

**Wolfgang Spellmeyer**

**Ressourcenorientierte Sozialtherapie im  
stationären Hilfesystem von wohnungslosen  
Männern am Beispiel des Haus Bruderhilfe**

**Was wirkt in der Sozialtherapie aus Sicht  
der Klienten und Professionellen?**



**λογος**

Die Open-Access-Stellung der Datei erfolgte mit finanzieller Unterstützung des Fachinformationsdiensts Philosophie (<https://philportal.de/>)



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution 4.0 Lizenz CC BY-SA (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>). Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.



DOI: <https://doi.org/10.30819/3070>

***Ressourcenorientierte Sozialtherapie im stationären Hilfesystem von  
wohnungslosen Männern am Beispiel des Haus Bruderhilfe - Was wirkt in  
der Sozialtherapie aus Sicht der Klienten und Professionellen?***

**Dissertation**

*zur Erlangung des akademischen Grades Dr. phil.*

*der Fakultät für Bildungswissenschaften*

*an der Universität Duisburg-Essen*

*vorgelegt von*

*Wolfgang Spellmeyer*

*geboren am 30. Januar 1960*

*in Oberhausen Rhld.*

*Tag der Einreichung:*

*14. September 2011*

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

©Copyright Logos Verlag Berlin GmbH 2012

Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-8325-3070-9

Logos Verlag Berlin GmbH  
Comeniushof, Gubener Str. 47,  
10243 Berlin  
Tel.: +49 (0)30 42 85 10 90  
Fax: +49 (0)30 42 85 10 92  
INTERNET: <http://www.logos-verlag.de>

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Annette Boeger für die sehr gute wissenschaftliche Betreuung meiner Arbeit. Frau Prof. Dr. Gisela Steins danke ich für die Erstellung des Zweitgutachtens.

Ein weiterer Dank gilt den befragten ehemaligen Klienten sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Haus Bruderhilfe. Ohne ihre Teilnahme an der Befragung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Ferner bedanke ich mich bei Frau Dr. Stefanie Bach und Frau Rosemarie Hullen sowie Herrn Priv. Doz. Dr. Seifert und Jürgen Bree für die zahlreichen Anregungen und den wissenschaftlichen Austausch.

Ein besonderer Dank gebührt meiner Ehefrau, Amely Spellmeyer, sowie meinen Eltern, Anneliese und Günter Spellmeyer, für ihre Geduld und ihr Verständnis bei der Begleitung meiner Arbeit.

# Inhaltsübersicht

<b>Danksagung</b> .....	<b>I</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>XII</b>
<b>Kapitel I: Einführung</b> .....	<b>S. 2</b>
<b>Kapitel II: Methodische Vorgehensweise</b> .....	<b>S. 6</b>
1 Planungsphase .....	S. 6
2 Datenerhebung .....	S. 14
3 Datenauswertung .....	S. 15
4 Stichprobenbeschreibung .....	S. 15
<b>Kapitel III: Geschichte der Wohnungslosenhilfe</b> .....	<b>S. 33</b>
1 Wanderarmenhilfe .....	S. 33
2 Arbeiterkolonien .....	S. 35
3 Nichtsesshaftenhilfe in der Weimarer Republik .....	S. 36
4 Nichtsesshaftenhilfe im Dritten Reich .....	S. 37
5 Wohnungslosenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland	S. 38
6 Zusammenfassung .....	S. 39
<b>Kapitel IV: Rechtliche Grundlagen</b> .....	<b>S. 41</b>
<b>Kapitel V: Wohnungslosigkeit als Form abweichenden Verhaltens</b>	<b>S. 43</b>
1 Einleitung .....	S. 43
2 Theorien abweichenden Verhaltens .....	S. 44
3 Krankheitsbegriff und Therapien .....	S. 55

<b>Kapitel VI: Motivation der Klienten zu Beginn der Therapie .....</b>	<b>S. 72</b>
1 Aufnahmegründe .....	S. 72
2 Erwartungshaltung .....	S. 73
3 Ziele der Therapie .....	S. 74
4 Therapieerfahrungen .....	S. 75
5 Fazit .....	S. 76
<b>Kapitel VII: Gesamtbewertung der Therapie durch die Klienten .....</b>	<b>S. 77</b>
1 Positive Erfahrungen .....	S. 77
2 Negative Erfahrungen .....	S. 78
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 79
4 Ergänzungen der Therapie .....	S. 81
5 Fazit .....	S. 81
<b>Kapitel VIII: Einzelgespräche in der Therapie .....</b>	<b>S. 83</b>
1 Positive Aspekte .....	S. 85
2 Negative Aspekte .....	S. 86
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 86
4 Fazit .....	S. 87
<b>Kapitel IX: Gruppentherapie .....</b>	<b>S. 89</b>
1 Positive Erfahrungen .....	S. 91
2 Negative Aspekte .....	S. 91
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 93
<b>Kapitel X: Arbeitstherapie .....</b>	<b>S. 95</b>
<b>Kapitel XI: Wohntraining .....</b>	<b>S. 99</b>
<b>Kapitel XII: Freizeitmöglichkeiten und freiwillige Angebote .....</b>	<b>S. 100</b>
<b>Kapitel XIII: Besondere Therapieinhalte .....</b>	<b>S. 101</b>
1 Abstinenzgebot .....	S. 101
2 Einbeziehung von Familienangehörigen in die Therapie	S. 101

<b>Kapitel XIV: Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten .....</b>	<b>S. 102</b>
1 Positive Erfahrungen .....	S. 102
2 Negative Aspekte .....	S. 103
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 103
<b>Kapitel XV: Verhältnis der Klienten untereinander .....</b>	<b>S. 105</b>
1 Positive Erfahrungen .....	S. 105
2 Negative Aspekte .....	S. 106
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 107
<b>Kapitel XVI: Sichtweise der Professionellen .....</b>	<b>S. 108</b>
1 Beschreibung des Aufgabenfeldes und der spezifischen Problemlagen .....	S. 108
2 Motivation der Klienten .....	S. 110
3 Gesamtbewertung der Therapie .....	S. 111
4 Einzelgespräche in der Therapie .....	S. 114
5 Gruppentherapie .....	S. 115
6 Arbeitstherapie .....	S. 117
7 Wohntraining .....	S. 118
8 Besondere Therapieinhalte .....	S. 120
9 Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten .....	S. 122
10 Zusammenarbeit zwischen den Therapeuten .....	S. 126
<b>Kapitel XVII: Salutogenetisches Konzept .....</b>	<b>S. 129</b>
1 Ergebnisse im Überblick .....	S. 129
2 Situationsbeschreibung .....	S. 150
3 Vorstellung des neuen Therapiekonzeptes .....	S. 158



<b>Anhang .....</b>	<b>S. 166</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>S. 178</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>S. 179</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>S. 180</b>

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung .....</b>	<b>I</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>XII</b>
<b>Kapitel I: Einführung .....</b>	<b>S. 2</b>
<b>Kapitel II: Methodische Vorgehensweise .....</b>	<b>S. 6</b>
1 Planungsphase .....	S. 6
2 Datenerhebung .....	S. 14
3 Datenauswertung .....	S. 15
4 Stichprobenbeschreibung .....	S. 15
4.1 Geschlecht .....	S. 15
4.2 Altersstruktur .....	S. 16
4.3 Schulabschluss .....	S. 17
4.4 Berufsausbildung .....	S. 17
4.5 Familiäre Situation .....	S. 19
4.6 Kinder .....	S. 19
4.7 Freundschaften .....	S. 19
4.8 Finanzielle Situation .....	S. 20
4.9 Vorstrafen .....	S. 21
4.10 Psychische Erkrankungen .....	S. 24
4.11 Suchtprobleme .....	S. 27
4.12 Fazit .....	S. 30
<b>Kapitel III: Geschichte der Wohnungslosenhilfe .....</b>	<b>S. 33</b>
1 Wanderarmenhilfe .....	S. 33
2 Arbeiterkolonien .....	S. 35
3 Nichtsesshaftenhilfe in der Weimarer Republik .....	S. 36
4 Nichtsesshaftenhilfe im Dritten Reich .....	S. 37
5 Wohnungslosenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland .....	S. 38

6 Zusammenfassung .....	S. 39
<b>Kapitel IV: Rechtliche Grundlagen .....</b>	<b>S. 41</b>
<b>Kapitel V: Wohnungslosigkeit als Form abweichenden Verhaltens .....</b>	<b>S. 43</b>
1 Einleitung .....	S. 43
2 Theorien abweichenden Verhaltens .....	S. 44
2.1 Anomietheorie .....	S. 47
2.2 Labeling approach .....	S. 48
2.3 Psychologische Theorien .....	S. 49
2.4 Medizinische Erklärungsansätze .....	S. 51
2.5 Kriminologische Theorie .....	S. 54
3 Krankheitsbegriff und Therapien .....	S. 55
3.1 Psychosoziale Situation .....	S. 56
3.1.1 Psychisch Kranke und persönlich- keitsgestörte Wohnungslose .....	S. 57
3.1.2 Suchterkrankungen .....	S. 58
3.1.3 Straffälligkeit .....	S. 59
3.2 Sozialtherapie .....	S. 59
3.2.1 Hilfen bei der Wahrnehmung indivi- dueller Bedürfnisse .....	S. 65
3.2.2 Hilfen bei der sozialen Interaktion mit der Umgebung, Umwelt .....	S. 66
3.2.3 Hilfeplanung .....	S. 67
3.2.4 Vernetzung der Hilfen durch `runde Tische´ .....	S. 67
3.2.5 Förderung der Eigenverantwortlichkeit des Klienten .....	S. 68
<b>Kapitel VI: Motivation der Klienten zu Beginn der Therapie .....</b>	<b>S. 72</b>
1 Aufnahmegründe .....	S. 72
2 Erwartungshaltung .....	S. 73
3 Ziele der Therapie .....	S. 74
4 Therapieerfahrungen .....	S. 75

5 Fazit .....	S. 76
<b>Kapitel VII: Gesamtbewertung der Therapie durch die Klienten .....</b>	<b>S. 77</b>
1 Positive Erfahrungen .....	S. 77
2 Negative Erfahrungen .....	S. 78
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 79
4 Ergänzungen der Therapie .....	S. 81
5 Fazit .....	S. 81
<b>Kapitel VIII: Einzelgespräche in der Therapie .....</b>	<b>S. 83</b>
1 Positive Aspekte .....	S. 85
2 Negative Aspekte .....	S. 86
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 86
4 Fazit .....	S. 87
<b>Kapitel IX: Gruppentherapie .....</b>	<b>S. 89</b>
1 Positive Erfahrungen .....	S. 91
2 Negative Aspekte .....	S. 91
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 93
<b>Kapitel X: Arbeitstherapie .....</b>	<b>S. 95</b>
<b>Kapitel XI: Wohntraining .....</b>	<b>S. 99</b>
<b>Kapitel XII: Freizeitmöglichkeiten und freiwillige Angebote .....</b>	<b>S. 100</b>
<b>Kapitel XIII: Besondere Therapieinhalte .....</b>	<b>S. 101</b>
1 Abstinenzgebot .....	S. 101
2 Einbeziehung von Familienangehörigen in die Therapie .....	S. 101
<b>Kapitel XIV: Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten .....</b>	<b>S. 102</b>
1 Positive Erfahrungen .....	S. 102
2 Negative Aspekte .....	S. 103
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 103

<b>Kapitel XV: Verhältnis der Klienten untereinander .....</b>	<b>S. 105</b>
1 Positive Erfahrungen .....	S. 105
2 Negative Aspekte .....	S. 106
3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 107
<b>Kapitel XVI: Sichtweise der Professionellen .....</b>	<b>S. 108</b>
1 Beschreibung des Aufgabenfeldes und der spezifischen Problemlagen .....	S. 108
1.1 Positive Aspekte der eigenen Tätigkeit .....	S. 108
1.2 Negative Aspekte der eigenen Tätigkeit .....	S. 108
1.3 Kritikpunkte bzgl. der Arbeit im Team .....	S. 109
1.4 Fazit .....	S. 109
2 Motivation der Klienten .....	S. 110
2.1 Erwartungen der Klienten an die Therapie ...	S. 110
2.2 Ziele der Klienten .....	S. 110
3 Gesamtbewertung der Therapie .....	S. 111
3.1 Positive Erfahrungen .....	S. 111
3.2 Negative Erfahrungen .....	S. 112
3.3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 113
3.4 Ergänzungs-/ Veränderungsvorschläge .....	S. 113
3.5 Bewertung der Therapie im Haus Bruderhilfe durch die Therapeuten .....	S. 114
4 Einzelgespräche in der Therapie .....	S. 114
5 Gruppentherapie .....	S. 115
5.1 Positive Aspekte .....	S. 115
5.2 Negative Aspekte .....	S. 116
5.3 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 117
5.4 Bewertung der Gruppentherapie durch die Klienten .....	S. 117
6 Arbeitstherapie .....	S. 117
7 Wohntraining .....	S. 118
8 Besondere Therapieinhalte .....	S. 120
8.1 Abstinenzgebot .....	S. 120

8.2 Einbeziehung der Familienangehörigen des Klienten in seine Therapie .....	S. 122
9 Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten .....	S. 122
9.1 Qualität der Beziehung .....	S. 122
9.2 Sichtweise der Klienten .....	S. 123
9.3 Positive Aspekte .....	S. 123
9.4 Negative Aspekte .....	S. 124
9.5 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 124
9.6 Feedback für die Klienten .....	S. 125
9.7 Feedback der Klienten .....	S. 125
10 Zusammenarbeit zwischen den Therapeuten .....	S. 126
10.1 Informationspolitik .....	S. 126
10.2 Positive Aspekte .....	S. 126
10.3 Negative Aspekte .....	S. 126
10.4 Verbesserungsmöglichkeiten .....	S. 127
10.5 Fazit .....	S. 128
<b>Kapitel XVII: Salutogenetisches Konzept .....</b>	<b>S. 129</b>
1 Ergebnisse im Überblick .....	S. 129
1.1 Gruppentherapie .....	S. 129
1.2 Einzelgespräche .....	S. 132
1.3 Arbeitstherapie .....	S. 134
1.4 Wohntraining .....	S. 134
1.5 Abstinenzgebot .....	S. 135
1.6 Einbeziehung von Familienangehörigen .....	S. 137
1.7 Freizeitmöglichkeiten .....	S. 138
1.8 Therapiemotivation der Klienten .....	S. 138
1.9 Kollegiale Zusammenarbeit .....	S. 140
1.10 Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten .....	S. 141
1.11 Gesamtbewertung der Sozialtherapie .....	S. 142
1.12 Aufgestellte Hypothesen .....	S. 144
1.13 Aufgeworfene Fragen .....	S. 146
2 Situationsbeschreibung .....	S. 150
3 Vorstellung des neuen Therapiekonzeptes .....	S. 158

3.1 Einleitung .....	S. 158
3.2 Behandlungsorientierte Wohngruppen .....	S. 160
3.3 Training hauswirtschaftlicher Kompetenzen ....	S. 162
3.4 Tagesstruktur / Arbeitstraining .....	S. 162
3.5 Modulgruppen .....	S. 163
3.6 Einzeltherapie .....	S. 165
3.7 Sozialarbeiterische Einzelfallhilfe .....	S. 165
<b>Anhang .....</b>	<b>S. 166</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>S. 178</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>S. 179</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>S. 180</b>





## Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	Auflage
BAGW	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Dr.	Doktor
ebd.	ebenda
et. al.	et alii
etc.	et cetera
e. V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
f.	folgende
Hg.	Herausgeber
i. R. d.	im Rahmen der
Jh.	Jahrhundert
RStGB	Reichsstrafgesetzbuch
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
u. a.	und andere
z. B.	zum Beispiel



**Ressourcenorientierte Sozialtherapie im stationären Hilfesystem von wohnungslosen Männern am Beispiel des Haus Bruderhilfe:**

**„Was wirkt in der Sozialtherapie aus Sicht der Klienten und Professionellen?“**

## **Kapitel I: Einführung**

Die Idee zu einer Dissertation über den sozialtherapeutischen Umgang mit psychisch kranken Wohnungslosen entwickelte sich im Verlauf meines beruflichen Werdegangs. Ich arbeite seit Ende meines Studiums in der Wohnungslosenhilfe zunächst als Sozialpädagoge, später als Sozialtherapeut und heute als Einrichtungsleiter. Immer wieder erhielten wir Klienten, die psychisch auffällig, suchtabhängig, gewalttätig und durch alle sozialen Netze hindurchgeglitten waren und in der Wohnungslosenhilfe strandeten, ohne weiter psychiatrisch betreut zu werden.

Bei der Beratung dieser Klientel erfuhren die Sozialpädagogen der Wohnungslosenhilfe nur wenig psychiatrische Hilfestellungen. Man konnte sich zwar als Schuldnerberater fortbilden, der Zugang zu therapeutischen Weiterbildungen war den Angehörigen der Wohnungslosenhilfe aber verwehrt, da sie nicht zum Hilfesystem der Eingliederungshilfe gehörten. Die Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe waren somit für die schwierigsten Klienten zuständig, ohne genügend medizinische oder psychologische Kenntnisse zu haben.

Erst in den 90er Jahren war es möglich, an einer Weiterbildung zum Sozialtherapeuten teilzunehmen. Als Ergebnis der Weiterbildung entwickelte ich eine sozialtherapeutische Konzeption für das Haus Bruderhilfe, die den persönlichen Problematiken der Klienten individuell gerecht werden sollte. Wie viele andere Hilfseinrichtungen richtete das Haus Bruderhilfe das Hauptaugenmerk auf die individuellen Problematiken des einzelnen Klienten.

Die konzeptionell größtmögliche Individualisierung des Therapieangebotes führte dazu, dass wir immer mehr über die Lebenshintergründe vieler Klienten erfuhren. Uns fiel beispielsweise auf, dass sehr viele Klienten der Wohnungslosenhilfe zuvor Patienten der Psychiatrie, aber auch der Forensik waren. Eine Nachsorge fand nicht statt. Es waren Menschen, die neben ihrer psychiatrischen Grunderkrankung an weiteren Erkrankungen litten, die gesellschaftlich oft als Charaktermängel wie Sucht oder sexuelle Gewalt beschrieben werden. Wir versorgten z. B. Brandstifter, Süchtige mit Gewaltbereitschaft, Sexualstraftäter etc.

In den 90er Jahren kam es zu ersten Kontakten mit forensischen Kliniken. Klienten aus dem Maßregelvollzug konnten im Haus Bruderhilfe im Rahmen einer Beurlaubungsmaßnahme erste Schritte für ihre Entlassung einüben. Es kam durch die Kooperation zu einer fachlichen Zusammenarbeit zwischen der Sozialpädagogik und den verschiedenen Berufsgruppen aus dem medizinischen System. Die Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen und klinischen Sozialarbeitern sorgte im Team des Haus Bruderhilfe für eine Weiterentwicklung unseres Menschen- und Therapiebildes. Die Zusammenarbeit ist auch heute aus meiner Sicht noch äußerst fruchtbar.

2002 veröffentlichte ich, resultierend aus den Erfahrungen der Kooperation mit forensischen Kliniken, eine Rahmenkonzeption zur Begleitung forensischer Patienten während ihrer Beurlaubungsmaßnahme.

Die stationäre Wohnungslosenhilfe steht wie viele andere stationäre Hilfesysteme im kritischen Blick der Fachöffentlichkeit und der Kostenträgerschaften. Immer häufiger wird das stationäre Konzept zur Überwindung von Wohnungslosigkeit und deren Folgen als wirkungslos angezweifelt. Zu hoch ist die Zahl derer, die wiederholt im stationären System auftauchen. Man spricht in diesen Fällen von Drehtürklienten. Dabei wird häufig übersehen, dass das stationäre Hilfesystem mehrere Aufgaben zu erfüllen hat. Einerseits soll es bestmögliche Verhaltensänderungen auf Seiten des Klienten bewirken, damit der Klient am Leben in der Gesellschaft wieder teilnehmen kann. Darunter versteht man vor allem, wieder zur Erwerbstätigkeit befähigt zu sein, um so von staatlicher Subvention unabhängig zu sein. Andererseits soll das Hilfesystem Wohnungslose von der Straße sammeln, um das Bedürfnis der Bürger nach Sauberkeit und Ruhe zu befriedigen. Damit liefert das stationäre Hilfesystem einen Beitrag zum Sicherheitsgefühl der Bürger in der Kommune. Betrachtet man die Ansprüche an das System kritisch, kann man von einer „Eierlegendenwollmilchsau“ als Hilfesystem sprechen.

Darüber hinaus leidet das stationäre Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe unter dem Ballast der Tradition. Ohne Ergebnisse dieser Arbeit vorwegnehmen zu wollen, sei angemerkt, dass in der Geschichte der „Nichtsesshaftenhilfe“, die aus stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe bestand, pädagogische

Konzepte den Hilfesuchenden zu oft stigmatisierten, drangsalierten und bestraften. Den Höhepunkt der Ausgrenzung und Verfolgung erlebten Nichtsesshafte dann im Dritten Reich, als die Wohnungslosenhilfe die Interessen ihrer Klientel restlos verleugnete.

Deshalb wird Pädagogik von vielen Mitarbeitern der Einrichtungen noch heute als etwas Belastendes verstanden.

Betrachtet man die Forschungsgegenstände in der Wohnungslosenhilfe der letzten 20 Jahre, so fällt auf, dass bei der Ursachenbeschreibung von Wohnungslosigkeit wenig über individuell bedingte oder verursachte Belastungsfaktoren geforscht wurde, sondern vielmehr über gesellschaftlich bedingte Ursachen wie Erwerbslosigkeit, mangelnde Bildung, Armut etc.

Ich bin keineswegs der Meinung, dass diese Forschungsergebnisse unwichtig sind, ganz im Gegenteil. Nur glaube ich, dass darüber hinaus nach weiteren Faktoren gesucht werden muss, die dazu beitragen, die Anzahl der Wiederholungsauftritte im stationären System zu verringern.

Für die Gesellschaft und alle involvierten Kostenträger lohnt es sich, dazu beizutragen, dass die Klienten befähigt werden, ihre Lebensbedingungen zu verbessern, um nicht erneut einschlägig verhaltensrückfällig zu werden. Aus diesem Grund habe ich mich entschlossen, Kriterien für die Sozialtherapie zu entwickeln, die einen späteren prognostisch guten Verlauf wahrscheinlich machen. Dabei ist aufgefallen, dass in der Sozialtherapie, deren Begriff später definiert wird, ein Hauptaugenmerk auf die Symptomatik gerichtet wird, die es zu überwinden gilt. Die Frage nach den Kompetenzen, die das Selbstwertgefühl so regulieren, dass man aus Einsicht negative Verhaltensweisen ablehnt, wird primär nicht gestellt. Dass man beispielsweise das Rauchen nicht aufgrund von Verboten aufgibt, sondern weil man selbst erlebt, wie angenehm Nichtrauchen sein kann. Dieses positive Selbsterleben gilt es zu entwickeln und positiv zu bestärken.

In der vorliegenden Arbeit wird ein salutogenentisches Konzept zur Verbesserung des sozialtherapeutischen settings für das stationäre Hilfesystem entwickelt. Ziel dieser Arbeit ist es, Protektoren zu ermitteln, mit deren Hilfe die Sozialtherapie gefördert werden kann. Der salutogenetische Ansatz ist ressourcen-

und nicht defizitorientiert und stellt einen neuen Weg in der Sozialtherapie von psychisch kranken Wohnungslosen dar.

Zur Identifizierung der Protektoren wurde im Haus Bruderhilfe eine empirische Studie durchgeführt. Die Auswahl der Befragungsteilnehmer erfolgte aus ehemaligen Klienten der stationären Einrichtung des Haus Bruderhilfe, die heute in eigenen Wohnungen leben.

Da sich die Sozialtherapie ihrem Selbstverständnis nach sowohl mit der individuellen Problemlage des Klienten als auch mit den Folgen der spezifischen Symptomatik im Hinblick auf die Gesellschaft beschäftigt, untersuche ich ebenfalls die Auffassungen über erfolgreiche Sozialtherapie der verschiedenen Berufsgruppen, die mit der Therapie der Klienten beauftragt sind.

## Kapitel II: Methodische Vorgehensweise

### 1 Planungsphase

Aus der Beschreibung des traditionellen Hilfesystems und den aktuellen Problemlagen von wohnungslosen Männern ergibt sich kein einheitliches Bild von der untersuchten Problemgruppe.

Wohnungslosigkeit ist oft verbunden mit verschiedenen Formen von Suchtmittelabhängigkeit, Vorstrafen, Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit, Krankheiten, Bildungsdefiziten und Beziehungslosigkeit. Für den Lebensalltag der Betroffenen bedeuten die möglichen Gemengelagen der Probleme eine schier unüberwindbare Hürde zur Verbesserung ihrer Lebenslage. Um dennoch mögliche Hilfen zur Überwindung ihrer Notlagen entwickeln zu können, müssen Therapeuten neben den harten Fakten ihrer Probleme auch Kenntnisse über ihre Motivationsfähigkeiten bzw. über ihre verbliebenen persönlichen Ressourcen erwerben. Aus diesem Grund wird bei der vorliegenden Untersuchung auf quantitative und qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung zurückgegriffen.

Die Unterscheidung zwischen quantitativer und qualitativer Sozialforschung geht auf den Positivismusstreit der frühen 60er Jahre des letzten Jahrhunderts zurück.<sup>1</sup> Damals votierten die Vertreter der streng naturwissenschaftlichen Methode für eine ausschließliche Übernahme von quantitativen Mess- und Datenerhebungsverfahren. Diese rein deduktive Sichtweise empirischer Sozialforschung stand in Widerspruch zu dem Anspruch, den Menschen in seiner Vielfalt besser abbilden zu können. Bei der qualitativen Sozialforschung wird beispielsweise untersucht, welche Bedeutung Arbeitslosigkeit für den Menschen selbst hat.

Die quantitative Ausrichtung der Sozialforschung ist gekennzeichnet durch *„ein streng zielorientiertes Vorgehen, das die „Objektivität“ seiner Resultate durch möglichst weitgehende Standardisierung aller Teilschritte anstrebt und das zur Qualitätssicherung die intersubjektive Nachprüfbarkeit des gesamten Prozesses*

---

<sup>1</sup> Schnell, R.; Hill, P.; Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Aufl., München – Wien 2005, S. 88, 90



*als zentrale Norm postuliert.*<sup>2</sup> Die Methode der quantitativen Sozialforschung basiert demnach auf einer strukturierten, systematischen Messung und Auswertung sozialer Daten.<sup>3</sup>

Die Methoden der qualitativen Sozialforschung zielen darauf ab, eine möglichst breite, individuelle Informationssammlung zu erhalten. Ihre typischen Charakteristika stellen folglich möglichst offene Erhebungsinstrumente dar.

Vor diesem Hintergrund stellte sich zu Beginn der Planung der vorliegenden Arbeit die Frage, welcher der beiden Methoden der Vorzug gegeben werden sollte. Diese Entscheidung konnte nur unter Berücksichtigung des spezifischen Erkenntnisinteresses (welche Faktoren wirken?) und nach Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile der beiden alternativen Vorgehensweisen getroffen werden.

In der quantitativen Sozialforschung werden Daten u. a. mittels vollständig strukturierter Interviews erhoben. Dabei werden den Gesprächspartnern im Vorfeld der Befragung festgelegte Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien in einer explizit bestimmten Reihenfolge gestellt.<sup>4</sup> Dieser hohe Grad an Standardisierung hat den Vorteil, dass die gewonnenen Daten in besonderer Weise vergleichbar sind. Darüber hinaus lassen sich vollständig strukturierte Interviews in wesentlich kürzerer Zeit durchführen, als es bei offenen Interviews der Fall ist, sodass die Datenerhebung schneller erfolgen kann. Nachteilig jedoch ist die Selektivität der quantitativen Verfahrensweise.<sup>5</sup> Das Benutzen voll strukturierter Techniken hat zur Folge, dass Daten, die außerhalb des Fragespektrums und der möglichen Antwortvorgaben liegen, nicht wahrgenommen werden. Gemessen wird demnach nur, was vorher festgelegt wurde. Die hieran anknüpfende Kritik lautet daher, dass die Methode der quantitativen Sozialforschung eine mangelnde Offenheit aufweist, die zu einer Verengung der Sichtweise des For-

---

<sup>2</sup> Kromrey, H.: Empirische Sozialforschung, Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung, 11. Aufl., Stuttgart 2006, S. 34

<sup>3</sup> Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung, 10. Aufl., Berlin - New York 2003, S. 83

<sup>4</sup> Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung, Grundlagen und Methoden, Anwendungen, 6. Aufl., Hamburg 2000, S. 374

<sup>5</sup> Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 8

schers führen kann, da unvorhersehbare Ereignisse mit standardisierten Methoden nicht erfassbar sind. Damit sind standardisierte Interviews nur dann sinnvoll, wenn bereits ein erhebliches Wissen über das Untersuchungsfeld besteht. *Lamnek* geht in seiner Kritik an der quantitativen Sozialforschung noch weiter, wenn er sagt, dass die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten oft nicht exakt das wiedergeben, was die Befragten mitteilen möchten. Dies kann im Einzelfall sogar eine Einschränkung der Validität der gewonnenen Daten bedeuten.<sup>6</sup>

*Atteslander* kritisiert, dass in der quantitativen Sozialforschung das „*Primat der Methode vor den Forschungsgegenständen*“<sup>7</sup>, also den Menschen, besteht.

Das methodische Instrument wird ohne Rücksicht auf die Individualität und die soziale Situation des Befragten angewandt.<sup>8</sup> Damit werden die Befragten in der quantitativen Sozialforschung lediglich als Datenlieferanten betrachtet. Weder ihr soziales Handeln noch die subjektiven Interpretationen der Befragten werden erfasst.<sup>9</sup>

Darüber hinaus stellt die „*Künstlichkeit der Interviewsituation*“<sup>10</sup> bei quantitativen Erhebungen einen weiteren gewichtigen Nachteil dieser Methode dar. Ferner besteht zwischen dem Interviewer und dem Befragten ein zu großer Abstand. Aufgrund der voll standardisierten Abläufe und der geschlossenen Fragen dominiert während des Interviews die Sichtweise des Untersuchers.<sup>11</sup> Zum einen können die Interviewten ihre Sicht der Dinge nicht wie in einem Alltagsgespräch frei formulieren. Zum anderen wird dem Bedürfnis nach möglichen spontanen Äußerungen keine Rechnung getragen. Demzufolge wirkt die „*Forscherperspektive als Korsett*“<sup>12</sup>, das den Kommunikationsprozess zwischen dem Interviewer und den Befragten belastet. Die Folgen dieser Belastung fasst *Lamnek* wie folgt zusammen: „... dass zwar die Erkenntnisinteressen des For-

---

<sup>6</sup> Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 383

<sup>7</sup> Atteslander, P.: Methoden der Sozialforschung, 10. Aufl., Berlin - New York 2003, S. 83

<sup>8</sup> Kromrey, H.: Empirische Sozialforschung, Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung, 11. Aufl., Stuttgart 2006, S. 541

<sup>9</sup> Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 13

<sup>10</sup> Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung, Grundlagen und Methoden, Anwendungen, 6. Aufl., Hamburg 2000, S. 444

<sup>11</sup> Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften, 3. Aufl., Berlin – Heidelberg - New York 2003, S. 238

<sup>12</sup> Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 15

*schers ... befriedigt werden, doch sind diese seine Bedürfnisse und nicht die der Befragten. Die Relevanzsysteme der Betroffenen kommen nicht zu Wort, was diese einerseits frustrieren mag ...“<sup>13</sup>.*

Schließlich wird noch die mangelnde Tiefe der erlangten Informationen, die aus der schnellen Befragung der Gesprächspartner resultiert, gegen die quantitative Sozialforschung angeführt.

Kritiker der qualitativen Sozialforschung argumentieren jedoch mit den Zeit- und Kostenaspekten, die aus ihrer Sicht gegen die Verwendung qualitativer Methoden in der Sozialwissenschaft sprechen. Durch die ausgeprägte Dauer qualitativ geführter Interviews wird die Arbeitskraft des eingesetzten Befragungspersonals über einen langen Zeitraum hinweg gebunden. Dadurch kommt es bei qualitativen Erhebungen zu einer Erhöhung der Personalkosten gegenüber quantitativen Untersuchungen.

Dieser Kritik stehen jedoch die Vorteile der qualitativen Sozialforschung gegenüber, z. B. das „*Postulat der Offenheit*“<sup>14</sup>; das heißt, die Interviewer sind offen und flexibel gegenüber Veränderungen und reagieren auf eine mögliche veränderte Situation. Die Forschungstätigkeit weist dabei einen Prozesscharakter auf. Das bedeutet, dass ihr Ablauf veränderbar ist. Die Verwendung halbstrukturierter bzw. teilstandardisierter Gesprächsleitfäden eröffnet dem Forscher Spielräume, um spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen, die zuvor bei der Leitfadenskonzepion nicht bedacht worden sind.<sup>15</sup> Die qualitative Erfassung von Daten ermöglicht es, dass alle forschungsrelevanten Aspekte berücksichtigt werden können, selbst dann, wenn sie im Vorfeld in der Planungsphase übersehen worden sind.<sup>16</sup> Hierin liegt einer der Hauptvorteile qualitativer Erhebungen gegenüber einer quantitativen Vorgehensweise.

---

<sup>13</sup> Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 387

<sup>14</sup> Schnell, R.; Hill P.; Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Aufl., München - Wien 2005, S. 387

<sup>15</sup> Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften, 3. Aufl., Berlin – Heidelberg – New York 2003, S. 315

<sup>16</sup> Schnell, R.; Hill, P.; Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Aufl., München - Wien 2005, S. 387

Darüber hinaus ist die qualitative Sozialforschung durch eine Subjektbezogenheit gekennzeichnet. Die Struktur des Forschens soll eine Prädetermination durch den Forscher verhindern<sup>17</sup>, da dieser im direkten, aktiven Kontakt mit den an seiner Studie teilnehmenden Personen steht und so Einblicke in ihre Lebenswelt, in ihre Einstellungen und ihre Motivationsstrukturen – kurz, in den gesamten Forschungskontext erhält. Deshalb kommt es nicht zu einer unzulässigen Prägung der durch die Erhebung gewonnenen Daten durch den persönlichen Interpretations- und Bezugsrahmen des Forschers<sup>18</sup>, sondern zu einer korrekten Würdigung der Lebenssituation der erforschten Personengruppe. Auf diese Weise können selbst komplexe Handlungssysteme erforscht werden.

Ein weiteres wichtiges Kriterium, das für einen Rückgriff auf qualitative Forschungsmethoden spricht, ist die hohe Authentizität und Lebensnähe der gewonnenen Daten.<sup>19</sup> Unstrukturierte und halbstrukturierte Interviews sowie teilnehmende Beobachtungen knüpfen formal an Gespräche und Situationen im Lebensalltag der untersuchten Personengruppe an. Sie finden im natürlichen Lebensumfeld der Menschen statt und vermeiden so künstliche Laborbedingungen.<sup>20</sup> Im Rahmen der Studie dürfen die Teilnehmer ihre Gedanken frei und in ihren eigenen Worten wiedergeben. Hierdurch wird eine vertraute und entspannte Gesprächsatmosphäre geschaffen, welche eventuell bestehende Hemmschwellen der Interviewten abbaut und zu einem natürlichen Informationsfluss zwischen dem Forscher und seinen Gesprächspartnern führt. Auf diese Weise wird ein hohes Maß an Lebensnähe und Authentizität der Antworten und übermittelten Daten erreicht.

Schließlich zeichnet sich die qualitative Sozialforschung dadurch aus, dass die mit ihren Methoden erhobenen Daten ein ganzheitliches, detailliertes Bild vermitteln.<sup>21</sup> So ermöglicht die lange Dauer qualitativer Interviews dem Forscher zum einen, die Befragten ausführlich zu Wort kommen zu lassen, und zum anderen können besondere Themen vertieft untersucht werden. Das hierdurch

---

<sup>17</sup> Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 341

<sup>18</sup> Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften, 3. Aufl., Berlin – Heidelberg – New York 2003, S. 338

<sup>19</sup> Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung, 10. Aufl., Berlin - New York 2003, S. 13, 112

<sup>20</sup> Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften, 3. Aufl., Berlin – Heidelberg – New York 2003, S. 297, 321

<sup>21</sup> Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 338

erzielte Datenmaterial ist sehr reichhaltig und bietet eine maximale Perspektivenvariation.<sup>22</sup> In diesem Zusammenhang ist die Datentriangulation von großer Bedeutung. *„Hierbei werden Daten zu einem Phänomen kombiniert, die unterschiedlichen Quellen entstammen und zu verschiedenen Zeitpunkten, an unterschiedlichen Orten oder von verschiedenen Personen erhoben werden.“*<sup>23</sup> Dieses Vorgehen trägt zu einer Reduktion möglicher Wahrnehmungsverzerrungen i. S. d. Reliabilität bei.

Die vorstehend herausgearbeiteten Vor- und Nachteile der quantitativen bzw. qualitativen Methoden der empirischen Sozialforschung galt es zu Beginn der Planungsphase der vorliegenden Studie abzuwägen. Dieser Prozess ergab, dass die Nachteile der quantitativen Methodik – insbesondere mit Blick auf die in dieser Arbeit untersuchten Themenkomplexe - ihre Vorteile deutlich überwiegen.

Da aber eine Vergleichbarkeit der untersuchten Klienten hinsichtlich demographischer und individueller Problemfaktoren mit Klienten aus der Literatur von Nutzen ist, entschied ich mich außerdem zur Verwendung quantitativer Methoden in bestimmten Teilbereichen, wie z. B. bei der Altersstruktur, der Ausbildung, dem Beruf sowie den Vorstrafen.

Aufgrund der Selektivität quantitativer Verfahren ergibt sich, wie bereits ausgeführt, dass standardisierte Interviews nur zweckmäßig sind, soweit bereits ein erhebliches Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand vorhanden ist.<sup>24</sup> Ansonsten besteht die Gefahr, dass fehlende Fragen und nicht erschöpfende Antwortvorgaben eine deutliche Reduktion der Forschungserkenntnisse bewirken.

