Innovationsprozesse – wie bspw. Quelle- oder Dokumentenanalysen – nicht zugänglich waren. Für die Datenanalyse wurde gezielt die Auswertungsmethode der „qualitativen Inhaltsanalyse“ gewählt, wobei versucht wurde, in „hermeneutischen Zirkeln“ die innere Struktur der Interviews zu entschlüsseln. Im Sinne des qualitativen Wissenschaftsverständnisses ist es Ziel, die grundlegenden Muster der jeweiligen Texte in ihrer spezifischen Kontextgebundenheit offenzulegen. Vor diesem Hinter-

---

<sup>26</sup> Konkret handelt es sich um: (1) die Etablierung einer ambulanten Suchttherapie (2) die Einführung eines Manuals für den Umgang mit „Beikonsum“ in der Betreuungsarbeit mit Substituierte (3) die Einführung eines Schnelltests für Hepatitis C und HIV bei Konsumenten von illegalen Drogen. Die Wahl fiel auf diese drei Fälle, da es sich um eine der drei wichtigsten Suchthilfeeinrichtungen in Berlin handelt. Alle Fälle wurden anonymisiert und Namen von Einrichtungen und Personen entsprechend geändert.

grund soll im zweiten Analyseschritt dieser Arbeit folgende Forschungsfrage nachgegangen werden: *wie fördern bzw. hindern die in den Fallstudien identifizierten Einflussfaktoren die jeweiligen Innovationsprozesse?*

**Abbildung 2: Übersicht zum Forschungsdesign**

Analyseschritte	Forschungsfrage	Methodische Umsetzung	Ergebnis
<b>1. Holistischen Überblick</b>	<i>„Welche Faktoren können Innovation behindern oder fördern?“</i>	Systematische Literaturexegese u. logische Schlussfolgerungen zu evtl. Lücken in der Forschungsliteratur	Umfassende Matrix zu förderlichen u. hinderlichen Faktoren in Innovationsprozessen
<b>2. Kausales Wirkungsgeflecht</b>	<i>Wie fördern bzw. hindern die in den Fallstudien identifizierten Einflussfaktoren die jeweiligen Innovationsprozesse?</i>	Detaillierte u. kleinteilige Fallanalyse unter Anwendung der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse	Detaillierte Offenlegung von Kausalwirkung einzelner förderlicher und hinderlicher Faktoren
<b>3. Strategie zum Innovationsmanagement in NPOs</b>	<i>welche praxisrelevanten Handlungsempfehlungen lassen sich vor dem Hintergrund der Ergebnisse des zweiten Analyseschritts identifizieren und haben diese auch Aussagekraft angesichts der Ergebnisse des ersten Analyseschritts?</i>	Im ersten Schritt eine initiale Skizze von Handlungsempfehlungen auf der Grundlage der Ergebnisse des zweiten Analyseschritts. Im zweiten Schritt: Prüfung ob Management-Skizze auch Relevanz für die Ergebnisse des ersten Analyseschritts hat.	Praxisrelevante Handlungsempfehlungen für das Innovationsmanagement in NPOs

Das Problem, dass nur einzelne Einflussfaktoren hinsichtlich der Kausalmechanismen untersucht werden und nicht das gesamte Spektrum der entwickelten Matrix, lässt sich aufgrund des knappen Zeitbudgets in diesem Fall nicht auflösen. Auch wird nicht systematisch überprüft oder gar getestet, ob und in welchem Maße die verschiedenen, aus der Literatur abgeleiteten Einflussgrößen tatsächlich für Innovationsprozesse in NPO relevant sind. Dennoch erfolgt im zweiten Analyseschritt eine gewisse „empirische Erdung“ zumindest Teile der vorangegangenen Literaturexegese.

Im letzten Analyseschritt geht es schließlich darum, auf der Grundlage der Ergebnisse der beiden vorangegangenen Teilabschnitte eine Strategie zum Innovationsmanagement zu formulieren. Dabei konzentriere ich mich zuerst auf die Ergebnisse, die zu den einzelnen Wirkungsfaktoren in der detaillierten Kausalanalyse während des zweiten Analyseschritts gewonnen wurden. Auf dieser Grundlage nehme ich die initiale Formulierung einer Managementstrategie vor. Das Ziel ist dabei, ein möglichst praxisrelevantes Konzept zu entwerfen, das die förderlichen Einflussfaktoren stärkt und die verschiedenen Innovationsbarrieren mindert oder gar vollkommen beseitigt.

Nachdem auf diesem Weg eine erste Skizze zur Strategie entworfen wurde, gilt es, in einem zweiten Schritt zu überprüfen, ob die entwickelten Handlungsempfehlungen auch

einen Bezug zu den weiteren Einflussfaktoren der Literaturexegese aufweisen, die in der detaillierten Fallanalyse keine Rolle gespielt haben. Schließlich soll die Managementstrategie das Potenzial haben auch auf die anderen, bisher nicht berücksichtigten Einflussgrößen eine Antwort zu geben. Auch wenn das Wissen hierzu begrenzt ist – insbesondere über die entsprechenden Kausalmechanismen – so sollte mittels der vorgeschlagenen Strategie auch zu diesen Einflussfaktoren grundsätzlich die Möglichkeit bestehen, negative Einflüsse zu minimieren oder gar zu beseitigen sowie positive Faktoren zu fördern. Auf der Grundlage dieser Prüfung muss gegebenenfalls die bereits erstellte Skizze zur Managementstrategie geändert und neuakzentuiert werden. Somit lautet die zentrale Aufgabenstellung zum dritten Analyseschritt: *welche praxisrelevanten Handlungsempfehlungen lassen sich vor dem Hintergrund der Ergebnisse des zweiten Analyseschritts identifizieren und haben diese auch Aussagekraft angesichts der Ergebnisse des ersten Analyseschritts?*

## **2. Literaturexegese: Innovation & Einflussfaktoren**

Dieses Kapitel zielt primär darauf ab, den theoretischen Bezugsrahmen zu schaffen und zu klären, welche zentralen Einflussgrößen von Innovation bestehen und welche förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren zusammengefasst werden können. Hierfür sollen die wichtigsten theoretischen Bezüge dargestellt und als Fundament dieser Arbeit in einem holistischen Literaturüberblick zusammengefasst werden. Dazu wurden relevante Ansätze der einschlägigen Fachliteratur systematisch untersucht und auf wesentliche Inhalte überprüft. Um die Frage, welche Faktoren für innovatives Verhalten bedeutend sind, umfassend beantworten zu können, macht es Sinn, nicht unmittelbar in vorhandene theoretische Konzepte und Ansätze einzusteigen, sondern direkt vier übergeordnete Ebenen zu identifizieren, in denen die wichtigsten Einflussfaktoren eingebettet sind. Diese Vorgehensweise hat den entscheidenden Vorteil, dass die Komplexität sowie die Unübersichtlichkeit, die in der Literatur zu diesem Thema herrscht, auf die wesentlichen Inhalte reduziert werden kann. Somit wird eine holistische Übersicht über die bisherige Forschung ermöglicht.

Bevor im folgenden Abschnitt auf die einzelnen Dimensionen eingegangen wird, soll zunächst der besondere Stellenwert von NPO, die als wichtige Akteure der Sozialwirtschaft identifiziert werden können, im Kontext innovativer Prozesse herausgearbeitet werden.

### ***2.1 Die besondere Bedeutung von Innovationen im Bereich der NPO***

Ungeachtet der Tatsache, dass zwischen NPO und For-Profit-Organisationen (FPO) wesentliche Unterscheidungsmerkmale bestehen, ist beiden gemein, den Ansprüchen der Effektivität und der Effizienz genügen zu müssen. Beide stehen vor der Herausforderung, mit knappen finanziellen Ressourcen wirtschaften zu müssen. Beide Organisationsformen sind auf Finanzmittel angewiesen und benötigen einerseits die Leistungsfähigkeit und Kompetenzen der Mitarbeiter sowie die Steuerungs- und Kontrolltätigkeit auf der Managementebene. Daraus ergeben sich bezüglich bestehender Innovationskonzepte viele Parallelen.



Deshalb haben viele theoretische Ansätze für beide Bereiche Relevanz.<sup>27</sup> Dennoch erfordert die Betrachtung der einschlägigen Fachliteratur zum Thema „Innovation“, die sich primär auf wirtschaftliche Unternehmen bezieht, eine differenzierte Betrachtungsweise. Trotz allen Gemeinsamkeiten, die zwischen NPO und FPO bestehen mögen, zwingen die dennoch bestehenden Unterschiede in diesem Zusammenhang zu einem Vorgehen mit Augenmaß.<sup>28</sup> Bei der „Übersetzung“ von Ansätzen und Konzepten, die ursprünglich aus einem wirtschaftswissenschaftlichen bzw. betriebswirtschaftlichen Kontext entspringen, ist also stets eine gewisse Vorsicht angebracht. So verweist Jürgen Habermas (1973) bei Innovationen in der Sozialwirtschaft<sup>29</sup> auf die Bedeutung des Aspektes der Sozialintegration, also dem Ziel der spezifischen Weiterentwicklung gesellschaftlicher Prozesse einerseits und der Förderung des Individuums bzw. der menschlichen Persönlichkeit andererseits. Demzufolge ist hier das soziale System sowie der „lebende Mensch“ Gegenstand der Innovationsforschung.<sup>30</sup> Im Zentrum des Betätigungsfeldes von NPO stehen vor allem gesellschaftliche und individuelle Problemlagen sowie die Frage nach deren adäquater Bewältigung. Deshalb wird NPOs in der Innovationsforschung eine besondere Rolle zugeschrieben.<sup>31</sup> Diese wichtigen Unterscheidungsmerkmale zwischen NPO und FPO kommen auch in den Annahmen Schreibers (2001) zum Ausdruck: *„NPO bieten nicht irgendwelche selbst entwickelten Produkte auf einem freien Markt an, der von souveränen Konsumenten dominiert wird, sondern erbringen überwiegend im Rahmen wohlfahrtstaatlicher Ziele und Normen definierte, als Ansprüche verrechtlichte und durch externe Kostenträger finanzierte sozialpädagogische Dienstleistungen.“*<sup>32</sup> Dabei stehen nach Schreiber (2001) bei NPO vor allem der kreative Einsatz sowie die organisatorische Neugestaltung vorhandener Leistungen im Vordergrund. Hinsichtlich des Innovationsmanagements in NPO gehe es vor allem darum, zum einen die klientenbezogenen Dienstleistungen hinsichtlich der spezifi-

---

<sup>27</sup> Siehe hierzu auch Maelicke 2009, S. 707 und das Schaubild „Gemeinsame Eigenschaften und Probleme von FPO und NPO/SWO in Anlehnung an Schwarz u.a. 1999/2009, S. 32

<sup>28</sup> Siehe hierzu auch Müller-Färber 2012, S. 13f; vgl. hierzu auch Schneider/Minning/Freiburghaus 2007, S. 16ff; vgl. Graf/Spengler 2008, S. 18f

<sup>29</sup> In der vorliegenden Arbeit wird hierbei unter Sozialwirtschaft die „Gesamtheit der relevanten, komplexen und verschiedenartigen wirtschaftlichen Tätigkeiten, die weder unter den herkömmlichen privaten noch unter den öffentlichen Bereich im strengen Sinne fallen [verstanden]. Damit werden die wirtschaftlichen Aktivitäten von Genossenschaften, Gegenseitigkeitsgesellschaften und gemeinnützigen Vereinen in einem dritten Sektor neben Staat und Unternehmen (Markt) zusammengefasst“ (Maelicke 2008, S. 954).

<sup>30</sup> vgl. Habermas 1973 zitiert nach Maelicke 2008, S. 502, vgl. hierzu auch Müller-Färber 2012, S. 3f

<sup>31</sup> vgl. Kessler/Ruoss 2011, S. 156f.

<sup>32</sup> Schreiber 2001, S. 109

schen Bedürfnisses des Klientels zu verbessern und zum anderen den zum Teil sehr konträren Ansprüchen der Leistungsträger gerecht zu werden, bei denen insbesondere der Ansatz des effizienten und effektiven Ressourceneinsatzes im Vordergrund steht.<sup>33</sup>

## **2.2 Die vier Dimensionen von Innovation**

In Anbetracht der einschlägigen Fachliteratur lassen sich vier zentrale Größen zusammenfassen.<sup>34</sup> Alle Einflussgrößen, die auf Innovationsprozesse wirken, sowohl die hinderlichen als auch die förderlichen Faktoren, können – so die zentrale These der einschlägigen Literatur – durch diese vier Kategorien erfasst werden: (1) die Ebene der *Organisationsmitglieder*, (2) die Ebene der *Organisationskultur*, (3) die Ebene der *Organisationsstruktur* und (4) die Ebene der *Organisationsumwelt*. Während es hinsichtlich der Ebene der Organisationsmitglieder und Organisationskultur vor allem um die Motivationen der einzelnen Mitarbeiter bzw. explizite und implizite Normen sowie Wertvorstellungen in der Organisation geht, beinhaltet die Dimension der Organisationsstruktur vornehmlich die strukturellen und strategischen Eigenschaften eines Unternehmens und damit die Frage, wie diese die Innovationskraft einer Organisation beeinflussen. Die Ebene der Organisationsumwelt bezieht sich darüber hinaus vor allem auf die jeweiligen Eigenschaften des Umfeldes einer Organisation wie beispielsweise die rechtlichen oder politischen Gegebenheiten.

In gewisser Weise lassen sich diese zentralen Kategorien auch in dem viel zitierten „Situativen Ansatz“ wiederfinden, der nach Britzer (1990) als „*bedeutender organisationstheoretischer Beitrag zur Identifizierung organisatorischer Innovationshemmnisse*“<sup>35</sup> gesehen werden kann. Der „Situative Ansatz“ geht davon aus, dass erhebliche Unterschiede zwischen den organisationspezifischen Strukturen sowie den Verhaltensweisen der Individuen in Unternehmen bestehen.<sup>36</sup> Die daraus verschieden ausgeprägten Unternehmensstrukturen würden sich dabei wiederum durch die unterschiedlichen situativen Bedingungen der Organisation erklären lassen, welche für die optimale Gestaltung von Organisationen ausschlaggebend seien. So werden nach diesem theoretischen Konzept beispielsweise die Unternehmensgröße oder die Wettbewerbssituation (situative Variablen) sowie die Organisationsstruktur oder die Unternehmenskultur (organisa-

---

<sup>33</sup> vgl. Schreiber 2001, S. 109f

<sup>34</sup> vgl. hierzu u.a. Britzer 1990, S. 14, Thom 1980, S. 135; Witte 1973, S. 7ff; Mirow 2010, S. 13

<sup>35</sup> Britzer 1990, S. 18

<sup>36</sup> vgl. Wöhrle 2000, S. 18;

tionale Variablen) als wichtige Analysefaktoren zur Effektivitäts- bzw. Innovationsbestimmung gesehen.<sup>37</sup>

Allerdings weist dieser Ansatz vielen Autoren<sup>38</sup> zufolge wesentliche theoretische Lücken auf und vernachlässigt zahlreiche Einflussfaktoren. So werden soziale Aspekte, die sich unter dem Begriff der Organisationskultur zusammenfassen lassen (wie u.a. Normen, Wertvorstellungen, Konflikte sowie das Machtgefüge in einer Organisation) durch den „Situativen Ansatz“ nicht in adäquater Weise berücksichtigt. Auch bei der Analyse von Organisationen ist der Blickwinkel dieses Ansatzes – so der Einwand der Kritiker – vornehmlich auf die Ebene des Managements reduziert. Eine differenzierte Betrachtungsweise, die Aspekte jenseits der Leitungsebene erfassen will, wird dadurch erschwert. Des Weiteren wird das Verhalten der Organisationsmitglieder und deren Bedeutung für Organisationsprozesse durch den „Situativen Ansatz“ nicht zufriedenstellend untersucht.<sup>39</sup>

### 2.2.1 Organisationsmitglieder als Einflussfaktor

Betrachtet man zunächst den Aspekt des Individuums bzw. der einzelnen Mitarbeiter ist grundsätzlich festzuhalten, dass *„Innovation (...) nicht vom Himmel [fällt] (...). Sie muss gelebt werden – in erster Linie von den Führungskräften und MitarbeiterInnen. Damit obliegt es jedem einzelnen (...) jene Rahmen – und Umfeldbedingungen zu schaffen, die innovationsfördernd wirken können“*<sup>40</sup>. Schließlich sind es die in einer Organisation tätigen Personen, die neue Prozesse initiieren bzw. diese verlangsamen oder gar verhindern können. Dabei zählen zu den in einer Organisation tätigen Individuen nicht nur die einzelnen Mitarbeiter, sondern auch alle Führungs- und Leitungskräfte, die als Entscheidungsträger für das Vorantreiben von Innovationsprozessen eine zentrale Rolle einnehmen. Witte (1973) geht dabei davon aus, dass Innovationen zunächst immer einem gewissen Widerstand ausgesetzt sind, da Menschen grundsätzlich dazu tendieren, an gewohnten und vertrauten Strukturen festzuhalten<sup>41</sup>. Auch Hauschildt und Salomo (2007) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass Innovationen nicht grundsätzlich willkommen sind und häufig mit Ängsten und massiven Vorbehalten einhergehen. So würden Innovationen im-

---

<sup>37</sup> vgl. Derenthal 2009, S. 65f, siehe hierzu auch Darstellung von Derenthal, S. 60 in Anlehnung an Homburg/Kromer 2006, S. 207

<sup>38</sup> vgl. u.a. Britzer 1990, S. 23f; vgl. Derenthal 2009, S. 66f; vgl. Mirow 2010, S. 21ff

<sup>39</sup> vgl. Britzer 1990, S. 23f,

<sup>40</sup> Flatz 2011, S. 57, vgl. hierzu auch Müller-Färber 2012, S. 9

<sup>41</sup> Vgl. Witte 1973, S. 13

mer auch eine enorme Veränderung gewohnter Arbeitsweisen implizieren, was die grundsätzliche Innovationsbereitschaft der Mitarbeiter hemmen würde. Daher müsse man bei innovativen Vorhaben generell mit Widerständen rechnen, was auch in der Geschichte der Innovation zum Ausdruck kommt, die von den Autoren als eine „Geschichte des Widerstandes“ beschrieben wird.<sup>42</sup>

Fasst man die in der Literatur beschriebenen individualistischen Innovationsmodelle zusammen, die sich überwiegend mit personalen Eigenschaften von Personen beschäftigen, können vor allem drei Aspekte festgehalten werden. Zum einen wird die *Motivation* der Mitarbeiter als zentrale Basis für Innovationstätigkeiten und zum anderen gewisse *Fähigkeiten* des Individuums als Motor für innovative Prozesse gesehen.<sup>43</sup> Darüber hinaus wird auch das *Risikoverhalten* als Aspekt für Innovationstätigkeit diskutiert. Im folgenden Abschnitt sollen daher diese drei Gesichtspunkte näher durchleuchtet werden.

#### a) *Motivation der Mitarbeiter*

In vielen individualistisch argumentierten Ansätzen zu Innovation spielt der Aspekt der Motivation eine wichtige Rolle.<sup>44</sup> Sie wird als wichtiger Baustein innovativen Handelns gesehen.<sup>45</sup> Motivation kann hierbei als „eine Kombination verschiedener Kräfte definiert werden, welche sowohl innerhalb eines Individuums entstehen, als auch durch äußere Faktoren beeinflusst werden können. Diese initiieren das Verhalten von Individuen und beeinflussen seine Form, Richtung, Intensität und Dauer“.<sup>46</sup> Diesen Annahmen folgend, geht Christoph Mirow 2010 davon aus, dass innovative Tätigkeiten einen intrinsischen Drang erfordern, der zu aktiven Veränderungsprozessen motiviert. Veränderungen verlangen grundsätzlich gewisse Einschränkungen wie u.a. zeitliche Ressourcen, oder Engagement. Die intrinsische Motivation kann hierbei als eine Art Motor für innovatives Verhalten gesehen werden, der dazu dient, unangenehme Aspekte von Innovationsprozessen zu überwinden. Des Weiteren ist die Motivation zur Veränderung auch vom Status quo abhängig bzw. vom Bedürfnis, diesen zu verändern. Erst wenn ein Bedürfnis des Wandels besteht

---

<sup>42</sup> Hauschildt/Salomo 2007, S. 41f

<sup>43</sup> Vg. Mirow 2010, S. 39ff, vgl. Gärtner 2007, S. 100ff

<sup>44</sup> Vgl. Fliaster 2007, S. 158; vgl. Mirow 2010, S. 39ff; vgl. Amabile 1988, S. 133

<sup>45</sup> Vgl. Böhmisch 1979, S. 30

<sup>46</sup> Böhmisch 1979, S. 30

und die aktuelle Situation als negativ wahrgenommen wird, sind die Chancen hoch, dass Innovationsprozesse vorangetrieben werden.<sup>47</sup>

Wie wichtig die Innovationsbereitschaft der Mitarbeiter ist, wird auch in dem von Thom (2011) beschriebenen Aspekt des „Nicht-Wollens“ beschrieben. Thom spricht dabei von sogenannten „Willensbarrieren“, welche die unzureichende Bereitschaft der Mitarbeiter, Innovationsprozesse mitzugestalten, erfassen.<sup>48</sup> Hinsichtlich der in einem Unternehmen tätigen Akteure spielen neben allgemeinen Vorbehalten gegenüber Veränderungsprozessen auch der Aspekt der mangelnden Identifikation mit dem Beruf und der Organisation eine Rolle. Auch bei Führungskräften könne diese Barriere auftreten, wenn neue Ideen und Anregungen der Mitarbeiter von Entscheidungsträgern nicht adäquat geprüft und an der Realisierung von Innovationen nicht mitgewirkt werden würde.<sup>49</sup>

#### *b) Fähigkeiten der Individuen*

Dieser Aspekt wird in der Literatur ganz unterschiedlich aufgegriffen. Zum einen spricht Mirow (2010) in diesem Zusammenhang von „kognitiven Fähigkeiten“, die sich durch das Zusammenführen von individuellen Bedürfnissen, den gegebenen Norm- sowie Wertvorstellungen und der Entscheidungskompetenz des Einzelnen ergeben. Diese „kognitiven Fähigkeiten“ würden dabei auf der einen Seite zur Verarbeitung neuer Informationen und auf der anderen Seite zur Weiterentwicklung vorhandener Informationen zu neuen Ideen dienen und seien somit für die Umsetzung von innovativen Vorhaben entscheidend.<sup>50</sup> Auch Gärtner (2007) betont den hohen Stellenwert von kognitiven Fähigkeiten und bezeichnet sie als „*Quelle von Innovationen*“<sup>51</sup>. Neben Mirow und Gärtner vertreten Hauschildt und Salomo (2005) ähnliche Annahmen und schreiben der Fähigkeit, Problemen kreativ und intellektuell begegnen zu können, eine wichtige Rolle zu. Diese Fähigkeit der Mitarbeiter soll sich positiv auf den Innovationsprozess auswirken.<sup>52</sup> Besondere personenbezogene Fähigkeiten, die zur Förderung von Innovationen bedeutend sind, werden darüber hinaus von Eberhard Witte (1973) im sog. „Promotorenmodell“ erörtert. Laut Witte sind Promotoren Menschen, die aktiv zur Förderung eines Innovationsprozesses beitragen. Hierbei wird in der betriebswirtschaftlichen Innovationsforschung davon ausgegangen, dass mindestens

---

<sup>47</sup> Vgl. Witte (1973), S. 7; vgl. Mirow 2010, S. 40

<sup>48</sup> Vgl. Thom (2011), S. 26

<sup>49</sup> vgl. Thom 2011, S. 26

<sup>50</sup> Vgl. Mirow 2010, S. 40ff

<sup>51</sup> Gärtner 2007, S. 100f; vgl. Gebert 2002, S. 29ff

<sup>52</sup> Hauschildt/Salomo 2005, S. 7

ein Promotorengespann notwendig ist, um Innovationen erfolgreich umzusetzen. Im „Promotorenmodell“ werden folgende „Promoter“ beschrieben: Machtpromoter, d.h. Personen, die Innovationsprozesse legitimieren; Prozess- bzw. Beziehungspromotoren, d.h. Personen, die den Prozess und die beteiligten Akteure zusammenführen; und Fachpromotoren, d.h. Personen, die über das fachspezifische und methodische Wissen verfügen.<sup>53</sup>

Wie wichtig bestimmte individuelle Fähigkeiten für Innovationen sind, wird darüber hinaus auch in Thom (2011) Ansatz aufgegriffen, in dem sogenannte *Fähigkeitsbarrieren* beschrieben werden. Hierbei sieht Thom nicht nur in fehlendem Wissen eine wichtige Innovationsbarriere, sondern auch in dem Nichtvorhandensein von elementaren Fertigkeiten, die für die Umsetzung von Innovationsvorhaben bedeutend sind. Ursächlich für diese Barriere ist somit das „Nicht-Können“ der Mitarbeiter.<sup>54</sup> Diese Barriere kann nach Vahs (2009) darüber hinaus eine gewisse Verhaltensträgheit implizieren, die sich aus der mangelnden Fähigkeit der Individuen, bestehende Verhaltens- und Denkmuster zu durchbrechen, ergeben kann.<sup>55</sup>

Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang ergibt sich darüber hinaus aus den von Thom (2011) beschriebenen *Wissensbarrieren*. Diese Barrieren betreffen fehlendes Wissen über gewisse Informationen, Prozesse oder Personen, die im Zusammenhang mit den vielschichtigen Aufgaben von Innovationen stehen und beziehen sich auf das Merkmal des „Nicht-Kennens“.<sup>56</sup> Diese Barrieren fußen auf einer mangelnden Informations- und Kommunikationspolitik in der Organisation, die dann Innovationen verhindert.<sup>57</sup>

### c) Risikoverhalten der Mitarbeiter

Ein weiterer Punkt, der diesem Einflussfaktor zugeordnet werden kann, ist das Risikoverhalten der Mitarbeiter, das für Innovationsvorhaben bedeutend sein kann. Nach Vahs (2009) lassen sich Widerstände insbesondere darauf zurückführen, dass Innovationen immer mit Veränderungsprozessen und dem Verlust von Sicherheit sowie Stabilität einhergehen. Dieser Verlust ist dabei immer auch mit Unsicherheiten und Ängsten verbunden,<sup>58</sup> die

---

<sup>53</sup> vgl. Witte 1973, S. 15; vgl. hierzu auch Hauschildt/Salomon 2007, S. 230f; Gärtner 2007, S. 101ff; Müller-Färber 2012, S. 10; Witte 1998, S. 16ff

<sup>54</sup> Vgl. Thom 2011, S. 26; vgl. hierzu auch Müller-Färber 2012, S. 10

<sup>55</sup> Vgl. Vahs 2009, S. 343f

<sup>56</sup> Thom 2011, S. 26

<sup>57</sup> vgl. Thom 2011, S. 26; vgl. hierzu auch Herstatt/Buse 2007, S. 14; vgl. hierzu auch Müller-Färber 2012, S. 9f

<sup>58</sup> Vgl. Vahs 2009, S. 343f

schließlich die Risikobereitschaft der Mitarbeiter, Innovationen voranzutreiben, mindern können. Britzer spricht in diesem Zusammenhang von *Risikobarrieren*, welche u.a. aus der Angst vor Blamage, Zurückweisung oder Misserfolg resultieren können.<sup>59</sup>

## 2.2.2 Organisationskultur

Neben der Bedeutung individueller Komponenten ist auch die Ebene der Organisations- bzw. Unternehmenskultur als Einflussfaktoren von Innovation zentraler Gegenstand der einschlägigen Fachdiskussionen. Organisationskultur, die hier als *„die Gesamtheit von Wertvorstellungen, Überzeugungen, Denkhaltungen und Normen, welche das Verhalten von Führungskräften und Mitarbeitern der gesamten Organisation (...) prägen“*<sup>60</sup> verstanden werden soll, wird nicht nur von der Forschung als ein wichtiger Gestaltungsfaktor betrachtet. Auch in Managementkreisen zählt Organisationskultur zu den „hot topics“.<sup>61</sup>

Nach Kerka et. al. (2007) stellt die Unternehmenskultur als sog. „weiche Variable“ neben den „hard facts“ – wie zum Beispiel Technologie oder Organisationsstruktur – eine zentrale Einflussgröße dar und kann für Unternehmen als wichtiger Erfolgsschlüssel gesehen werden. Auch Bate (1997) beschreibt die Organisationskultur als ein *„im Wesentlichen implizites Phänomen“*.<sup>62</sup> Ungeachtet dieser Bedeutsamkeit verweisen Kerka et al. (2007) in diesem Zusammenhang zurecht darauf, dass *„`Sein und Schein` des Konzeptes Unternehmenskultur“*<sup>63</sup> nur schwer greifbar sind, da die Unternehmenskultur häufig auch durch informelle Strukturen und Normen gekennzeichnet ist.

### a) Loyalitätsgefühl gegenüber dem Unternehmen

Hinsichtlich der Frage, welche Faktoren innovationsorientierte Unternehmenskulturen auszeichnen, können verschiedene Einflussgrößen zusammengefasst werden. Die beiden amerikanischen Unternehmensberater Peters und Waterman (1982), die sozusagen eine der ersten waren, die den hohen Stellenwert der Unternehmenskultur für den Unternehmenserfolg erkannten, haben zu Beginn der 80er Jahre unternehmerische Erfolgsfaktoren untersucht. Sie kamen zum Ergebnis, dass nicht ausschließlich effiziente Arbeitsstrukturen oder Verfahrensweisen erfolversprechende Faktoren sind. Vielmehr sei die Identifizierung mit

---

<sup>59</sup> vgl. Britzer 1990, S. 15

<sup>60</sup> Decker 2000, S. 197

<sup>61</sup> Kerka et. al. 2007, S. 12

<sup>62</sup> Bate 1997 zitiert nach Wöhrle 2005, S. 41

<sup>63</sup> Vgl. Kerka/Kriegesmann/Kley 2007, S. 13

dem Unternehmen, die sogenannte „Corporate Identity“, im Sinne von gemeinsamer Wertvorstellungen und Mitarbeiteridentifikation sowie die Loyalität der Mitarbeiter ebenso wichtig, wenn nicht sogar ausschlaggebend für den Unternehmenserfolg bzw. innovative Prozesse.<sup>64</sup>

#### *b) Fehlertoleranz, Lernkultur und Vertrauen in Mitarbeiter*

Auch Hauschildt und Salomo (2005) haben in diesem Zusammenhang beispielsweise untersucht, wie sich innovationsorientierte Organisationskulturen auf den Unternehmenserfolg auswirken und hierzu 146 international agierende Unternehmen befragt. Hierbei war ein Ergebnis der Untersuchung, dass die Unternehmenskultur von erfolgreichen, innovativen Unternehmen u. a. durch einen toleranten Umgang mit Fehlern gekennzeichnet ist. Darüber hinaus würden sich erfolgreiche Unternehmen durch ein gezieltes Innovationsmanagement auszeichnen, das zur Förderung von Innovation systematisch Ressourcen zum adäquaten Umgang mit Innovationsaufgaben zur Verfügung stellt.<sup>65</sup> In diesem Zusammenhang verweisen Hauschildt und Salomo (2007) auf eine Untersuchung von Sundgren et al. (2005), in welcher noch differenzierter auf die Ansätze der oben beschriebenen Untersuchung eingegangen und das Unternehmens- bzw. Kreativitätsklima näher durchleuchtet wird. Hierbei konnten durch die Befragung von 453 Forschern aus verschiedenen Ländern sechs Ebenen zusammengefasst werden, die ein kreatives Organisationsklima kennzeichnen: (1) offenes Arbeitsklima; (2) unterstützende Arbeitsstrukturen; (3) Gestaltungsfreiheit; (4) Akzeptanz gegenüber neuer Ideen; (5) Offenheit gegenüber Diskussionen/Kritik; (6) dynamische Arbeitsatmosphäre. Diese beschriebenen Aspekte lassen sich alle unter dem Begriff „Vertrauen in und zwischen Mitarbeiter(n)“ zusammenfassen.<sup>66</sup>

#### *c) Normbarrieren*

Während eine gewisse Fehlertoleranz gegenüber den Mitarbeitern sowie eine entsprechende Lernkultur durch systematisches Innovationsmanagement als positive Einflussfaktoren für Innovationsprozesse zusammengefasst werden können, beschreibt Thoms (2011) Ansatz der sogenannten „Normbarrieren“ eher innovationsfeindliche Unternehmenskulturen. Ein Wesensmerkmal der „Normbarriere“ sei dabei das „Nicht-Dürfen“<sup>67</sup>, wobei hier so-

---

<sup>64</sup> Peters/Waterman 1982/2004, S. 75ff

<sup>65</sup> Hauschildt und Salomo 2005, S. 240ff

<sup>66</sup> Hauschildt/Salomo 2007, S. 115; vgl. hierzu auch Sundgren et al. 2005, S. 359ff

<sup>67</sup>Thom 2011, S. 26



wohl explizite als auch implizite Normen der Unternehmenskultur berücksichtigt werden. Diese Barriere impliziert das Selbstverständnis der Organisation und die kulturellen Gegebenheiten, welche dann das Handeln der Mitarbeiter beeinflussen. Wenn die Normen in einem Unternehmen besonders stark ausgeprägt seien und die täglichen Arbeitsprozesse nicht flexibel gestaltet werden können, würde das Potenzial der Mitarbeiter nicht ausgeschöpft werden können und die Innovationskraft würde eingeschränkt werden.<sup>68</sup>

### **2.2.3 Organisationsumwelt als Einflussfaktor**

Untersuchungen, die sich auf diese Einflussgröße beziehen, befassen sich vornehmlich mit der Frage, welche Eigenschaften des Organisationsumfeldes innovatives Handeln fördern oder einschränken. So wird hier vor allem untersucht, welche geografischen oder politischen Besonderheiten auf die Innovationskraft eines Unternehmens Einfluss haben.<sup>69</sup>

Eine sehr gute Zusammenfassung bedeutender externer Einflussgrößen bietet der Ansatz Norbert Thoms (1980), welcher mit den *Komponenten des Umsystems* bestimmte Umweltfaktoren beschreibt, die auf die Organisation Einfluss haben können. Dabei wäre für das Umsystem charakteristisch, dass dieses nur begrenzt von dem Unternehmen beeinflusst werden könne und Bedingungen schaffen würde, welche nur eingeschränkt vorhersehbar wären. Diese Bedingungen beinhalten nach Thom (1980) für das Unternehmen konträre Effekte und können Chance sowie Risiko zugleich sein. Ihre Bedeutsamkeit für die Erreichung der Unternehmensziele würde daher deren Auseinandersetzung unumgänglich machen. So müssen die jeweiligen spezifischen Umweltbedingungen nicht nur für die Zielerreichung berücksichtigt werden, sondern auch zur Erklärung unternehmerischer Prozesse herangezogen werden. Insbesondere Produktinnovationsprozesse seien hierbei von den externen Bedingungen abhängig, da sie vom betriebswirtschaftlichen Umsystem angenommen werden müssen.<sup>70</sup>

Im Hinblick auf die Frage, welche Umweltfaktoren für das Innovationsvorhaben einer Organisation – insbesondere auch NPO – bedeutend sind, lassen sich insgesamt drei Komponenten zusammenfassen:

Die *Ökonomische Komponente* beinhaltet dabei die allgemeine wirtschaftliche Situation eines Raumes, die sich auf das Innovationsvorhaben eines Unternehmens auswirken kann.

---

<sup>68</sup>vgl. Thom 2011, S. 26; vgl. Müller-Färber 2012, S. 11

<sup>69</sup> Vgl. Mirow 2010, S. 13f; vgl. Hierzu auch Baldwin und Lin (2002), Frenkel (2003), Galia und Legros (2004)

<sup>70</sup> vgl. Thom 1980, S. 140f

So fallen beispielsweise in diesen Abschnitt die Konjunkturlage, die Arbeitsmarktentwicklung oder die ökonomische Situation eines Raumes. Hinsichtlich NPO könnte für die Innovationsplanung hier u.a. interessant sein zu berücksichtigen, wie das Leistungsspektrum konkurrierender Träger ist, welche spezifischen Hilfsangebote bereits vorhanden sind oder ob es es überhaupt Klientel für das neue „Produkt“ bzw. die Dienstleistung gibt?

In der *Rechtlich-politischen Komponente* können alle normativ relevanten Bestimmungen und Regelungen sowie ihre Umsetzung durch Exekutive und Judikative und deren tatsächlichen Bedeutung für das Innovationsvorhaben zusammengefasst werden. Dem vorgelagert sind dabei die politischen Entscheidungsträger. So können beispielsweise steuerliche Bedingungen oder bestimmte Zuwendungen für gewisse Forschungs- oder Hilfebereiche (wie u. a. Kinder- und Jugendhilfe) zu dieser Komponente gehören. Demnach fällt auch beispielsweise die Vergabep Praxis der Kostenträger in diesen Bereich und somit die Fragen, welche Themen aktuell politisch diskutiert und entsprechend gefördert werden bzw. in welchen Bereichen staatliche Ausgaben gekürzt werden?

Zur *Sozio-kulturellen Komponente* zählen vor allem die gesellschaftlichen Strukturen eines Raumes, welchen sich das Unternehmen anpassen muss. Hierbei sei beim Innovationsvorhaben insbesondere darauf zu achten, wie sich das Sozialprofil einer Gesellschaft entwickelt und welche Führungsgruppen in der Gesellschaft (Alter, Konfession, Geschlecht) bestehen bzw. wie gesellschaftliche Strukturen (z.B. Bildungs- oder Schulsystem) aufgebaut sind und welche Folgen dies für das betriebliche Innovationsmanagement hat.<sup>71</sup> In Bezug auf Innovationen im Bereich der NPO wäre hier beispielsweise interessant zu hinterfragen, welche Bedarfe sich durch den demografischen Wandel ergeben oder ob ein Träger in strukturschwachen bzw. strukturstarken Regionen agiert?

Ein weiterer bedeutender Faktor, der je nach Form und Ausprägung den beiden letzteren Kategorien zugeordnet werden kann, stellt in diesem Zusammenhang der Aspekt der Netzwerkarbeit dar. Im Hinblick auf Innovationsbemühungen von NPO ist dabei interessant zu hinterfragen, welche Wechselwirkungen im Zusammenhang mit Innovation und Netzwerken bestehen bzw. wie sie die Innovationsfähigkeit von Organisationen beeinflussen können? Nach Krischok (2011) sind Netzwerke in ihren unterschiedlichsten Ausprägungen im Zuge aktueller gesellschaftlicher Trends der Sozialwirtschaft (u. a. Sparmaßnahmen im öffentlichen Sektor) für Innovationsvorhaben wesentlich. Er kritisiert in diesem Zusammenhang vorhandene Forschungslücken und verweist auf die Notwendigkeit der

---

<sup>71</sup> vgl. Thom 1980, S. 144ff.

empirischen Forschung hinsichtlich der Wechselwirkung zwischen Netzwerkarbeit und Innovation.<sup>72</sup>

#### 2.2.4 Organisationsstruktur als Einflussfaktor

In der literarischen Auseinandersetzung wird schnell deutlich, dass hinsichtlich der Frage, welchen Einflussgrößen Innovationen unterliegen, auch der Aspekt der Organisationsstruktur<sup>73</sup> in den Vordergrund rückt. Hauschildt und Salomo (2007) sowie Thom (2011) schreiben Organisationsstrukturen dabei grundsätzlich eine gewisse Innovationsfeindlichkeit zu.<sup>74</sup> Nach Hauschildt und Salomo (2007) sei die Organisation im Wesenskern gar nicht für Innovationen konstruiert,<sup>75</sup> da sie *„in ihrer Struktur, im Gefüge ihrer Stellen, im Über- und Unterordnung, im spezialisierten Zuschnitt von Kompetenz und Verantwortung, in Dienstwegen und Informationssträngen auf die Bewältigung von Routineaufgaben zugeschnitten“*<sup>76</sup> seien.

Andererseits wird auch das Potenzial von Organisationsstrukturen erkannt. So werden diese nicht nur als zentrales Instrument der Zielerreichung eines Unternehmens gesehen, sondern spielen auch für die Umsetzung von Innovationsvorhaben eine wichtige Rolle. Witte verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass *„eine innovationsfähige Organisation (...) nicht eine Struktur [impliziert], die Innovationen auslöst, sondern eine Struktur, die auf Innovationen geschmeidig reagiert“*.<sup>77</sup> Innovationsförderliche Unternehmen zeichnen sich demzufolge vor allem durch entsprechende strukturelle Gegebenheiten aus, welche innovatives Verhalten der Mitarbeiter begünstigen. Doch was für Rückschlüsse lassen sich im Umkehrschluss über gescheiterte Innovationsvorhaben ziehen? Welchen grundsätzlichen Einfluss haben die allgemeinen strukturbedingten Gegebenheiten einer Organisation auf Innovationsprozesse? Ein wichtiger Aspekt, welchem auch im Situativen Ansatz eine wichtige Rolle bezüglich Innovationsvorhaben zugeschrieben wird, stellt in diesem Zusammenhang die „formale Struktur“ von Unternehmen dar, die als wichtiges Instrument zur Verhaltenssteuerung gesehen wird.<sup>78</sup> Anlehnend an Webers (1972) „Bürokratiemodell“ können hierbei die hierarchische Ausprägung sowie der Aspekt der Formalisierung als

---

<sup>72</sup> vgl. Krischok 2011, S. 371ff

<sup>73</sup> Organisationsstruktur dabei verstanden als die „Gesamtheit aller formalen, d.h. offiziell erlassenen, Regelungen“ (Kieser/Kubicek 1992, S. 9)

<sup>74</sup> Vgl. Hauschildt/Salomo 2007, S. 199; vgl. Thom 2011, S. 21

<sup>75</sup> Vgl. Hauschildt/Salomo 2007, S. 199;

<sup>76</sup> Hauschildt/Salomo 2007, S. 199

<sup>77</sup> Witte 1988, S. 145

<sup>78</sup> vgl. Kieser 1993, S. 57; vgl. Kieser/Kubicek 1983 zitiert nach Britzer 1990, S. 19

wichtige Wesensmerkmale der formalen Organisationsstruktur zusammengefasst werden<sup>79</sup>: Ersteres beinhaltet dabei zum einen die *Spezialisierungsart* sowie deren –Umfang. Hierbei ergibt sich die Spezialisierungsart aus der Art und Weise der Ausdifferenzierung von einzelnen Arbeitsbereichen in unterschiedliche Teilbereiche. So geht es beispielsweise darum, ob einzelnen Abteilungen oder Stellen eher viele bzw. wenige Teilaufgaben zugeschrieben werden oder ein eher geringer bzw. hoher Grad der Spezialisierung besteht<sup>80</sup>. Zum anderen werden Organisationen nach ihren *Koordinationsinstrumenten* unterschieden. Dabei ist u.a. interessant, ob gewisse organisatorische Abläufe beispielsweise durch hierarchische Weisungen oder durch die Aktivierung der Mitarbeiter (beispielsweise durch Arbeitsgemeinschaften/Teamstrukturen) koordiniert werden. Auch kann das äußere Erscheinungsbild der Organisation, wie es vor allem in Organigrammen beschrieben wird, Rückschlüsse über die hierarchischen Strukturen eines Unternehmens ermöglichen. Dabei ist vor allem die Anzahl hierarchischer Strukturen oder die Intensität von Leitungsfunktionen ein interessanter Aspekt. Des Weiteren kann die sog. *Entscheidungsdelegation* ein wesentliches Merkmal für hierarchische Strukturen sein. Dabei wird beispielsweise von einer Entscheidungscentralisation gesprochen, wenn die Entscheidungshoheit vornehmlich bei der oberen Führungsebene liegt.

Durch den Aspekt der Formalisierung kann schlussgefolgert werden, in welchem Maße Regelungen schriftlich festgehalten oder gewisse Arbeits- und Kommunikationsprozesse dokumentiert werden. Auch die Dokumentation von Leistungsnachweisen und -daten fallen in diesen Bereich.<sup>81</sup>

Welche Bedeutung die jeweilige Organisationsstruktur auf das Innovationspotenzial hat, hängt dabei von unterschiedlichen Faktoren ab. Nach Mintzberg (1979) wird beispielsweise Institutionen mit stark ausgeprägten Formalisierungsprozessen („Buerocratic Professionalism“) ein eher geringes Innovationspotenzial zugeschrieben, wohingegen Organisationen mit einem geringen Zentralisierungsgrad und geringer Formalisierung („Adhocracy“) über ein sehr hohes Innovationspotenzial verfügen. Hier bestehen wenig formale Regulierungsprozesse und die Kommunikationsstrukturen sind eher transparent.<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> Vgl. Hoffmann 1980, Hill/Fehlbaum/Ulrich 1989, Kieser Kubicek 1992 zitiert nach Kieser 1993, S. 56ff

<sup>80</sup> Vgl. Carter/Keon 1989, Kieser 1991 zitiert nach Kieser 1993, S. 56ff

<sup>81</sup> vgl. Kieser 1993, S. 56ff,

<sup>82</sup> Vgl. Mintzberg (1979), S. 299ff

## Zwischenfazit: Literaturexegese

Die Literaturexegese hat das breite Spektrum an förderlichen und hinderlichen Faktoren aufgezeigt, welches sich auf vier zentrale Kategorien verteilen lässt. Allerdings dürfte dem aufmerksamen Leser nicht entgangen sein, dass in der Literatur nicht alle Einflussfaktoren ein positives oder negatives Pendant haben. In manchen Bereichen hat sich die Forschung entweder nur mit der negativen bzw. nur mit der positiven Ausprägung eines Einflussfaktors beschäftigt. Die dichotome Struktur, die vermutlich zu allen Einflussgrößen besteht, wurde nicht immer konsequent erfasst. Da es das Ziel dieses Abschnittes ist, eine umfassende Matrix zu allen verschiedenen Dimensionen von Innovation zu erstellen, gilt es diese Lücken in der Forschungsliteratur durch eigene logische Ableitungen zu schließen. Die dichotome Struktur der Einflussfaktoren erleichtert diese gedankliche Operation erheblich (vgl. Abbildung 3).