Das interne Verhältnis zwischen Klienten und Betreuern in der Sozialtherapie wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst und ist deswegen nur in begrenztem Umfang transparent. Diesen überaus komplexen sozialen Bezie-

---

<sup>22</sup> Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften, 3. Aufl., Berlin – Heidelberg – New York 2003, S. 296

<sup>23</sup> Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 159

<sup>24</sup> Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 8

lungsmustern kann eine rein quantitative Untersuchungsmethode nicht gerecht werden.

Vor diesem Hintergrund fiel die Entscheidung zugunsten der Methoden der qualitativen Sozialforschung aus.

Als methodische Instrumente zur Datengewinnung wurden teilstandardisierte Leitfadengespräche, narrative Interviews, teilnehmende Beobachtungen und ein strukturierter, quantitativer Fragebogen ausgewählt. Somit fand auch eine Methodentriangulation statt.

Leitfadengespräche bezeichnen eine halbstrukturierte allgemeine Technik des Fragens anhand eines vorbereiteten, aber flexibel einsetzbaren Fragenkatalogs. Das im Vorfeld der Befragung erstellte Fragengerüst enthält hauptsächlich Fragen und kann während des Interviews in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation umstrukturiert, ergänzt oder verkürzt werden. Wichtig ist jedoch, dass in allen Gesprächen bestimmte Schlüsselfragen gestellt werden, denn nur auf diese Weise kann eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten garantiert werden. Leitfadengespräche wurden mit allen befragten Klienten und Mitarbeitern geführt.

Narrative Interviews sind eine *„Erzählform, um erfahrungsnahe subjektive Aussagen über Ereignisse und biographische Abläufe zu gewinnen“*<sup>25</sup>. Sie zeichnen sich besonders durch ihre Situationsflexibilität aus. Bei narrativen Interviews existiert kein festgelegter Fragebogen. Vielmehr gibt der Interviewer nur eine bestimmte Themenstellung und einen Einleitungsanstoß vor.<sup>26</sup> Im Verlauf des Gespräches wird die befragte Person bei Bedarf immer wieder zur Fortführung der Erzählung ermuntert. Im Verlauf der Studie wurden narrative Interviews sowohl mit Klienten als auch mit den Therapeuten geführt.

---

<sup>25</sup> Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften, 3. Aufl., Berlin – Heidelberg – New York 2003, S. 315

<sup>26</sup> Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften, 3. Aufl., Berlin – Heidelberg – New York 2003, S. 315

Schließlich fanden teilnehmende Beobachtungen statt. Unter teilnehmender Beobachtung versteht man die *„geplante Wahrnehmung des Verhaltens von Personen in ihrer natürlichen Umgebung durch einen Beobachter, der an den Interaktionen teilnimmt und von den anderen Personen als Teil ihres Handlungsfeldes angesehen wird.“*<sup>27</sup>

Diese qualitativen Methoden der empirischen Sozialforschung wurden durch den Einsatz strukturierter, quantitativer Fragebögen zur Ermittlung soziodemographischer Daten ergänzt.

Diese Kombination eines qualitativen Forschungsansatzes mit einer quantitativen Erhebung eröffnete die Möglichkeit einer ganzheitlichen Analyse der durch die Studie gewonnenen Informationen.

Im weiteren Verlauf der Vorbereitungsphase wurden dann Arbeitshypothesen entwickelt.

1. Männer geraten in Wohnungslosigkeit, wenn gesellschaftliche Werte wie ein geregeltes Einkommen, beruflicher Erfolg sowie familiäre Bindungen nicht vorhanden sind und zudem individuelle Problemlagen wie Sucht, Kriminalität oder psychische Erkrankungen hinzukommen.
2. Das stationäre Hilfesystem leistet einen wesentlichen Beitrag zur Resozialisierung vorbestrafter Wohnungsloser.
3. Psychisch Kranke erfahren im stationären Hilfesystem Stabilisierung.
4. Stationäre Wohnungslosenhilfe leistet einen eigenen Beitrag zur Suchtkrankenhilfe. (Rückfälle sind bearbeitbar.)
5. Grundlagen für eine erfolgreiche ressourcenorientierte Sozialtherapie sind die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient, die Dauer der Therapie sowie die Motivation aller am Prozess Beteiligten.
6. Das stationäre Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe leistet einen Beitrag zur Sicherheit der Bevölkerung.

---

<sup>27</sup> Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung, 10. Aufl., Berlin - New York 2003, S. 145

Aus diesen Arbeitshypothesen wurde im Anschluss eine Vielzahl von Fragestellungen abgeleitet, welchen zur Eruiierung des Wahrheitsgehaltes der in Frage stehenden Thesen im Verlauf der Untersuchung nachgegangen werden sollte. Auf diese Weise entstanden Gesprächsleitfäden, welche die Grundlage der Interviews bilden. Für jede der zu befragenden Gruppen (Klienten und Mitarbeiter) wurde ein eigenständiger Gesprächsleitfaden erstellt.

Aufgrund der während eines Pretests mit Befragten gewonnenen Erkenntnisse wurden die Gesprächsleitfäden nochmals überarbeitet und stellenweise ergänzt.

## **2 Datenerhebung**

Die Erhebung der dieser Arbeit zugrunde liegenden empirischen Daten erfolgte in der Zeit von Januar 2010 bis zum Sommer 2010 sowie von November 2010 bis Januar 2011. Die Dauer der in diesen Zeiträumen absolvierten Einzelgespräche betrug mindestens 50 Minuten; der durchschnittliche Wert liegt bei 60 Minuten. Die Ergebnisse der einzelnen Interviews wurden protokollarisch festgehalten.

Zunächst wurden 25 Klienten und anschließend 17 Mitarbeiter des Haus Bruderhilfe befragt. Diese Gespräche fanden zum Teil in den Wohnungen der Klienten bzw. in einem Büro im Haus Bruderhilfe statt.

Bei der Auswahl der einzelnen Gesprächspartner wurde darauf geachtet, eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erstellen. Die Befragten waren zwischen 25 und 65 Jahren alt. Es handelte sich um Deutsche mit und ohne Migrationshintergrund.

Alle interviewten Personen wurden vom Verfasser vor Beginn der Gespräche über die Studie und die beabsichtigte Verwendung der Ergebnisse der geführten Interviews informiert.

Neben den Resultaten dieser qualitativen Interviews wurden auch die im Verlauf der durchgeführten Beobachtungen erzielten Erkenntnisse in diese Arbeit mit einbezogen.



Eine umfangreiche Literaturrecherche bildet die weitere Grundlage dieser Untersuchung.

### **3 Datenauswertung**

Bei der Auswertung der erhobenen Daten sind alle einschlägigen Datenschutzvorschriften eingehalten worden. Insbesondere wurden alle in die vorliegende Arbeit übernommenen Aussagen der interviewten Personen anonymisiert.

Im Rahmen der Analyse der vorgenommenen qualitativen Interviews wurden die Sichtweisen aller beteiligten Personen berücksichtigt. Durch diese Betrachtung der Selbst- und Fremdeinschätzungen soll eine zutreffende Evaluierung der behandelten Themengebiete ermöglicht werden, die u. a. Ansatzpunkte für eine Verbesserung bzw. eine Weiterentwicklung des jetzigen Istzustandes offenbart.

### **4 Stichprobenbeschreibung**

Im Rahmen der im Jahr 2010 durchgeführten Erhebung sind 25 Klienten sowohl quantitativ als auch qualitativ interviewt worden.

Bei den ehemaligen Klienten handelt es sich nicht um eine homogene Gruppe. Vielmehr weisen die einzelnen Teilnehmer erhebliche Unterschiede in ihrer Persönlichkeit und Lebensgeschichte auf. Um die in den Gesprächen erhaltenen Informationen und gewonnenen Einblicke im jeweils richtigen Kontext analysieren und bewerten zu können, werden nachstehend einige grundlegende Informationen über die befragten Personen dargestellt und ausgewertet.

#### **4.1 Geschlecht**

Die deutliche Mehrheit der Wohnungslosen ist nach einer Statistik der BAGW männlich. Der Anteil der Männer lag in den Jahren 2004 – 2006 bei ca. 80%

aller Wohnungslosen. Die Quote wohnungsloser Frauen betrug lediglich 20%; die Tendenz ist jedoch steigend.<sup>28</sup>



Abb. 1: Geschlecht der Wohnungslosen

Da die Klienten im Haus Bruderhilfe ausschließlich männlich sind, ergeben sich für die Darstellung der Sozialdaten weiblicher Wohnungsloser keine Vergleichsdaten.

#### 4.2 Altersstruktur

Der überwiegende Teil der Befragten war zum Zeitpunkt der Befragung im Alter zwischen 30 und 49 Lebensjahren. Diese Gruppe stellt 48% der Gesamtbefragten dar. Auffallend ist der hohe Anteil von 40% der über 50-Jährigen sowie der geringe Anteil in Höhe von 4% der unter 30-Jährigen. Weitere 4% der befragten Klienten waren älter als 60 Jahre.

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass jüngere Klienten therapeutisch nicht erreicht werden, da sie ihre Lebenssituation noch nicht als problematisch und behandlungsbedürftig wahrnehmen.

---

<sup>28</sup> Schröder, H.: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., Statistikbericht 2004 – 2006, 1. Aufl., Bielefeld 2008, S. 18

Einen genaueren Überblick über die Altersstruktur gibt folgende Grafik:

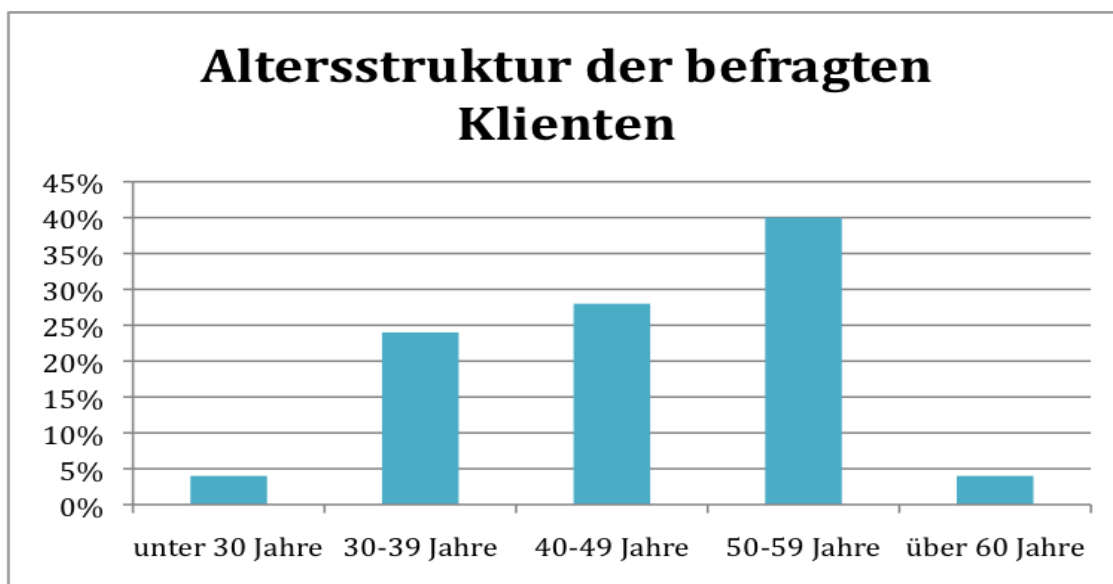


Abb. 2: Altersstruktur der befragten Klienten

### 4.3 Schulabschluss

Ein erfolgreicher Schulabschluss stellt heute eine unverzichtbare Voraussetzung dar, um eine weitere berufliche Qualifizierung beginnen bzw. erfolgreich abschließen zu können. Natürlich ist es nicht so, dass eine gescheiterte Schulausbildung allein den Auslöser für eine spätere Wohnungslosigkeit darstellt, aber eine abgeschlossene Berufsausbildung ist wesentlich, um an gesellschaftlichen Prozessen teilhaben zu können.

Ergebnis der Erhebung war, dass 32% der Befragten über keinen Schulabschluss verfügten. Die Mehrheit von 56% verfügte über einen Hauptschulabschluss und nur ein geringer Teil über höhere Bildungsabschlüsse.

Demnach lässt sich festhalten, dass eine mangelnde Schulbildung ein Risikofaktor für das Auftreten von Wohnungslosigkeit ist.

### 4.4 Berufsausbildung

Von den in der empirischen Studie befragten Klienten verfügten 40% über einen Berufsabschluss. 60% waren ohne berufliche Ausbildung.



Abb. 3: Berufsausbildung der interviewten Klienten

Es ist unumstritten, dass zur Teilhabe an der Gesellschaft in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung gehört. Erst sie ermöglicht es im Regelfall, Konsumwünsche befriedigen zu können, eine Wohnung zu beziehen und bei Wunsch eine Familie zu gründen. Gleichzeitig bietet eine abgeschlossene Berufsausbildung zumindest heute noch überwiegend die Möglichkeit, sein Leben unabhängig von staatlichen Hilfsleistungen gestalten zu können.

Zudem haben die Befragten mit einer Berufsausbildung einen weiteren Sozialisationsprozess erfolgreich abgeschlossen. Dieser Abschluss kann für den therapeutischen Prozess insoweit relevant sein, dass beim Betroffenen ein stärkeres Selbstwertgefühl vorhanden ist.

Aber der weitaus größte Teil der Befragten war ausbildungslos und wegen der damit verbundenen Erwerbslosigkeit unzufrieden. Dies ergab sich aus der Befragung der Betroffenen zum Arbeitsangebot im Haus Bruderhilfe.

Anzumerken ist, dass die Zahl der unausgebildeten Klienten in der Einrichtung im Verlauf der empirischen Untersuchung weiter gestiegen ist. Dies ist sicherlich ein Symptom einer weiteren Verelendung der Klienten.

#### 4.5 Familiäre Situation

Zum Zeitpunkt der Befragung hatte lediglich ein Befragter eine feste Partnerschaft. Geschieden waren 36% der Befragten und 96% lebten als Single, obwohl der Wunsch nach festen Partnerschaften bestand. Viele führten ihr persönliches Scheitern als Grund ihres Singledaseins an, wenngleich es zu beachten gilt, dass sich andere Personengruppen als Single nicht als gescheitert ansehen würden. Das Gefühl, gescheitert zu sein, drückt sich für viele der interviewten Personen aber durch mangelnde Partnerschaften aus. Sie fühlen sich einsam und nicht attraktiv.

#### 4.6 Kinder

Kinder haben 32% der Befragten. Die Personen mit Kindern hatten unterschiedlich oft, häufig jedoch gar keinen Kontakt zu ihnen. Dies ergibt sich aus den folgenden Schilderungen der Befragten:

- *„...2 Kinder, aber keinen Kontakt, nie kennen gelernt.“*
- *„...1 Sohn, kein Kontakt, das Thema ist durch.“*

Diese Aussagen verdeutlichen die Enttäuschung der Betroffenen und zeigen ihre Resignation auf. Dabei besteht mehrheitlich durchaus der Wunsch nach intakten Beziehungen und einer Familie. Aber die untersuchte Personengruppe sieht sich mehrheitlich als unfähig an, ein derartiges Leben führen zu können. Diese Einschätzung unterstreicht neben der Resignation auch die Reflektionsfähigkeit der Befragungsteilnehmer.

Diese Reflektionsfähigkeit ist ein wichtiges Glied in der sozialtherapeutischen Behandlungskette. Persönliches Scheitern einräumen zu können, ist ein Indiz für eine mögliche Veränderungsbereitschaft.

#### 4.7 Freundschaften

Im Zusammenhang mit der Bitte etwas über ihren Freundeskreis zu berichten, fiel auf, wie schwierig es für die befragten Klienten ist, Beziehungen zu beginnen und aufrechtzuerhalten.

So wurde berichtet, „... mit Freunden tue ich mich verdammt schwer, gute Bekannte, der Unterschied liegt in der Bedeutung: Freundschaft ist verbindlich, Bekanntschaft lockerer.“ oder „... da ist bei mir nicht mehr so viel vorhanden: vereinzelte Treffen mit alten Kollegen, Kontakte zu den Bewohnern des Hauses (Haus Bruderhilfe).“ Die mangelnden Beziehungen wurden in einem Fall ausdrücklich bedauert: „... ich wäre froh, wenn ich einen hätte, dem man sich anvertrauen kann.“

Ein Befragter berichtete: „...ich war früh selbstständig. Mein Vater starb als ich sechs Jahre alt war. Ich musste für Mutter sorgen. Daher war ich ein Einzelgänger. Befreundet war ich eigentlich nicht.“ Ein anderer beschrieb eindrücklich die kritische Situation in seiner Herkunftsfamilie, die es ihm von Kindheit an unmöglich machte, Freundschaften aufzubauen. „Viele Freunde hatte ich nicht. Ich musste mich um zwei jüngere Geschwister komplett kümmern. Meine Mutter war Alkoholikerin.“ „...1974 Wechsel nach Deutschland, dann die Dramen: Heim, Pflegefamilie. Freunde hatte ich nur in der Szene: also Drogenbekanntschaften. Ich vertraue keinem, bin immer auf mich allein gestellt gewesen.“

Dass ein Freundeskreis nicht unbedingt positiv bewertet wird, unterstreicht die folgende Aussage: „... zum ersten mal gekiff mit Schulfreunden und durch meine Lebensgefährtin zum Heroin gekommen.“

Es gab unter den Befragten aber auch einige, die in ihrer Kindheit durchaus freundschaftliche Kontakte hatten („... ganz normale Beziehungen, Pfadfinder ...“) und ihre Kindheit als gut bezeichneten. Diese waren aber eindeutig in der Minderheit.

#### **4.8 Finanzielle Situation**

Von den Befragten gaben 80% an, dass sie verschuldet gewesen seien bzw. aktuell verschuldet sind. Die restlichen 20% der interviewten Klienten waren schuldenfrei. Bei der Untersuchung lag die Verschuldungshöhe bei 45% der Befragungsteilnehmer zwischen 10.000,00 und 20.000,00 Euro.

Eine genauere Abbildung der Verschuldungsquoten zeigt die folgende Abbildung:

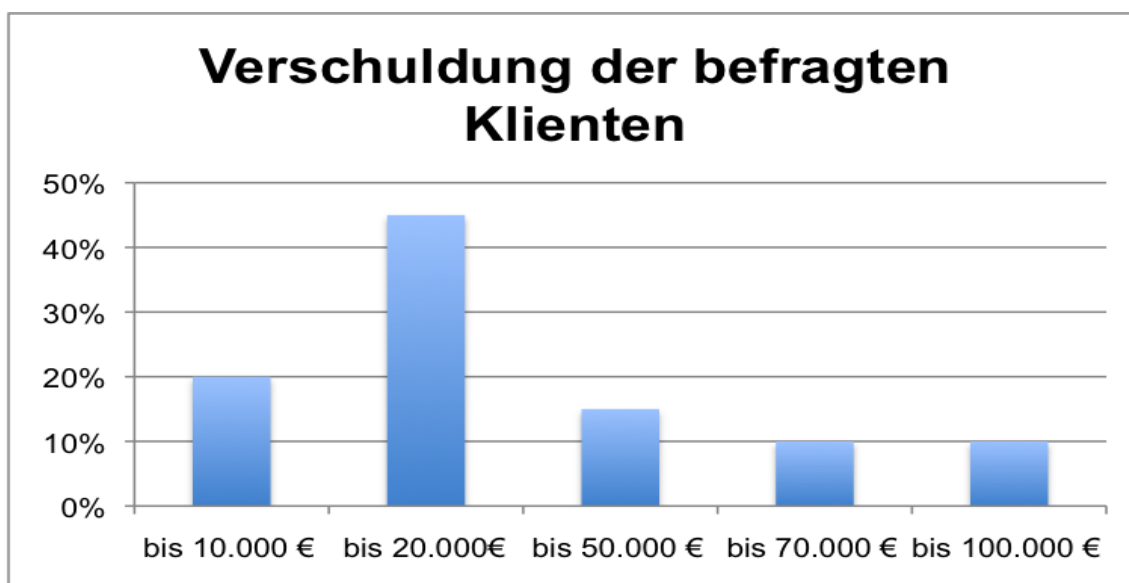


Abb. 4: Verschuldung der befragten Klienten

Als Gründe der Verschuldung wurden immer wieder die Aufnahme von Ratenkrediten und der Abschluss von Handyverträgen angegeben, aber auch Unterhaltsschulden gegenüber den Kindern und Geldstrafen führten die Klienten in die Verschuldung.

Die Höhe der Verschuldung bedeutet für die erwerbslosen Klienten allein durch die Verzinsung weitere Verschuldung und Verelendung.

#### 4.9 Vorstrafen

Dieses Item ist in der Studie der BAGW nicht erhoben worden. Es ist jedoch für die Erfüllung des in § 67 SGB XII normierten Resozialisierungsauftrags absolut erhebungsrelevant.

Nicht jeder Interviewte ist mit dem Gesetz in Konflikt geraten und die untersuchte Personengruppe soll nicht per se als eine kriminelle Gruppe „etikettiert“ werden.

Bei der Datenauswertung zeigte sich, dass 55% der Befragten in der Vergangenheit mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind. Eine Vielzahl der interviewten Klienten gab an, bereits Haftstrafen verbüßt zu haben. Weitere waren vorbestraft mit Bewährungsstrafen.

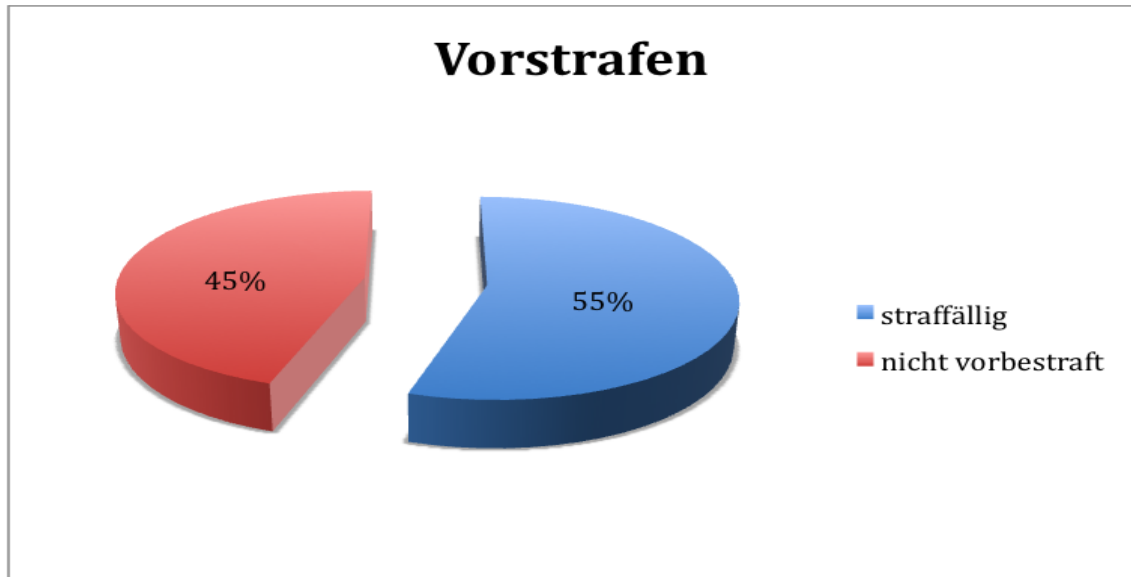


Abb. 5: Vorstrafen

Die begangenen Delikte umfassen das Erschleichen von Leistungen, Lebensmitteldiebstähle, Beschaffungskriminalität, Sexualstraftaten, Brandstiftungen sowie Raub- und Tötungsdelikte.

Suchtabhängigkeit und Straffälligkeit stehen in der Wohnungslosenhilfe in einem engen Kontext und es verwundert, dass dieser Zusammenhang im Statistikbericht der BAGW keine Erwähnung findet. Grund hierfür scheint die Tatsache zu sein, dass man vermeiden wollte, die Wohnungslosen zu stigmatisieren und damit sozialpolitisch zu drangsalieren, denn Wohnungslose haben keine Lobby.

Auf der anderen Seite muss man sich fragen, wem ein verzerrtes Bild vom armen Wohnungslosen - jenem Clochard, der als lebenswürdiger Fuseltrinker verschämt auf öffentlichen Plätzen konsumiert, nutzt.

Einen genauen Blick auf die Umstände kriminalitätsbelasteter Biographien zu werfen, ist für eine sozialtherapeutische Einrichtung eine Notwendigkeit. Ich



möchte den Belastungsfaktor „Kriminalität“ als Ausdruck einer Handlung definieren, welche der Person im Augenblick ihrer Aktion ein Gefühl von Autonomie und Machterleben vermittelt. Damit stellt sich Kriminalität als ein „unteroptimales Mittel“ zur Gefühlsregulation dar. Im weitesten Sinn ist Kriminalität ebenso ein Ausdruck eines gescheiterten Selbsthilfeversuches wie es auch bei Suchterkrankungen der Fall ist. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass bei kriminellen Handlungen immer andere Personen als Opfer betroffen sind. Das macht es aus moralischer Sicht schwierig, im Umgang mit Kriminalität von einem gescheiterten Selbstheilungsversuch zu sprechen. Das bedeutet, dass das zuvor erlebte Selbstwertgefühl von starker Insuffizienz geprägt ist oder dass das Ausmaß einer möglichen Suchtabhängigkeit so groß ist, dass zu ihrer Befriedigung kriminelles Handeln eingesetzt wird. In beiden Fällen geht es aber immer um individuelle Bedürfnisse oder Notwendigkeiten. Erst durch diese Betrachtungsweise kann es für Betroffene eine Behandlung und nicht nur eine Bestrafung geben. Natürlich geht es bei Kriminalität um Bereicherung, Zerstörung und Verletzung anderer im Sinne absoluter Grenzüberschreitungen und Impulskontrollverlusten, die nicht tolerierbar sind. Aber dieses Handeln hat auch zum Ziel, narzisstische Bedürfnisse zu kompensieren. Vor diesem Hintergrund schlage ich vor, Kriminalität - ähnlich wie Suchtabhängigkeit - als ein „Symptom“ und als „Selbstheilungsversuch“ zu verstehen.

Zur Verdeutlichung der Kriminalitätsbelastung der untersuchten Personengruppe sollen die nachfolgenden Beispielfälle dienen:

**Klient A:**

mit 16 Jahren: Verurteilung wegen Körperverletzung, mit 19 Jahren: Verhängung einer Haftstrafe von sieben Jahren wegen Totschlags und schwerer Körperverletzung, ab dem 26ten Lebensjahr: mehrere Verurteilungen wegen Beschaffungskriminalität, mit 39 Jahren: erneute Verurteilung und Inhaftierung wegen schwerer Körperverletzung

**Klient B:**

insgesamt 23 Jahre Haft wegen mehrfacher Vergewaltigung sowie Bandenkriminalität

**Klient C:**

mehr als zehn Jahre Haft und forensischer Aufenthalt wegen Betrugsdelikten, sexuellem Missbrauch und Pädophilie

**Klient D:**

mehrfache Unterbringung im Maßregelvollzug wegen Tötung der eigenen Tochter

**Klient E:**

Jugendstrafe von drei Jahren wegen Körperverletzung mit Todesfolge

Ferner befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung 8% der Klienten in Beurlaubung aus dem Maßregelvollzug. Diese Klienten wiesen die Merkmale von Persönlichkeitsstörungen auf und waren wegen verschiedener Sexualdelikte forensisch untergebracht, nun befanden sie sich zur Resozialisierung in der Einrichtung.

Zudem lebten in der Einrichtung Klienten, die eine Vielzahl verschiedener Delikte begangen hatten, wie z. B. Tötungsdelikte sowie andere Gewalt- oder Betrugsdelikte, die nur bedingt vor dem Hintergrund einer Suchtmittelabhängigkeit verübt worden sind.

**4.10 Psychische Erkrankungen**

Der Anteil der psychisch Erkrankten unter den Befragten ist in der Studie der BAGW ebenfalls nicht ausgewiesen worden.

Im Haus Bruderhilfe waren 37% der interviewten Klienten schon einmal in einer Psychiatrie.

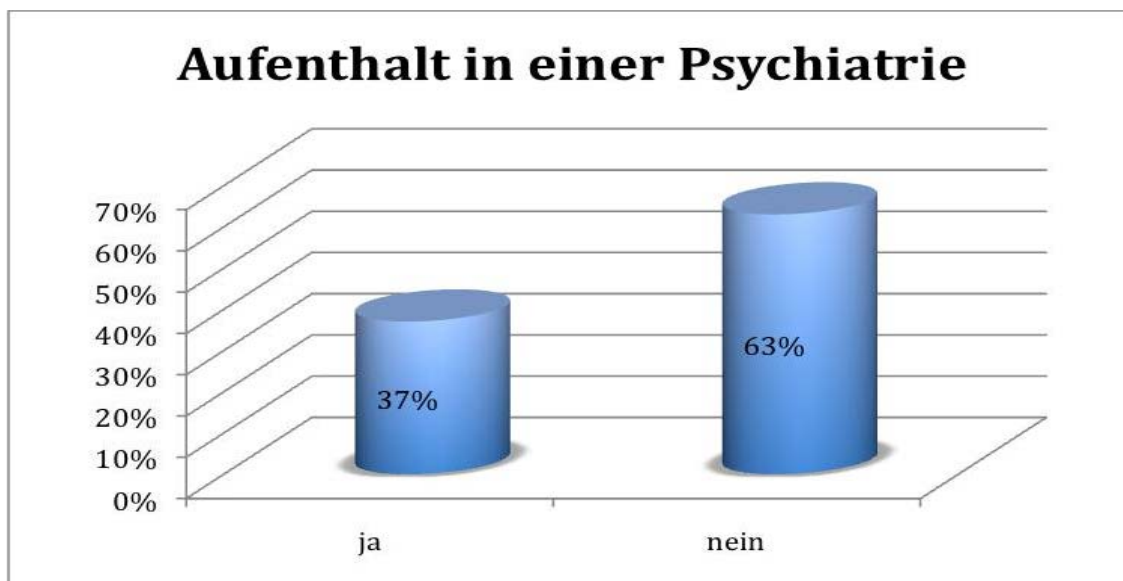


Abb. 6: Aufenthalt in einer Psychiatrie

Der Anteil psychisch Erkrankter ist bei der untersuchten Personengruppe noch höher, als die Anzahl der Aufenthalte in einer Psychiatrie widerspiegelt, wenngleich 40% der befragten Klienten angaben, an keiner psychischen Erkrankung zu leiden bzw. gelitten zu haben.

An einer psychischen Erkrankung litten 60% der Befragten. Dabei ist kritisch anzumerken, dass eine höhere Dunkelziffer nicht erkannter psychischer Erkrankungen anzunehmen ist.

Der Anteil der Merkmalsträger mit Persönlichkeitsstörungen lag bei 47% und war damit am meisten verbreitet unter den Erkrankten. Es folgten Depressionen bei 40% und sonstige Störungen mit 13%.

Zu beachten ist eine mögliche Co-Morbidität bei den Befragten, wie zum Beispiel Sucht und Depression bzw. Depression und Kriminalität. So erzählte einer der Befragten über sein Krankheitsbild der Depression, dass sie erst in seinen Abstinenzphasen aufgefallen sei.

Der Aspekt der Suchterkrankungen wird nachfolgend gesondert dargestellt.

Interessant ist ein möglicher Umgang der Interviewten mit den psychischen Erkrankungen. Einer sprach zum Thema Depressionen von „... mal kommen sie, mal gehen sie“ und veranschaulichte so einen möglichen konstruktiven persön-

lichen Umgang mit Depressionen. Durch seine gelassene Einstellung vermindert er ihre Bedeutung und damit das Risiko suizidaler Handlungen.

Ein Teil der Befragten beschrieb mehrfache Aufenthalte in Psychiatrien auf Grund suizidalen Verhaltens, drogeninduzierter Psychosen und Borderline Symptomatiken, wie z. B. „Ritzen“ und Störungen der Impulskontrolle. Einer der Befragten reagierte auf das von ihm begangene Tötungsdelikt mit einer post-traumatischen Belastungsstörung.

Andere Klienten (20%) sahen bei sich keine psychischen Störungen, hatten aber eine medizinisch diagnostizierte dissoziale Persönlichkeitsstörung.

Darüber hinaus gab es einen Fall von Schizophrenie unter den Befragten.

Die folgende Abbildung verdeutlicht die Auftretensquote psychischer Erkrankungen bei den Befragungsteilnehmern.



Abb. 7: Psychische Erkrankungen der interviewten Klienten

Festzustellen bleibt, dass in der Wohnungslosenhilfe ein großer Teil der Befragten nicht nur materiell ausgegrenzt ist, sondern dass diese Personengruppe von weitaus schwierigeren Lebensumständen betroffen ist.

Darüber hinaus ist die hohe Zahl von psychisch kranken Klienten ein Indiz für das Versagen vorausgegangener Hilfesysteme, denn für psychiatrisch kranke Patienten ist die Eingliederungshilfe und nicht die Wohnungslosenhilfe zuständig. Das bedeutet, dass die Wohnungslosenhilfe ein Sammelbecken von ver-

schiedenen Klienten mit nachhaltig nachteiligen Lebensumständen ist. Daraus ergibt sich, dass im Betreuungsalldag ein hohes Anforderungsprofil an die Mitarbeiter gestellt wird.

#### 4.11 Suchtprobleme

Nicht geklärt ist, warum in vielen Studien keine Daten über den Umfang der Suchtmittelabhängigkeit der Befragungsteilnehmer erhoben werden. Auch im Statistikbericht der BAGW sind zu diesem Themenkomplex keine Informationen zu finden.

Sicherlich ist richtig, dass es in allen gesellschaftlichen Schichten Kriminalität und Suchtmittelabhängigkeiten gibt. Aber ist diese Aussage und die Vermeidung des Themas im Umgang mit den Klienten im Hinblick auf eine mögliche Linderung der Symptomatik bzw. der Heilung hilfreich und konstruktiv?

Zum Zeitpunkt der vom Autor durchgeführten Befragung waren im Haus Bruderhilfe 84 % der interviewten Männer suchtkrank. Sie wiesen vor allem eine stofflich gebundene Sucht auf.

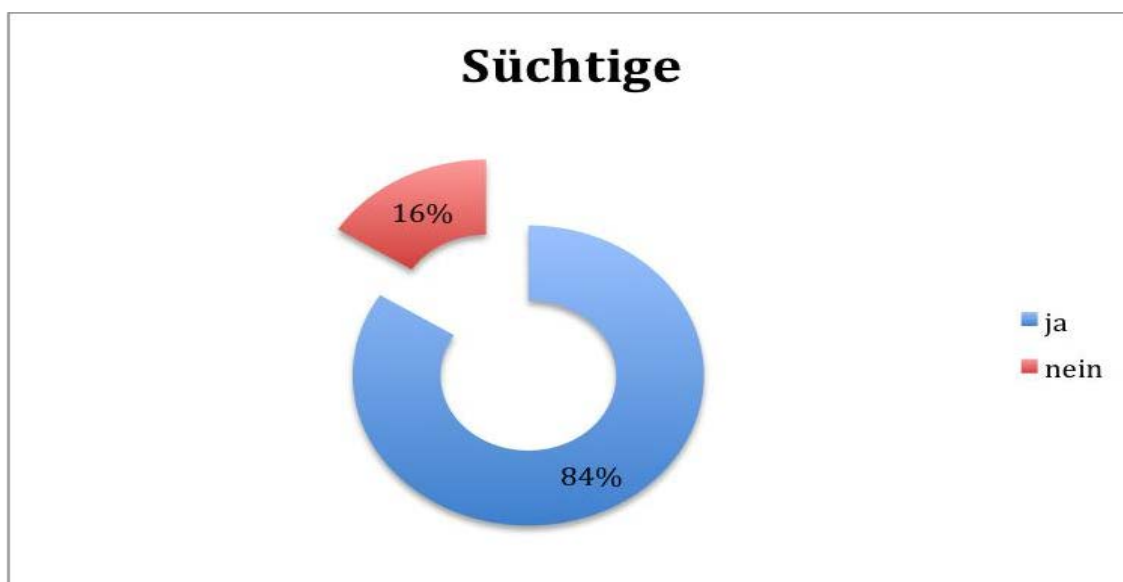


Abb. 8: Süchtige

Dabei nahm die Alkoholproblematik mit 45% eine zentrale Stellung ein, dicht gefolgt von den Bereichen der „illegalen Drogen“ 40% bzgl. Heroin und Kokain.

Am Anfang des Suchterlebens stand meistens das Nikotin, das man als die klassische Einstiegsdroge bezeichnen kann.

Bei der Auswertung der Untersuchung ist aufgefallen, dass einige Abhängige aus dem Bereich der illegalen Drogen ihren Alkoholkonsum als zusätzliche Abhängigkeit bezeichneten (25%), so dass man einen Teil der von „illegalen Drogen“ Abhängigen als polyvalent Abhängige bezeichnen kann.

Die Unterscheidung innerhalb der Sucht nach „polyvalenter Abhängigkeit“ und „einfacher Abhängigkeit“ macht aus therapeutischen Gesichtspunkten Sinn. Bei den therapeutischen Zielen in der Suchtberatung der untersuchten Klientel müssen die individuellen Lebensumstände berücksichtigt werden, um die Machbarkeit von dauerhafter Abstinenz einschätzen zu können. Nicht jeder Süchtige kann das Ziel einer dauerhaften Abstinenz für sich benennen. So ist die Erreichung einer dauernden Abstinenz abhängig vom Ausmaß der Abhängigkeiten. Ferner gilt es darüber nachzudenken, ob man beide Gruppen der Abhängigen überhaupt gemeinsam therapieren kann.