**Abbildung 3: Literaturexegese zu den Einflussfaktoren von Innovation**

Einflussebenen von Innovation	Innovationsfaktoren*	
	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren bzw. Innovationsbarrieren
Organisationsmitglieder	Motivation der Mitarbeiter Fähigkeiten der Mitarbeiter <i>Risikoverhalten der Mitarbeiter</i>	Motivations- u. Willensbarrieren Fähigkeitsbarrieren Risikobarrieren
Organisationskultur	Loyalitätsgefühl gegenüber Unternehmen Fehlertoleranz und Lehernkultur Vertrauen in Mitarbeiter	<i>geringes Loyalitätsgefühl</i> Normbarriere <i>geringes Vertrauen unter Mitarbeitern</i>
Organisationsumwelt	förderliche ökonomische, rechtlich-politische oder sozio-kulturelle Umweltbedingungen offene Soziale Netzwerke	<i>restriktive ökonomisch, rechtliche-politisch, oder sozio-kulturelle Umweltbedingungen</i> <i>verschlossene oder semi-permalbe/selektive Sozialnetzwerke</i>
Organisationsstruktur	<i>Spezialisierung: klare Zuständigkeit &amp; Verantwortbarkeit</i> Adhocracy: geringe Formalisierung <i>wenig hierarchische Strukturen</i> förderliche Koordination durch Aktivierung der Mitarbeiter	<i>Spezialisierungsbarrieren: Unzuständigkeit</i> Bürocratic Professionalism: Starke Formalisierung <i>Barrieren durch starke Hierarchisierung</i> Kordinationsbarrieren durch hierarchische Anweisungen

\* Eigene logische Schlussfolgerungen im Schriftbild in *grün*

Bei der Kategorie „Organisationsmitglieder“ fällt auf, dass lediglich Risikobarrieren thematisiert werden. Eine positive Formulierung dieser Einflussgröße fehlt in diesem Zusammenhang. Wahrscheinlich ist ein positives Risikoverhalten der Mitarbeiter jedoch förderlich für die Einführung von Neuerungen. Der Mut Veränderungen anzugehen scheint sogar eine essenzielle Bedingung für Innovation zu sein. Daher kann dem hinderlichen Faktor der „Risikobarriere“ die positive Einflussgröße der „Risikobereitschaft“ in der Katego-

rie „Organisationsmitglieder“ entgegen gestellt werden. Auch hinsichtlich der Kategorie „Organisationskultur“ müssen durch logische Schlussfolgerungen Lücken geschlossen werden, die die Literatur zu einigen Einflussfaktoren offen gelassen hat. Zu den Aspekten „Loyalitätsgefühl gegenüber dem Unternehmen“ und „Vertrauen in Mitarbeiter“ existieren, in der einschlägigen deutschsprachigen Forschungsliteratur, offensichtlich keine hinderlichen Einflussfaktoren. Hierzu lassen sich mit den Faktoren „geringes Loyalitätsgefühl“ und „geringes Vertrauen unter Mitarbeitern“ jedoch schnell negative Pendanten formulieren, die in der Realität von Sozialen Unternehmen sicherlich häufig Innovationsprozesse bremsen, wenn nicht gar verhindern. In gleicher Weise kann hinsichtlich der Kategorie „Organisationsumwelt“ verfahren werden. Wenn „positive Umweltbedingungen“ und „offene Soziale Netzwerke“ Innovation fördern, so dürften eine „restriktive Umwelt“ und „verschlossene Netzwerke“ die Einführung von Neuerung behindern. Schließlich können hinsichtlich der Kategorie der „Organisationsstruktur“ vergleichbare logische Ableitung gefunden werden.

Abschließend soll zu diesem Teilabschnitt selbstkritisch gesagt werden: es besteht ein gewisser Zweifel, ob diese Literaturrexegese auch wirklich allumfassend und erschöpfend ist. Schließlich offenbart sich in der gesichteten Forschungsliteratur eine gewisse Bevorzugung deutschsprachiger Autoren. Vor dem Hintergrund, dass sowohl Ergebnisse empirischer Forschung als auch theoretische Texte berücksichtigt wurden, zeigt sich zudem die Schwierigkeit, Literatur mit unterschiedlichem Abstraktionsgrad in einen einheitlichen Rahmen zu fassen. Grundsätzlich ließe sich die Aussagekraft und die wissenschaftliche Autorität der Literaturdurchsicht sicherlich steigern, wenn man in einem weiteren Schritt versuchen würde, hinderliche und förderliche Faktoren direkt aus den maßgeblichen „Ursprungstheorien“ – d.h. Theorien, die für die Untersuchung von Innovationsprozessen besonders einschlägig sind, wie bspw. Netzwerktheorie oder die Diffusionstheorie – abzuleiten. Angesichts der Tatsache, dass es das primäre Ziel dieses Kapitels war, eine Matrix zu erstellen, die umfassend förderliche und hinderliche Faktoren für Innovationsprozesse aufführt, kann durchaus gesagt werden: diese Aufgabe wurde erfüllt.

### 3. Drei Fallstudien zu Innovationsprozessen

Vor dem Hintergrund der systematischen Literaturexegese zu Innovation wird nun die Empirie in Blick genommen. Im Rahmen einer qualitativen Analyse von drei Beispielfällen wird versucht, die Ursache-Wirkungsbeziehungen verschiedener Einflussfaktoren zu entschlüsseln. Um Vergleichbarkeit herzustellen und möglichst geringe Variationen in den Kontextbedingungen zu gewährleisten, konzentriere ich mich auf Innovationsprozesse in drei verschiedenen Sozialen Unternehmen in Berlin, die alle im Bereich der Suchthilfe beheimatet sind. Konkret handelt es sich um: (1) die Etablierung einer ambulanten Suchttherapie (2) die Einführung eines Leitfadens/Manuals für den Umgang mit „Beikonsum“ für die Betreuungsarbeit mit Substituierte (3) die Umsetzung eines Schnelltests für Hepatitis C und HIV für Drogengebraucher.

#### **3.1 Fallstudie: „Ambulanter Suchttherapie“**

In der ersten Fallstudie werden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse die erfolgreichen Bemühungen einer Berliner Drogenhilfeeinrichtung, eine ambulante Suchttherapie einzuführen, untersucht. Die Einrichtung ist Teil eines relativ großen Suchthilfeträgers, der sich insgesamt aus über dreißig einzelnen suchtspezifischen Projekten zusammensetzt (unter anderem Drogenberatungsstellen, Familienhilfe). Neben der Tatsache, dass hier ein neues Therapiekonzept etabliert wurde, kann bei diesem Prozess vor allem die Zusammenlegung von Drogen- und Alkoholtherapie als das eigentliche innovative Element betrachtet werden. In den Schilderungen der interviewten Person, die eine maßgebliche Protagonistin des untersuchten Innovationsprozesses war, wird dieser Schritt besonders hervorgehoben. Zur Zusammenlegung dieser beiden Bereiche, die bis dato klar getrennt waren, sagt sie: „ (...) *also das war was ich wirklich neu fand. Neuer noch als der Therapiegedanke*“ (Interview 1, S. 3). Vor dem Hintergrund, dass sowohl Klienten als auch die Betreuer der Alkohol- und Drogenhilfe klar divergierende Grundhaltungen und Selbstwahrnehmungen haben, wird deutlich, warum im Interview besonders hervorgehoben wird, was für ein großer Schritt es für die gesamte Einrichtung „ (...) *war zu sagen, nicht Drogenberatung, sondern Suchtberatung*“ (vgl. Interview 1, S. 4).

Aufgrund welcher Motivationen die Zusammenlegung von Alkohol- und Drogentherapie erfolgte, bleibt ungeklärt. Im Interview lassen sich dazu keine aussagekräftige Hinweise finden. Dies ist erstaunlich. Immerhin provozierte dieser Schritt Anfeindungen und Konkurrenzdruck durch andere Einrichtungen. Vermutlich könnte hinter dieser Initiative eine strategische Entscheidung der Geschäftsführung gestanden haben, das Tätigkeitsfeld der Einrichtung zu vergrößern. Auch könnte dieser Schritt schlicht der fachlichen Einsicht geschuldet gewesen sein, dass Alkohol- und Drogensucht im Endeffekt gar nicht so verschieden sind und letztendlich die Betroffenen von einer therapeutischen Perspektive aus betrachtet, gemeinsame „Lebenswelten“ teilen. Die Zusammenlegung könnte aber auch durch die weitgehend identische Finanzierungsgrundlage befördert worden sein. Beide Therapieformen, so unterschiedlich die Problemlagen und das Klientel auch sein mögen, werden über die Rentenversicherung finanziert. Maßgebliches Förderziel ist in beiden Fällen die „berufliche Wiedereingliederung“. Schließlich ist es auch schlichtweg denkbar, dass dieser Schritt eine erratische, ja zufällige Entscheidung war und mögliche Folgen nicht systematisch abgewogen wurden.

Auch wenn ungeklärt bleibt, aufgrund welcher genauen Beweggründe die ambulante Suchttherapie eingeführt wurde, so wird dennoch deutlich, wie maßgeblich diese Innovation die Einrichtung geprägt hat und in der Rückschau als ein wichtiger Meilenstein in der Unternehmensgeschichte gesehen werden kann. Die Etablierung einer einheitlichen Suchttherapie bedeutete die Hinwendung zu einem neuen Themenfeld, mit anders gelagerten Problemstellungen, einem neuen Kreis an Klienten sowie divergent gesellschaftlich-politischen Debatten und rechtlichen Regularien. Dieser maßgebliche Einschnitt wird durch folgende Stelle im Interviewtext unterstrichen: *„(...) wir waren 25 Jahre lang nur Drogenberatung und jetzt machen wir auch die Alkoholberatung für den Bezirk“* (vgl. Interview 1, S. 8). Im Vergleich zu Innovationen, die sich „lediglich“ auf die Einführung eines neuen Projekts oder Verfahrens begrenzen, hatte diese Neuerung somit eine deutlich gewichtigere Bedeutung für die Einrichtung.

Betrachtet man den konkreten Innovationsprozess, so fallen eine Reihe charakteristischer Merkmale auf. Erstens scheinen bei diesem Vorgang einzelne Personen im hohen Maße eine Rolle gespielt zu haben. Neben verschiedenen Hilfe- und Unterstützungsleistungen, die von unterschiedlichen Mitarbeitern aber auch der Geschäftsführung geleistet wurden, wurde die Einführung dieser Neuerung im Grunde von einer einzelnen Person – der Interviewten – betrieben. Vor diesem Hintergrund könnte man gar behaupten, es habe sich bei



der untersuchten Innovation um einen personifizierten bzw. individualisierten Prozess geht. Zweitens ist auffallend, dass die aktive Ideengenerierung in dieser Fallstudie eine geringe Rolle gespielt hat. Anders als oftmals von der einschlägigen Literatur beschrieben, fehlen in weiten Teilen die anfängliche Entwicklung eines Ausgangskonzepts. Bei der Inhaltsanalyse lässt sich kein Hinweis auf eine kreative Schöpfung der ursprünglichen Innovationsidee finden, die Anstoß für den eigentlichen Implementierungsprozess gegeben hat. Vielmehr waren wichtige Elemente der eigentlichen Neuerung bereits seit geraumer Zeit – sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung – vorhanden. Zu Beginn des Innovationsprozesses, der laut den Schilderungen der interviewten Person, Ende der 1990er Jahre zu verorten ist, waren „ambulante Therapiekonzepte“ im Berliner Suchthilfesystem keine Neuheit mehr. Die Interviewte räumt selbst ein, dass „[D]er Gedanke (...) eigentlich schon geboren [war]“ (Interview 1, S. 1) und das benachbarte Projekte und Einrichtungen dieses Konzept bereits verfolgt haben. Zudem hatte die Grundidee bereits seit längerer Zeit schon bestanden: „(...) es war damals schon angedacht, dass es irgendwann ambulante Therapie geben sollte“ (Interview 1, S. 1). Im vorliegenden Fall haben wir es also weniger mit einer aktiven Ideengenerierung zu tun als vielmehr mit einem „Übersetzungsprozess“, bei dem bereits bestehende Konzepte an die spezifischen Bedingungen der eigenen Einrichtung angepasst und entsprechend implementiert wurden. Drittens gibt es im Interview kein Indiz für eine systematische Suche nach passenden und praktikablen Konzepten. Da es offensichtlich keine eigenständige Generierung von Ideen gab, könnte man eigentlich davon ausgehen, dass mit Sorgfalt nach bestehenden Ideen gesucht wurde, die für die eigenen Ansprüche und Ziele brauchbar waren. Es lassen sich jedoch keine konkreten Hinweise der Ideensuche finden, wie bspw. die Systematische Auswertung einschlägiger Fachliteratur oder die gezielte Suche nach Kontakten zu anderen Einrichtungen. Das Fehlen einer systematischen Suchfeldbestimmung – wie sie bspw. in verschiedenen Texten der Innovationsforschung hervorgehoben wird (vgl. Interview 1, S. 4) – wird insbesondere in Hinblick auf die Zusammenlegung der Alkohol- und Drogentherapie deutlich.

Bevor ich in die konkrete Analyse der förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren zu diesem Fallbeispiel einsteige, möchte ich noch ein paar quellenkritische Bemerkungen machen. Grundsätzlich sind Interviews – insbesondere wenn, die zentrale Protagonistin des untersuchten Phänomens interviewt wird – als Erhebungsmethode durchaus problematisch. Von diesem grundsätzlichen Problem abgesehen, kann der quellenkritische Einwand gemacht werden, dass der untersuchte Innovationsprozess bereits einige Zeit zurückliegt. Die

entscheidende Phase war in den späten 1990er bzw. in den frühen 2000er Jahren. Aufgrund dieses langen Zeitabstandes sollten die Aussagen der interviewten Person mit einer gewissen Vorsicht betrachtet werden. Die Unsicherheiten über den genauen Ablauf der Vorgänge treten im Interview auch sprachlich zum Vorschein. Aussagen wie bspw. „(...) *bin jetzt gar nicht sicher, jetzt will ich auch nichts Falsches sagen, muss ich vielleicht noch mal recherchieren*“ (Interview 1, S. 1) machen diesen Umstand deutlich. Nichtsdestotrotz werden die verschiedenen Aspekte des Innovationsprozesses im Interview detailliert und umfassend geschildert. Vor diesem Hintergrund wird diese Quelle als ausreichend verlässlich und aussagekräftig bewertet.

### 3.1.1 Förderliche Faktoren

#### **A. Organisationsmitglieder: Willen und Fähigkeit einzelner Innovationspromotoren**

Wie oben bereits geschildert wurde, verdeutlicht die Analyse, wie stark dieser Innovationsprozess anscheinend durch die Initiative einzelner Akteure befördert wurde. Insbesondere soll das Zusammenspiel aus persönlichem Engagement, Motivation und Verantwortung sowie das persönliche fachliche Know-how entscheidend gewesen sein. Diese verschiedenen, als förderlich geschilderten Aspekte fallen klar in die Kategorie „Organisationsmitglieder“.

Die Betonung der persönlichen Motivation und des individuellen Engagements sticht bei der Analyse des Interviewtextes besonders heraus. So wird bspw. geschildert, dass die Einführung der ambulanten Suchttherapie anfänglich daran gescheitert sei, weil niemand im Sozialen Unternehmen „(...) *die Energie und die Entschlossenheit*“ (Interview 1, S. 1) aufbringen konnte, die entscheidenden Vorbereitungen dafür zu treffen. Folgende Stelle unterstreicht vor allem das persönliche Engagement als einen wichtigen Einflussfaktor für die erfolgreiche Umsetzung der Innovation: „*Letztendlich kamen genug Faktoren (...) zusammen, dass bei mir das Interesse [groß] genug war, um die Energie aufrecht zu erhalten neben dem Tagesgeschäft zu sagen, wir machen das jetzt, wir schreiben jetzt ein Konzept*“ (Interview 1, S.2). In einem anderen Abschnitt wird eindrücklich die Bedeutung der Motivation hervorgehoben: „*Ich glaube, das hat einfach **gelebt** von der Motivation der Kollegen, wirklich [Anm.: Hervorheb. i. Original]. Also nicht nur eine Rolle, sondern es war (...) das Ausschlaggebende*“ (Interview 1, S. 14).

Neben Motivation und Engagement scheinen aber auch die individuellen fachlichen Fähigkeiten der Innovationspromotorin, aber auch die großer Teile des Teams, eine wichtige

Rolle gespielt zu haben. Insbesondere die inhaltliche Passgenauigkeit zwischen der eigentlichen Innovation und dem fachlichen Know-how sollen sich positiv ausgewirkt haben. In einer Schilderung der interviewten Person heißt es bspw.: *„Was hier auch eine riesen Rolle spielt. Wir waren vorher ein ganz stabiles Team (...) alle therapeutisch ausgebildet. Alle ähnlichen Background (...) Das war viel mehr aus einem Guss und ambulante Therapie hat als erste Innovation einfach richtig gut gepasst“* (Interview 1, S. 17). In die gleiche Richtung deutet eine andere Textstelle im Interview hin: *„(...) auch die Kompetenz, die war im Team einfach da“* (Interview 1, S. 3). Aber nicht nur die fachliche Fähigkeit des Teams, sondern auch die der Innovationspromotorin soll eine wichtige Rolle gespielt haben. So heißt es bspw. an einer Stelle im Interview: *„Ich habe viel, ganz viel therapeutische Ausbildung (...) deshalb gab's auch den Wunsch“* (Interview 1, S. 3). In einem anderen Abschnitt betont die Interviewte, sie hätte parallel zur Einführung dieser Neuerung *„(...) therapeutisch in einer Praxis gearbeitet“* (Interview 1, S. 1).

Wie stark die Einführung der ambulanten Suchttherapie letztendlich ein personifizierter Prozess gewesen ist und eben dieser Umstand einen positiven Effekt gehabt haben könnte, wird auch anhand der folgenden Aussage deutlich: *„(...) ich glaube, was es wirklich braucht, ist (...) eben eine Person [die] sagt, ich möchte das dies in die Gänge kommt, ich nehm's in die Hand“* (Interview 1, S. 2). Die Aussagen im weiteren Verlauf des Interviews machen deutlich, dass hinter dieser Einschätzung vermutlich die Erkenntnis steht, dass eine klare und unteilbare Verantwortung sich letztendlich förderlich für die Einführung dieser Neuerung ausgewirkt haben. Zu dem Einflussfaktor „persönliche Verantwortung“ sagt die Interviewte bspw.: *„(...) das muss eine Person machen, weil davor, glaube ich, weil die Verantwortung die ist so ein bisschen verteilt [gewesen]“* (Interview 1, S. 2). Nach dieser Aussage kam der Innovationsprozess erst in Gang, als die Verantwortungen klar verteilt war.

Ein weiterer Aspekt, der vermutlich ebenfalls die Bedeutung einzelner Innovationspromotoren unterstreicht, ist der enge Zusammenhang zwischen der persönlichen Stellung im Unternehmen und der Bereitschaft, einen Innovationsprozess in Gang zu setzen. So sei bspw. die Bereitschaft, eine Neuerung anzustoßen, erst ergriffen worden, als die eigene Festanstellung in der Einrichtung gesichert war: *„Ich war ja ganz neu und habe angefangen erst mal ein Jahr mit einer befristeten Stelle. Da habe ich natürlich nicht nachgedacht*

*ein Konzept zu schreiben*“ (Interview 1, S. 1).<sup>83</sup> Wie stark Veränderungen an der persönlichen Stellung im Unternehmen offensichtlich unmittelbaren Einfluss auf die Bereitschaft zur Innovation haben können, wird auch in einem anderen Zusammenhang deutlich. So ist es sicherlich aufschlussreich, dass der Aufstieg der interviewten Person innerhalb der Organisation nahezu zeitgleich mit der Einführung der ambulanten Suchttherapie erfolgte: *„(...) ich bin auch 1999 in die Leitung gegangen und das war fast zeitgleich, glaube ich. Vielleicht ein Jahr davor oder so, wo ich gesagt habe, (...) jetzt packen wir's an“* (Interview 1, S. 1).

### **B. Organisationsstruktur: Flache Hierarchie und aktivierende Koordination.**

Im Interview konnten zwei weitere Effekte herausgearbeitet werden, die sich ebenfalls positiv auf die Einführung der ambulanten Suchttherapie ausgewirkt haben sollen. Die damals offensichtlich vorherrschende flache Hierarchie und die Fokussierung der Geschäftsführung auf aktivierende Koordinationsinstrumente, die die Eigeninitiative und das Engagement der Mitarbeiter gefördert hatten, sollen den Innovationsprozess positiv beeinflusst haben. Somit kann hier konstatiert werden, dass auch Einflussfaktoren, die in der Literaturexegese der Kategorie „Organisationsstruktur“ zugeordnet wurden, positive Effekte auf die Einführung der ambulanten Suchttherapie gehabt haben.

An mehreren Stellen macht die interviewte Person deutlich, wie sehr die Geschäftsführung den Innovationsprozess begrüßt und ihn sogar in wesentlichen Bereichen selbst angestoßen hat. Die Idee der ambulanten Suchttherapie hat offensichtlich bereits seit längerer Zeit auf der Agenda der Leitung gestanden und es wurde mehr oder weniger nur darauf gewartet, bis ein Mitarbeiter dieses Vorhaben umsetzt. So wird bspw. geschildert: *„(...) der [Anm.: der Geschäftsführer] war total froh, als es jemand in die Hand genommen hat und gesagt hat 'ich zieh's durch'. Weil er hatte es schon lange vor“* (Interview 1, S. 11). Die flachen Hierarchien und der damit einhergehende direkte und persönliche Kontakt zum Geschäftsführer wird ebenfalls positiv hervorgehoben: *„Das ging eben gut (...) weil wir uns noch so viel gesehen haben in den gleichen Räumen“* (Interview 1, S. 12). Auch wird deutlich, dass sich die Leitungsebene aktiv und fördernd hinter dieses Vorhaben gestellt hat – vermutlich auch gegen eventuell aufkeimende Widerstände in der eigenen Einrichtung. So schildert die Interviewte bspw.: *„...M. [Anm.: der Geschäftsführer] hat das schon auch zu seiner*

---

<sup>83</sup> Dies steht übrigens klar im Widerspruch zur Mainstream-Meinung der betrieblichen Personalführung, die kurzgefasst besagt, dass befristete Arbeitsverhältnisse die Kreativität der Mitarbeitern fördert.

*Sache gemacht. Ich glaube sonst wär's auch schwierig gewesen“ (Interview 1, S. 12). Des Weiteren war der Geschäftsführer auch unmittelbar in den Innovationsprozess eingebunden und hat insbesondere in der anspruchsvollen und langwierigen Phase der Konzepterstellung nahezu ebenbürtig – wenn auch wahrscheinlich nicht mit dem gleichen Zeiteinsatz und Arbeitsaufwand – an der Ausarbeitung mitgewirkt: „Wir haben auch klar ausgemacht, jeweils genau, es gibt einen Teil, den hat er [Anm.: der Geschäftsführer] auch geschrieben (...) also wir haben uns ein bisschen aufgeteilt“ (Interview 1, S. 11).*

Die Beweggründe des Geschäftsführers für die aktive Unterstützung und Förderung des Innovationsprozesses – soweit sich diese auf der Grundlage des Interviews überhaupt entschlüsseln lassen – waren wohl überwiegend fachlich-inhaltlicher Natur. Insbesondere der Umstand, dass der Leiter der Einrichtung selbst eine therapeutische Ausbildung hatte, dürfte sich hier positiv ausgewirkt haben: „Und das lag wiederum daran, dass M. eben auch selber mit einer therapeutischen Ausbildung da auch Interesse hatte (...) überhaupt an der therapeutischen Arbeit“ (Interview 1, S. 3).

Die flache Hierarchie und die direkte Beziehung zur Geschäftsführung erscheinen der interviewten Person auch besonders augenfällig im Vergleich zur aktuellen Situation der Einrichtung, die in den vergangenen Jahren an Mitarbeiterzahl und Themenspektrum erheblich gewachsen ist. Die Frage, ob die heutige Geschäftsführung auf eine Innovationsinitiative ähnlich positiv reagieren würde, wird eindeutig verneint. Aufgrund der zahlreichen Hierarchieebenen, die mittlerweile bestünden und speziell etablierter Posten, die qua Amt die Aufgabe, Neuerungen einzuführen, monopolisiert hätten, würde solch ein Schritt „(...) heute fast anmaßend wirken“ (Interview 1, S. 14).

### **C. Organisationsumwelt: förderliche ökonomische Umwelt**

Schließlich wird im Interviewtext ein weiteres Element erwähnt, das sich positiv auf den Innovationsprozess ausgewirkt haben soll: eine förderliche ökonomische Umwelt. So wird – wenn auch im deutlich geringeren Maße als bei den beiden vorangegangenen Einflussfaktoren – auf den förderlichen Effekt der vorherrschenden finanziellen Rahmenbedingungen hingewiesen. Dies wird insbesondere in folgender Aussage deutlich: „(...) weil Therapie ist, was sozusagen wo man noch mal über Einzelfallfinanzierung neben der Zuwendung eine finanzielle Lücke schließen kann“ (Interview 1, S. 5).

### 3.1.2 Hinderliche Einflussfaktoren

#### **A. Organisationsmitglieder: Motivationsbarrieren im Team**

Laut den Darstellungen der interviewten Person erwiesen sich insbesondere die fachlich begründeten Motivationshemmnisse der Teammitglieder, die sich in der Implementierungsphase zeigten, als Innovationsbarrieren. Wie bereits oben geschildert, umfasste die Etablierung der ambulanten Suchttherapie im Grunde zwei Neuerungen: Die Einführung ambulanter Therapieformen und die Zusammenlegung der Alkohol- und Drogenberatung zur einheitlichen Suchttherapie. Während die Einführung der ambulanten Therapieform unproblematisch verlief – unter anderem auch aufgrund des recht homogenen, auf therapeutische Berufe ausgerichteten Ausbildungshorizonts, der unter den Teammitgliedern damals vorherrschte – stieß die Zusammenlegung des Alkohol- und Drogenbereichs auf fachlich begründete Motivationswiderstände. So hätte die Einführung des zuvor im kleinen Kreise ausgearbeiteten Therapiekonzeptes Diskussionen unter den Teammitgliedern provoziert: *„Und die Diskussion im Team war auch: ‚wie soll das gehen? Weil wir haben immer aus den Krankenhäusern von den Entzugsstationen gehört. Dass es immer Stress gibt zwischen Alkoholikern und den sog. Drogenabhängigen‘ (...) und deswegen gab es ein bisschen die Sorge, [dass diese] Konfliktlinie dann auch in der Therapie sein könnte“* (Interview 1, S. 4). Abgesehen von fachlich-inhaltlichen Bedenken gegenüber diesem Vorhaben, dürften die Motivationsbarrieren der Mitarbeiter auch aus den erheblichen Divergenzen in Grundhaltung und Selbstwahrung resultiert haben, die zwischen Beratern der Drogen- und Alkoholhilfe bestanden. Dieser Aspekt wird im Interview an folgender Stelle besonders deutlich: *„(...) die Schwierigkeit war nicht bei den Klienten, sondern sie war bei uns Mitarbeitern. Alles war einfach noch so getrennt. Drogenberater fühlten sich anders (...) es war alles informeller und lockerer und natürlich viel cooler als im Alkoholbereich“* (Interview 1, S. 3). Auch die Tatsache, dass im Alkoholbereich die Klienten gesiezt und im Drogenbereich geduzt wurden, ist, laut den Aussagen der interviewten Person, ein eindrückliches Symbol für die Differenzen zwischen diesen beiden Bereichen: *„(...) das war echt ein Umdenken. Und wo es sehr deutlich wird, ist an diesem Duzen und Siezen. Ich finde (...) eigentlich das steht sehr dafür“* (Interview 1, S. 4).

#### **B. Organisationsumwelt: Konkurrierende Netzwerke**

Die Zusammenlegung der Alkohol- und Drogenberatung in eine einheitliche Suchttherapie wurde aber nicht nur unter den Mitarbeitern, sondern auch von anderen Trägern und ein-

schlägigen Einrichtungen kritisch thematisiert. Laut den Aussagen der interviewten Person, standen hier jedoch weniger fachliche Bedenken, als vielmehr die Angst vor Konkurrenz im Vordergrund. So heißt es bspw. an einer Stelle im Interview: *„Da wo Konkurrenz ist (...) kommt das Argument auf [Anm.: dass Drogen- und Alkoholtherapie getrennt werden müssen], weil natürlich dann die Angst [da] ist: ‚Mensch, die fischen irgendwie im fremden Teich‘* (Interview 1, S. 4). Auch wurde das Vorhaben nach Angaben der Interviewten am Anfang *„sehr angefeindet“*. Es gab anscheinend *„(...) manche Träger – auch aus der Drogenhilfe – die sagten: ‚wie maßt ihr euch an, dass ihr auch Alkoholabhängige therapieren könnt?‘*“ (Interview 1, S. 3).

Wie stark die Einführung der ambulanten Suchttherapie mit konkurrierenden Akteuren innerhalb des Netzwerkes der Berliner Suchthilfe konfrontiert war, zeigt sich während der Konzeptphase nicht nur an den kritischen Reaktionen anderer Einrichtungen, sondern auch bei der Implementierung des Vorhabens in der konkreten Bezirksarbeit. Auch in diesem Zusammenhang wird die Existenz konkurrierender Netzwerke als hinderlicher Faktor für den Innovationsprozess dargestellt. So stand die neu etablierte ambulante Suchttherapie bei der praktischen Bezirksarbeit in direkter Konkurrenz zu bereits bestehenden Einrichtungen. An einer Stelle im Interview heißt es beispielsweise: *„Das war richtig schwer im Bezirk. Da gab’s ganz viel Konkurrenz und natürlich keine Bereitschaft uns darin zu unterstützen, lange Zeit“* (Interview 1, S. 10). Aus den Schilderungen lässt sich schließen, dass in der Anfangsphase gar ein regelrechter Wettkampf um Klienten herrschte, den letztendlich die untersuchte NPO für sich entschieden hat – mit nicht unerheblichen Konsequenzen für die Mitarbeiter der konkurrierenden Einrichtungen. So räumt die Interviewte selbstkritisch ein: *„Die mussten plötzlich Begutachtung machen und durften weniger Therapie machen (...) was die Mitarbeiter und die Mitarbeiterinnen dort natürlich überhaupt nicht gut fanden. Die hatten das Gefühl ihnen wird was weggenommen, was sie sehr gerne gemacht hatten jahrelang, sicherlich auch gut gemacht hatten“* (vgl. ebda.). Kompromisse oder Kooperationen, die den Konflikt mit der konkurrierenden Einrichtung hätten entschärfen können, wurden offensichtlich nicht gesucht. Laut den Schilderungen gab es dafür *„keine gute Lösung“* (vgl. ebda.). Letztendlich wurde das konkurrierende Netzwerk in diesem einschlägigen Tätigkeitsfeld zur Aufgabe gezwungen. So kommt die Interviewte zu der abschließenden Einschätzung: *„(...) inzwischen ist die Alkoholberatung [Anm: der konkurrierenden Einrichtung] ja ganz abgegeben und haben wir auch die Alkoholberatung übernommen*

(...) wir haben das Gefühl, seit ein paar Jahren ist das alles gut, seit der Schritt so ganz vollzogen ist (...) Aber der Übergang war schwierig“ (vgl. ebda.).

### **C. Organisationskultur: gefühlte Zurücksetzung bei den nicht-beteiligten Teammitgliedern.**

Ein weiterer wichtiger Punkt, den die interviewte Person als hinderlich benennt, war der Umstand, dass sich ein Teil der Mitarbeiter von dem neuen Vorhaben zurückgesetzt fühlte. Die Einführung der ambulanten Suchttherapie beinhaltete für die Mitarbeiter, die nicht an diesem Vorhaben teilnahmen, das Vertrauen in ihre eigene Wertigkeit und in ihre Stellung im Team erschüttert zu sehen. Das Besondere bei dieser Innovationsbarriere ist somit, dass sie erst durch die Neuerung provoziert wurde.

Die Einführung der ambulanten Suchttherapie, die von der Geschäftsführung stark begrüßt und gefördert wurde und im Unternehmen somit erhebliche Aufmerksamkeit erfuhr, hatte eine Konfliktlinie zwischen sogenannten hoch- und niedrigschwelligen Projekten zur Folge.<sup>84</sup> So heißt es an einer Stelle im Interview: *„Also hatten wir die Diskussion im Träger Niedrigschwellig versus Hochschwellig. Und all die im sog. niedrigschwelligen Bereich beheimatet waren (...) hatten immer das Gefühl das Hochschwellige wird mehr geschätzt (...) Und das war ein Konflikt, der uns mindestens die ersten (...) zwei Jahre bestimmt begleitet hat“* (Interview 1, S. 6). Dieser Gegensatz soll zu *„ziemlichen Spannungen“* geführt haben (vgl. ebda), die noch zusätzlich durch den Umstand befördert wurden, dass die Einrichtung zum damaligen Zeitpunkt relativ klein war. Das Gefühl der Zurücksetzung ließ sich durch den ständigen Kontakt und der Notwendigkeit der Zusammenarbeit in der alltäglichen Arbeitspraxis kaum vermeiden. Im Interviewtext heißt es zu dieser Problematik: *„[Wir] waren sehr viel kleiner als heute und das Team war ja auch viel kleiner (...) Und deshalb haben wir damals (...) einfach Teamsitzungen [abgehalten] (...) Diejenigen, die keine Therapie gemacht haben (...) die hatten das Gefühl: „Mensch wir hocken in der Teamsitzung und reden jetzt immer über irgendwelche Klienten, mit denen hab ich gar nix zu tun“* (Interview 1, S. 6).

Wie auch bei den beiden zuvor geschilderten Innovationsbarrieren, so ist auch hier festzustellen, dass die beschriebenen Vorbehalte keine massiven Einschnitte hinsichtlich des Innovationsvorhabens bewirkt haben, auch wenn sie sicherlich stellenweise ein Mehr an

---

<sup>84</sup> Die Begriffe „Niedrigschwellig und Hochschwellig“ beziehen sich in diesem Zusammenhang insbesondere auf den Aspekt der Abstinenz. Während in der Drogenberatung keine Abstinenz vorausgesetzt wird und eine sehr akzeptierende Haltung gegenüber den Klienten besteht, stellt der Abstinenzanspruch in der Therapie ein wesentliches Merkmal dar.



Arbeitseinsatz abverlangt haben. Von diesem Aspekt einmal abgesehen, kam es aber zu keiner tiefergehenden Behinderung des Innovationsprozesses. Auf die Frage, wie sich der Konflikt zwischen niedrighschwelligen und hochschwelligem Tätigkeiten auf die Umsetzung dieser Neuerung ausgewirkt hat, antwortet die interviewte Person: „Der [Anm.: eben dieser Konflikt] *hat sich nicht ausgewirkt im Sinne von: wir haben es deswegen nicht gemacht oder weniger davon gemacht oder uns dann mehr damit zurückgehalten (...) Das war einfach, dass die Diskussion im Team war*“ (Interview 1, S. 6).

#### **D. Organisationsmitglieder: Fähigkeitslücken in der Konzeptphase**

Die vierte Innovationsbarriere, die in der ersten Fallstudie identifizieren werden kann, bezieht sich auf die Schwierigkeit bei der Entwicklung des initialen Konzepts. Für die Implementierung des Vorhabens erwies sich dies als eine zentrale Hürde. Dieser Aspekt ist entscheidend, da das Therapiekonzept den Grundstein für die Einführung der ambulanten Suchttherapie darstellte. Dies wird insbesondere durch folgende Stelle im Interview deutlich: „(...) *und die wichtigste Vorbereitung dafür [Anm.: für den Innovationsprozess] ist natürlich überhaupt erst mal ein Konzept zu schreiben und zu wissen, was man da reinschreiben will*“ (Interview 1, S. 1). In diesem Zusammenhang lassen sich im Interviewtext Hinweise auf gewisse „Fähigkeitslücken“ entdecken, die sich zum einen aus den spezifischen Formvorgaben des Therapieantrages aber auch aus dem geringen Zeitbudget der involvierten Teammitglieder ergeben haben. Diese Fähigkeitslücken beziehen sich dabei weniger auf die konkreten Kompetenzen der Mitarbeiter, sondern auf die beschriebenen Schwierigkeiten, die von der Rentenversicherung vorausgesetzten Vorgaben zu erfüllen. Wie aufreibend und anspruchsvoll die Erstellung eines Therapieantrages gewesen sein muss, wird eindrücklich deutlich, wenn die interviewte Person in diesem Zusammenhang von einem abschreckenden „Gespenst“ spricht: „(...) *das ging so rum in der Stadt: ein Konzept zu schreiben für [die] Reha und das durch die damalige Bfa [Anm.: Deutsche Rentenversicherung Bund] durchzukriegen, das ist der Horror*“ (Interview 1, S. 9). Dementsprechend verwundert es nicht, wenn die Konzeptphase als besonders mühselig und langwierig empfunden wurde: „*Das war ‘ne große Hürde und (...) ich hatte das Gefühl, das hat sich ein paar Jahre hingezogen*“ (Interview 1, S. 1). Auch an anderer Stelle wird die Konzeptphase als langer Prozess mit mehreren Überarbeitungs- und Korrekturschleifen beschrieben: „*Da mussten wir einfach durch dieses Nadelöhr (...) Und dann galt’s dranzubleiben und die Veränderungen eben einzubauen*“ (Interview 1, S. 9). Ein weiteres wichti-

ges Element, das die Konzeptphase, erschwert haben soll, war das begrenzte Zeitbudget. So beschreibt die interviewte Person, dass es erhebliche Energie gekostet hat „(...) *neben dem Tagesgeschäft*“ (Interview 1, S. 2) ein Konzept zu erstellen. Im Vergleich zur heutigen Situation wird das damalige Zeitbudget allerdings positiv bewertet. So heißt es bspw.: „(...) *dass es damals überhaupt möglich war und ich mir die Zeit genommen hab, dann so ein Konzept zu schreiben, hängt auch damit zusammen, dass die belastende, die Arbeitsbelastung so viel geringer war als heute*“ (Interview 1, S. 14).

### **3.2 Fallstudie: „Manual zum Umgang mit Beikonsum in Substitutionsprogrammen“**

Beim zweiten Fall handelt es sich ebenfalls um einen relativ großen Suchthilfeträger in Berlin. Die Innovation besteht hier in der Einführung eines Manuals für Betreuer von substituierten Drogenkonsumenten. Opiatabhängige Menschen (d.h. in der Regel Heroinkonsumenten) haben in Deutschland die Möglichkeit, unter gewissen Bedingungen an Substitutionsprogrammen teilzunehmen, in denen sie unter ärztlicher Betreuung ein Substitut (z.B. Methadon) erhalten. Eine Voraussetzung für die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm ist – neben der Inanspruchnahme der sogenannten Psychosozialen Betreuung (PSB<sup>85</sup>) – der weitgehende Verzicht auf andere Suchtstoffe; also der sog. Beikonsum. Diese Auflage wird von einem erheblichen Teil der Substituierten nicht eingehalten. Um dieses Problem in der konkreten Betreuungsarbeit zu bewältigen, hat die untersuchte Einrichtung einen Leitfaden eingeführt, der in der konkreten sozialpädagogischen bzw. therapeutischen Arbeit mit Substituierten als praktische Handreichung dienen kann. Der Beikonsum soll somit problematisiert, wenn möglich reduziert und im Idealfall beseitigt werden.

Beim vorliegenden Innovationsprozess ist auffällig, welche vergleichsweise große Aufmerksamkeit den Phasen der „Suchtfeldbestimmung“ sowie „Ideengenerierung“ gewidmet wurde. So lässt sich aus den Darstellungen der interviewten Person ableiten, dass ganz zu Anfang, bevor der eigentliche Innovationsprozess gestartet wurde, offensichtlich eine or-

---

<sup>85</sup> Bei der PSB handelt es sich um eine von der Eingliederungshilfe finanzierte sozialpädagogische Betreuung, die je nach Hilfeplan, ein bis zwei Beratungs- bzw. Betreuungsgespräche in der Woche beinhaltet. Die meisten Opiatabhängigen, die sich für eine Substitutionsbehandlung entscheiden, verpflichten sich, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen. Typische Themen im Rahmen der PSB sind u.a. die Regulierung von Schulden oder juristischen Angelegenheiten. Langfristiges Ziel der PSB kann darüber hinaus auch die Erreichung der Drogenfreiheit mithilfe einer Drogentherapie sein.

ganisationsinterne Analyse zur Problematik des „Beikonsums“ von den Initiatoren dieses Prozesses angestellt wurde. In diesem Zusammenhang wurde zuerst die Leistungsfähigkeit verschiedener (Sanktions-)Maßnahmen im Umgang mit Beikonsum sondiert – wie bspw. entsprechende Zielvereinbarungen zwischen Klienten und Betreuern oder die medikamentöse Intervention über die Dossierung des Substitutionsstoffes. Als deutlich wurde, dass die bisherigen Umgangsweisen mit der Beikonsum-Problematik offensichtlich unzureichend waren, stellte man sich innerhalb des Sozialen Unternehmens die Frage: *„gibt es (...) außer diesen Instrumentarien (...) gibt’s da zusätzlich noch irgendetwas anderes was man tun kann?“* (Interview 2, S. 2). Aber neben der gezielten Bewertung der bisherigen Instrumente, wird die systematische Vorgehensweise, die von der untersuchten Einrichtung in der Phase der Ideenfindung an den Tag gelegt wurde, auch dadurch deutlich, wie mit der Dominanz des sog. Abstinenzparadigmas umgegangen wurde. Die interviewte Person hebt in diesem Zusammenhang bspw. hervor, dass bei der Ideengenerierung offensichtlich das Problem bestand, dass die einschlägige Literatur aber auch die entsprechenden Experten *„(...) sehr, sehr strikt am Abstinenzparadigma hängen“* (Interview 2, S. 3) – ein Anspruch, der sich bei der Arbeit mit langjährigen Drogenabhängigen in Substitutionsprojekten kaum verwirklichen lässt und damit für die praktische Arbeit eher hinderlich ist. Die Erkenntnis, dass die Dominanz des Abstinenzparadigmas für die eigene Arbeit problematisch ist, resultierte vermutlich aus einer ausführlichen Rechercharbeit nach vorhandenen Konzepten und Ansätzen zur Beikonsum-Problematik. Ein weiterer Hinweis auf eine systematische Vorgehensweise in der Phase der Ideengenerierung.

Ähnlich wie im vorherigen Fall waren auch bei diesem Innovationsprozess einzelne Akteure – erneut die interviewte Person – für das Vorantreiben der Innovation entscheidend. Anders als im ersten Fallbeispiel hat jedoch hier der einzelne Innovationspromotor eine weniger zentrale Rolle gespielt. Dies wird unter anderem deutlich, wenn die interviewte Person auf die Frage, ob er der eigentliche Initiator des Innovationsprozesses gewesen sei, bagatelisierend antwortet: *„Initiator? Also suchen sie sich selber ein Wort. Also ich stand zumindest an der Wiege oder man zeugt ja auch nicht allein. Ich habe da schon sehr viel mit zu tun“* (Interview 2, S. 5). Vielmehr dürfte in der Fallstudie zum „Beikonsum-Manual“ die Geschäftsführung eine recht bedeutende Rolle gespielt haben. So heißt es bspw. an einer Stelle im Interview: *„(...) und dazu gehört auch (...) eine demgegenüber sehr offene Geschäftsführung. Also Herr H.-B. [Anm.: der Leiter der Einrichtung] war da sehr pragmatisch und unideologisch und hat mir damals praktisch (...) nicht nur grünes Licht, sondern*

*den Auftrag gegeben (...) Das habe ich dann einfach mal übernommen“* (Interview 2, S. 5).

Ein weiteres Merkmal des Innovationsprozesses ist das besondere Augenmerk für die Außenwirkung des Vorhabens bzw. der gesamten Einrichtung. Die Einführung des „Beikonsum-Manuals“ wurde bewusst mit einer PR-Initiative verbunden, die sich an *„Adressanten aus der Politik, insbesondere aber auch (...) [aus] sozialpsychiatrischen Diensten und Eingliederungshilfen“* (Interview 2, S. 10) richtete. Die besondere Bedeutung der Außenwirkung kommt darüber hinaus auch in der gezielten wissenschaftlichen Verwertung der Innovation im Rahmen einer Begleitforschung zum Ausdruck, die von der Universität Mainz sowie der Charité Berlin vorgenommen wurde. Die Ergebnisse der Begleitforschung, so die Darstellung der interviewten Person, ergaben, *„(...) dass sich die Konsumkontrollkompetenz bei ca. 40 %“* (Interview 2, S. 17) der betreuten Substituierten nach Einführung des „Beikonsum-Manuals“ verbessert hat. Allerdings kann hier nicht eindeutig bewertet werden, ob und in welchem Maße sich die Kommuniaktion mit der Außenwelt und die entsprechende Außendarstellung positiv auf den Innovationsprozess ausgewirkt haben.

Quellenkritisch kann zu diesem Interview die auffallend positive, ja geradezu selbstlobende Darstellung der Ereignisse angemerkt werden. Zwar werden auch Probleme aufgezeigt, allerdings liegt der Schwerpunkt der Aussagen auf den erfolgreichen Maßnahmen und Initiativen, die im Rahmen dieses Innovationsprozesses unternommen wurden. Vor diesem Hintergrund drängt sich die Vermutung auf, dass die historischen Ereignisse zugunsten einer positiven Außendarstellung geschönt wurden.

Zudem ergibt sich aus den Schilderungen der interviewten Person der Eindruck, dass dem Innovationsprozess ein ausgeklügelter Plan zugrunde lag, der systematisch abgearbeitet wurde. Die unterschiedlichen Maßnahmen, die getroffen wurden um das „Beikonsum-Manual“ umzusetzen, scheinen geradezu perfekt ineinanderzugreifen. Auch wenn diese Darstellung der tatsächlichen historischen Realität entsprechen mag, so beschleicht den kritischen Leser doch der Eindruck, dass wir es hier – zumindest zu einem gewissen Grad – mit dem Phänomen des sog. „backward reasoning“ zu tun haben könnten.<sup>86</sup> Die inter-

---

<sup>86</sup> Backward reasoning ist jedoch tückisch, da dadurch die Gefahr besteht – insbesondere wenn man das Bestreben hat, Managementfähigkeiten positiv nach außen darzustellen – dass verschiedene Maßnahmen, die in Wirklichkeit nur lose oder gar nicht mit dem beschriebenen Phänomen verbunden waren, dennoch in einen kausalen Zusammenhang gestellt werden und somit nachträglich eine

viewte Person hat womöglich ausgehend vom erzielten Ergebnis nach Ursachen gesucht, die dieses schlüssig erklären können. Vermutlich wurde dabei die historische Realität gezerrt dargestellt. Im Ergebnis entsteht so der Eindruck alle Schritte seien von langer Hand geplant gewesen.

### 3.2.1 Förderliche Faktoren

#### **A. Org. Mitarbeiter: Stärkung der Motivation durch kleinflächige Implementierung in der „AG-Beikonsum“**

Ein förderlicher Einflussfaktor, der – laut den Schilderungen der interviewten Person – den Innovationsprozess positiv beeinflusst haben soll, war die kleinflächige Implementierung des „Beikonsum Manuals“ mittels einer speziell dafür eingerichteten Arbeitsgruppe, die sich aus interessierten und fachlich besonders involvierten Mitarbeitern zusammensetzte. In dieser Arbeitsgruppe, die den Arbeitstitel „AG Beikonsum“ trug, wurde das Konzept vorgestellt und den Teilnehmern punktuell die Chance zur Mitarbeit gegeben.

Die Initiatoren dieses Innovationsprozesses verfolgten mithilfe dieser Arbeitsgruppe das Ziel, die Implementierung des Beikonsum-Manuals zu erleichtern, um die Umsetzung des Manuals in der alltäglichen Arbeit sicherzustellen. Die Arbeitsgruppe kann dabei sozusagen als zentraler Baustein der Einführungsphase gesehen werden, was anhand folgender Aussage deutlich wird: *„(...) der erste Schritt [Anm.: der Implementierung der Neuerung] war schon in der Konstruktionsphase, also in dieser AG“* (Interview 2, S. 7). In diesem Sinn fungierte die „AG Beikonsum“ als ein Instrument zur „Vorab-Implementierung“ und bildete sozusagen die Schnittstelle zwischen der Konzeptphase und der Phase der allgemeinen Einführung dieser Neuerung für die gesamte Belegschaft. Im Vordergrund stand offensichtlich das Ziel, die Anzahl der Mitarbeiter, die diese Neuerung fördern und unterstützen sollten, zu vergrößern sowie über dieses Vehikel erste Signale an die Gesamtbelegschaft zu senden. In diesem Zusammenhang schildert die interviewte Person: *„(...) die [Anm.: „AG Beikonsum“] hat also den Geist da schon aufgesogen und mittransportiert (...) die hat die Teams permanent informiert“* (Interview 2, S. 7).

Die tatsächliche inhaltliche Arbeit der „AG Beikonsum“ spielte vor diesem Hintergrund eher eine nachgeordnete Rolle. Zwar wird dargelegt, dass die Teilnehmer durchaus „(...)

---

zwar in sich schlüssige aber die historische Wirklichkeit in einem verzerrten Bild darstellende Sinnstruktur entsteht.

*mit an der Entwicklung [des Beikonsums-Manuals] beteiligt war[en]" (Interview 2, S. 7) und dass „(...) aus der Gruppe (...) in der Bearbeitung der Vorlage (...) viele, viele Ideen für weitere Manuale“ (Interview 2, S. 6) kamen. Dennoch waren die Möglichkeiten der inhaltlichen Einflussnahme sehr begrenzt und der fachliche Input vermutlich nicht der zentrale Beweggrund für die Gründung der „AG Beikonsum“. So heißt es bspw. an einer Stelle im Interviewtext: „Also solche Dinge [Anm.: die Erarbeitung von Innovationskonzepten] entstehen nicht als klassische Kollektivleistungen (...) Das ist, glaube ich, Illusion. Aber diese Einbeziehung, also dieser Gruppe und auch, dass die aus allen Einrichtungen [des sozialen Unternehmens] kamen war ganz wichtig, um etwas zu erleichtern, mit dem alle Probleme hatten“ (Interview 2, S. 6). Die Nachrangigkeit der inhaltlichen Arbeit der „AG Beikonsum“ wird zudem deutlich, wenn die interviewte Person hervorhebt, dass es ein „nicht allzu (...) offenes Brainstorming“ gegeben hat und ein bereits existierendes Konzept in einer klaren „(...) top-down Weise (...) in die Gruppe reingegeben wurde“ (Interview 2, S. 6).*

Schließlich kann das zentrale Ziel der Arbeitsgruppe, unter den Mitarbeitern Förderer und Unterstützer für das Manual zu gewinnen, auch dadurch unterstrichen werden, dass die „AG Beikonsum“ auch nach der Einführung des Beikonsum-Manuals dauerhaft institutionalisiert wurde und darüber hinaus auch parallel Beikonsum-Beauftragte für die einzelnen Teilprojekte bestimmt wurden. Die Beauftragten sind dabei nahezu mit den Mitgliedern der fest etablierten AG „Beikonsum“ identisch. Hierzu sagt die interviewte Person: „(...) das sind Leute, die zum Teil schon in dieser Vorbereitungs-AG waren und da immer noch dabei sind, weil sie das Thema spannend finden“ (Interview 2, S. 19). Auch bei diesen Beauftragten steht wieder der Aspekt der Förderung und Absicherung der Implementierung und weniger die inhaltliche Arbeit im Vordergrund. So sind die Beauftragten bewusst nicht mit den Leitern der Teilprojekte identisch: „(...) es ist freundlich das auf so eine kollegiale Ebene zu heben, also wir haben da lange darüber nachgedacht, wie man das sinnvoll lösen kann und das scheint ein guter Weg zu sein“ (Interview 2, S. 19).

Letztendlich hat diese Maßnahme in erster Linie dazu gedient, die Motivation der Mitarbeiter zu stärken, um eine möglichst problemlose Implementierung sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund kann dieser Aspekt der Kategorie „Organisationsmitarbeiter“ zugeordnet werden.

## **B. Org. Struktur: Aktivierende Koordination in der Implementierungsphase durch sensibilisierende Befragung u. Trainingsmaßnahmen**

Ein weiteres Element, das sich ebenfalls positiv auf den Innovationsprozess ausgewirkt haben soll, waren zwei Maßnahmen, die als „aktivierende Koordination“ der Mitarbeiter zusammengefasst und somit der Kategorie „Organisationskultur“ zugeordnet werden können. Im Zusammenhang mit der „AG Beikonsum“ wurde bereits geschildert, dass die Initiatoren dieses Innovationsvorhabens ihr Augenmerk insbesondere auf die Frage gerichtet haben, wie die Gesamtbelegschaft zur aktiven Umsetzung des Manuals bewogen werden kann. Um dies zu gewährleisten, wurden von der Geschäftsführung zum einen jährliche Mitarbeiter-Befragungen zum Thema Beikonsum aber auch wiederkehrende Trainingsmaßnahmen mit kreativen didaktischen Elementen (wie bspw. Rollenspiele) initiiert.

Zwar diene die jährlich stattfindende Mitarbeiterbefragung auch der Informationsgewinnung. Die somit erhobenen Daten wurden zu Forschungszwecken an die Universität Mainz sowie der Berliner Charité weitergeben. Abgesehen von der Informationsgewinnung stellte die Sensibilisierung der Mitarbeiter für die Problematik des Beikonsums jedoch ein weiteres Ziel dar. Laut den Darstellungen der interviewten Person sollte die Mitarbeiterbefragung das „(...) Thema [des Beikonsums] unter die Massen [bringen] (...) und Diskussion erzeugen und das in schöner Regelmäßigkeit“ (Interview 2, S. 7). Mit dem Argument, dass die Mitarbeiter sich bei dieser Befragung intensiv mit dem Beikonsum ihrer Klienten auseinandersetzen müssen, betont die interviewte Person ausdrücklich: „Der wesentliche Zweck war, dieses Thema auf diese wahnsinnig effiziente Weise in die Tiefe zu tragen als Aufmerksamkeitsimpuls, als Diskussionsimpuls und auch als Anregung dann mit diesem Programm [Anm.: dem Beikonsum-Manual] (...) auch tatsächlich zu arbeiten“ (Interview 2, S. 10). In diesem Kontext erklärt sich auch, warum die jährliche Befragung bewusst einfach und leicht handhabbar gestaltet wurde und auf die Aufnahme weiterer Fragen, die hinsichtlich einer tiefergreifenden Informationsgewinnung eventuell sinnvoll gewesen wären, weitgehend verzichtet wurde. Nach Angaben der interviewten Person wurde bei der Kooperation mit den beiden Universitäten besonders darauf geachtet, dass die Anforderungen der Datenerhebung „alltagskomfortabel“ seien (Interview 2, S. 11).

Allerdings muss hier kritisch angemerkt werden, dass es kaum Hinweise – abgesehen von der Argumentation der interviewten Person – gibt, ob das Instrument der Mitarbeiterbefragung, die ja zumindest zu einem gewissen Grad eine „Scheinbefragung“ ist, sich auch tatsächlich positiv auf den Innovationsprozess ausgewirkt hat. Grundsätzlich ist an dieser Stelle anzuzweifeln, ob eine derartige Befragung automatisch die Bereitschaft stärkt, das

Beikonsum-Manual in der alltäglichen Praxis anzuwenden. Darüber hinaus besteht hier die Gefahr, dass ein negativer Nebeneffekt induziert wird und diese Maßnahme von den Mitarbeitern nicht als ein aktivierender Impuls zur Umsetzung einer Neuerung, sondern vielmehr als ein Kontrollinstrument aufgefasst wird. Zudem birgt diese Implementierungsmethode, in der die wahren Beweggründe für die Befragung nicht vollkommen transparent gemacht wurden, immer die Gefahr, dass Mitarbeiter sich von der Geschäftsführung manipuliert und hintergangen fühlen.

Neben der Beikonsum-Befragung wendete die untersuchte Einrichtung jedoch noch ein weiteres Instrument an, um die Gesamtbelegschaft in der Implementierungsphase zur Umsetzung des „Beikonsum-Manuals“ zu bewegen. Neben eher klassischen bzw. herkömmlichen Trainings und Mitarbeiterschulungen (vgl. Interview 2, S. 16) wurden zum Teil kreative, didaktische Maßnahmen angewendet wie bspw. Rollenspiele. So berichtete die interviewte Person bspw. von einem Rollenspiel in Form einer Gerichtsverhandlung, bei der der „kontrollierte Konsum“ im übertragenen Sinne auf der „Anklagebank“ saß. Die teilnehmenden Mitarbeiter traten entweder als „Verteidigung“ oder „Staatsanwaltschaft“ auf und brachten „Anklagen“ bzw. „entlastende Indizien“ vor. Die interviewte Person sagt zu dieser Übung: Ziel war es *„(...) was da im Hinterkopf an Blockaden da ist, an eigenen, an fremden, die man übernimmt, usw. ist ausgesprochen auf dem Tisch, auf eine lustige Weise (...) Das ist ein kleines methodisches Bonbon. Also es hat immer wieder prima funktioniert“* (Interview 2, S. 16).

### **C. Org. Umwelt: Kooperative Netzwerke bei der Ideengenerierung**

Wie oben bereits geschildert wurde, sticht bei diesem Innovationsprozess insbesondere die systematische Suchfeldbestimmung und Ideengenerierung ins Auge. Aus den Schilderungen der interviewten Person lässt sich ableiten, dass insbesondere bei der Ideengenerierung gezielte Netzwerkarbeit betrieben wurde. Deshalb sollen die Aktivitäten, die in diesem Zusammenhang stattfanden, der Kategorie „Organisationsumwelt“ zugeordnet werden.

Bei der Konzeptentwicklung zum „Beikonsum-Manual“ wurde offensichtlich die Hilfe eines Dienstleisters – die G.K. Akademie – in Anspruch genommen. Die G.K. Akademie hat sich auf die Unterstützung von NPO im Bereich methodischer Kompetenzen (u.a. durch ein umfassendes Fortbildungsangebot für Sozialarbeiter) spezialisiert. Dieser Dienstleister, der seinen Sitz in Heidelberg hat, ist Deutschland weit im Bereich Beratung und Coaching für Soziale Unternehmen aktiv.



Den Schilderungen der interviewten Person zufolge haben sich die finanziell entlohnten Netzwerkbeziehungen zur G.K. Akademie vor allem hinsichtlich der Erarbeitung eines geeigneten Konzepts positiv auf den Innovationsprozess ausgewirkt.<sup>87</sup> Auch wenn die Übernahme von „fremden“ Konzepten durchaus Schwierigkeiten mit sich bringt, die insbesondere in der späteren Phase der Implementierung zutage treten können, so kann auf der Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse der Hilfestellung des kooperativen Netzwerks grundsätzlich ein positiver Effekt zugeschrieben werden.

Der erste, auf das Innovationsvorhaben bezogene Kontakt mit der G.K. Akademie fand anscheinend im Zuge einer Berliner Fachtagung statt, die von der untersuchten Einrichtung organisiert wurde. Hier fand zum ersten Mal ein direkter Wissensaustausch zwischen diesen beiden Akteuren zum Thema Beikonsum und nicht-Abstinenz orientierter Betreuungsarbeit statt. Die interviewte Person erwähnt in diesem Zusammenhang, dass dies „(...) gewissermaßen die Wurzel“ (Interview 2, S. 5) des Innovationsprozesses gewesen sein soll. Es bleibt jedoch ungeklärt, in welchem Ausmaß die Hilfestellung des Netzwerks im Rahmen dieses Innovationsprozesses tatsächlich in Anspruch genommen wurde. Darüber hinaus wird nicht klar, ob die Einrichtung die Unterstützung der G.K. Akademie aktiv gesucht hat oder ob die Zusammenarbeit im stärkeren Maße zufälligen Charakter gehabt hat. So bleibt bspw. offen, ob die besagte Veranstaltung, bei der erste Kontakte hergestellt wurden, mit der Intention organisiert wurde, die Ideengenerierung zu befördern oder ob ursprünglich andere Beweggründe im Vordergrund standen.

Auch wenn die G.K. Akademie Entscheidendes zur Phase der Ideengenerierung beigetragen hat und die Grundidee von diesem Netzwerkpartner stammte, kommt im Interview auch die eigene Leistung der Einrichtung zum Ausdruck. Der Träger hat dabei versucht, internes Wissen, das in der eigenen Organisation zum Thema Beikonsum vorhanden war, zu nutzen. So schildert die interviewte Person bspw.: „ (...) und dann guckt man sich natürlich um: gibt es irgendwo [Anm.: im eigenen Sozialen Unternehmen] etwas an Erfahrungswerten im Umgang mit Substanzmissbrauchenden oder von Substanzen Abhängigen, das man quasi recyceln kann, woran man sich orientieren oder ablehnen kann?“ (Interview 2, S. 3).

---

<sup>87</sup> Mir ist bewusst, dass die Konzepte „Netzwerk“ und „Markt“ in der Literatur klar getrennt werden. Da in diesem besonderen Fall aber offensichtlich nicht nur der wirtschaftliche Austausch von Dienstleistungen, sondern eben auch der fachliche Dialog und die gemeinsame Erarbeitung von inhaltlichen Konzepten sowie ein Wissenstransfer relevant waren, halte ich es für sinnvoll, in diesem besonderen Zusammenhang von „Netzwerk“ zu sprechen.

### 3.2.2 Hinderliche Org. Mitarbeiter-Faktor – Motivationsbarrieren bei der Implementierung

Im Interview lässt sich im Grunde nur eine einzige Innovationsbarriere herausarbeiten – die Motivationsbarrieren der Mitarbeiter, die bei der Implementierung des Vorhabens aufgetreten sind. Vor diesem Hintergrund wird dieser hinderliche Faktor der Kategorie „Organisationsmitarbeiter“ zugeordnet.

Die besondere Relevanz der Implementierungsprobleme im vorliegenden Fall, kommt nicht nur durch die verschiedenen Maßnahmen, die die Geschäftsführung in diesem Zusammenhang ergriffen hat, zum Ausdruck, sondern diese Innovationsbarriere wird im Interview offen angesprochen. So gesteht die interviewte Person ein, dass man „(...) *unter der Überschrift Implementierungsprobleme mehr oder minder große Schwierigkeiten hatte*“. Konkret ging es darum, dass die Mitarbeiter, die Neuerung, die es galt umzusetzen „(...) a) *überhaupt verstanden, b) akzeptiert c) auch tatsächlich in den Alltag integriert*“ (Interview 2, S. 6) hatten. An einer anderen Stelle heißt es dazu: „*Aber dass das [Anm.: das Beikonsum-Manual] ein alltägliches Arbeitsinstrument wird, also was auch als Standard, nicht nur von irgendjemand, der zufällig Interesse daran hat, sondern in [der] Breite zum Einsatz kommt und dann auch noch in der Qualität, in der es eingesetzt werden soll, da müssen sie schon (...) was leisten*“ (Interview 2, S. 6). Besonders deutlich in Bezug auf den Aspekt der Motivation wird die interviewte Person, wenn sie sagt: „*Das größte Hindernis war die Bremse, die Selbstbremsen bei den Betreuern. Und daran haben wir ganz viel gearbeitet*“ (Interview 2, S. 15).

An dieser Stelle fällt auf, dass die interviewte Person die offensichtlich erheblichen Implementierungsprobleme unter anderem auf die Konzeptphase zurückführt. Hierbei wurden wichtige Teile des Konzepts von der G.K. Akademie entwickelt, weshalb die negativen Effekte im Zuge der Implementierung nicht wundern dürften. So sagt die interviewte Person bspw., dass „(...) *eines der größten Probleme bei allen Trägern*“ darin bestünde, wenn man „(...) *quasi von außen gekaufte (...) fremde Produkte*“ (Interview 2, S. 7) versuche unter den spezifischen Bedingungen der eigenen Einrichtung umzusetzen.

### **3.3 Fallstudie: Schnelltests für Hepatitis C & HIV**

Im Interview wird ein Innovationsprozess einer niedrighschwelliger Einrichtung der Suchthilfe beschrieben. Es handelt sich um eine Organisation mit insgesamt neun unterschiedlichen Projekten, deren thematischer Schwerpunkt in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen liegt, die illegale Drogen konsumieren. Das Angebot umfasst unter anderem Drogenkonsumräume und -mobile sowie Kontaktläden, in denen beispielsweise die Möglichkeit zum Spritzentausch oder zur medizinischen Aufsicht beim intravenösen Drogenkonsum gegeben ist. Ein weiteres zentrales Thema der Einrichtung stellt der Infektionsschutz von drogenkonsumspezifischen Krankheiten dar, weshalb sich der Träger insbesondere mit HIV und Hepatitis beschäftigt und als zentraler Ansprechpartner von präventiven Gesundheitsangeboten von Drogengebranchern gilt.

Der untersuchte Innovationsprozess hatte zum einen das Ziel, ein bereits bestehendes Testangebot für Infektionskrankheiten zu verbessern und zum anderen eine in der Wissenschaft und in der Trägerlandschaft bestehende Wissenslücke hinsichtlich der Verbreitung von Infektionskrankheiten zu schließen. Die Interviewte sagt in diesem Zusammenhang u. a.: *„es war erst mal sozusagen ein Erkenntnisinteresse (...) Wir setzen an und sagen, wir wollen Infektionsübertragung vermeiden oder zumindest mal wissen, wie es bei der Zielgruppe überhaupt aussieht. Also so eine Art Bedarfsbestimmung oder Situationsbestimmung, um daraus dann Maßnahmen ableiten zu können, in der Prävention oder Diagnostik und Einführung zur Therapie“* (vgl. Interview 3, S. 1). Hierbei habe die Idee, drogenabhängige Menschen auf HIV oder Hepatitis-C zu testen, schon bestanden. Entsprechende Testverfahren seien bereits über Jahre hinweg erprobt worden. Allerdings wurde die methodische Vorgehensweise als unbefriedigend empfunden, da sie nicht adäquat auf das Klientel zugeschnitten gewesen sei und getestete Personen zu lange auf ihre Ergebnisse hätten warten müssen. Anregungen über verbesserte Methoden konnte sich der Träger über andere im niedrighschwelliger Bereich tätige Einrichtungen holen, die ein sogenanntes „Schnelltestverfahren“ bereits erprobt haben.

Ein besonderes Merkmal des vorliegenden Falls stellt auch hier – ähnlich wie in den beiden anderen Fallstudien – der personenzentrierte Charakter des Innovationsprozesses dar. Auch wenn die Interviewte die Frage, nach der Art und Weise der trägerinternen Kooperationsarbeit im Hinblick auf die Innovation sehr allgemein beantwortet hat, ist eine dominante Rolle der Leitung naheliegend: *„Also im Prinzip gibt die Leitung immer so die Impulse und schafft den Rahmen und schafft die Informationen ran (...) natürlich können die*

*Mitarbeiter auch selber recherchieren, aber es ist natürlich immer einfacher, effektiver, wenn sie Zuarbeit bekommen“* (Interview 3, S. 5). Dass eine Beteiligung der Mitarbeiter für die Ideengenerierung bzw. Suchfeldbestimmung jedoch auch wichtig gewesen sein könnte, ergibt sich aus einer weiteren Aussage der Interviewten, in der sie die negativen Erfahrungswerte bei der praktischen Umsetzung des ursprünglichen Testverfahrens beschreibt, welche letztendlich ein wichtiger Auslöser für einen Veränderungswunsch waren: *„mit den Testungen haben wir das erstmal nicht so als eigenes Projekt gesehen, dass wir das selber machen können. Das hängt damit zusammen, dass HIV-Testungen im niedrigschwelligen Setting, damals mit Blutentnahme, eine Woche später kommen, die Ergebnisse abholen, haben wir als nicht praktikabel angesehen. Auch die therapeutischen Konsequenzen waren erst mal nicht, zur damaligen Zeit, also ich spreche jetzt von vor fünfzehn Jahren, einfach nicht so, dass man sagen konnte das ist sinnvoll“* (Interview 3, S. 1). Die Annahme eines individualisierten Innovationsprozesses wird weitgehend auch in der konzeptionellen Phase des Innovationsprozesses deutlich. Die Interviewte gibt explizit an, dass der „ganze Vorlauf“ (Interview 3, S. 3) vornehmlich über die Leitungsebene verlaufen sei. Hierbei hätte die Interviewte als Geschäftsführerin der Einrichtung mit einer anderen Kollegin aus der Projektleitung sich über die Verfolgung des aktuellen Fachdiskurses wichtige Informationen zum Thema eingeholt und wesentliche Inhalte zusammengefasst. Darüber hinaus hätten sie sich bereits während der Konzeptionsphase um eine Verankerung in der Trägerlandschaft bemüht. Hierbei hätte die starke Vernetzung mit anderen wichtigen Akteuren der Suchthilfe sowie Entscheidungsträgern im Gesundheitsbereich eine enorme Rolle gespielt.

An dieser Stelle ist interessant festzuhalten, dass nach Angaben der interviewten Personen Innovationen nicht generell von der Geschäftsführung bzw. der Leitungsebene übernommen werden. Vielmehr findet eine Art Außenverlagerung des Innovationsprozesses statt, in dem in gesonderten Arbeitsgruppen innovative Projekte vorangetrieben werden. So werden in allen Projekten neben den „normalen“ Teamsitzungen, den sog. „Projektteams“ (Interview 3, S. 5), „Kernteams“ beschrieben, in denen gesondert neue Projekte und Ideen besprochen werden. Die Interviewte beschreibt diese Treffen auch als „temporäre Arbeitsgruppen“ (Interview 3, S. 6), die dann für die anderen Projekte relevante Themen weiterleiten. Die AGs würden sich hierbei gezielt aus Mitarbeitern zusammensetzen, die aufgrund gewisser Fähigkeiten und Kenntnisse einen Beitrag zu Innovationsvorhaben leisten können (vgl. hierzu auch Interview 3, S. 21f). Dies scheint auch beim zu untersuchenden Innova-

tionsprozess so gewesen zu sein, da die Abläufe auch in diesem Zusammenhang erwähnt werden. Die Interviewte beschreibt in diesem Kontext folgende wichtige Fragestellungen bezüglich der Teilnahme an den oben beschriebenen AGs: (...) *was hat der Mitarbeiter aus der Einrichtung X mit dem Testprojekt zu tun? Macht es Sinn, hat er soviel beizutragen inhaltlich, organisatorisch, dass es notwendig ist, dass er im Kernteam ist oder reicht der normale Informationsfluss über Protokolle oder über die Beteiligung eines Kernteams, also eines fachspezifischen Kernteammitglieds auf der Einrichtungssitzung?*“ (Interview 3, S. 6).

Während bei der Ideengenerierung die Mitarbeiter des Trägers kaum beteiligt waren, sei nach Angaben der Interviewten eine aktive Einbeziehung der Mitarbeiter in der Implementierungsphase grundsätzlich üblich: „... *mit den Mitarbeitern wird die Umsetzung geprüft. Also wie ist das möglich? (...) Da gibt's dann die Arbeitsteilung, dass jeder guckt, was kann er für dieses Ziel, für diese Aufgabe beitragen*“ (Interview 3, S. 5).

Auch während der Ideenrealisierungsphase - also zu dem Zeitabschnitt indem die Umsetzung des Projektes und alle notwendigen konzeptionellen Maßnahmen bereits feststehen – wurden alle Mitarbeiter aktiv beteiligt und gezielt mit Verbesserungsvorschlägen gearbeitet bzw. diese forciert: „(...) *wir haben das erarbeitet, wie wir uns das dachten, haben es ins Team eingebracht und praktisch auch Peerreview gemacht (...) Und dann wurden richtig mehrere Feedbackschleifen eingebaut*“ (Interview 3, S. 9; siehe hierzu auch Interview 3, S. 6, Beschreibung „Kernteams“). Nach wie vor würden entsprechende „Impulse“ gesetzt werden würden, damit die Mitarbeiter aller Projekte dazu motiviert werden, sich am Test-Projekt zu beteiligen und Klienten dorthin vermitteln. So würde sich regelmäßig in Teamsitzungen über die Erfahrungswerte des Projektes ausgetauscht und ganz explizit in Mitarbeitertagungen erörtert, weshalb eine Vermittlung ins Testprojekt wichtig sei (vgl. Interview 3, S. 15f).

Ein weiteres herausstechendes Merkmal des Innovationsprozesses stellt der Aspekt der Netzwerkarbeit dar, welcher - wie in Punkt C genauer dargestellt wird – für das Voranschreiten der Innovation eine wesentliche Rolle gespielt hat und im Interview mehrfach betont wird. Bereits in der Phase der Ideenfindung hat die Vernetzung zu anderen Institutionen eine Rolle gespielt. So scheint beispielsweise der Kontakt zum Robert Koch Institut (RKI) zu Beginn der Innovation bedeutend gewesen zu sein: „*wir [haben] diverse Präventionsprojekte gemacht. Haben dann (...) mit dem Robert Koch Institut (RKI) schon mal die Idee gehabt, (...) dass es schön wäre, wenn man noch mal Prävalenzdaten hätte*“ (Inter-

view 3, S. 1). Allerdings geht aus dieser Aussage nicht hervor, wie diese Zusammenarbeit gestaltet wurde bzw. inwieweit hier strategisch vorgegangen wurde. Interessant wäre beispielsweise an dieser Stelle zu hinterfragen, wer hier federführend war und wie mit dem gemeinsamen Erkenntnisinteresse umgegangen wurde, d.h. wurde in regelmäßigen Sitzungen nach gemeinsamen Ideen gesucht, wurde Arbeitsteilung betrieben oder handelte es sich um eine lose Idee, die nicht weiter verfolgt wurde? In einer späteren Aussage wird allerdings deutlich, dass bereits in der Phase der Suchfeldbestimmung die Netzwerkarbeit mit anderen Trägern und politischen Akteuren zum Teil strategisch eingesetzt wurde: *„(...) dass man also einfach in einem Netzwerk ist, wo man an Informationen gelangt, wo es zum passenden Zeitpunkt Geld gibt. Auch das Modellprojekt was wir hatten, kam ja nicht von irgendwo her. Da haben verschiedene Kräfte daran gewirkt für uns die Mittel zu organisieren“* (Interview 3, S. 12). Aus der Inhaltsanalyse geht darüber hinaus hervor, dass die ursprüngliche Idee nicht aus den eigenen Reihen kam, sondern andere kooperierende Einrichtungen das Schnelltest-Verfahren bereits umgesetzt hatten. Als die Interviewte den historischen Prozess der Innovation beschreibt, berichtet sie von diversen Schwulenprojekten, welche bezüglich eines Schnelltestverfahrens Vorreiter gewesen seien. Doch einige Fragen bleiben auch hier noch offen. So ist zunächst unklar, wie genau dieses Wissen erzielt wurde, d.h. gab es einen gezielten Austausch mit diesen Projekten? Welchen genauen Einfluss hatten die Erfahrungswerte dieser Einrichtungen, konnten sie genutzt werden und wenn ja, in welcher Innovationsphase waren sie wichtig? Die Interviewte gibt lediglich an: *„Dann kam der HIV-Schnelltest auf, den gibt es ja so seit ca. fünf, sechs Jahren. Und dann kam so die Debatte im Schwulenbereich auf: ‘wollen wir nicht den Schnelltest auch im niedrigschwelligen Setting anbieten?’ (...) Das wurde so im Schwulenumilieu diskutiert, unter den Schwulenprojekten, wurden auch Testaktionen schon begonnen in verschiedenen Städten, in Berlin auch, und dann haben wir dann auch so überlegt, wollen wir im HIV-Bereich noch mal gucken“* (Interview 3, S. 2). Im späteren Verlauf des Interviews zeigt sich jedoch, dass mit den „Schwulenprojekten“ eine enge Kooperation bestanden haben muss, da zusammen mit diesen ein Antrag beim Kostenträger – der Test wurde zum Teil über eine Lottoförderung finanziert – gestellt wurde und diese Kontakte somit besonders in der Ideenrealisierungsphase wichtig gewesen sind: *„Und dann gab es die Möglichkeit, da im Schwulenbereich auch der Wunsch bestand, mit dem Schwulenprojekt auch noch mal eine HIV-Test-Kampagne zu machen. Da haben dann vier Träger unter der Federführung*

*des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPW) einen Antrag auf Lottoförderung gestellt“ (Interview 3, S. 10).*

Bevor in die direkte Analyse der hinderlichen und förderlichen Faktoren eingestiegen wird, sollen auch zu dieser Fallstudie noch ein paar quellenkritische Anmerkungen gemacht werden. Für das gesamte Interview gilt kritisch festzuhalten, dass spezifische Fragen häufig allgemein beantwortet werden, weshalb oft unklar bleibt, inwieweit sich die Aussagen der interviewten Person auf den zu untersuchenden Innovationsprozess beziehen oder die generellen Organisationsstrukturen und –merkmale sowie eigene Ansichten und Meinungen beschrieben werden. Besonders deutlich werden diese Verallgemeinerungstendenzen in einer Aussage der Interviewten, in der sie auf die Frage eingeht, inwieweit gewisse Qualifikationen der Mitarbeiter bei der Umsetzung des Projektes eine Rolle gespielt haben: *„Also erst mal musst du ein ausgeprägtes Berufsbild von deiner eigenen Profession haben. Also wissen was du bist und das du das gut tust. Also professionelles Selbstverständnis wäre hier die Überschrift. Dann musst du Erfahrungen in der Projektumsetzung haben. Vor allem im Bereich des Selbstständigen Arbeitens. Und als persönliche Eigenschaft: Neugierde und Reflexionsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit “ (Interview 3, S. 11).*

Darüber hinaus macht die interviewte Person zum Teil sehr widersprüchliche Angaben zur Bedeutung von Netzwerkarbeit. Für die Beschleunigung des Innovationsprozesses waren nach Angaben der Interviewten Kontakte zu bestimmten Experten maßgeblich (siehe Punkt C). So hätte deren Spezialwissen dazu geführt, dass weitere fundamentale Schritte folgen konnten, um die Innovation zu realisieren. Demgegenüber gibt die Interviewte bei der Frage nach kooperierenden Einrichtungen im Rahmen des Innovationsprozesses jedoch an, es gäbe in Deutschland kaum Ansprechpartner für die Themenfelder des Trägers. Eher allgemein beschreibt sie innovative Prozesse und deren Umsetzung im angelsächsischen Raum (Interview 3, S. 4). Es ist zu vermuten, dass die Interviewte diesen Missstand weniger auf die Phase der Implementierung, sondern vielmehr auf den Prozess der Ideenfindung bezieht, da sie im Interview fortschrittliche Projekte beschreibt, nach denen sich der Träger orientieren würde.

### 3.3.1 Förderliche Faktoren

#### **A. Organisationsmitglieder: motivierte und kompetente Mitarbeiter**

Die positive Bedeutung der Motivation für den Innovationsprozess kommt an unterschiedlichen Stellen zum Ausdruck. So wird an einer Stelle des Interviews deutlich, dass für die ständige Weiterentwicklung des Projektes ein gewisses Durchhaltevermögen erforderlich gewesen ist und das Projekt auf motivierte Kollegen angewiesen war, damit es überhaupt weiter aufrechterhalten werden konnte: *„es gab eben kompetente Kollegen, (...) die sich damit auch identifizieren und die da auch ein Interesse haben, das weiter [zu] entwickeln“* (Interview 3, S. 18). An einem anderen Punkt des Interviews wird der Aspekt der Motivation recht abstrakt aufgegriffen. Im Zusammenhang mit der Frage nach Anreizsystemen im Träger betont die Interviewte den hohen Stellenwert der intrinsischen Motivation (vgl. Interview 3, S. 23).

Neben der Motivation der beteiligten Akteure haben auch deren spezifische Kompetenzen für die Umsetzung der Innovation eine wichtige Rolle gespielt. So seien nach Angaben der interviewten Person die Fähigkeiten der Kollegen für den Innovationsprozess bedeutend gewesen – insbesondere im organisatorischen Bereich. Schließlich habe die Notwendigkeit bestanden, aufgrund der Mischfinanzierung und den damit verbundenen häufig wechselnden Rahmenbedingungen, das Projekt kontinuierlich zu verändern und weiterzuentwickeln (vgl. Interview 3, S. 18). Darüber hinaus hätte insbesondere in der Implementierungsphase geholfen, dass die, für das Test-Projekt verantwortliche Kollegin in der Einrichtung durch ihre Kompetenz eine hohe Anerkennung seitens der Kollegen genossen hat: *„ (...) eine Mitarbeiterin, die ja für dieses Modellprojekt zuständig war, (...) hat ein hohes Renommee bei uns. Die war sehr geschätzt und anerkannt als Person und als Fachkraft von allen* (Interview 3, S. 9). Zudem betont die Interviewte im Hinblick auf die Frage, nach innovationsfördernden Faktoren eine entsprechende Ausbildung absolviert zu haben und auch andere Kollegen hätten diverse Qualitätsmanagement-Schulungen durchlaufen, welche für die Umsetzung des Innovationsvorhabens wichtig gewesen seien (vgl. hierzu Interview 3, S. 6f).

#### **B. Organisationskultur: Vertrauen und Sicherheit**

Hinsichtlich der Frage, inwieweit beim Träger innovative Strukturen bestünden, betont die Interviewte, wie wichtig die Aspekte „Vertrauen“ und „Sicherheit“ für innovative Vorhaben seien: *„die Grundlage ist immer Vertrauen (...) wenn du sagst, du hast Vertrauen in*



die Mitarbeiter, (...) da musst du weniger Kontrollstrukturen einführen. Da sind die Strukturen wichtig, dass jeder sich sicher fühlt. (...) Dass sie ihren Platz haben (...) Wenn dann sich einer sicher fühlt, dann kann er auch was ausprobieren“ (Interview 3, S. 23). Die Betonung dieser beiden Aspekte in diesem Zusammenhang lässt vermuten, dass prinzipiell unterstützende Arbeitsstrukturen bestehen und demzufolge ein gewisses kreatives Organisationsklima besteht.

### **C. Organisationsstruktur: wenig Hierarchie, qualitätsbezogene Standards**

Inwieweit hierarchische Strukturen im Team generell eine Rolle spielen, bleibt unklar. Verschiedene Aussagen der Interviewten verweisen jedoch darauf, dass im Träger kaum hierarchische Ebenen bestehen. So scheint es zum einen neben der Geschäftsführung lediglich Projektleiter zu geben, die für die einzelnen Teams verantwortlich sind. Andere Führungsfunktionen werden im Interview nicht beschrieben. Zum anderen setzt die Teilnahme an innovativen Vorhaben nicht grundsätzlich eine Führungsposition voraus. Wie bereits beschrieben, werden Innovationsprozesse lediglich nach außen gelagert und durch Mitarbeiter gestaltet, die aufgrund von bestimmten Kenntnissen oder Fähigkeiten die Innovation positiv beeinflussen können. Die Interviewte beschreibt einen eher kooperativen und demokratischen Führungsstil: *„Man muss jetzt nicht irgendwie dirigistisch alles regeln oder alles geklärt haben, sondern gucken, wo ist Doppelarbeit, wo arbeitet man aneinander vorbei, wo gibt es Missverständnisse, wo ist zu viel Kommunikation, wo ist zu wenig Kommunikation?“* (Interview 3, S. 7).

Des Weiteren gibt die Interviewte an, dass beim Träger innovative Strukturen bestünden und die Mitarbeiter *„sich (...) in der Regel wohlfühlen, weil sie sich was drauf einbilden können, dass wir in einem innovativen Träger sind. Manche Kollegen auch für einen mitziehen, also ein hohes Tempo, also selber sehr innovativ und kreativ sind (...) es gibt wenig Ausnahmen, ich glaube nur selten kommt das vor, (...) dass Kollegen das völlig blockieren. Also sagen, "dass interessiert mich nicht" oder dann auch das dann mittragen.“* (Interview 3, S. 12). Diese innovationsfreundlichen Strukturen wirken sich scheinbar positiv auf die Motivation der Mitarbeiter aus. Allerdings beschreibt die Interviewte vereinzelt auch negative Effekte dieser Strukturen: *„(...) andere tun sich schwerer. Also die finden es dann schön, dass sie hier sind (...) Aber selber dann eher das mühselig und überfordernd finden“* (Interview 3, S. 12).

Eine weitere Aussage in Bezug auf die Frage nach innovationsförderlichen Strukturen beantwortet die Interviewte eher unspezifisch. So wird beispielsweise ein systematisches und gezieltes Verfahren nicht beschrieben. Vielmehr stellt die Interviewte dar, welche Bedeutung ihrer Ansicht nach Qualitätsmanagement für innerorganisatorischen Kernaufgaben hat: *„Ich denke, also Basis ist ja schon die „International Organisation for Standardization“ (ISO), also Zielmaßnahmen Überprüfung, also diesen Regelkreis, diesen ganz einfachen PDCA-Regelkreis“* (Interview 3, S. 7).

#### **D. Organisationsumwelt: Spezialwissen über Netzwerkpartner**

Dem Interview ist zu entnehmen, dass die Vernetzung mit bestimmten Akteuren der Gesundheitshilfe den Innovationsprozess deutlich beschleunigt hat. Insbesondere zwei Netzwerkpartner sollen entscheidend zu einer schnelleren Implementierung des Testangebotes beigetragen haben. So hätte zum einen aus einem Gespräch mit einem hochrangigen Geschäftsführer einer Organisation eine Information resultiert, welche den Innovationsprozess entscheidend vorangetrieben hätte. Zum anderen habe ein weiterer Kontakt zu einem anderen Experten aus dem Gesundheitswesen dann schließlich zur baldigen Umsetzung der Innovation geführt. Auffällig dabei ist, dass die Interviewte diesen Vernetzungsprozess fast willkürlich darstellt, indem sie beschreibt, wie sich eine zentrale Information eher zufällig ergeben hätte. So scheint das Gespräch mit dem ersten Fachexperten nicht gezielt zur Beschleunigung des konzeptionell vorangeschrittenen Innovationsprozesses vereinbart worden zu sein. Erst nach diesem Gespräch fand eine systematische Recherche nach weiteren Experten statt, aus welcher sich dann das andere Treffen ergeben hätte. Folgender Abschnitt macht dies deutlich: *„also so ganz kleine Sachen, also dann hat man ein Gespräch mit dem Geschäftsführer der Deutschen Leberhilfe und der erzählte so nebenbei es gibt ja jetzt übrigens die Schnelltests für Hep C (...) Und über diesen Weg, weil er das berichtete, haben wir recherchiert, haben die Firma ausfindig gemacht, haben unser Netzwerk wieder aktiviert“* (Interview 3, S. 3).

Die zentrale Bedeutung von Netzwerkpartnern wird darüber hinaus in einer weiteren Aussage der Interviewten deutlich, in der sie die Durchführung eines Schnelltestverfahrens in einer anderen Einrichtung beschreibt. Kostenträger sei hier die Deutsche Aidshilfe (DAH) Dortmund gewesen, mit welcher der Träger ebenfalls in enger Verbindung gestanden haben muss, da die DAH Dortmund mit einer Stiftungsanfrage, zur Umsetzung eines ähnlichen Projektes an den Träger rangetreten ist und somit ein Teil der Finanzierung gesichert

wurde. Auch hier hat es sich nicht um einen systematischen Prozess gehandelt (vgl. Interview 3, S. 5).

### 3.3.2 Hinderliche Faktoren

#### **A. Organisationsumwelt: Zersplitterung des Innovationsprozesses durch unterschiedliche Kostenträger**

Was den Innovationsprozess eher gebremst zu haben scheint, ist die aus drei Geldgebern zusammengesetzte Mischfinanzierung des Test-Projektes. Dadurch wurde der Innovationsprozess sozusagen zersplittert. Hierbei sei die Finanzierung zum einen aus Stiftungsgeldern und zum anderen als Teilfinanzierung über ein Bundesmodellprojekt erfolgt. Diese Mittel konnten nicht zeitgleich akquiriert werden. Generell würde der Träger kaum durch öffentliche Gelder gefördert werden und sei daher auf alternative Finanzierungswege angewiesen, die oft eine vorausschauende Finanzplanung erfordern (vgl. Interview 3, S. 13). Die Interviewte gibt in diesem Zusammenhang weiter an, dass die größte Herausforderungen gewesen sei, *„am Anfang die ersten paar tausend Euro zu kriegen. Überhaupt erst mal anfangen zu können“* (Interview 3, S. 16). Wie schwierig die Anfangsphase gewesen sein muss, in welcher es zunächst darum ging, öffentliche Gelder für die Laborkosten zu erhalten, wird darüber hinaus in anderen Aussagen deutlich. Die Interviewte beschreibt hierbei einen *„mühseligen Prozess“* (Interview 3, S. 16ff), welcher auch sozialpolitische Interessenskonflikte spiegelt: *„wir hatten kein eigenes Geld, im Bundesmodelletar war es erst mal nicht vorgesehen (...) Und dann gab es zwar schon das Ziel, wir alle wollen, dass es Tests gibt, aber, man muss es erst mal auf die vorhandenen Mittel runterbringen“* (Interview 3, S. 18). Die Interviewte gibt darüber hinaus an, dass diese Schwierigkeiten sich nicht nur auf die Anfangsphase bzw. Implementierungsphase bezogen hätten, sondern vielmehr immer wieder ein *„Übergangsmanagement“* (Interview 3, S. 18) erforderlich gewesen sei: *„Es gab dann schon noch mal, also dass wir das eben auch gut aufeinander abstimmen mussten, also die verschiedenen Förderstränge und dann eben auch Übergangsmanagement, also dann weil Welt-Aids-Fonds aufhörte, BMG (Bundesministerium für Gesundheit) auch aufhörte, aber da haben wir echt eine Punktlandung hinbekommen, dass in dem Moment, wo BMG aufhörte auch Lotto anfing“* (Interview 3, S. 19).

### **B. Organisationsstruktur: starke Formalisierung in vereinzeltten Arbeitsbereichen**

Neben den positiven Faktoren, die im Kontext der formalen Struktur des Trägers beschrieben werden, nennt die Interviewte eine wichtige Innovationsbarriere, die sich aus der starken Formalisierung eines Arbeitsbereiches ergab. So hätten verwaltungsgebundene Anforderungen, die den Interessen der Akteure der Innovation entgegenstanden, den Innovationsprozess einschneidend gebremst: *„(...) da gab es verschiedene Erwartungen, auch politische, also in Miniform, also die Fachverwaltung wollte gerne, dass wir ein spezielles Labor beauftragen (...) Es ging da um dreitausend Euro im Jahr und die waren wiederum zu mühselig für uns. Also wir hatten da noch ein anderes freies Labor, also ein Unternehmen, die bessere Preise hatten (...) bis der Vertrag zustande kam, ging durch tausend Hände, dauerte drei Monate, wurde nach Frankfurt Oder und dann nach Berlin geschickt. Also irgendwie, das war mühselig (...) Und dann halt mit dem Gesundheitsamt abklären, wie machen wir das mit der amtlichen Meldepflicht, wenn überhaupt die Standards, es war jetzt nicht mühselig“* (Interview 3, S. 16).