Viele der Befragten setzten das Suchtmittel als Selbstheilungsversuch ein. Sie nahmen über Jahrzehnte Alkohol und Medikamente ein, *„...um so meine Depressionen zu ertränken.“* oder *„...ich habe nur getrunken, weil es mir nicht gut ging.“*

Der Erstkonsum von Suchtmitteln fand bei den Interviewten in der Adoleszenz statt. Einer berichtete von seinem ersten Vollrausch mit 15 Lebensjahren, ein anderer mit 16 Jahren. Doch auch spätere kritische Lebensabschnitte, wie z. B. Scheidungen, führten die Klienten in eine Suchtform. Einer der Befragten sah einen Zusammenhang zwischen seiner Herkunftssituation und seiner Sucht: *„... seit dem 16. Lebensjahr - eigentlich wurde bei uns immer getrunken. Ich kam aus Oberschlesien. Ich kannte das gar nicht anders.“*

Keiner der Studienteilnehmer reflektierte, dass vielleicht auch seine mangelnde Schulbildung, frühes Rauchen sowie die Zerrüttung der Familien entscheidend dazu beigetragen haben, dass er eine nicht ausreichende Persönlichkeitsreife

entwickelt hat, um den Gefahren einer späteren Abhängigkeit erfolgreich begegnen zu können.

Sucht als einen gescheiterten Selbstheilungsversuch wahrzunehmen und nicht als moralisch charakterliches Versagen zu verstehen, fördert bei einer Therapie die Nachreifung kritischer Persönlichkeitsmerkmale und erhöht damit die Abstinenzchancen.

Das nachfolgende Schaubild verdeutlicht das Ausmaß der Abhängigkeitserkrankungen bei den befragten Personen:



Abb. 9: Suchterkrankungen der interviewten Klienten

#### 4.12 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass keiner der Befragten lediglich über eines der beschriebenen Merkmale verfügte. Es ergab sich folgendes Bild:

Anzahl der Faktoren, welche die Entstehung von Wohnungslosigkeit begünstigen (N = 6)	Anzahl der interviewten Personen, welche diese Merkmalskombination aufwiesen (N = 25)	Prozentsatz
6	2	8
5	9	34
4	8	32
3	5	21
2	1	5
1	0	0

Tab. 1: Merkmalskombinationen

95 % der Befragten waren gleichzeitig in mindestens drei Problemfelder involviert. 34 % verfügten sogar über fünf Problemmerkmale.

Unter Berücksichtigung dieser Daten wurde der Gesprächsleitfaden für die qualitativen Interviews entwickelt. Aus den so gewonnenen differenzierteren Informationen wird ein Wirkungsleitfaden für die alltägliche Sozialtherapie abgeleitet.

Aus der Tatsache, dass die einzelnen Merkmale vorwiegend in Kombination auftreten, ergibt sich die Hypothese, dass Männer in Wohnungslosigkeit geraten, wenn gesellschaftliche Werte wie ein geregeltes Einkommen, beruflicher Erfolg sowie familiäre Bindungen nicht vorhanden sind und individuelle Problemlagen wie Sucht, Kriminalität oder psychische Erkrankungen hinzukommen. Wohnungslosigkeit ist demnach ein Konglomerat verschiedener negativ stigmatisierender Merkmale. Diese Erkenntnis ist im therapeutischen Prozess sowohl vom Standpunkt der Klienten als auch aus therapeutischer Sicht von zentraler Bedeutung und offenbart anschaulich die Schwierigkeiten des Hilfeprozesses. Außerdem erfordert die Therapie dieser Klientel aufgrund der vielen Problemlagen Sensibilität und ein hohes Maß an sozialpädagogischer Fachlichkeit sowie



die Bereitschaft, sich auf diese Klientel einzulassen. Mit den Mitteln der üblichen Sozialarbeit kann man den beruflichen Anforderungen in diesem Bereich nicht gerecht werden.

Um nicht den Fehler der Stigmatisierung zu begehen, wie es im Rahmen des Labeling approach immer wieder beschrieben wird, muss darauf hingewiesen werden, dass die analysierten Daten selbst auf die zu untersuchenden Klienten stigmatisierend wirken können. Ich versichere aber, dass die Daten zu den Vorstrafen der ehemaligen Klienten lediglich deshalb erhoben worden sind, weil sie bisher in keiner Studie erwähnt wurden, diese aber hinsichtlich der Beratung der Klienten von großer Bedeutung sind. Die statistischen Daten sollen nicht per se als charakterliches Defizit der zu untersuchenden Klienten gelten. Der Forscher muss sich vielmehr seinem Forschungsgegenstand vorurteilsfrei nähern.

Mit Hilfe der gewonnenen Befragungsergebnisse wurden sechs Kategorien bzw. typische Lebenssituationen der Klienten herausgearbeitet, um die Vielschichtigkeit der Problemlagen aufzuzeigen und die Kombination möglicher Risikofaktoren darzustellen, die den Schritt in die Wohnungslosigkeit begünstigen können. Diese sechs Kategorien lauten:

- Schul- und Berufsausbildung,
- materielle Situation,
- Suchterkrankungen,
- Straffälligkeiten,
- psychiatrische Erkrankungen sowie
- Beziehungen.

Zweifellos könnten diese sechs Kategorien jederzeit um weitere Kategorien ergänzt werden, was aber den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde.

Das Ziel dieser Erhebung ist es, ein modernes, bedarfsgerechtes stationäres Hilfesystem zu entwickeln, das genau auf die multiplen Problemlagen eingeht, sodass eine ressourcenorientierte Sozialtherapie angeboten werden kann.

## Kapitel III: Geschichte der Wohnungslosenhilfe

Das heute bestehende Hilfesystem zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten geht auf die Wurzeln der Wanderarmenhilfe und der Arbeiterkolonien als „Nichtsesshaftenhilfe“ im frühen 19. Jahrhundert zurück. Ein Blick in die Geschichte der Wohnungslosenhilfe erklärt die strukturellen Krisen des heutigen Hilfesystems sowohl im ambulanten Bereich - der zeitlich erst gegen Mitte / Ende des 20. Jahrhunderts entwickelt wurde - als auch im stationären Bereich.

### 1 Wanderarmenhilfe

Die Beschränkung auf die Darstellung der Nichtsesshaftenhilfe ab Mitte des 19. Jahrhunderts bietet sich an, weil zu dieser Zeit die Wanderarmenhilfe in Deutschland gegründet wurde. Die Industrialisierung Europas und Deutschlands begann und schnell stellten sich auch wirtschaftliche Rezessionen ein. *Schober* berichtet, dass bereits 1870 eine Rezession in Deutschland zu einer großen Erwerbs- und Wohnungslosigkeit führte.<sup>29</sup> Es bestand kein ausreichender Schutz zur Verhinderung der existentiellen Not.

Erste organisierte Einrichtungen für arbeitslose Handwerker, die von Ort zu Ort zogen, um bei Handwerksmeistern Arbeit zu finden, entstanden im kirchlichen Bereich. Auf evangelischer Seite waren es die von *Perthes* gegründeten Herbergen zur Heimat und die Innere Mission, die von *Wichern* gegründet worden ist. Auf katholischer Seite wurde das Kolping Werk von *A. Kolping* ins Leben gerufen. 1884 wurde der Zentralverband Deutscher Arbeiterkolonien vornehmlich durch *Bodelschwingh* gegründet. Diese Gründung - so *Holtmannspötter* - erfolgte während einer wirtschaftlichen Rezession in Deutschland.<sup>30</sup>

Innere Mission, Herbergen zur Heimat und Zentralverband Deutscher Arbeiterkolonien bildeten somit die Wanderarmenhilfe und später die

---

<sup>29</sup> Schober, Th.: Gefährdetenhilfe, 1. Aufl., Bielefeld 1982, Heft 2, S. 14 f.

<sup>30</sup> Holtmannspötter, H.: Gefährdetenhilfe, 1. Aufl., Bielefeld 1982, Heft 4, S. 2 f.

Nichtsesshaftenhilfe. Die Arbeiterkolonien hatten eine überkonfessionelle Ausrichtung.

Die Wanderarmenhilfe hatte sich zur Aufgabe gemacht, die auf Arbeitssuche wandernden Gesellen in ihren existentiellen Bedürfnissen zu unterstützen, damit sie nicht obdachlos irgendwo übernachten mussten bzw. ihre Lebensbedürfnisse durch Diebstähle befriedigten. *Wichern* sah in der Wanderarmenhilfe ein politisches Instrument, das Einfluss auf das Ausmaß der sozialen Not nahm. Das Besondere der Wanderarmenhilfe zu dieser Zeit war die neutrale Bewertung des Hilfesuchenden. Ihm wurde jegliche materielle Hilfe gewährt, ohne pädagogische Bedingungen erfüllen zu müssen.<sup>31</sup>

Die Wanderarmenhilfe stellte somit ein Bindeglied in der Kette von Arbeitssuche und Arbeitsaufnahme bei der Arbeitswanderschaft dar. Mit zunehmender Industrialisierung und der daraus resultierenden Verstädterung nahm die Zahl der auf Arbeitssuche befindlichen Gesellen ab, da die neu entstandenen Fabriken in den Städten die arbeitslosen Wandergesellen als Lohnarbeiter aufnehmen konnten. Erst in der wirtschaftlichen Depression der 70/80 er Jahre des 19. Jahrhunderts stieg die Anzahl der arbeits- und wohnungslosen Arbeiter nach einer Schätzung von *John* wieder auf etwa 400.000 an.<sup>32</sup>

Die Situation der jetzt von Arbeits- und Wohnungslosigkeit Betroffenen war schwieriger als in der vorindustriellen Zeit. Der Wanderarmenhilfe standen nicht mehr genügend Einrichtungen zur Verfügung, um der Masse der von Wohnungs- und Arbeitslosigkeit Betroffenen in ihrer Not helfen zu können, da kein ausreichendes Maß an rechtlichen Unterstützungsansprüchen bestand. Die mangelhafte soziale Unterstützung der Hilfsbedürftigen, die nun neben ihrer Arbeit auch noch die Wohnung verloren, weil sie die Miete nicht mehr bezahlen konnten, führte zu einer Verelendung von Massen. Die Industrialisierung führte aber auch dazu, dass immer weniger Arbeiter in fachlicher Weise qualifiziert waren. Aus früheren Handwerkern waren Hilfsarbeiter ohne Qualifikation geworden. Diese Menschen konnten - so *Niess* - sich „*die Hacken ablaufen*“<sup>33</sup>, um irgendwo irgendeine Arbeit zu finden.

---

<sup>31</sup> Holtmannspötter, H.: Gefährdetenhilfe, 1. Aufl., Bielefeld 1982, Heft 4, S. 2 f.

<sup>32</sup> John, W.: Die Vorgeschichte der Arbeiterkolonien; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 15

<sup>33</sup> Niess, F.: Geschichte der Arbeitslosigkeit; in: Ein Kapitel deutscher Sozialgeschichte, 1. Aufl.,

Vergleicht man das geringe stationäre Angebot mit dem tatsächlichen Bedarf an Obdach, so wundert es nicht, dass die „Arbeitsbettler“ oft keine Unterkunft mehr fanden. Die Folge für sie war eine zunehmende Verwahrlosung, die durch zerrissene Kleidung und oft auch durch ein ungepflegtes Äußeres von der übrigen Bevölkerung wahrgenommen wurde. Statt dass sich die Bürgerschaft um das Überleben dieser armen Kreaturen kümmerte, reagierte sie zunehmend repressiv. Statt für eine entsprechende Sozialgesetzgebung zu sorgen, wurden die „Arbeitsbettler“ durch entsprechende Gesetze kriminalisiert (§ 361 RStGB). Erstmals wurde ein Gesetz gegen Landstreicherei verabschiedet. Man beschuldigte die zum Vagabundieren Gezwungenen der Auflösung der sittlichen Gemeinschaftsordnung infolge ihrer mangelnden christlichen Einstellung. So wurden z. B. 1877 rund 2000 Personen wegen Landstreicherei verurteilt, 1880 waren es bereits 3500 Fälle, 1884 sank die Zahl auf den Stand von 1877 mit rund 2000.<sup>34</sup> Das Brisante an dieser Entwicklung ist, dass hier erstmals die Opfer zu Tätern gemacht wurden, statt ihnen solidarisch gerecht zu werden. Ein Verhalten, das sich in der Geschichte Deutschlands bis hin zur Bundesrepublik Deutschland immer wieder durchzieht und im Dritten Reich seinen bedauerlichen Höhepunkt fand.

## **2 Arbeiterkolonien**

Die bürgerliche gesellschaftliche Bewertung der Massenarbeitslosen hat Einzug in die Konzeption der später gegründeten Arbeiterkolonien gehalten. Das Konzept der Arbeiterkolonien sah vor, nicht nur den existentiellen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, indem ihnen Nahrung, ein Schlafplatz und ein Arbeitsplatz gewährt wurde, sondern darüber hinaus die Hilfesuchenden vor reformpolitischen Überzeugungen sozialistischer Bewegungen zu bewahren, um das bestehende konservative Gesellschaftssystem christlicher Prägung nicht zu gefährden. Das Konzept der Arbeiterkolonien war somit auch eine Kritik an der Verstädterung der damaligen Zeit. Sie wurde als Wurzel für den Verfall

---

Köln 1979, S. 105

<sup>34</sup> Scheffler, J.: Die Gründungsjahre 1883/84; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 286

bürgerlicher Sitten angeführt. Die gegründeten Arbeiterkolonien waren landwirtschaftliche Betriebe weit außerhalb der Städte. So gibt es heute noch Arbeiterkolonien, beispielsweise Maria Veen, Lühlerheim im Kreis Borken.

Die Bewohner der Kolonien - Kolonisten genannt - hatten zu keiner Zeit einen Anspruch auf die ihnen angebotenen Hilfen. Sie mussten sich daher bedingungslos dem Regelwerk der Einrichtungen unterwerfen. Das Motto der Betreuung in der damaligen Zeit könnte wie folgt lauten: Arbeit statt Almosen. Die Kolonisten mussten in den Einrichtungen für ihren Unterhalt arbeiten, indem sie sich an der landwirtschaftlichen Arbeit oder dem Ausbau der Einrichtung beteiligten. Darüber hinaus mussten sie bereit sein, ihre Lebenseinstellung zu ändern. Die geforderte anspruchslosigkeit der Kolonisten sollte das Fundament für den erzieherischen Erfolg des Kolonieaufenthaltes bilden.

Der Aufenthalt in den Arbeiterkolonien erfolgte nur bedingt freiwillig, denn es drohte dem Betroffenen am Ende eine Verurteilung nach § 361 RStGB, wenn dieser wohnungs- und erwerbslos aufgegriffen worden wäre.

Die Systemtreue zur bürgerlichen Gesellschaft drückt niemand besser aus als der Gründervater *F. Bodelschwingh* selbst, wenn er die wohnungs- und erwerbslosen Menschen zu der Gruppe der Unwürdigen zählt.

### **3 Nichtsesshaftenhilfe in der Weimarer Republik**

Mit Einführung der Erwerbslosenfürsorge zur Sicherung existentieller Bedürfnisse nahm auch die Anzahl der Obdachlosen in Deutschland wieder ab. Das hatte zur Folge, dass mehr als die Hälfte aller Betten im stationären System der Arbeiterkolonien unbelegt blieben. Diejenigen, die nunmehr die Arbeiterkolonien zur Hilfe aufsuchten, waren Menschen mit einem anderen sozialen Hintergrund. Im *Wanderer* - der Zeitschrift für die Nichtsesshaftenhilfe - wurden sie als *„Alte, Sieche, die wandernden und arbeitsunfähigen Obdachlosen, die Bewahrungsfälle, die ziellos umherziehenden Triebwanderer ...“*<sup>35</sup> bezeichnet.

Erstmals wurden Wohnungslose mit Begriffen wie Triebhaftigkeit und Asozialität gekennzeichnet und damit stigmatisiert.

---

<sup>35</sup> Holtmannspötter, H.: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Auf., Bielefeld 1984, S. 62

#### 4 Nichtsesshaftenhilfe im Dritten Reich

Aus einem anfänglich begleitenden, billigenden Hilfesystem ist spätestens nach Gründung des Zentralverbandes Deutscher Arbeiterkolonien ein auf Repression beruhendes Hilfesystem geschaffen worden, das seine Klientel darüber hinaus auch noch stigmatisierte. Somit ist naheliegend, dass die Verantwortlichen des Zentralverbandes mit den Zielen der Nationalsozialisten sympathisierten; dies vor allem hinsichtlich der Wünsche nach Zucht und Ordnung. *Karl Mailänder*, Vorsitzender der württembergischen Arbeiterkolonien von 1935 – 1960, bot dem nationalsozialistischen System seine Mithilfe zur Bekämpfung der Bettler und Landstreicherplage an: *„Die Zentralleitung für Wohltätigkeit und der Verein zur Förderung der Wanderarbeitsstätten begrüßen es lebhaft, dass nunmehr gegen den bisherigen Bettel strenger als bisher vorgegangen werden soll. Wir würden dankbar begrüßen, wenn die Angelegenheit noch zum Gegenstand einer mündlichen Besprechung gemacht werden würde, um ein erfolgreiches Zusammenarbeiten von Polizei, öffentlicher Wohlfahrtspflege und der Presse sicherzustellen.“*<sup>36</sup>

Um Schutz vor Polizeirazzien und drohender Verhaftung zu haben, flohen die Betroffenen regelrecht in die Arbeiterkolonien. Die daraus resultierende gute Belegung sicherte dem Zentralverband Geldsummen in unbekannter Höhe. *Ayaß*<sup>37</sup> geht davon aus, dass der staatliche Zuschuss für die Unterbringung der Betroffenen die tatsächlichen Kosten der Betreuung bei Weitem überstieg.

Dies hatte für den Zentralverband zur Folge, dass er sich in totaler Abhängigkeit vom Staat befand, was so lange kein Problem ist, wie alle Seiten davon profitieren. In diesem Fall war es jedoch so, dass die Verantwortlichen des Zentralverbandes zumindest partiell die Interessen ihrer Klientel verrieten. Das ging so weit, dass der damalige Leiter der Arbeiterkolonie Kästdorf, Pastor *Müller*, die Zwangssterilisation von Obdachlosen forderte.

---

<sup>36</sup> Ayaß, W.: Die Verfolgung der Nichtsesshaften im Dritten Reich; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 88

<sup>37</sup> Ayaß, W.: Die Verfolgung der Nichtsesshaften im Dritten Reich; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 88

Ab 1938 verschärfte sich erneut die Rechtsprechung gegenüber den Nichtsesshaften. Fand bisher eine Verurteilung aufgrund des § 361 RStGB statt, so drohte ab 1938 aufgespürten Nichtsesshaften die Unterbringung in Konzentrationslagern. Ayaß<sup>38</sup> zufolge sind dort mehrere tausend Obdachlose zu Tode gekommen.

### **5 Wohnungslosenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland**

1961 wurde das Bundessozialhilfegesetz verabschiedet. Der Begriff „Nichtsesshafter“ wurde durch den Begriff „Gefährdeter“ ersetzt, um die betroffene Personengruppe nicht mit dem historisch belasteten Begriff erneut zu stigmatisieren.

Der Unterschied der veränderten Gesetzgebung war der, dass die Hilfe für Gefährdete nicht wie bisher zum Schutze der Allgemeinheit vor dem Nichtsesshaften erbracht wurde, sondern nun die Bedürftigkeit des Gefährdeten in den Mittelpunkt des Hilfeansatzes rückte.<sup>39</sup> Damit bestand erstmals ein Rechtsanspruch der Gefährdeten auf Hilfe, der in der Durchführungsverordnung zu § 72 BSHG normiert wurde.

2005 wurde das Bundessozialhilfegesetz einschneidend verändert. Nicht nur formal, sondern auch inhaltlich wurden den Gefährdeten Leistungen gekürzt. So erwirken Gefährdete in stationären Einrichtungen keinen Anspruch mehr auf Arbeitslosengeld II. Die formale Änderung besteht darin, dass § 72 BSHG in das Sozialgesetzbuch XII als §§ 67 f. eingeführt wurde.

---

<sup>38</sup> Ayaß, W.: Die Verfolgung der Nichtsesshaften im Dritten Reich; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 88

<sup>39</sup> Kursawe, K. H.: Das Bundessozialhilfegesetz 1962 – 1980; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 46



## 6 Zusammenfassung

Bei der Beschreibung der Entwicklung des stationären Hilfeangebotes für wohnungslose Männer ist festzustellen, dass eine Differenzierung der Problemlagen Wohnungsloser in der Geschichte nie ausreichend erhoben worden ist. Historisch gesehen hat die Psychiatrie für die Nichtsesshaftenhilfe eine sehr problematische Rolle gespielt. Über die Konstruktion eines „Wandertriebes“ wurde die Nichtsesshaftigkeit zum psychiatrischen Problem. Das hat die gesellschaftliche Ausgrenzung dieser Personengruppe verschärft bzw. legitimiert. Dies hatte zur Folge, dass in der Zeit des Dritten Reiches viele Menschen zur Zwangssterilisation verurteilt wurden, oder es hat sie das Leben gekostet.

Bei der Betrachtung der historischen Entwicklung der Nichtsesshaftenhilfe bis hin zur heutigen Gefährdetenilfe ist ein Wertewandel in der Betreuung der Klientel sichtbar. *G. Albrecht* beschrieb bereits 1983 die Qualität der traditionellen stationären Hilfe auch in der BRD als stigmatisierend und machte ganz allgemein die Pädagogik dafür verantwortlich.<sup>40</sup> *Albrecht* folgerte, dass die angebotene Hilfe nicht nur nicht zeitgemäß sei, sondern dass das Hilfesystem die ihm anvertraute Klientel darüber hinaus noch verfolge und es sogar daran hindere, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.<sup>41</sup> Statt zu pädagogisieren, forderte *Albrecht* eine kritische Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Umständen, die zu dieser Lebensproblematik führen.<sup>42</sup>

Ganz zweifellos fokussierte und fokussiert die stationäre Armenfürsorge, Nichtsesshaftenhilfe bzw. Gefährdetenilfe bis heute in ihrem beruflichen Alltag den Blick auf die Schwierigkeitslagen bzw. Defizite der Klienten.

Dass im Nationalsozialismus das Hilfesystem linientreu und konform mit den Machthabern paktierte, ist unumstritten skandalös. Dieses Verhalten ist jedoch keineswegs mit pädagogischem Handeln gleichzusetzen. Somit gilt die von *Albrecht* später immer wiederholte und nie korrigierte Kritik bis heute, dass das

---

<sup>40</sup> Albrecht, G.: Nichtsesshaftenhilfe und die Geschichte der Armenfürsorge; in: Gefährdetenilfe, 1. Aufl., Bielefeld 1983, Heft 2, S. 56

<sup>41</sup> Albrecht, G.: Nichtsesshaftenhilfe und die Geschichte der Armenfürsorge; in: Gefährdetenilfe, 1. Aufl., Bielefeld 1983, Heft 2, S. 56

<sup>42</sup> Albrecht, G.: Nichtsesshaftenhilfe und die Geschichte der Armenfürsorge; in: Gefährdetenilfe; 1. Aufl., Bielefeld 1983, Heft 2, S. 56

stationäre Hilfesystem gleich einem Dinosaurier ist, dessen Zeit längst abgelaufen ist. Diesen einseitigen Blick auf die Qualität der angebotenen Hilfeleistungen werde ich in der vorliegenden Arbeit am Beispiel einer stationären Einrichtung widerlegen.

Das stationäre Hilfesystem kann wesentlich differenzierter und individueller sowohl auf die Ressourcen als auch auf die Defizite der Klientel eingehen, als es in der Fachöffentlichkeit beschrieben wird. Man darf bei der Kritik des stationären Systems nicht außer Acht lassen, dass der politische Wille, Kosten zu sparen, gleichzeitig auch ein Motiv ist, funktionierende, aber kostspielige Hilfesysteme abzuschaffen bzw. diese zu diffamieren.

Dennoch ist die Kritik am Ballast durch die Tradition für das stationäre Hilfesystem nicht unberechtigt. Beispielsweise müssen wir bis heute den Kostenträgern gegenüber, wenn wir wohnungslose Klienten stationär betreuen und therapieren wollen, das Defizitfeld ausgiebig beschreiben, die Ressourcen aber oft nur am Rande erwähnen.

Es gehört viel pädagogische Disziplin zu einer positiven Sichtweise des Klienten aufseiten des professionellen Systems; nämlich dann, wenn Verhaltensweisen an den Tag gelegt werden, die andere in ihrer Freiheit einschränken. In dieser Arbeit wird, wenn von Klienten gesprochen, dieser Terminus nur als Kategorie verwendet und nicht als Stigma.

## Kapitel IV: Rechtliche Grundlagen

Das bestehende System der Wohnungslosenhilfe ist in Art und Umfang in § 67 SGB XII definiert. In § 67 SGB XII und der dazu gehörenden Durchführungsverordnung wird Nichtsesshaftigkeit als eine „besondere Schwierigkeit“ definiert, die vor allem in der Persönlichkeit des Betroffenen selbst liegt. In der Durchführungsverordnung wird das Maß der anzubietenden Hilfe festgelegt.

Gemäß § 67 SGB XII sind Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Personen in diesem Sinne sind Hilfesuchende, bei denen besondere Lebensverhältnisse zu sozialen Schwierigkeiten vor allem in der Familie, in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz führen, sodass eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft nicht möglich oder erheblich beeinträchtigt ist und sie diese Schwierigkeiten aus eigenen Kräften und Mitteln nicht überwinden können.

Besondere Lebensverhältnisse können Ursachen in nachteiligen äußeren Umständen oder in der Person des Hilfesuchenden haben. Sie können bestehen bei:

- a. Personen ohne ausreichende Unterkunft,
- b. Landfahrern,
- c. Nichtsesshaften,
- d. aus Freiheitsentzug Entlassenen sowie
- e. verhaltensgestörten jungen Menschen, denen Hilfe zur Erziehung nicht gewährt werden kann.

Die Leistungen umfassen gemäß § 68 Absatz 1 SGB XII alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere Beratung und persönliche Betreuung für die nach § 67 SGB XII Leistungsberechtigten und ihre Angehörigen, Hilfen zur Ausbildung, Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes

sowie Maßnahmen bei der Erhaltung und Beschaffung einer Wohnung. Zur Durchführung der jeweils erforderlichen Maßnahmen ist in geeigneten Fällen ein Gesamtplan zu erstellen.

Gemäß § 68 Absatz 2 SGB XII wird die Leistung ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen erbracht, soweit im Einzelfall Dienstleistungen erforderlich sind.

Die Träger der Sozialhilfe sollen gemäß 68 Absatz 3 SGB XII mit den Vereinigungen, die sich die gleichen Aufgaben zum Ziel gesetzt haben, und mit den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und darauf hinwirken, dass sich die Sozialhilfe und die Tätigkeit dieser Vereinigungen und Stellen wirksam ergänzen.

Schließlich kann das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen über die Abgrenzung des Personenkreises nach § 67 SGB XII sowie über Art und Umfang der Maßnahmen nach § 68 SGB XII erlassen.

## Kapitel V: Wohnungslosigkeit als Form abweichenden Verhaltens

### 1 Einleitung

Für die Bundesrepublik Deutschland gibt die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. für das Jahr 2004 die Zahl der Obdachlosen insgesamt mit 375.000 an. Der Anteil der Frauen liegt bei etwa 25%.

Wohnungslosigkeit ist das Ende eines zum Teil langen persönlichen und gesellschaftlichen Abstiegs. Die stationäre Wohnungslosenhilfe steht demzufolge ebenfalls am Ende aller Hilfesysteme. Nach ihr kommt bzw. droht ein Leben auf der Straße oder im Gefängnis. Um Klarheit im Sprachgebrauch zu finden, ist es notwendig, Begriffe voneinander zu unterscheiden.

Die terminologische Schwierigkeit der Trennung zwischen Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit sowie Nichtsesshaftigkeit liegt darin, dass alle Begriffe eine Verwaltungskategorie darstellen, die im Lebensalltag der Betroffenen zwar kaum eine Rolle spielt, aber die Frage nach der Zuständigkeit der Hilfeart zu klären hilft. Hiernach richtet sich, wer die Kosten für die Hilfe übernimmt. Nach *Holtmannspötter* sind diese Begriffe daher ausschließlich historisch zu sehen.<sup>43</sup> Sozialwissenschaftlich, kriminologisch und psychologisch erfahren die Begriffe verschiedene Wertigkeiten, die zum Teil gegensätzlich sind. *Schwind* sieht den Unterschied zwischen Obdachlosigkeit und Nichtsesshaftigkeit darin, dass Obdachlosigkeit eine Lebensform ist, die durch Armut und Arbeitslosigkeit gekennzeichnet und damit unfreiwillig ist, und Nichtsesshaftigkeit eine frei gewählte Lebensform darstellt.<sup>44</sup>

Um für den weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit eine sichere Bezeichnung der zu untersuchenden Menschengruppen zu erhalten, entscheidet sich der

---

<sup>43</sup> Holtmannspötter, H.: Von Obdachlosen, Wohnungslosen und Nichtsesshaften; in: Nouvertne, K.; Wessel, T.; Zechert, C. (Hg): Obdachlos und psychisch krank., 1. Aufl., Bonn 2002, S. 17f.

<sup>44</sup> Schwind, H. D.: Kriminologie, Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen, 17. Aufl., Heidelberg – München – Landsberg – Berlin 2007, S. 346

Autor, die Differenzierung zwischen den drei Begriffen aufzuheben und unter dem Begriff der „Wohnungslosen“ zusammenzufassen.

Die Begriffe „kriminell“ und „psychisch krank“ sind Kategorien, die durch Einschlägigkeit im juristischen Sinne bzw. durch Diagnostik nach medizinischen Diagnosekriterien wie z. B. ICD 10 oder das DSM IV ableitbar sind. Dabei unterliegen die Diagnoseschemata Veränderungen, die aus der jeweiligen gesellschaftlichen Entwicklung resultieren.

## 2 Theorien abweichenden Verhaltens

Zur Erklärung abweichenden Verhaltens werden in der Literatur verschiedene Ansichten vertreten. Allgemein unterscheidet man bei der Betrachtung von Kriminalität zwei Ebenen; nämlich die Mikro- und die Makroebene, welche sich wie folgt unterscheiden:

1. Die Mikroebene ist personenzentriert und psychologisch orientiert.
2. Die Makroebene betrachtet Kriminalität aus der gesellschaftstheoretischen Sichtweise. Sie geht davon aus, dass Kriminalität eine objektive Gegebenheit ist bzw. dass Kriminalität das Ergebnis einer Zuschreibung ist.

Wenden wir uns zunächst der Mikroebene der Kriminalitätstheorien zu. Im Mittelpunkt der Betrachtung der Kriminalität aus psychologischer Sicht stehen die klassische Psychoanalyse nach *Freud* bzw. verschiedene Lerntheorien.<sup>45</sup> Das psychoanalytische Modell und dessen Weiterentwicklungen bis hin zur „*Ich-Psychologie*“<sup>46</sup> und zur „*Objektbeziehungstheorie*“<sup>47</sup> werden insbesondere wegen ihrer mangelnden Objektivität kritisiert. Dissozialität wird darüber hinaus als übertrieben individualisiert beschrieben.

---

<sup>45</sup> Schwind, H. D.: Kriminologie, Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen, 17. Aufl., Heidelberg – München – Landsberg – Berlin 2007, S. 111

<sup>46</sup> Kernberg, O.: Wut und Hass – Über die Bedeutung von Aggressionen bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen, 1. Aufl., Stuttgart 1997, S. 135 f, 154 f.

<sup>47</sup> Kernberg, O.: Wut und Hass – Über die Bedeutung von Aggressionen bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen, 1. Aufl., Stuttgart 1997, S. 115 f.

Die Theorien der sozialen Kontrolle fragen nicht danach, warum Menschen kriminell werden, sondern warum sich Menschen überhaupt konform verhalten. Es geht also um die Frage, welche Einflussfaktoren den inneren bzw. den äußeren Halt so mitbestimmen, dass Menschen sich entsprechend verhalten. Dieser Ansatz ist interessant, weil er davon ausgeht, dass Abweichung etwas ganz Selbstverständliches ist; aber Konformität erst erlernt werden muss. Beim Auftreten abweichenden Verhaltens besteht ein Zusammenhang zwischen dem Selbstbild (innerer Halt) und dem Zugehörigkeitsgefühl (äußerer Halt) eines Menschen. Fehlt es am inneren Halt, kann der äußere Halt korrigierend eingreifen. Ein Vertreter dieses Ansatzes ist *Hirschi*. Die Kontrolltheorien gelten in der Kriminologie als hinreichend empirisch belegt und erfahren eine zunehmende Akzeptanz in Deutschland.<sup>48</sup>

Zu den Vertretern der Lerntheorien gehört u. a. *Sutherland*. Mit seiner Theorie der unterschiedlichen Kontakte erklärt er das Auftreten abweichenden Verhaltens. Demnach ist kriminelles Verhalten in einem Kommunikationsprozess und vor allem in peer-groups erlernt worden. Die Wirkfaktoren, wie z. B. Zeitschriften oder Filme, werden als weniger wichtig angesehen. *Sutherlands* Theorie erklärt jedoch nicht das Auftreten von Trieb- und Affektverbrechen.

Hilfreich für die Erklärung individueller Entstehungsansätze von Kriminalität ist die von *Dollard* entwickelte Frustrations-Aggressions-Hypothese, nach der jede Aggression stets die Folge einer vorausgegangenen Frustration sei. Diese Theorie impliziert den psychoanalytischen Gedanken, dass Frustration die Folge einer Bedürfnisversagung ist.

Betrachten wir nun die zweite Ebene der Kriminalitätstheorien. Die Kriminologie gilt als relativ junge Wissenschaft, ihr Handlungsfeld gibt es dagegen schon recht lange. Die methodisch-empirische Ursachenforschung kriminellen Verhaltens ist seit dem letzten Jahrhundert betrieben worden. Heute ist klar, dass es keine Universaltheorie über kriminelles oder abweichendes Verhalten gibt.<sup>49</sup> Anzumerken ist hier, dass kriminelles Handeln nicht als Teil abweichenden

---

<sup>48</sup> Schwind, H. D.: Kriminologie, Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen, 17. Aufl., Heidelberg – München – Landsberg – Berlin 2007, S. 117

<sup>49</sup> Schwind, H. D.: Kriminologie, Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen, 17. Aufl., Heidelberg – München – Landsberg – Berlin 2007, S. 85

Handelns verstanden werden soll, denn Kriminalität ist ein negatives gesellschaftliches Gut, das erst durch den, der die Definitionsmacht hat, als kriminell bezeichnet werden kann.<sup>50</sup>

Damit ist es notwendig, den Begriff „abweichendes Handeln“ näher zu beschreiben.

Ganz allgemein gilt, dass Menschen innerhalb eines Kulturkreises in der Lage sind, ihr Verhalten ihren Bedürfnissen unterzuordnen, bzw. dass sie ihr Verhalten auf die Bedürfnisse anderer abstimmen können. Abweichung liegt also dann vor, wenn das individuelle Verhalten von der Erwartungshaltung der Gesellschaft oder derjenigen der Interaktionspartner abweicht. Das können in der Qualität oder Wertigkeit der Abweichung unterschiedliche Erscheinungen von abweichendem Verhalten sein, wie z. B. Alkoholismus, Kriminalität, etc.<sup>51</sup>

Abweichendes Verhalten wird bereits seit dem 18. Jahrhundert als ein völlig natürliches Phänomen betrachtet.<sup>52</sup> *Durkheim* war es, der als Erster eine empirische Grundlage zur Erforschung soziologischer Fragestellungen definierte. Abweichung und Konformität sind dabei nebeneinander existierende Gesellschaftsphänomene, die anhand ihrer äußeren Merkmale zu untersuchen seien, und eben nicht auf dem Hintergrund von Moralvorstellungen.<sup>53</sup> *Durkheims* Forderung, Tatsachen nach äußeren Merkmalen zu erfassen, entspricht dabei seiner Grundregel, soziologische Tatbestände wie Dinge zu betrachten.<sup>54</sup>

Die Beschäftigung mit Menschen, die abweichendes Verhalten an den Tag legen, lässt erkennen, dass die sozialen Determinanten für die Entstehung, aber auch für das Aufrechterhalten abweichender Verhaltensweisen und für die Prognose von großer Bedeutung sind.<sup>55</sup>

---

<sup>50</sup> Sack, F.: Probleme in der Kriminalsoziologie; in: König, R.: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Band II, 1. Aufl., Stuttgart 1969, S. 44

<sup>51</sup> Lamneck, S.: Abweichendes Verhalten; in: Rheinhold, H.: Soziologielexikon, 1. Aufl., München 1984, S. 132

<sup>52</sup> Durkheim, E.: Regeln der soziologischen Methode, 1. Aufl., Neuwied - Berlin 1965, S. 156 – 162

<sup>53</sup> Durkheim, E.: Regeln der soziologischen Methode, 1. Aufl., Neuwied - Berlin 1965, S. 156 – 162

<sup>54</sup> Durkheim, E.: Regeln der soziologischen Methode, 1. Aufl., Neuwied - Berlin 1965, S. 156 – 162

<sup>55</sup> Rauchfleisch, U.: Außenseiter der Gesellschaft, 1. Aufl., Göttingen 1999, S. 19



Aus soziologischer Sicht liegen daher die Ursachen der unterschiedlichsten Erscheinungsformen abweichenden Verhaltens in schichtspezifischen Sozialisationsprozessen. Abweichendes Verhalten kommt in allen gesellschaftlichen Schichten vor, unterscheidet sich aber in seiner Ausdrucksform. Unterschichtspezifische Sozialisationspraktiken, wie beispielsweise autoritäre Erziehung, führen zu einer Schwächung der Charakterstruktur des Individuums, so dass es unter bestimmten Bedingungen zu einem kriminellen Agieren bei Konflikten in der Außenwelt kommen kann. Dies steht im Unterschied zu Mittelschichtangehörigen, deren Sozialisationspraktiken die hemmenden Mechanismen in der Persönlichkeitsentwicklung gefördert haben. Daher äußert sich kriminelles Verhalten von Mittelschichtangehörigen meistens nicht in offen aggressiver Weise.

## 2.1 Anomietheorie

Historisch gesehen gehen wie bereits erwähnt die soziologischen Kriminalitätstheorien auf *Durkheim* zurück, deren Weiterentwicklung *Merton* mit der Anomietheorie vollzog.<sup>56</sup> Dabei ist für *Merton* Anomie ein individueller Zustand von Norm- und Regellosigkeit, der sich durch einen Zusammenbruch der Verhaltensregulierung und des Anspruchsniveaus auszeichnet. Dieser Zustand von Anomie übt dann auf entsprechende Personen einen starken Druck aus, sich abweichend und nicht konform zu verhalten. Das Hauptproblem liegt demnach darin, dass sich die Person aus der Unterschicht mit den gesellschaftlichen Zielen zwar identifizieren kann, diese aber aufgrund ihrer mangelnden Mittel niemals erreichen kann. Dies führt dann bei der Person zu einer erheblichen Frustration und diese wiederum zu abweichendem Verhalten. Insofern beinhaltet die Anomietheorie ein dynamisches, prozesshaftes Modell abweichenden Verhaltens. Andererseits werden gesellschaftliche Ziele als starr und gegeben vorausgesetzt, was sie so nicht sind. Darüber hinaus differenziert der Anomieansatz nicht zwischen Wünschen und Erwartungen. Mögen die Wünsche quer durch alle gesellschaftlichen Schichten einheitlich sein, so unterscheiden sich doch die individuellen Erwartungen zum Teil deutlich. So mag

---

<sup>56</sup> Merton, R. K.: Sozialstruktur und Anomie; in: Sack, F.; König, R.: Kriminalsoziologie - Social Theory and Social Structure, 1. Aufl., Frankfurt am Main 1957, S. 1968

beispielsweise ein Angehöriger der sozialen Unterschicht den Wunsch nach Wohlstand haben; er kann sich aber darüber im Klaren sein, dass er diesen Wohlstand für sich nicht erwarten kann.

Zur Fortführung der Anomietheorie gehören auch die Subkulturtheorien, deren führende Vertreter *Cohen*, *Cloward / Ohlin* und *Miller* sind. Dabei geht *Cohen* von zwei parallel existierenden Gesellschaftssystemen aus. Auf der einen Seite das bekannte offizielle System, die übergeordnete Kultur, auf der anderen Seite das als Subkultur bezeichnete System, das ebenso ein soziales Verhaltens- und Wertesystem abbildet, aber beispielsweise ein Ghetto sein kann. Die Bildung von Bandenkultur beschreibt *Cohen* als Reaktion auf Versagens- und Frustrationserlebnisse von Jugendlichen.<sup>57</sup>

*Cloward / Ohlin* beschreiben die unterschiedlichen Zugangschancen. Eine erfolgreiche bürgerliche Karriere unterliegt den gleichen Kontrollmechanismen wie eine erfolgreiche kriminelle Karriere - mit dem Unterschied, dass nicht jeder die Chance auf eine bürgerliche Karriere hat und eben deshalb auf die zweite Möglichkeit zurückgreift.

*Miller* dagegen sieht die Subkultur nicht als eine kurzfristige Reaktion auf Frustrationserlebnisse. Sie ist vielmehr Ausdruck einer autonomen Welt der Unterschicht.

## 2.2 Labeling approach

Neuere Theorien, zu denen interaktionistische Erklärungsmodelle gehören, untersuchen die Wechselbeziehung zwischen Gesellschaft und Individuum, um abweichendes Verhalten besser verstehen zu können. Den Hintergrund dieses Erklärungsversuches bildet der „labeling approach“, dessen Vertreter *Becker* und *Quensel* sind.<sup>58 59</sup> Danach wird abweichendes Verhalten als Ergebnis eines Interaktionsprozesses zwischen Person und Gesellschaft verstanden. Dabei ist eine Entwicklung von gegenseitiger Bedingtheit und voranschreitender Eskala-

---

<sup>57</sup> Cohen, A. K.: *Kriminelle Jugend*, 1. Aufl., Reinbeck 1961, S. 53

<sup>58</sup> Becker, H. S.: *Außenseiter, Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*, 1. Aufl., Frankfurt am Main 1973, S. 78

<sup>59</sup> Quensel, S.: *Wie wird man kriminell? Verlaufsformen fehlgeschlagener Interaktion*; in: *Kritische Justiz*, 1. Aufl., Heft 4, 1970, S. 375 - 382

tion des Verhaltens einer einmal auffällig gewordenen Person zu beobachten. Diese Eskalation kann dann bei der betreffenden Person zu abweichendem Verhalten führen bis hin zur Stabilisierung eines abweichenden Selbstbildes.

Der Verlauf einer „abweichenden Karriere“ sieht wie folgt aus:

1. Begehen einer Regelverletzung
2. Öffentliche Etikettierung als abweichend
3. Generalisierung des Etiketts
4. Stigmatisierung (Einschränkung der Handlungsspielräume)
5. Abweichende Identität (Eintritt in die Gruppe von anderen Abweichlern)

Das vorliegende Modell zur Erklärung der Entstehung von „Abwärtskarrieren“ wurde für verschiedene Formen abweichenden Verhaltens wie Kriminalität, Sucht sowie Prostitution untersucht. Dabei lässt sich das Phänomen der sich selbst erfüllenden Prophezeiung und der Festsetzung des labels in das Selbstbild von abweichenden Personen in vielen Fällen erkennen.

Der labeling approach und die Anomietheorie erklären aber nicht, wie es Personen schaffen, die mit erheblichen negativen Zuschreibungsprozessen konfrontiert werden bzw. unter höchstem anomischen Druck stehen, sich dennoch in der Gesellschaft erfolgreich, im Sinne von nicht auffällig, verteidigen zu können. Diese Personen müssen daher über persönliche Ressourcen verfügen, die sozialwissenschaftlich bzw. psychologisch betrachtet als Faktoren unbekannt sind. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, i. R. d. vorliegenden Studie Wirkfaktoren herauszuarbeiten, die genau diese Ressourcen nachreifen lassen und mithin ein Abgleiten in eine erneute Straffälligkeit, Wohnungslosigkeit oder Sucht verhindern helfen.

### 4.3 Psychologische Theorien

Im Mittelpunkt sozialpsychologischer Theorien steht *Erich Fromm* (1970). Er betrachtet den Bedeutungszusammenhang von Staat, Justiz und Delinquent. Dabei stellt die Justiz ein Mittel im Sinne eines Instrumentes dar „*dessen sich die Repräsentanten der staatlichen Autorität bedienen, um sich der Masse der*

*Bevölkerung als Vaterfigur aufzuzwingen.*“<sup>60</sup> Die Bestrafung von Verbrechern ist somit notwendig, damit sich die übrige Bevölkerung eben durch die Bestrafung des Delinquenten vom Staat wie in einer Familie umsorgt, beschützt und verstanden fühlt. Nichts anderes ist dahinter zu vermuten, wenn in Presse oder an Stammtischen der Ruf nach einem starken Staat gerade in heutiger Zeit wieder aktuell ist.

*„Die Bestrafung des Verbrechers stellt eine Befriedigung der aggressiven und sadistischen Triebe der Masse dar, die sie für die vielen ihr aufgezwungenen Versagungen entschädigt und die es speziell ermöglicht, die Aggression, die sich natürlicherweise gegen die herrschende und bedrückende Schicht richtet, auf den Verbrecher zu übertragen und ihr so eine Abfuhr zu verschaffen.“*<sup>61</sup>

Auf der anderen Seite stellt Kriminalität damit einen Faktor für die Funktionsfähigkeit des Staates dar. Denn indem staatliche Organe abweichendes Verhalten wahrnehmen und sanktionieren, untermauert der Staat gegenüber den Mitgliedern der Gesellschaft seinen Autoritätsanspruch. Damit wäre der Staat immer der Gewinner bei abweichendem Verhalten einzelner Personen oder Gruppen, wenn nicht durch abweichendes Verhalten eben auch andere Mitglieder der Gesellschaft zum Teil erheblich geschädigt würden. *Steinert* zufolge ist die Reaktion der staatlichen Autorität auf abweichendes Verhalten demnach der Versuch einer Aufrechterhaltung eines Märchens von einer heilen Welt.<sup>62</sup>

Richtet man den Blick auf die Motive von Mitgliedern der Gesellschaft im Umgang mit Abweichlern, so beschrieb *Reik* schon 1925, dass die Ursache für die Strafbedürfnisse der Bevölkerung deren unbewusster Identifizierungsprozess mit dem Delinquenten selbst ist.

---

<sup>60</sup> Fromm, E.: Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft; in: Fromm, E.: Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftstheorie, 1. Aufl., Frankfurt am Main 1970, S. 15 - 144

<sup>61</sup> Fromm, E.: Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft; in: Fromm, E.: Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftstheorie, 1. Aufl., Frankfurt am Main 1970, S. 15 - 144

<sup>62</sup> Steinert, H.: Statusmanagement und Kriminalisierung; in: Steinert, H.: Der Prozess der Kriminalisierung, Untersuchungen zur Kriminalsoziologie, 1. Aufl., München 1970, S. 9 - 23

Fasst man die vorgestellten theoretischen Ansätze zusammen, so fällt auf, dass man unter Abweichung kein starres Gebilde verstehen darf, sondern dass abweichendes Verhalten sowohl aus gesellschaftlicher Sicht als auch aus Sicht des Akteurs eine dynamische Entwicklung in sich trägt. Damit kann deviantes Verhalten zunächst als Folge gescheiterter Interaktionen zwischen Gesellschaft und Individuum verstanden werden.

#### **2.4 Medizinische Erklärungsansätze**

Deviantes oder abweichendes Verhalten kann durch Krankheit begründet sein, wenn die Symptomatik zur Abweichung führt oder das Symptom selbst die Abweichung darstellt. Ersteres wäre z. B. der Fall, wenn eine Person psychotisch erkrankt und daraufhin abweichend reagiert. Letzteres wäre so, wenn das Symptom deviant ist, wie beispielsweise bei der Pädophilie.

Die Darstellung des Zusammenhangs zwischen somatischen Erkrankungen und Abweichung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und bleibt somit unberücksichtigt.

Psychiatrische Krankheitsbilder zeigen Symptome, die durch Abweichung per Definition gekennzeichnet sind. Alle Obergruppen des ICD 10 oder des DSM IV beziehen sich in ihren Krankheitsbeschreibungen auch auf direkt beobachtbares Verhalten, das von einer durchschnittlich erwartbaren Einstellung abweicht. Abweichendes Verhalten ist damit ein Baustein der ärztlichen Diagnose und die diagnostische Leistung des Arztes liegt in dem Erkennen und Wahrnehmen des Ausmaßes der Abweichung selbst.

In der vorliegenden Arbeit ist die Diagnosegruppe F 6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) von besonderem Interesse. Denn dort wird die Abhängigkeit der Diagnosestellung vom gesellschaftlich-normativen Rahmen deutlich, der definiert, was abweichend und damit, was normal ist.

Um von einer Persönlichkeitsstörung sprechen zu können, müssen zunächst die allgemeinen Kriterien dieses Störungsbildes definiert werden. Dabei sollten mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein, um von einer Persönlichkeitsstörung sprechen zu können:

1. Deutliche Unausgeglichenheiten in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
2. Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichen subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.<sup>63</sup>

Es sei kritisch angemerkt, dass mit dem ICD 10 der Psychiatrie in der Begegnung mit abweichendem Verhalten eine ordnungspolitische Komponente zukommt. *Bruns* spricht in diesem Zusammenhang von der „*Ordnungsmacht Psychiatrie*“<sup>64</sup>. *Bruns* zeigt in seiner Studie, dass von Zwangseinweisungen häufig dieselben Personengruppen betroffen sind, wie z. B. sozial benachteiligte Gruppen oder sozioökonomisch Benachteiligte, mit der Folge, dass die Psychiatrie zumindest partiell eine die Justiz ergänzende Funktion hat.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> Dilling, H.; Mombauer, W.; Schmidt, M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10 Kapitel V, Klinisch diagnostische Leitlinien, 1. Aufl., Bern 2004, S. 43

<sup>64</sup> Bruns, G.: Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle, 1. Aufl., Opladen 1993, S. 48

<sup>65</sup> Bruns, G.: Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle, 1. Aufl., Opladen 1993, S. 48

Ein spezielles Störungsbild, das in der vorliegenden Arbeit von besonderer Bedeutung ist, ist die dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2). Sie kennzeichnen folgende Kriterien, von denen mindestens drei erfüllt sein müssen:

1. Es besteht ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das seit dem 15. Lebensjahr auftritt. Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
  - Versagen, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich in wiederholtem Begehen von Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen
  - Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert
  - Impulsivität, Versagen, vorausschauend zu planen
  - Reizbarkeit oder Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert
  - Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer
  - Durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, einer dauerhaften Tätigkeit nachzugehen oder seinen finanziellen Verpflichtungen nachzukommen
  - Fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisieren äußert
2. Die Person ist mindestens 18 Jahre alt.
3. Eine Störung des Sozialverhaltens war bereits vor dem 15. Lebensjahr erkennbar.
4. Das antisoziale Vorgehen tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer manischen Episode auf. (DSM IV)

## 2.5 Kriminologische Theorie

Historisch betrachtet galt für die Kriminologie grundsätzlich eine freie Willensentscheidung bei gleichzeitigem Vorliegen von Handlungsalternativen. Damit stellte ein Rechtsbruch eine willentliche Entscheidung dar und galt der unmittelbaren, persönlichen Bedürfnisbefriedigung. Die Suche nach weiteren Motiven unterblieb.<sup>66</sup> Um 1850 ist eine generelle Änderung der Sichtweise von Kriminalität bei der Justiz festzustellen. Im Mittelpunkt der Betrachtung stand nicht mehr, wie die Tat begangen worden ist, sondern die möglichen Motive des Täters und seine Biographie wurden Gegenstand der Betrachtung. Erstmals wurde in Erwägung gezogen, dass Kriminalität nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches Phänomen ist. In diesem Zusammenhang entwickelten sich relevante Konsequenzen für die Bestrafung von Straftaten. Galt zuvor die Bestrafung als Sühne und Vergeltung zur Abschreckung anderer möglicher Täter, stand nun der Gedanke einer der Tat adäquaten Bestrafung im Vordergrund, wobei durchaus präventive Aspekte bei der Bestrafung berücksichtigt wurden, aber das Hauptaugenmerk lag auf der Veränderung des Straftäters, dessen Erziehung und Resozialisierung.

Historisch gesehen hatten biologische und medizinische Erklärungsansätze zur Kriminalität ein größeres Gewicht als sozialwissenschaftliche oder psychologische Theorien. Von großer Bedeutung waren im Verlauf des 19. Jahrhunderts die Versuche, Kriminalität und Geisteserkrankungen zu verbinden. Hier ist auf die umfassenden Arbeiten von *Prichard, Pinel, Lombroso*<sup>67</sup> hinzuweisen, deren Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Interessant ist ebenfalls eine Studie aus dem Jahr 2001<sup>68</sup>, wonach ein Zusammenhang zwischen einem in der Jugendzeit diagnostizierten hyperkinetischen Syndrom und späterer Kriminalität im Erwachsenenalter nachgewiesen wurde. Angehörige dieser Merkmalsgruppe begingen 10 Jahre früher als Nichtmerkmalsträger Straftaten. Dass Störungen dieser Art in der Entwicklung eines Jugendlichen zu Beein-

---

<sup>66</sup> Rauchfleisch, U.: Dissoziale Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten, 1. Aufl., Göttingen 1981, S. 21

<sup>67</sup> Peters, U. H.: Wörterbuch der Psychiatrie und der medizinischen Psychologie, 1. Aufl., München 1990, S. 336

<sup>68</sup> Blocher, H.: Symptome aus dem Spektrum des hyperkinetischen Syndroms bei Sexualdelinquenten, Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie, 1. Aufl. 1970, S. 453 – 459



trächtigungen führen wie beispielsweise Schulschwänzen, ist bemerkenswert, da das hyperkinetische Syndrom eine Prävalenzrate von etwa 3-5% hat, liegt hier möglicherweise ein höheres Risiko für spätere Kriminalität vor.

Neben dem beschriebenen Beispiel liegen weitere Störungsbilder vor, die für das Auftreten von Kriminalität verantwortlich gemacht werden, wie z. B. Störungen des Nervensystems, endokrine, hormonelle Störungen etc. *Rauchfleisch* folgert daraus, dass es durchaus zutrifft, dass es medizinische Belastungsfaktoren gibt und diese auch eine beträchtliche Rolle spielen können.<sup>69</sup> Es fehle aber letztlich immer noch der Schlüsselbeweis, und er gibt den Hinweis darauf, dass Studien sich widersprechen. *Rauchfleisch* sieht ausschließlich medizinische oder biologische Theorien zur Erklärung von Kriminalität als nicht ausreichend an.<sup>70</sup> Vielmehr stellen sie lediglich ein Glied in der Verursachungskette dar.

### 3 Krankheitsbegriff und Therapien

Krankheit wurde historisch als Ausdruck einer Abweichung empfunden und unterlag daher einem besonderen Stigma. Nach dessen Verständnis wurden alle psychischen Krankheiten durch abnorme somatische Prozesse ausgelöst.<sup>71</sup> Nicht zu Unrecht spricht man historisch von einem „bio-mechanischen Modell“, das die Vorstellung von Krankheit als viel zu starr und stigmatisierend darstellte. Der Wandel zu einem „bio-psycho-sozialen Modell“ von Krankheit ist nicht zuletzt auf die kulturelle Entwicklung von Gesellschaften überhaupt zurückzuführen.<sup>72</sup>

Während im bio-mechanischen Modell der kranke Mensch lediglich Opfer und Widerspiegelung pathologischer Prozesse ist, tritt mit der stärkeren Beachtung psychischer und sozialer Faktoren und den darin enthaltenen Ressourcen die Verantwortlichkeit des Individuums für sein Wohlbefinden und sein Schicksal in den Vordergrund. Das bisher eher statische Modell der Medizin wird zum Prozesshaften hin modifiziert. Diese Entwicklungen sind eng mit den traumatischen

---

<sup>69</sup> Rauchfleisch, U.: Dissoziale Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten, 1. Aufl., Göttingen 1981, S. 21

<sup>70</sup> Rauchfleisch, U.: Dissoziale Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten, 1. Aufl., Göttingen 1981, S. 21

<sup>71</sup> Davison, G.; Neale, J.: Klinische Psychologie, 4. Aufl., Weinheim 1996, S. 28

<sup>72</sup> Uexküll, M.: Psychosomatische Medizin, 6. Aufl., München 2008, S. 1308

Erlebnissen beider Weltkriege verbunden. Das bio-psycho-soziale Modell wurde inhaltlich seit den 80er Jahren zunächst im Rahmen der Forschung zu posttraumatischen Belastungsstörungen aufgegriffen. Im Mittelpunkt der posttraumatischen Belastungsstörung steht die Aussage, dass das soziale und materielle Umfeld von zentraler Bedeutung ist. Durch abnorme Umstände kann jedes Individuum „gezwungen“ sein, krank zu werden.

Der in den letzten Jahrzehnten entwickelte Ansatz berücksichtigt im Wesentlichen neben der Prozesshaftigkeit von Krankheit deren unmittelbare soziale und kommunikative Folgen.

*„... haben wir gelernt ... zu sehen: dass ein Mensch, der krank, abweichend, irre, verrückt ist in Beziehung zu anderen, zu sich selbst, zu seinem Körper, den Anforderungen am Arbeitsplatz, zu seinen Gefühlen verfehlt handelt. Beginnt man, den Aspekt der Beziehung zu berücksichtigen, ist es nicht mehr möglich, von einzelnen Krankheitsträgern auszugehen und nur diese wahrzunehmen. Es sind auch die anderen Teile des Geflechts mitzusehen. Die Bedingungen des Handelns bzw. des gestörten Handelns sind dann zu erspüren und evtl. zu ändern. Eine solche Sichtweise ermöglicht, dem Begriff „krank“ eine breitere Bedeutung zu geben. Die Suche nach den kranken Anteilen in einem Menschen wird zur Suche nach den derzeitigen Möglichkeiten oder Unmöglichkeiten, eine Beziehung zu sich und zu anderen oder zur Umwelt aufzunehmen.“<sup>73</sup>*

### **3.1 Psychosoziale Situation**

Die psychosoziale Situation eines Menschen wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst.

In der vorliegenden Arbeit wird auf das Diagnoseschema des DSM IV zurückgegriffen, weil dieses im Unterschied zum ICD 10 neben den Belastungsfaktoren Ressourcen des Klienten berücksichtigt.

Überhaupt wird die Einführung des Begriffes `Persönlichkeitsstörung`, die früher als Psychopathie oder Charakterneurose verstanden wurde, kritisch hinterfragt.

---

<sup>73</sup> Doerner, K.; Plog, U.: Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 1. Aufl., Bonn 1996, S. 35

*„So kann zum Beispiel ein Künstler Bilder malen, die von der Gesellschaft, in der er lebt, nicht akzeptiert werden, wie es ja das Schicksal vieler kreativer Menschen ist, ihrer Zeit voraus zu sein ... keiner wird wohl behaupten, dass diese Personen nur allein aus dem Grund, dass sie Dinge sagten oder taten, die nicht akzeptiert wurden, an einer Charakterneurose gelitten hätten.“<sup>74</sup>*

### **3.1.1 Psychisch Kranke und persönlichkeitsgestörte Wohnungslose**

Nach der vorliegenden Untersuchung leiden 37% der Befragten an psychotischen Erkrankungen. Eine Kombination von psychotischen Erkrankungen und Suchterkrankungen im Sinne einer Doppeldiagnose liegt ebenfalls vor.

*Nouvertne* hat 2002 die Annahme vertreten, dass unter 8.000 Wohnungslosen 25% der Betroffenen psychisch erkrankt seien.<sup>75</sup> Die unterschiedliche Datenlage basiert auf dem Umstand, dass die von mir Interviewten alle in stationärer Betreuung gewesen sind, dass aber die Personengruppe in der Studie von *Nouvertne* auch Obdachlose umfasst, sodass ein qualitativer Vergleich nur schwer möglich ist.

Eine genauere Datenerfassung, zumindest landesweit in stationären Einrichtungen, wäre wünschenswert, um notwendige sozialpolitische Reformen in Gang setzen zu können. Neue Erkenntnisse, basierend auf gesicherten statistischen Erhebungen, könnten weitergehende Hilfen für diese Personengruppe zur Folge haben. Ob daran von institutioneller Seite ein Interesse besteht, bedarf einer politischen Entscheidung, denn das Hilfesystem würde teurer.

Aber wie kommt es dazu, dass eine Personengruppe im Hilfesystem der Wohnungslosigkeit auftritt, obwohl sie dort fachlich nicht angesiedelt ist? Schließlich gibt es zahlreiche stationäre Einrichtungen, die ausschließlich psychisch kranke Menschen betreuen. Dazu muss man sagen, dass viele psychisch Kranke, die sich in der Wohnungslosigkeit befinden, zuvor im sozialpsychiatrischen Setting gescheitert sind. Aus Sicht der Psychiatrie gelten sie als nicht motiviert, und deshalb auch nicht als therapierbar. Es fehlt ihnen an Krankheitseinsicht. Sie

---

<sup>74</sup> König, K.: Einführung in die psychoanalytische Behandlungslehre, 1. Aufl., Göttingen 1997, S. 55

<sup>75</sup> Nouvertne, K.; Wessel, T.; Zechert, C.: Obdachlos und psychisch krank, 1. Aufl., Bonn 2002, S. 168 - 178

halten sich nicht an Verabredungen und fallen damit zunächst aus allen sozialen Netzen heraus und landen auf der Straße und damit in der Wohnungslosigkeit.<sup>76</sup>

Aus den vorliegenden Zahlen könnte man die Forderung nach der Schaffung weiterer stationärer Einrichtungen ableiten. Aber vielleicht ist es viel sinnvoller, nach der Qualität der Konzeptionen bestehender Einrichtungen zu fragen bzw. danach, wie dort Entwicklungspotentiale aussehen könnten. Jedenfalls ist mit der Errichtung weiterer Einrichtungen dem Problem der psychisch Kranken im stationären Hilfesystem nicht beizukommen. Die Beantwortung der Frage, wie eine solche Konzeption aussehen könnte, ist Teil dieser Arbeit.

### **3.1.2 Suchterkrankungen**

Traditionell ist der Anteil suchterkrankter Personen in einer stationären Wohnungsloseneinrichtung relativ hoch. Bei den 84% der Betroffenen unter den von mir interviewten Personen handelt es sich um chronisch Abhängige, die im psychiatrischen Hilfesystem gescheitert sind.

Es kann festgehalten werden, dass der Anteil der rein alkoholkranken Männer in der Einrichtung stark rückläufig ist; jedoch eine Zunahme von Heroinkranken festzustellen ist.<sup>77</sup> Diese Personengruppe dominiert den sozialtherapeutischen Tagesablauf.

Jedenfalls passen die unterschiedlichen Abhängigkeitstypen offensichtlich nicht in ein gemeinsames Hilfesystem. Sucht in ihren verschiedensten Ausprägungen ist in der Behandlung und Begleitung nicht kompatibel. In den Interviews mit den Betroffenen wird auf die Problematik in der Beziehung der beiden Abhängigkeiten eingegangen. Die Lebensbedingungen von Alkoholikern und „Heroinikern“ weichen stark voneinander ab. Dies ist u. a. der Tatsache geschuldet, dass Heroin eine illegale Substanz ist, sodass sich deren Konsumen-

---

<sup>76</sup> Nouvertne, K.: Wer sind die psychisch kranken Obdachlosen?, 1. Aufl., Bad Boll 2003, S. 12

<sup>77</sup> Stiels, A. H.: Sucht und Kriminalität als spezifische Problemlagen der Zielgruppe der Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, Eine theoretische und empirische Untersuchung im Rahmen einer Diplomarbeit der Universität Duisburg - Essen, 1. Aufl., Duisburg – Essen 2009

ten nur schwer im legalen Bereich aufhalten können. Des Weiteren sind Beschaffung und Finanzierung von Heroin und anderen illegalen Drogen oft nur durch kriminelle Handlungen möglich (Beschaffungskriminalität).

Dies belegt auch die Korrelation von Inhaftierung und Abhängigkeit. Einige der Befragten verbüßten Haftstrafen, die in Zusammenhang mit einer Drogenabhängigkeit standen. Zu den Straftaten gehörten u. a. Delikte wie schwere Körperverletzung, Diebstahl und Einbruch.

Auffallend ist die Zunahme der Gewaltbereitschaft der untersuchten Klientel. Die Beantwortung der Frage, ob drogenabhängige Wohnungslose ein höheres Gewaltpotential als alkoholranke Wohnungslose aufweisen, ist spekulativ. Es ist aber anzunehmen, dass allein alkoholranke Wohnungslose insgesamt älter und damit oft ruhiger als drogenabhängige Wohnungslose sind. Vieles spricht dafür, dass die Kombination jung, wohnungslos, beruflich unausgebildet und drogenabhängig zu einem höheren Gewaltpotential führt.

### **3.1.3 Straffälligkeit**

In der Literatur der Wohnungslosenhilfe wird die Straffälligkeit lediglich am Rande erwähnt und nicht systematisch untersucht.

## **3.2 Sozialtherapie**

Der Begriff 'Sozialtherapie' ist sowohl rechtlich als auch pädagogisch nicht ausreichend definiert. Man verwendet ihn sowohl für die Behandlung Abhängigkeitserkrankter als auch für die Behandlung von Straftätern. Zur Unterscheidung der Begriffe versuchte man für die letztere Gruppe den Begriff 'Soziotherapie' zu verwenden, ohne dass dieser sich durchsetzen konnte. Das liegt daran, dass Straftäter oft auch Formen verschiedener Abhängigkeitserkrankungen als weitere Belastungsfaktoren aufweisen. So ist die Beschaffungskriminalität ein Beispiel für das gemeinsame Auftreten von Sucht und Straftaten.

Sozialtherapie beschäftigt sich mit Menschen, die in den verschiedensten Formen abweichend handeln. Aus diesem Grund werden in den verschiedensten

sozialtherapeutischen Behandlungsformen überwiegend Klienten mit Persönlichkeitsstörungen behandelt. Diese Klienten erfolgreich behandeln zu können, wurde lange bezweifelt.<sup>78</sup> *Grawe* widerspricht dieser Annahme und verweist auf die Behandelbarkeit durch Veränderung der Inkonsistenz erzeugenden motivationalen Schemata. Um sozialtherapeutisch erfolgreich handeln zu können, ist es erforderlich, zunächst eine möglichst genaue und differenzierte Diagnose zu stellen, um die individuellen negativen Annahmen (Inkonsistenz erzeugenden Schemata) und weitere mögliche Komorbiditäten zu berücksichtigen.<sup>79</sup>

Die meisten sozialtherapeutischen Konzepte sind defizitorientiert, ohne auf die Möglichkeiten und Fähigkeiten des Klienten zu schauen. Die Therapie hat Heilung der Symptome als Selbstverständnis. Das ist aber in der Behandlung von Persönlichkeitsgestörten nicht das primäre Ziel, vielmehr muss die Entwicklung zwischenmenschlicher Interaktionsfertigkeiten im Hinblick auf Neuorientierung im Fokus der Aufmerksamkeit der Sozialtherapie stehen.<sup>80</sup>

Überhaupt beinhaltet die Sozialtherapie nur zum Teil einen Krankheitsbegriff, den es kritisch zu hinterfragen gilt. Wenn sich die Sozialtherapie mit ihren Angeboten vor allem an persönlichkeitsgestörte Menschen richtet, dann greift allein ein medizinisches Verständnis des Begriffs zu kurz, um die Klienten erfolgreich betreuen zu können. Beispielsweise wird in der Diskussion um den Verbleib ehemals sicherungsverwahrter Häftlinge diese Problematik deutlich. Es wird versucht, diese Klientel im Nachhinein psychiatrisch zu erfassen, was aber in Widerspruch zum vorherigen Urteil steht, weil jeder der Verurteilten zuvor als nicht psychiatrisch eingestuft wurde.

*Kröber* forderte daher in der FAZ vom 08. Mai 2011 sozialpädagogische Einrichtungen für die Betreuung von ehemals sicherungsverwahrten Häftlingen, womit nichts anderes als sozialtherapeutische Einrichtungen gemeint sein können.

---

<sup>78</sup> Grawe, K.: Psychologische Therapie, 1. Aufl., Göttingen 1998

<sup>79</sup> Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen, 3. Aufl., Weinheim 1997, S. 405

<sup>80</sup> Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen, 3. Aufl., Weinheim 1997, S. 423

In der Sozialtherapie gibt es schulübergreifend Standards, die es zu berücksichtigen gilt. Zu ihnen gehören:

1. die persönliche Biographie mit Risiken und Ressourcen,
2. die Beziehungsstruktur zu Mitmenschen als interpersoneller Beziehungskonflikt,
3. die soziale Beziehung als Beeinträchtigung der Interaktion mit der Umwelt sowie
4. die medizinische Diagnose.

Aus dem Vorliegen einer rein somatischen Diagnose lässt sich demnach in der Sozialtherapie kein Behandlungsplan erstellen, da eine solche Diagnose nichts über die Fähigkeiten eines Patienten aussagt (wie z. B. Aussagen zur Wohnfähigkeit, Freizeitgestaltung etc.). Wird der Schwerpunkt auf die Symptome statt auf die Ressourcen gelegt, führt das häufig in ein Denken innerhalb von Schablonen, was der Patient ist (wie z.B.: der Schwerverbrecher, der Psychotiker, der Alkoholiker), statt zu einer Berücksichtigung, welche Kompetenzen ihm verblieben oder entwicklungsfähig sind. Ein umfassenderer Krankheitsbegriff beinhaltet daher auch die Protektoren eines Menschen. Ferner betrachtet die Sozialtherapie neben der Erkrankung selbst die Folgen von Krankheit sowohl für die Bezugspersonen und den Kranken als auch für die Entwicklung oder Hemmung der Gesellschaft.

Stark entwickelte für die soziale Arbeit mit Randgruppen ein Konzept des „Empowerment“<sup>81</sup>, das die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ im Sinne einer Ganzheitlichkeit integriert. Die Stärkung und konsequente Nutzung individueller und gesellschaftlicher Ressourcen, die Fähigkeit zur Hilfe durch Selbsthilfe, Reflektion und das konsequente Ziel der Förderung der individuellen Autonomie basieren auf der Annahme eines ganzheitlichen Verständnisses von Störung und Ressource. Die dazu notwendigen Interventionsschritte von pro-

---

<sup>81</sup> Stark, W.: Empowerment, Neue Handlungskonzepte in der psychosozialen Praxis, 1. Aufl., Freiburg im Breisgau 1996

professioneller Seite beziehen sich dabei auf die Förderung der Realisierung einer Teilhabe an der Gesellschaft.

Aus dem dargestellten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und der Darstellung des Gegenstandes, der Aufgabe der Sozialtherapie, modifizieren sich die Handlungsebenen im professionellen System und es ergibt sich die Forderung nach einem neuen Verständnis und Konzept der Hilfen. Außerdem erfordert die Zuwendung zu einer Klientel, die durch alle psychosozialen Sicherungsnetze gefallen ist, allein schon spezifischere Beratungsmethoden.

Sozialtherapie hat das Nachreifen des Klienten zum Ziel, damit er mit sich und seiner Umgebung so zurecht kommt, dass selbst- und fremdschädigendes Verhalten in Zukunft vermieden wird. Sozialtherapie ist eine integrierende Hilfe. Sie hat die gesamte Person mit ihrer Bedürfnislage und ihren Kompetenzen im Blick. Sozialtherapie hat weiter zum Ziel, Menschen mit Persönlichkeitsstörungen in ihrer Lebenssituation zu helfen, sich in ihrer Form der Beziehungsgestaltungen zu entwickeln.

Geht man davon aus, dass die Hintergründe für das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen in der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung begründet sind, gilt es zunächst, Persönlichkeitsstile von -störungen zu unterscheiden:<sup>82</sup>

<b>Persönlicher Stil</b>	<b>Persönlichkeitsstörung</b>
gewissenhaft, sorgfältig	zwanghaft
ehrgeizig, selbstbewusst	narzisstisch
expressiv, emotional	hysterisch
wachsam, misstrauisch	paranoid
sprunghaft, spontan	Borderline
anhänglich, loyal	dependent
zurückhaltend, einsam	schizoid
kritisch, zögerlich	passiv-aggressiv
selbstkritisch, vorsichtig	selbstunsicher
ahnungsvoll, sensibel	schizotypisch

<sup>82</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 19



abenteuerlich, risikofreudig	antisozial, dissozial
------------------------------	-----------------------

Tab. 2: Persönlichkeitsstile und -störungen

Bisher wird in der Arbeit von Interaktionsschwierigkeiten im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen bei Persönlichkeitsstörungen gesprochen. Wendet man sich der betroffenen Person selbst zu und wie ihr Bild von sich selbst ist, welche Grundannahmen sie über sich selbst hat, können Rückschlüsse auf das Fremdbild gezogen werden. *Beck* und *Freemann* haben den typischen Störungsbildern ihre Grundannahmen und Strategien gegenübergestellt<sup>83</sup>, ohne eine Vollzähligkeit der Störungsbilder aufzuzeigen. So fehlt beispielsweise die Darstellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Anzumerken ist auch, dass Persönlichkeitsstörungen sich vermischen und reine Persönlichkeitsstörungsbilder sich eher selten darstellen. Man spricht dann von kombinierten Störungsbildern.<sup>84</sup>

<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>Grundannahmen</b>	<b>Strategien</b>
dependent	Ich bin hilflos.	Anhänglichkeit
selbstunsicher	Ich könnte verletzt werden.	Vermeidung
passiv-aggressiv	Man könnte auf mir herumtrampeln.	Widerstand
paranoid	Menschen sind potentielle Gegner.	Vorsicht
narzisstisch	Ich bin etwas Besonderes.	Selbstverherrlichung
histrionisch	Ich muss imponieren.	theatralisches Verhalten
zwanghaft	Fehler sind schlecht. Ich darf keine Fehler machen.	Perfektionismus
antisozial	Menschen sind dazu da, ausgenutzt zu werden.	Angriff

<sup>83</sup> Beck/Freeman: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen, 4. Aufl., Weinheim 1999, S. 22

<sup>84</sup> Beck/Freeman: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen, 4. Aufl., Weinheim 1999, S. 22

schizoid	Ich brauche viel Raum.	Isolation
----------	------------------------	-----------

Tab. 3: Störungsbilder

Betrachtet man die angewandten Strategien bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen lohnt sich für die Therapieplanung die Unterscheidung, welche Strategien über- bzw. unterentwickelt sind, wie sie *Beck* und *Freeman* aufgezeigt haben:<sup>85</sup>

<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>Überentwickelte Strategie</b>	<b>Unterentwickelte Strategie</b>
zwanghaft	Kontrolle Verantwortung Systematisierung	Spontanität Ausgelassenheit
dependent	hilfesuchendes Verhalten Anhänglichkeit	Selbstständigkeit Mobilität
passiv-aggressiv	Autonomie Widerstand Passivität Sabotage	Intimität Selbstsicherheit Aktivität Bereitschaft zur Zusammenarbeit
paranoid	Wachsamkeit Misstrauen Argwohn	Gelassenheit Vertrauen Anerkennung
narzisstisch	Selbstverherrlichung Konkurrenzverhalten	Teilen Gruppenidentifizierung
antisozial	Kampflust ausbeuterisches Verhalten Raubverhalten	Empathie Gegenseitigkeit soziale Sensibilität
schizoid	Autonomie	Intimität

<sup>85</sup> Beck/Freeman: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen, 4. Aufl., Weinheim 1999, S. 37

	Isolation	Gegenseitigkeit
selbstunsicher	soziale Verletzbarkeit Vermeidung Hemmung	Selbstbehauptung Geselligkeit
histrionisch	exhibitionistisches Verhalten Expressivität impressionistisches Denken	Reflektion Kontrolle Systematisierung

Tab. 4: Strategieentwicklung

Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen kann man aufgrund einer spezifischen Diagnostik die zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörungen mit ihren spezifischen Eigenschaften differenzieren.

Versucht man die Grundstrategien von Persönlichkeitsstörungen in ihrer Genese zu verstehen, ergibt sich die folgende Situation: Die Grundstrategien einer jeden Persönlichkeitsstörung ergibt sich aus der Summe des Selbstbildes, des Bildes, das man über andere hat, plus den dazugehörigen negativen Annahmen.