## **Zwischenfazit: Fallanalyse**

In der Analyse der drei Fallbeispiele konnten für eine ganze Reihe von Faktoren detaillierte Kausalzusammenhänge offengelegt werden. Die Ursache-Wirkungsbeziehungen wurden sowohl für positive als auch negative Einflussgrößen entschlüsselt. Dabei war auffallend, dass alle Innovationsbarrieren offensichtlich überwunden werden konnten. In keinem Fall wurde der Innovationsprozess aufgrund von hinderlichen Einflussfaktoren gestoppt oder für einen nennenswerten Zeitraum blockiert. Bezeichnenderweise musste auch in keiner der drei Fallstudien eine substantielle Änderung im Innovationsvorhaben vorgenommen werden, um hinderliche Faktoren zu umgehen oder entsprechende Widerstände aufzuweichen. Vielmehr konnten alle Neuerungen wie geplant eingeführt werden. Die verschiedenen Innovationsbarrieren, die es in allen drei Fallbeispielen reichlich gegeben hat, haben allenfalls zu einer Verlangsamung des Innovationsprozesses geführt.

In den drei Fallstudien fiel zudem auf, dass die verschiedenen Phasen des Innovationsprozesses eine zentrale Rolle für die Einflussfaktoren spielen. In Anlehnung an die einschlägige Forschungsliteratur konnten in den drei Fällen im Grunde vier Phasen identifiziert werden, die jede für sich charakteristische Merkmale aufweisen: die Suchfeldbestimmung, die Phase der Ideengenerierung, die Konzept- bzw. Konzepterarbeitungsphase, und die Implementierungsphase. Es zeigte sich, dass die Einflussfaktoren – sowohl die hinderlichen als auch die förderlichen – im Lichte der verschiedenen Phasen des Innovationsprozesses betrachtet werden müssen. Viele Einflussgrößen sind vermutlich auf bestimmte Phasen beschränkt bzw. treten nur in bestimmten Phasen in Erscheinung. Die mangelnde Motivation der Mitarbeiter ist bspw. eine Innovationsbarriere, die vorrangig in der Implementierungsphase von Bedeutung ist. Während kooperative Netzwerke bspw. einen förderlichen Faktor darstellen, der überwiegend in der Phase der Ideengenerierung wirksam ist. Die Tatsache, dass offensichtlich viele – wenn nicht sogar alle – Einflussfaktoren einen „situativen“ bzw. „phasischen Charakter“ aufweisen, wurde bei der systematischen Literaturexegese nicht berücksichtigt. Eventuell ist dies ein Aspekt, der in zukünftigen Forschungsvorhaben zu Innovationsprozessen in Sozialen Unternehmen stärkere Berücksichtigung finden sollte.

Im Zusammenhang mit der besonderen Bedeutung der verschiedenen Innovationsphasen konnte in der Fallanalyse auch sog. „Echo-Phänomen“ entdeckt werden. So wurde deutlich, dass bestimmte Einflussfaktoren den Innovationsprozess auf eine Art und Weise prägen, sodass im weiteren Verlauf der Innovation charakteristische Merkmale auftreten.

Bspw. hat sich gezeigt, dass Innovation vor allem in der Phase der Ideengenerierung und der Konzeptphase ein vergleichbar „elitärer“ Prozess ist. In der Regel sind hier besonders engagierte und motivierte Mitarbeiter am Werk. Dieser elitäre Charakter führt in der Implementierungsphase oft zu Schwierigkeiten. Schließlich wird in dieser Phase das Gros der Mitarbeiter zum ersten Mal mit der jeweiligen Neuerung direkt konfrontiert. War der ohnehin elitäre Charakter von Innovationsprozessen zuvor besonders dominant, schlägt sich dies negativ in der Implementierungsphase nieder. Vergleichbare „Echo-Effekte“ konnten in den Fallbeispielen auch bei der Verwendung von externen Innovationskonzepten,<sup>88</sup> bei gering formalisierten Organisationsstrukturen,<sup>89</sup> oder auch hinsichtlich der Existenz von Netzwerken identifiziert werden.<sup>90</sup> Zwar war das Augenmerk dieser Arbeit besonders auf die negativen Aspekte gerichtet, es ist jedoch zu vermuten, dass Echo-Effekte ebenso häufig eine positive Natur haben können. In Hinblick auf das Management von Innovationsprozessen führen die Echo-Effekte die Gefahr der „Übersteuerung“ vor Augen. Wird eine Maßnahme zu massiv oder auch zu zögerlich angewendet, hat dies offensichtlich Folgen für den weiteren Innovationsprozess.

Die überwiegende Mehrheit der Einflussfaktoren, die in der vorangegangenen Literatur-exegese identifiziert wurden, war auch in den drei Fallstudien präsent. Im Grunde wurden

---

<sup>88</sup> Insbesondere in der Fallstudie zum „Beikonsum-Manual“ wurde deutlich, dass eine Hilfestellung von Externen und vor allem die Übernahme von „fremden Konzepten“ zu Schwierigkeiten bei der Implementierung führen können. Insbesondere wenn diese intensiv betrieben wird, müssen im Nachhinein erhebliche Anstrengungen unternommen werden, das jeweilige Konzept an die Besonderheiten des eigenen Sozialen Unternehmens anzupassen.

<sup>89</sup> In der Fallstudie zur „ambulanten Suchttherapie“ hat sich gezeigt, dass eine informelle und wenig spezialisierte Organisationsstruktur, die unter anderem auch den direkten Kontakt zur Geschäftsführung erleichtert, förderlich für den Innovationsprozess sein kann. Die Kehrseite dieser Struktur ist allerdings, dass in der Implementierungsphase oftmals alle Mitarbeiter – auch die, die von der jeweiligen Neuerung gar nicht betroffen sind – in diesen Prozess eingebunden werden. Im konkreten Fall der „ambulanten Suchttherapie“ hat sich dies vor allem in den Teamsitzungen niedergeschlagen. Der Konflikt zwischen hoch- und niedrighschwelligem Projekten, der in diesem Fallbeispiel beschrieben wurde, war vermutlich zu einem nicht unerheblichen Grad der geringen Formalisierung und Spezialisierung geschuldet.

<sup>90</sup> Im Fall der „Schnelltests für Hepatitis-C und HIV“ wurde vor allem die fehlenden Netzwerke während der Phase der Ideengenerierung deutlich. Aufgrund mangelnder Kontakte erhielt man, die für diese Neuerung entscheidende Informationen eher zufällig. Auf der anderen Seite ist zu vermuten, dass es aber gerade die fehlenden Netzwerk gewesen sind, die dazuführten, dass diese Einrichtung bei ihrer Innovation vergleichsweise wenig Konkurrenz erfahren hat. Genau umgekehrt dürfte es sich im Falle der „ambulanten Suchttherapie“ verhalten haben. Hier gab es keine systematische Ideengenerierung. Vielmehr wurde die Neuerung eher nebenbei entwickelt. Wichtig dürften hier die vielfältigen Kontakt zu benachbarten Einrichtungen im unmittelbaren Nahbereich gewesen sein. Die Kehrseite dieser vielseitigen Netzwerkkontakte hat sich jedoch im weiteren Verlauf des Prozesses gezeigt. Dieser Innovationsprozess erfuhr erhebliche Anfeindungen und vergleichsweise starken Konkurrenzdruck.

Faktoren aus allen zentralen Kategorien – Organisationsstruktur, -mitglieder, -kultur, und -umwelt – angesprochen. Allerdings konnten fünf Faktoren, die zuvor in der Literaturexegese aufgeführt worden waren, in den drei Fallbeispielen nicht aufgefunden werden: 1) Spezialisierung bzw. Spezialisierungsbarrieren 2) förderliches Risikoverhalten der Mitarbeiter bzw. Risikobarrieren 3) Grad der Loyalität zum Unternehmen 4) Fehlertoleranz und Lernkultur bzw. Normbarrieren, die diesem entgegen stehen 5) eine förderliche bzw. restriktive rechtlich-politische sowie sozio-kulturelle Umwelt. Auch wenn die drei Fallstudien in keiner Weise dazu dienen können, die Ergebnisse der Literaturexegese zu überprüfen, oder gar zu testen, so ist doch auffällig, dass diese beiden Teilabschnitte hinsichtlich der förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren ein erhebliches Maß an Übereinstimmung aufweisen.

Abschließend soll noch selbstkritisch eingeräumt werden, dass die qualitative Fallanalyse sicherlich mehr Aussagekraft erhalten hätte, wenn nicht nur Erfolgsfälle Berücksichtigung gefunden hätten. Ein gescheiterer Fall, in dem die Einführung einer Neuerung nicht erfolgreich verlaufen ist, hätte sicherlich den wissenschaftlichen Mehrwert dieser Studie gesteigert.

## 4. Handlungsempfehlungen: Innovationsmanagement in Sozialen Unternehmen

Auf der Grundlage der Probleme, die in der detaillierten Kausalanalyse identifiziert wurden, soll im ersten Teil dieses Kapitels eine möglichst umfassende Strategie zum Innovationsmanagement für NPO skizziert werden. Die verschiedenen Handlungsempfehlungen sollen dabei die positiven Faktoren, die in den Fallstudien herausgearbeitet wurden, stärken und die negativen Aspekte minimieren oder gar vollkommen beseitigen. Konkret wird die Einführung von „Innovationsgutscheinen“ und „Innovationsstipendien“ sowie die „sukzessive Implementierung von Innovationsvorhaben in kleinteiligen Pilotprojekten“ empfohlen. Wie bereits im Zwischenfazit zu den qualitativen Fallstudien hervorgehoben wurde, ist ein zentrales Ergebnis dieser Studie, dass die unterschiedlichen Einflussfaktoren – sowohl die hinderlichen als auch die förderlichen – im Lichte der verschiedenen Phasen des Innovationsprozesses betrachtet werden müssen. Diese Erkenntnis soll direkt in der Handlungsempfehlungen umgesetzt werden. Da das vorliegende Konzept entlang der Leitlinien der verschiedenen Phasen des Innovationsprozesses entwickelt wurde, wird hier auch von einem „Graduellen Innovationsmanagement“ für soziale Unternehmen gesprochen.

Im zweiten Teil des Kapitels soll überprüft werden, ob die auf dieser Grundlage skizzierten Handlungsempfehlungen auch Relevanz für die verschiedenen förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren haben könnten, die in der Literaturexegese herausgearbeitet wurden, jedoch nicht in der detaillierten Fallanalyse enthalten waren. Bei diesem zweiten Arbeitsschritt zeigt sich, dass abgesehen von dem Faktor „förderliche bzw. restriktive rechtlich-politische sowie sozio-kulturelle Umwelt“ die vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen zu den restlichen Einflussgrößen entweder eine positive oder eine neutrale Wirkung haben. Zwar ist die hier präsentierte Innovationsmanagement-Strategie eindeutig vor dem Hintergrund der Problemlagen verschiedener Berliner Suchthilfeeinrichtungen entstanden. Die abgegebenen Empfehlungen könnten jedoch durchaus auch eine Relevanz für NPO haben, die anderen Themenfeldern angesiedelt sind. Unabhängig davon, ist die konkrete Ausgestaltung der verschiedenen Vorschläge stark abhängig vom jeweiligen Kontext des Problemfeldes, der Zielsetzung und den spezifischen Merkmalen der Innovation, sowie den



Handlungsmöglichkeiten – insbesondere den finanziellen – des jeweiligen Sozialen Unternehmens. Auch die Frage, ob es sich um einen einmaligen oder einen regelmäßigen Innovationszyklus handeln soll, ist von diesen Bedingungen abhängig. Es wird jedoch grundsätzlich der Anspruch erhoben, die verschiedenen Handlungsempfehlungen neutral zu formulieren, damit sie weitgehend unabhängig von den jeweiligen spezifischen Rahmenbedingungen sind und somit auf verschiedene Kontexte übertragen werden können.

## **4.1. Ein Graduelles Innovationsmanagement für Soziale Unternehmen**

### **4.1.1 Ideengenerierungsphase: Innovationsgutscheine**

Wie in den qualitativen Fallstudien herausgearbeitet wurde, spielen die Phase der Ideengenerierung eine wichtige Rolle für den gesamten Innovationsprozess. Schließlich wird hier die inhaltliche Grundlage für die Neuerung geschaffen. Allerdings ist dieser erste Schritt zeitaufwendig – insbesondere, wenn die Ideengenerierung neben dem Tagesgeschäft zu erfolgen hat. Die Fallbeispiele haben gezeigt, dass Innovationen schon in einem frühen Stadium aufwendig sind und bereits erhebliche Vorbereitung erfordern. Zudem ist Motivation und das persönliche Engagement der Mitarbeiter gefordert, damit die notwendige Schwungkraft entstehen kann, die letztendlich für die erfolgreiche Umsetzung der Neuerung notwendig ist. Innovation kann nur gelingen – das ist eine wichtige Erkenntnis aus den qualitativen Fallstudien – wenn es gelingt, die kreative Schaffenskraft der Mitarbeiter zu aktivieren. Wie wichtig die Initiative der Mitarbeiter ist, wurde insbesondere im Fallbeispiel zum „Beikonsum-Manual“ deutlich. Zu intensive Hilfestellung von Externen – bspw. von Dienstleistern die Innovationskonzepte marktwirtschaftlich bereitstellen – erfordert nicht nur einen größeren Aufwand das jeweilige Konzept an die spezifischen Bedingungen der eigenen Einrichtung anzupassen. Vielmehr muss auch mehr Überzeugungs- und Motivationsarbeit im späteren Verlauf des Prozesses geleistet werden, wenn die Implementierung der Neuerung durch das Gros der Belegschaft ansteht. Darüber hinaus bergen eine unsystematische Ideengenerierung und eine unspezifische Bestimmung des Suchfelds die Gefahr, wichtige Impulse zu übersehen, die auf dem Markt der Ideen vorhanden sind. Die Chance der Innovation wird somit nur unvollständig ausgeschöpft. Die Probleme, die durch eine erratische Ideengenerierung entstehen, wurden vor allem im Fallbeispiel zur „ambulanten Suchttherapie“ deutlich. Vieles deutet auf eine unsystematische Vorgehensweise hin – insbesondere hinsichtlich der Zusammenlegung der Alkohol- und Drogenhilfe

in eine einheitliche Suchttherapie. So wurden die Initiatoren von den erheblichen Konsequenzen, die dieser Schritt hervorgerufen hat – d.h. fachlich-inhaltliche Widerstände im Team, Anfeindungen durch andere Träger und Einrichtung, und Konkurrenzdruck in der konkreten Bezirksarbeit – überrascht. Dies deutet darauf hin, dass die Ideengenerierung im erheblichen Maße ein unsystematischer ja geradezu zufälliger Prozess gewesen sein dürfte. Die Bedeutung von Netzwerken ist schließlich ein weiteres wichtiges Element, das in diesem Zusammenhang aus der Analyse zu den drei Fallbeispielen abgeleitet werden kann. Netzwerke können sich förderlich in der Phase der Ideengenerierung auswirken, wenn es gelingt, einen produktiven Wissens- und Erfahrungsaustausch zu organisieren.

Vor diesem Hintergrund schlage ich die Einführung von sog. „Innovationsgutscheinen“ vor. Durch diese Maßnahme – so die zentrale These – kann die Ideengenerierung in systematischer Weise gefördert werden. Die hier skizzierten Herausforderungen, die bei der Ideengenerierung im Innovationsprozess bestehen, können behoben werden, wenn die Leitung sozialer Unternehmen in einem bestimmten Umfang interessierten und engagierten Mitarbeiter die Möglichkeit einräumt, sich über neue Konzepte, Verfahren, Projektideen, etc. zu informieren. Dies kann bspw. durch Besuche von Fachtagungen, Seminaren, speziellen Workshops, etc. geschehen. Es ist aber auch bspw. denkbar „Innovationsgutscheine“ durch Hospitationsbesuche bzw. Kurzpraktika in anderen Einrichtungen einzulösen. Erhält ein Mitarbeiter einen derartigen Gutschein, wird er für diesen Zeitraum vom Alltagsgeschäft freigestellt. Zudem sollten andere anfallende Kosten wie bspw. Kursgebühren oder Reisekosten, ebenfalls von der NPO getragen werden.

„Innovationsgutscheine“ sollten dabei klar auf die Ideengenerierung zugeschnitten sein. Das Sammeln von Ideen, die sich eventuell in konkreten Innovationsvorhaben realisieren lassen soll im Vordergrund stehen. Der entscheidende Effekt besteht darin, den Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, aus dem hektischen Tagesgeschäft für einen Moment herauszutreten. Durch „Innovationsgutscheine“ können sich Mitarbeiter mit einer gewissen Muse der Frage nachgehen, welche möglichen Neuerungen für das eigene Soziale Unternehmen eventuell förderlich sein könnten.

Insbesondere wenn bereits im Raum steht, dass im weiteren Prozess geplant ist, „Innovationsstipendien“ zu vergeben, ist es wichtig gegenüber den Mitarbeitern von Anfang an klar zu kommunizieren, dass bei den „Innovationsgutscheinen“ ausschließlich das Sammeln von neuen Ideen im Vordergrund steht. Zum einen sollen „Innovationsgutscheine“ keinen Automatismus implizieren. Wer also einen Gutschein erhält, erwirbt damit nicht

unmittelbar das Anrecht auf ein „Innovationsstipendium“ oder gar auf die Möglichkeit, ein konkretes Innovationsvorhaben auch tatsächlich umsetzen zu dürfen. Schließlich führt nicht jeder eingelöste „Innovationsgutschein“ notwendigerweise zu einer guten, realisierungswürdigen Idee. Zum anderen soll aus dem Erwerb eines „Innovationsgutscheins“ keine automatische Verpflichtung zu weiteren Schritten resultieren. Dadurch sollen fähige Mitarbeiter nicht gleich zu Beginn abgeschreckt werden und sich niemand durch die Annahme eines „Innovationsgutscheins“ zu einem weitergehenden Engagement gedrängt fühlen.

Da das Sammeln von Ideen klar im Vordergrund steht, sollten die Mitarbeiter, die „Innovationsgutscheine“ erhalten haben, einen kurzen Abschlussbericht (ca. 2-3 Seiten) verfassen. Im Fokus steht dabei die Ideen, die Gegenstand der Exkursion gewesen sind. Neben einem kurzen „Steckbrief“, der knapp die wesentlichen Charakteristika der jeweiligen Idee umreißt, sollte in diesem Bericht auch bewertet werden, inwieweit es sich um eine Neuerung handelt, die im Kontext der eigenen Einrichtung sinnvoll ist.

Auch wenn der Gutschein aus den oben genannten Gründen nicht automatisch die Vergabe eines Stipendiums beinhaltet, sollte berücksichtigt werden, dass mit diesem Gutscheinverfahren der erste Schritt in einen längeren Innovationsprozess getan wird. „Innovationsgutscheine“ sind kein Selbstzweck. Vielmehr werden dadurch eine Ideensammlung zusammengestellt und ein virtueller Pool an Mitarbeitern identifiziert, die potenziell für weitere Innovationsvorhaben motiviert und aktiviert werden können. Beides stellt wichtiges strategisches Wissen dar, das für den weiteren Innovationsprozess genutzt werden kann.

Grundsätzlich sollte die Anzahl der Gutscheine begrenzt bleiben.<sup>91</sup> Die Phase der Ideengenerierung – dies wurde in den Fallstudien deutlich – ist im Wesentlichen ein „elitärer Prozess“ in dem in der Regel nur eine kleine Gruppe talentierter und motivierter Mitarbeiter involviert sind. Die Vergabe der „Innovationsgutscheine“ sollte diesem grundsätzlichen Charakter der Ideengenerierungsphase nicht zuwiderlaufen. Breit gestreute Gutscheine könnten von den Mitarbeitern als allgemeine Gratifikation verstanden werden, wodurch der Bezug zur Innovation vermutlich gelockert und der Spaß- oder gar Freizeitfaktor stärker in den Vordergrund rücken würde. Der für die Gutscheine erforderliche Mehraufwand an Arbeitsleistung (in Form von den oben beschriebenen „Innovationsberichten“) kann dabei sicherstellen, dass tatsächlich nur engagierte und an der Sache interessierte Mitarbeiter

---

<sup>91</sup> Dieser Ratschlag dürfte in den meisten Fällen selbstredend sein. Die überwiegende Mehrzahl der Sozialen Unternehmen kann sich aufgrund der oftmals begrenzten finanziellen Ressourcen ohnehin keine freigiebige Ausschüttung von Gutscheinen leisten.

Zugang zu einem Gutschein erhalten. Für weniger interessierte und engagierte Mitarbeiter dürfte dies sicherlich „abschreckend“ wirken. Mitnahmeeffekte werden dadurch weitgehend ausgeschlossen.<sup>92</sup>

Neben der eigentlichen Exkursion (zur Fachtagung, Workshop, Fachseminar, etc.) und der Verpflichtung einen abschließenden Kurzbericht einzureichen, besteht der Mehraufwand, der aus der Teilnahme an einem Gutscheinsystem resultiert, auch aus dem Bewerbungsverfahren. Für die Bewerbung auf einen Innovationsgutschein sollten interessierte Mitarbeiter ein Kurzexposé von maximal zwei Seiten einreichen, das ein konkretes Problem im Unternehmen schildert. Aus dem Kurzexposé sollte auch klar hervorgehen, welche Konzepte und Neuerungen vermutlich für die Lösung des erkannten Problems erforderlich sein könnten und auf welchem Weg man weitere Informationen dazu erlangen könnte.<sup>93</sup> Bei der Komposition dieses Textes sollte der Kreativität der Mitarbeiter möglichst freier Lauf gelassen werden und dementsprechend möglichst wenige Vorgaben gemacht werden.<sup>94</sup> Das Bewerbungsverfahren beinhaltet dabei nicht nur einen weiteren „Abschreckungseffekt“, sondern stellt darüber hinaus eine systematische Vergabepaxis der Gutscheine sicher. Die Entscheidung darüber, wer sich auf die Suche nach interessanten Ideen und Konzepten machen darf, unterliegt somit nicht dem Gutdünken der Geschäftsführung. Zudem erfordert das Bewerbungsverfahren von den Mitarbeitern eine gewisse Vorbereitung und Vorarbeit. Dadurch dürfte sich generell die Qualität der Ideengenerierung verbessern, da die Systematik und Planung bei der Suche nach attraktiven Neuerungen erhöht wird. Zudem erhält die Unternehmensleitung durch die vorgeschaltete Bewerbungsphase die Möglichkeit, Vorhaben die völlig untragbar sind, auszusortieren.<sup>95</sup> Mitarbeiter, die sich erfolgreich bewerben, erhalten somit das Gefühl der Wertschätzung und können vermutlich ihr persönliches Prestige im Sozialen Unternehmen steigern.

---

<sup>92</sup> Abgesehen von dem Abschreckungseffekt, sollte die Geschäftsführung nicht auf die Zusammensetzung der Teilnehmer einwirken. Kreativität und Einsatzbereitschaft kann durchaus von Mitarbeitern kommen, von denen man dies eventuell gar nicht erwartet hätte. Von daher ist es wichtig, die Schaffenskraft aller Mitarbeiter zu aktivieren und keine künstlichen Schranken vorab aufzustellen.

<sup>93</sup> In diesem Punkt können die Mitarbeiter bspw. von der Unternehmensleitung durch die Bereitstellung von einschlägigem Infomaterial über entsprechende Workshops, Seminare, Fachtagungen etc. unterstützt werden.

<sup>94</sup> Das Verfahren sollte idealerweise anonymisiert erfolgen – auch wenn in kleinen Unternehmen, wie sie ja im sozialen Bereich oft die Regel sind, vermutlich leicht nachvollziehbar ist, welcher Mitarbeiter die Bewerbung gestellt hat.

<sup>95</sup> Ein positiver Nebeneffekt ist zudem, dass die Leitungsebene durch dieses Verfahren – und insbesondere durch die Kurzbegründungen – eventuell Einblicke über Entwicklungschance aber auch Probleme und Missstände im Unternehmen erhält. Diese Informationen dürften unter anderen Umständen der Leitungsebene verschlossen bleiben.

Die konkrete Entscheidung über die Vergabe der „Innovationsgutscheine“ kann von der Unternehmensleitung selbst getroffen werden. Allerdings muss dabei bedacht werden, dass mit diesem Votum auch ein gewisses Signal gesendet wird. Die Entscheidung kann mitunter als Eingeständnis für eventuell bestehende Missstände im Unternehmen interpretiert werden. Wenn die Leitung sich von derartigen Zuschreibungen distanzieren will, ist es ratsam, die Vergabeentscheidung durch ein Gremium treffen zu lassen. Da das Innovationsstipendium jedoch lediglich der erste Schritt in einem längeren Prozess darstellt, ist es hier grundsätzlich wichtig, die verschiedenen Abläufe, Verfahren und Regularien so unkompliziert und Ressourcen-schonend wie möglich zu gestalten. Vor diesem Hintergrund könnte die Entscheidungsfindung durch ein Gremium eher hinderlich als förderlich sein.

#### **4.1.2 Konzeptphase: Innovationsstipendium**

Um den Innovationsprozess anzustoßen sind „Innovationsgutscheine“ ein wichtiger Schritt. Um diesen Vorgang jedoch wirklich voranzutreiben, sind weitere Maßnahmen notwendig. Nun steht nicht mehr die Ideengenerierung, sondern vielmehr die Phase der konkreten Konzeptentwicklung im Vordergrund. Wie durch die Analyse der drei Fallbeispiele verdeutlicht wurde, ist diese Phase besonders arbeitsintensiv. Wenn diese Tätigkeit neben dem Tagesgeschäft geleistet werden muss, ist es oft ein langwieriges und zähes Verfahren, das sich zum Teil über einen langen Zeitraum erstrecken kann – oftmals über mehrere Monate, wenn nicht sogar Jahre. Dies beinhaltet grundsätzlich die Gefahr, dass angesichts dieser langen „Durststrecke“ die Motivation und das persönliche Engagement der involvierten Mitarbeiter einbrechen. In Einrichtungen, in denen die alltägliche Arbeitsbelastung ohnehin schon sehr hoch ist, sind Innovationen, die über die Neuausrichtung von bestehenden Einzelprojekten hinausgehen und auf substanziellere Neuerungen im Unternehmen abzielen, daher oftmals gar nicht möglich.

Neben dem Zeitbudget spielt in der Konzeptphase – das wurde ebenfalls in den Fallstudien deutlich – auch die Fähigkeiten der Mitarbeiter eine zentrale Rolle. Neben fachlichem Know-how, ist in der Konzeptphase insbesondere Wissen über Förderstrukturen bzw. -instrumente wichtig. Zudem müssen oft verschiedenartige formale bzw. bürokratische Vorgaben der Geldgeber erfüllt werden. Oft stellt dies in der Praxis der Konzeptarbeit ebenfalls eine erhebliche Hürde dar.

Neben diesen Schwierigkeiten wurden in der Fallanalyse eine Reihe von Faktoren ermittelt, die für den Innovationsprozess – und insbesondere für die Konzeptphase – förderlich

sind. So wurde bspw. deutlich, dass kooperative Netzwerke nicht nur in der Phase der Ideengenerierung, sondern ebenfalls in der Konzeptphase eine positive Rolle spielen können. Über das Vehikel des „kooperativen Netzwerks“ können Erfahrungswerte ausgetauscht und Hilfestellungen organisiert werden. Beim Versuch, durch die qualitative Detailanalyse in den Fallbeispielen Kausalmechanismen aufzudecken, hat sich aber auch gezeigt, dass nicht nur die Phase der Ideengenerierung, sondern auch die Konzeptphase einen „elitären“ Charakter hat. Auch hier ist oftmals nur ein kleiner Kreis an engagierten und fachlich versierten Mitarbeitern involviert, der in der Regel direkten Kontakt zur Geschäftsführung genießt und durch diese entsprechend gefördert wird. Zum Teil wurde das Konzept gar von einer einzelnen Person erstellt. Wenn es eine Gemeinschaftsleistung war, so handelte es sich in der Regel um ein kleines Team.

Vor dem Hintergrund der Konzeptphase schlage ich für die Konzeptphase die Einführung eines „Innovationsstipendiums“ vor. Über ein strukturiertes Auswahlverfahren werden ein oder auch mehrere Mitarbeiter ausgewählt, denen – ähnlich wie beim „Innovationsgutschein“ allerdings in einem deutlich größeren Umfang – Freiräume für die Erarbeitung eines Konzepts eingeräumt werden. In mehreren Blockterminen von jeweils mehreren Tagen sollen Mitarbeiter die Möglichkeit haben, einen soliden ersten Entwurf über eine konkrete Neuerung zu erstellen.<sup>96</sup>

Die Kosten des „Innovationsstipendiums“ sollten überschaubar bleiben.<sup>97</sup> Damit der Umfang, in dem reguläre Arbeitszeit für die Teilnehmer ausfällt nicht ausufernd, sollte die Anzahl der Blocktermine begrenzt bleiben. Arbeitsergonomisch ist es vermutlich auch sinnvoll, Stipendien nicht an Einzelpersonen, sondern an kleine Teams zu verteilen. Die anfallenden Aufgaben und das Arbeitspensum werden somit auf mehrere Schultern verteilt.

Unter dem Gesichtspunkt des effektiven Zeitmanagements sollte auch über Unterstützung durch externes Coaching nachgedacht werden. Die Hilfestellung durch einen Coach führt nicht nur zu einer stärkeren Systematisierung der Konzeptphase, sondern stellt auch sicher, dass am Ende tatsächlich ein ansprechendes Ergebnis erzielt wird. Das Coaching sollte sich aber auch auf fachliche Aspekte beziehen und ebenfalls die Frage berücksichtigen,

---

<sup>96</sup> Ziel ist dabei weniger, ein vollkommen ausformuliertes Konzept zu erhalten, das unmittelbar den jeweiligen Finanziers der Drittmittelförderung übergeben werden kann, sondern vielmehr eine erste Fassung des Konzepts, die es der Unternehmensleitung gegebenenfalls ermöglicht, punktuelle Änderungen vorzunehmen.

<sup>97</sup> Um jedoch die Motivation der Mitarbeiter zu steigern und dem Innovationsstipendium den Charme des Besonderen zu verleihen, sollte darüber nachgedacht werden, einige der Blocktermine in ansprechender Umgebung zu veranstalten – bspw. in Seminarhäusern in schöner Lage.

wie die vorgeschlagene Innovation finanziell abgestützt werden kann. Eventuell können hier punktuell verschiedene Coaches mit unterschiedlichem Background auftreten.

Für die Teilnahme an einem „Innovationsstipendium“ müssen sich die Mitarbeiter mit einem Kurzexposé bewerben. Bei der Bewerbung ist es sicherlich sinnvoll Bezug zu Ergebnissen zu nehmen, die im Rahmen der Ideengenerierung erworben wurden. Allerdings sollte die Bewerbung auf die „Innovationsstipendium“ auch solchen Mitarbeitern offenstehen, die nicht zuvor an dem Gutscheilverfahren teilgenommen haben. Das Kurzexposé zum „Innovationsstipendium“ ist natürlich anspruchsvoller und umfänglicher als das Kurzexposé zum „Innovationsgutschein“. So muss hier bereits in groben Zügen die innovative Neuerung skizziert werden. Neben der Schilderung der Vorteile, die das soziale Unternehmen durch die Einführung dieser Innovation erzielen würde, sollten auch eventuelle Risiken sowie Finanzierungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. D.h. für die Teilnahme am „Innovationsstipendium“ ist bereits eine recht konkrete Projektidee notwendig.<sup>98</sup>

Die Auswahl der Stipendiaten sollte nicht von der Unternehmensführung getroffen werden. Da die Ablehnung eines Stipendiums Enttäuschung und Frustration bei den Mitarbeitern auslösen kann, sollte die Vergabe durch ein Auswahlgremium vorgenommen werden. Hier empfiehlt sich die Teilnahme von verschiedenen externen Akteuren. Je nach Struktur und Ausrichtung der jeweiligen NPO können die Mitglieder bspw. aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft oder aus dem zivilgesellschaftlichen Bereich (z.B. Stiftungen) kommen. Den Auswahlprozess über ein entsprechendes Gremium zu steuern, garantiert zudem eine gewisse Objektivität des Verfahrens. Insbesondere die externe fachliche Expertise, die im Auswahlgremium versammelt ist, verleiht der getroffenen Entscheidung eine gewisse Legitimität und wissenschaftliche Autorität. Zudem hat dieses Vorgehen einen weiteren positiven Nebeneffekt, da durch ein derartiges Auswahlgremium die generelle Netzwerkarbeit des sozialen Unternehmens gestärkt und die allgemeine Außenwirkung erhöht werden kann. Trotz allem sollte für die Unternehmensleitung dennoch die Möglichkeit haben, auf das Vergabeverfahren gegebenenfalls Einfluss zu nehmen. Daher sollte die Unternehmensleitung im Auswahlgremium zumindest über eine Sperrminorität verfügen. Somit kann sichergestellt werden, dass haltlose und vor dem Hintergrund der eigenen Geschäftsphilosophie

---

<sup>98</sup> Die Formulierung einer eigenen Idee, für welche man ein intrinsisches Interesse hat, ist wichtig, um das Engagement und die Motivation zu fördern. Neben der Wertschätzung, Aufmerksamkeit und Prestige, die der Erhalt eines Stipendiums einbringt, sind dies die wichtigen Triebfedern, die die praktische Arbeit am Konzept vorantreibt. Vor diesem Hintergrund wäre es nicht zielführend, wenn Innovationsstipendiaten Ideen ausarbeiten müssten, die ihnen bspw. von der Unternehmensleitung vorgegeben werden.

sophie inakzeptable Bewerbungen von Anfang an ausgeschlossen werden. Da Innovationsstipendien durchaus mit Kosten verbunden sind, sollten die Innovationsideen grundsätzlich auch ein gewisses Erfolgspotenzial beinhalten. Vor diesem Hintergrund sollte sich die Entscheidung des Auswahlgremiums immer auch an der Frage orientieren, ob der Konzeptvorschlag tatsächlich realisiert werden kann.

#### **4.1.3 Implementierungsphase: sukzessive Etablierung durch Pilotprojekten**

Sobald der Innovationsprozess die Phase der Implementierung erreicht, stellt sich ein grundsätzliches Problem, das im Grunde in allen drei Fallbeispielen präsent war. Bis dato war der Innovationsprozess ein vergleichbar „elitärer“ Vorgang in dem nur ein kleiner Kreis von Mitarbeitern involviert war. In der Implementierungsphase gilt es nun, diesen elitären Vorgang für die „breite Masse“ der Gesamtbelegschaft zu öffnen. Schließlich ist der Erfolg von Innovation auch davon abhängig, ob sie von den Mitarbeitern, die sie umsetzen sollen, akzeptiert und internalisiert wird. Beim Übergang von der Konzeptphase in die Implementierungsphase sind Probleme sozusagen vorprogrammiert. Zum einen muss darauf geachtet werden, dass auch die Mitarbeiter, die nicht an der Konzeptphase beteiligt waren, die aber dennoch von der Neuerung unmittelbar betroffen sein werden, die Chance haben, sich zu äußern und eventuell Einfluss auf mögliche Fehlentwicklungen oder Fallstricke zu nehmen, die bisher von den Initiatoren nicht berücksichtigt worden sind. Zum anderen sollte an dieser Stelle jedoch der Gesamtbelegschaft nicht zu viel Raum zur Einflussnahme bzw. zur eventuellen Umgestaltung des Konzepts eingeräumt werden. Dies könnte die Einführung der Neuerung erheblich verzögern. Zudem könnte somit die Innovation verwässert werden und die Qualität leiden.

Wie insbesondere der Analyse des Fallbeispiels zur „ambulanten Suchttherapie“ zu entnehmen ist, sind nachweisbare Erfolge einer Neuerung ein wichtiges Argument, um Widerstände in den eigenen Reihen während der Implementierungsphase aufzulösen (vgl. Interview 1, S. 20; vgl. Interview 3, S. S. 15f). Die Darstellung von positiven Effekten und des Mehrwertes, den eine Innovation für die eigenen Mitarbeiter hat, kann demnach Implementierungsprobleme beheben. So antwortet die interviewte Person in der ersten Fallstudie auf die Frage, wie sie mit der Kritik der eigenen Mitarbeiter umgegangen ist, die ihr aufgrund der eingeführten Neuerung entgegenschlug: „...*ich* [habe] *einfach von den Erfahrungen erzählt, die es gibt*“ (Interview 1, S. 3).



Vor diesem Hintergrund wird eine „sukzessive Implementierung in Pilotprojekten“ vorgeschlagen. Wenn Neuerungen schrittweise in ein Unternehmen eingeführt werden, kann die Kritik der Belegschaft, die unter anderen Umständen einen Innovationsprozess untergraben könnte, überschaubar gehalten werden. Zudem lassen sich in Pilotprojekten Änderungs- und Verbesserungsvorschläge der betroffenen Mitarbeiter viel besser aufnehmen und berücksichtigen. Um diese Vorschläge systematisch einzubinden, bietet es sich an, nach einer ersten Testphase eine Sondierungs- und Feedbacksitzung mit den involvierten Mitarbeitern zu veranstalten. Erst danach empfiehlt es sich, das Konzept weiter im Unternehmen zu verbreiten. Derartige Pilotprojekte sind darüber hinaus auch wichtig, damit die positiven Effekte der Innovation im Kontext des eigenen Unternehmens nachgewiesen werden können. Wenn es gelingt, mit Hilfe der im Pilotprojekt eingeführten Neuerung, die erhofften Ziele zu erreichen, so können diese positiven Erfahrungen für die weitere Förderung der Innovation genutzt werden. Schließlich ist kaum etwas überzeugender als der Erfolg einer Maßnahme.

#### **4.2. Überprüfung im Lichte der Literaturexegese**

Die hier geschilderten Handlungsempfehlungen basieren auf den förderlichen und hinderlichen Faktoren, die im Rahmen der qualitativen Fallanalyse entschlüsselt wurden. Aber könnte das vorgeschlagene graduelle Innovationsmanagement-Konzept auch Relevanz für die verschiedenen Einflussgrößen haben, die hier nicht berücksichtigt wurden, die aber in der Literaturexegese herausgearbeitet wurden?<sup>99</sup> Die Frage ist hier vor allem: hätten die Handlungsempfehlungen das Potenzial, die förderlichen Faktoren zu stärken bzw. die hinderlichen Faktoren zu minimieren bzw. vollkommen zu beseitigen?

Auch wenn dieser Abschnitt seinem Charakter nach hypothetisch bleiben muss, so kann dennoch gesagt werden, dass das vorgeschlagene Managementkonzept in zwei Fällen – „Spezialisierung“ und „Risikoverhalten“ – positive Auswirkungen haben dürfte. Sowohl durch das Gutscheinsystem als auch durch das „Innovationsstipendium“ gibt es eine klare Zuteilung von inhaltlicher Verantwortung. „Spezialisierungsbarrieren“ dürften damit weit-

---

<sup>99</sup> Wie oben bereits schon zusammenfassend geschildert wurde, kamen in der qualitative Fallanalyse folgende Aspekte, die in der Literaturexegese identifiziert wurden, nicht vor: 1) Spezialisierung bzw. Spezialisierungsbarrieren 2) förderliches Risikoverhalten der Mitarbeiter bzw. Risikobarrieren 3) Grad der Loyalität zum Unternehmen 4) Fehlertoleranz und Lernkultur bzw. Normbarrieren, die diesem entgegen stehen 5) eine förderliche bzw. restriktive rechtlich-politische sowie sozio-kulturelle Umwelt.

gehend aufgehoben sein, da die Auswahlverfahren eindeutige Klarheit darüber verschaffen, wer für Innovation verantwortlich ist.<sup>100</sup> Auch die Frage der „Risikobarrieren“ scheint durch das Managementkonzept weitgehend abgedeckt zu sein. Schließlich wird durch die vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen sichergestellt, dass überwiegend unternehmungslustige und engagierte Mitarbeiter zum Innovationsprozess zugelassen werden, deren Risikoverhalten ohnehin entsprechend erhöht ist.

Hinsichtlich der Einflussfaktoren „Grad der Loyalität zum Unternehmen“ sowie „Fehlertoleranz & Lernkultur“ scheint das entwickelte Managementkonzept offensichtlich indifferent zu sein. Die „Loyalität zum Unternehmen“ dürfte beim Gros der Belegschaft durch die vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen nicht substantiell verändert werden. Auch wenn sich sicherlich die Innovationspromotoren durch die Teilnahme an den Gutscheilverfahren und dem „Innovationsstipendium“ enger mit dem Unternehmen verbunden fühlen dürften, so wird dieser Effekt vermutlich durch die Tatsache neutralisiert, dass diese beiden Maßnahmen bei allen abgelehnten Bewerbern Enttäuschung hervorrufen. Dies wird die Loyalitätsgefühle gegenüber dem Unternehmen vermutlich eher vergrößern als verkleinern. Das konzipierte Graduelle Innovationsmanagement-Konzept für soziale Unternehmen dürfte sich aber auch indifferent gegenüber dem Einflussfaktor „Fehlertoleranz und Lernkultur“ verhalten. Hier scheinen sich die Effekte der „Innovationsgutscheine“ und der „Innovationsstipendien“ gegenseitig aufzuheben. Zum einen fördert das Gutscheinsystem eine Kultur des Lernens im jeweiligen Sozialen Unternehmen. Schließlich werden die Mitarbeiter angehalten, neue Ideen zu suchen und ihr Wissen über Innovation zu mehren. Im Zusammenhang mit dem Gutscheinsystem gibt es auch eine erhebliche Toleranz gegenüber Fehleinschätzungen. Ein Vorhaben zur Ideengenerierung kann sich jedoch – anders wie vielleicht ursprünglich erwartet – als nicht realisierbar oder unpassend für das soziale Unternehmen erweisen. Zum anderen dürften die „Innovationsstipendien“ sich eher negativ auf die Fehlertoleranz und die Lernkultur auswirken. Das Vorhaben hat eine große Sichtbarkeit. Jeder Fehltritt wird registriert. Aufgrund der vergleichsweise hohen Investitionen, die bei diesem Vorhaben getätigt werden und dem hohen Zeitdruck, gibt es wenig Raum, um Fehler produktiv zu nutzen. Verstärkte Fehltritte oder gar ein Scheitern des Innovations-

---

<sup>100</sup> Allerdings können die Promotoren in der Praxis des Innovationsprozesses schnell in Bereiche vorstoßen, die im herkömmlichen Tagesgeschäft eigentlich nicht in ihre fachliche Zuständigkeit fallen. Dieses Problem wird im vorgeschlagenen Managementkonzept jedoch durch ein Coaching-Verfahren abgedeckt. Auch wenn die Innovationspromotoren eigentlich nicht für diese Bereiche spezialisiert sind, wird dadurch dennoch das notwendige Wissen bereitgestellt.

prozesses dürften sowohl für die Geschäftsführung als auch für die Stipendiaten kaum akzeptabel sein.

Auf den Faktor der „förderlichen bzw. restriktiven rechtlich-politischen sowie sozio-kulturellen Umwelt“ kann das Managementkonzept vermutlich nicht positiv einwirken. Die vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen dürften nichts an der Tatsache ändern, dass restriktive Umweltbedingungen, die gegenüber einer bestimmten Idee bestehen (im Drogenhilfe war dies lange Zeit beim Abstinenzgedanken der Fall), sich unmittelbar auf die Realisierbarkeit eines entsprechenden Innovationsvorhabens niederschlagen. Durch das Auswahlgremium haben zudem verschiedene externe Akteure aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und dem zivilgesellschaftlichen Bereich die Möglichkeit, unmittelbar auf den Innovationsprozess einzuwirken. Sollten restriktive Umweltbedingungen hinsichtlich einer bestimmten Neuerung existieren, so können sie über das Vehikel des Auswahlgremiums unmittelbare Wirkung auf den Innovationsprozess entfalten. Somit muss zu dieser spezifischen Einflussgröße gesagt werden, dass die Handlungsempfehlungen hier sogar dazu beitragen, Innovationsbarrieren zu verstärken.

## 5. Schlussbetrachtung

Die zentrale Erkenntnis dieser Arbeit lautet: Innovation ist für Soziale Unternehmen zugleich lohnend, herausfordernd, riskant und managebar.

Auch im sozialen Bereich ist Innovation wichtig. Soziale Unternehmen, die Innovation betreiben, werden daraus in der Regel einen Nutzen ziehen. Insbesondere die Fallstudien haben gezeigt, dass sich Neuerungen *lohn*en können. So lassen sich durch Innovationen neue Themenfelder und Finanzquellen erschließen. Aufstrebenden und engagierten Mitarbeitern kann ein anspruchsvolles und inhaltlich ansprechendes Betätigungsfeld geboten werden, wodurch sie persönliches Prestige und Wertschätzung erwerben können. Innovation ist auch ein wichtiges Vehikel, um die Vernetzung von Sozialen Einrichtungen zu fördern. Zudem lassen sich durch Neuerungen grundsätzlich die Sichtbarkeit und die Außenwirkungen der Einrichtung verbessern.

Aufgrund der vielfältigen Barrieren und Hindernisse, die sich bei der Einführung von Neuerungen auftun, ist Innovation auch *herausfordernd*. Ein Innovationsprozess ohne Hürden und Widerstände scheint es nicht zu geben. Neuerungen müssen sich stets behaupten und erfordern entsprechende Durchsetzung. Zum Teil müssen erhebliche Geduld und Geschick sowie verschiedene andere Ressourcen aufgebracht werden, um die verschiedenartigen hinderlichen Einflussfaktoren zu minimieren bzw. ganz zu beseitigen.

Auch wenn in dieser Arbeit ausschließlich Erfolgsfälle untersucht wurden, so besteht dennoch die Möglichkeit, dass Innovationsprozesse scheitern. Innovation ist daher auch *riskant*. Es besteht die Gefahr, dass alle Anstrengungen und Mühen vergeblich waren und die getätigten Investitionen unwiederbringlich verloren sind. Zudem können durch Innovation ungewollt negative Nebeneffekte losgetreten werden, die der jeweiligen Sozialen Einrichtung auf verschiedene Weise schaden können. Wie unter anderem in den untersuchten Fallbeispielen geschildert wurde, kann die Stimmung im Team – wenn nicht sogar in der ganzen Belegschaft – durch Innovationen leiden. Zudem können Neuerungen Konflikte mit der Außenwelt und etwaigen Netzwerkpartnern provozieren. Es besteht sogar die Gefahr, dass Innovationen regelrechte Nullsummenkonflikte um begrenzte Ressource verursachen, die erst beendet werden, wenn sich ein Kontrahent aus dem jeweiligen Tätigkeitsfeld zurück zieht bzw. verdrängt wird.

Innovation ist aber auch – das wurde in dieser Studie insbesondere durch das „Graduelle Managementkonzept“ gezeigt – *managebar*. Durch umsichtige und auf soliden Erfahrungswerten basierende Maßnahmen, lassen sich Innovationsprozesse in Sozialen Einrichtungen durchaus steuern. Dabei gilt es, Faktoren, deren positive Wirkung bekannt sind, zu fördern und hinderliche Faktoren auszuschließen. Für das Management von Neuerungen ist es aber auch wichtig, die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Einflussfaktoren zu berücksichtigen und die sog. „Echo-Effekte“, die sich erst im späteren Verlauf des Innovationsprozesses zeigen, im Blick zu behalten.

Für die weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Innovation in Sozialen Unternehmen hat diese Arbeit im Grunde zwei Aufgaben formuliert. Zum einen erscheint es wichtig, mehr Wissen über die Ursache-Wirkung-Beziehungen der einzelnen Einflussfaktoren zu erlangen. Die qualitative Analyse der drei Fallbeispiele stellt in diesem Zusammenhang sicherlich einen guten Anfang dar. Für eine weitere Beschäftigung mit dieser Frage sind jedoch deutlich umfassendere Datensätze notwendig. Auch sollten neben der qualitativen Inhaltsanalyse andere methodische Herangehensweisen berücksichtigt werden. Ideal wäre ein Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden. Zum anderen ist es sicherlich auch interessant, den „situativen“ bzw. „phasischen Charakter“ der Einflussfaktoren systematisch herauszuarbeiten. Die Literaturexegese dieser Arbeit hat ergeben, dass die Stellung der förderlichen und hinderlichen Faktoren im jeweiligen Innovationsprozess von NPO in der bisherigen Forschung wenig Beachtung gefunden hat. Insbesondere die sog. „Echo-Effekte“, die im Rahmen dieser Studie herausgearbeitet wurde, erscheinen in diesem Zusammenhang besonders erforschenswert.

Abschließend muss gesagt werden, dass diese Arbeit die Frage offenlässt, ob das vorgeschlagene Managementkonzept tatsächlich geeignet ist, Innovationsprozesse in Sozialen Unternehmen entsprechend zu steuern. Im Grunde kann diese Frage nur durch die Praxis beantwortet werden. Da das Erlangen von Managementkompetenzen das zentrale Anliegen des Studiengangs „Sozialmanagement“ darstellt, soll die Beantwortung dieser Frage als persönliche Herausforderung für den eigenen beruflichen Werdegang verstanden werden.

## 6. Literatur

**Amabile, T.M.:** A Model of Creativity and Innovation in Organizations, in: *Research in Organizational Behaviour*, vol. 10, ed. By B.M. Staw and L.L. Cummings, (1988), S. 123-167.

**Baldwin, J. und Z. Lin:** Impediments to Advanced Technology Adoption for Canadian Manufacturers. in: *Research Policy* 31 (1), (2002), S. 1-18.

**Bate, P.:** *Cultural Change: Strategien zur Änderung der Unternehmenskultur*, München 1997.

**Böhnisch, W.:** *Personale Widerstände bei der Durchsetzung von Innovationen*, Stuttgart 1979.

**Britzer, B.:** *Innovationshemmnisse im Unternehmen*, Wiesbaden 1990.

**Brockhoff, K.:** *Forschung und Entwicklung, Planung und Kontrolle*, Oldenburg 1998.

**Decker, F.:** *Unternehmensführung und Organisationsgestaltung im Sozialbetrieb. Erfolgreich arbeiten, organisieren und managen*, Starnberg 2000.

**Derenthal, K.:** *Innovationsorientierung von Unternehmen. Messung, Determinanten und Erfolgswirkungen*, Wiesbaden 2009.

**Draeger, W.:** *Innovation – Invention – Kreativität. Durch Erneuerung zum Erfolg – ein Leitfaden für den kreativen Ingenieur und Unternehmer*, Düsseldorf 1991.

**Fagerberg, J.:** Innovation. A guide to the literature, in: Fagerberg, J.; Mowery, D.; Nelson, R. (Hrsg.): *Oxford Handbook of Innovation*, Oxford University 2005, S. 3-23.

**Flatz, A.:** Das Personalmanagement des Bundes – Schlüsselfaktoren im Innovationsprozess, in: Schauer R.; Thom, N.; Hilgers, D. (Hrsg.): *Innovative Verwaltungen*, Linz 2011.

**Fliaster, A.:** *Innovationen in Netzwerken. Wie Humankapital und Sozialkapital zu kreativen Ideen führen*, Mering 2007.

**Frenkel, A.:** Barriers and Limitations in the Development of Industrial Innovation in the Region, in: *European Planning Studies* 11 (2). (2003), S. 115-136.

**Galia, F. und Legros, D.:** Complementarities between Obstacles to Innovation. Evidence from France, in: *Research Policy*, Volume: 33 Issue, 8 Oct 2004, S. 1185-1199.

**Gärtner, C.:** *Innovationsmanagement als soziale Praxis. Grundlagentheoretische Vorarbeiten zu einer Organisationstheorie des Neuen*, München/Mehring 2007.

**Gebert, D.:** *Führung und Innovation*, Stuttgart 2002.

**Graf, P.; Spengler, M.:** *Leitbild – und Konzeptentwicklung*, Augsburg 2008.

- Habermas, J.:** Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus, Frankfurt/a.M. 1973.
- Hauschildt J.; Sören, Salomo:** Innovationsmanagement, München (4. Auflage) 2007.
- Hauschildt, J.:** Innovationsmanagement, München (3. Auflage) 2004.
- Hauschildt, J.; Salomo, S.:** Je innovativer, desto erfolgreicher? Eine kritische Analyse des Zusammenhangs zwischen Innovationsgrad und Innovationserfolg, in: Journal für Betriebswirtschaft, 55 (2005), S. 3-20.
- Herstatt, C.; Buse, S., Tiwari, R.; u.a.:** Innovationshemmnisse in kleinen und mittelgroßen Unternehmen. Konzeption der empirischen Untersuchung, Projekt „Regionale Innovationsstrategien (RIS) Hamburg“, Technische Universität Hamburg-Harburg. Institut für Technologie- und Innovationsmanagement 2007.
- Hill, W.; Fehlbaum, R.; Ulrich, P.:** Organisationslehre 1: Ziele, Instrumente und Bedingungen der Organisation sozialer Systeme, Bern/Stuttgart (4. Auflage) 1989.
- Hoffmann, F.:** Führungsorganisation Band 1: Stand der Forschung und Konzeption, Tübingen/Mohr (5. Auflage) 1980.
- Homburg, C.; Krohmer, H. (2006):** Marketingmanagement, , Gabler, Wiesbaden (2. Auflage) 2006.
- Kerka, F.; Kriegesmann, B.; Kley, T.:** Lernförderliche Unternehmenskultur. Auf der Suche nach den tieferen Ursachen des Innovationserfolges, Dortmund/Berlin/Dresden 2007.
- Kessler, O.; Ruoss, J.:** Innovationen im Sozialbereich – Management als Balanceakt zwischen Gesellschaft, Politik, Klientinnen und Klienten und Mitarbeitenden, in: Fritze, A.; Maelicke, B.; Uebelhart, B. (Hrsg.): Edition Sozialwirtschaft. Band 34. Kiel/Olten 2011, S. 147-181.
- Kieser A.:** Organisationsstruktur, in: Hauschildt, J.; Grün, O. (Hrsg.): Ergebnisse empirischer betriebswirtschaftlicher Forschung. Zu einer Realtheorie der Unternehmung. Festschrift für Eberhard Witte, Stuttgart 1993.
- Kieser A.; Kubicek H.:** Organisation, Berlin 1992.
- Krischok, A.:** Die Einflüsse von Netzwerken auf Innovationsbemühungen im öffentlichen Sektor, in: Schauer R.; Thom, N.; Hilgers, D. (Hrsg.): Innovative Verwaltungen, Linz 2011.
- Maelicke, B. (Hrsg.):** Lexikon der Sozialwirtschaft. Kiel 2008.
- Maelicke, B.:** Grundlagen des Managements in der Sozialwirtschaft, in: Arnold, U.; Maelicke, B. (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft, Stuttgart/Kiel, (3. Auflage) 2009, S. 703-813.

- Mintzberg, H.:** *The Structuring of Organizations: A Synthesis of Research*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1979.
- Mirow, C.:** Innovationsbarrieren, in: Gmünden, H. G.; Leker, J.; Salomo, S.; Schewe, .G.; Talke, K. (Hrsg.): *Betriebswirtschaftliche Studien in forschungsintensiven Industrien*, Berlin 2010, S. 1-246.
- Müller-Färber, M.:** *Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit, Hausarbeit, Paritätische Akademie/ASH Hochschule Berlin* 2012.
- Peters, T.J. und Waterman, R.H.:** *In Search of Excellence. Lessons from America´s best Run-Companies*, (5. Auflage) New York 1982/2004.
- Schneider, J.; Minnig, C.; Freiburghaus, M.:** *Strategische Führung von Nonprofit-Organisationen*, Göttingen 2007.
- Schreiber, R.:** *Innovationsmanagement für soziale Organisationen. Neue Strukturen entwickeln, Synergien nutzen, Effiziente Organisationen aufbauen*, Berlin 2001.
- Schumpeter, J. A.:** *Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung*. Berlin (5. Auflage) 1952.
- Schwarz, P.; Purtschert, R.; Giroud, Ch.:** *Das Freiburger Management-Modell für Nonprofit-Organisationen (NPO)*, Bern 1999/2009.
- Staud, E.:** Innovation, in: DABEI/Deutsche Aktionsgemeinschaft Bildung - Erfindung - Innovation e. V. (Hrsg.): *DABEI- Handbuch für Erfinder und Unternehmer. Von der Idee zum Produkt und zur Vollbeschäftigung*, Düsseldorf 1987, S. 221-235.
- Sundgren, M.; Dimenäs, E./Gustafsson, J.-E./Selart, M.:** Drivers of organizational creativity. A path model of creative climate in pharmaceutical R & D, in: *R & D Management*, Jg. 35, (2005), S. 359-374.
- Thom, N.:** *Grundlagen des betrieblichen Innovationsmanagements*, Hanstein 1980.
- Thom, N.:** Innovationsbereitschaft, Innovationsfähigkeit und Innovationswiderstand – Erfahrungen aus dem Schweizer Umfeld, in: Schauer R.; Thom, N.; Hilgers, D. (Hrsg.): *Innovative Verwaltungen*, Linz 2011.
- Vahs, D./Burmester, R.:** *Innovationsmanagement*. Stuttgart, 1999.
- Witte E.:** Innovationsfähige Organisationen, in: Witte, E./Hauschildt J./Grün, O. (Hrsg.), *Innovative Entscheidungsprozesse*, Tübingen 1988, S. 162-169.
- Witte, E.:** *Organisation für Innovationsentscheidungen. Das Promotoren-Modell*, Göttingen 1973.
- Wöhrle, A.:** *Organisationen als reformresistente Gebilde. Organisation zwischen rastlosem Stillstand und Wandel oder das Eigenleben von Organisationen*, Studienbrief 2-020-1101, Brandenburg 2000.



## 7. Annex

### *Interview 1: Ambulante Suchttherapie*

**Interviewerin:** Wenn du mir vielleicht den historischen Ablauf schildern könntest, der Einführung der ambulanten Reha. Also praktisch so in den einzelnen Phasen  
#00:39:14-9#

**Interviewte Person:** Ich sag mal ich hab 1995 angefangen hab zu arbeiten in der Einrichtung C.. Und in der Zeit gab es bei C. ein Familientherapieprojekt (?) hieß es damals wo wirklich Familientherapeutinnen Spiegel und so ganz aufwendig für Familientherapie gemacht haben. Und es war damals schon angedacht, dass es irgendwann ambulante Therapie geben soll. Der Gedanke war eigentlich schon geboren und es gab auch, überlege gerade und ich glaub es gab schon vereinzelt Einrichtungen nicht viele, ich überlege, 95, bin jetzt gar nicht sicher, jetzt will ich auch nichts Falsches sagen, muss ich vielleicht noch mal recherchieren, ob es welche gab. Oder aufjedenfall die ambulanten Einrichtungen natürlich wie K. und D. gab es schon. Und es kann gut sein, dass damals in der Einrichtung G. gab's glaub ich schon gab's zum Beispiel schon ambulante Therapie waren auch schon die älteste Alkoholberatungsstelle. Ich glaub die hatten schon Therapie, von daher der erste Schritt war, glaub ich den eigenen Reihen Alkoholberatungsstellen, dass die eben ambulante für alkoholabhängige angeboten haben. Und bei uns in der Einrichtung war eben als ich angefangen habe dann erst mal das länger im Gespräch und niemand hatte, glaub ich den, die Energie und die Entschlossenheit die Vorbereitung dafür zu treffen. Und die (?) wichtigste Vorbereitung dafür ist natürlich überhaupt erst mal ein Konzept zu schreiben und zu wissen, was man da reinschreiben will. Das war eine große Hürde und das, ich hatte das Gefühl das hat sich ein paar Jahre hingezogen und ich hab dann irgendwann gedacht, wenn ich möchte, dass es das da gibt, dann muss ich da aktiv werden und dann hab ich, kam ich zusammen mit der Geschäftsführung M. aber man kann schon sagen wir haben das Konzept in weiten Teilen zusammen geschrieben, also ich hab so ein bisschen das Grobe das Größte und einzelne Teile hat M. übernommen. Also von daher waren es schon so ein Gemeinschaftsprojekt zwischen M. und mir (.) und ich glaube das Mühsamste war fast, dass es schon mal die Ansätze gegeben hat früher auch von anderen, älteren Kollegen. Ich war da ja ganz neu und hab angefangen und erst mal ein Jahr mit einer befristeten Stelle da hab

ich natürlich nicht nachgedacht ein Konzept zu schreiben und dann ging das noch mal bis klar war, dass es da eine feste Stelle draus wird in der Zeit hatte ich ja mit therapeutisch in einer Praxis gearbeitet und war da jetzt noch gar nicht so und irgendwann ich bin auch 1999 in die Leitung gegangen und es war fast zeitgleich ich glaub, vielleicht ein Jahr davor oder so, wo ich gesagt hab, jetzt packen wir es an und das war, schon bisschen oder dass ich mir da (?) ich glaub ich hab dann ab 1999, genau, ob ich mir (?) also privat nicht mehr in der Praxis gearbeitet und ich hatte auch ein eigenes Interesse und gedacht, ich fände es schön, wenn hier Therapie stattfinden könnte. Und ich glaub, dass es wichtig war, dass jemand da war, der gesagt hat, ich will es machen, ich würde gerne in diesem Bereich arbeiten #00:04:06-1#.

**Interviewerin: d.h. du warst sozusagen der Initiator dann letztendlich? #00:04:08-4#**

**Interviewte Person:** ich hab letztendlich, kamen genug Faktoren bei mir zusammen, dass bei mir das Interesse genug war, um die Energie aufrecht zu erhalten neben dem Tagesgeschäft zu sagen, wir machen das jetzt, wir schreiben jetzt ein Konzept und das muss eine Person machen, weil davor glaube ich, weil die Verantwortung die ist so ein bisschen verteilt, es gab eine Frau in Familientherapeutin, die auch Psychologin war, die auch mal schon mal ein bisschen damit beschäftigt hatte und ein anderer. Aber ich glaub, was es wirklich braucht, ist dass eben eine Person sagt, ich möchte gerne, dass das in die Gänge kommt, ich nehme es in die Hand und ab da war's dann, dass M. dann Teile übernimmt. Das war auch überhaupt nicht das Problem. Aber das Problem war, dass einer das nimmt, guckt was es braucht und anfängt einfach, das zu schreiben, und sich da verantwortlich fühlt. #00:04:55-6#

**Interviewerin: Jetzt hast du gesagt beim Innovationsprozess in eurer Einrichtung V. waren überwiegend M. und du beteiligt? #00:04:59-6#**

**Interviewte Person:** genau #00:05:00-7#.

**Interviewerin:** wer noch? #00:05:00-7#

**Interviewte Person:** es war noch gar nicht die V., also da waren ja noch andere Träger, wir waren die Einrichtung A. und, ich sag mal die Einrichtung B. war weit weg noch von dem Therapiegedanken und auch Verein S.. Von daher bei V. war es also von den alten V.-Trägern sozusagen war's die A., die den die Therapie sozusagen mit reingebracht hat und wir sind dann auch, war das zeitgleich? Also es kam die G. dazu (?) jetzt V. in C., die Alkoholberatungsstelle in C.. Die hat, die kamen dann dazu und haben schon Therapie gemacht. Ich müsste nachgucken, in welchem Jahr das war. Ob das danach war? Aber die waren nicht der Motor. Aber ich glaube, dass ich da vielleicht das Konzept schon mitgenutzt hab, um zu gucken, wie kann man das grundsätzlich bauen. Und es brauchte zu der Zeit eine Annäherung, wir waren ja eine Drogenberatungsstelle ganz lange gewesen, zu sagen, wir machen das nicht nur für Drogenabhängige, sondern auch für alle mit legalen Süchten, für Alkoholabhängige. Das war für mich, das kann ich behaupten, eigentlich relativ schnell klar, dass ich das auch wollte. Also ich wollte es nicht so einschränken, sondern hab gedacht, Mensch Suchttherapie, eigentlich, ist das nicht so entscheidend von welchen Süchten. Damals war das aber ein riesen Thema. Und als wir angefangen haben mit der Therapie und dann klar ist wir wollen das machen, wurden wir sehr angefeindet von manchen Trägern, die sagen, auch aus der Drogenhilfe, die sagen, wie maßt ihr euch an, dass ihr auch Alkoholabhängige therapieren könnt. Und das gab's auch von den, von manchen aus der Alkoholberatung #00:06:55-3#.

**Interviewerin: Wie seid ihr damit umgegangen, dann mit diesen Anfeindungen?**  
#00:07:00-3#

**Interviewte Person:** ich sag mal bei mir ist auch im Gremium begegnet ist dann sobald wir damit angefangen haben, hab ich einfach von den Erfahrungen erzählt, die es gibt. Und völlig klar war zu der Zeit, dass die sozusagen die Schere, die Schwierigkeit war, nicht bei den Klienten, sondern sie waren bei uns Mitarbeitern. Also es war einfach noch so getrennt. Drogenberater fühlten sich anders, Drogenberater haben Klienten geduzt, Alkoholberater haben Klienten gesiezt in aller Regel. Dieses ganze Alkoholberatung war viel mehr in so klinisches Krankenhäuser, ähnliches Setting. Da gab's ne große Nähe zu. Und Drogenberatungsstellen waren früher alles auch wie Therapieeinrichtungen, kleine WGs und es war alles informeller und lockerer und natürlich viel cooler als im Alkoholbereich. Und da gab es also das war was was ich wirklich neu fand. Neuer noch als der Therapiegedanke

bei C., der einfach, weil M. als Therapeut, ich hab viele ganz viele therapeutische Ausbildungen bei uns im Team. Deswegen gab's auch den Wunsch und die Idee und auch die Kompetenz, die waren im Team einfach da. Und da waren mindestens vier von sechs Kollegen therapeutisch oder so. Und das lag wiederum an, dass M. eben auch selber mit einer therapeutischen Ausbildung da auch Interesse hat überhaupt an der therapeutischen Arbeit ist da so eine Wertschätzung, Interesse entwickelt. Ich glaub das war das so der aller Anfangspunkt. Und dann im Team mit vielen anderen Therapeuten. Dann kam ich dazu mit selber auch therapeutisch gearbeitet und die ein Interesse hatte. So kam das therapeutische Interesse. Aber dann innerhalb noch die, der größere Schritte, wir gehen mussten, war zu sagen nicht Drogenberatung, sondern Suchtberatung. Und ich bin 1999 Leitung geworden und ich hab bis ziemlich am Anfang die Namensänderung miteingeführt, also ich hab da irgendwie gesagt, es heißt nicht mehr Drogenberatung C., sondern Suchtberatung C., viele Jahre bevor wir dann auch die Alkoholberatung übernommen haben. (.) #00:09:30-0#

**Interviewerin: Was war so die größte Hürde?** #00:09:31-3#

**Interviewte Person:** Also es war das andere war was Neues, was aufgrund von dem Interesse, was die Leute mitbrachten. Therapie für die Leute gar nicht weit weg war. Aber zu sagen, Mensch man kann hier genauso gut mit Alkoholabhängigen arbeiten, auch wenn es eine Drogenberatungsstelle ist, das war irgendwie neu. Und die Diskussion im Team war auch: wie soll das gehen? Weil wir haben immer aus den Krankenhäusern von den Entzugsstationen gehört, dass es immer Stress gibt, zwischen den Alkoholikern und den sogenannten Drogenabhängigen, weil die Alkoholiker fühlen sich überrollt von den Drogenabhängigen und die Drogenabhängigen sagen, die sind so piefig mit denen wollen wir eigentlich nichts zu tun haben. Und deswegen gab's ein bisschen die Sorge, könnte die Konfliktlinie dann auch in der Therapie sein, könnte das Therapie behindern, ist das schädlich und so? Ja und diese gleiche Diskussion gab's natürlich auch draußen bei anderen Trägern. Da wo Konkurrenz ist, wird dann natürlich auch schnell kommt das Argument auf, weil natürlich dann die Angst ist, Mensch die fischen irgendwie in fremden Teichen und geht das überhaupt. Und das wird dann inhaltlich ein bisschen so verpackt. Aber grundsätzlich war der Gedanke für viele eben was Neues. Das wir die auch gemeinsam. Dass man das nicht so trennen muss. Dass die vom Wesen her nicht alle unbedingt unterschiedlich sind. Sondern, dass es eigentlich um die Lebenswelten von den Leuten geht. Und junge Leute, die

Alkohol trinken können sehr viel näher dran sein an jungen Leuten, die Drogen konsumieren, wie zwei Alkoholabhängige wo einer Mitte zwanzig ist und einer Ende sechzig. Und ich glaub das neu zu denken, dass es geht, dass man sagt, man probiert es aus, das war echt ein Umdenken. Und wo es sehr deutlich wird, ist an diesem Duzen und Siezen. Ich finde das eigentlich das steht sehr dafür. Das Duzen ist eben, auch wir haben dann umgestellt erst zu der Zeit wo ich dann da war, jetzt nicht wegen mir, aber weil da wir die Zeit reif, dass wir dann hauptsächlich auf das Sie umgestiegen sind. Aber der richtige Umstieg kam erst mit der ambulanten Therapie. Weil dann hatten wir die Alkoholabhängigen und die Drogenabhängigen bei uns in der Therapie. Wir waren des Duzen noch gewöhnt. Aber uns war auch klar, dass das für manche Alkoholabhängige, die jetzt kommen mit Mitte fünfzig nicht so angesagt ist, dass sie unbedingt von allen geduzt werden. Also von uns geduzt werden. (.) #00:12:13-8#

**Interviewerin: Jetzt hast du ja gesagt, das war also ein großes Thema, dass es jetzt nicht Drogentherapie heißt, sondern Suchttherapie. Was für andere Einflussfaktoren haben da eine Rolle gespielt bei der Einführung der ambulanten Therapie?**  
#00:12:29-2#

**Interviewte Person:** (.) wie meinst du das? #00:12:31-7#

**Interviewerin: also zum Beispiel politischen Akteure oder eben andere Projekte usw. Haben diese den Prozess beeinflusst?** #00:12:47-0#

**Interviewte Person:** also ich würde mal sagen, dass wir gesagt haben wir machen ambulante Therapie hatte mit einem inhaltlichen Interesse zu tun und natürlich hat es auch was Finanzielles, weil Therapie ist, was sozusagen wo man noch mal über Einzelfallfinanzierung neben der Zuwendung eine finanzielle Lücke schließen kann. Als wir angefangen haben war eigentlich klar, dass wir mit ambulanter Therapie nicht ganz das große Geld macht und es war auch immer die Idee, dass wenn hier zwei Therapeuten arbeiten, also relativ aufwendig, wo heute schon viel auch wieder zurückgefahren ist. Aber das war, war sozusagen der finanzielle auch finanzielle Hintergrund mit der mit der Finanzierung der Einrichtung zu tun. Was es dann macht, wenn man so ein Projekt, jetzt ambulante Suchttherapie und C. hieß für mich dann auch Suchtberatung, Suchtberatung, weil man muss die

ja auch erst Beraten, bevor man sie in Therapie nimmt. Was es gemacht hat, war, dass es schon eine Zeit lang ziemliche Spannung gab, zwischen Projekten, weil andere Projekte waren sehr viel niedrigschwelliger sag ich mal, wie das ganze PSB (Psychosoziale Betreuung)-Bereich. Neben dem Bereich PSB gab's bei uns dann, wurde bei uns ja gegründet durch eine Kollegin, eigentlich zeitgleich, so ein bisschen, W. (eine Einrichtung für süchtige Mütter). Was ja auch ganz niedrigschwellig, zu Familien reingehen und da auf dem Sofa sitzen sag ich mal und gucken wie die Realität da aussieht und netten Kontakt. Wir hatten den Kontaktladen zu der Zeit drei Jahre lang. Auch ein extrem niedrigschwelliges Projekt, wo alle kommen und von daher gab es diesen niedrigschwelligen Bereich und Therapie hatte was, das ist natürlich in dem Sinne nicht niedrigschwellig, als es Abstinenztherapie ist. Also Abstinenz, würde ich sagen, das ist eigentlich die einzige Hürde, die wirklich höher ist und die Leute müssen halt abstinenter sein und müssen verbindlich zu ihren Terminen kommen. Also hatten wir die Diskussion im Träger Niedrigschwelligkeit versus Hochschwelligkeit und alle, die im sogenannten niedrigschwelligen Bereich beheimatet waren, hatten immer das Gefühl das höherschwellige wird mehr geschätzt. So, das hatte was mit Wertschätzung zu tun. Und das war ein Konflikt, der uns mindestens die ersten, ich würde mal sagen, zwei Jahre bestimmt begleitet hat. #00:15:24-2#

**Interviewerin: Wie hat sich der Konflikt denn ausgewirkt auf euer Vorhaben?**

#00:15:27-1#

**Interviewte Person:** Der hat sich nicht ausgewirkt im Sinne von, wir haben es deswegen nicht gemacht oder weniger davon gemacht oder uns dann mehr damit zurückgehalten. Das haben wir gar nicht gemacht. Das war einfach, dass die Diskussion im Team war. Das macht sich dann fest an Räumen manchmal oder an, na es machte sich fest im Team ganz viel. Wir haben damals, weil Therapie war noch nicht so groß, wir haben halt dann mit einer Therapiegruppe angefangen. Das sind ja nicht viele Klienten. Dann hatten wir vielleicht, keine Ahnung, acht Klienten oder mal zehn Klienten, insgesamt. War sehr viel kleiner als heute und das Team war ja auch viel kleiner. Wir waren damals zu siebt. Also wir waren nicht mal halb so viele, wie wir heute sind. Und deshalb haben wir damals einfach Teamsitzungen gemacht und innerhalb der Teamsitzungen gab es Fallbesprechungen. Und es hat sich so entwickelt, weil es uns so beschäftigt hat die Reha-Fälle. Dass wir ganz viel über Reha gesprochen haben. Ganz viel über die Therapieklienten. Und dass es so wie eine

Gewichtung war, weil das eine war neu, da mussten wir uns reinfinden, da gab's für uns viele Fragen mit Rückfall und eben Alkohol und Drogenabhängigen zusammen und so. Das das auch tatsächlich viel Raum eingenommen hat. Wenn man es misst an der Zahl von Klienten, die wir hatten. Dann haben die überproportional viel Aufmerksamkeit gekriegt von uns. Und das hat natürlich im Team was gemacht, dass diejenigen, die keine Therapie gemacht hatten, die hatten das Gefühl, Mensch wir hocken in der Teamsitzung und reden jetzt immer über irgendwelche Klienten, mit denen hab ich gar Nix zu tun. Und das hat's irgendwann gebraucht, dagegen zu steuern. Und das hab ich aber erst ich weiß gar nicht, waren's vielleicht zwei Jahre später oder ging relativ lange bis bis wir getrennt haben, es gibt eine Fallbesprechung für Beratung und es gibt extra ambulantes Team, wo wir die Fälle besprechen. Und dass wir es nicht mehr in einem machen. Weil das einfach immer ein Stück, ob ausgesprochen oder unausgesprochen, die Kränkung war. Weil es immer drum geht, was ist wie wichtig. Ich glaube, dass ich das Thema ein Stück aufgelöst hat, weil es hat sich dann aufgelöst so mit Therapie, mit hochschwellig und niedrighschwellig als die Projekte so groß geworden sind, dass sie mehr Eigenständigkeit hatten. Am Anfang war C., die Einrichtung S., W. alle so klein, dass wir ganz eng zusammengearbeitet haben und dann taucht so was viel schneller auf, also wenn alle alle Räume teilen, wenn es, was weiß ich, besprechungsmäßig mehr Überschneidungen gibt, dann ist das viel, ich finde, dann ist das viel massiver im Raum. Und so war irgendwann klar, das war ganz getrennt (?) und jetzt ein ambulantes Team, da sitzen dann die Therapeuten drin und besprechen da die Fälle. Beratungsteam ist wieder frei für die Beratungsklienten, was echt wichtig war. Ich glaube, das war ein wichtiger Schritt das so zu machen. Das ist gut, da noch mal drüber nachzudenken, weil das hatte doch viele Folgeschritte eigentlich. An das wir früher gar nicht gedacht haben. #00:19:10-3#

**Interviewerin: War das eigentlich so ein Stück weit - gerade die Zusammenarbeit mit anderen Projekten von V. - war das formalisiert? Also, dass ihr da so gewisse Sachen beachtet habt oder Sachen vorgegeben waren oder hat sich vieles auch durch Zufall ergeben? Habt ihr die Zusammenarbeit mit anderen Projekten im Träger forciert?**  
#00:19:46-0#

**Interviewte Person:** kann man nicht sagen forciert. Wenn ich für mich spreche, dann hab ich nur forciert, dass wir immer wieder, wenn ich gemerkt habe, es gibt so ein Kuddel-

muddel und es vermischen sich so viele Themen zum Beispiel in der Teamsitzung. Dass ich drum bemüht war immer das zu trennen. So, jetzt gibt es Reha, jetzt geht's darum und jetzt geht's um die Kooperation und jetzt geht es um die Zimmerfrage, also, bis hin zu wirklich die Teams, auch das ambulante Team, ganz aus den regulären Beratungsstellen-Teams rauszunehmen, obwohl damals vier Mitarbeiter, glaub ich vom Beratungsstellen-Team, gleichzeitig das ambulante Team waren. Und nur noch drei oder so drum herum. Und trotzdem die Trennung war wichtig. Und das war jetzt nichts Zufälliges, sondern das war schon eine klare Entscheidung. Es braucht so eine Klarheit und dass diese Trennung entlastend wirkt. Und dann mit die Einführung, dass es auch für den Beratungsbereich einen Raum gibt, eine Stunde, die richtig festgelegt ist für Fallbesprechungen, für Beratung. Das war auch ein wichtiger Schritt. Weil das noch mal klar gemacht hat, Mensch die, ich sag mal die Beratungsklienten sind genauso wichtig zu besprechen wie Therapieklienten. Da gibt's nicht diese Wertigkeit. Und wir haben dann, das war, glaub ich, da waren wir schon hier, das sind erst vier Jahre her. Da gab's noch mal eine Umstellung auf Anregung von einer Kollegin, die ich echt gut fand. Dass man sogar die Fallbesprechung im Beratungsbereich nicht am Schluss der Teamsitzung macht, sondern gerade am Anfang. Und das hat noch mal das Gewicht so rausgehoben. Das da, dass es einfach wichtig ist, sich Zeit zu nehmen, mindestens eine Stunde, um die Fälle zu besprechen. Und ich finde damit hat sich dieses Wertigkeit, was ist wie viel Wert, dass das Thema, ich finde, es hat sich aufgelöst. (?) Durch diese Trennung und durch Neuimplementierung von was wir vorher eben nicht so hatten, wirklich Fallbesprechung am Anfang, auch zeitlich festgelegt, wie lange, speziell für den Beratungsbereich. Da gab's dann noch mal eine Aufwertung auch auf den Beratungsbereich gucken wir Fälle genau an. Hatte auch mit der Größe vom Team zu tun, weil wenn ein Team so klein ist, dann bespricht man alles oft viel informeller. Dann muss, dann braucht es gar nicht so viel Struktur. Aber unsere Geschichte war, dass wir gleichzeitig sehr gewachsen sind und das Wachsen bringt das mit sich, dass es viel mehr Struktur braucht. Festlegung wann was von wem wo besprochen wird. #00:22:47-7#

**Interviewerin: Wo es am Anfang, wo du meintest es war nicht so stark gegeben. Ist es jetzt immer mehr gewachsen sozusagen? #00:22:53-3#**

**Interviewte Person:** immer mehr gewachsen ist es, dass wir uns auch jetzt in den letzten vier Jahren immer noch mal verdoppelt haben von der Größe. Das hat noch mal, also das



war bei uns glaub ich noch mal die größte Innovation. Bei uns gab's ständig Innovation. Deswegen und das Therapie war ganz am Anfang. Das liegt schon sozusagen jetzt zurück. Und wir waren 25 Jahre lang nur Drogenberatung und machen wir jetzt seit vier Jahren auch die Alkoholberatung, für den Bezirk. Und haben eine Kontaktstelle dazugekriegt und eine Außenstelle irgendwo in G.. Von daher ist einfach durch die neue Größe und durch neues Aufgabengebiet sozusagen ist, bei so viel Innovation, dass wir immer wieder gucken müssen, Team zusammen und trennen und so. Dass es viele bewusste Entscheidungen gab, was die Struktur angeht, was wir brauchen, damit wir, damit es handelbar bleibt.  
#00:23:51-1#

**Interviewerin: Was würdest du jetzt sagen, noch mal im Hinblick auf Therapie, welche bürokratischen Bedingungen musset ihr da erfüllen? #00:23:56-4#**

**Interviewte Person:** na ja der größte Schritt war eben am Anfang wirklich, das ging so rum in der Stadt, ein Konzept zu schreiben für Reha und das durch die damalige Bfa (Deutsche Rentenversicherung Bund) durchzukriegen, das ist der Horror. So, das war das Gespenst, das ging durch die Stadt und war die größte Hürde und dann haben wir das Konzept geschrieben, das geht sehr klar nach ganz bestimmten Vorgaben. Das war dann letztendlich gar nicht so schwierig, weil die Vorgaben relativ klar sind. Da gibt es eine Person in Berlin, der sagt, entweder o.k. oder nicht o.k.. Der wollte halt noch fünfmal mindestens Verbesserung haben, die er dann auch gekriegt hat, d.h. da mussten wir einfach durch dieses Nadelöhr, das ist wie ein Nadelohr, da muss man durch. Und von daher war das ein Prozess von auch glaub ich, als vom Konzept die erste Version fertig war bis es endgültig bewilligt, ging sicher, also ging mehrere Monate noch. Und dann galt es, dranzubleiben und die Veränderungen eben einzubauen und mit dem Herrn damals im Gespräch zu bleiben, und dann, das sind die Formalen und dann die anderen formalen Kriterien waren für uns nicht so schwer zu erfüllen, da gab's eben genügend Personal, mindestens drei, die in Frage kommen, die zur Verfügung stehen, die hatten wir aber das war für uns nicht schwierig, von den Ausbildungen, also wir mussten sie alle anerkennen lassen, dass sie alle auch von der Rente anerkannt sind. Als Suchttherapeuten, das haben wir dann gemacht, alle mussten ihre Qualifikation nachweisen, wir mussten alle sammeln einreichen und dann haben uns bestimmte Kollegen noch mal geschrieben, wie lange sie da waren, was sie alles gemacht haben, damit es durchgeht, das ging dann für die meisten Kollegen durch. Die

Raumfrage wir haben dann noch mal einen Raum dazu angemietet. Wir haben erst mal Gruppenräume gebraucht. Wir haben dann extern, als es richtig losging, haben wir extern größere Räume angemietet. Das war eigentlich auch noch mal ein großer Schritt. D.h. dann wurde die Suchttherapie wirklich in anderen Räumen durchgeführt. Wir waren damals in der W.-strasse und in der T.-strasse, da läuft man in zehn Minuten hin. Aber da waren dann Räume speziell für die ambulante Therapie. Wir mussten eine Ärztin suchen, die mitarbeitet. War auch neu. Mit einer Ärztin zusammenarbeiten. Das bringt was, weil es eine medizinische Reha ist, bringt es das auch mit sich, dass es auch noch mal etwas mehr interdisziplinär wird, durch die ambulante Therapie. Und was, ich weiß nicht, ob das für dich interessant ist, aber, was im Bezirk Neukölln ein bisschen schwierig war mit der Therapie, ist, dass davor, die bezirkliche Suchtberatungsstelle Therapie gemacht hat und Nachsorge, ambulante und die bezirkliche Beratungsstelle, die damals in der U.-strasse war, die wurde dann schon Jahre bevor wir die ambulanten, ein paar Jahre bevor wir die ambulante Therapie gemacht haben, wurde die sozusagen ein bisschen so in den SPD in den SPD, na ja, einverleibt, kann man da noch nicht sagen, aber die haben so hoheitliche Aufgaben übernommen. Die mussten plötzlich Begutachtung machen und durften weniger Therapie machen und mussten mehr solche bezirkliche hoheitlichen Aufgaben übernehmen, was die Mitarbeiter und die Mitarbeiterinnen dort natürlich überhaupt nicht gut fanden. Die hatten das Gefühl, ihnen wird was weggenommen, was sie sehr gerne gemacht hatten jahrelang, sicherlich auch gut gemacht hatten und wir kamen jetzt plötzlich, eigentlich nur Drogenberatungsstelle damals, und haben gesagt, wir bieten jetzt Therapie an und auch Therapie für Alkoholabhängige. Das war richtig schwer im Bezirk. Da gab's ganz viel Konkurrenz und natürlich keine Bereitschaft, uns darin zu unterstützen, lange Zeit und das war schwierig zu händeln, weil dafür gab's keine gute Lösung. Ich konnte die Kollegen, ich konnte die gut verstehen. Wäre ich an deren Stelle gewesen, wäre es mir genauso ergangen, wäre ich auch total gefrustet gewesen und sag, die anderen bauen auf, was wir abbauen müssen, was ich aber gerne weitermachen würde. Und des hat relativ, des hat einige Jahre gedauert, bis sich das so gesetzt hat. Inzwischen ist die Alkoholberatung ja ganz abgegeben und haben wir auch die Alkoholberatung ganz übernommen. Das war praktisch der nächste Schritt. Wir haben das Gefühl, seit ein paar Jahren ist das alles gut, seit der Schritt so ganz vollzogen ist, ist das gut. Aber der Übergang war schwierig. Weil für uns war's Innovation und Neu und für die Kollegen gab's zwar Innovation auch im Sinne von hoheitlichen Aufgaben,

aber nicht in einer Richtung, die die Mitarbeiter wollten. Das hat's uns im Bezirk schwer gemacht. #00:29:36-0# #00:29:40-8#

**Interviewerin: Du hast ja ganz viele Anforderungen genannt, die sich aus dem Träger oder dem Bezirk raus ergeben haben. Wie war das eigentlich bei V., gab's da irgendwelche Sachen, die eingehalten werden mussten? Also standardisierte Verfahren im Sinne von Qualitätsmanagement (QM)-Prozessen oder Ähnlichem? #00:29:59-5#**

**Interviewte Person:** Die ambulante Therapie ist entstanden, bevor QM groß war. Und deswegen als wir angefangen haben, haben wir uns um QM wenig bemüht. Wobei man sagen muss, dass ambulante Reha ist schon so strukturiert. Dass ist ja eine bundesweite Vorgabe. Also, was eine Stunde kostet, genau wie lang eine Sitzung dauert, wie viel Sitzungen man haben darf im halben Jahr, wie oft man verlängern darf, wie die Abrechnungsblätter aussehen, die werden da mitgeschickt; wie die Berichte auszusehen haben, ist ein Zehn-Punkte-Plan, der ist standardisiert. Da wir diese ganzen Vorgaben von der Rente sehr genau befolgt haben, von Anfang an, war ambulante Reha, der am meisten, auch nach QM-Maßstäben, gut strukturierte und transparente Bereich. Von daher gab's da am allerwenigsten Bedarf, sozusagen dafür speziell QM zu entwickeln. Weil da war alles vorgegeben. Bis hin externe Supervision und wer der Supervisor und welche Qualifikationen der mitbringen müssen und welche Qualifikationen die Mitarbeiter mitbringen müssen und wie lange alles geht, was wird abgerechnet, was nicht und wie wird abgerechnet. #00:31:13-1#

**Interviewerin: also von der Seite schon ganz viele Vorgaben. #00:31:13-1#**

**Interviewte Person:** ganz viele Vorgaben, dass das kein Thema war. #00:31:23-2#

**Interviewerin: Wie war ganz allgemein die Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung? Also hattest du beispielsweise viele Freiräume oder wie war die Zusammenarbeit? #00:31:35-3#**

**Interviewte Person:** Musst du ihn noch mal fragen. Ich hab das so erlebt, der war total froh, als es jemand in die Hand genommen Hand und gesagt, ich ziehe es durch, weil er hatte es lange vor und. Wir haben auch klar ausgemacht, jeweils genau, es gibt einen Teil,

den hat er auch geschrieben, da hab ich auch nicht, also wir haben uns ein bisschen aufgeteilt. So ein bisschen wirklich, wer welchen Teil übernimmt. Und sind es dann noch mal, er hat es, kann ich jetzt gar nicht so im Detail, weil es so lange her ist, aber der hat es sicher dann auch noch mal ganz durchgelesen und noch mal so verbessert wie er denkt. Aber inhaltlich hat ich nicht das Gefühl, das ist jetzt alles umgemodelt und wir haben gesagt, wir haben's nie gemacht. Hab als es fertig war, haben wir richtig gedacht, das ist was, das müssen wir feiern, als es durch war. Weil wir beide das Gefühl hatten, das war echt ein mühsamer, irgendwie lästiger Prozess, es hat lange gedauert und also ich fühlte mich unterstützt von M., hatte das Gefühl, wenn es zu Ende werden sollte, das Kleinteilige muss ich in der Hand behalten, weil M. eben mit vielen anderen Sachen beschäftigt war. Aber M. hat das schon auch zu seiner Sache gemacht. Ich glaub sonst wär's auch schwierig gewesen, so. Also, ich fühlte mich nicht gegängelt. Wir haben dann immer alles in den gleichen Räumen, relativ eng zusammen gearbeitet. Ich fand das nicht, aber ich fand das war eine gute Zusammenarbeit. Wir sind da irgendwie gemeinsam (?) da durch. Ich bin nicht sicher, ob die Kollegin R. schon da war, die damals eben die G. geleitet hat. Ich glaube ich bin nicht ganz sicher. Aber so mit M., das war jetzt nicht. Ich fand das eine gute (...). Das ging eben gut, weil es einfach ist, weil wir noch so uns so viel gesehen haben in den gleichen Räumen, dass man einfach sagen konnte, jetzt ist es und guck mal drauf und ich hab das und lies das mal und so. Dass das einfach. Das wäre heute ganz anders mit den ganzen Entfernungen, wäre alles. Es war einfacher. Und es war auch so, was wirklich ganz anders ist als früher, ich glaub als ich geschrieben hab, war ich noch nicht mal Leitung. Es gab viel mehr, weil die Träger kleiner waren, war das alles viel informeller und ich konnte ich hatte viel mehr auf eine bestimmte Art Befugnisse. Gar nicht so unausgesprochen. Da wird gar nicht gesagt, hier jetzt du darfst das machen und du nicht. Sondern, wenn man gesagt hat, man macht des, dann hat man es einfach gemacht. Und dann durfte man es auch machen. Und das wäre ja alles was, das ginge heute in der Form gar nicht mehr. Dann wäre klar mindestens man muss mindestens Fachbereichsleitung sein, wahrscheinlich um ein Konzept zu schreiben, oder müsste dann in den und den Schritten dreimal gegengelesen werden, irgendwie über die Hierarchien durch. Das gab's eben damals nicht. Das war schon klar, das wäre nicht rausgegangen, ohne dass M. es nicht insgesamt abgesehnet hätte, so schon. Aber es war viel mehr mal zusammen gemacht, weil wir beide froh waren, dass es, dass es irgendwie durch war. Von daher würde das heute ganz anders laufen.