Die Grundlage eines möglichen sozialtherapeutischen Konzeptes bilden damit folgende Punkte:

1. Hilfen bei der Wahrnehmung individueller Bedürfnisse,
2. Hilfen bei der sozialen Interaktion mit der Umgebung, Umwelt,
3. Hilfeplanung,
4. Vernetzung der Hilfen durch „runde Tische“ sowie
5. Förderung der Eigenverantwortlichkeit des Klienten durch:
  - Förderung und Entwicklung persönlicher Ressourcen,
  - Förderung von Ichfunktionen

### 3.2.1 Hilfen bei der Wahrnehmung individueller Bedürfnisse

Wohnungslose sind ausgegrenzt und haben Schwierigkeiten mit der Teilhabe an der Gesellschaft. Sie sind arbeitslos, mittellos, ohne Wohnung, mitunter vorbestraft und abhängig. Diese Kriterien allein beschreiben den Begriff „randständig“, der, wie beschrieben, durchaus im erweiterten medizinischen Gebrauch als krank bzw. krankmachend bezeichnet werden kann. Die Unterbringung in einer stationären Einrichtung der Wohnungslosenhilfe stellt den Schlusspunkt einer langen Entwicklung dar. Diese Unterbringung ist konzeptionell so zu betrachten, dass sie einerseits als Ergebnis der Ausgrenzung steht, zum anderen aber auch den Punkt des Neuanfangs markiert.

Für die Behandlung und Begleitung dieser Personengruppe kommt erschwerend hinzu, dass sie erst nach einem langen Verlauf von Wohnungslosigkeit in das Hilfesystem eintritt. Aus diesem Grund müssen bei der Aufnahme der Klienten umfangreiche Hilfen angeboten werden, die den Klienten stabilisieren. Denn der Eintritt in ein stationäres Hilfesystem kann für den Hilfesuchenden erneut ein Inkonsistenz erzeugendes Schema auslösen, was sich durch den Abbruch der Therapie äußern kann. Hier kommt es darauf an, notwendige medizinische, juristische, monetäre oder ähnliche Probleme auf Seiten der Therapeuten wahrzunehmen und darauf einzugehen. An diesem Punkt der Betreuung steht die Beziehung zwischen Therapeut und Klient im Fokus der Betrachtung.

### **3.2.2 Hilfen bei der sozialen Interaktion mit der Umgebung, Umwelt**

Die stationäre Einrichtung, in der die Therapie angeboten wird, ist ein Mikrokosmos der Gesellschaft. In ihr spielen sich die Dramen und Freuden des täglichen Lebens ab. Der Klient erlebt intensiv Interaktion mit den dort lebenden und arbeitenden Mitmenschen und soll sich in diese Gruppe einfinden und sich integrieren.

Bei diesem Prozess werden motivationale Schemata, die inkonsistent vom Klienten selbst erlebt werden, von anderen Mitmenschen und von den Therapeuten wahrgenommen und bearbeitet, um die zugrundeliegenden Konflikte zu benennen und so Handlungsalternativen zur Lösung des Problems zu erarbeiten. In dieser Phase werden Kompetenzen und Belastungsfaktoren in der Realitätswahrnehmung und im zwischenmenschlichen Umgang deutlich, die als Diffe-

renzierungsfähigkeit zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung definiert werden.

### **3.2.3 Hilfeplanung**

Nach dem Einleben im neuen Lebensumfeld wird verbunden mit der Abklärung der Veränderungsmotivation des Klienten ein Hilfeplan erstellt, der den künftigen Therapieverlauf verbindlich aufzeigen soll. Der Hilfeplan berücksichtigt dabei die bestehenden Ressourcen sowie die Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten des Klienten. Eine Überforderung gilt es im Vorfeld wahrzunehmen und ihr entgegenzusteuern. Ein Scheitern wegen nicht erreichbarer Ziele verstärkt auf Klientenseite negative Schemata und erschwert jede weitere Therapie.

Günstig ist es, wenn alle am Therapieprozess beteiligten Berufsgruppen wie die Arbeitstherapeuten, die Hauswirtschaft, die Bezugstherapeuten aber auch Externe wie die Bewährungshilfe bei der Erstellung dieses Planes vertreten sind. Nach Erstellung des ersten Hilfeplanes muss dieser im Verlauf der Therapie je nach individueller Bedürfnislage ergänzt oder verändert werden.

Das mit dem Klienten gemeinsame Entwickeln des Hilfeplanes gibt diesem seine Verantwortung am Erfolg des Therapieprozesses zurück und fördert so die compliance zwischen Therapeut und Klient und wirkt so gegen Inkonsistenzschemata.

### **3.2.4 Vernetzung der Hilfen durch `runde Tische`**

Die Vernetzung der angebotenen Hilfen geschieht weitgehend im eigenen Haus. Erstrebenswert für eine Förderung der Selbstverantwortlichkeit ist es, wenn Klienten mit einer zusätzlichen Schuldenproblematik in externe Fachberatungsstellen vermittelt werden können. Diese jedoch sehen sich oft außerstande die Klienten beraten zu können und verweisen auf lange Wartelisten. Dabei ist anzunehmen, dass der Umgang mit Wohnungslosen als schwierig wahrgenommen wird, gilt die Klientel doch als wenig motiviert und durchhaltefähig. Vielmehr sollen die Einrichtungsträger selbst entsprechende Fachberatungen anbieten, um ein möglichst komplettes Hilfeangebot anbieten zu können. Inso-

fern muss man bei Sozialtherapie von der Notwendigkeit einer Binnenvernetzung sprechen.

### **3.2.5 Förderung der Eigenverantwortlichkeit des Klienten**

Bei der Förderung der Eigenverantwortlichkeit der Klienten ist zu bedenken, dass dieser Prozess der zentrale Therapieprozess ist und somit am konfliktreichsten ist. Hier prallen Motivation und motivationale Inkonsistenz als Konflikt häufig aufeinander. Die Lösung dieser Konflikte ist abhängig von der Belastbarkeitsgrenze zwischen Therapeut und Klient. Damit dieser Prozess nicht blockiert wird, ist eine regelmäßige Supervision für Therapeuten wünschenswert.

Die Förderung der Eigenverantwortlichkeit geschieht im sozialtherapeutischen Kontext durch die angebotene Tagesstruktur, wie z. B. gemeinsames Frühstück, Wohngruppendienste, Arbeitstherapie, Gruppen- und Einzeltherapie sowie der Besuch von Freizeitgruppen. Damit findet Sozialtherapie rund um die Uhr statt, was ein wesentlicher Unterschied zur allgemeinen Psychotherapie ist, die wöchentlich nur stundenweise angeboten wird. Die Frequenz des therapeutischen Settings in der Sozialtherapie stellt für den Klienten einen Belastungsfaktor dar, der zur Förderung von Eigenverantwortung führen soll. Andererseits kann dieser Anspruch durch eine Überforderung kontraproduktiv sein und zum Abbruch der Therapie führen. Beispielsweise können Ausgeh- oder Kontaktverbote auf Unverständnis auf Klientenseite stoßen, die dann zum Abbruch der Therapie führen können. Andererseits tragen sie bei Akzeptanz mit dazu bei, dass der Klient durch Einschränkungen erst eigene Schwierigkeiten erkennt, reflektiert und verändert.

Die Förderung persönlicher Ressourcen geschieht in der Sozialtherapie durch die Entwicklung spezieller Fertigkeiten, die einem sozial integrierten Erwachsenen zugeschrieben werden. Diese Fertigkeiten sind als Ressourcen zu verstehen. Sie sind schulübergreifend entwickelt worden. Ich nenne diese Fertigkeiten Sozialindikatoren. Sie haben Ähnlichkeiten mit dem Begriff der coping-Kompetenzen aus der Verhaltenstherapie bzw. mit den sog. Ich-Funktionen aus

der Psychoanalyse, die aber ein zu enges, wenig allgemeines Verständnis haben.

Der erste Sozialindikator ist die Realitätswahrnehmung. Eine Ressource ist sicherlich die Fähigkeit, sich in Ort, Zeit und Raum sicher bewegen zu können. Die Fähigkeit der Realitätswahrnehmung lässt den Menschen sich in seinen Möglichkeiten und Entwicklungspotentialen angemessen einschätzen. Eine angemessene Realitätswahrnehmung ist die Voraussetzung zur Entwicklung weiterer Sozialindikatoren.

Der zweite Sozialindikator ist die Selbst- und Fremdwahrnehmungsdifferenzierungsfähigkeit. Der Hintergrund dieses Indikators zielt auf die Wahrnehmung unterschiedlicher individueller Bedürfnisse und deren Akzeptanz ab und hilft beim Aufbau von Empathie und fördert die Einsichtsfähigkeit. Gerade im Bereich von Persönlichkeitsstörungen werden die unterschiedlichen Wahrnehmungsschwierigkeiten deutlich. In der Sozialtherapie soll ein Verständnis vermittelt werden, das das Anderssein von Menschen akzeptiert und als bereichernd erlebt. Der Indikator der Selbst- und Fremddifferenzierungsfähigkeit wird vor allem in personalen Konfliktbereichen, wo es um Umgang mit Gewalt geht, thematisiert und entwickelt. Dieser Indikator soll in der Therapie mit dazu beitragen, Antigewalteinstellungen zu entwickeln.

Den dritten Sozialindikator stellt die Affektkontrollfähigkeit dar. Dies meint die Steuerungsfähigkeit eigener Gefühle in dem Sinn, im eigenen Handeln von ihnen nicht abhängig zu sein. Die Fähigkeit zur Affektkontrolle impliziert die Kompetenz zum Durchhalten unliebsamer, aber notwendiger Tätigkeiten.

Dieser Indikator zielt auf Menschen ab, deren Leistungen stark emotional abhängig sind bzw. deren Lebensstrukturen emotional instabil sind, wie beispielsweise Angehörige einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Den vierten Sozialindikator bildet die Frustrationstoleranz. Die Fähigkeit, mit Enttäuschungen leben und umgehen zu können, gehört zur Alltagsbewältigung. Es gilt, Enttäuschungen zu akzeptieren und damit angemessen umgehen zu können. Im Bereich narzisstischer Störungen hat man es mit einer Überemp-

findlichkeit gegenüber Kritik, Ablehnung und vermeintlichen Ungerechtigkeitsgefühlen zu tun. Die Entwicklung von Frustrationstoleranz ist ein Indikator gegen weitere einschlägige Symptombildungen wie Alkoholorückfälligkeit, Gewalt etc.

Der fünfte Sozialindikator ist die Impulskontrollfähigkeit. Dies ist die eigene Steuerungsfähigkeit. Sie erfolgt gemäß der Entwicklung der Frustrationstoleranz. Die Impulskontrollfähigkeit soll die Einschlägigkeit des Handelns verhindern helfen. Beispielsweise soll der Impuls zur Gewalt oder zu ungehemmtem Konsum etc. neutralisiert werden.

Der sechste und letzte Sozialindikator ist die Antizipationsfähigkeit. Die Fähigkeit, vorausschauend planen zu können und die Folgen eigenen und fremden Verhaltens einschätzen zu können, rundet den theoretischen Kontext der therapeutischen Strategie ab.

Die Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Autonomie ist zunächst ein Prozess zwischen Therapeut und Klient, der vor allem aufgrund einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut und Klient geschieht. Er ist ein intimer Prozess, der durch mangelnde Sensibilität oder durch Überforderung verletzbar ist. Eine erfolgreiche integrative Sozialtherapie mit dem Ziel der Neuorientierung des Klienten vor allem in zwischenmenschlichen Bereichen ist die Voraussetzung für eine methodenorientierte Sozialtherapie. Erst dann lassen sich Symptome und deren Folgen dauerhaft für den Klienten wahrnehmen und verstehen, weil der Klient sich vom Therapeuten geschützt und verstanden fühlt. Dieses Verständnis ist notwendig, um sich auf die 'totale Therapie' überhaupt einlassen zu können. Therapeutenaufgabe ist es, diese Beziehung herzustellen und dem Klienten aufzuzeigen, wie sie gepflegt werden muss. *„Der Aufbau und Erhalt einer funktionierenden Therapeut-Patient-Beziehung wird für den Erfolg der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen als wesentliche Voraussetzung betrachtet.“*<sup>86</sup> Bei der Therapie von Persönlichkeitsstörungen geht es *„deshalb nicht so sehr ... Persönlichkeitsstörungen zu beheben, sondern auf die vorhan-*

---

<sup>86</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 442



*denen akzeptierbaren persönlichen Stile aufbauend neue Ressourcenbereiche zu erschließen.*<sup>87</sup> Das heißt, man beachtet bei einer auftretenden Symptomatik den dahinter liegenden Beziehungskonflikt. Überhaupt ist der Übergang zwischen einem persönlichen Stil und einer Störung fließend und nicht exakt darstellbar.

---

<sup>87</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 108

## Kapitel VI: Motivation der Klienten zu Beginn der Therapie

### 1 Aufnahmegründe

Wichtigster Grund für eine stationäre Aufnahme war bei allen Klienten die Wohnungslosigkeit. Ferner gab es folgende weitere Problemfelder: 12% der Befragten gaben an, aufgrund von Suchtmittelrückfällen nach erfolgreicher Therapie die Einrichtung aufgesucht zu haben. 8% hatten bereits mehrere Entwöhnungstherapien abgebrochen.

Die Befragten beschrieben ihre damalige Lebenssituation wie folgt:

- *„... ich hab ein Jahr draußen gelebt, war nass ...“*
- *„... hatte im Jahr davor vier Entgiftungen ... kam direkt aus der Psychiatrie ...“*
- *„...ich bin freiwillig gekommen. So ging es nicht mehr weiter. Ich bin ein extremer Mensch ... mit dem Konsum aufhören ... eine andere Vorstellung vom Leben haben ...“*
- *„Neuanfang oder Tod.“*

Andere befanden sich im Programm Therapie statt Strafe nach § 35 StGB. Deren Aufenthalt war nicht freiwillig, sondern von der Justiz vorgeschrieben. Wieder andere kamen unmittelbar aus der Haft in die Einrichtung. Aber auch die Trennung vom Lebenspartner oder eine finanzielle Überlastung waren im Einzelfall Gründe für eine stationäre Aufnahme. Als besondere Einzelfälle gelten die aus der Forensik beurlaubten Klienten. Darüber hinaus wurden Klienten aus Fachberatungsstellen aufgenommen.

Fasst man die vielen Aufnahmegründe zusammen, kristallisieren sich neben der Wohnungslosigkeit folgende weitere Problemfelder heraus:

1. Suchtmittelabhängigkeit,
2. Haftstrafen,
3. Psychiatrische Grunderkrankungen,
4. Materielle Armut,
5. Defizitäre Schul- und Berufsausbildung sowie
6. Einsamkeit.

Dabei stellt jedes einzelne Item für sich genommen schon eine besondere Belastung und Problematik dar. Klar ist, dass diese einzelnen Risikomerkmale in der Regel kombiniert auftreten und so zu einer erheblichen Verschlimmerung der Lebenssituation der Klienten beitragen.

Bei vielen der Befragten ist eine Form von Agonie feststellbar, die den therapeutischen Alltag erheblich erschwert. Die Gefahr der Agonie liegt darin, dass bei der Summe der Problemlagen immer wieder Gefühle der Resignation spontan bei den Klienten auftreten, die dann zu entsprechenden Impulssteuerungsverlusten sowie Suchtmittelrückfällen führen. Für die Therapeuten stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, mit welchem der vielen Probleme zu beginnen ist. Der Umgang mit den Klienten erfordert ein hohes Maß an persönlichen psychischen Ressourcen, um an den Anforderungen der Sozialtherapie nicht persönlich zu scheitern.

## **2 Erwartungshaltung**

Bei der Untersuchung der Gründe für die Heimaufnahme stellt sich auch die Frage nach den Erwartungen der Klienten an die Sozialtherapie im Haus Bruderhilfe. Viele von ihnen hatten bereits Erfahrungen mit Entwöhnungstherapien, waren schon einmal in Gefängnissen oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und werden oft als „Drehtürklienten“ bezeichnet. Die Frage nach der Erwartungshaltung an die Therapie zielt darauf ab, herauszufinden, wie motiviert die Befragten zum Zeitpunkt der Aufnahme gewesen sind.

Interessant ist, dass sich die Erwartungshaltungen vor allem auf die Vermittlung von Tagesstrukturen (20%), den Wunsch sein *„Leben wieder in den Griff zu kriegen“* (12%), abstinent zu leben (12%) sowie *„...wollte nur aus dem Knast heraus“* (8%) bezogen.

Weitere 36% der Befragten gaben an, zu Beginn der Therapie im Haus Bruderhilfe keine Erwartungen gehabt zu haben. Vielfach wurde in diesem Zusammenhang gar nicht verstanden, wer von wem was überhaupt erwarten darf sollte. Diese Interviewten hatten resigniert.

Die nachfolgenden Beispiele dienen der Veranschaulichung der Einstellung der Klienten: *„... ich war froh, nicht auf der Straße zu sein und nun versorgt zu werden, was sollte ich erwarten?“* Aber es gab auch Antworten wie diese: *„... mir war alles egal ...“* oder *„... wollte nur aus dem Knast raus.“* Interessant ist, dass sich diese Einstellung im Laufe der Zeit während der Therapie änderte. *„Am Anfang konnte ich mir nichts vorstellen. Erst im Verlauf der Therapie habe ich kapiert, worum es ging ... zurück ins Leben ... mehr Struktur.“*

Andere waren vollkommen erleichtert, hatten Hoffnung und eine Perspektive. Diese Tatsache fand ihren Ausdruck in Äußerungen wie: *„... endlich wieder Ausgang ... Wohnung ... Aufbau eines Freundeskreises ... Arbeit.“* Mit anderen Worten: die Erwartungen an die Therapie waren immens.

Ein wesentlicher, besonders zu berücksichtigender Aspekt war die von der Einrichtung geforderte Selbstverantwortung und Selbstständigkeit. Sie gaben Betroffenen die Hoffnung wieder, Herr über sich selbst zu sein. *„... Selbstständigkeit und Verantwortung; die Mischung aus Therapie und eigener Entscheidung war für mich ganz wichtig.“* Damit wird deutlich, dass viele der Befragten die Erwartung haben, in der Therapie als Erwachsener wahrgenommen und behandelt zu werden. Des Weiteren wurde der Schutzraum, den die Einrichtung bietet, angesprochen. In einem Fall beschrieb ein Befragter das Haus Bruderhilfe als *„... die Organisation ist der Rahmen, der Schoß, in dem ich glücklich war.“*

### **3 Ziele der Therapie**

Bei der Beantwortung dieser Frage sind Mehrfachnennungen möglich gewesen. Erwartungsgemäß hatten 44% der Befragten das Ziel einer späteren Wohnungsaufnahme. Es folgte der Wunsch nach Abstinenz bei 32% der Interviewten. 24% der Studienteilnehmer hatten die Aufnahme einer Berufstätigkeit zum Ziel.

Trotz aller sozialen Beeinträchtigungen hat das Thema Arbeit einen hohen Stellenwert bei den Befragten. Arbeit steht in direkter Verbindung zu den Themen Familie und Auto. Dies ist ein Indiz für den Wunsch nach Akzeptanz und Bürgerlichkeit oder nach Normalität. Hieran wird erkennbar, dass viele der Befragten sich ihrer Unterschiedlichkeit zum übrigen Teil der Gesellschaft sehr bewusst sind und bedauern, nicht daran teilhaben zu können.

Lediglich 8% der Befragten wollten den Kontakt zu ihrer Primärfamilie wieder herstellen. Etwa die gleiche Zahl der Befragten wollte einfach „... *ein neues Leben*“ beginnen, ohne konkret beschreiben zu können, wie dies aussehen sollte. Einige gaben an, sozial kompatibler werden zu wollen, indem sie selbstständiger werden mussten, „...*früher war ich ein Pascha. Hier musste ich alles neu lernen: kochen, waschen, bügeln.*“ Der Wunsch nach einem „*normalen Leben*“ ist groß und ist durch Bescheidenheit gekennzeichnet. „... *suche nach einem neuen Leben: Wohnung, Arbeit, Hund, neue Beziehung, Moped ...*“.

Bei der Frage nach den Zielen in der Therapie traten große Schwierigkeiten auf. Beispielsweise sagte einer der Befragten: „... *Ich hätte alles gemacht, was ihr gesagt habt. Ich selbst hatte ja gar keine Ziele oder Ahnung. Ich war doch total überfordert.*“

#### **4 Therapieerfahrungen**

Wie bereits erwähnt, sind einige der Befragten im übrigen Hilfesystem des Öfteren aufgetreten. Allein 72% der Befragten gaben an, an Entwöhnungsbehandlungen teilgenommen zu haben. Einer der Befragten führt an, 13 Jahre im System der Suchtkrankenhilfe verbracht zu haben („...*boah, es reicht.*“).

Die hohe Anzahl der im Vorfeld gescheiterten Hilfeversuche belastet die im Haus Bruderhilfe angebotene Sozialtherapie. Darauf müssen sich Therapeuten wie Klienten einstellen und ihre Erwartungen hinsichtlich der Therapieziele bedenken. Die Misserfolge in der Sozialtherapie drücken sich durch mangelnde

soziale und persönliche Eigenschaften und durch wiederholte Rückfälle der Klienten in ihre spezifischen Verhaltensfälle aus und belasten das therapeutische Verhältnis: den Klienten, aber auch den Therapeuten selbst.

## **5 Fazit**

Abschließend ist festzustellen, dass es sich bei den interviewten Klienten um eine motivierte Personengruppe handelt. Der Begriff Motivation ist aber niederschwelliger anzusiedeln, als er es beispielsweise bei Angehörigen einer weniger belasteten sozialen Schicht wäre. Die eher niedrigen Erwartungen erscheinen unter Berücksichtigung der Lebensnotlagen der Betroffenen angemessen und realistisch.

Fasst man zusammen, so fällt auf, dass ein Großteil der Befragten Therapieziele benennen kann. Über die Erreichbarkeit der Ziele ist damit noch nichts gesagt. Eine zu hohe Zielerwartung erweist sich als Belastung für die Sozialtherapie. Erst die Kombination der Items Erwartungen und Ziele im sozialtherapeutischen Alltag lassen zu hohe Ansprüche auf Seiten des Betroffenen erkennen und ein mögliches Scheitern wahrnehmen.

## Kapitel VII: Gesamtbewertung der Therapie durch die Klienten

### 1 Positive Erfahrungen

Die Fragestellung zu diesem Themenkomplex war zweigeteilt. Zuerst wurden die Befragten nach ihren positiven Erfahrungen mit der Sozialtherapie und den Therapeuten interviewt. Anschließend wurden negative Aspekte der Sozialtherapie näher beleuchtet.

Auf die Frage, welche positiven Erfahrungen die Befragten mit der Therapie im Haus Bruderhilfe gemacht haben, stellte sich eine positive Beziehung zum Therapeuten als besonders wichtiges Kriterium für die Therapie heraus. 32% der Befragten betonten die Wichtigkeit des Bezugstherapeuten als Vertrauensperson. 20% der Interviewten lobten insbesondere die tatkräftige Unterstützung ihrer Therapeuten und deren elterliche und verständnisvolle Art. Dabei war das Ernst-genommen-Werden von Seiten des Therapeuten von ebenso großer Wichtigkeit. Die *„Therapeuten haben mich ernst genommen, als Mensch behandelt, akzeptiert und geachtet.“*

Die Therapeuten wurden auch als Schutz vor *„Entblößung in der Gruppe“* wahrgenommen. Dies hatte zur Folge, dass die Befragten sich trauen konnten, *„Fehler zu machen, sich zu erproben.“* Diese Möglichkeiten förderten die Motivation der Befragten, wieder aktiv an Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien zu arbeiten. Es wurde von Seiten der Befragten betont, dass sie an Lebenssicherheit, an Selbstbewusstsein gewonnen hätten, was sich unter anderem darin ausdrücke, *„... ordentlicher geworden zu sein ... eine frühe Verselbstständigung erreicht zu haben und mit Suchtdruck besser umgehen zu können.“*

12% der Befragten berichteten, dass sie eine völlige Abstinenz einhalten. Einer erzählte von einer persönlichen Glaubenserfahrung mit christlichem Bezug.

Fast ebenso wichtig und unterstützend fanden 28% der befragten Klienten die angebotenen Tagesstrukturen. Auf diesen Aspekt wird an anderer Stelle dieser Arbeit wegen weiterer inhaltlicher Bezüge näher eingegangen. Zusammenfassend kann man sagen, dass die angebotenen differenzierten Tagesstrukturen einen positiven Einfluss auf die Therapie haben.

Die im Haus Bruderhilfe angebotene Therapie wurde als „*lebensnah*“ bezeichnet. Die Lebensnähe der auf die Bedürfnisse des Individuums ausgerichteten Sozialtherapie ist ein wesentliches Kriterium, an dem sich die Einrichtung messen lassen möchte. Ebenfalls positiv bewertet wurde, dass „*man bei Rückfällen nicht sofort rausgeschmissen wurde.*“

Das therapeutische Klima im Haus Bruderhilfe wurde insgesamt positiv bewertet.

## **2 Negative Erfahrungen**

Auf die Frage nach negativen Erfahrungen in der Therapie gaben mehr als drei Viertel der Befragten - nämlich 76% - an, Probleme mit der angebotenen Sozialtherapie gehabt zu haben. Im Gegensatz dazu gaben 24% der Klienten an, sich an negative Begebenheiten nicht erinnern zu können bzw. solche nicht wahrgenommen zu haben.

Am negativsten empfanden 73% der Befragten die Gruppentherapie. Betrachtet man die Sympathiewerte der Therapeuten, dann wurden diese für den Verlauf der Gruppentherapien nicht verantwortlich gemacht, sondern mehrheitlich die jeweiligen Gruppenkollegen. Man beschrieb sich untereinander immer wieder als schwierig, weil es einen großen Teil nicht abstinenten Klienten im Haus gegeben habe, mit dem man in der Wohngemeinschaft umzugehen hatte. Dabei wurde der Spagat beschrieben, einerseits den Regeln der Einrichtung zu folgen, weil man abstinent sein wollte, auf der anderen Seite hatte man die durch



die vielen Gefängnisaufenthalte bekannte Regel zu befolgen, niemanden von der Wohngruppe an die Therapeuten zu verraten. Ein Widerspruch, der bis heute ungelöst ist. *„Die Leute haben weiter konsumiert. Ich war noch gar nicht genug gefestigt ... will clean sein und gleichzeitig Kollege zu den anderen. Das war sehr nervend und hat mich gefordert, aber mein Wille war stärker.“*

Die Milieubindung innerhalb der Gruppe sowie die Problematik auf Seiten der Therapeuten, nicht richtig hinzusehen und nicht wahrhaben zu wollen, was in den Wohngruppen und in der Gruppentherapie Negatives passiert, wurde den Therapeuten mehrheitlich zur Last gelegt:

- *„... mehr Aufmerksamkeit und Führung wäre wichtig gewesen.“*
- *„... die Therapeuten wirkten überfordert.“*
- *„... die Schwächeren wurden von den Stärkeren ausgenutzt, das haben die Therapeuten gar nicht mitbekommen.“*
- *„... die Therapeuten haben den Überblick verloren. Es wurde zu wenig auf die Leute eingegangen. Betreutes Konsumieren!“*

Die Krisen in den Wohngruppen waren vermehrte Suchtrüpfälle oder Diebstähle. Die Bedeutung dieser Rückfälle für einzelne Bewohner wurde wie folgt beschrieben:

- *„... häufige Rückfälle und Streit, das zieht einen runter.“*
- *„Die Rückfälle der anderen hatten für die Übrigen fast immer zur Folge, dass sie ebenfalls unter Suchtdruck gerieten.“*
- *„... ein cleaner Rahmen war das hier nicht.“*

Aber auch der Tod eines Mitbewohners durch Drogenkonsum in der Einrichtung wurde als negatives Ereignis erinnert.

### **3 Verbesserungsmöglichkeiten**

Um ein möglichst umfassendes Bild über die Qualität der Sozialtherapie zu erlangen, wurden die Teilnehmer der empirischen Studie nach Verbesserungsmöglichkeiten in der Sozialtherapie gefragt.

Verbesserungsmöglichkeiten sahen 84% der Befragten. Mit „nein“ antworteten 4% und weitere 12% der interviewten Personen sahen zwar Verbesserungsbedarf, konnten jedoch keine konkreten Verbesserungsmöglichkeiten benennen. „... *da kann ich nicht mehr mitreden. Die sind doch heute ganz anders: viel schlimmer, gar nicht therapierbar ... die verwechseln Haus Bruderhilfe mit einer JVA.*“ Andere schlugen vor sich doch besser um eine andere Klientel zu kümmern.

Bei der Beantwortung dieser Frage wurde viel Verständnis für die schwierige Situation der Therapeuten vorgebracht. Gleichsam so, als ob es peinlich oder undankbar wäre, kritisch über die Vorgehensweise der Einrichtung zu berichten. Bei der Befragung entstand das Gefühl, dass die Kritik als eine Art „Nestbeschmutzung“ und damit als „Verrat“ an den Therapeuten aufgefasst wurde. Hier findet sich die innere Regel aus dem Gefängnis wieder, niemanden öffentlich zu kritisieren. Genauso wie man auch einen Rückfälligen nicht an die Therapeuten „verpfeift.“ Erst die Versicherung, dass die Befragung zum Ziel hat, die Sozialtherapie weiterzuentwickeln und dass die vorangegangene Therapie deshalb nicht schlecht gewesen sein muss, nur heute so nicht mehr gültig sei, ließ die Bereitschaft zur offenen Auseinandersetzung zu.

Ein Teil der Befragten forderte mehr Disziplin und Sanktionen. „... *Härte muss sein.*“ Ein anderer Teil der Klienten plädierte für ein noch höheres Verständnis für den Einzelnen und seine Lebenssituation.

Als Verbesserungsvorschläge wurden unter anderem die nachstehenden Angaben gemacht:

1. Einführung von Fachgruppen,
2. Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit der Therapeuten,
3. sich mehr um den Einzelnen kümmern,

4. mehr loben,
5. mehr Suchtcompetenz auf Seiten der Therapeuten,
6. Aufnahme anderer Klienten,
7. Aufnahme nur nach vorheriger Entgiftung,
8. mehr Führung zeigen, Transparenz und Aufbau neuer Strukturen sowie
9. mehr Konsequenz.

#### **4 Ergänzungen der Therapie**

Der überwiegende Teil der Befragten - nämlich 72% - sahen bzgl. des Therapieangebotes einen Ergänzungsbedarf. 28% der interviewten Klienten verneinten die Frage nach möglichen Ergänzungen des Therapiekonzeptes. Diese Rückmeldungen sind keineswegs als eine Verweigerungshaltung zu sehen, sondern vielmehr als ein Hinweis darauf zu verstehen, wie schwierig die Frage nach Angeboten der Bedürfnisbefriedigung von ihnen zu beantworten ist. Ein Beispiel in diesem Zusammenhang: *„Ich hatte keine Vergleichsmöglichkeiten, aber die Bewohner waren sehr schlimm und verschlagen.“*

Einen genaueren Überblick über mangelnden Hilfen verschafft die folgende enumerative Darstellung:

1. zu wenig Lob und Ermutigung,
2. zu wenig Zeit für den Einzelnen,
3. fehlende Fachkompetenz der Therapeuten,
4. fehlende Abstinenz („Konsum im Haus war Scheiße“),
5. zu wenig Strenge und Konsequenz sowie
6. zu wenige Freizeitangebote.

#### **5 Fazit**

Fasst man die positive und negative Kritik der ehemaligen Klienten des Haus Bruderhilfe zusammen, dann wird einerseits der persönliche Umgang des einzelnen Therapeuten mit den Klienten gewürdigt. Jeder für sich hatte eine gute Performance. Für das Kollektiv gab es jedoch heftige Kritik.

Andererseits hat ein großer Teil der Befragten durch die angebotene Therapie persönliche Erfolge erreicht.

Das Ergebnis der Befragung im vorstehend analysierten Therapiebereich gibt ausreichend Anlass für folgende Fragestellungen:

1. Warum wird im sozialtherapeutischen Kontext die jeweilige Wohngruppe als Therapiegruppe angesehen?
2. Wäre es nicht besser, das Wohntraining getrennt vom gruppentherapeutischen Setting zu sehen?
3. Warum gibt es keine spezifischen Fachgruppen, wie z. B. Delikt- und Suchtgruppen?
4. Wie viel Schutz muss den übrigen Bewohnern bei Rückfällen anderer gegeben werden?
5. Wie geht man mit „mafiösen“ inneren Regeln, Konflikte nicht offen auszutragen, optimalerweise um?

Die offenen Fragen geben den Anstoß, die bisherige Konzeption auf ihre Wirksamkeit und Aktualität hin zu hinterfragen; dann, wenn denn der Schutz des Einzelnen ein wesentlicher Teil der Sozialtherapie überhaupt ist.

Um der Bedeutung der Fragestellung besser Rechnung tragen zu können, habe ich auch die Therapeuten der Einrichtung unter anderem zu ihrer Einschätzung bzgl. der Wirksamkeit der angebotenen Sozialtherapie befragt. Die Ergebnisse dieser Erhebung werden in einem späteren Teil der vorliegenden Arbeit dargestellt, um ein abschließendes Fazit ziehen können.

## Kapitel VIII Einzelgespräche in der Therapie

Sowohl im sozialtherapeutischen Setting als auch in der Psychotherapie besteht Konsens über die Bedeutung der therapeutischen Beziehung. In der humanistischen Psychologie ist es *Carl Rogers* gewesen, der Therapeutenvariablen beschrieb, die dem Patienten oder Klienten helfen sollen, ein Problem wahrzunehmen, sich ihm zu öffnen und sich mit ihm auseinanderzusetzen. Diese Variablen heißen auf Therapeutenseite:

1. Akzeptanz,
2. Empathie und
3. Kongruenz.

Aktueller beschreibt *Sachse* die Haltung des Therapeuten zum Klienten oder Patienten: *„Es ist wichtig, beim Umgang mit persönlichkeitsgestörten Klienten als Therapeut eine bestimmte persönliche Haltung einzunehmen. Die Haltung des Therapeuten sollte implizieren, dass er sich bemüht, sein Bestes zu tun und sich komplementär wie konfrontativ zu verhalten, um dem Klienten die Chance für eine konstruktive Veränderung zu geben.*

*Aber die Haltung des Therapeuten sollte nicht implizieren, Verantwortung dafür zu übernehmen, ob der Klient die therapeutischen Angebote nutzt oder nicht. ... Ob der Klient sich dann entscheidet, sie anzunehmen oder nicht, liegt nicht mehr im Verantwortungsbereich des Therapeuten! Das ist allein die Sache des Klienten. Daher endet hier der Einflussbereich und der Verantwortungsbereich des Therapeuten.*

*Therapeuten, die dennoch Druck auf den Klienten ausüben, er müsse sich ändern, verhalten sich eindeutig grenzüberschreitend und untherapeutisch! Sie erzeugen damit nur Reaktanz! Im Grunde geht sie (die Therapeuten) die Entscheidung des Klienten, sein Verhalten zu ändern oder nicht, nicht das geringste an. Es ist allein die Entscheidung des Klienten, die der Therapeut zu akzeptieren hat, egal ob er sie gut findet oder nicht.*

*Diese Haltung ist sehr wesentlich, denn sie respektiert den Klienten als Person und bewahrt den Therapeuten davor, von Klienten als 'Retter' oder 'Erlöser' gesehen zu werden.<sup>88</sup>*

*Fiedler widerspricht der soeben geschilderten neutralen Bedeutung der Rolle des Therapeuten. Er schreibt dem Therapeuten eine Vorbildfunktion des Hoffens für den Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung zu. „Wenn man für einen Menschen hofft, dann ist man an dessen Schicksal zumindest in dem Moment der Therapie beteiligt und nicht außen vor.“<sup>89</sup> Der Verdienst Sachses liegt darin, dass er mit seiner Forderung an die Haltung des Therapeuten diesen vor Selbstüberschätzung, vor Omnipotenzgefühlen und damit vor einem Burn out schützen kann. In der Sache treffender beschreibt Fiedler den erfolgreichen Umgang mit Menschen: „... erfolgreiche Therapeuten. Dieser wichtige Erfolgsprädiktor besagt: Hohe Erfolgszahlen bei den ansonsten schwierig zu behandelnden Patienten scheinen in erheblichem Ausmaß davon abhängig zu sein, wie sehr ein Therapieoptimismus von den Therapeuten in den sozialtherapeutisch mit delinquenten Patienten arbeitenden Einrichtungen nach innen und außen vertreten ist. Kurz: Wenn die Therapeuten selbst am Erfolg ihrer Tätigkeit zweifeln, sind sie weniger effektiv.“<sup>90</sup>*

*„Optimistische Therapeuten versuchen nämlich nicht primär, die Betroffenen zu verändern. Sie versuchen vielmehr - trotz der zum Teil brutalen Kriminalität der Betroffenen - so etwas wie eine Haltefunktion zu erreichen. Dies trachten sie zu erreichen, indem sie die Kriminellen motivieren, mit ihnen zusammen auf einer Seite zusammenzuarbeiten. Und das heißt: gemeinsam gegen widrige Lebensumstände, gemeinsam gegen zwischenmenschliche Krisen. Oder, was häufig*

---

<sup>88</sup> Sachse, R.: Persönlichkeitsstörungen verstehen, 1. Aufl., Bonn 2010, S. 57

<sup>89</sup> Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen, 6. Aufl., Weinheim, Basel 2007, S. 303

<sup>90</sup> Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen, 6. Aufl., Weinheim, Basel 2007, S. 303

*unter der Überschrift 'Antiaggressionstraining' angestrebt wird, gemeinsam mit den Kriminellen gegen kriminelle Handlungen vorzugehen; was etwas anderes ist, als gegen die Person des Straftäters zu sein.“<sup>91</sup>*

Zu ergänzen ist an dieser Stelle, dass der Therapeut sich bemühen muss, alles, was der Klient ihm anvertraut, in der Bedeutung sowohl für den Klienten als auch für mögliche Opfer zu erfassen, um zu einem gemeinsamen Verständnis zu gelangen. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Verstehen nicht Billigung bedeutet.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Schwierigkeiten in einer therapeutischen Beziehung durch die Einbeziehung weiterer Therapeuten abgemildert werden können. Das ist ein wesentlicher Unterschied zwischen dem stationären und dem ambulanten Hilfesystem.

### 1 Positive Aspekte

Für 84% der Befragten waren die persönlichen Gespräche mit den Therapeuten am wirkungsvollsten von allen angebotenen Hilfen.



Abb. 10: Einzelgespräche in der Therapie

---

<sup>91</sup> Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen, 6. Aufl., Weinheim, Basel 2007, S. 303

Im Verlauf der Gespräche ging es unter anderem um die Aufarbeitung individueller Themen aus der Vergangenheit, wie z. B. Trauer, Scheidung, Sucht sowie darum, Bewältigungsstrategien für die individuellen Problemlagen zu entwickeln, aber auch um die Qualität der Beziehung zum Therapeuten.

20% der Interviewten gaben an, dass ihnen die angebotenen Gespräche immer gut getan hätten. Weitere 12% differenzierten die Wichtigkeit der Einzelgespräche genauer und gaben an, dass die Gespräche immer dann hilfreich gewesen wären, wenn man diese von sich aus gesucht habe. An dieser Stelle wird die Differenzierungsfähigkeit einiger Befragter deutlich, wenn es darum geht, die Eigenverantwortung für den Therapieverlauf anzunehmen.

## 2 Negative Aspekte

16% der Befragten waren mit den Ergebnissen der Einzelgespräche nicht zufrieden. Diese Klienten sind für eine Weiterentwicklung der sozialtherapeutischen Konzeption von besonderer Bedeutung. Sie äußerten u. a. die folgenden Kritikpunkte:

1. *„... die Sprache der Therapeuten ist oft unverständlich. Die Worte von der Uni werden auf der Straße nicht verstanden ... was ist das größte Ereignis gewesen? Ich wusste gar nicht, was ein Ereignis ist. Ich geh dann raus und nicke mit dem Kopf.“*
2. *„... ich war skeptisch und distanziert, habe immer nur gefilterte Infos gegeben.“*
3. *„Ich wurde unter Druck gesetzt.“*
4. *„... die waren doch gar nicht regelmäßig. Die Therapeuten hatten doch gar keine Zeit.“*
5. *„Der hatte doch gar kein Interesse an mir.“*
6. *„Die Chemie stimmte nicht.“*
7. *„Ich habe viel zu viele Gespräche gehabt. Die Gespräche driften in Belanglosigkeit ab. Ich habe oft auf Fragen routiniert geantwortet. Die Therapeuten wollten mich kontrollieren. Aber ich hab die auch oft hinters Licht geführt.“*



### 3 Verbesserungsmöglichkeiten

Betrachtet man die kritischen Stimmen genauer, wird deutlich, wie wichtig der Beziehungskontext zwischen Therapeut und Klient ist. Diese Beziehung war dann wechselseitig gestört, wenn Misstrauen zwischen Therapeut und Klient bestand. Dieses Misstrauen ist von den Klienten wahrgenommen worden. Gleichzeitig fühlten sie sich nicht wichtig genommen.

### 4 Fazit

Die Problematik, dass die Therapeuten die Gefühls- oder Bedürfnislage der Klienten teilweise nicht wahrnehmen, ist ein wichtiger Kritikpunkt, den es näher zu betrachten gilt.

In diesem Zusammenhang werden Gegenübertragungsreaktionen von den Klienten beschrieben, wie sie im Berufsalltag professioneller Hilfen passieren und von zentraler Bedeutung sind, aber auf Seiten der professionellen Hilfe teilweise nicht wahrgenommen werden. Das ist unprofessionell.

Zum Thema `Gesprächsfördernde Haltungen auf Seiten des Beraters` verweise ich auf die umfangreichen Arbeiten zum Beispiel von *Carl Rogers* auf amerikanischer Seite bzw. von *Tausch* und *Tausch* für den deutschsprachigen Raum. Auch bei der Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie oder der Psychoanalyse wurde das Thema `Einstellungen des Beraters` berücksichtigt.

Kurz zusammengefasst lauten die Beratervariablen:

- Akzeptanz,
- Empathie und
- Kongruenz.

Kritisch sei angemerkt, dass diese Beratereinstellungen im Betreuungsalltag nicht immer einzuhalten ist. So muss das Personal zum einen Regeln einhalten. Zum anderen verhindert die vielfache Dissozialität auf Klientenseite eine Umsetzung der theoretischen Erkenntnisse. Die Klienten beschrieben im Verlauf der Befragungen auch ihre eigenen negativen Haltungen gegenüber den Therapeuten der Einrichtung.

Gleichzeitig zeigt die von den Befragten geäußerte Kritik, dass nicht ausschließlich die positive persönliche Beziehung zu einem Bezugstherapeuten ausschlaggebend für einen Therapieerfolg sein muss. In einem stationären Hilfesystem scheint es über das Bezugstherapeutensystem hinaus hilfreiche therapeutische Strukturen zu geben, wie die Einrichtung selbst bzw. die weiteren angebotenen Hilfsprogramme, z. B. Wohngruppenarbeit, Tagesstrukturen, aber auch andere Therapieteilnehmer sowie professionelle Helfer z. B. im Bereich der Hauswirtschaft etc.

Diese Erkenntnis lässt den Rückschluss zu, dass ein differenziertes stationäres sozialtherapeutisches Hilfesystem in Einzelbereichen Schwächen aufweisen darf, weil diese von anderen Betreuungsbereichen kompensiert werden können. Voraussetzung hierfür ist eine Transparenz zwischen den differenziert angebotenen individuellen Hilfen durch gemeinsame Fallreflexion auf der professionellen Seite. Dies geschieht in der Regel durch externe Supervision, wie sie auch in der untersuchten Einrichtung regelmäßig angeboten wird.

## Kapitel IX Gruppentherapie

Die Gruppentherapie findet in der untersuchten Einrichtung zweimal wöchentlich statt. Sie hilft den Klienten wahrzunehmen, dass sie mit ihren Problemen nicht allein sind. Das schafft ein Gefühl von Solidarität untereinander. Die Gruppe selbst ist ein kleines Abbild von der Lebenswirklichkeit außerhalb der Einrichtung. Hier bilden sich die gleichen Stressoren, Freude etc. ab wie in der Gesellschaft. Das macht die Gruppe sehr realitätsnah für das Erlernen der von mir beschriebenen Sozialindikatoren. *Fiedler* beschreibt „den sozialen Mikrokosmos als wesentliche therapeutische Funktion“.<sup>92</sup>

Gleichzeitig hat die Gruppentherapie zum Ziel, die Betroffenen zu Experten ihrer selbst werden zu lassen. Damit hat die angebotene Gruppentherapie eine weitere Funktion, nämlich die der psychoedukativen Gruppe. „Sie vermittelt neue Wege zwischenmenschlicher Interaktion, des menschlichen Umgangs mit Stresserfahrungen und Selbstkontrolltechniken. Weiter lernen die Patienten Fertigkeiten zur Verbesserung der Spannungstoleranz, zur Emotionsregulierung sowie die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das momentane innere Erleben.“<sup>93</sup>

Darüber hinaus kann die Methode der „interaktionell psychodynamischen Gruppentherapie für Klienten, die an Beziehungen mit anderen zu arbeiten und neue

---

<sup>92</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 206

<sup>93</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 103 f.

*Möglichkeiten einer Offenheit gegenüber emotionalen Erfahrungen zu erproben wünschen ... von besonderem Nutzen sein.“<sup>94</sup>*

Sozialtherapeutische Gruppensettings, gleich welcher Schulzugehörigkeit „ermöglichen als Übungsfeld die kontinuierliche Einübung zwischenmenschlicher Kompetenzen und Konfliktlösungsstrategien. In dieser Funktion wird die Gruppe als sozialer Mikrokosmos betrachtet, in dem durchgängig Interaktionsformen stattfinden, die der alltäglichen Beziehungsgestaltung sehr nahe kommen. Konflikte und Konfliktlösungsversuche können durch Therapeuten in stützender Form gesteuert werden.“<sup>95</sup>

Ferner spricht ein weiterer Aspekt für den Einsatz der Gruppentherapie. Gruppentherapien „ermöglichen in besonderer Weise die Möglichkeit der Reflektion persönlicher Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten ... In ihr lassen sich wiederholt besondere Formen der existentiellen Einsicht in unabgeschlossene Erfahrungen beobachten und behandeln, ... die gerade in der Gruppe als soziale Situation in besonderer Weise angereichert und bereichert werden können, zum Beispiel durch Feedback und Rückmeldungen anderer Gruppenteilnehmer, durch Modelle, die andere Gruppenmitglieder für ähnliche Probleme und Entwicklungen abgeben, oder auch durch die Möglichkeit, in der Gruppe therapeutisch eine wechselseitige Hilfe und Unterstützung anzuregen.“<sup>96</sup>

Der Ausdruck „Gruppentherapie“ ist unglücklich, weil nicht die Gruppe im Focus des therapeutischen settings steht, sondern der Einzelne in der Gruppe den Focus erhält. Die Gruppentherapie ersetzt nicht die notwendige Einzeltherapie.

Darüber hinaus sind weitere Fragen bzgl. des Settings zu stellen. Inwieweit beeinflusst der durch dissoziale Klienten erzeugte Konformitätsdruck negativ die persönliche Entwicklung des Einzelnen?

---

<sup>94</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 205

<sup>95</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 205

<sup>96</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 206

Ferner setzen sich die Therapiegruppen aus Mitgliedern einer Wohngruppe zusammen. Hierbei handelt es sich um einen Umstand, der im Verlauf der folgenden Arbeit kritisch zu hinterfragen ist, weil es keine Trennung zwischen Alltag und Therapie gibt und sich die Gruppenmitglieder beispielsweise nach den Therapieeinheiten nicht aus dem Weg gehen können.

Gegenstand der Gruppenzusammenkünfte sind u. a. die gemeinsamen Erlebnisse der Klienten in der Wohngruppe, wie z. B. Reinigung, Ordnung, Freizeit und Arbeit, aber auch die individuellen Probleme und Konflikte untereinander. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf Abstinenz, Ehrlichkeit und Verbindlichkeit gerichtet.

Das Ziel der Gruppenzusammenkünfte besteht darin, mit der Gruppe insgesamt sowie mit den Einzelnen die Ziele der Therapie im Sinne einer Veränderungsnotwendigkeit zu ermitteln und anzugehen. Dabei soll die vorgeschriebene Einhaltung der Regeln der Hausordnung helfen, die im Therapievertrag beschrieben und vom Klienten akzeptiert und unterschrieben worden sind.

## **1 Positive Erfahrungen**

60% der befragten Klienten bewerteten die Gruppenzusammentreffen positiv. Gefragt nach dem Sinn der Gruppenzusammenkünfte wurden vor allem die soziale Funktion und die Wichtigkeit von Regeln angeführt. Aber auch persönliche Veränderungen wurden wahrgenommen. Vor diesem Hintergrund sind die Gruppentreffen mehrheitlich als ein wichtiges Therapieinstrument akzeptiert. Die Klienten berichteten von den folgenden positiven Erfahrungen:

- *„Die Gemeinschaft war sehr gut.“*
- *„... habe gemerkt, dass ich nicht alleine bin.“*
- *„... sehr sinnvoll ... wollte anderen beistehen.“*
- *„... habe Regeln gelernt, die wir im Wohntraining probiert haben ... wie Krisen wahrnehmen und klären ...“*
- *„Die fand ich irgendwo immer spannend.“*
- *„... wie in der Familie.“*

- *„Ich bin weniger aggressiv geworden.“*
- *„... hilfreich im Sinne einer Ordnungsstruktur und nur so ...“*

## **2 Negative Aspekte**

40% der befragten Klienten kritisierten zum Teil erheblich die Art und Weise der Gruppentherapie im Haus Bruderhilfe und indirekt auch die Gruppentherapeuten.

Am häufigsten wurde das Verhalten der Gruppenmitglieder untereinander gerügt. 48% der Interviewten, die sich negativ über die Gruppentherapie äußerten, kritisierten das Lügen der Gruppenmitglieder bei den Zusammenkünften, insbesondere bei Suchtmittelrückfällen.

- *„Es ging nur um Reinigung und Rückfälle.“*
- *„Alle waren drauf.“*

Aber auch die Inhalte sowie die Leitung der Gruppenzusammenkünfte standen in besonderer Kritik. Dies soll durch die nachstehenden Beispiele veranschaulicht werden:

- *„... das war hard core ... da gab es Unterstellungen von Klienten bis hin zum Rufmord.“*
- *„Die haben sich gegenseitig in die Tasche gelogen.“*
- *„In der Wohngruppe werden von den Bewohnern alle Regeln auf den Kopf gestellt.“*
- *„Die Themen waren an unserer Wirklichkeit vorbei.“*
- *„In den ersten Monaten gab es für mich keine Chance, ernsthafte Gespräche zu führen, weil ich Angst als Außenseiter hatte.“*

Das zuletzt aufgeführte Zitat verdeutlicht, dass der soziale Druck innerhalb der Gruppe sehr groß sein kann und dass der Einzelne sich dem Konflikt ausgesetzt sieht, entweder den informellen Regeln der Gruppe zu folgen oder den Regeln des Hauses nachzukommen. Dies ist ein von den Klienten wiederholt

beschriebenes Problem. Sie sprechen von einem „*Vertrag*“ zwischen ihnen, der die Regeln des Hauses außer Kraft setzt. Man wisse schließlich nie, wann und wo man sich wieder begegne, und das könne dann für einen selbst schlimm enden.

In diesem Zusammenhang sahen die befragten Klienten die Schwierigkeit darin, dass sie nicht ausschließen könnten, das Therapieziel der dauernden Abstinenz nicht erreichen oder halten zu können bzw. erneut straffällig zu werden und dann in einer möglichen Haftsituation auf einen ehemaligen Klienten des Haus Bruderhilfe zu treffen.

Festzustellen bleibt, dass die Inhalte der Gruppengespräche als belastend empfunden wurden.

Besonders kritisch sei der Umstand, dass intoxikierte Gruppenmitglieder an den Zusammenkünften teilnehmen konnten und dass dies vom Therapeuten nicht wahrgenommen und angesprochen worden sei bzw. zu Konsequenzen führte. *„... dass lallende Gruppenmitglieder an den Gruppensitzung teilnehmen durften ... Das hätte auffallen müssen und bearbeitet werden müssen. Die haben da weggeguckt.“*

Aber auch Klarheit bei der Durchführung der Gruppenzusammenkünfte wurde vermisst.

- *„... oft habe ich die Themen nicht verstanden oder gewusst, was man von mir wollte.“*
- *„Die sollten mal Deutsch lernen.“*

Auffallend ist, dass die Bewertung des Bezugstherapeuten unterschiedlich ausfällt, je nach wahrgenommener Therapeutenfunktion. Während die Einzeltherapeuten überwiegend positiv bewertet wurden, gab es bei der Beurteilung der Gruppentherapeuten negativere Kritiken. Immer wurde die Barriere „Sprache“ von den Klienten kritisiert.

### **3 Verbesserungsmöglichkeiten**

Da das Thema `Gruppentherapie` in der Reflektion mit den Befragten sehr kritisch beurteilt wurde, sollte die Frage nach potentiellen Verbesserungsmöglichkeiten das Ergebnis der Kritik validieren. Bei der Beantwortung dieser Frage kam es zur Bestätigung der zuvor dargestellten Kritik.

Eine deutliche Mehrheit der Befragten von 64% konnten sich Verbesserungen in den Gruppenstunden vorstellen und sahen die Notwendigkeit der Gruppe als therapeutisches Mittel ein. 12% waren pessimistisch und sahen keinerlei Verbesserungsmöglichkeiten. 24% sahen sich außer Stande, Alternativen aufzuzeigen. Somit war der Bezugsrahmen auf 64% beschränkt.

Die am häufigsten genannte Verbesserungsmöglichkeit ist die frühzeitige Wahrnehmung von Rückfällen.

- *„... Therapeuten müssen sehen, was auf der Gruppe abgeht!“*
- *„Teilnehmer müssen clean sein.“*

Aber auch die Forderung nach mehr Strenge im alltäglichen Umgang mit den Klienten wurde immer wieder geäußert. Dabei hat der Therapeut klar in seinen Anweisungen zu sein und unangemeldet die Zimmer der Klienten zu kontrollieren. Unüberhörbar ist Forderung nach mehr Schutz durch die Therapeuten vor einzelnen Gruppenmitgliedern.

Gleichzeitig wurde der Wunsch nach Gemeinschaft untereinander deutlich. Mehr Nähe zum therapeutischen Personal sowie die Schaffung einer guten Atmosphäre waren den befragten Klienten ebenfalls wichtig.

Zudem wurde angeregt, dass Klienten unter Berücksichtigung ihrer Therapiefähigkeit von den Therapeuten ausgesucht werden sollten.



## **Kapitel X Arbeitstherapie**

Die Arbeits- und Beschäftigungstherapie hat zum Ziel, Gelerntes aus den anderen therapeutischen Settings im Alltag anwenden zu können. Beispielsweise können Klienten am Arbeitsplatz mögliche Konflikte so lösen, wie sie es in der Gruppen- oder Einzeltherapie unter therapeutischer Anleitung gelernt haben. Gleichzeitig sollen dort Eigenschaften wie Durchhaltevermögen, Verbindlichkeit, Kollegialität, Impulskontrolle und Frustrationstoleranz praktisch entwickelt und stabilisiert werden. Aus diesem Grund ist die Teilnahme an der Arbeitstherapie verbindlich.

Bei dem Angebot im Rahmen der Arbeitstherapie wird darauf geachtet, Klienten individuell zu fördern. Die Arbeitstherapie dauert täglich maximal vier Stunden. An Hand der angebotenen Arbeitstherapie erkennt der Klient selbst seine soziale und handwerkliche Entwicklung. Dieses Erkenntnis ist für eine stationäre Sozialtherapie von enormer Bedeutung.

Am Anfang der Betreuung arbeiten alle Klienten im Hauswirtschaftsbereich. Dort werden sie von Hauswirtschaftsmeistern begleitet und angeleitet. Nach einer Erprobungszeit können sich die Klienten ihren Arbeitsplatz in der Regel aussuchen. Auch dort findet die weitere Anleitung durch Handwerksmeister statt.

Die Arbeitsangebote richten sich zunächst nach den Bedürfnissen in der Einrichtung selbst. Daher waren auch 40% der interviewten Klienten in der Küche bzw. in der Hauswirtschaft tätig. Lediglich der Bereich Gartenbau hatte externe Aufträge und glich einem marktüblichen Geschäftsbetrieb. Hier waren 28% der befragten Personen beschäftigt. Andere arbeiteten in der Renovierungsabteilung, aber auch in Vertrauensstellungen, z. B. in der Pforte.

Die folgende Tabelle stellt die verschiedenen Arbeitsbereiche im Haus Bruderhilfe dar:

Hauswirtschaft	40%
Garten- und Landschaftsbau	28%
Schreinerei	12%
Pforte	12%
Maler und Lackierer	8%

Tab. 5: Arbeitsbereiche im Haus Bruderhilfe

Der Arbeitsbereich wird von einer Diplom-Pädagogin mit Meisterausbildung geleitet. Honoriert wird die Arbeitstherapie in Form einer Aufwendungspauschale in Höhe von 1,20 Euro pro Stunde.

Zur Therapieabstimmung finden regelmäßige Fallkonferenzen mit den Bezugstherapeuten, den Arbeitsanleitern und den Klienten statt. Dort werden Zielvereinbarungen getroffen und überprüft.

Die angebotene Arbeitstherapie stellt ein zentrales Therapieangebot für die Klienten dar. Es ist eine weitere Möglichkeit, sich neben der Einzel- und Gruppentherapie in neuen sozialen Bezügen zu entwickeln und zu verändern. Ferner soll die angebotene Arbeitstherapie dazu beitragen, das Selbstwertgefühl durch manuelle Tätigkeiten positiv zu verändern, soziale Fertigkeiten im Team zu erlernen, Frustrationstoleranz zu fördern, Durchhaltevermögen und Impulskontrol-

le aufzubauen, um so Kraft zur weiteren persönlichen Entwicklung mit Blick auf dauerhafte Abstinenz und einen Verzicht auf kriminelle Handlungen zu schöpfen.

Wichtig bei der Arbeitstherapie ist, dass der Klient lernt, sich und seine Arbeitsleistung realistisch einzuschätzen. Die Arbeitstherapie verfolgt das Ziel, dazu beizutragen, den Einzelnen so zu stabilisieren, dass er in seiner Selbstständigkeit gefördert wird.

80% der interviewten Klienten unterstrichen die besondere Wichtigkeit der Arbeitstherapie. Dabei war es nicht von Bedeutung, wo die Befragten gearbeitet haben, sondern dass sie die mit der Arbeit verbundene Tagesstruktur als besonders hilfreich erlebt haben (32%).

Die mit der Arbeit verbundene Anerkennung stellte bei 12% der interviewten Personen ein entscheidendes Bewertungskriterium für die Arbeitstherapie dar. Für Einzelne hatte diese Anerkennung eine große Wirkung. Einer der Befragten sprach davon, dass ihm die Arbeit seine Würde wiedergegeben hätte. (*„Ich war sehr angesehen. Arbeit ist das Einzige, was mich aufrecht gehalten hat.“*)

16% der Befragten gaben an, dass die angebotene Arbeitstherapie einen wichtigen Schutz vor Langeweile darstelle.

Die nachstehenden Aussagen dienen der weiteren Veranschaulichung der Bedeutung der Arbeitstherapie:

- *„...das war das Beste, was mir passieren konnte.“*
- *„Die Arbeitsprämie war wichtig.“*
- *„... lenkte mich von Gedanken, Sorgen, negativen Gefühlen ab.“*
- *„Man hat mir vertraut, ich habe mir Vertrauen und Loyalität erworben.“*
- *„... hat mir mehr und mehr Spaß gemacht.“*
- *„... hat mir total geholfen, Fuß zu fassen.“*
- *„Ich bin was, werde gebraucht, abends falle ich tot ins Bett. Der Stolz kommt zurück.“*
- *„Ich war auch wichtig.“*
- *„Ja, sehr! Ich war Verantwortungsträger.“*

Allerdings kritisierten einige Befragte das Angebot als „ungerecht bezahlt“ oder äußerten sich dahingehend: *„Nein, ich hatte überhaupt keinen Spaß daran. Ich bin ja schon älter. Aber man musste ja was tun.“*

Überaus realistisch schätzten 80% der Interviewten ihre Chancenlosigkeit bzgl. einer späteren Erwerbstätigkeit ein. Interessant ist, dass die Arbeitstherapie dennoch nicht kritisiert wurde. Dies ist ein Indiz dafür, dass die Klienten das Angebot als Möglichkeit zur Förderung ihrer Persönlichkeit verstanden haben.

- *„... hat mir geholfen zu akzeptieren, wie die Situation ist. Lieber den Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach.“*
- *„Ich arbeite heute als Reinigungskraft, vielleicht ging das nur über die Arbeitstherapie.“*

Zudem sah die Mehrheit der Interviewten in der Arbeitstherapie eine Möglichkeit zur Tagesstrukturierung gegen das sog. „Abhängen“. *„Man kommt nicht mehr auf dumme Gedanken.“*

Einer der befragten Klienten hat im Haus Bruderhilfe eine Berufsausbildung zum Hauswirtschafter erfolgreich abgeschlossen und arbeitet inzwischen in einem Altenheim.

## Kapitel XI Wohntraining

Das Wohntraining, welches von Hauswirtschaftsmeistern durchgeführt wird, fand beim überwiegenden Teil der Befragten (60%) Zustimmung.

Im Rahmen des Wohntrainings werden die Klienten speziell in der Aufnahmesituation, später auf ihren Wohngruppen und in der Ablösephase in den von ihnen selbst bewirtschafteten Trainingswohnungen begleitet. Die Aufgaben der Hauswirtschaft liegen in der Versorgung und Bewirtschaftung der Wohngruppen. Dabei sind individuelle Hilfen möglich.

Die Hauswirtschaft ist darüber hinaus ein anerkannter Ausbildungsbetrieb, der bei den Klienten auf breite Zustimmung stößt. Die Hauswirtschaft wird aus Klientensicht nicht als Anhängsel der Therapie verstanden, sondern als ergänzend geschätzt. Denn die Bedeutung der Hauswirtschaft geht über die Vermittlung von Fertigkeiten hinaus. Sie stiftet emotionale Bindung. Mitunter wurde sie von den Befragten als Familienersatz bezeichnet. Die Methode des Wohntrainings erleichtert die Bindungsaufnahme unter den Klienten sowie zum jeweiligen Anleiter. *„Es kam Gemeinschaft auf, man hat sich besser kennen gelernt.“*  
*„Es war wie in einer Familie.“*

Außerdem wurden im Verlauf der Interviews auch weitere konkrete Ergebnisse des Wohntrainings von den Klienten benannt: *„wirklich gut und hilfreich“*, *„kann besser mit Geld umgehen“*, *„bin dadurch selbstständig geworden“*.

Die Kritiker des Wohntrainings (24%) erklärten, dass sie das Angebot nicht wirklich gebraucht hätten: *„ich war schon immer wohnfähig“* oder *„hat nicht viel gebracht, alles schlich sich wieder ein“*.

## Kapitel XII Freizeitmöglichkeiten und freiwillige Angebote

Freizeitangebote fanden im Zeitraum vor und während der Befragung nur sporadisch statt. Zu den unregelmäßig angebotenen Aktivitäten gehörten Fahrradausflüge sowie Besuche im Theater und Kino. Regelmäßig fanden zudem Urlaubsfreizeiten statt.

52% der interviewten Klienten bejahten eine Teilnahme an Freizeitveranstaltungen. 32% von ihnen nutzten die angebotenen Urlaubsfreizeiten. Ansonsten wurde in den Freizeitangeboten oft eine Bevormundung gesehen. *„Ich bin selbstständig.“*, *„... brauchte ich nicht. Ich bin Einzelgänger.“*, *„Für mich war nix dabei.“*

Das spärliche Interesse der Klienten an den Freizeitangeboten lässt vermuten, dass ihnen das Thema fremd ist.

Lediglich 24% konnten eigene Wünsche zur Freizeitgestaltung oder Verbesserungsvorschläge bzgl. des Angebotes im Haus Bruderhilfe unterbreiten. Dies ist alarmierend, wenn man bedenkt, dass im Hinblick auf Suchtmittelrückfälle Langeweile oft ein Auslöser ist.

## Kapitel XIII Besondere Therapieinhalte

### 1 Abstinenzgebot

Das Abstinenzgebot wird von einer breiten Mehrheit der Befragten (96%) getragen; wenngleich sie zwischen einer Abstinenz außerhalb bzw. innerhalb der Einrichtung unterschieden: *„Was meinst du, was hier los gewesen wäre?“*, *„schön, wenn es so gewesen wäre.“*, *„entweder mach ich eine Therapie oder keine“*, *„... draußen ist das aber ein anderes Paar Schuhe.“*

Einer der Befragten gab an, mit dem Abstinenzgebot nicht einverstanden zu sein, weil die Therapie nicht wirklichkeitsnah sei.

Die Vorteile der Abstinenz in der Einrichtung sind wie folgt benannt worden:

- Ruhe im Haus,
- weniger Stress sowie
- wichtig zur Verhinderung eventueller Rückfälle.

### 2 Einbeziehung von Familienangehörigen in die Therapie

Bei den Antworten der Befragten zu diesem Themenkomplex bestand eine 100%ige Übereinstimmung dahingehend, dass sie die Therapie ohne Begleitung ihrer Familienangehörigen durchgeführt haben. *„Das hab ich selbst gemacht.“* Grund hierfür war, dass es keinerlei Kontakte zur Familie gab.

## Kapitel XIV Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten

Unter Therapeuten wurden in diesem Zusammenhang die Bezugstherapeuten verstanden, die in der Regel Dipl.-Sozialarbeiter mit Weiterbildung zum Sozial- und Suchttherapeuten sind.

Die Beziehung bzw. das Verhältnis zu den Therapeuten wurde ambivalent wahrgenommen. 56% der Befragten sprachen von einem positiven Verhältnis, 36% dagegen von einem negativen und 8% konnten die Beziehung zu ihrem Therapeuten nicht einschätzen.

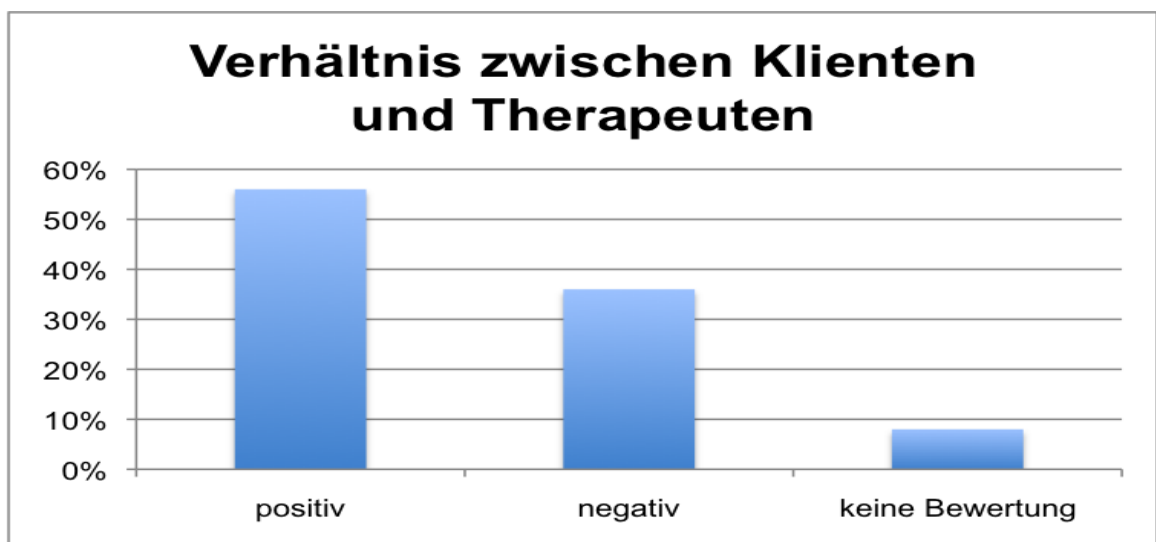


Abb. 11: Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten

### 1 Positive Erfahrungen

Der überwiegende Teil der Interviewten konnte die Frage nach positiven Erfahrungen mit ihrem jeweiligen Therapeuten beantworten.

- „... haben mir zugehört und mich akzeptiert.“
- „... waren hilfsbereit.“
- „... waren zuverlässig.“
- „... waren gerecht.“
- „... waren korrekt.“



- *„Die Beziehung war von beiden Seiten sehr ehrlich und vertrauensvoll.“*
- *„Es war nicht so fachlich, mehr so persönlich, fast freundschaftlich.“*
- *„Noch heute hol ich mir einen Ratschlag.“*

Die Variablen Akzeptanz, Gerechtigkeit, Zuverlässigkeit, Korrektheit im Sinne von Transparenz verbunden mit Hilfsbereitschaft sind nach Meinung der Befragten die wichtigsten Beratereigenschaften.

## **2 Negative Aspekte**

Die Frage nach eventuellen negativen Erfahrungen mit dem eigenen Therapeuten wurde von den interviewten Klienten wie folgt beantwortet:

- *„Als ich einen Therapeuten befragte, wurde ich wie ein dummer Junge behandelt.“*
- *„Manche waren launisch und hart.“*
- *„Die Sprache war unverständlich.“*
- *„... haben uns nicht verstanden.“*
- *„Die Therapeuten waren überfordert.“*
- *„Die Therapeuten waren unpünktlich.“*
- *„Da gab es kein Vertrauen.“*
- *„Die Therapeuten kriegen nur wenig mit, die verstehen uns gar nicht.“*
- *„Das war ein Gegeneinander.“*

## **3 Verbesserungsmöglichkeiten**

48% der Befragten gaben Verbesserungsmöglichkeiten an. Im Gegensatz dazu glaubten 32% nicht an eine Verbesserungsmöglichkeit bzgl. des Verhältnisses zwischen ihnen und ihrem Bezugstherapeuten. Eine typische Aussage in diesem Zusammenhang lautete: *„Es kommt immer auf einen selbst an, ob einem geholfen wird. Ich glaub nicht, dass ein Therapeut schaden will.“*

Ambivalent zeigten sich 20% der Interviewten. Sie beantworteten diese Frage nicht, da sie ihren Therapeuten nicht offen kritisieren wollten.

Folgende Verbesserungsvorschläge wurden wiederholt unterbreitet:

- *„Die Klienten sollten freundlicher zu den Therapeuten sein.“*
- *„Die Gespräche sollten geplanter stattfinden.“*
- *„Es ist nicht immer heilig, was der Therapeut sagt.“*
- *„Man sollte sich mehr Zeit für den Einzelnen nehmen.“*
- *„Beide sollten aufmerksamer sein.“*
- *„Über natürliche Dinge reden, nicht so abstrakt, nicht so fachlich. Wir trauen uns gar nicht, Rückfragen zu stellen.“*

Als Feedback für ihre Therapeuten sagte der überwiegende Teil der Befragten (32%) *„Danke“*, 28% verbanden ihr Feedback mit der Aufforderung an die Therapeuten bzgl. der Einhaltung des Abstinenzgebotes im Haus Bruderhilfe mehr aufzupassen.

Die Frage, wie ihre Therapeuten sie im Verlauf der Therapie gesehen haben, erforderte von den Teilnehmern der empirischen Studie ein hohes Reflexionsvermögen. Daher konnten 12% der Interviewten die Frage nicht beantworten. Die Übrigen gingen überwiegend von einer negativen Einschätzung ihrer eigenen Person durch ihren Therapeuten aus:

- *„Dazu hat sich keiner geäußert und ich hab nicht nachgefragt.“*
- *„Na ja, ich bin ein schwieriger Mensch. Mit dem zu arbeiten ist Knochenarbeit.“*
- *„Ach, was soll er gedacht haben, war mir egal.“*
- *„... keine Ahnung.“*
- *„Die mochten mich auch.“*
- *„Die waren ganz zufrieden mit mir.“*
- *„Dat war in Ordnung.“*
- *„... gut und zuverlässig.“*
- *„Als arroganten Wichser.“*

## Kapitel XV Verhältnis der Klienten untereinander

Auffallend ist die Differenzierungsfähigkeit und Distanz der befragten Klienten zueinander. Bei der Auswertung des Frageteils über das Verhältnis der Klienten untereinander ist deutlich geworden, dass sich die Klienten nicht aufeinander einlassen, da eine solche Beziehung von großen Enttäuschungen geprägt ist.

Ferner wurde immer wieder der Appell geäußert, das therapeutische Angebot der Einrichtung ernst zu nehmen, auf sich aufzupassen, es ehrlich zu meinen und sich helfen zu lassen.

### 1 Positive Erfahrungen

Bei der Auswertung der Beantwortung dieser Frage zeigte sich, dass die Beziehung der Befragten untereinander nicht von Kollegialität oder gemeinsamer Fürsorge bestimmt ist. 72% der Befragten gaben an, keine positiven Erfahrungen untereinander gehabt zu haben.

Dieses Ergebnis wirft die folgende Frage auf: Wie kann es in einem solchen Umfeld überhaupt zu erwünschten Verhaltensänderungen durch eine Therapie kommen kann, wenn jeder andere Mitklient als ein „Feind“ erlebt wird?

28% der Interviewten konnten den Beziehungen untereinander etwas Positives abgewinnen.

- *„Es haben sich Freundschaften gebildet.“*
- *„Ich treffe mich mit ihnen noch heute.“*
- *„Man hat sich ausgeholfen.“*
- *„Mit denen, die ehrlich waren, ging es.“*
- *„gute Zusammenarbeit“*

## 2 Negative Aspekte

Nahezu jeder der befragten Klienten konnte Beispiele für negative Erfahrungen geben. Nur 8% gaben an, keine negativen Erfahrungen im Umgang untereinander gemacht zu haben.

- *„Als es mir am Anfang der Therapie schlecht ging, hat mir ein anderer Bewohner Geld abgezockt.“*
- *„Diejenigen, die drauf waren, haben einen abgezogen, betrogen und beleidigt.“*
- *„Absprachen wurden nicht eingehalten.“*
- *„... anderer Klient hat sich umgebracht.“*
- *„Rückfälle“*
- *„Drohungen“*
- *„Lügen“*
- *„Abzocken, Abziehen“*
- *„Diebstähle“*
- *„unglaublich“*
- *„Da gibt es wegen dem Stoff keine Beziehungen untereinander. Man beschißt sich und den Nächsten.“*
- *„Da gab es nur Beziehungen, wenn ich Geld zu verleihen hatte.“*
- *„ Das war zum Teil ein Hauen und ein Stechen.“*
- *„viele Aggressionen“*
- *„Das war voll krass. Ständig war irgendjemand rückfällig.“*
- *„Die betrügen sich gegenseitig.“*
- *„Ehrlichkeit und Freundschaft- das geht doch gar nicht.“*
- *„Die ist mir völlig egal.“*
- *„Ich hab keine Kontakte, ist auch besser so.“*
- *„... sind nicht von Bedeutung.“*
- *„Hier war jeder sich selbst der Nächste.“*
- *„Hier war kein Vertrauen.“*

- *„nicht wirkliche Kollegen“*
- *„Die wollten alle nur meine Kohle.“*
- *„Ich hab mich nicht geöffnet.“*

Das Verhältnis der Klienten untereinander ist nicht von Bagatellproblemen belastet, sondern von zum Teil äußerst schwerwiegenden Faktoren bis hin zum Tod eines Klienten, der durch eine Überdosierung von Opiaten verursacht wurde.

Nach Sichtung der Belastungsfaktoren ist die Therapiestruktur, also der Rahmen, die Regeln und Verpflichtungen, in ihrer Qualität in Frage zu stellen. Das wirft die Frage auf, ob eine stationäre Unterbringung in dieser Größe nicht schon für eine Milieubindung und damit zur Verstärkung suchtspezifischer Verhaltensweisen beiträgt.

### **3 Verbesserungsmöglichkeiten**

Die befragten Klienten zeigten sich kritisch bei der Beantwortung dieser Frage. 80% wussten nicht, wie Verbesserungen im Binnenverhältnis aussehen könnten, oder glaubten erst gar nicht, dass positive gemeinsame Erfahrungen möglich seien.