#00:35:18-0#

**Interviewerin: Was wäre heute anders? #00:35:18-0#**

**Interviewte Person:** Heute würde kein Mitarbeiter, glaub ich, oder ich hab's noch nicht erlebt. Hab erlebt, dass Mitarbeiter so im ganz Kleinen sagen, würde gerne und mit Konzept. Aber, dass man was Größeres macht, so ein größeres Projekt, das einfach anfängt und das macht und so ein bisschen informell im Gespräch bleibt: " du ich fang da jetzt mal an und dann schau ich mal, Mensch und ich fände gut, wenn du Punkt vier schreibst und ich mach hier drei und acht", dass heute ein, eine, ein Mitarbeiter, eine Mitarbeiterin alleine so ein Konzept, also anfangen würde und schreiben würde und nur mal so informell: "guckst du mal drauf und schreibst da das" dann würde erst gesagt werden: "Ja, wir haben das vor, dann müssten wir das der Leitung sagen, wenn es die Leitung nicht wüsste, wäre ja schon die Leitung gekränkt und dann müsste es die Fachbereichsleitung wissen und absegnen und dann wäre es so, dass entschieden würde, dass es die oberen Ebenen schreiben, glaube ich. Oder zumindest in der Hand behalten. Aber ich glaube von meinen Kollegen, auch viele, die sehr fit sind, ich glaube die kämen nicht auf die Idee zuzusagen, "dass mach ich mal eben". Weil das total klar ist, das ist eher Sache von Fachbereichsleitung (?). Da haben sich die Ebenen einfach verschoben. #00:36:35-7#

**Interviewerin: d. h. Innovation würdest du eher dann beim Entscheidungsträger dann ansiedeln? #00:36:38-5#**

**Interviewte Person:** Damals gab's ja nur M., war Leiter, praktisch Geschäftsführer (GF), M. hat Leitung genannt. Man hat ihn damals nicht GF genannt, sondern war einfach Leiter und gut und am Anfang gab's ein Team als ich angefangen habe, ein großes Team und da hat man halt irgendwie entschieden, wie man es macht. Da gab's praktisch nur von Mitarbeitern zu Leitung, das war die einzige Hierarchie, die es gab. Heute wäre ja von Mitarbeitern erst mal Leitung und dann mit Fachbereichsleitung und dann mit GF wären es viel weitere Wege. In der gleichen Zeit, wo ich das mit der ambulanten Reha gemacht habe, hat eine andere Kollegin, die C.F. bei uns einfach selber, weil sie gedacht hat, "Mensch, das wäre doch auch ein Bereich, wo sinnvoll wäre aufzubauen, wo man auch Geld damit verdienen kann", die Einrichtung W. gegründet, alleine, es war Mitarbeiterin, es war zu fünfundneunzig Prozent eine Geschichte von einer Mitarbeiterin, die damals

dann noch nicht mal Leitung war. Weil sie wurde erst Leitung, als das Projekt stand. Ich glaube, dass das was Besonderes bei der Zeit war. Dass so was möglich war, ohne eben formale Aufträge und durch drei Entscheidungsgremien gehen und so. Sondern man hat es halt dann einfach gemacht. #00:38:10-3#

**Interviewerin: d.h. früher haben mehr informelle Prozesse eine Rolle gespielt und jetzt immer mehr strukturelle Vorgehensweisen und gesetzte Hierarchien. #00:38:18-3#**

**Interviewte Person:** die eben zum Teil auch bremsen. Sie machen beides. Manches wird schneller gefördert. Wenn eine Fachbereichsleitung sagt, "da hau ich jetzt drei Konzepte raus und das machen wir". Aber jetzt von Mitarbeiter-Seite gesehen, ist es, finde ich es eher eine Bremse. Dass engagierte Mitarbeiter, vielleicht bewerben die sich dann auf Leitungsstellen und gehen so langsam hoch. Aber dass man wirklich als Mitarbeiter sich sagt, da schreib ich ein Projekt, V. könnte das und das noch gut gebrauchen". Das wäre heute, das würde fast wirken wie anmaßend. Und damals war es eher, dass man halt verantwortlich das Projekt mitträgt. Gemeinsam am Tragen, vom Gefühl, war das sehr anders find ich. #00:39:02-7# #00:39:04-1#

**Interviewerin: Was würdest du denn generell sagen, welche Rolle die Motivation der Mitarbeiter gespielt hat bei der Umsetzung der Reha? #00:39:09-5#**

**Interviewte Person:** Ich glaube, das hat einfach gelebt von der Motivation der Kollegen, wirklich. Also nicht nur eine Rolle, sondern es war die, glaub ich das Ausschlaggebende, ja dass da genug gesagt haben, "wir haben Lust, wir fangen das an und wir probieren das auch mit Alkoholabhängigen, obwohl wir uns da gar nicht so auskennen und das kriegen wir auch hin" und und die Räume eingerichtet und das war ja alles, das haben alles die Mitarbeiter gemacht. Und da hat nicht jemand für. Also, ich glaub das entscheidend, dass es am Laufen geblieben ist. M. hätte das alleine nicht gemacht. Hätte es alleine den Weg mit Sicherheit nicht zu Ende gemacht. Und dieses Konzeptschreiben glaub ich, geht nur, wenn jemand will, und sagt "ich möchte es für mich machen". Also wenn Mitarbeiter beauftragt werden, "schreib mal ein Konzept", wenn es nicht das Eigene ist, ich glaub nicht, dass es dann in so einem Mitarbeiter-Status überhaupt geht. Und was man vielleicht auch

dazusagen muss, dass es damals überhaupt möglich war und ich mir die Zeit genommen habe, dann so ein Konzept zu schreiben, hängt auch damit zusammen, dass die Belast, die Arbeitsbelastung so viel geringer war, wie heute. Es war so kein Vergleich. Also wenn ich heute vergleiche, wenn jemand mit siebzig, weiß ich nicht, mit siebzig Klienten hat. So was war damals, weiß nicht, waren es vielleicht zwanzig oder. Also das Arbeitspensum ist so doll gestiegen, dass das auch viel schwieriger wäre bis unmöglich, dass jemand sich wirklich so viel Zeit nimmt. So was zu entwickeln. Weil es hat schon auch viel Zeit gebraucht. Wenn man rausfinden muss, wie macht man das und wie sind die Kriterien und wie redet man mit (?) von der Rente und so. Da mussten wir auch ein Gefühl dafür kriegen. Wie das geht. Aber das braucht schon auch die Freiräume. Und die gab's damals viel mehr, die Freiräume. Dass man sich einfach auch so was überlegen konnte und #00:41:39-9#.

**Interviewerin: Wie wird bei euch im Projekt heute mit Innovation, neuen Ideen von Mitarbeitern umgegangen?** #00:41:52-6#

**Interviewte Person:** Heute würde ich sagen, dass es die letzten Jahre bei C. von außen, also von außen heißt auch durch Entscheidung auch von GF und auch von mir mit, dass man das eben unter einem Dach zusammenfasst Alkohol- und Drogenberatung, so wahn-sinnig viel Veränderung gegeben hat. Wir hatten letztes Jahr eine neue Einrichtung in G. aufgemacht, das Jahr davor kam die Kontaktstelle dazu, das Jahr davor (.) die Eröffnung hier, das Jahr davor überhaupt Alkoholberatung angefangen. (.) Von sieben auf sechzehn Mitarbeiter, Umzug natürlich mit dabei, zwei, also, das brauchte so viel Veränderung und Flexibilität von meinen Mitarbeitern, die kommt nicht mehr, die kamen nicht mehr mit eigenen Ideen: "Wir können das auch noch neu machen", sondern es ging viel eher auch ein bisschen einen Widerstand zu überwinden und zu sagen, "es ist anders" und ein Team so groß werden zu lassen. Dann war's Team zu groß, dann hab ich die Teams wieder getrennt, weil es gar nicht mehr ging mit sechzehn Fallbesprechung machen. Also von daher die Situation bei uns war aufgrund von so viel Neuerung eher das Kollegen schätzen, was bleibt. Ich glaub, dass es innerhalb von den einzelnen, es sind ja viele Teilprojekte, ambulante Reha ist ein eigenes Projekt, die Kontaktstelle, von Medikamenten- und Alkoholabhängigen das Projekt, letztendlich auch die Zweigstelle in Gropiusstadt ist auch, ist auch Alkoholberatung und dennoch läuft es anders. Ist wie ein kleines Projekt. Drogenberatung

getrennt, Alkoholberatung getrennt. Also C. ist eigentlich schon so ein Sammelsurium aus unterschiedlichen Projekten und ich glaube schon, dass die Kollegen das Gefühl haben, dass sie innerhalb der einzelnen Projekte, also was mir zumindest wichtig ist, als Leitung, und ich glaube, dass die Kollegen es auch so empfinden, gibt es viel Spielraum. Also in der Kontaktstelle, wenn eine Kollegin sagt, und so war es in der Vergangenheit, "wir wollen gerne Gruppe aufmachen zu dem und dem Thema", dann ist es so, wenn sie die Idee haben, dass sie mit mir die Idee besprechen und dann würde ich die Idee, würden wir das gemeinsam ein bisschen ausfeilen, wie das gehen kann. Würden es dann ins Team bringen. Aber im Team ist es dann schon mehr, mehr und eine Mitteilung und wo andere im Team sagen, "vielleicht kann man das noch beachten und das und das" und dann können die das machen. Und ich sag mal, viele Gruppen, die entstanden sind, thematisch, waren Mitarbeiter-Ideen. Aber ist halt dann im Kleineren. Es ist dann eine Gruppe machen, zu einem bestimmten Thema. Wie zwei Kollegen, die sagen, "wir wollen jetzt eine Gruppe machen für junge Konsumenten". #00:45:04-3#

**Interviewerin: d.h. die Innovation ist von der Form abhängig, also welche neue Idee es sich handeln wird, also neue Gruppen? #00:45:19-3#**

**Interviewte Person:** da gibt's viel, da gibt's bei uns ganz viel, ich glaub in den letzten vier Jahren mindestens vier neue Gruppen, überhaupt viele Gruppen. Wir haben früher nicht das ganze, früher hat man alles im Einzelgespräch gemacht. Heute haben wir ganz viele Gruppen hier. Ich glaub sechs ohne Therapie, zehn insgesamt. Das wäre früher undenkbar gewesen. Also die erste Gruppe war immens, das weiß ich noch. Das war richtig was Großes. Und heute gibt es richtig viele Gruppen. Was auch eine Initiative von Kollegen war, doch dass gibt's schon, dass eine Kollegin gesagt hat, sie wäre interessiert NADA (ein Akupunkturprogramm zur Rückfallprophylaxe) anzubieten. Und das dann gemacht hat, so. Wo ich dann sag, "ja find ich auch gut, wenn es das gibt". Dann kamen andere Kollegen nach, die sagten, sie würden auch gerne NADA machen. Und jetzt gibt es halt das Angebot, hier zweimal die Woche und und ist ja dann auch ganz schnell auch in anderen Einrichtungen. Ich glaub davor gab es das nur in M.. Aber das sind schon Impulse, wenn die von einem Kollegenkreis kommen, so, und ich bin dankbar für. Ich find das super. Weil das für alle Beteiligten viel schöner ist, als wenn es eine Vorgabe von "oben" ist. Ich sag mal Alkoholberatung dazu und dass die Kontaktstelle noch kommt und Außenstelle. Das



waren Sachen, die kamen alle für die Kollegen von oben und für mich die Vorgaben zum Teil auch. Dass ein Stadtrat sagte, welchen G. noch eine Zweigstelle. Und das ist dann immer so ein bisschen auch mit Mühen verbunden. Auch im Team. Da gibt's dann Widerstand. Weil klar, alle müssen sich, Kollegen müssen sich anpassen. Es war keine eigene Idee und so. Und deswegen ist es so viel schöner, wenn es eine eigene Idee gibt, macht es immer Sinn, die aufzugreifen. Es sei denn, sie ist wirklich gar nicht möglich. Aber, das gibt es auch nicht so oft. Weil die Energie da ist und der Wunsch und die Kollegen sich selber drum kümmern und weil es natürlich auch viel weniger Arbeit ist auch für mich. Wenn die das wollen, dann muss ich gucken, wie die Rahmenbedingungen sind, was müssen wir beantragen, was brauchen wir. Aber dann ist die Energie da. Und ich find, das steht und fällt mit dem Interesse der einzelnen Kollegen. Drum würde ich sogar sagen, bei C., vielleicht ist es doch anders als in anderen Einrichtungen, dass die Kollegen viele Freiräume haben, innerhalb von ihren Teams. Also, wie ich mach die Grobvorgaben, wenn ein Team zu groß ist gemeinsam, dass ich es wieder trenne oder Supervision getrennt haben, weil ich dachte es ist zu wenig. Aber innerhalb dieser Strukturen organisieren die Kollegen viel selbst und können auch relativ entscheiden. Weil es das auch braucht, weil ich das andere ja gar nicht leisten kann und ich glaub, was auch dazu kommt, durch die starke Veränderung und Vergrößerung von C. der letzten vier Jahren. Das ist für uns der größte Innovationsschub. Therapie liegt so lang zurück, aber damals auch wichtig. Aber jetzt gab's einfach, manche fühlen sich innovationsgeschädigt hier glaub ich. Was hier auch eine riesen Rolle spielt. Wir waren vorher ein ganz stabiles Team und die Reizeit als das anfing, da waren die gleichen Kollegen jahrelang da alle therapeutisch ausgebildet, alle ähnlichen Background, sag ich mal, ja, da saßen mindest vier oder fünf Gestalttherapeuten um einen Tisch, ja, und sieben am Anfang. Das war viel mehr aus einem Guss und ambulante Therapie hat als erste Innovation einfach richtig gut gepasst und überhaupt die ganzen interessierten Therapeuten. Es ist einfach so naheliegend, dass man das dann macht, finde ich. Und es gab ganz viel Kontinuität in Form von Personen, die sind einfach, die Mitarbeiter sind alle da geblieben und so. Und dann jetzt mit dieser Vergrößerung von sieben auf sechzehn heißt es, dass unglaublich viele neue Kollegen dazugekommen sind. Dann, das ist auch, also für die Kollegen bedeutet das auch Innovation, ja. Dass einfach viele neue Kollegen da sind und ganz viele junge Kollegen. Früher waren alle, da waren die Kücken, gab's da mal zwei Kücken mit Mitte dreißig und die anderen waren alle so zwischen vierzig und fünfzig. Ja, um die vierzig damals und jetzt sind ganz viele junge Kollegen. Die

sind fünfundzwanzig und die kommen gerade von der Schule oder siebenundzwanzig. Von daher hat es sich altersmäßig sehr gemischt. Die bringen eine andere Art mit. Die sind, die arbeiten anders. Die sind anders geschult. Manche viel fokussierter, also so zielorientierter und, früher gab's ganz viele ideologische Diskussionen auch. Die ideologischen Diskussionen haben die Zeit von der ambulanten Reha, als die anfang, sehr begleitet. Und ideologisch im Sinne von hochschwellig, niedrigschwellig. Und Substitution war da ja auch noch relativ neu. Das muss man ja auch sagen. Das war da gerade mal, Reha haben wir glaub ich 1999 angefangen, 1995 waren die Anfänge von PSB und Substitution bei uns im Projekt. D.h. von Beratung, da gab's plötzlich einen sehr niedrigschwelligen Teil, das PSB, und da gab's auf der anderen Seite, den sogenannten höherschwelligen Teil und das hat so ein Spannungsverhältnis reingebracht und die Diskussion waren viel ideologischer als heute. Heute sind sie praktisch. Aber wenig ideologisch. Also ideologisch im Sinne, ist PSB überhaupt gut, darf man Menschen substituieren und Menschen unter vierzig und was ist dann, ist der goldene Weg nicht doch die Abstinenz und was ist das eigentlich für ein Leben, wenn die da immer zu ihrem Arzt wackeln, was ist da unsere Verantwortung und so. Na, dann kamen neue Kollegen, weil sie noch im im niedrigschwelligen Bereich und der hat da PSB-Frühstück gemacht und dann dann die Leute die hingen halt da total ab und es ging darum, wo ist eigentlich eine Grenze und so. Und der war eben ganz, da wurde das Projekt so ganz ganz, auf der einen Seite niedrigschwellig, genau, und die Therapie stand damit so im Gegensatz. Das war echt so ein Gegenpol. Und die Spannung wurde viel ideologisch ausdiskutiert. #00:52:20-7#

**Interviewerin: Was war so zusammenfassend gesehen die größte Herausforderung bei der Umsetzung der ambulanten Reha? #00:52:19-4#**

**Interviewte Person:** ich glaub innerbetrieblich war die größte Herausforderung für den Bereich der ambulante Reha gut zu integrieren in das restliche Angebot des damaligen Trägers A. und auch ein bisschen Konkurrenz und Animositäten und das Verständnis und auch die Gewichtung, wie viel wird da besprochen, wie viel Gewicht, und das gut auszubalancieren, würde ich sagen, im Team, ich glaub es hat ein gutes Ausbalancieren gebraucht. Und außerhalb unserer Einrichtung war die größte Herausforderung dazu zu stehen, ich sag mal zu vermitteln, wir können auch mit Alkoholabhängigen arbeiten und auch das integrierte. Auch wenn es damals noch nicht so viele Beispiele dafür gab, aber das wir das

fachlich gut hinkriegen und das zu vermitteln, einfach, Gremien, gegenüber den anderen damit verbunden auch ein bisschen der, K, diesen Konkurrenz, dieser unangenehmen, Konkurrenzveranstaltungen, da sich gut zu verhalten, da nicht einzusteigen in die Konkurrenzgeschichten und gleichzeitig zu dem zu stehen, was wir machen.

## ***Interview 2: „Beikonsum Manual“***

**Interviewerin:** Wenn Sie mir doch einfach mal den historischen Ablauf schildern könnten, also in den einzelnen Phasen, bei der Einführung des von Ihnen entwickelten Programms #00:00:19-4#

**Interviewte Person:** Gut, also solange wir mit Substituierten zu tun haben, haben wir auch mit dem Phänomen zu tun, also dass die Leute, also nicht nur von Opiaten abhängig sind, sondern auch andere Substanzen konsumieren, missbrauchen oder auch abhängig davon sind. Das heißt es ist ein Dauerthema. Wir haben uns dazu noch unter den Substituierten also ein besonderes Publikum ausgesucht, nämlich die, also die nach der mal angedachten dezentralen Versorgungsstruktur unter der Überschrift Berliner Linie nicht funktionierten, die dann gelabelt waren als Schwerstabhängige und Nicht-wartezimmerfähige und Nicht-verabredungsfähige und Therapieresistente usw.. Oft vor dem Hintergrund versorgt von Doppeldiagnosen und wie gesagt, von mehreren substanzbezogenen Störungen also parallel. Das heißt, also wir hatten mit dem Phänomen, also das Substituierte auch andere Substanzen kennen und benutzen und flexible Mischkonsumenten sind, also nochmal in ganz besonderer Weise zu tun. Also im Zusammenhang mit psychiatrischer Komorbidität findet natürlich auch, ob nun unter der Grosche Selbstmedikation oder wie auch immer, also der eigenständig organisierte Konsum von allem Möglichen statt. Vor dem Hintergrund besonders langer und dramatischer Drogenkarrieren, langer Inhaftierung, längerer Zeiträume von Prostitution. Also da haben alle möglichen Substanzen eine Funktion. Also die sie nicht automatisch verlieren, nur weil jemand ein Substitut bekommt. All das war die Ausgangssituation gewissermaßen. Und wie immer, also wenn man einem Problem nicht ausweichen kann und im speziellen Berliner Rahmen, also einer Eingliederungshilfe finanzierten psychosozialen Betreuung von Substituierten, hatten wir quasi auch den finanzierten Auftrag uns auch mit diesem Thema zu beschäftigen, also einer der Hilfebereiche, für die wir Leistungsvereinbarungen, die es seit 2001 gibt, die Eingliederungshilfe-Finanzierung gibt es schon seit vierundneunzig, damals noch unter einer lockereren Grundlage, einer dieser Hilfebereiche, Hilfebereich fünf, ist halt überschrieben mit Sucht und Beikonsum. Beikonsum setz ich immer gern in Anführungsstriche, weil es eine ziemlich unsinnige Vokabel ist, weil die Abhängigkeit von Benzodiazepinen ist keine die nebenbei weniger dramatisch existiert, sondern genauso schwerwiegendes Problem also wie die Opiatabhängig-

keit selber, also Alkohol genauso usw. kann man nicht nebenbei lösen. Wir haben nur zufälligerweise ein Substitut für die Opiate, die es auf der Straße gibt und das bindet die Leute an uns und ermöglicht also auch an den anderen substanzbezogenen Störungen dann zu arbeiten. So und die Frage ist dann aber, wie damit arbeiten. Der gängige Weg, das gängige Reaktionsmuster auf nicht-mehr-beherrschten-Konsum anderer nichtverschriebener Substanzen ist der, also, dass man so nach sozialarbeiterischer Manier also immer wieder drüber redet, das können Sozialarbeiter ja am besten und dann nächster Schritt, weil man ja ungeheuer verbindlich ist, also dann Verabredungen schließt, also Ratschläge, Betonung auf Schläge, erteilt, schriftliche Verträge, Ultimaten setzt, usw.. Solche Ultimaten, auch solche Verträge sind nicht selten Feilstricke, Fußangeln, Selbsttore. Weil, wenn der Zeitraum von vierzehn Tagen, in denen jemand aufhören sollte, die Benzodiazepine zu nehmen, also verstrichen ist und er es immer noch tut, ja was dann. Typisches Reaktionsmuster ist dann, also, schwerwiegende Enttäuschung und Liebesentzug, Drohkulisse hochfahren und gegebenenfalls das Problem nach außen verlagern. Und außen meint dann immer und so steht es auch in ärztlichen Handlungsanweisungen, also als Empfehlung für schwierige Klassifizierungen für risikoreichen oder unkontrollierten oder besonders riskanten also anderen Konsum selbstgefährdenden oder so was. Da steht dann die stationäre Entgiftung an. Gut, nun gibt's aber auch Leute, also, die kommen entweder in der stationären Entgiftung aus irgendwelchen Gründen gar nicht erst an oder die haben schon sämtliche Kliniken also verschlissen. Welchen Sinn es macht, einen sogenannten „Qualifizierten Entzug“, der in vielen Fällen nicht unbedingt wirklich so diesen Namen verdient, also nicht nur dreimal, sondern zehnmal im Jahr anzugehen, steht auf einem anderen Zettel, zumal Leute, die stationär entgiften, in sehr vielen Fällen, wie man weiß, überhaupt nicht die Absicht haben und auch nicht die sinnvolle Perspektive, danach nicht zu konsumieren, sondern mal eine kleine Konsumpause machen mit dem Plan versehen, danach vielleicht nicht mehr so unkontrolliert zu konsumieren. Das ist die Realität. Nicht die Abstinenzperspektive oder der Abstinenzwunsch oder sowas, gibt es auch, aber nicht immer sehr realistisch und von daher naja, eigentlich fast zum Scheitern verurteilt in vielen Fällen. Gut, also die Frage, gibt es also außer dieser Instrumentarien, drüber reden, Verträge schließen usw., das ist ja alles nicht unsinnig und wenn man gar nicht mehr weiter weiß, das Problem nach außen verlagern, gibt's da zusätzlich noch irgendetwas anderes, was man tun kann? Was man auch wusste, ist, dass man, also den Beikonsum, also medikamentös nur bedingt entgegensteuern kann. Beim Beikonsum von Opiaten gibt es eben ein bisschen Spielräume. Aber, sag

ich jetzt mal, den Beikonsum von Alkohol oder den Beikonsum, immer in Anführungsstrichen, den zusätzlichen Konsum von Kokain oder weiß ich was, den kann man nicht, also durch das Drehen an der Substitutionsdosis-Schraube beeinflussen. Das ist eine naive Hoffnung, die man früher, so das eine oder andere Mal mal hatte, ist aber zum Scheitern verurteilt. Ist auch, sag ich jetzt mal, pharmakologisch und biologisch völliger Unsinn. Also weil die Rezeptorensituation Konstellation also eine ganz andere ist. Nun gut, o.k. Also die rettenden Medikamente waren auch nicht in Aussicht. O.k. und dann guckt man sich natürlich um: gibt es irgendwo etwas an Erfahrungswerten im Umgang mit Substanzmissbrauchenden oder von Substanzen Abhängigen, dass man quasi recyceln kann, woran man sich orientieren oder anlehnen kann? So und da waren wir nun als uns dieses Thema also beschäftigte, das war dann schon also Anfang der Zweitausender Jahre, also Zweitausend-drei/vier/fünf. Da haben wir uns intensiver drum gekümmert. Da waren wir lange nicht mehr die Ersten, also die sich mit der Frage beschäftigt haben, also ob es also einen kontrollierten Konsum also bei Leuten geben kann also, die eigentlich damit gelabelt sind, also die Kontrolle über ihren Konsum verloren zu haben. Unter der Überschrift oder korrespondieren mit der theoretischen Vorstellung eines Suchtgedächtnisses. Das sind Leute, also die sehr, sehr, sehr strikt am Abstinenzparadigma hängen, immer wieder geneigt, den ICD-10 oder den DSM-4 oder sowas, also diese eine Kategorie vom verminderten Kontrollverlust zu verabsolutieren. Das Vermindert also in Klammern zu setzen oder zu streichen und einfach nur noch Kontrollverlust als Schicksal also sich vorzustellen, verbunden mit der Idee, also einmal abhängig immer abhängig. Das kennt man so aus diesen schicksalsschwangeren also Ideen also vom Alkoholiker, der aus Versehen also eine mit Rotwein gewürzte Soße gegessen hat und jetzt wieder also auch noch völlig unschuldig eigentlich also aus Versehen also rückfällig wird und gravierend abstürzt oder die eine die eine Weinbrandpraline oder irgendwie so Zeug. Also das hängt so ein bisschen an dieser ideologischen Vorstellung. #00:09:41-8#

**Interviewerin: Hat dann auch eine politische Komponente eine Rolle gespielt?**  
#00:09:41-8#

**Interviewte Person:** Also ideologisch, würd ich es nennen. Also fast religiös, was jetzt also nicht bedeutet, dass es nicht für viele Leute also eine für ihren individuellen Weg stabilisierende Idee sein kann oder Ideologie oder Religion. Das kann Ideologie oder Religion

ja auch. Es hat so manchen den Arsch gerettet. Aber ich sag mal als verabsolutierter Weg Wert oder gar als ja haltbares Konstrukt, es geht nur so, ist es erwiesener Maßen Unfug. Diese Überzeugung wurde zunächst mal nicht im Bereich illegaler Substanzen gewonnen, sondern im Alkoholbereich, später dann auch im Nikotinbereich, also begonnen hat das eigentlich aber alles mit dem Alkoholbereich. Und da gibt es jemanden, um den man nicht drum herumkommt. Also der sich da sehr große Verdienste erwiesen hat. Also der sehr viele Kämpfe gefochten hat. Also als das noch viel, viel, viel schwieriger war als heute. Das ist J.K. aus N., der auch viel gearbeitet hat für dieses Institut in Heidelberg, für G.K. Akademie. Also wo es um Kontrolliertes Trinken ging, dann später also auch in Zusammenarbeit mit anderen Kollegen Kontrolliertes Rauchen und irgendwann sind die dann auch, das war dann parallel schon zu unsern Entwicklungen, also bei der Zielgruppe Drogenabhängige angekommen. Also als wir gestartet sind, also haben sie sich damit noch gar nicht beschäftigt. Aber wir haben gedacht, also wenn man mit Alkoholikern oder Alkoholmissbrauchenden so arbeiten kann, ja warum denn nicht angepasst an die Zielgruppe. Also auch mit unserem Publikum. Wir haben uns das genauer angeschaut, haben auch uns getroffen. Der eine Kollege, der Geschäftsführer von der GK Akademie, war mal bei einer Veranstaltung hier in Berlin vom Notdienst, die wir organisiert haben, der D.K. und hat also da also für einen größeren Kreis von Notdienstmitarbeitern also diese Kontrollierte Trinken Programm vorgestellt. Während auf der anderen Seite, ich glaube H.J. und ich damals eine Reihe von Fallstudien vorgestellt haben. Also die noch aus dieser improvisierenden Individualarbeit stammten. Also wo wir bezogen auf Herrn X oder Herrn Y und dessen Parallelen also zunächst mal völlig dekompenzierten Alkoholkonsum oder weiß nicht, was immer wieder zu neuen juristischen Verfahren führenden Cannabiskonsum, immer wieder erwischt bei laufender Bewährung oder Therapieauflage mit nicht geringen Mengen. Immer wieder Angst, immer wieder dadurch Konsumgründe usw. also beschrieben haben. Also wie so Versuche, die Arbeit an diesem Problem zu strukturieren. Also zunächst mal in Einzelfällen durchaus auch Wirkung gezeigt haben. Das heißt, unsere klinischen, man nennt das ja auch klinische Erfahrung, also wenn man mit Ärzten spricht zu mindestens, unsere klinische Fallbezogene Erfahrung, also die man jetzt nicht einfach kühn so verallgemeinern kann, aber wo man sagen kann, es gibt hinreichend viele Fallkonstellationen, die auch nicht gerade eben einfach waren und wo eine bestimmte Form des Arbeitens mit einer bestimmten Erfolgswahrscheinlichkeit einhergeht. Das konnten wir tun und von der anderen Seite, also den Kontrollierten Trinktrainern, also haben wir erfahren, also

wie man sowas aufbauen kann. So das waren gewissermaßen die Wurzeln. Ich sag jetzt mal und dazu gehört auch also eine demgegenüber sehr offene Geschäftsführung vom Notdienst. Also M. H. (der Geschäftsführer) also war da sehr pragmatisch unideologisch und hat mir damals praktisch also nicht nur grünes Licht, sondern den Auftrag gegeben, also da was zu tun. Das hab ich dann einfach mal übernommen. #00:13:59-9#

**Interviewerin: Das heißt, sie waren sozusagen der Initiator oder wie würden sie ihre Rolle da beschreiben? #00:13:59-9#**

**Interviewte Person:** Initiator? Also suchen sie sich selber ein Wort. Also ich stand zu mindestens an der Wiege oder man zeugt ja auch nicht alleine. Ich hab da schon sehr viel mit zu tun. #00:14:30-1#

**Interviewerin: Und wer war noch alles daran beteiligt? #00:14:30-1#**

**Interviewte Person:** Sagen wir mal so: Jetzt ist ja immer die Frage, wie kriegt man sowas hin? Und es gab also schon eine ganze Reihe von Materialien aus dieser kleinen Erprobungsphase, also mit der nur ich zu tun hatte. Da gab es schon alle möglichen Arbeitsblätter, die später in der ein oder anderen abgewandelten Form und ergänzt und viele, viele, viele andere den Eingang in die Manuale gefunden haben, die da später also die Basis dieser Trainings dann dieser strukturierten Trainingsmodule. So und jetzt ist immer die Frage, wie kommen so Neuerungen überhaupt auf die Welt? Gibt es da dann immer die Bottom-up- und Top-down-Ideen, die in Reinkultur also in aller Regel ja nicht vorkommen. Ich hab dann, jetzt kann ich mal sagen initiiert, eine Arbeitsgruppe, eine AG, organisiert, also mit Vertretern aus verschiedenen Notdiensteinrichtungen. Im Prinzip aus allen, also die irgendwie mit der Substitution von mit der Betreuung von Substituierten zu tun hatten und mit Leuten, die auch interessiert daran waren also sowas zu erarbeiten. Das hieß noch damals AG- (in Anführungsstrichen) Beikonsum. Und in dieser AG also haben wir uns dann also in schöner Regelmäßigkeit, ich weiß jetzt nicht mehr in welchem Turnus, getroffen und haben sag ich jetzt mal nicht mit einem also völlig offenen Brainstorming angefangen, sondern schon mit einer ziemlich klaren Idee. Es soll ein Manual entstehen und zu diesem Manual gehört also das und das und die Form soll in etwa die sein usw. und aus der Gruppe aber kam dann in der Bearbeitung der Vorlagen, die in die Gruppe rein gegeben wur-



den, Top-down also natürlich viele, viele Ideen für weitere Manual also Module und Materialien und für die kritische Bewertung ist das so gut, kann man damit gut arbeiten, ist das komfortabel usw. Und so ist in dieser Gruppe immer wieder also mit einer also doch wichtigen also Inputbedarf und dann einem Strukturierungsbedarf. Also solche Dinge entstehen nicht als klassische Kollektivleistung oder sowas. Das ist glaube ich eine Illusion. Aber diese Einbeziehung also dieser Gruppe und auch dass die aus allen Einrichtungen kamen war ganz wichtig, um etwas zu erleichtern, mit dem alle Probleme hatten, die so ein Konsumkontrollprogramm quasi von außen gekauft haben, ein fremdes Produkt und die dann also unter der Überschrift Implementierungsprobleme mehr oder minder große Schwierigkeiten hatten also dass Leute das also a) überhaupt verstanden, b) akzeptiert, c) auch tatsächlich in den Alltag integriert haben. Das ist auch nach meiner Kenntnis eines der größten Probleme bei all den Trägern, also ob nun in Berlin oder sonst wo in der Bundesrepublik oder in Österreich oder in der Schweiz und weiß ich was alles. Also wo jetzt auch KISS verkauft wurde und wird. Die Kollegen verkaufen ja auch nicht nur für siebzehnfünfundneunzig oder ich weiß jetzt nicht, wie viel es kostet, also dieses Manual, sondern bieten in dem Zusammenhang also Schulungen an und begleiten eine Supervision, also es ist eine Gesamtpaket. Dahinter stecken natürlich auch wirtschaftliche Interessen. Also die leben davon, also dieses G.K. Institut, also schön aussehende Manuale zu produzieren und dann vor allem aber personelle Dienstleistungen also zu verkaufen in dem Zusammenhang. Vernünftig ist das insofern, dass dieses Manual an sich wenig Wert ist. Das ist ein Stück Papier, so wie auch dieses, was wir hier benutzen. Das gibt es in EDV-Form an jedem Arbeitsplatz und ansonsten ist das also ein eine Arbeitsmaterialsammlung, die sie jemand in die Hand drücken können, aber dadurch wird nichts passieren. Eventuell liest der das interessiert und eventuell, je nach persönlicher Vorliebe, fühlt er sich angeregt, das ein oder andere einmal zu probieren. Aber dass das ein alltägliches Arbeitsinstrument wird, also was auch als Standard, nicht nur von irgendjemanden, der zufällig Interesse daran hat, sondern in Breite zum Einsatz kommt und dann auch noch in der Qualität, in der es eingesetzt werden soll, da müssen sie schon also was anderes leisten. Wie gesagt, der erste Schritt war schon in der Konstruktionsphase, also diese AG. Also die mit an der Entwicklung beteiligt war. Die also den Geist da schon aufgesogen hat und mittransportiert hat, die in den Teams permanent informiert hat, also wie weit man ist usw.. Wir haben zusätzlich noch was Weiteres gemacht, seit, oh Gott, zweitausendvier, kleines Fragezeichen, ich würde meinen seit zweitausendvier, haben wir einmal im Jahr, eine sogenannte, in Anfüh-

rungsstrichen, Beikonsumbefragung sämtlicher Betreuungsmitarbeiter gemacht. So, wir sind immer unter dem Druck, eigentlich einen anderen Auftrag zu haben, nämlich einen Versorgungsauftrag, also unser Auftrag ist jetzt nicht Manuale zu entwickeln oder sowas oder Daten zu erheben zu unserem eigenen Gusto. Wir müssen genug Daten erheben, (*unverständlich*) und weiß nicht was alles, also wo wir gar nicht drum rumkommen. Also wir haben eigentlich nicht viel Zeit. Also alles muss immer sehr effizient sein, sehr ökonomisch und muss zum eigentlichen Versorgungsauftrag und der bezieht sich auf individuelle Betreuungsverträge und die finanzierte Betreuung vom Sozialhilfeträger. Damit muss das irgendwie was zu tun haben. Also jetzt war die Frage, wie kriegt man dieses Thema unter die Massen, Informationen zurück und Diskussionen erzeugt und das in schöner Regelmäßigkeit. Deshalb, einmal im Jahr werden im Rahmen einer Teamsitzung sämtliche Betreuungsmitarbeiter mit einem simpelsten Fragebogen befragt, nach dem Konsumverhalten, der von ihnen persönlich betreuten Klienten. Das heißt, wenn sie jetzt Mitarbeiter A aus der Einrichtung B sind, dann haben sie einen Fragebogen, wo das draufsteht und dann sind auf der einen Seite die Initialen der von Ihnen betreuten Klienten. Also „Monika Meier“ ist MM usw.. Die konkreten Personen spielen keine Rolle mehr, es ist nur damit man rückverfolgen kann, also die Daten. So und dann haben sie simple Spalten mit allen Substanzen, die uns interessieren und mit dem Substitutionsmittel. Substitutionsmittel haben die Leute denn halt geschrieben "P" oder "M" oder bei Subutex oder Buprimorphin "B" oder "S" und dann, wenn sie wussten, die Dosis. Das haben wir aber nicht also irgendwie ausgewertet weiter. Das war nur interessant also bei der Befragung, also für die einzelnen Leute, ob sie denn eigentlich wissen, also womit und in welcher Dosis also ihre in Verantwortung befindlichen Klienten, womit die überhaupt behandelt werden. Manchmal war das schon eine Anregung, sich mehr darum zu kümmern. Weil da ja eine ganze Menge von Dingen dranhängen kann. So und dann kamen als nachgefragte Substanzen Heroin, Kokain, Alkohol, Benzodiazepine und Cannabis. Und bei jeder dieser Substanzen konnten sie jetzt also dann eintragen entweder nichts, wenn "MM" das alles nicht konsumiert oder bei Heroin ein "u" oder ein "p" für "unproblematisch" oder "problematisch". Wenn "MM" also auf unproblematische oder problematische Weise Heroin konsumiert. Und so für alle anderen Substanzen auch. So, und da beginnen dann schon die Diskussionen und die Nachfragen und genau die wollten wir auch. Es sollte sich in den Teams damit beschäftigt werden, was sind Möglichkeiten, also einen problemarmen oder unproblematischen Konsum von Heroin bei

Substitutionspatienten eigentlich im Gegensatz zur Behandlung, ja, zu bewerten oder wo ist die Schwelle also zum Problematischen. #00:24:03-7#

**Interviewerin: Wie wurde die Befragung eigentlich von den Mitarbeitern aufgenommen?** #00:24:08-2#

**Interviewte Person:** Sie hatten damit a) nicht viel zu tun, also so ne Zehn-Minuten-Befragung und dann wurden die Blätter eingesammelt und dann wurden durch irgendeinen Zivildienstleistenden oder sowas die Daten also in Excel-Form ausgewertet und also die Auswertungen wurden ihnen dann später dann bekannt gegeben und also wir konnten dann sagen, also von vierhundertfünfzig oder von sechshundert also die Substituiertenzahlen, also die Fallzahlen sind jedes Jahr gestiegen, die da einbezogen waren, sowohl in der ambulanten PSB als auch im Betreuten Wohnen nehmen soundso viel Prozent nach Einschätzung also der sie betreuenden Sozialarbeiter auf eine problematische Weise Heroin oder auf eine unproblematische Weise Alkohol oder, also zusätzlich zum Substitut. Das ist ja erst mal sehr erhellend, also das zu wissen, weil es durchbricht eine ganze Reihe von Klischeevorstellungen, die es gibt. Immer mal wieder in den Ärztezeitungen der letzten Jahren war als Überschrift zu lesen, es sei doch einfach mal so, dass sämtliche Substituierte Beikonsum haben, ohne Anführungsstriche in dem Fall. Können wir nur sagen, Quatsch, Unfug, stimmt nicht. Etwa fünfzig Prozent der von uns betreuten Substitutionspatienten und wie gesagt, wir haben jetzt keine Edelklienten, sondern im Gegenteil, also in den drei Ambulanzen sogar besonders belastete also Klienten. Etwa fünfzig Prozent nehmen nach Einschätzung ihrer Psychosozialen Betreuer entweder gar keine weiteren Substanzen, nach Nikotin haben wir nicht gefragt, also neunundneunzig Komma drei Prozent sind Nikotinabhängig. Aber nehmen entweder gar keine weiteren Substanzen oder zu mindestens weitere Substanzen nicht auf eine problematische Weise. Die Hälfte, ein völlig anderes Bild, also als in Zeitungsüberschriften und Klischees. Das ist ein ganz wichtiges Faktum in der Auseinandersetzung mit allen möglichen Leuten, also dort Draußen. Sei es die Krankenkasse oder sei es die politische Öffentlichkeit oder wer auch immer. Oder Leute, die also irgendwie im Behandlungssystem auch selber sind oder die Behandlung finanzieren auf die eine oder andere Weise oder von dieser Behandlung also irgendetwas erwarten. Genauso haben wir natürlich gesehen, wer sind diejenigen, also die politox konsumieren? Die da anhängende Frage, war dann natürlich die im Hinblick auf ein zusätzliches Instrumenta-

rium, wer sind jetzt die Zielgruppen? Also für dieses zusätzlich Instrumentarium. Sind es nicht immer unbedingt die politox Konsumierenden. Weil bei denen geht es oft erst mal um Lebensrettung, also tatsächlich mit allem Druck in Richtung stationäre Entgiftung. Da kann man vielleicht hinterher schieben ein Konsumkontrollprogramm. Also wenn ein dauerhafter Erfolg so noch am ehesten garantiert werden kann. Und es sind nicht unbedingt diejenigen, die gar nicht oder bestimmte Substanzen nach Einschätzung ihrer Betreuer auf eher unproblematische Weise konsumieren, die überhaupt nicht in Frage kommen, an einem Konsumkontrolltraining teilzunehmen. Wenn jemand nach Einschätzung der Betreuer auf eher unproblematische Weise Alkohol konsumiert, ist immer nochmal die Frage, welchen Hintergrund hat diese Bewertung? Beim Alkohol können wir als Einziges davon ausgehen, dass die Betreuerinnen und Betreuer mit ihren Einschätzungen schief liegen. Also den Konsum deutlich unterschätzen. Und zwar in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten, wir haben nämlich folgendes gemacht, also um den Wert dieser Daten zu testen. Man kann ja sagen, welche Fehlerquellen gibt es da bei den Einschätzungen der Betreuer? Die haben im Team zusammengesessen mit dem Bogen und nur für Querfragen in dieser Konstellation und nach zehn Minuten Klassenarbeit beendet und Zettel einsammeln oder sowas. Die sollten nicht in den Akten gucken oder erst mit dem Arzt telefonieren und nach den Laborbefunden fragen, sondern ihr alltägliches Handlungswissen sollten sie dort in "p" und "u" oder in gar nichts verwandeln. So und dann Frage, wie realistisch ist das, weil da gibt es Fehlerquellen natürlich. Deshalb haben wir diese Daten gegengecheckt, nicht permanent, aber in einer der Ambulanzen mit den Medizinfos zum Konsum. Also mit den Labordaten, mit dem klinischen Zustand bei Vergabe, mit Atemluftkontrollen in Sachen Alkohol usw. Und dabei haben wir gelernt, dass die Daten, also das Wissen der Sozialarbeiter, mit seinen Fehlerquellen, Herr Scholz interessiert sich für dieses Thema nicht so oder findet sich da nicht so kompetent oder denkt, um den Konsum soll sich der Arzt kümmern, das ist ein medizinisches Thema oder so. Das sind so die sozialarbeiterischen Fehlerquellen. Die medizinischen Fehlerquellen also sind die, es gibt nicht immer sichere Laborbefunde. Nicht jeder, der ein Alkoholproblem hat, pustet jeden Tag. Das klinische Erscheinen bei Vergabe betrifft ne fünf Minuten Sequenz und wenn der raus ist, fängt der an zu saufen. Weiß aber rechtzeitig also aufzuhören usw.. Also beide haben ihre Fehlerquellen. Aber der Gegencheck hat gezeigt, die Sozialarbeiterdaten sind klasse, von hoher Qualität. Also auch über die Jahre. Wir haben das weiß nicht was sieben oder acht Mal hintereinander gemacht, also diese Befragung mit immer mehr Daten. Zum Schluss

mit neunhundert Fällen oder sowas. Und natürlich auch mit Wechseln im Personal aber auch in den Fällen. Und die Konstanz der Daten im Hinblick auf die einzelnen Substanzen ist eine prima Validierung für die Sicherheit dieser Daten. Und dann noch der Quervergleich mit den medizinischen Daten. Also die Daten sind toll. Gut, aber die waren ja nicht Selbstzweck. Ich meine, wir können stolz sein als eine der wenigen überhaupt vernünftige Daten zu diesem Thema produziert zu haben. Der wesentliche Zweck war, dieses Thema auf diese wahnsinnig effiziente Weise in die Tiefe zu tragen als Aufmerksamkeitsimpuls, als Diskussionsimpuls und auch als Anregung dann mit diesem Programm, an dessen Erarbeitung zumindest über Delegierte beteiligt war, auch tatsächlich zu arbeiten. Ja und Zweitausendsechs haben wir dann, Zweitausendfünf/Zweitausendsechs haben wir das Programm dann erprobt und im Herbst Zweitausendsechs, das offiziell gestartet. Auch mit einer Präsentation hier in diesem Raum, in dem wir jetzt hier gerade sitzen, gegenüber allen möglichen wichtigen, sag ich jetzt mal, Adressaten aus der Politik, insbesondere aber auch aus sozialpsychiatrischen Diensten und Eingliederungshilfen. Also aus denjenigen, die es bezahlen, was wir tun oder fachlich bewerten. Also, ob das Sinn macht. Das war unsere Kernzielgruppe, unsere Kunden. Und da haben wir vorgestellt was das ist und wie das geht usw. und auch gleich vorgestellt die Idee, dieses Fremdevaluieren zu lassen. Ist ja immer schön, wenn man selber überzeugt ist davon, also dass das, was man tut klasse ist, aber es macht doch großen Sinn, jemanden, der da überhaupt kein Interesse hat, daran wie bestimmte Daten ausfallen oder sowas von Draußen drauf gucken lässt. Und da haben wir in der Charité bzw. in der Uni Mainz, das hatte so personelle Geschichten, also dass das dann zeitweilig über die Uni Mainz lief, die S. G. hat damals eine Professur bekommen, die ist dann leider verstorben zwischenzeitlich, C.M. hat das dann weitergemacht und die ist zurück dann wieder an die Charité. Also die Begleitforschung lief über die Charité/Uni Mainz. Auch dafür haben wir uns wiederum etwas ganz Effizientes einfallen lassen müssen. Im Gegensatz zu KISS, dem Konsumkontrolltraining von Körkel<sup>101</sup> und Ko, also das da über G.K. Akademie verkauft wird, hatten wir einen anderen Anspruch an die Daten, die wir erheben. Damit also auch an die Datenmenge und an die Datendifferenziertheit. Die mussten, also weil die noch in ganz anderen Auseinandersetzungen standen und auch Wissenschaft explizit betreiben wollten und nicht nur eine externe Evaluation haben wollten, wahnsinnig viel Daten erheben, auch unterschiedliche Daten kreuzen, Laborbefunde einbeziehen, medizinische Diagnosen einbeziehen usw.. Das war alles überhaupt nicht