Die restlichen Befragungsteilnehmer benannten die folgenden Verbesserungsmöglichkeiten:

- *„Wenn die Klienten bei wiederholten Rückfällen rausgeschmissen würden.“*
- *„Einhaltung von Regeln“*
- *„Klienten müssen ehrlicher werden.“*
- *„mehr aufeinander Acht geben“*

## **Kapitel XVI: Sichtweise der Professionellen**

### **1 Beschreibung des Aufgabenfeldes und der spezifischen Problemlagen**

Befragt wurden 17 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses, die in der Sozialtherapie als Therapeuten, Arbeitsanleiter, Hauswirtschafter bzw. in der Kontenverwaltung der Klienten beschäftigt sind. Mitarbeiter, die im Rahmen geförderter Maßnahmen beschäftigt waren, sind nicht befragt worden.

Der überwiegende Teil der Befragten ist länger als fünf Jahre in der untersuchten Einrichtung tätig.

Allen interviewten Personen wurden die gleichen Fragen gestellt. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass die Sozialtherapie nicht nur in den sozialtherapeutischen Settings wirkt, sondern dass alle Berufsgruppen in der Einrichtung zum Wohl der Therapie tätig sind. Dies bezeichnet man als multiprofessionelles Team.

#### **1.1 Positive Aspekte der eigenen Tätigkeit**

35% der Befragten führten die Kollegialität als positivsten Aspekt ihrer Tätigkeit im Haus Bruderhilfe an, gefolgt von Kontakten zu Menschen mit 29%. Positiv bewertet wurde auch das interessante Aufgabenfeld, die Klientel. *„... Herausforderung, die Ressourcen des Klienten zu entdecken. Das spornt mich an.“* Ferner wurde die *„hohe Förderung persönlicher Weiterbildung“* besonders hervorgehoben. Aber auch persönliche Gründe wie: *„Ich freue mich über eine geordnete, tarifrechtlich abgesicherte Position. Das bedeutet für mich Lebensqualität.“*

## 1.2 Negative Aspekte der eigenen Tätigkeit

Negativ wurde die Konkurrenz zwischen der Sozial- und Arbeitstherapie von 24% der Befragten bewertet. *„Die Hauswirtschaft hat einen dienenden Charakter. Die Kollegen wollen von uns versorgt werden. Wie soll mich da ein Kollege ernst nehmen, wenn ich für ihn Kaffee kochen soll?“*

Kritisch wahrgenommen wurde außerdem der schwierige Umgang der Klienten untereinander von 18% der Interviewten.

Aber auch verschiedene Alltagsprobleme wurden im Verlauf der Befragung deutlich:

- *„... die vielen spontanen Anrufe, nach denen ich sofort für den Anrufer springen soll.“*
- *„Veränderungsprozesse haben eine Langsamkeit, die ich manchmal quälend finde.“*
- *„Manche Angelegenheiten werden zu oft und viel besprochen.“*
- *„Die Besprechungsergebnisse sind unklar.“*

## 1.3 Kritikpunkte bzgl. der Arbeit im Team

Bzgl. der Arbeit im Team wurden von den Befragten die nachstehenden Kritikpunkte geäußert:

- *„... Regeln dominieren über individuelle Einschätzungen und verhindern eine optimale individuelle Förderung des Klienten.“*
- *„... Abschaffung der Regeln reduziert die persönliche Sicherheit des Therapeuten.“*
- *„Das therapeutische Setting leidet an einem Realitätsverlust.“*
- *„Im Team ist eine nur geringe Stresstoleranz.“*
- *„... Abnahme des kollegialen Austausches...“*
- *„Bei Regelverstößen (Suchtrübfällen) neigt das Team zum Aktionismus.“*
- *„Die Teamsitzungen sind zu wenig ergebnisorientiert.“*

## 1.4 Fazit

Schätzten sich die befragten Klienten als schwierig ein, so werden diese aus Beratersicht als interessant dargestellt.

Die Befragten äußerten differenziert ihre Kritik sowohl im organisatorischen Bereich als auch bzgl. des therapeutischen Handelns. Es fällt auf, dass bei den Therapeuten unterschiedliche Meinungen über den richtigen Umgang mit der Klientel vorliegen. Das Team ist demnach in sich heterogen und nicht immer eins im Umgang in der Therapie, was ein hohes Belastungsmoment darstellt.

## 2 Motivation der Klienten

### 2.1 Erwartungen der Klienten an die Therapie

Die Interviewten hatten eine eher ernüchterte Vorstellung von den Erwartungen der Klienten in der Therapie. 47% gaben an, dass sich die meisten Bewohner aus Gründen der Haftvermeidung im Haus Bruderhilfe befänden. Gefolgt von der Motivation, „*ein Dach über dem Kopf zuhaben*“.

Die nachfolgende Tabelle gibt die von den Mitarbeitern angenommenen Erwartungen der Klienten wieder:

Motivation der Klienten	Prozentsatz
Haftvermeidung	47%
clean bleiben	36%
Tagesstruktur	9%
Arbeit finden	8%

Tab. 6: Motivation der Klienten

Mehrheitlich benannten die Mitarbeiter rein formale Aspekte. In Einzelfällen wurden individuelle, differenzierte Erwartungen wie „*Fairness*“, „*Ehrlichkeit*“, „*Zeit haben*“ auf Seiten der Klienten als Erwartung vermutet. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die Mitarbeiter in realistischer Weise in die Therapie mit der Klientel einsteigen.



## 2.2 Ziele der Klienten

Nach der Auffassung von 29% der Professionellen sind die wichtigsten Ziele der Klienten, „clean“ zu bleiben bzw. nicht wieder ins Gefängnis zu müssen. Weiterhin ist die Ansicht verbreitet (24%), dass die meisten Klienten *„nicht auffallen und so den 35er beenden“* wollen.

Ein Befragter gab an, dass ihm aufgefallen sei, *„dass diejenigen, die nicht sofort ihre Ziele formuliert haben, hier in der Therapie immer besser abschneiden...“*.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Einschätzung der Mitarbeiter über die Klientenziele dar:

Ziele der Klienten	Prozentsatz
Haftvermeidung	29%
clean bleiben	28%
eigene Wohnung	19%
Arbeit	12%
Familie	12%

Tab. 7: Ziele der Klienten

## 3 Gesamtbewertung der Therapie

### 3.1 Positive Erfahrungen

Bei den Befragten war die Akzeptanz des Therapeuten mit 35% die am positivsten besetzte Variable. Darüber hinaus wurden von 29% die Entwicklungsprozesse auf Seiten der Klienten positiv wahrgenommen. Die Ehrlichkeit der Klienten wird vom professionellen Team mit 18% deutlich anders bewertet, als es die Klientengruppe selbst beschreibt.

- *„Manche finden aus ihren Verstrickungen raus und gehen Schritt für Schritt und lassen sich erneut auf Beziehungen ein.“*
- *„Nach vier bis sechs Wochen verändern sich viele. Sie beginnen von sich zu erzählen. Daran merke ich, dass sie langsam ankommen.“*

Positiv wurde auch angeführt, dass bei Rückfällen mit Suchtmitteln nicht zwangsläufig mit der Beendigung der Therapie reagiert wird.

Die Beratergruppe erwies sich in der Befragung als motiviert und erfahren. Sie erklärte, dass viele Klienten Zeit bräuchten, um in der Therapie anzukommen. Es komme dabei zu Rückfällen, mit denen gearbeitet werde. Viele der befragten Berater bringen den Klienten Sympathie entgegen. Sie beschreiben den Reifeprozess in der Therapie und berichten von Akzeptanz und zunehmendem Vertrauen.

### 3.2 Negative Erfahrungen

Die meisten der Befragten aus der Beratergruppe (35%) führten die in der Einrichtung erlebten Rückfälle als belastend an. Diese Belastung wird nach Ansicht von 29% der Interviewten durch die Gefahr einer CO-Abhängigkeit noch verstärkt. Untermauert wird diese Sorge durch mehrere Todesfälle in der Einrichtung. 12% berichteten von der latenten Gewalt unter den Klienten: *„... dass Leute sauer sind, wenn es an den Kern der Probleme geht. Dann ist Schluss mit lustig ... Klienten nehmen nach Spiegelung oft eine ablehnende Haltung ein.“*

Des Weiteren berichteten die Befragten von den nachstehenden negativen Aspekten ihrer Tätigkeit:

- *„Mangel an Beratungszeit“*
- *„Zunahme des Verwaltungsberichtswesens gegenüber dem Kostenträger“*
- *„Sollte der Klient in einer partnerschaftlichen Beziehung stehen, dann ist die Therapie oft schwierig, vor allem dann, wenn ich als weibliche Therapeutin in Erscheinung trete. Dann geht es oft um die Frage: ich oder die Freundin.“*
- *„Die Klienten wenden sich an mich, weil die Therapeuten nicht immer verfügbar sind. Ich fühle mich dann überfordert oder sogar im Stich gelassen.“*
- *„... verbale Entgleisungen wie Bedrohungen, Beschimpfungen und die Androhung von Gewalt von Seiten der Klientel.“*

- *„Unangekündigte Kontrollen sind ein Tabubruch. Ich möchte meine Klienten nicht nackt sehen. Es ekelt mich an.“*
- *„Die Leute schaffen es nicht, bei Rückfällen in der Beziehung zum Therapeuten zu bleiben. Sie scheuen die konstruktive Auseinandersetzung und fallen aus den Therapiestrukturen.“*

Es fällt auf, dass die Berater realistisch über die schwierigen Arbeitsbedingungen reden. Sie erkennen bei sich Ohnmacht und ein Gefühl des Ausgeliefertseins. Sie vermissen mitunter Solidarität unter den Kollegen. Darüber hinaus nehmen sie bei den Klienten grenzüberschreitende Verhaltensweisen wahr, denen sie sich teilweise schutzlos ausgeliefert fühlen. Dennoch bewahren sie den Klienten gegenüber eine positive Haltung und Einstellung.

### **3.3 Verbesserungsmöglichkeiten**

25% der Interviewten äußerten den Wunsch nach einer größeren Übereinstimmung im Team. Kritisiert wurde auch die mangelnde Einheit zwischen der Sozial- und der Arbeitstherapie (25%).

### **3.4 Ergänzungs- und Veränderungsvorschläge**

Die befragten Berater vermissen im Therapieangebot vor allem kontinuierliche Freizeitangebote während des Wochenendes. Hier waren die häufigsten Suchtmittelrückfälle wahrgenommen worden. Ferner wurde die Einführung spezifischer Themengruppen angeregt, wie z. B. Kreativ-, Sucht- und Entspannungsgruppen etc.

Hier ein Überblick über die weiteren unterbreiteten Veränderungsvorschläge:

- Sport durch Fachpersonal,
- eigenes Büro für jeden Berater,
- vermehrte Weiterbildungsangebote,
- übergreifende Module zwischen Arbeits- und Sozialtherapie sowie

### 3.5 Bewertung der Therapie im Haus Bruderhilfe durch die Therapeuten

Die befragten Mitarbeiter streben eine Veränderung des bisherigen therapeutischen Konzeptes an.

- *„zu lasch und willkürlich ... wir verlieren an Glaubwürdigkeit.“*
- *„Ich fürchte, dass sie die Therapie gar nicht ernst nehmen. Natürlich gibt es auch andere, aber das Gros will gar keine Therapie.“*
- *„Du kannst ja hier bescheißen, das merkt keiner.“*
- *„... dass das nicht viel gebracht hat.“*
- *„Manche bezweifeln die Kompetenz des Therapeuten.“*
- *„Das ist das kleinere Übel, um frei zu sein.“*
- *„Willkürlich.“*
- *„... fühlen sich allein gelassen.“*
- *„... vermissen die klare, harte Linie.“*
- *„Der therapeutische Rahmen ist für die Klienten unglaubwürdig.“*
- *„Nicht schlecht, weil wenig formal ... und sich viel Mühe gegeben wird.“*

Eindeutig sind die Befragten von der Wirksamkeit des bisherigen Konzepts nicht überzeugt. Die Kernkritik lautet, dass ein Mangel in der therapeutischen Klarheit und Eindeutigkeit vorliege, was auf einen Mangel an Regeln und deren Durchsetzung zurückzuführen ist.

### 4 Einzelgespräche in der Therapie

Den zentralen Bestandteil der angebotenen Therapie bilden die Einzelgespräche. Sie dienen dem Aufbau einer Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Erst dadurch - so meint der überwiegende Teil der Befragten - können sich die

Klienten mit ihren Problemen öffnen, weil ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis aufgebaut worden ist. Auf diese Weise wird die Motivation zur Veränderung gefördert. Das wurde von 53% der Interviewten so gesehen. Aber die Gesprächstherapie wurde von den Befragten auch kritisch gesehen: *„Sind nicht immer der richtige Weg.“* *„Ich bin mir nicht so ganz sicher. Ich erlebe, dass Klienten viel Scham haben, um einzelne Themen wirklich anzusprechen.“* *„Einzelgespräche können den Therapeuten in die falsche Richtung lenken.“*

Der Sinn erfolgreicher Einzelgespräche liegt aus Sicht von 35% der Befragten in der Förderung der Reflektion eigener Überzeugungen und Handlungen, gefolgt von einem positiven Beziehungsaufbau zwischen Therapeut und Klient (29%). Daraus ergibt sich, dass das Einzelgespräch den Rahmen bildet, in dem Zielvereinbarungen erarbeitet werden (24%). Ein weiterer wichtiger Aspekt der Einzelgespräche liegt in der Förderung von Offenheit auf Seiten der Klienten. Die Offenheit soll dazu beitragen, dass die Klienten sich über die Bedeutung ihrer Einstellungen und ihres Handelns bewusst werden. Dies erleichtert eine Abkehr von defizitären Handlungsweisen.

Die Therapeuten sind mehrheitlich der Ansicht, dass die angebotenen Gespräche von den Klienten geschätzt werden (38%). Gleichzeitig gaben 25% der interviewten Mitarbeiter negative Bewertungen der Einzelgespräche ab. Dies ist verständlich, weil in den Einzelgesprächen problematische Themen und Sanktionen angesprochen bzw. ausgesprochen werden müssen. Dies wird in der Regel vom Klientel zunächst nicht als Hilfe, sondern als Bevormundung verstanden.

Den Befragten ist der problematische Zusammenhang zwischen Wertschätzung und Kontrolle gegenüber der Klientel bewusst. Gespräche können *„in die falsche Richtung laufen“*. Der Therapeut läuft sowohl durch innerpsychische Prozesse als auch durch externe Belastungsfaktoren, wie beispielsweise Belegungsdruck, Gefahr, in die Rolle eines Co-Abhängigen zu geraten. Hieran wird der Arbeitsdruck der Therapeuten sehr deutlich.

## 5 Gruppentherapie

### **5.1 Positive Aspekte**

53 % der Befragten gaben an, dass in der Gruppe das gemeinsame Lernen im Vordergrund der Therapie stehe. Dort werden Regeln des Umgangs miteinander erarbeitet und für verbindlich erklärt. Dabei ist es nicht so, dass alle Regeln immer wieder neu entwickelt werden, sondern es gibt unumstößliche Hausregeln, deren Einhaltung Pflicht ist.

Die Gruppentherapie dient nach Ansicht der Befragten auch der Förderung des Zusammenhaltes (20%) sowie der gegenseitigen sozialen Kontrolle. Hier findet das tägliche Konflikttraining im Miteinander statt. Die Gruppe stellt einen sozialen Rahmen dar. Des Weiteren hilft die Gruppentherapie den Klienten - nach Überzeugung der Befragten - bei der Bewältigung des Gefühls, mit seinen Problemen allein zu sein.

### **5.2 Negative Aspekte**

Am kritischsten wurde der vorherrschende Gruppendruck wahrgenommen. Dieser Druck kann auf der einen Seite ein positiver Veränderungsfaktor sein. Auf der anderen Seite kann er Einzelne überfordern. Das rechte Maß an Veränderungsdruck zu erzeugen, ist die Kunst der Gruppentherapie.

Genannt wurden darüber hinaus abweichende Funktionen von Gruppen, die es früh vom Therapeuten zu erkennen gilt. So gaben die Befragten an, dass sich teilweise ganze Gruppenverbände gegen die „Kardinalregeln“ verbünden. Entsprechende Absprachen fänden in den Gruppen statt und gäben so einer „Negativtherapie“ Vorschub, die sich beispielsweise durch kollektives Konsumieren von Drogen oder durch einschlägige kriminelle Handlungen wie z. B. Erpressung äußern könne.

Es ist anzumerken, dass bei der Gruppentherapie ein ganzheitliches Konzept vertreten wird. Das heißt, die Gruppenmitglieder, die gemeinsam an der Gruppentherapie teilnehmen, leben auch im Wohnverbund zusammen.

Nach Ansicht der Befragten ist die Gruppe ein Ort, an dem altes Verhalten kultiviert wird. Es wird die Nähe zur Realität in den Gruppen vermisst. Die Therapeuten befinden sich in dem Dilemma, herausfinden zu müssen, ob in den

Gruppen Nebenabsprachen getroffen werden, die den Regeln des Hauses entgegenstehen. Schließlich haben die Interviewten oft erlebt, wie Schwächere in den Gruppen unterdrückt wurden (29%).

Einige der Befragten waren der Meinung, dass die Gruppentherapie die Klienten überfordere (12%). Sie gaben an, dass die Klientel in der Regel schon sprachlich den Anforderungen nicht gewachsen sei.

### **5.3 Verbesserungsmöglichkeiten**

Ein Teil der Therapeuten setzte sich kritisch mit sich selbst und ihrem Therapieauftrag in der Gruppe auseinander. In der Gruppentherapie sollte nach Auffassung der Befragten Folgendes verändert werden:

- klare Sprache der Therapeuten,
- mehr Aktivitäten, wie z. B. Freizeitangebote mit der Gruppe,
- mehr Einbeziehung der Gruppe in Alltagsentscheidungen,
- bessere Vorbereitungen der Gruppentherapien,
- klare Strukturierung des Therapieprozesses,
- bessere Ausbildung in Gruppentherapie sowie
- geschlossene Gruppen.

### **5.4 Bewertung der Gruppentherapie durch die Klienten**

Viele der Befragten drückten die von ihnen wahrgenommene Klienteneinstellung ambivalent aus, indem sie darauf hinwiesen, dass die Klienten die Gruppentherapie zwar selbst als nötig empfinden, sie aber gleichzeitig als Übel wahrgenommen wird. Überwiegend glauben die Befragten, dass die Klienten die Gruppentherapie, so wie sie praktiziert wird, nicht positiv bewerten.

## **6 Arbeitstherapie**

Die größte Bedeutung der Arbeitstherapie liegt in der damit verbundenen Tagesstruktur (76%). Diese hilft der Klientel sich einer Ordnung zu unterziehen, die einen Rahmen stiftet, in dem zum Beispiel neue Verhaltensweisen ausprobiert und erlernt werden können. Das Erlangen neuer Fertig- und Fähigkeiten

soll im Rahmen der Ressourcenorientierung zu einer Stabilisierung des Selbstwertgefühls beitragen (71%). Ferner ist sie aus Sicht der Befragten ein Mittel zur weiteren Stabilisierung der Klienten, indem sie zur Erweiterung der sozialen Kompetenz jedes Einzelnen beiträgt.

Der Zweck der Arbeitstherapie wird von den Befragten nicht darin gesehen, dass der Klient nach Abschluss der Therapie berufsfähig sein wird. Dies zu erreichen, ist Aufgabe von rentenversicherungsfinanzierten Entwöhnungseinrichtungen. Mit Hilfe der Arbeitstherapie soll sich der Klient in seinem Sozialverhalten verändern und stabilisieren haben. Ebenso ist die Vermittlung von Tugenden, wie z. B. Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, und sozialen Werten Ziel der Arbeitstherapie.

Die Befragten gaben an, dass die Arbeitstherapie von den Klienten am besten angenommen wird (88%). Grund hierfür ist eine Steigerung ihres Selbstwertgefühls und darüber hinaus die Möglichkeit des Hinzuverdienens.

## **7 Wohntraining**

Sowohl das Wohntraining als auch die Arbeitstherapie stellen für die Befragten ein wichtiges therapeutisches Mittel dar. Im Lebensalltag des Wohntrainings lassen sich Rückschlüsse auf das Verhalten ziehen, was in der Gruppentherapie beispielsweise nicht möglich wäre.

Das Wohntraining findet täglich in den Wohngruppen statt. Einmal in der Woche wird es aktiv durch Mitarbeiter der Hauswirtschaft über einen ganzen Tag gestaltet. Dann werden die Gruppen besonders inspiziert, gereinigt, die Wäsche gepflegt und gemeinsam gekocht. Dazu werden die Bewohner in Gruppen zusammengeführt und die Aufgaben verteilt, so dass man am Ende gemeinsam isst und Gesellschaft hat. Bleibt dann weitere Zeit, so können die Mitglieder der Gruppe mit dem Betreuer der Hauswirtschaft und dem Gruppenleiter noch eine Freizeitveranstaltung durchführen. Das Wohntraining ist somit ein weiteres Instrument zur Überprüfung von sozialen Fortschritten und wurde von den Befrag-



ten (35%) als besonders wertvoll angesehen. Es fördert die sozialen Kompetenzen und persönlichen Entwicklungen.

In einigen Fällen wurde die Wichtigkeit des Wohntrainings akzeptiert, die Umsetzung aufgrund mangelnder Kommunikation jedoch kritisiert. *„Ich bin sehr skeptisch, ob da ein Zusammenhang besteht. Mein Gott, für den Hauswirtschaftstag wird doch frühestens einen Tag vorher sauber gemacht. Das hat doch nichts mit Nachhaltigkeit zu tun.“* *„Das ist mir noch nicht ausgereift genug. Das funktioniert bei mir noch nicht ... aus organisatorischen Gründen, weil die Substitution im Vordergrund steht, so dass der Hauswirtschaftstag zerrissen wird.“*

Die nachfolgenden Bedeutungen maßen die Befragten dem Wohntraining zu:

- sehr wertvoll,
- lässt Rückschlüsse auf die Befindlichkeit Einzelner in der Gruppe zu,
- fördert die soziale Kompetenz,
- gibt ein Gefühl von zu Hause,
- stiftet Beziehungen wie in einer Familie und
- Training von Basisfertigkeiten.

Das Team glaubt zum großen Teil daran, dass die Klienten dieses Hilfesinstrument nicht ausreichend akzeptierten. 24% der Befragten konnten die Bedeutung des Wohntrainings aus Sicht der Klienten nicht abschätzen.

- *„Die nehmen das nicht richtig ernst. Da müsste jemand wirklich den ganzen Tag mit ihnen verbringen, dann wäre das vielleicht anders. Auch der Anleiter war oft unzuverlässig.“*
- *„Jeder möchte ein sauberes Klo haben. Aber niemand möchte es für den anderen putzen.“*

Einige Befragte gaben an, dass auch die Klienten von dem Konzept des Wohntrainings überzeugt seien.

Festzustellen bleibt, dass das Instrument „Wohntraining“ in seinem Umfang bei den Mitarbeitern nicht ausreichend akzeptiert ist. Hier ist die Frage zu stellen, wie die Compliance im Team selbst weiter entwickelt werden kann?

## **8 Besondere Therapieinhalte**

### **8.1 Abstinenzgebot**

Die Frage der Abstinenz ist in der Suchtkrankenhilfe nahezu unumstritten. Aber wie geht man mit Suchtkranken um, die dem Abstinenzgebot nicht folgen können? In der untersuchten Einrichtung hat man es mit überwiegend suchtkranken Männern zu tun, die schon mehrmals in traditionellen Therapieformen Entwöhnungsbehandlungen machten, aber anschließend bzw. währenddessen immer rückfällig wurden, mit der Folge, dass ihre Sucht sie „auf der Straße“ in immer schwierigere Suchtverläufe gedrängt haben.

Dennoch gibt es auch in der untersuchten Einrichtung ein umfangreiches Abstinenzgebot, das den Konsum illegaler und legaler Suchtsubstanzen außerhalb und innerhalb der Einrichtung verbietet. Hier bejahten die Mitarbeiter mehrheitlich mit 88% die Notwendigkeit der Abstinenz.

Es ist jedoch auffällig, dass im Team keine Einheit über die Substitutionsvergabe besteht. Mehrere Interviewte lehnen die Substitution ab, sind aber bereit ihre Einstellung zurückzustellen. Inwieweit diese Anpassung für den Therapieprozess hilfreich ist, sei dahingestellt.

Folgende Gründe wurden für eine Abstinenz genannt:

- *„Die Alternative wäre betreutes Junken. Das geht wohl gar nicht.“*
- *„Dann hätten wir hier einen schweren Standpunkt, wenn es anders wäre.“*

- *„Aber das Einhalten ist furchtbar schwer. Die Abstinenz dient der Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung.“*
- *„... unbedingte Voraussetzung, gerade bei uns im Arbeitsbereich. Da wird mit Maschinen gearbeitet. Drauf sein und arbeiten, das geht gar nicht.“*
- *„Es ist ein hohes Gut und Ziel! Wir müssen aber mit den Schwächen der Bewohner arbeiten. Rückfälle sind daher als Bestandteile der gegenseitigen Entwicklung zu bewerten.“*

Die Argumente, die gegen das Abstinenzgebot aufgeführt wurden, lauten:

- *„Nein, es ist nicht so haltbar. Wir haben es doch mit Mehrfachgescheiterten zu tun. Die müssen rückfällig werden. Das ist meine Erfahrung.“*
- *„Substitution ist doch nicht Abstinenz.“*
- *„Substitution ... stellt Konsum dar, welche Perspektive steht dahinter?“*

Die Ergebnisse dieser Befragung sind identisch mit derjenigen der Klienten. Die Befragten meinten zu 88%, dass die Klienten Befürworter der Abstinenz seien.

41% empfinden das bisherige Angebot als völlig ausreichend. Ein befragter Mitarbeiter war noch nicht lange genug beschäftigt, um sich eindeutig positionieren zu können.

53 % der Mitarbeiter unterbreiteten folgende Verbesserungsvorschläge:

- eigene Unterbringung für Abstinente,
- Verzicht auf Substitutionsbehandlungen,
- mehr Kontrollen durch Screenings,
- bessere Teamabsprachen,
- einheitliche Rückfallbearbeitung,
- Fehler auf Klientenseite sollten nicht überbewertet werden,
- Abschaffung.

Bei der Beantwortung dieser Frage fallen erneut widersprüchliche Teamaussagen auf. Einige wünschen sich ein Mehr an Kontrolle. Andere empfinden dies als zuviel Kontrolle. Das Team muss entscheiden, wie es einen Mittelweg findet, um konsequent im Handeln zu sein, ohne auf individuelle Belastungssituationen die einen Konsum von Suchtmitteln auslösen können, nicht eingehen zu können. Dazu hat das Team zwischenzeitlich Absprachen und Regeln entwickelt, die zu einer Neukonzeption führten, die an späterer Stelle in ihrer Gesamtheit dargestellt wird.

## **8.2 Einbeziehung der Familienangehörigen des Klienten in seine Therapie**

Der Einbezug näherer Angehöriger in die Therapie wurde mehrheitlich von den Befragten positiv gesehen (65%). Lediglich ein Befragter lehnte dieses Ansinnen mit dem Argument ab, *„Die Partnerinnen sind oft auch auffällig, so dass man eigentlich zwei Klienten vor sich hat.“* Zwei Befragte waren sich bei der Beantwortung dieser Frage unschlüssig, sie führten an, *„Die Partnerinnen haben einen unheimlichen Einfluss. Die entscheiden über den Erfolg mit. Ganz schwer ist es, wenn die Beziehung in der Therapie zustande kommt, das ist ein Bruch der Therapiebeziehung.“*

Die positiven Aspekte einer Einbeziehung lauten:

- *„Bei Paaren wäre es sinnvoll. Es kommt auf die (individuelle) Beziehung an. Der Klient muss das wollen.“*
- *„Also, ich glaube schon, dass Familie Halt geben kann.“*
- *„Viele wollen ihre Familie zurückgewinnen.“*

Die Frage hatte unter den Interviewten keinen hohen Stellenwert, weil es sich bei der Klientel oft um Menschen handelt, die keine Kontakte zu ihren Angehörigen haben.

## **9 Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten**

## 9.1 Qualität der Beziehung

Die Qualität der Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten wurde von den Therapeuten unterschiedlich bewertet.

Ein großer Teil der Befragten betonte die Vorbildfunktion des Therapeuten und das damit verbundene Modelllernen als eine besondere Qualität. Sie soll der Maßstab für professionelles Handeln sein. Die Folge einer guten qualitativen Beziehung drücke sich wie folgt aus: *„Eine gute Beraterqualität ist das A und O in der Therapie. Guter Draht heißt offener Draht des Therapeuten.“* *„Es führt zu einer Implementierung sozialen Verhaltens und von Konventionen.“* *„Sie dient dem Aufbau von gegenseitigem Respekt und ermöglicht so die Identifikation mit den Therapeuten. Dies hat eine Öffnung des Klienten zur Folge.“*

Die Bedeutung der Beziehungsqualität wurde von den Befragten folgendermaßen aufgeschlüsselt:

- Vorbildfunktion: 12%
- Modelllernen: 24%
- Aufbau von Respekt: 18%
- professionelle Arbeitsbeziehung: 12%
- Öffnung des Klienten: 12%
- A und O der Therapie: 12%

## 9.2 Sichtweise der Klienten

Hier überwiegt eindeutig die Ansicht der Klienten, dass die Beziehung zwischen den Therapeuten und ihnen überwiegend positiv zu bewerten ist (47%).

Damit gelingt eine positive Beziehung nur dann, wenn beide, Therapeut und Klient, mit den Werten und Zielen einer positiven Beziehung im Einklang stehen. Dass die Beziehung per se so ist, dass sie für die persönliche Entwicklung des Klienten positiv ist, wird in der vorliegenden Studie somit bezweifelt.

Dies ist ein wichtiger Hinweis für die Fragestellung, ob die Entwicklung sozialer und individueller Fertigkeiten tatsächlich von der Beziehungsqualität zwischen

Therapeut und Klient abhängig ist oder ob diese nicht eine Überbewertung erfährt.

Gegenseitiger Respekt auf der Beziehungsebene muss gemeinsam erarbeitet werden. Der Therapeut geht dabei in Vorleistung und hofft auf ein Modelllernen auf Seiten des Klienten.

### **9.3 Positive Aspekte**

94% der Befragten äußerten sich grundsätzlich positiv über ihre Beziehung zu den Klienten.

Dabei wurde der Aufbau von Vertrauen und Respekt in der Beziehung besonders häufig hervorgehoben (25%).

Der Kontakt zu den Klienten hat Einfluss auf die persönliche Entwicklung der Therapeuten. Sie gaben an: *„Ich bin gezwungen mich zu reflektieren und lerne mich selbst dabei näher kennen.“* *„Mein Menschenbild hat sich verändert: hinter einem Junkie, steckt auch ein Mensch.“*

Ein weiterer Befragter wies auf das besonders Interessante in der Beziehung zur Klientel hin: *„Menschen sind doch Individualisten. Das sehe ich immer wieder. Dazu braucht man Fingerspitzengefühl. Das ist das Interessante.“*

Als motivierend wurde das Miterleben von Reifung und Entwicklung angesehen (13%).

### **9.4 Negative Aspekte**

Am negativsten wurde die Gefahr der Co-Abhängigkeit eingestuft, wenn der Therapeut mit seinem Tun mit dazu beiträgt, eine Suchtstruktur aufrecht zu erhalten bzw. sie noch weiter zu stärken. Dies geschieht beispielsweise durch Vernachlässigung von Regeln und Absprachen und anderen Ungenauigkeiten in mit dem Klienten abgesprochenen Vereinbarungen. Als zusätzlich belastend empfand die untersuchte Gruppe zusätzlich, das Gefühl zu haben, von den Klienten manipuliert zu werden; aber auch sich selbst im Schicksal des Klienten zu verlieren, indem man die professionelle Distanz zu ihm aufgibt.

### 9.5 Verbesserungsmöglichkeiten

Bei der Beantwortung der Frage, wie man die Beziehung zueinander verbessern könnte, wurde Ratlosigkeit deutlich. *„Man muss aber gemeinsam reflektieren.“* Als Lösung wurde die Teilnahme an Supervision und Intravision vorgeschlagen. Ebenso kam ein einschränkender Hinweis, dass die Qualität der Beziehung nicht von oben verordnet werden kann.

Als überraschend stellte sich heraus, dass viele entweder die Notwendigkeit von Verbesserungen in der Beziehungsarbeit nicht sahen oder nicht wussten, wie dies gelingen könnte.

### 9.6 Feedback für die Klienten

Auf diese Frage antwortete der größte Teil der Befragten die Klienten im Hinblick auf ihre Ziele vorzubereiten. Hier ein Überblick:

- *„Jeder ist es wert, dass er für sich kämpft.“*
- *„Bleiben Sie dran.“*
- *„Lass dich auf die Vielschichtigkeit des Hauses ein!“*
- *„Achtet auf euch und prüft alles.“*
- *„Nutzt die Chance und lasst euch darauf ein.“*
- *„Steht auf, wenn ihr fallt.“*
- *„Such das Gespräch, räum auf! Ich begleite dich.“*

### 9.7 Feedback der Klienten

Im Rahmen der Beantwortung dieser Fragestellung wurde deutlich, dass sich einige Befragte nicht klar darüber sind, wie sie von den Klienten gesehen werden.

Die von den Therapeuten angenommenen Feedbacks der Klienten lauten:

- *„Wir freuen uns, wenn Sie wieder da sind!“*

- *„Passt auf uns auf!“*
- *„Seid nicht so streng, aber passt auf mich auf!“*
- *„Lob, natürlich.“*
- *„Passt auf und seid wachsam!“*

Die Therapeuten haben sich somit indirekt den Auftrag zu mehr Wachsamkeit und Aufmerksamkeit gegeben und ein in ihren Augen bestehendes Defizit des Übersehens, Wegguckens und Nichthandelns beschrieben. Ein Thema, das an anderer Stelle Gegenstand dieser Arbeit sein wird.

## **10 Zusammenarbeit zwischen den Therapeuten**

### **10.1 Informationspolitik**

Die Teambesprechungen wurden von 24% der Mitarbeiter positiv bewertet. Die Supervision wird als ein Beitrag zur Kommunikationsverbesserung angesehen. 36% betrachten die Kommunikation als gelungen.

Die kritischen Meldungen zur Kommunikation im Haus sahen wie folgt aus:

- *„schwierig“*
- *„Besprechungen wiederholen sich oft“*
- *„Inhalte von Besprechungen sollten auf einer Agenda spätestens einen Tag vorher bekannt sein.“*
- *„einseitig“*
- *„Nicht gut, mangelnde Transparenz in den Besprechungen, zeitnahe Infos fehlen.“*
- *„Flurfunk ist lästig.“*
- *„Flurfunk ist schneller als Besprechungsthemen.“*
- *„... gegenüber den Interessen der Verwaltung nicht ausreichend.“*
- *„... mauernd ... das Team betrachtet sich selbst nicht mehr als eine Einheit.“*



## 10.2 Positive Aspekte

Besonders hervorgehoben wurden die individuelle Unterstützung (29%) sowie die persönlichen Beziehungen (24%) zu den Kollegen. Die regelmäßig angebotene Supervision rundet die positiven Elemente der kollegialen Zusammenarbeit ab.

## 10.3 Negative Aspekte

Nicht eingehaltene Absprachen führten zu Vertrauensverlusten untereinander. Aber auch das ständige Anzweifeln von Absprachen und Entscheidungen wird als belastend erlebt. Der „Flurfunk“ untermauert die belastende Situation. Als weitere negative Faktoren wurde Konkurrenz sowie mangelnde Transparenz benannt.

- *„Kritische Äußerungen werden oft als persönliche Angriffe betrachtet.“*
- *„Absprachen werden in Frage gestellt.“*
- *„Absprachen werden nicht eingehalten.“*
- *„Wir pochen sehr auf unser Recht.“*
- *„Wir neigen zu Aktionismus.“*
- *„Therapeuten machen sich gegenseitig für das Verhalten der Klienten verantwortlich.“*
- *„Ressortegoismus.“*

## 10.4 Verbesserungsmöglichkeiten

Bei der Beantwortung dieser Frage ist der Leitung unter anderem die Verantwortung für die Besprechungsvorbereitung und -durchführung übertragen worden. *„Bereitet in der Leitung die Besprechungen besser vor, sonst macht ihr uns strubbelig.“* Alles in allem eine nachvollziehbare und berechtigte Kritik.

Das Team zeigte bei der Befragung nach Verbesserungsmöglichkeiten in der Kommunikation untereinander Bereitschaft zur Veränderung und gab auch Hinweise, wie das geschehen könnte.

Nachfolgend einige Beispiele für Verbesserungsmöglichkeiten:

- Einhaltung von Regeln,
- Einhaltung von Absprachen,
- Verbesserung der Kritikfähigkeit,
- größere Offenheit im Team,
- Einigkeit in der Leitung,
- mehr Mut,
- mehr Innovation,
- weniger Qualitätsmanagement,
- mehr Selbsterfahrung bei den Therapeuten sowie
- engere Moderation, mehr Struktur, Disziplin und eine rechtzeitige Agenda bei Besprechungen.

### **10.5 Fazit**

Um die Zusammenarbeit der Therapeuten zu verbessern, wurden die im Rahmen der Befragung geäußerten Veränderungswünsche und angeregten Verbesserungen bei der Erstellung des neuen Therapiekonzeptes berücksichtigt. Eine Verbesserung der Kommunikations- und Besprechungsstruktur wird u. a. dadurch erreicht werden, dass die Fachbereichsleiter die Agenda einer Sitzung frühzeitig besprechen und hierdurch Konflikten vorbeugen.

## Kapitel XVII: Salutogenetisches Konzept

### 1 Ergebnisse im Überblick

#### 1.1 Gruppentherapie

Bzgl. des Themas Gruppentherapie wurden die Angehörigen beider Gruppen über positive sowie kritische Aspekte und über deren Verbesserungsmöglichkeiten befragt.