---

<sup>101</sup> Ein in Fachkreisen sehr bekannter Experte zum Thema Alkoholabhängigkeit

unser Interesse. Wir haben versucht, also einen ganz schmalen Kompromiss zu finden, zwischen wissenschaftlicher Ernsthaftigkeit, Vergleichbarkeit also auch von Daten gegenüber anderen, also auch hier an der Charité gab's natürlich das Bedürfnis immer noch das eine oder andere auch noch abzufragen, das eine oder andere Instrument doch noch einzusetzen usw.. Aber unser Bedürfnis war also das von Anfang an Alltagskomfortabel zu machen und damit einen Datensatz zu erheben, der sich in einer halben Stunde bei einer Befragungswelle also abarbeiten lässt. Das sind dann tatsächlich fünf Fragebögen gewesen. Vier davon also quasi standardisierte Fragebögen zu allen möglichen Problemen: Veränderungsbereitschaft und zu allen möglichen Problemen, die man im Laufe der letzten Woche gehabt hat zu Verlangensskalen usw. und einem Instrument, was wir eingebracht haben, was auch Daten umfasst zu all den anderen Hilfebereichen, also zu Selbstversorgung, zu persönlichen sozialen Beziehungen, zu juristischen Fragen, zu Arbeit, Beschäftigung, Ausbildung usw.. Auch ganz simple Instrumente mit ner Fremd- und Selbsteinschätzung usw.. und darauf wurde so ein Plan praktisch entwickelt, also dass diese Daten einmal im Zusammenhang mit der Eröffnung der Trainingsteilnahme erhoben werden. Maximal halbe Stunde und dann immer nach unterschiedlichen Intensitäten der Teilnahme. Man muss jetzt nochmal dazu sagen, wir haben uns entschlossen, daran, also, hab ich dann doch einen wesentlichen Anteil, also weil das war nicht unstrittig, dieses Programm zunächst als Einzelprogramm aufzulegen, also als ein Manual, das im Einzelbetreuungskontakt angewendet wird. Und zwar vor dem Hintergrund, dass das das Setting war, in dem wir glücklicherweise auch mit dieser sehr, sehr, sehr anspruchsvollen also Zielgruppe und multimorbiden Zielgruppen, bezahlt arbeiten. Also wenn ich ein oder zwei Betreuungstermine ohnehin in der Woche habe, kann ich auch einen also an diesem Manual arbeiten im Einzelkontakt. Gruppe, mit Gruppenaktivitäten zu machen, mit der Zielgruppe dieser Opiatabhängigen ist eine sehr große Herausforderung. Da können ihnen Mitarbeiter aus diesen Bereichen jahrelange Leidensgeschichten erzählen. Immer wieder mit großen Engagement irgendwelche Dinge versucht wurden und dann jämmerlich baden gegangen sind. Weil's einfach damit zu tun hat, dass die Leute also so schwer dieses Setting aushalten oder so anderweitig eingebunden sind, dass wir sie im ambulanten Rahmen nicht halten können. Wir haben aber dann ein Jahr später auch ein Gruppenmanual entwickelt, dann aber allerdings zunächst mal bezogen auf die Leute, die wir in Trägerwohnungen betreuen, also Betreutes Wohnen für Substituierte. Also mit dem Faustpfand der Trägerwohnung, mit dem Druckmittel der Trägerwohnung, wo wir gesagt haben, zum Betreuungsvertrag, also wer bei uns wohnen

will, der muss auch an Einzel- und an Gruppenaktivitäten teilnehmen. Und zwar nicht irgendwie als Angebot, wenn er denn eventuell lustig ist, sondern zwei Gruppenteilnahmen in der Woche gehören dazu und eine dieser Gruppenteilnahmen ist dann im Laufe des Aufenthalts die Teilnahme an diesem Gruppenprogramm. Gruppenprogramm bedeutet, dass es eine bestimmte Zahl, ich glaub es sind acht oder neun, von wöchentlichen oder auch in kürzerer Frequenz also durchgeführt, haben wir unterschiedlich laufen lassen, Gruppentermine gibt. Also so ein Gruppendurchlauf beginnt in der dritten Septemberwoche und ist dann kurz vor Weihnachten meinethalben zu Ende. Und dann treffen sich also dann immer die Leute in einem Raum mit zwei Trainerinnen, die mit ihnen was machen, was mit der Philosophie und mit dem Ansatz des Einzelprogramms viel zu tun hat, wo aber nochmal einiges methodisch investiert haben, also in sehr, sehr verschiedene Ansätze, die da eine Rolle spielen in gruppenspezifischen Geschichten, die man braucht, um überhaupt so eine Gruppe zum Funktionieren zu bringen und zu erhalten usw.. Gruppe war bei G.K Akademie und bei allen möglichen anderen Programmen, die entworfen wurden, eigentlich, da waren wir von vornherein anders, also der Zugang. Das hatten die übernommen aus dem Alkoholbereich, also aus der Arbeit mit der Klientel, die doch anders tickt, als Drogenabhängige. Das sehen sie ja auch an durchaus florierenden AA-Gruppen, also in der Stadt mehrere hundert, glaub ich. Während bei NAs also das schon ja eher dann so mit sehr, sehr stabilen Leuten läuft und Leuten, die noch mehr Probleme an der Backe haben, also sehr, sehr schwierig wird. Also übernommen aus dem Alkoholbereich und übernommen aus dem stationären Psychiatriebereich auch. Also wo es auch relativ selbstverständlich ist im Zuge eines Klinikaufenthaltes also dann an dieser oder jener indikativen oder sonst wie feststehenden Gruppe und ja am Abend also der Selbsthilfegruppen, die da von außen kommen, teilzunehmen, da gibt es überhaupt keine Diskussionen. Also wer da in der Klinik ist, der kann selbstverständlich gehen oder rausgeschmissen werden, wenn er sich nicht an die Regeln hält. Aber wenn er da sein will, dann nimmt er da teil. Also aus der Ecke Alkoholbereich und stationärer Bereich kam diese Idee, also das dann auch, so hat KISS angefangen, also mit Gruppen zu machen. Ich fass das jetzt mal ganz kurz zusammen, irgendwo im Laufe der Geschichte sind wir uns in der Realität begegnet. Also, wir haben mit einem Einzel- angefangen und haben dann für die bestimmten besonderen Bedingungen, also für den Zwangskontext Betreutes Wohnen ein Gruppenmanual entwickelt und inzwischen sind wir so weit, dass es, es läuft hier gerade in diesem Raum, der ich weiß nicht, wieviele Durchgang jetzt inzwischen schon, genau vom Gruppenprogramm und das

sind jetzt gemischte Gruppen, das heißt die sind zum Teil aus dem Wohnen und zum Teil aus der ambulanten Betreuung. Wir hatten auch schon Durchläufe, da war nur einer aus dem Wohnen dabei und die anderen kamen aus der ambulanten Betreuung, das heißt wir kriegen es inzwischen hin, auch mit denen, mit denen es überhaupt nicht vorstellbar war, also im Zusammenhang mit einer ambulanten Betreuung dieses Gruppenmanual durchzuführen. Das finde ich sehr erfreulich. #00:41:49-9#

**Interviewerin: Wie schaffen sie das? #00:41:49-9#**

**Interviewte Person:** Das läuft parallel zu einer ganzen Reihe von anderen Klärungsprozessen, die wir geführt haben, auch im Zusammenhang mit ganz anderen Themen. Die große Überschrift über all dem ist Verbindlichkeit. Verbindlichkeit sowohl der Einzelbetreuung, also beginnt mit Termineinhaltung und weiß ich nicht was, Einhaltung von bestimmten Verabredungen, also inhaltlicher Art usw.. Wir haben, oh Gott, vor einigen Jahren die erste mit dem Attribut obligatorisch verbundene Betreuungseinheit, also auf den Weg gebracht, das ist ein obligatorisches Elterntraining. Das heißt GAJA, da ist gerade der siebte/achte oder neunte Durchgang dabei abgeschlossen zu werden. Eine obligatorische Elterngruppe. Wir hatten viele Diskussionen im Zusammenhang damit, was bedeutet hier obligatorisch. Es gab da ganz viele so Selbstblockaden auf der Seite der Betreuerinnen und Betreuer, die immer so im Kopf hatten, ja wenn ich jemand zu was verpflichte und der sich dann an seine Verpflichtung nicht hält, was mach ich denn dann? Muss ich den dann rauschmeißen? Also die Phantasie reichte damals noch nicht weiter. Also entweder Vertragseinhaltung oder Rausschmiss. Was wir alle lernen mussten ist, dass wir eine ganze Klaviatur von Interventionen haben, um die Verbindlichkeit auch wirklich ernst zu meinen und umzusetzen. Das heißt, es ist und bleibt klar, wir nehmen unser Gegenüber wahr, als jemand, der Erwachsen und mündig ist und vertragsfähig ist und das dann auch mit allen Konsequenzen. Also auch mit der Konsequenz der Sanktion bei nicht Vertragseinhaltung. Das ist in der Welt da draußen überall so. Und warum sollen wir ein künstliches Paradies also entwerfen? Also damit würden wir den Leuten keinen Gefallen tun. Wir würden sie also mit Inklusion, hat das überhaupt nichts zu tun, also wir würden sie in einer Traumwelt also chronifizieren, um das jetzt mal so simpel zu sagen. Deshalb, wie gesagt, man muss die Sanktion Rausschmiss als Option immer im Kopf behalten. Das heißt, der Betreuer muss auch lernen, dass er nicht nur Helfer ist, sondern auch Kontrolleur und Sanktionierer,



mit der Konsequenz zu sagen, o.k., der Vertrag ist gebrochen, viel Glück auf dem weiteren Lebensweg. Da gibt's ja noch die Möglichkeit jemand woanders hin zu vermitteln. Also da ist ja nicht die Welt am Untergehen. Man muss es ernst meinen. Aber diese Klaviatur umfasst dann zum Beispiel das Nacharbeiten des verpassten Termins in der Einzelbetreuung, erstens. Zweitens, natürlich den ständigen Kontakt zwischen Trainern und Bezugsbetreuern, also die müssen sich austauschen, anders geht das nicht. Nicht unbedingt über die Inhalte, aber darüber, ob jemand da war oder nicht. Nächste Möglichkeit tatsächlich dann auch der "Liebesentzug" also des Bezugsbetreuers, der sagt, wenn Sie Herr S also beim nächsten Termin der Gruppe gewesen sind, also dann kümmern wir uns um ihre Schulden, vorher nicht. Dann gibt es die Möglichkeit die Verbindlichkeitsschwelle also zu erhöhen, indem da nicht nur ein Gespräch ein auswertendes Gespräch, also zwischen dem Bezugsbetreuer und dem Klienten stattfindet, der den Termin verpennt hat oder sich fadenscheinig entschuldigt hat oder rausgeflogen ist oder was auch immer, sondern da gibt es auch noch den Einrichtungsleiter und dann kann man Fallkonferenzen mit dem Einrichtungsleiter zusammen machen. Das haben die Leute nicht so wahnsinnig gerne. Das sind nicht immer Exekutionstermine, darum geht es nicht, sondern da wird die Frage gestellt, wie kann man sie denn dabei unterstützen, das nächste Mal es zu schaffen dort anzukommen? Sie haben unterschrieben da teilzunehmen. Gehört im Übrigen auch dazu, vor dem Start der Gruppe also auch nochmal extra nochmal zusätzlich unterschrieben wird, vor allem von den ambulant betreuten Geschichten, wo das nicht automatisch in der Betreuungsvereinbarung steht, also dass ihnen klar ist, dass die Teilnahme verbindlich ist. Und wenn, und dann gibt's ja noch Jemand weiteres, den man einbeziehen kann, nämlich den substituierenden Arzt. Der dann sagt, hat mich ja eigentlich gefreut, dass sie jetzt mal versuchen auf eine andere Weise an dem Thema zu arbeiten, aber irgendwie meinen sie es offenkundig doch nicht so ernst. Wenn sie es nicht ernst meinen, dann muss ich darauf bestehen, dass sie in die Klinik gehen. Das mein ich mit Klaviatur von Interventionen. So kann man obligatorisch tatsächlich umsetzen und wenn das die Betreuer gelernt haben, dann ist der größte Teil der Arbeit schon getan. Das größte Hindernis waren die Bremsen, die Selbstbremsen bei den Betreuern. Und daran haben wir ganz viel gearbeitet. Also in allen möglichen Veranstaltungen, in allen möglichen Formen. #00:47:34-4#

**Interviewerin: Haben Sie dafür ein Beispiel? #00:47:34-4#**

**Interviewte Person:** Ja, Beispiel. Ich sag ihnen ein Beispiel, wie wir damit umgegangen sind. Wir haben eine Gerichtsverhandlung gespielt. Das ist ja etwas, was wir alle kennen, als Begleitung zur Gerichtsverhandlung. Und dann war jemand also der "Kontrollierte Konsum" in der Rolle des Angeklagten und einige Mitarbeiter hatten dann die Aufgabe, den Staatsanwalt zu unterstützen bei Hinweisen auf Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten also des Kontrollierten Konsums, ja also inwiefern ist das alles problematisch usw., so und dann gab's auch Zeugen der Verteidigung. Das haben die Mitarbeiter sich alles erarbeitet, in welcher Rolle sind sie jetzt, also was bringen sie ein, um den Kontrollierten Konsum, der da zur Anklage steht, oder über den Verhandelt wird, also zu diskreditieren oder um diese Idee zu unterstützen. Und das wurde dann richtig verhandelt. Und im Ergebnis, dieser kleinen Einheit, die dauerte eine dreiviertel Stunde diese ganze Aktion, ist alles das, was da im Hinterkopf an Blockaden da ist, an eigenen, an fremden, die man übernimmt, usw. ist ausgesprochen auf den Tisch, auf eine sehr lustige Weise. Also es ist sehr, sehr, sehr viel gelacht worden bei diesen Verhandlungen immer wieder und man kann den nächsten Schritt gehen. Das ist ein kleines methodisches Bonbon. Also es hat immer wieder prima funktioniert. #00:49:27-6#

**Interviewerin: Wie stellen sie die Kontinuität des Programms sicher?** #00:49:27-6#

**Interviewte Person:** Jeder neue Mitarbeiter, der mit der Betreuung von Substituierten zu tun hat, bekommt, das steht auch im Einarbeitungsleitfaden, also die Leute haben alle so ein standardisierten waschzettelmäßigen Themendingens, der abzuarbeiten ist, das wären auch interne und externe Hospitationen, aber auch Schulungen in Sachen Dokumentation und MI (Motivational Interviewing) und jeder neue Mitarbeiter kriegt auch eine Dreistundeneinheit Trainertraining gewissermaßen, das heißt, zwei oder dreimal im Jahr lohnt es sich also wieder sechs oder zehn oder zwölf neuen Mitarbeitern also die in der ambulanten PSB oder im Betreuten Wohnen arbeiten, sie als Trainer zu schulen. Also wer in unserer Einrichtung angefangen hat in diesem Bereich kommt gar nicht drum rum. Also wenn er da krank gewesen ist oder im Urlaub, dann macht er beim nächsten Durchgang mit. Also jeder wird geschult. Sehr intensive Schulung, mit der die Leute natürlich noch nicht alles können, aber dazu gibt's ja auch genug Leute in den Teams, also die das können, aber denen erst mal vermittelt wird, wie arbeitet man mit so einem Manual, wie kommt man da überhaupt dazu, dass Klienten da teilnehmen, also wie funktioniert die Akquise? Also in

der ambulanten PSB muss es ja akquiriert werden, die Teilnahme an diesem Programm. Sie müssen ja erst mal aus der Betreuungssituation heraus jemanden dazu bringen, also das eigene Interesse zu entdecken, doch weniger oder kontrollierter zu konsumieren. Das Programm richtet sich ja an Leute, die aktuell nicht bereit oder nicht in der Lage sind, den Konsum von Substanz A, B, C gänzlich einzustellen. Und sie dabei strukturiert zu unterstützen, das ist ja der Sinn der Sache. Trotzdem, wie gesagt, also kommen Leute ja nicht in der Regel zu uns und sagen, Herr XY ich würde doch so gerne meinen Beikonsum reduzieren. Womit die kommen, das ist auch Teil des Trainerinnentrainings, das sind Alltagsprobleme, "ich hab schon wieder ein blaues Auge", also das sagen die nicht, das sieht man dann, "und mein Geld ist auch schon wieder alle und mein Arzt macht mir Stress". In diesem Klientenflyer hier, es gibt unterschiedliche Flyer fürs Programm, das ist einer für die eher professionell Interessierten, und das ist der Klienten, sind alphabetisch geordnet, da gibt's so als Kärtchen für dieses Trainertraining also noch unendlich viel mehr, alle möglichen Probleme, mit denen Klienten zu uns kommen. In diesem Akquisegespräch sollen die sich selbst quasi erzählen, so durch Hebammenkunst gefördert, was ihre Angstattacken und ihr Zahnstatus also zu tun haben könnten, mit ihrem Konsum und ob nicht eine Reduktion dieses Konsums, eine Regulierung dieses Konsums, eine Kontrolle dieses Konsums durch Regeln, die sie sich selber geben, hilfreich sein könnte, um drei Punkte besser sich zu fühlen. Das ist so der Ansatzpunkt der Akquise. Dann muss man noch einen Vertrag machen und dann muss man auch lernen mit diesen Materialien zu arbeiten, also dass kriegen die Leute alles beigebracht und gegebenenfalls ist es dann auch in den Teams Thema. Es gibt zu dem Programm auch eine AG, die sich regelmäßig trifft. Die besteht immer noch. Wir treffen uns jetzt nur noch zweimal im Jahr. Also früher war das so alle sechs bis acht Wochen. Also früher ging es immer noch um die Fragen, Quervergleich von Erfahrungen, was muss man am Manual anders machen, wie funktioniert die Begleitforschungsdatengeschichte usw.. Die Sachen sind alle gegessen. Die Begleitforschung ging bis Ende Zweitausendneun, also bis Dezember Zweitausendneun. Das hat eine ganze Weile gedauert, das hatte organisatorische, persönliche Zusammenhänge, unsere Forscherin ist eine Weile ausgefallen. Also Anfang Zweitausendzwoölf sind hier die Ergebnisse publiziert worden. Kurz zusammengefasst, also in einem Satz zusammengefasst: es wirkt. Also selbst bei einer moderaten Teilnahme am Programm, kann man also davon ausgehen, also dass sich die Konsumkontrollkompetenz bei ca. vierzig Prozent der Leute erhöht, punkt. Also die Daten sind viel, viel differenzierter. Aber das ist schon wieder ein Akquiseargument. Da kann man

dann sagen, "ich hab jetzt gehört und wir haben uns unterhalten darüber, was ihr Problem ist und sie hatten die Idee, dass ja eventuell die Reduktion ihres Kokain- und Benzodiazepinkonsums also vielleicht die Lage etwas erfreulicher machen könnte. Wir haben da so ein Programm, ich geb ihnen mal den Flyer und das ist im Übrigen auch beforscht worden". Und ohne dass wir irgendwie die Möglichkeit gehabt hätten, also da manipulierend einzugreifen. Also hat die Wissenschaft festgestellt, also dass es funktioniert, Punkt.  
#00:55:34-0#

**Interviewerin: Was würden sie noch abschließend sagen, war die größte Herausforderung bei der Einführung bzw. Umsetzung des Programms? Was waren Hürden?**  
#00:55:34-0#

**Interviewte Person:** Das ist ganz klar, das spielt in jedem dieser Trainings schon eine Rolle oder gibt Hinweise darauf, selbst bei Leuten, die sich bereit erklären, diesen Vertrag zu unterschreiben, also verbindlich an dem Thema zu arbeiten, Verbindlichkeit ist das erste Prinzip des Programms. Mit dem Thema konkret umzugehen, Konkretheit ist das zweite Prinzip des Programms und ganz flexibel, Flexibilität ist das dritte Prinzip, mit Materialien aus diesem Manual, also daran zu arbeiten. Das sind so dreißig-Minuten-Einheiten, also man braucht dreißig Minuten für so ein Arbeitsblatt und dann kann man sich wieder um ein anderes Alltagsthema kümmern oder sowas und das über eine Weile zu tun und immer wieder natürlich den laufenden Konsum. Also selbst bei Leuten, die dazu bereit waren und zunächst so gearbeitet haben ist das zentrale Problem, das Dranbleiben. Und da gibt es mitunter implizite Verabredungen zwischen Klienten, so sexy ist das Thema nämlich dann doch nicht, und auch Betreuern. Also sich dann doch lieber zu kümmern um dieses Problem, um den Beziehungsstress oder um die Schulden oder irgendetwas. Es gibt im aufregenden Alltag unserer Klientel immer Dinge, die wichtiger sind, also als der Konsum. Es werden nicht die Klienten sein, die sagen, ach wir hatten doch aber verabredet, sondern da müssen die Betreuer dranbleiben, das ist das Zentrale. Und mein zentrales Problem sind die Betreuer also dazu zu bringen, dass sie dranbleiben. Da haben wir dann auch mit den Programmverantwortlichen in den einzelnen Einrichtungen oder Regionen, es gibt in jeder Konstellation hier einen persönlich Verantwortlichen und wir treffen uns dann auch wie gesagt. Und wir haben da so bestimmte Dinge entwickelt, also die dazu beitragen, dass das funktioniert. Also ich rede jetzt von den Einzelsitzungen des Programms, in der Gruppe, da

ist dann wichtig, dass man genug Personal hat, also dass man auch im Schneeballprinzip dann heranzieht und dann guckt, dass die alle also auch wirklich immer wieder mal gucken, wie war das Manual wirklich gemeint oder warum müssen wir es eventuell ändern, flexibel damit umgehen, usw. und was machen wir, wenn Termine nicht zustande kommen, usw.. Also das sind ganz praktische Probleme. Beim Einzel ist so wie gesagt, diese Dranbleiben-Geschichte ganz zentral und was wir da machen ist, die Einrichtungs- oder Regionalbeauftragten besprechen einmal im Quartal mit jedem einzelnen Mitarbeiter die Betreuungslisten, das heißt, sie haben den Finger auf jedem Betreuungsfall, verbunden mit der Frage, gibt es dort einen Konsum oder gibt es keinen. Wenn es keinen gibt, muss man über Herr sowieso oder Frau sowieso nicht weiterreden und wenn es denn einen gibt, wie wird dort interveniert und ist das Programm eine Option, was gibt es, was dagegen spricht, was gibt es, was dafür spricht und das wird einmal im Vierteljahr gemacht. Das machen diese Programmbeauftragten mit jedem einzelnen Mitarbeiter, zu jedem einzelnen Klienten anhand der Betreuungsliste. Das bringt das Thema immer wieder in Erinnerung. Und es ist auch mit Absicht gemacht, dass das die Beauftragten machen und nicht die Leiter, die da auch eine Verantwortung haben und die das Thema auch immer wieder puschen sollen, aber es ist freundlicher das auf so eine kollegiale Ebene zu heben, als wir haben da lange darüber nachgedacht, wie man das sinnvoll lösen kann und das scheint ein guter Weg zu sein. Also die Leiter sind nicht aus der Verantwortung, aber, ich sag jetzt mal, man kann den Kollegen auch nicht permanent als Leiter in den Hacken stehen oder sowas, haben wir zum Teil auch gemacht, wir machen auch bei Personalgesprächen bei Leuten Zielvereinbarungen und dann kann in der Zielvereinbarung stehen, also im Laufe des nächsten Jahres erprobt die Kollegin in drei Fällen den Umgang mit dem Einzelprogramm-Manual. Das kann also auch Teil der Personalführung sein. Aber wir wollten es so aus diesem Ding so ein bisschen rausnehmen. #01:00:29-6#

**Interviewerin: Wurden die Beauftragten des Programms bestimmt oder gewählt oder haben die sich freiwillig gemeldet?** #01:00:29-6#

**Interviewte Person:** Das sind Leute, die zum Teil schon in dieser Vorbereitungs-AG waren und da immer noch bei sind, weil sie das Thema spannend finden. Es gab da auch Wechsel. Es macht gar keinen Sinn, wenn das Leute sind, die das nicht interessiert oder die nicht dafür brennen. Also manchmal hat man auch Fehlbesetzungen, also jemand, der in

drei Jahren persönlich nicht in einem Einzelfall mit dem Manual gearbeitet hat, der wird schlecht als Multiplikator arbeiten können. Da muss man dann mit gucken. Wir sind jetzt dabei, das steht als nächstes an, ein zweites Material zu erarbeiten, für die Klienten, bei denen es nicht um Konsumkontrolle oder Reduktion geht, sondern um Rückfallprophylaxe geht. Also noch stabilere Leute, für die die Idee, also wir wollen jetzt den Beikonsum unter Kontrolle bringen oder reduzieren völlig daneben sind, weil die sind schon unglücklich damit, also einmal in sechs Wochen oder zweimal im Halbjahr oder sowas rückfällig zu werden und die hätten gerne Sicherheiten also auch zum Beispiel um sich aus der Substitution langsam verabschieden zu können. Also mit dieser Stabilität umzugehen und diese Stabilität zu schützen. Das wird in vielen Fällen gar nicht so weit weg von dem sein, aber es wird nochmal eine Neuentwicklung werden also zu bestimmten Teilen.

### ***Interview 3: „Schnelltests für Hepatitis C und HIV“***

**Interviewerin:** Wenn du mir mal den historischen Prozess der Einführung des neuen Projektes erzählen könntest? #00:00:18-9#

**Interviewte Person:** Wir beschäftigen uns ja mit Infektionsschutz seit über zwanzig Jahren. Haben mit Humane Immundefizienz Virus (HIV) angefangen, haben dann Ende der 80er Jahre, da haben wir ja mit HIV angefangen. Ende der 90er sind wir auf Hepatitis (Hep) C gestoßen. Also erst zu dem Zeitpunkt konnte man Hep C erst virologisch bestimmen. Wir haben Mitte der 90er Jahre, 1995/1996 Hep A und B Impfprojekt gemacht. Bevor das beendet wurde, kam noch die Hep C, dass da was ist. Da haben wir Aufklärung gemacht, dann haben wir diverse Präventionsprojekte gemacht. Haben dann auch schon mal die Idee gehabt, das war 2007 oder so, mit dem Robert Koch Institut (RKI) schon mal die Idee gehabt, dass wir so eine Art, dass es schön wäre, wenn man noch mal Prävalenzdaten hätte. Also es gab ja die erste und ziemlich einzige Prävalenzstudie zu übertragbaren, zu HIV, nur zu HIV, Ende der 80er Jahre. Seitdem hat man keine Daten mehr gesammelt oder wissenschaftlich versucht, wie die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenabhängigen überhaupt ist. Es gab ja immer nur mündliche Auskünfte von Drogenabhängigen oder so einzelne kleinere Untersuchungen so aus Einzelbereichen. Das heißt, es war erst mal sozusagen ein Erkenntnisinteresse zu sagen, wir müssten doch eigentlich mal sehen, wie das. Also im Prinzip ist das Testprojekt ja eingebettet in eine größere Präventionsstrategie, das muss man ja sehen. Wir setzen an und sagen, wir wollen Infektionsübertragung vermeiden oder zumindest mal wissen, wie es bei der Zielgruppe überhaupt aussieht. Also so eine Art Bedarfsbestimmung oder Situationsbestimmung, um daraus dann Maßnahmen ableiten zu können, in der Prävention oder Diagnostik und Einführung zur Therapie. Und das war erst mal der Ansatz zu gucken, wie viel Leute sind überhaupt betroffen, was für Leute sind betroffen und darauf die Maßnahmen abstimmen zu können. Und mit den Testungen haben wir das erst mal nicht so als eigenes Projekt gesehen, dass wir das selber machen können. Das hängt damit zusammen, dass HIV-Testungen im niedrigschwelligen Setting, damals mit Blutentnahme, eine Woche später kommen, die Ergebnisse abholen, haben wir als nicht praktikabel angesehen. Auch die therapeutischen Konsequenzen waren erst mal nicht, zur damaligen Zeit, also ich spreche jetzt von vor fünfzehn

Jahren, einfach nicht so, dass man sagen konnte das ist sinnvoll. Also wir kommen ja aus der Tradition der Testkritiker, man kann schon gar nicht im Bus auf der Drogenszene jemanden ein positives HIV-Testergebnis übermitteln, danach geht dann die Person wieder anschaffen oder klauen, also das geht nicht. Da hat sich aber in den letzten paar Jahren, was verändert. Bei Hep C ist das ja so, dass die Diagnose als Solches erst mal nicht so dramatisch ist für die Leute. Die rechnen eh damit, das ist ja auch keine, erst mal ist die Krankheit nicht so stigmatisiert, also die Infektion, auf der einen Seite, mittlerweile ist sie auch behandelbar, sie heilt aber auch aus, also das ist erst mal nicht ganz so dramatisch die Hep C. Auf der anderen Seite haben wir hier eine Meldepflicht, also eine namentliche Meldepflicht, während man HIV, eine HIV-Diagnose noch anonym bleiben kann, hat man bei Hep C, wenn man zum Arzt geht und eine Blutentnahme macht, kann man damit rechnen, dass das Gesundheitsamt einem vor der Tür steht und guckt oder mit einem reden will. So das heißt, wir haben ganz unterschiedliche Voraussetzungen für die beiden Infektionen, die für die Drogenabhängigen eigentlich die gravierendsten sind. Also HIV und Hep C. Hep A und B haben wir ja geimpft, haben wir Aufklärung gemacht. Finden wir auch, sollte man, kann man die Leute zum Impfen motivieren und sollte auch der niedergelassene Arzt machen. Ist immer noch schlecht, die Impfcompliance auch bei den Ärzten. Aber das ist noch mal ein anderes Thema. Dann kam der HIV-Schnelltest auf, den gibt es ja so seit ca. fünf/sechs Jahren. Und dann kam so die Debatte im Schwulenbereich auf, wollen wir nicht da Schnelltest auch im niedrigschwelligen Setting anbieten, einfach mit dem Ziel, dass Leute ihr Ergebnis sofort erfahren, also wenn sie sich schon überwinden zum Test zu gehen, dann auch nicht eine Woche später wieder kommen müssen. Denn die Erfahrung ist, dass ein Teil der Leute, dass man dann mit dem Ergebnis dasitzt, aber das gar nicht weitergeben kann. Und Schnelltest heißt ja nicht, dass man sofort nach einem Risiko das Ergebnis bekommt, das diagnostische Fenster, das Antikörper kommen, ist genauso groß wie bei dem Labortest, aber man bekommt das Ergebnis sofort, auf Antikörper. Das wurde so im Schwulenumilieu diskutiert, unter den Schwulenprojekten, wurden auch Testaktionen schon begonnen in verschiedenen Städten, in Berlin auch. Und dann haben wir dann auch so überlegt, wollen wir im HIV-Bereich noch mal gucken, da ist die Prävalenzzahl relativ gering bei Drogengebern, also immer noch höher als bei der Restbevölkerung, aber noch relativ, bei drei Prozent haben wir geschätzt, das scheint auch zuzutreffen. So, bei Hep C, was machen wir da? Und da hatten wir im Rahmen unserer Präventionsarbeit ein Bundesmodellprojekt also für Hep C, wo wir eigentlich schon aus wissen-



schaftlicher Neugierde auch damals schon testen wollten, um zu gucken ob Leute, ob wir die Zielgruppe erreichen, also sprich, ob die Leute, die wir ansprechen mit Präventionsmaßnahmen überhaupt noch, ob die schon Hep C haben oder ob die für Präventionsangebote erreichbar sind. Eben wenn sie die haben, muss man die ja anders ansprechen, als wenn sie die nicht haben. Damals hatten wir das mit dem Modellprojekt 2008 angefangen im Herbst und da hatten wir noch kein Geld für Testung. Und dann gab es da einen mühseligen Prozess, der glaub ich fast ein Jahr gedauert hat. Das war vom Drogenreferat, also von der Fachabteilung, von der wir eintausend Euro bekommen haben und mit dem Landesverband eine Vereinbarung hatten und mit dem Gesundheitsamt, wie wir Hep C Bluttests anbieten können. Das heißt, das Modellprojekt war schon halb vorbei, bevor wir den ersten Test angeboten haben, also den Labortest. Das wurde auch relativ mäßig nur in Anspruch genommen. Muss man sagen. #00:07:08-4#

**Interviewerin: Wer war bei der Einführung des Projektes alles beteiligt? #00:07:12-5#**

**Interviewte Person:** Also die konzeptionellen Geschichten eigentlich wirklich Leitungsebene, also ich und eine Kollegin, die Ärztin, die bei uns tätig ist. Weil wir uns immer den Überblick verschafft haben über die Fachliteratur, über die fachliche Diskussion, also in der Medizin und in der niedrighschwelligen Arbeit und in der Präventionsarbeit und in der Aidshilfe, also in dem Netzwerk, in dem wir verankert waren uns die Informationen rangeholt und verknüpft haben. Und dieser ganze Vorlauf ist sozusagen auf dieser Ebene gelaufen, also auf der Projek- bzw. Leitungsebene. Und dann ist, gut dann hatten wir den Bluttest, das war nämlich auch so was, dann hatte ich, also so ganz kleine Sachen, also dann hat man ein Gespräch mit dem Geschäftsführer der Deutschen Leberhilfe, das war Sommer vor zwei Jahren, und der erzählte so nebenbei es gibt ja jetzt übrigens die Schnelltests für Hep C, so ganz nebenbei. Und der war noch gar nicht auf dem Markt, also in Deutschland noch nicht auf dem Markt, der war aber in Amerika schon zugelassen. Da haben wir dann recherchiert und dann war er gerade in Deutschland zugelassen. Also es war sozusagen, der war überhaupt noch nicht bekannt. Durch dieses, also Stichwort Innovationsmanagement, also Netzwerk und Stakeholder, also Leute, die Spezialwissen in Gebieten haben, die für einen wichtig sind und die sozusagen schon über Informationen verfügen, die noch nicht veröffentlicht und noch nicht Allgemeinwissen in der Fachwelt sind.

Und über diesen Weg, weil er das berichtete, haben wir recherchiert, haben die Firma auffindig gemacht, haben unser Netzwerk wieder aktiviert zur Deutschen Aidshilfe, wo der Medizinreferent sich überhaupt mit Testung, Diagnostik beschäftigt, also bei HIV. Der hat sich dann auch mit der Hep C-Diagnostik beschäftigt. Der hatte das ganze wissenschaftliche, medizinische Spezialwissen uns zu sagen, ob dieser Test, dieser Hep C-Schnelltest, also auf Antikörper, ob der zu empfehlen ist, als wir das erfahren haben. Das hat dann drei oder vier Monate gedauert. Haben wir diesen Schnelltest dann Ende 2010 oder Anfang 2011 eingesetzt. #00:09:24-4#

**Interviewerin: Wie war das eigentlich mit Berliner Einrichtungen, wie habt ihr da kooperiert, also mit anderen Trägern? #00:09:24-4#**

**Interviewte Person:** Ich sag mal im Drogenhilfesystem gibt es eigentlich zu diesen Spezialfragen überhaupt keine Ansprechpartner. Und im Aidsbereich auch nur sehr begrenzt. Wenn wir innovative Projekte machen, dann orientieren wir uns schon gar nicht an Berlin, so gut wie gar nicht an deutschen Projekte, sondern überwiegend international. Da gibt es eben in England, also in Großbritannien, in Australien, Kanada, also englischer Sprachraum, kann man sagen, dass da, dass die weiter sind als wir. Teilweise auch in russischsprachigen Ländern. Wenn dort Projekte gemacht werden, Innovationen implementiert werden, die teilweise gar nicht in den herkömmlichen Ländern möglich sind. Also als Beispiel USA ist ja sehr rigide, was beispielsweise die Spritzenvergabe betrifft, also da bekommt ja in Kalifornien Spritzen auf Rezept und ab 18 Jahren. (?) Da habe ich Vorträge gehört, ja toll wir haben jetzt die Rezeptpflicht abgeschafft, wir dürfen jetzt ab 18 sogar in der Apotheke verkaufen. Diese gleichen Forscher und Aktivisten haben dann berichtet von ihren Spritzevergabeprojekten, mit Naloxon und hast du nicht gesehen im japanischen Knast. Also wo die praktisch in Entwicklungsländer gegangen sind, um dort mal Projekte zu machen, Innovationen zu entwickeln, die sie zu Hause, also in ihrem Herkunftsland nicht machen konnten. Also es gibt immer so, ja, man muss immer die Lücken in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen finden. Bei uns war es eben so. Da hatten wir dieses Schnelltestangebot, was wir ziemlich überzeugend fanden. Weil wir auch fanden, dass es für die Zielgruppe besser geeignet ist. Also nicht mit Blutentnehmen, die Leute haben alle Angst vor Spritzen, obwohl sie ja selber spritzen. Dann schlechte Venenverhältnisse. Für den Schnelltest braucht man nur Kapilarblut, also kann in Finger pieken, kann sogar

Mundflüssigkeit nehmen. Also die Angst vor der Blutentnahme entfällt. Die Leute bekommen einfach auch am gleichen Tag, in der gleichen Situation ihr Ergebnis. Das fanden wir gut. Und zu der Zeit hatte auch im Bundesgebiet, da haben wir dann doch mal von Deutschland, also der Aidshilfe, noch was profitiert. Da hatte die Aidshilfe Dortmund, im Cafe "Kick", die haben einen HIV-Schnelltest-Angebot mal ausprobiert im Kontaktladen und haben das, es war ein Kooperationsprojekt der Deutschen Aidshilfe (DAH), die Deutsche Aidshilfe hatte das auch bezahlt und auch wissenschaftlich begleiten lassen. Dann kam eine Anfrage einer Stiftung herangeflattert an die DAH, man wolle ein Projekt, mit den und den Rahmenbedingungen fördern. Damit ist die DAH zu uns gekommen. Dann haben wir gesagt, dann implementieren wir doch das, was die Dortmunder probiert haben in ihrem Kontaktladen in ihrem spezifischen Setting, setzten wir jetzt mal auf Berlin um. Auch mit projektinterner Evaluation, mit HIV-Test, weil das war Welt-AIDS-Fonds und die haben sich immer auf HIV. Dann haben wir das mit dem Welt-AIDS-Fonds-Projekt kombiniert, mit dem Bundesmodellprojekt, was sich um Hep gekümmert hat. Also haben wir HIV und Hep zusammen. Zwar in zwei Strängen, aber in einem Setting der Zielgruppe angeboten. #00:12:53-9#

**Interviewerin: Wie war eigentlich die Kooperation bei euch im Träger, also mit den einzelnen Projekten?** #00:12:53-9#

**Interviewte Person:** Also im Prinzip gibt die Leitung immer so die Impulse und schafft den Rahmen und schafft die Informationen ran und bewertet die, gibt die an die Mitarbeiter, natürlich können die Mitarbeiter auch selber recherchieren, aber es ist natürlich immer einfacher, effektiver, wenn sie Zuarbeit bekommen. Und dann wird es sozusagen, mit den Mitarbeitern wird die Umsetzung geprüft. Also wie ist das möglich? Also erst mal wird geguckt, also Ziel beschrieben, dann, worum geht's, was können wir machen dazu, wer hat welche Aufgaben dazu, wer kümmert sich um was und das wird dann sozusagen kollegial kooperativ im Team. Da gibt's dann die Arbeitsteilung, dass jeder guckt, was kann er für dieses Ziel, für diese Aufgabe beitragen. #00:13:46-1#

**Interviewerin: Wie wurde die Zusammenarbeit koordiniert? Gab es einen Koordinator oder Arbeitsgremien?** #00:13:48-2#

**Interviewte Person:** Wir haben immer Kernteams, wir haben ja Projektteams, für größere Projekteinheiten, groß ist jetzt übertrieben, das sind dann drei Mitarbeiter vielleicht in Teilzeit. Ich sag mal, "groß" ist definiert auch als Projekt, was eher eine Einrichtung ist. Das ist dann sozusagen das normale Team und dann gibt es themenspezifische Kernteams. Das können dann auch einzelne Mitarbeiter sein, die sich nur um dieses Projekt kümmern, die sich aber dann verknüpfen mit den anderen Teams. Und das wird dann, die temporären Arbeitsgruppen eigentlich, die dann über ein, zwei, drei Jahre laufen, die je nach Bezug, also was hat der Mitarbeiter aus der Einrichtung X mit dem Testprojekt zu tun? Macht es Sinn, hat er soviel beizutragen inhaltlich, organisatorisch, dass es notwendig ist, dass er im Kernteam ist. Oder reicht der normale Informationsfluss über Protokolle oder über die Beteiligung eines Kernteams, also eines fachspezifischen Kernteammitglieds auf der Einrichtungssitzung. Und die Leitung hat natürlich die Verantwortung immer für die Information vom einen Team zum anderen. Also wir haben ja Leitungsteam, einmal die Woche, mit Protokollen, die relativ ausführlich sind, wo wir aus jedem Projekt, was wir denken, was für diese anderen Projekte relevant ist, auch so eine Art, das ist eine Postillezwang, da muss dann jeder die wöchentlichen Nachrichten und da ist jeder verpflichtet die zu lesen und zu gucken, für ihn relevante Informationen zur Kenntnis zu nehmen. #00:15:41-2#

**Interviewerin: Welche Faktoren haben den Innovationsprozess befördert deiner Meinung nach? #00:15:44-3#**

**Interviewte Person:** Ich denke, ich bin ja, letztendlich habe ich ja Qualitätsmanagement gelernt, dass du erst mal das Ziel formulierst, ganz klar, also es gibt ja immer Oberziele, also das heißt, wir wollen, dass alle gesund sind, na ja, aber das kannst du von mir aus noch allgemein formulieren, aber dann geht's aber schon um die smarte Formulierung, also von Teilzielen erst mal für das Teilprojekt, aber auch für jeden Mitarbeiter. erst mal auf der Mitarbeiterebene ist es oft nicht so explizit. Da sagt man nicht, „du musst jetzt zehn Leute testen“, aber da geht's eher dann so: „du bist zuständig für die und die Aufgaben, dein Ziel ist es, dass immer genug Material da ist oder dass die Testlinge freundlich begrüßt werden“. Also das sind sozusagen, dass jeder Mitarbeiter weiß, was sein Beitrag ist und sozusagen, seine Rolle spielt in dem Teamgefüge oder Projektgefüge. Als Leitung ist ja immer die Aufgabe zu gucken, dass Schnittstellen klar sind und vor allem dann wenn es Probleme gibt. Man muss jetzt nicht irgendwie dirigistisch alles regeln oder alles geklärt haben, son-

dern gucken, wo ist Doppelarbeit, wo arbeitet man aneinander vorbei, wo gibt es Missverständnisse, wo ist zu viel Kommunikation, wo ist zu wenig Kommunikation? Also da steuernd einzugreifen. #00:17:17-4#

**Interviewerin: Inwieweit hat Qualitätsmanagement bei euch eine Rolle gespielt?**  
#00:17:17-4#

**Interviewte Person:** Na ja, ich hab Qualitätsmanagement gelernt, hab da die Schulung gemacht und noch ein paar andere Kollegen hier. Ich denke, also Basis ist ja schon die International Organisation for Standardization (ISO), also Zielmaßnahmen Überprüfung, also diesen Regelkreis, diesen ganz einfachen PDCA-Regelkreis und eben auch, was auch gut ist ist glaub ich Organisationslehre so ein bisschen zu kennen. Also erst mal überhaupt einen Träger oder auch Projekte aus der anderen Organisation zu verstehen. Das ist vielleicht ein ganz wichtiges Schlagwort. Also das du sagst, hier ist Wissen, also nicht nur der einzelne hat Wissen, sondern da gibt es die Überschrift, die Summe ist mehr als das Ergebnis der einzelnen Teile, glaub ich. Also man ist sozusagen, also wenn jeder Einzelne was er weiß, man bildet die Organisation und dieses Wissen bleibt auch der Organisation erhalten, selbst wenn derjenige nicht da ist, oder die Organisation entwickelt sich als Ganzes durch die einzelnen Teammitglieder. Dieses Verständnis, dass nicht der Einzelne das Wissen hat, sondern die Organisation, also das Kollektivistische im Prinzip. Das ist so ein Prinzip, was ich wichtig finde. Und das andere ist, dass auch jeder eine Rolle hat, dass er nicht nur Mensch ist, sondern dann haben wir, was weiß ich, die Pioniere, wir haben die Bremser, wir haben die Querulanten, wir haben den braven Mittelbau, der macht, was man ihm sagt, aber auch nicht nach links und rechts guckt. Das ist dann auch wieder Leitungsaufgabe im Prinzip zu gucken, also ein Verständnis zu haben, wie Organisationen funktionieren. Also über Teams, also wer welche Rolle im Team einnimmt und das nicht als gut oder schlecht zu bewerten, so nach dem Motto, also ich sehe mich so als Pionier, ich grabe gerne und finde tausende Ideen und Netzwerke und ganz komplex, mich jetzt aber nicht hinstellen darf und sagen, ich bin jetzt die Beste, weil ich hab die tollen Ideen. Sondern, dass man weiß, dass es genauso wichtig ist, dass man einen hat, der ganz brav nicht links und rechts guckt und seinen Job macht, wie man ihm den sagt. Dass man sozusagen, das nicht als schlechter bewertet. Natürlich ist gesellschaftliche Anerkennung bekommt der, der die tollen Ideen hat und nicht der, der den Dreck wegputzt. Aber dass man dann auch

trotzdem guckt als Leitung, dass vermittelt wird, dass jeder seine Rolle hier hat und dass die wichtig ist. Also ich sag mal bei Störern da ist es am schwierigsten, weil da gibt's auch Grenzen. #00:19:54-7#

**Interviewerin: Welche konkreten Erfahrungen hast du mit "Störern" hinsichtlich des neuen Projektes gemacht? #00:19:56-7#**

**Interviewte Person:** Da gibt es ja verschiedene Motivationen, warum einer stört und auch verschiedene Ebenen und Ausmaße. Und da muss man eben gucken, also wenn einer, es gibt ja so diese Advocatus Diaboli, die immer hinterfragen, das find ich auch eher positiv, weil das wirklich noch mal, das ärgert einen vielleicht und man denkt, das hat man schon hundertmal erzählt, aber das regt dann schon noch mal an, sich das noch mal von einer anderen Seite zu betrachten oder noch mal einen Schritt zurückzugehen oder das noch mal erklären zu müssen, weil man merkt, man ist so in seinem Elan, dass vielleicht andere mit dem Tempo hinterherkommen oder die Sprache nicht verstehen oder man hat auch selber was vielleicht übersehen, was man dem anderen wichtig ist. Wenn es aber so Ausmaße, also blockiert aus Prinzip oder aus eigener Bequemlichkeit. Man hat ja oft Mitarbeiter, leider mit zunehmenden Alter nimmt das zu, jeder Mensch hat ja unterschiedliche Bereitschaft sich zu bewegen, also eine Komfortzone, wo man, also manche Leute bewegen sich gerne, manche weniger, und dann gibt es da so einen Anforderungsbereich, da geht man mal gerne raus, aber nicht zu oft und dann fühlt man sich auch ganz gut hinterher, aber möchte man nicht so viel machen oder dann gibt es da so einen Bereich, wo es unangenehm wird. Und diese Komfortzone, wo Leute gerne sich wohlfühlen und zufrieden sind mit sich und so, die wird glaube ich mit zunehmenden Alter kleiner, weil sie unbeweglicher werden, glaub ich, also geistiger wie, ein bisschen, ist ja nicht mehr so lange, ich werd ja auch älter, bei mir merk ich es noch nicht so sehr, aber, natürlich. Aber da muss man so ein bisschen gucken, was steckt dahinter. Dann muss man eben auch in der Sozialen Arbeit bei Klienten auch bei Mitarbeitern Ressourcenorientiert arbeiten und sagen, was ist denn möglich? Was ist noch veränderungsfähig und wo geht es nicht mehr und gucken, kann man es in der Umsetzung mittragen oder wann sind die Grenzen erreicht? #00:22:04-8#

**Interviewerin: Wie war das bei dem neuen Projekt, wie kam das an bei den Kollegen? #00:22:08-1#**

**Interviewte Person:** Na, das war ja erst mal so, dass wir das sozusagen im Modellprojekt angesiedelt haben, weil eine Mitarbeiterin, die ja für dieses Modellprojekt zuständig war, die mit mir und einer anderen Kollegin eng zusammengearbeitet hat und auch mit dem Pflgeteam. Und die hat ein hohes Renomè bei uns, die war sehr geschätzt und anerkannt als Person und als Fachkraft von allen. Und wir haben das dann aber schon im Team. Wir haben das erarbeitet, wie wir uns das dachten, haben es ins Team eingebracht und praktisch auch Peerreview gemacht: So stellen wir uns das vor, guckt euch das mal an, so ist die Dokumentation, so soll der Ablauf sein, gebt uns bitte ein Feedback. Und dann wurden richtig mehrere Feedbackschleifen eingebaut. Also immer, lest euch das mal durch, nächsten Sitzung hatte natürlich nur die Hälfte das nur gelesen, also noch mal bitte. Und dann wurde beispielsweise gesagt, das verstehen wir nicht oder das finden wir zu schwierig. Dann wurde es noch mal angepasst, dann wurde es ausprobiert und immer wieder diese, immer dran bleiben und qualifiziertes Feedback einholen. Also immer auch einen Rahmen schaffen, das machen wir im Rahmen von Mitarbeitertagungen zum Beispiel, das machen wir zweimal im Jahr, das sie Mitarbeiterprojekte vorstellen können, holen sich das Feedback ab, merken auch, kommt das rüber, ihre Begeisterung oder ihr Thema oder, wo kommen dann Nachfragen. Dann läuft ja auch ganz viel unter den Teams. Dass dann der eine den anderen anruft und sagt, kannst du mir das noch mal erklären oder "ach, das wäre ja für uns auch interessant". #00:23:41-0#

**Interviewerin: Gab's der Einführung des Projektes auch Sachen, die nicht so gut liefen, gab es auch Widerstände? #00:23:41-0#**

**Interviewte Person:** Gibt es natürlich immer. Ich sag mal beim Test-Projekt war es ja relativ organisationsaufwendig und dann haben wir die formalen Dinge, das ist ja jetzt nicht Widerstände in den Mitarbeitern, die sind eher, wie ich vorhin sagte, diese Bequemlichkeit oder was Neues lernen oder sich zurückgesetzt fühlen, weil jetzt der andere mit einer neuen Idee kommt und "ist dann meine noch wichtig, also mein Thema, was ich seit zehn Jahren mache, ist das jetzt noch wichtig oder kommt jetzt eine Neue und ich muss mich umstellen, bin ich jetzt weniger Wert"? Also die ganz klassischen persönlichen Reaktionen der Mitarbeiter. #00:24:31-1#

**Interviewerin: Wie geht ihr mit Widerstand um bzw. seid ihr bei der Umsetzung eures Projektes umgegangen? #00:24:31-1#**

**Interviewte Person:** Na mit allen Möglichkeiten, die einem zur Verfügung stehen, also mit sachlicher Erklärung noch mal, also das man noch mal erklärt, was ist das Ziel, was ist die Aufgabe, warum machen wir das und dann schon auch das Motto, "probieren geht über studieren", "also wenn du immer noch zweifelst, jetzt probiere doch mal bitte aus oder lass es erst mal andere ausprobieren und die berichten" und wenn man, das ist nämlich auch häufig, wenn man Leute auffordert das selber, wovon sie nicht überzeugt sind, zu machen, dann wird es meistens auch nicht klappen. Also wir haben schon erlebt, dass es dann auch trotzdem funktioniert hat, aber oft ist es ja so, dass die Leute Gründe nach dem Scheitern suchen und sagen, "das geht nicht, weil" und "ich hab es ja selber ausprobiert und ich kann dir sagen, es ist genauso wie ich es". So, da findet man immer einen Grund. Deswegen haben wir es immer mit einem anderen Kollegen. Das heißt, dass wir keinen zwingen erst mal. "Das musste jetzt machen". Sondern "wer möchte gerne...Berichte doch mal", sozusagen im Prozess. Die anderen Mitarbeiter, die Zweifler überzeugen oder letzten Endes auch die Zielgruppe. Wenn natürlich ein Klient kommt und sagt "Das war so toll". Wenn ein Mitarbeiter ein Zweifler erzählt: "Das war so toll, dass mir der Andere dies und das angeboten hatte und mit mir gemacht hat". Dann wird das dem Zweifler natürlich in Bewegung.  
#00:26:15-4#

Ja dann wieder mal zum Testprojekt, weil das dich ja interessiert hatte. Es hat sich wirklich Schritt für Schritt entwickelt worden. Über HIV über AIDS dann Hepatitis C über das Bundesmodell-Projekt. Und dann gab es die Möglichkeit, da im Schwulenbereich auch der Wunsch bestand, mit dem Schwulenprojekt auch noch mal eine HIV-Test-Kampagne zu machen. Da haben dann vier Träger unter der Federführung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPW) einen Antrag auf Lottoförderung gestellt. Da haben wir dann praktisch über zweieinhalb Jahre HIV, Hepatitis Testung über Lotto abgesichert. Da haben wir jetzt auch eine Mitarbeiterin, die hauptsächlich dafür zuständig ist. D.h. eigentlich nur das Testprojekt macht. Und auch noch von einer Kollegin und mir und eine zweite Pflegekraft unterstützt wird. #00:27:11-5#



**Interviewerin: Vielleicht noch mal kurz zu den Mitarbeitern. Welche Qualifikationen haben dabei eine Rolle gespielt? Inwieweit waren die Qualifikationen der Mitarbeiter wichtig? #00:27:15-3#**

**Interviewte Person:** Also erst mal musst du ein ausgeprägtes Berufsbild von deiner eigenen Profession haben. Also wissen was du bist und das du das guttust. Also professionelles Selbstverständnis wäre hier die Überschrift. Dann musst du Erfahrungen in der Projektumsetzung haben. Vor allem im Bereich des Selbstständigen Arbeitens. Und als persönliche Eigenschaft: Neugierde und Reflexionsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit. D.h. dem Anderen zuhören und sich verständlich ausdrücken. Wissen was wichtig ist und was nicht wichtig ist. Also sich nicht verzetteln. Sich gut vernetzen können. Ich denke halt dieses Kritische, das Reflektierende. D.h. "Was mache ich da? Könnte ich es besser machen? Oder anders?". Das ist so - glaube ich schon...Und auch Informationen. Die Frage: "Wie verarbeite ich Informationen". Kann ich aus einem Text rauslesen. Habe ich eine Frage an den Text oder an das Thema, zum Beispiel? Was sind meine Fragen? Warum sind die wichtig? Das sind so ganz, einfach Techniken. Ich denke die wird man auch in der Sozialarbeit im Betreuungsprozess wahrscheinlich auch haben. Aber ich vermute mal, dass der normale Sozialarbeiter, der hat dann seinen Hilfeplan und seinen Katalog, da wird angekreuzt und ausgefüllt, noch mit Textbaustein gearbeitet, da ist die Frage, das unterstell ich mal, ich hab noch nie PSB gemacht oder nie Drogenberatung, dass die Frage ist, wie weit eigenständiges Denken, konzeptionelles Denken gefördert wird. Und reflektiertes, sozusagen auch Fachliteratur ranziehen und nicht nur lesen, dann hat man es gelesen, aber was verbirgt, also daraus was machen, also was ist jetzt diese Kernaussage, was sagt mir dieser Text jetzt für meine Arbeit? #00:29:58-9#

**Interviewerin: Wie geht ihr eigentlich generell mit der Innovationskraft eurer Mitarbeiter um? #00:29:58-9#**

**Interviewte Person:** Also eigentlich, sich Mitarbeiter in der Regel wohlfühlen, weil sie sich was drauf einbilden können, dass wir in einem innovativen Träger sind. Manche Kollegen auch für einen mitziehen, also ein hohes Tempo, also selber sehr innovativ und kreativ sind. Andere tun sich schwerer. Also die finden es dann schön, dass sie hier sind, weil sie wissen, dass unser Träger überall leuchten die Augen, wenn sie kommen und sagen, sie

sind bei uns. Aber selber dann eher das mühselig und überfordernd finden. Das gibt's schon auch. Da muss man dann eben, wie gesagt, nach Organisationslehre ist es auch o.k., wenn Leute da sind, die ihren Job machen solange sie sozusagen nicht, sich da auch einordnen und sagen, "ich mach das, weil es können ja nicht alle nur verspinnerte Ideen haben oder irgendjemand. Auch die Kernbotschaft umsetzen und sich auch bei uns Mitarbeitern, eigentlich bei allen, es gibt wenig Ausnahmen, ich glaube nur selten kommt das vor, dass wir sagen, die und die Themen sind uns wichtig, dass Kollegen das völlig blockieren. Also sagen, "dass interessiert mich nicht" oder dann auch das dann mittragen. Und wenn jetzt die Kollegin von der Hauswirtschaft die gleichen Botschaften in ihrer Art transportiert, die Haltung, dann muss nicht jetzt neue Konzepte schreiben können oder eine Sache zum ersten Mal machen weltweit, sondern das einfach mittragen. Und das ist auch viel Wert. Also wenn die innovativen Leute, die alles Mögliche ausprobieren und immer neue Ideen und alles wieder komplizierter machen. Wenn die das geduldig ausgleichen und wenn dann einer meint, er müsste jetzt immer ein innovatives Gespräch führen, der sagt, o.k., ich sicher so lang den Laden, mach deine Sonderaktivität, ich mach den Rest. Das ist einfach, ich glaub ich das Einzige. Es gibt sicher mal Gemecker. Ich glaube, was die Innovation betrifft, also ein relativ hohes Agreement ist. Also bei sehr problematischen Flexibilität, also beispielsweise, da wird einer krank und dann hat mich sich was anderes privat vorgenommen und muss jetzt aber Dienst abdecken. Das führt glaub ich zu mehr Frust, als dass man eine neue Sache erst mal betrachten muss. #00:32:43-9#

**Interviewerin: Welche externen Einflussfaktoren haben der Umsetzung der Innovation eine Rolle gespielt? #00:32:43-9#**

**Interviewte Person:** Also erst mal überhaupt Vernetzung generell, dass du an Informationen rankommst. Das betrifft natürlich auch, was du brauchst, sind die Ressourcen. Wenn du zum Beispiel die DAH, weiß gar nicht, wie das war mit diesem AIDS, ich glaub das kam sogar an uns heran. Das man also einfach in einem Netzwerk ist, wo man an Informationen gelangt, wo es zum passenden Zeitpunkt Geld gibt. Auch das Modellprojekt was wir hatten, kam ja nicht von irgendwo her. Da haben verschiedene Kräfte daran gewirkt für uns die Mittel zu organisieren. Also das ist wirklich Ressourcenakquise und einfach ja, Netzwerk von Partnern in anderen verschiedenen Ebenen, also Fachebene, Verwaltung, Politik,

die auch denken, dass man das vernünftig macht und also sozusagen Zutrauen haben und das Thema auch wichtig finden. #00:33:58-1#

**Interviewerin: Welche Rolle hat dann beispielsweise die Politik bei eurem neuen Projekt gespielt?** #00:34:02-3#

**Interviewte Person:** Ich sag mal hier, so direkt also wenig in den letzten Jahren. Also bei Konsumräumen war das ja wichtig. Also das war damals die Rechtsverordnung vor zehn Jahren. Da musste ja erst eine Rechtsverordnung gemacht werden. Das ist ja erst unter rot-rot geglückt. Also rot-grün hatten wir ja vorher, die haben es nicht hinbekommen, haben sich verhagelt an unserem Thema und mit rot-rot war es dann möglich - Rechtsverordnungen. Damit war dann wieder die Möglichkeit frei dafür auch Geld, da gab es einen politischen Willen Geld für die Konsumräume einzurichten. Das ist schon, das spielt schon eine Rolle. Aber bei den meisten Projekten läuft Innovation eher über Stiftung oder selten über staatliche Mittel kommen. Und sozusagen Anspruchsfinanzierung ja schon Innovation im Rahmen der bestehenden Projekte, dass man da was Neues aufbaut. Aber wenn es eine gewisse Dimension erreicht, muss man eigentlich in der Regel sich erst mal externe Mittel, also keine staatlichen, holen. Bei unserem neuen Projekt war es praktisch der Welt-AIDS-Fonds. Das war das Modellprojekt für Hep C, war ja noch nicht großartig, was wir an Geld hatten und dann Lotto ist auch eine Stiftung, also es ist noch nicht in der Regelförderung. Also jetzt zwei Wochen bei zwei Jahren bevor das Projekt ausläuft, geht es jetzt los, mit, wo kommt das Geld her in zwei Jahren. Und den politischen Willen dafür auch schon, hat Lotto eine Presseerklärung zum Testprojekt rausgegeben zum Weltaidstag und schon anzufangen mit Krankenkassen zu reden, könnt ihr nicht was beisteuern und das geht dann schon jetzt los. #00:35:52-5#

**Interviewerin: Wie haben die Klienten das neue Test-Projekt angenommen?** #00:35:52-5#

**Interviewte Person:** Also die Testung ist ja relativ mühselig. Also die müssen sich ja auch beraten lassen, wir legen ja Wert auf Minimalstandards, gute Vor- und Nachbereitung und die sind im Prinzip schlecht informiert, aber fühlen sich besser informiert als sie sind. Die Ärzte testen ja relativ bei Eindruck auf Hep C, aber die informieren nicht vernünftig. Also

das heißt, das ist ein relativ trocken Brot. Gerade beim Testen noch mal das an die Leute ranzubringen. Und wir haben jetzt in der Test-Kampagne, die wir jetzt haben, die adressieren wir ja auch nicht nur auf unsere originäre Zielgruppe, also die Drogenabhängigen, die sowieso zu uns kommen, sondern eben auch andere Leute, auch Partydrogenleute oder ehemalige Drogenkonsumenten oder Lebenspartner. Jetzt bei der Lotto-Test-Kampagne haben wir leider auch zu viele Normalos. Eine Kollegin berichtete von einer, die vor einem Jahr ein einziges Mal ungeschützten Sex hatte und weinend vor ihr saß und jetzt nach einem HIV-Test fragte. Wo aber nicht bekannt war, dass es irgendein Risiko gab. Das heißt, wir haben noch ein bisschen andere Zielgruppen abzarbeiten. #00:37:22-2#

**Interviewerin: Wie motiviert ihr Klienten, das Testangebot zu nutzen? #00:37:22-2#**

**Interviewte Person:** Ich sag mal, unsere Zielgruppe hat ja oft, ist ja meistens schon infiziert und hatte schon Kontakt mit dem Virus. Da haben wir noch mal spezielle Interventionen entwickelt, dass wir da jetzt mal hinterher gehen verstärkt in der Beratung, ob die überhaupt noch infiziert sind. Letztes mal haben wir am O-Platz zum Beispiel, weil viele Leute vom O-Platz kommen auch nicht in den Kontaktladen S., da haben wir die ganzen Altkonsumenten. Wir hatten den Eindruck, das wird auch gestützt von der RKI Studie, die dann drei Jahre später als wir das wollten, dann auch letztes Jahr hier durchgeführt wurde, dass doch viele Hep C ausgeheilt sind, also spontan oder nach Therapie. Dann haben wir gesagt, jetzt machen wir am O-Platz noch mal eine spezielle Sprechstunde, nehmen da auch Blut ab, also als Außenstelle sozusagen (00:38:08 bis 00:38:46-8 Interviewte möchte nicht, dass Gesagtes aufgezeichnet wird). Unsere Zielgruppe, das ist ja sozusagen auch wieder Innovation, in der Innovation, also immer Projekt lang, wen erreichen wir, wie sind die Ergebnisse des Testprojektes und wie muss man das anpassen. Den Antikörpertest Hep C ist für diese Zielgruppe nicht so wichtig, wie der Virusnachweis. Weil die alle eher denken, sie haben es, obwohl es ist eher umgekehrt. Ja, die sind von Ärzten informiert worden, zum Beispiel mit dieser stillen, die kommen ja alle an ich hab eine verkapselte oder eine stille Hep. Es kann sein, das wissen wir noch nicht genau, das gucken wir jetzt sozusagen in der Praxis - evaluieren. Kann es sein, dass die Ärzte, wenn die sagen, du hast eine verkapselte, dass es heißt, dass es heißt, sie haben nur Antikörper, sie haben gar keinen Virus. Werden da praktisch Mythen gebildet, so, dem wir jetzt hinterher gehen. Das ist natürlich toll mit so einem Modellprojekt, also Innovation, dass man mal solchen, wirklich fatalen

Irrtümern auf den Grund gehen kann. Oder nicht auf den Grund gehen, das ist jetzt übertrieben mit unserem kleinen Projekt, aber mal so ein bisschen da reinpieksen kann. Genau so machen wir es, dass wir ja das Testangebot für Partyleute öffnen, also auch im Partysetting Reklame machen dafür. Es kommen auch Leute aus dem Partysetting, die da unsere Testinfos da liegen sehen im Klub und kommen dann und sagen, ja ich habe gesnieft oder hab auch mal gespritzt und da haben wir bisher noch keine Infektion festgestellt. Aber man weiß es ja nicht. Ist ja gut, wenn alle die kommen, die denken sie haben was, könnten was haben, sie haben nichts. Können wir ja vermuten, da lohnt sich die Präventionsarbeit noch. Da ist eben noch nicht so viel passiert. #00:40:34-1#

**Interviewerin: Hast du noch mal ein konkretes Beispiel, wie diese Aufklärungsarbeit aussieht bei eurem Testprojekt? #00:40:34-1#**

**Interviewte Person:** Na das machen ja eigentlich alle Mitarbeiter. Das ist ja nicht nur das Testprojekt-Team, sondern, das Testprojekt ist integriert in die Einrichtung, also einmal in drei verschiedenen anderen Projekten und das heißt, alle Mitarbeiter, die in Kontakt mit der Zielgruppe sind, fragen ja auch mal ab. Was weiß ich, bei Konsumraum Neuaufnahme wir ja auch Infektionsstatus abgefragt und dann werden die Kollegen schon motiviert, immer wieder. Das wissen sie auch, dass, wenn dann einer dies und das sagt, "ja hast du mal nachgucken lassen", also das macht man auf Mitarbeitertagungen noch mal so Impulse setzen und sagen, Leute, bitte fragt alle Leute nach der PCR<sup>102</sup>, fragt, ob die, wenn sie sagen, sie haben Hepatitis, lasst es nicht so stehen, sondern, wenn die nicht klar antworten und sagen, ja ich habe Genotyp eins, eins B Viruslast Dreihunderttausend, wie groß ist Status zwei A, dann hört nicht auf bei dem Punkt, ich hab's, sondern schickt sie in die Testsprechstunde. Das ist eigentlich der klassische Zugang. #00:41:48-7#

**Interviewerin: Das heißt, das Testprojekt ist immer auch Gegenstand der anderen Projekte und immer präsent? #00:41:48-7#**

**Interviewte Person:** Man muss Impulse setzen. Also das Testprojekt beschäftigt sich mit den Ergebnissen und gibt dann Impulse in die Teams. Also Pflorgeteam ist ja die erste Adresse, also erst mal im Pflorgeteam zu sagen, "Leute, wir haben jetzt zehn PCR abge-

---

<sup>102</sup> Das ist eine Abkürzung für den Begriff „Schnelltest“ im HIV- und Hep-Bereich

nommen, davon waren sieben negativ, es sieht so aus, dass viele Leute, die waren alle so happy, also man kann es auch einfach erklären, die waren alle so happy, weil die dachten ja alle, sie wären bald tot und liebe Leute, wir wollen noch mehr Leute glücklich machen, könnt ihr uns nicht noch mehr Leute schicken?". Genauso war es mit diesem ersten PCR-Menschen, das kommunizieren wir jetzt groß und sagen, "Mensch, das ist doch toll, wenn ihr Pflegekräfte demjenigen eine so schöne Botschaft mitteilen könnt und wenn die nicht so schön ist, dann weiß der wenigstens bescheid". Also, dass man so Informationen aufbereitet. Und das ist vorrangig Pflorgeteam und dann eben noch mal flankieren durch die Sozialarbeit. Das müssen wir halt immer wieder. Da muss man eben auch auch gucken, natürlich, dass man Kollegen nicht überfrachtet, nicht mit tausend Themen kommt, sondern zuspitzt und sagt, jetzt machen wir mal, beschäftigen wir uns mit der PCR, machen wir das als Thema des Monats, schieben das an. Dann kommt mal auch wieder ein neues Thema (?) muss man wieder ein Impuls setzen, also das ist wirklich dann, die Projektsteuerung ist da wichtig. Also das ist dann wieder Leitungsaufgabe, gucken, wann ist das Maß voll? Wann sind die Aufnahmekapazitäten der Kollegen erschöpft? Was ist zumutbar oder, wie ist die Motivationslage? Wie sind die äußeren Anforderungen? Wenn man nur Klienten hat, die immer breit sind, die schon fortgeschritten an einer Alkohol (?), da kann man nicht mit der Dynamik rangehen wie woanders, wo die alle nüchtern aufkreuzen. Also du merkst, Anforderungen ist eben komplex, die Fähigkeit, in komplexen Zusammenhängen zu denken und zu agieren, um den Überblick nicht zu verlieren. #00:43:57-8#

**Interviewerin: Was waren die größten Herausforderungen bei der Umsetzung des Testprojektes? #00:43:57-8#**

**Interviewte Person:** Es war wirklich am Anfang die ersten paar tausend Euro zu kriegen. Überhaupt erst mal anfangen zu können. Also so, die ganz formalen Sachen zu klären, also Arzt, wir haben ja Arztpräsenzpflicht, dann das Geld für das Labor, dann das Labor zu finden. Da gab's, damals als wir angefangen haben, da gab es verschiedene Erwartungen, auch politische. Also in Miniform, also die Fachverwaltung wollte gerne, dass wir ein spezielles Labor beauftragen und das Landeslabor, was ja ausgegliedert wurde aus dem Öffentlichen Dienst und die die Aufträge kriegen sollten. Es ging da um dreitausend Euro im Jahr und die waren wiederum zu mühselig für uns. Also wir hatten da noch ein anderes freies Labor, also ein Unternehmen, die bessere Preise hatten und fix waren und uns, mit

denen wir jetzt zusammenarbeiten, die das abholen, wo wir Spezialwünsche äußern können. Und das andere war ganz, bis der Vertrag zustande kam, ging durch tausend Hände, dauerte drei Monate, wurde nach Frankfurt Oder und dann nach Berlin geschickt. Also irgendwie, das war mühselig. Also so diese, es ging nur um dreitausend Euro Budget und Behörde. Und dann halt mit dem Gesundheitsamt abzuklären, wie machen wir das mit der amtlichen Meldepflicht, wenn überhaupt die Standards, es war jetzt nicht mühselig, aber muss gemacht werden. Also wie, ich sag mal, da haben wir jetzt auch Routine natürlich. Das wird jemand, der das zum ersten Mal macht, also Projektabläufe, also das macht das Projektmanagement, Dokustandards in der Umsetzung, Standards in den Inhalten, dann Minimalstandards, das zusammenzustellen und zu kommunizieren. #00:45:38-3#

**Interviewerin: Wer schafft diese Standards, wer regelt die? #00:45:39-9#**

**Interviewte Person:** Da orientieren wir uns erst mal an dem, was schon da ist. Also die DAH hat Empfehlungen rausgegeben, dann lesen wir die, sagen, wir haben auch hier Fachkompetenz, finden wir die Standards in Ordnung, wo finden wir die kritisch, wenn wir die in Ordnung finden, dann übernehmen wir die, beziehen uns auf die und dann haben wir projektspezifische Standards. Und die kommen dann von den Mitarbeitern, die in der Praxis tätig sind, die sagen, das geht, das geht nicht, wenn es strittig ist, muss es ausgehandelt werden. Aber bei dem Testprojekt war es wie gesagt, wirklich der erste Schritt überhaupt in die Gänge zu kommen. #00:46:29-1#

**Interviewerin: Wie habt ihr das geschafft? #00:46:29-1#**

**Interviewte Person:** Damals eigentlich, dass dann eine Kollegin aus der Senatsverwaltung das dann gerne wollte. Und das Drogenreferat da einfach jemand war, der sagte, so er organisiert jetzt diese Dreitausend-Popel-Euros und nervt da solange alle Beteiligten, bis das klappt. Also das stand überhaupt nicht im Verhältnis zu dem Geld eigentlich, was das gekostet hat. Da ging es ums Prinzip, überhaupt erst mal so ein Testangebot zu schaffen. #00:47:11-1#

**Interviewerin: Was glaubst du war der Grund, warum es so schwierig war, an Geld zu kommen? #00:47:11-1#**

**Interviewte Person:** Wir haben ja gesagt, wir machen es, wir hatten kein eigenes Geld, im Bundesmodelletar war es erst mal nicht vorgesehen. Wir haben in unserem Konzept gesagt, wir wollen, dass die RKI-Studie parallel läuft, dann können die die Tests machen, im Rahmen der Studie und wir können die Ergebnisse. Und das ging ja nicht und dann, wahrscheinlich schon knappe Kassen einfach, dass es nicht so locker sitzt. Und dann gab es zwar schon das Ziel, wir alle wollen, dass es Tests gibt, aber, man muss es erst mal auf die vorhandenen Mittel runterbringen. Und das war damals ja auch noch nicht so on vogue. Also letztes Jahr testen irgendwie, hat ja auch eine andere Akzeptanz, mittlerweile. Testen im niedrigschwelligem Setting war ja auch umstritten, also auch mit Gesundheitsämtern, die fühlten sich ja in ihren Kompetenzen beschnitten und da gab's dann auch so ein bisschen, weil wir Schnelltests machen, die Gesundheitsämter bisher noch nicht, die wurden jetzt aber politisch dazu verdonnert, das auch anbieten zu müssen nächstes Jahr. Also dann kann nämlich auch die Normalbevölkerung, müssen halt dann ins Gesundheitsamt gehen, weil die die Normalbevölkerung machen, wir machen die Risikogruppen. #00:48:53-8#

**Interviewerin:** Also du meinst ja vorhin, dass die Anfangsphase am Schwierigsten war. Wie waren dann die Phasen danach, also als die "Hürde" überwunden war? #00:48:56-6#

**Interviewte Person:** Das hat sich auf der organisatorischen Ebene einfach stetig weiterentwickelt. Aber weil es einfach, es gab eben kompetente Kollegen, die die Zügel auch, die sich damit auch identifizieren und die da auch ein Interesse haben, das weiterentwickeln. Es gab dann schon noch mal, also dass wir das eben auch gut aufeinander abstimmen mussten, also die verschiedenen Förderstränge und dann eben auch Übergangsmangement, also dann, weil Welt-AIDS-Fonds aufhörte, BMG (Bundesministerium für Gesundheit) auch aufhörte, aber da haben wir echt eine Punktlandung hinbekommen, dass in dem Moment, wo BMG aufhörte auch Lotto anfing, und zwar bis zu, haben wir alles so deichseln können. Eigentlich sollte Lotto ein halbes Jahr früher anfangen, dann haben wir gesagt, na ja, ist doch gut, wenn es nicht in den Beirat kommt, weil es passt uns gar nicht, wenn es jetzt schon anfängt. Zwar schön, dass es jetzt noch kommt, aber bis auf einen Monat glaub ich, einen Monat mussten wir zu früh anfangen, also war das echt eine Punktlandung. #00:50:03-2#



**Interviewerin:** Das heißt, es gab immer wieder Herausforderungen, die ihr dann stemmen musstet? #00:50:03-2#

**Interviewte Person:** Wir waren fortlaufend mit Planung beschäftigt, also du musst immer Plan A, Plan B, Plan C, also was ist, wenn Lotto jetzt schon entscheidet und wir ein halbes Jahr früher anfangen müssen, was uns gar nicht so passt? Dann setzt man das um, was wäre eigentlich unser liebster Zeitpunkt und was ist noch davor und dahinter angenehm? Und dass man dann daraufhin so ein bisschen deine Planung ausrichtest. Da musst du permanent nachsteuern. Dann haben ja die Kollegen auch noch Wünsche, dann wollen sie so viel arbeiten und nicht so viel oder mal eine Zeit lang weniger und dann mal wieder mehr und dann hat der eine Urlaub, der andere auch. Also das musste alles unter einen Hut bringen. Und mit der Vorortumsetzung ist es einfach natürlich, das sehe ich jetzt ja nicht so, weil ich ja mehr am Planen bin und Steuern, es ist vor Ort nämlich relativ schlecht steuerbar, also es gibt dann Tage, wo dann zwanzig Leute kommen in vier Stunden und andere Tage da kommen dann drei. Das macht dann die praktische Arbeit anspruchsvoll, also das auszuhalten. Aber das ist im niedrigschwelligen Setting generell so. Weil wir arbeiten ohne Termine, also die Leute können kommen, wie sie wollen und da gab's dann Zeiten, wo man diskutierte, stellt man einen Standort ein, weil wenn keiner kommt und auf einmal schwupsdiwups, kracht die Bude fast zusammen. Wo ich überlegte, muss man da jetzt noch mehr Zeiten verlängern, noch mehr Personal hin. Auf einmal waren sie alle wieder weg. Das ist halt auch immer noch zu bedenken. Dann ist aber auch, wenn du Erfahrung hast mit solchen Projekten, dann weißt du, es gibt diese Phasen und diese Wellen. Man guckt sich nur noch den Zeitverlauf an. Das wird auch entspannter, wir reagieren nicht sofort auf Veränderung, sondern ordnen das erst mal, gucken, wie ist das Wetter, welche anderen Faktoren gibt es noch, was könnte das Verhalten beeinflusst haben? Letztes Jahr haben wir gemerkt, dass dann in dem Bus bei minus zwanzig Grad uns die Bude eingearannt wurde und als es Frühling kam keiner mehr. Bis uns auffiel, aha, es sind Semesterferien. Es kamen immer nur Studenten, die auf dem Weg zur UDK (Universität der Künste) waren, sind bei uns vorbeigekommen, um mal einen Schnelltest zu machen. Und als Semesterferien waren, da kam eben keiner. Also so was musste dann auch unter Projektsteuerung berücksichtigen. Nun wollten wir die Studenten auch nicht haben. Also insofern. Da brauchst du Mitarbeiter, die reflektieren können. Die nicht nur "Test-Strich-Ergebnis",

sondern die mitdenken und versuchen, die ein Erkenntnisinteresse haben: "ich guck mich hier um, ich sehe a) da hat ein neuer Laden aufgemacht für diese Zielgruppe und die laufen ja immer bei mir vorbei". Also dass die irgendwie ihre Umwelten wahrnehmen. Also Verknüpfung von Informationen. Also Informationen miteinander in Bezug setzen und mit der eigenen Arbeit in Bezug setzen. Interpretieren ohne sich Bewusstsein, dass man interpretiert. Also nicht so: "es ist so", sondern: "es könnte sein, dass es so ist". Aber sich selber auch noch infrage stellen, ohne sich selber nicht mehr zu glauben. Also, von jedem etwas halt. Und das ist dann eben, da ist dieser Einzelnen wichtig in dieser Organisation, die lernt, weil dann, man weiß, wie der Einzelne was wahrnimmt und wie der andere was wahrnimmt und dann bastelt man sich daraus irgendwie Stabilität. Es gibt natürlich schon Kollegen, die mal alles Erst mal ganz großartig wahrnehmen und der andere guckt da mal weg und dann entsteht die Wahrheit in der Mitte. #00:54:07-9#

#00:54:08-8#

Einfach auch die Kunst, natürlich auch der Leitung zu gucken, wo haben Mitarbeiter gute Ideen. Oder das auch zu fördern. Also manchmal, wenn ich mich danebensetze und kleine Beobachtungen und ob du ein Thema daraus machen kannst. #00:54:20-2#

**Interviewerin: Also wachsam dafür zu sein, als Leitung?**

**Interviewte Person:** Also auch gucken, was kommt von den Mitarbeitern, was auch gut passt in die Strategie des Unternehmens oder der Einrichtung und sagen: "Mensch, das ist eine Idee. Der Mitarbeiter zeigt da Eigenengagement, das passt genau eigentlich in unser Ziel für diese Einrichtung". Wie kann man das, also diese Beteiligung von Mitarbeitern immer, also das Eigenengagement, wie kann man das Einfügen in die Gesamtstrategie? Das passt ja auch nicht immer. Manchmal kommen die mit Ideen, wo man sagt, das geht ja völlig, da haben wir überhaupt keine Zeit dafür oder das ist irgendwie völlig isoliert, dann muss man es eben überhören. Und bei anderen Sachen eben hinterher gehen. #00:55:13-9#

**Interviewerin: Du hast ja gesagt, Innovation spielt bei euch eine ganz große Rolle. Habt ihr dann auch Innovationsmanagement? Also z.B., wo man sagt, der Mitarbeiter hat eine neue Idee, dann wird das so uns so gemacht oder ist es eher so unspezifisch?** #00:55:20-0#

**Interviewte Person:** Ne das ist schon so. Wir haben ja temporäre Arbeitsgruppen. Also wenn Mitarbeiter reklamieren, da gibt es einen Bereich, der innovationsbedürftig ist, dann wird eine AG gebildet, die beschäftigen sich dann damit und speisen die Ergebnisse wieder ein in die Gesamtheit. Also wenn wir jetzt bei der Spritzenvergabe zum Beispiel, haben wir uns ja ganz intensiv im Rahmen der Evaluation, die wir vor zwei Jahren hatten, beschäftigt, wie sieht es in Berlin aus, wie wollen wir das weiterentwickeln? Haben wir gesagt, "wir wollen eigentlich weg vom Tausch, wir wollen hin zu Vergabe und Entsorgung und das trennen", also das nicht mehr. Dann gab's, haben wir gesagt, "jetzt kann jeder, wir lockern das", also wir machen (?) eins zu eins mit Vorzählen, sondern jede Einrichtung soll mal ausprobieren, was gut händelbar ist. Also im Kontakt mit den Klienten. Weil die Klienten sind ja auch, brauchen ja auch lange bis sie lernen. Also die haben ja ihre, also (?) gleich, ist da großzügig, haben wir da gute Erfahrungen damit gemacht. Dann stehen die Klienten trotzdem da und zählen immer. Und dann sagen Kollegen, "nun schmeiß doch einfach rein, sag mir, was du hast, kriegst du oder schmeiß rein und sag, was du brauchst". Also nicht mehr was du hast, sondern was du brauchst. Und dann stehen die da und zählen weiter: "Drei davon, zwei davon, fünf davon". Das heißt, so. Und das wurde ausprobiert über ein, zwei Jahre. Jetzt kam aber wieder eine Stimme, "wir müssen es einheitlich machen und wieso hat der und wieso macht die?". Dann haben wir gesagt, o.k., wir machen eine AG, jetzt kommen dann die verschiedenen Projekte, sagen, wie sie es machen und daraus wird gemeinsam eine Empfehlung erarbeitet oder eine Leitlinie. Die sieht dann wieder so aus: Leitlinie heißt, jeder kann machen, wie er es denkt, aber es gibt, die und die Standards. Das heißt, wir lassen uns nicht beschreiben. Der Klient kriegt das was er braucht, er braucht eine vernünftige Aufklärung, es muss eine Vertrauensebene sein, also so wie dieser "Take Home" im Prinzip. Wenn ein Klient, ein Opiatabhängiger, ein Betäubungsmittel vom Arzt bekommt, hat das auch was mit "Take Home". Warum soll ich dann als niedrigschwellige Einrichtung dem nicht hundert Spritzen geben, wenn er sagt, er braucht hundert Spritzen. Wenn der Arzt sagt, du kriegst, wenn du sagst, du brauchst zehn mal, dann kriegst du zehn mal. Also das ist irgendwie in der niedrigschwelligen Arbeit immer so ein bisschen, da haben wir uns so ein bisschen verbohrt Ecke entwickelt in Deutschland oder. Das heißt, da gibt es dann so ein paar Meldungen, Störmeldungen, dann wird sich das noch mal angeguckt, dann wird gesagt, "so machen wir jetzt mal und dann gucken wir noch mal drauf in einem Jahr oder". Dann gibt es eine Mitarbeiterin, die sagt, "ja, da

kommt einer immer und da bin ich mir sicher, der vertickt die und der macht da Missbrauch oder ich bin mir sicher, der schmeißt die ins Gebüsch". Dann sagen wir "o.k., was heißt das jetzt für die tausend anderen, die kommen? Müssen wir es deswegen, weil man bei dem, wie können wir das händeln?". Da wird sozusagen beraten am Beispiel und daraus Standards entwickelt. Dass man sagt, in Einzelfällen behält man sich vor, wenn die und die Kriterien und das (?) dann der Mitarbeiter, der sieht das und weiß das, der entscheidet das auch und sagt: "du kriegst jetzt keine, weil ich den Eindruck habe, dass. Ich kann das auch entscheiden und alle anderen, da handhaben wir das anders". Das ist dann praktisch, das ist ja auch Innovation im Alltag. Also Regel und Alltagsstandards, wie entwickelt man die. #00:58:40-1#

**Interviewerin: Also das ist dann auch was Kontinuierliches sozusagen? #00:58:41-4#**

**Interviewte Person:** Kontinuierlicher Verbesserungsprozeß. Das sind glaube ich diese Regelkreise, die du im Kleinen hast, im Alltäglichen. Also wie mit, "wo stelle ich meine Teebeutel hin". Meine Botschaft ist sozusagen, also Innovation im Kleinen schon festzumachen, dann fällt es auch leichter, die Innovation im Großen auch zu ertragen oder auch nachzuvollziehen. Wenn man lernt sozusagen. #00:59:46-6#

**Interviewerin: Also die Innovationsbrille immer aufhaben? #00:59:46-6#**

**Interviewte Person:** Wenn Kollegen schon Schwierigkeiten haben, dass ein Kugelschreiber mal links und nicht rechts liegt oder mal andersherum zum Parkplatz fahren muss oder andersrum oder mal auf einem anderen Stuhl sitzen muss, dann wird es schon schwierig. #01:00:05-1#

**Interviewerin: Ihr scheint ja da offene Strukturen zu haben, was Innovation betrifft? #01:00:06-7#**

**Interviewte Person:** Ich bin ja auch, also ich bin ja relativ strukturiert oder ich fühl mich da wohl, wenn Klarheit geschaffen wird dann. Die Grundlage ist immer vertrauen. Also das ist ja also, Struktur ist wichtig, sollte auch in Grundzügen da sein, aber sie sollte gefüllt werden. Also die Kleinteiligkeit und die Kontrolle ist immer in dem Umfang erforderlich,

wie Vertrauen entweder nicht da ist oder nicht gerechtfertigt ist. Weil es gibt natürlich auch Missbrauch. Und da musst du auch kontrollieren. Aber wenn du sagst, du hast Vertrauen in die Mitarbeiter, dass die gut arbeiten, dass die korrekt abrechnen, also ihre Stunden und ihre Ziele erreichen wollen, da musst du weniger Kontrollstrukturen einführen. Da sind die Strukturen wichtig, dass jeder sich sicher fühlt. Sicherheit ist immer wichtig für alle Menschen. Das sie ihren Platz haben und dass sie, das was für sie am wichtigsten ist, das sie wissen, wo das steht und wie das läuft. Wenn dann sich einer sicher fühlt, dann kann er auch was ausprobieren. Also mit Arbeitsplatz, selbst wenn du einen befristeten Vertrag hast, und weißt nicht, wie es weitergeht, wenn du Sicherheit hast, der Chef bemüht sich, dann hast du eine andere Arbeitsgrundlage, als wenn du nicht das Gefühl hast, die Leitung schätzt deine Arbeit und bemüht sich nicht um dich. Also auch unter eingeschränkten Bedingungen kann man noch relative Sicherheiten schaffen. Das wäre vielleicht noch wichtig: Sicherheit als Grundlage für Innovation, also eine relative Sicherheit. Eine absolute macht dann auch wieder bequem. Die Kollegen müssen immer noch die eigene Konsequenz ihres Handelns wahrnehmen. Also Lob für gute Arbeit, Anschiss für Fehler, also Fehler ist was anderes, Anschiss für schlechte Arbeit, Fehler macht ja jeder, aber, wenn irgendwie einer nichts tut, muss das auch irgendwo Konsequenzen haben. Man kriegt natürlich immer vorgeworfen, dass man zuwenig lobt. Das ist auch bekannt, aber. #01:02:46-3#

**Interviewerin: Zum Thema Motivation: welche Anreizsysteme gibt es? #01:02:51-4#**

**Interviewte Person:** Hauptsächlich die intrinsische Motivation. Und mit dem Geld, das ist ja alles relativ. Ich glaube, dass ganz viel an dem Menschen selber liegt. Ob die sich selbst belohnen können. Oder ob die extrem darauf angewiesen sind, leider zählen ja die helfenden Berufe eher zu den die eine sehr geringe, ja also oft auf Lob von Außen angewiesen sind. Also Persönlichkeiten sind, die eher diesen Beruf ergreifen, weil sie sich selber nicht so schön loben können. Stichwort: Hilflöser Helfer, das externe Lob mehr brauchen als in anderen Berufen vielleicht. Oder einer mit sich zufrieden ist, egal was um ihn herum passiert. #01:03:39-7#

**Interviewte Person: Und wie macht ihr das bei euch in der Einrichtung mit Lob und Anerkennung, Motivation? #01:03:40-7#**

**Interviewte Person:** Natürlich schon, das mal aussprechen und auch formalisiert aussprechen zunehmend. Also mit der Erfahrung, wenn man sagt, "ach super", dass das nicht ankommt oder dass man (?) ins Protokoll reinschreibt, dass Leitung freut sich und bedankt sich. Also das ist was, wo man sagt, das ist ein bisschen eigentlich übertrieben. Aber das scheint, ich vermute, dass das notwendig ist. Also auch in formalisierter Form. Und dann natürlich darauf achten im Alltag. Dass man sich bedankt und sich freut, erkenntlich freut, sondern Rückmeldung geben. Auf Emails zeitnah, auch Kleinigkeiten würdigen. Aber, dass man trotzdem mal hört, die Leitung beachtet mich nicht und lobt mich nicht genug, darf man dann auch nicht persönlich nehmen. Das ist dann auch wieder Rolle. #01:04:45-1#