Von beiden Teilnehmerseiten wurden bezüglich der positiven Aspekte folgende Gemeinsamkeiten festgestellt:

Klienten	Therapeuten
Verbindliche Absprachen von Regeln	Umgangsregeln erlernen
Förderung der Gemeinschaft	Förderung des Zusammenhalts

Tab. 8: Positive Aspekte der Gruppentherapie

Bei der Kritik an der Gruppentherapie gab es zwischen Therapeuten und Klienten sowohl Übereinstimmungen als auch weitere Kritikpunkte von den Klienten. Die nachfolgende Tabelle gibt Aufschluss über kritische Aspekte der Gruppentherapie im Haus Bruderhilfe:

<b>Klienten</b>	<b>Therapeuten</b>
Unehrllichkeit und Lügen der anderen Gruppenmitglieder	
Es passieren „Unterstellungen“ und „Rufmord“ untereinander.	
Die Inhalte der Gruppentherapie gingen nicht über die Regelung der Reinigung und evtl. Rückfälle hinaus.	
Fehlen des Realitätsbezuges	Realitätsferne
Hoher Gruppendruck	Hoher Gruppendruck
„Knaststrukturen“	„Negativtherapie“
Mangelnde Wahrnehmungen des Therapeuten	
Unverständliche Sprache des Therapeuten	Klienten sind den sprachlichen Anforderungen oft nicht gewachsen.

Tab. 9: Kritik an der Gruppentherapie

Ferner benannten sowohl die Klienten als auch die Therapeuten eine Vielzahl von Verbesserungsmöglichkeiten bzgl. der Durchführung der Gruppentherapie. Diese sind in der nachstehenden Tabelle zusammengestellt worden.

<b>Klienten</b>	<b>Therapeuten</b>
Frühere Wahrnehmung von Suchtrückfällen durch die Therapeuten	
Strengerer Umgang mit Klienten	
Mehr Schutz für Einzelne durch die Therapeuten	
Bessere Gemeinschaft untereinander	

Verständlichere Sprache	Klare Therapeutensprache
	Mehr Aktivitäten mit dem Therapeuten im Bereich der Freizeit
	Bessere Vorbereitung auf die Gruppentherapie
	Klarere Strukturierung des Gruppentherapieprozesses
	Mehr Einbeziehung der Gruppe in Alltagsentscheidungen
	Geschlossene Gruppen

Tab. 10: Verbesserungsmöglichkeiten bzgl. der Durchführung der Gruppentherapie

Die positiven Aspekte der Gruppentherapie im Haus Bruderhilfe werden von beiden Gruppen übereinstimmend benannt. Dies bestätigt den Sinn des Therapieinstrumentes der Gruppentherapie.

Ebenso gibt es Übereinstimmung darin, dass die Sprache der Therapeuten nicht immer klar und verständlich genug ist. Hier muss im therapeutischen Team über besser geeignete Kommunikationstechniken beraten und entschieden werden. Das Sprachniveau sollte dem Ausbildungsstand der Klienten angepasst werden. Klar und unmissverständlich sollte das Reden als Intervention der Therapeuten sein.

Einen weiteren kritischen Aspekt stellt der Umstand dar, dass die Therapeuten im Gruppengeschehen Rückfälligkeit bei Klienten nicht frühzeitig wahrnehmen und darauf reagieren. Dieser Kritik ist entgegenzuhalten, dass die Klienten selbst viel näher am Geschehen in der Gruppe sind. Es ist eigentlich ihre Aufgabe, Veränderungen, wie z. B. Rückfälle unter den Gruppenteilnehmern, frühzeitig zu benennen.

Es ist aber festzuhalten, dass die Befragten diese Einlassung als realitätsfremd bezeichnen, was von den Therapeuten mehrheitlich ebenso gesehen wird. Das Dilemma liegt darin, dass in der Theorie die Gruppe auf sich selbst achten soll.

Die Rolle des Therapeuten besteht darin, seine Konzentration auf die Wahrnehmung der Gruppenprozesse zu fokussieren. Wenn aber durch mögliche „Knaststrukturen“ diese Offenheit in der Gruppe verhindert wird, ist der Therapeut gefragt, dies zu erkennen und ihnen so zu begegnen, dass sie aufgelöst werden. Dieser Bedarf wird daran deutlich, dass in der Befragung eindringlich der Schutz Einzelner innerhalb der Gruppen eingefordert wurde.

Es müssen folglich Verbesserungen zum Schutz Einzelner in den Gruppen gewährleistet werden, die durch klare, verbindliche Absprachen und Einhaltung von Regeln gelingen sollen. Wahrnehmungsdefizite können mit Hilfe von Supervision begrenzt werden.

Das Instrument der ausschließlichen Wohngruppentherapie ist in der bisherigen Form nicht ausreichend. Es läuft Gefahr, den Aufbau negativer Strukturen zu fördern, die von den Therapeuten übersehen werden können. Ein zweimaliges Wohngruppentreffen pro Woche kann zu wenig sein, um die informellen Prozesse innerhalb der Gruppe wahrzunehmen. Besser wäre ein tägliches Zusammenkommen von Gruppe und Therapeut. Dies würde auch den Bedürfnissen nach mehr Nähe zwischen Klient und Therapeut gerecht werden. Der Therapeut würde ein tatsächlicher „Bezugstherapeut“.

Weiterhin sollten wohngruppenübergreifend durch andere Therapeuten spezifische Gruppentherapieangebote offeriert werden. Dies würde die Wahrnehmung der Therapeuten über Einzelne in anderen Gruppensituationen noch verbessern und so weitere Interventionsmöglichkeiten zulassen. Die spezifischen Themengruppen sind Suchtgruppen, Deliktgruppen, Hauswirtschaftsgruppen etc.

## **1.2 Einzelgespräche**

Beide Gruppen betonten die Wichtigkeit der Einzelgespräche. Sie wurden von den befragten Klienten mit 84% als am wirkungsvollsten beschrieben. Sie dienen für die Therapeuten als Mittel, persönliche Zielvereinbarungen zu treffen sowie der Förderung eigener Überzeugungen und Handlungen. Darüber hinaus

bilden Einzelgespräche die Plattform, um ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Während die befragten Therapeuten kritische Aspekte vor allem in der Gefahr einer möglichen CO-Abhängigkeit sahen, äußerten die befragten Klienten vor allem folgende Kritikpunkte:

- *„Die Sprache der Therapeuten ist oft unverständlich.“*
- *„Die Regelmäßigkeit der Gespräche fehlte.“*
- *„Oft hatten die Therapeuten zu wenig Zeit.“*

Während auf therapeutischer Seite keine Verbesserungsvorschläge für die Einzelgespräche ermittelt werden konnten, führten die Klienten eine Reihe von Vorschlägen auf:

- *„Therapeuten müssen sich verständlicher ausdrücken.“*
- *„Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung“*
- *„Genauere Wahrnehmung der Klientenbedürfnisse durch die Therapeuten“*

Die Klientengruppe formulierte konkrete Kritikpunkte an den Einzelgesprächen. Dabei war jeweils die Person des Therapeuten im Mittelpunkt der Kritik. Sich selbst nahmen sie aus der Kritik heraus. Dadurch entsteht eine relative Einseitigkeit der Kritik, weil für die Kommunikation beide Seiten verantwortlich sind. Versteht ein Klient den Therapeuten nicht, bleibt ihm nichts anderes übrig als dies mitzuteilen. Kann er es nicht, bleibt die Hoffnung, dass der Therapeut über die notwendige Sensibilität verfügt, das Nichtverstehen wahrzunehmen und anzusprechen. Das wiederum fördert die Entwicklung des Sozialindikators des Selbst- und Fremdverstehens. Auf der anderen Seite kann sich der Klient aus einem Gefühl der Unsicherheit oder eines falsch verstandenen Harmoniegefühls nicht trauen, eine kritische Anmerkung zu unterbreiten.

Auffällig ist, dass aus Therapeutesicht das gegenseitige Vertrauensverhältnis gelobt wird, während auf Klientenseite eher ein Misstrauen wahrgenommen wird.

Festzuhalten bleibt, dass bei der Befragung über die Qualität der Einzelgespräche die kritische Beziehungsqualität unterschiedlich wahrgenommen wird. Den Therapeuten entgeht der Machtfaktor, den sie über ihre Klienten in Konfliktfällen haben. Sie entscheiden dann über Verbleib oder Kündigung, was oft mit einer späteren Inhaftierung einhergeht. Auf diesem Boden eine vertrauensvolle Beziehung von Seiten der Klienten aufbauen zu können, ist eine sehr ambitionierte Forderung.

Bzgl. der Sprache der Therapeuten gilt es darauf zu achten, dass die Therapeuten mit ihrem Sprachstil ihre Klienten verletzen können. Gleichzeitig darf sich der Therapeut im Gespräch mit seinen Klienten sprachlich nicht assimilieren. Der Therapeut muss auch sprachlich Standpunkte vertreten, die beispielsweise einer „Cliquensprache“ entgegenstehen. Beispielsweise benötigt ein Teil der Klienten ein Substitutionsmittel, wie z. B. Methadon. Unter den Klienten wird bei der Vergabe des Suchtersatzstoffes von „abschlucken“ gesprochen.

### 1.3 Arbeitstherapie

Auf Klienten- und Therapeuteseite wurden folgende positiven Aspekte der Arbeitstherapie benannt:

Klienten	Therapeuten
ermöglicht Tagesstruktur	ermöglicht Tagesstruktur
gibt Anerkennung, Würde	stabilisiert das Selbstwertgefühl
schützt vor Langeweile	
gibt Aufwandsentschädigung	Möglichkeit des Hinzuverdienstes
Möglichkeit des Vertrauenserwerbs	
	Erweiterung der sozialen Kompetenz
	Vermittlung von Tugenden und Werten

Tab. 11: Positive Aspekte der Arbeitstherapie



Von Klientenseite wurde vor allem die Entlohnung als ungerecht empfunden. Gleichzeitig sahen sie die Chancenlosigkeit der Arbeitstherapie für eine spätere Erwerbstätigkeit. Von Therapeutenseite gab es keine kritischen Punkte bzgl. der Arbeitstherapie.

Die Arbeitstherapie wird sowohl von den Klienten als auch den Therapeuten als wichtiges Mittel in der Sozialtherapie angesehen. Die angebotene Arbeit vermittelt Ziele, wie beispielsweise Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit. Diese Eigenschaften sind die Voraussetzung, um überhaupt erwerbsmäßig arbeiten zu können. Zwischenzeitlich haben zwei Klienten erfolgreich die Berufsausbildung des Hauswirtschafterers abgeschlossen.

#### 1.4 Wohntraining

Das Wohntraining dient der Vermittlung von Basisfertigkeiten im Haushalt. Darüber hinaus soll es der Gemeinschaftsförderung dienen. Das Wohntraining ist heute nicht nur für die Ernährung und Sauberkeit auf den Wohngruppen zuständig, sondern auch für Freizeitangebote.

Folgende Einschätzung des Wohntrainings ergab sich im Rahmen der durchgeführten Studie:

<b>Klienten</b>	<b>Therapeuten</b>
dient der Vermittlung von Fertigkeiten	Training von Basisfertigkeiten
fördert das Gemeinschaftsgefühl	Förderung der sozialen Kompetenz
ergibt konkrete Ergebnisse: Umgang mit Geld, mehr Selbstständigkeit	Überprüfung sozialer Fortschritte
es entstehen emotionale Bezüge	

Tab. 12: Wohntraining

Einige Klienten fanden das Wohntraining überflüssig, wenn es nicht ständig kontrolliert und begleitet wird. Die mangelnde Nachhaltigkeit wurde auch von Therapeutenseite angesprochen. Als Grund wurde die mangelnde Akzeptanz der Klienten angeführt oder dass die Anleiter zu wenig Zeit hätten, um kontinuierlich auf den Gruppen präsent zu sein. Daraus entstünden Kommunikations-

defizite zwischen der Hauswirtschaft und den Therapeuten, aber auch zu den Klienten. Deshalb funktioniert nach Einschätzung der Therapeuten die Organisation Hauswirtschaft nicht optimal.

Sowohl die Klienten als auch die Therapeuten bewerten die Ziele der Hauswirtschaft im sozialtherapeutischen Kontext grundsätzlich positiv. Als Kritik bleibt die Organisationsform der Hauswirtschaft. Um in ihren Ergebnissen nachhaltiger zu sein, muss die Präsenz der Hauswirtschaftsanleiter erhöht werden. Außerdem muss die Bedeutung der Hauswirtschaftler im therapeutischen Team gestärkt werden, um die Entwicklungspotentiale, die durch diesen Fachbereich gegeben sind, auszuschöpfen.

### 1.5 Abstinenzgebot:

Im Haus Bruderhilfe besteht ein klares Abstinenzgebot von Suchtmitteln wie Alkohol, illegale Drogen und nichtverordnete Medikamenten. Nicht nur der Konsum ist untersagt, sondern schon der Besitz. Die Einhaltung des Abstinenzgebotes ist zur Erreichung der sozialtherapeutischen Ziele von beiden befragten Zielgruppen unbedingt befürwortet worden.

Die Rückmeldungen aus Klienten- und Therapeutensicht werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

Klienten	Therapeuten
96%ige Befürwortung : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruhe in der Einrichtung</li> <li>• weniger Stress beispielsweise durch Gewalt</li> <li>• Verhinderung weiterer Rückfälle anderer Klienten</li> </ul>	
absolute Befolgung der Abstinenzvereinbarung	keine Einheit bzgl. Substitution
fordern einen strengen Umgang mit Rückfälligen und harte Sanktionen als	<i>„Wir müssen mit den Schwächen der Bewohner arbeiten. Rückfälle sind</i>

Schutz vor eigenen möglichen Rückfällen	<i>daher als Bestandteile der Entwicklung zu sehen.“</i>
---	--

Abb. 13: Abstinenzgebot

Das Abstinenzgebot ist von beiden Seiten als Grundgebot akzeptiert. Bei der Durchführung der Abstinenzregel erscheinen die Forderungen der Klienten viel radikaler als diejenigen der Therapeutengruppe. Verstöße sollen sofort sanktioniert werden, schon aus dem Gedanken heraus, dass die Ahndung eines eventuellen Kollegenrückfalles vor einem eigenen Suchtmittelrückfall bewahrt. An dieser Stelle wird deutlich, wie bedeutend Regeln im stationären Alltag sind. Sie wirken auch indirekt.

Die Umsetzung des Abstinenzgebotes erfordert im therapeutischen Alltag einen Spagat zwischen einer strikten Überwachung und einer strengen Sanktionierung von Verstößen auf der einen Seite und einer im Einzelfall verhältnismäßigen und therapeutisch sinnvollen Reaktion auf der anderen Seite. Die teilweise geforderte einheitliche Rückfallbearbeitung, wie sie von den Klienten mehrheitlich erwünscht ist, ist zu dogmatisch und nicht in jedem Fall therapeutisch zielführend. Gleichwohl haben die Therapeuten den Schutzanspruch der übrigen Bewohner zu beachten, wenn einer der Klienten aus der Wohngruppe rückfällig wird. Die Gefahr dabei besteht darin, dass es zu Rückfällen durch weitere Gruppenmitglieder kommen kann, aber auch zu kriminellen Handlungen wie Beschaffungskriminalität oder Gewalttätigkeiten innerhalb der Wohngruppe. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Klienten zur Sicherung des Abstinenzgebotes bereit sind selbst Einschränkungen in ihren Grundfreiheiten hinzunehmen, indem sie u. a. fordern, dass vermehrt Zimmerkontrollen durchgeführt werden müssten.

Daraus folgt, dass bei der Rückfallbearbeitung eine größtmögliche Transparenz unter Einbeziehung der gesamten Wohngruppe zu erfolgen hat. Dort werden neben dem Rückfall des Einzelnen die Belastungsfaktoren für die Wohngruppenmitglieder ermittelt und abgewogen und erst so kann über einen weiteren Verbleib des rückfälligen Klienten entschieden werden. Grundsätzlich muss das therapeutische Handeln konsequent und im Verhältnis zum jeweiligen Kontext

einheitlich sein. Dazu sind regelmäßige Absprachen im therapeutischen Team unerlässlich. Eine Verbesserung der Rückfallquote im Haus ließe sich dadurch erzielen, dass konsequenterweise häufiger Drogenscreenings und Alkoholtests durchgeführt würden. Neben der damit verbundenen Kontrollfunktion erhält so jeder Klient eine unmittelbare Rückmeldung über seine Abstinenz. Mit anderen Worten: Drogen- und Alkoholtests haben die Funktion eines steuernden externen Indikators.

### **1.6 Einbeziehung von Familienangehörigen**

Die Klienten im Haus Bruderhilfe haben mehrheitlich den Kontakt zu ihren Familienangehörigen verloren. Auf der Therapeutenseite begrüßt man eine Zusammenarbeit in der Therapie, soweit der Klient das will.

### **1.7 Freizeitmöglichkeiten**

Freizeitangebote runden die Angebote zur Tagesstruktur ab. Sie sind wichtig, um Langeweile zu begegnen, die von den Klienten zumeist als rückfallauslösend beschrieben wird. Aus diesem Grund wird in der Einrichtung ein verbindliches Freizeitangebot mit Sport- und Kreativinhalten angeboten.

### **1.8 Therapiemotivation der Klienten**

Die Angehörigen der untersuchten Gruppe gelten aufgrund der Vielzahl abgebrochener oder abgeschlossener Therapien als nicht therapiemotiviert. In der Erhebung wurde der Frage nach der Motivation zu Beginn der Therapie im Haus Bruderhilfe nachgegangen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Aufnahmegründe aus Sicht der Klienten und der Therapeuten:

Klienten	Therapeuten
----------	-------------

Wohnungslosigkeit	Wohnungslosigkeit
Suchtmittelabhängigkeit	Suchtmittelabhängigkeit
Therapie statt Strafe §35 StGB	Haftvermeidung
psychiatrische Grunderkrankungen	
finanzielle Schwierigkeiten	
Einsamkeit	

Tab. 14: Aufnahmegründe

Die Erwartungen an die Therapie im Haus Bruderhilfe sind sowohl auf Klientenseite als auch auf Seiten der Therapeuten ähnlich. Dabei unterscheiden sie sich jedoch in der Priorität der einzelnen Items. Beispielsweise rangiert auf Klientenseite die Wohnungsaufnahme noch vor der Sicherung der Abstinenz, was die befragten Therapeuten in der Reihenfolge anders sehen. Die Einhaltung der Abstinenz ist bei ihnen das Höchste.

Allgemein geht es den Befragten um das Einfügen in das Tagesgeschehen mit seiner Tagesstruktur, der Aufrechterhaltung der Abstinenz und der Haftvermeidung. Aspekte, die das Leben darüber hinaus lebenswert sein lassen, wie z. B. Urlaub machen oder gesund leben, wurden nicht aufgeführt.

Selbst die von den Klienten und den Therapeuten angeführten Therapieziele sind deckungsgleich. Auf beiden Seiten geht es um die Erreichung einer eigenen Wohnung, Abstinenz, Erwerbstätigkeit, Familie, Akzeptanz und Haftvermeidung.

Auffallend ist der Wunsch nach bürgerlichen Existenzformen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Wünsche und Ziele keineswegs vom Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Der Wunsch, ein „normales Leben“ zu führen, ist vorhanden, kann aber nicht ohne fachliche Hilfe umgesetzt werden.

Der Begriff „Motivation“ im therapeutischen Zusammenhang ist niederschwelliger zu verstehen als bei Angehörigen einer weniger belasteten sozialen Schicht. Dies ist der individuellen Problemmengenlage der Klientel geschuldet. Aus diesem Grund sind niedrigere Erwartungen an die Therapie auf beiden Seiten akzeptabel und förderlich, weil beide Parteien sich im Alltag der Therapie nicht überfordern. Daraus können offene Gespräche mit den Klienten über die

Erreichbarkeit von Zielen geführt werden, unrealistische Erwartungen von Klienten, aber auch von Therapeuten, reflektiert und korrigiert werden. So ist zu bedenken, dass die Abstinenz nicht unbedingt das herausragende Item der Veränderung sein muss. Der Erhalt der Lebensfunktionen, dazu gehört auch der Erhalt des Wohnraums zum Beispiel bei Suchtmittelrückfällen, können auf der Prioritätenliste ganz oben stehen. Die Forderung nach lebenslanger Abstinenz der untersuchten Klientel wird vom Verfasser der Arbeit in ihrer Sinnhaftigkeit bezweifelt. Vielmehr müsste es in der Sozialtherapie darum gehen, den Klienten zu befähigen, sich nach einem Rückfall wieder neu zu motivieren. Dies setzt jedoch die Einstellung auf Therapeutenseite voraus, ressourcenorientierte Therapie anzubieten.

Überhaupt sehen die meisten Therapeuten die Motivation der Haftvermeidung als Ursache für die Bewerbung zur Sozialtherapie im Haus Bruderhilfe. Dies sollte aber nicht als Indiz für eine nur geringe Therapiemotivation verstanden werden. Schließlich nehmen viele Menschen drohende Konsequenzen zum Anlass, ihre Verhaltensweisen zu korrigieren. Zu Beginn der Therapie drückt sich die Motivation durch Vermeidung von weiterer Haft aus. Diese Motivation wird bei den befragten Therapeuten unterschiedlich bewertet.

### **1.9 Kollegiale Zusammenarbeit**

Die befragten Therapeuten äußerten sich zur Zusammenarbeit mit dem Gesamtteam wie folgt: Es wurde festgestellt, dass das Regelwerk unübersichtlich ist, Regeln für alles Mögliche entwickelt werden, dass zuletzt niemand mehr weiß, welche Regel zu gelten habe.

Hinsichtlich der unterschiedlichen Therapieziele äußerte sich ein Teil der Therapeuten kritisch und beklagte einen Realitätsverlust im Team. Darüber hinaus wurde eine nur geringe Stresstoleranz im Team gesehen. Ein Teil der Therapeuten wünschte sich mehr Gelassenheit im Umgang mit brisanten Themen, wie z. B. Rückfällen in der Einrichtung, Gewaltandrohungen etc. Sie kritisierten den aus Krisen resultierenden Aktionismus, der zu nichts führe. Andere wiederum kritisierten die geforderte Gelassenheit. Besonders kritisch wurde der Umgang mit dem Regelwerk angesehen. Die Therapeuten gaben an, dass bei der unterschiedlichen Regelauslegung die Kollegen belastet würden, die sich an Absprachen hielten. Daraus resultiere ein Gefühl von mangelnder Solidarität

untereinander. Die mangelnde Einheit liegt auch daran, dass in den letzten zwei Jahren die Hälfte der Sozialtherapeuten neu eingestellt wurde. Sie mussten sich erst an die Arbeitsstile gewöhnen.

Zudem wurden die Teamsitzungen als zu wenig ergebnisorientiert kritisiert. Insgesamt wurde dem Team ein Mangel an Solidarität, an Übereinstimmung und Einheit untereinander attestiert. Einzelne Fachbereiche stehen in Konkurrenz zueinander.

Die zunehmende Anonymität untereinander hat aufgrund des Veränderungsdruckes bei den Therapeuten ein Gefühl des „Einzelkämpfers“ bewirkt, was eine mangelnde Solidarität untereinander zur Folge hatte. Dabei wurde der Gedanke der therapeutischen Einheit aus den Augen verloren.

An der Besprechungskultur lassen sich am schnellsten Korrekturen durchführen. Zwischenzeitlich wurden stringenter Durchführungen der Sitzungen eingeführt. Die Besprechungen werden protokolliert. Die Moderation der Besprechungen wird im Team gewechselt, so dass jeder die Verantwortung für eine Besprechung einmal übernehmen muss. Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachbereiche ist durch das Angebot der Supervision verbessert worden. Die Kritik der mangelnden Einheit in der Leitung wurde mit Hilfe eines externen Beraters aufgegriffen und bearbeitet. Heute sind die Verantwortlichkeiten in der Leitung schriftlich fixiert. Es gibt Stellenbeschreibungen für die Fachbereichsleitungen Verwaltung, Sozialtherapie, Betreutes Wohnen, Arbeit- und Tagesstruktur sowie die Hauswirtschaft. Aufgrund der Stellenplatzbeschreibungen sind ein gemeinsames Leitbild ermittelt und Führungsgrundsätze beschrieben worden, die das Handeln gegenüber den Mitarbeitern transparent machen sollen. Das sind erste Schritte zum Qualitätsmanagement, das den Klienten in der Therapie zugutekommen soll.

### **1.10 Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten**

Die Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten drückt sich vor allem in Einzelgesprächen und in Gruppentherapien aus. 56% der Befragten bewerten die Beziehung zu ihrem Bezugstherapeuten positiv. Sie fühlen sich akzeptiert, empfanden ihn als gerecht und zuverlässig. Weitere positive Eigenschaften waren die Hilfsbereitschaft und die Transparenz. Als verbesserungswürdig sahen sie:

- eine verständlichere Sprache,
- mehr Vertrauen in den Klienten,
- häufigere Einzelgespräche sowie
- aufmerksamere Kontrolle des Abstinenzgebotes.

Aus Therapeutensicht bewerteten 94% die Beziehung zu ihren Klienten als positiv. Sie führten eine hohe Vertrauensquote an, die von Klientenseite so nicht gesehen wird. Als verbesserungswürdig sahen sie:

- verbindlicheren Umgang mit Regeln und Absprachen sowie
- mehr Aufmerksam- und Wachsamkeit.

Die Beziehung untereinander wird somit mehrheitlich positiv gesehen. Damit ist die Basis für eine therapeutische Beziehung gegeben. Es gilt Folgendes zu bedenken:

1. regelmäßiger Einzelgespräche,
2. mehr Kontakt zum Bezugstherapeuten,
3. verstärkte Wachsamkeit des Therapeuten und
4. klare verständliche Sprache des Therapeuten.

### 1.11 Gesamtbewertung der Sozialtherapie

Die positiven Aspekte der Sozialtherapie sind von den Klienten und den Therapeuten wie folgt beschrieben worden:

Klienten	Therapeuten
Beziehung zum Therapeuten	eigenen Akzeptanz durch den Klienten
verbessertes Selbstbewusstsein	Entwicklungen von Klienten
Abstinenz	Rückfälle führen nicht automatisch zum Abbruch der Therapie.



Angebot der Tagesstruktur	
	Zunahme der Ehrlichkeit der Klienten

Tab. 15: Positive Aspekte der Sozialtherapie

Bei der Beschreibung der negativen Erfahrungen in der Sozialtherapie wird deutlich, wie sehr auf die genaue Ausarbeitung von Organisationsstrukturen, der Ermittlung von Organisationszielen und deren Umsetzung Wert gelegt werden muss. Sie schaffen erst den Rahmen, in dem die Sicherheit gegeben ist. Um diesen Rahmen zu erhalten, müssen von allen an der Therapie beteiligten Akteuren die gemeinsamen Regeln immer wieder erarbeitet, reflektiert und eingehalten werden.

Hier ein Überblick über negative Erfahrungen in der Sozialtherapie:

<b>Klienten</b>	<b>Therapeuten</b>
Gruppentherapie	
Rückfälle anderer Klienten	Rückfälle
Knaststrukturen	
Unachtsamkeit der Therapeuten	
Diebstähle auf den Wohngruppen	
Gewalt und Bedrohungen auf der Wohngruppe	Gewalt, Bedrohungen, Beschimpfungen
Tod eines Klienten	Tod eines Klienten
Unehrlichkeit der Klienten untereinander	
	CO-Abhängigkeit des Therapeuten

	Fehlende Solidarität unter den Kollegen
--	---

Tab. 16: Negative Erfahrungen mit der Sozialtherapie

Von den Klienten und den Therapeuten sind folgende Verbesserungsvorschläge unterbreitet worden:

Klienten	Therapeuten
mehr Disziplin, Sanktionen bei Regelverstößen	mehr Glaubwürdigkeit, klare, harte Linie
Einführung von Themengruppen	Einführung von Themengruppen
Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeiten der Therapeuten	
mehr Zeit für den Einzelnen	
mehr Lob	
mehr Transparenz	
mehr Freizeitangebote	kontinuierliche Freizeitangebote
	höhere Glaubwürdigkeit durch Überwachung und Einhaltung von Regeln

Tab. 17: Verbesserungsvorschläge bzgl. der Sozialtherapie

Sowohl die Klienten als auch die Therapeuten gelangen zu einer grundsätzlich positiven Bewertung der Sozialtherapie im Haus Bruderhilfe. Kritisiert wurde unter anderem das Konzept der Gruppentherapie, ein mangelndes Vertrauen zum Therapeuten, die Einhaltung und Überwachung des Abstinenzgebotes sowie die Milieubindung vieler Klienten.

Aufgrund dieser Milieubindungen benötigt die Einrichtung eine ständige Weiterentwicklung der Konzeption, was auch eine ständige Weiterbildung der Mitarbeiter notwendig werden lässt. Darüber hinaus ist die Organisation in ihrer Struktur zwischenzeitlich so verändert worden, dass mehrere Fachbereichsleitungen installiert wurden. Mit der Organisationsberatung ist es gelungen, die Struktur der Einrichtung zu verbessern, indem alle Mitarbeiter an der Entwicklung der Einrichtung beteiligt sind und sich im Therapiekonzept wiederfinden können. Die Haltung oder das Gefühl, ein „Einzelkämpfer“ in der Sozialtherapie des Haus Bruderhilfe zu sein, widerspricht den therapeutischen Zielen der Einrich-

tung. Hier hat vor allem die Leitung die Verantwortung, Entsolidarisierungsphänomene frühzeitig wahrzunehmen. Als hilfreich erweisen sich beispielsweise regelmäßige Besprechungen mit der Mitarbeiterführung oder mit dem gesamten Team zu diesem Thema. An dieser Stelle wird deutlich, dass auch Therapeuten erkennen sollten, dass das Gespräch untereinander hilfreich ist. Der Verfasser dieser Arbeit glaubt nicht, die dargestellten Probleme mit einer Konzeptionsänderung bewältigen zu können. Es hat sich herausgestellt, dass die Möglichkeiten eines guten Therapieverlaufes stark von der individuellen Beziehung zum Bezugstherapeuten abhängig sind. Erst dann können methodische Vorgehensweisen situationsabhängig erfolgreich angewendet werden.

### **1.12 Aufgestellte Hypothesen**

Die aufgestellte Hypothese, dass der Auftritt von Wohnungslosigkeit bei Männern durch mangelnde Schul- und Berufsausbildung, defizitäre soziale Beziehungen sowie durch Erwerbslosigkeit, Sucht und Kriminalität begünstigt wird, hat sich in der vorliegenden empirischen Studie bestätigt.

Psychiatrische Erkrankungen als Ursache für den Auftritt von Wohnungslosigkeit stellen dabei ein Versagen des vorherigen Hilfesystems dar. Die Wohnungslosenhilfe ist für die Betreuung dieser Klienten nicht zuständig, sieht sich aber gezwungen, ihnen ein Hilfeangebot zu unterbreiten. Diese Hilfenachfrage übersteigt das Leistungsvermögen der Wohnungsloseneinrichtungen dann, wenn das psychiatrische Hilfesystem weitergehende Hilfen in Kooperation mit der Wohnungslosenhilfe versagt.

Zudem werden in der Wohnungslosenhilfe mehrheitlich Klienten mit Mehrfachproblemlagen betreut, bei denen nicht klar zu unterscheiden ist, ob eine psychiatrische Erkrankung im Vordergrund der Problematik steht oder nicht. So können Störungsbilder, wie beispielsweise dissoziale oder narzisstische Persönlichkeiten und Abhängigkeiten, zusammentreffen.

Weiterhin gilt es zu berücksichtigen, dass Persönlichkeitsstörungen und Kriminalität ubiquitär in der Gesellschaft vorhanden sind und nicht auf die Klienten der Wohnungslosenhilfe beschränkt sind.

Betrachtet man das Leistungsangebot stationärer Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe am Beispiel der untersuchten Einrichtung Haus Bruderhilfe, bestätigt sich die Leistungsfähigkeit des stationären Hilfesystems. Es leistet einen wesentlichen Beitrag zur Resozialisierung Wohnungsloser. Besonders das Angebot der Tagesstruktur, die Arbeitstherapie und der persönliche Kontakt zu den Bezugstherapeuten stellen das Gerüst einer erfolgreichen stationären Sozialtherapie dar. So trägt beispielsweise die Arbeitstherapie in herausragender Weise zur Stärkung des Selbstbewusstseins der Klienten bei. Die Förderung des Selbstwertgefühls vermindert das Auftreten einschlägiger Impulsdurchbrüche und trägt somit auch zu einer Befriedung der sozialen Umwelt bei.

Trotz der Überforderung des Hilfesystems im Umgang mit psychiatrischen Patienten, wie zum Beispiel Merkmalsträger mit Psychosen, leistet das beschriebene Hilfesystem eine wertvolle Stabilisierung für die Betroffenen. Die zu diesem Themenkomplex aufgestellte Hypothese wurde durch die dieser Arbeit zugrunde liegende empirische Studie eindeutig belegt. Die Stabilisierung erfolgt durch verlässliche Beziehungen im Therapiealltag und durch die angebotene Tagesstruktur.

Die untersuchte Personengruppe, die mehrheitlich mehrere klassische Entwöhnungsbehandlungen vor ihrem Auftritt in der Wohnungslosenhilfe hatte, wird in der untersuchten Einrichtung trotz umfassender Kritik erfolgreich sozialtherapeutisch betreut. Die angebotenen Settings unterscheiden sich von klassischen Settings durch ein größeres Maß an persönlicher Verantwortung und Freiheit. Dies stellt einen Risikofaktor für das Auftreten von Suchtmittelrückfällen unter den Klienten dar, spiegelt aber die Bedingungen des täglichen Lebens realistisch wieder und bereitet die Klienten so auf ein späteres suchtfreies Leben vor. Es ist dabei anzumerken, dass die zuvor angebotenen klassischen Therapiesettings nicht wirkungslos waren, sondern durchaus den Therapieerfolg in der untersuchten Einrichtung vorbereitet haben.

Das Setting in der untersuchten Einrichtung ist beziehungsorientiert. Das heißt, im Focus der Therapie steht die Gestaltung der sozialen Beziehungen des Klienten zu seiner Umgebung. Nicht das Symptom, sondern der Umgang mit der zugrundeliegenden Beziehungsproblematik ist Gegenstand der dargestellten

Sozialtherapie. Daraus werden ressourcenorientierte Lösungsstrategien gemeinsam mit den Klienten entwickelt. Unter Ressourcenorientierung versteht man die Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten eines jeden Klienten im Rahmen der Entwicklung von Problemlösungsstrategien.

### **1.13 Aufgeworfene Fragen**

An dieser Stelle möchte ich Gelegenheit nehmen, die noch offenen, im Verlauf dieser Arbeit aufgeworfenen Fragen zu beantworten. Zunächst gilt es, das Verhältnis zwischen der Psychiatrie und der Wohnungslosenhilfe näher zu beleuchten und die diesbezüglichen Fragen zu beantworten:

- Warum tut sich die Psychiatrie so schwer mit Klienten, die eine Mehrfachproblematik aufweisen?
- Warum verzichten die Patienten freiwillig auf das vorhandene differenzierte Hilfesystem der Psychiatrie?
- Sind die hochschwelligen, verbindlichen Regeln der Grund dafür, dass der Zutritt ins geeignetere Hilfesystem der Psychiatrie nicht erfolgt?
- Brauchen wir neue Hilfeformen oder andere offenerere Systeme?

Die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe ist verbesserungswürdig. So ist bekannt, dass für Klienten der Wohnungslosenhilfe die Aufnahme in einer Akutpsychiatrie behindert wird und notwendige Entgiftungsmaßnahmen verkürzt durchgeführt werden.

Darüber hinaus stellt die Psychiatrie mit ihren hochschwelligen, verbindlichen Regeln eine Überforderung für Klienten mit psychiatrischen Erkrankungen und weiteren Problemlagen dar. Mit der Folge, dass die Klienten mit den ihnen angebotenen Hilfen nicht umgehen können. Die Kommunikation zwischen Angehörigen des hochschwelligen Hilfeangebotes und den Klienten ist aufgrund elaborierter Sprachcodes, rigider Regeln und steriler Atmosphäre oft gestört. Dies stellt ein Hindernis für die notwendige vertrauensbildende Beziehung zwischen klinischem Therapeut und Klient dar.

Daher ist nicht ein weiteres, noch differenzierteres Hilfesystem erforderlich, vielmehr sollte den Klienten ein größeres Maß an Toleranz und Akzeptanz entgegengebracht werden. Nicht jeder Rückfall darf - auch in einer Klinik nicht - zu einem Ausschluss aus dem Hilfesystem führen. Schließlich entlässt man auch keine somatischen Patienten, wenn sie im Krankenhaus ihre Symptomatik weiter zeigen.

Im bisherigen System stehen die Disziplin und Motivationsfähigkeit des Klienten im Vordergrund, ohne zu berücksichtigen, dass die vom einzelnen Klienten erreichbaren Ziele voneinander abweichen können, da die Ressourcen und der Grad der Abhängigkeit eine unterschiedliche Motivation bewirken.

Ferner bestanden zu Beginn der vorliegenden empirischen Studie Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Identität von Wohn- und Therapiegruppe. Im Verlauf der Befragungen wurde zunächst auch offensichtlich, dass die Identität von Wohn- und Therapiegruppe Probleme hervorruft. So wurde beispielsweise von Klienten angemerkt, dass Vertrauliches in einer anonymeren Gruppe als der Wohngruppe besprochen werden sollte, da das Leben in der Wohngruppe von gegenseitiger Abhängigkeit geprägt ist, die dem Einzelnen in Konfliktfällen in der Gruppentherapie schaden kann.

Auf der anderen Seite führt die Gruppentherapie, die auch in der Wohngruppe verankert ist, zu einer Zunahme von Offenheit untereinander und zum Einüben neuer, alternativer Verhaltensweisen. Die Therapie findet damit nicht nur im Kontext einzelner Gruppentherapiesitzungen, sondern „round about the day“ statt. Dadurch steigt der Beziehungsdruck untereinander, was die eigentliche Therapie erst ermöglicht. Wie bereits erwähnt, können lösungsorientierte Maßnahmen erst dann Anwendung finden, wenn der zugrundeliegende Beziehungsaspekt ausreichend bearbeitet wurde. Hinter jedem Problem steht somit ein zentraler Beziehungsaspekt, der eben in der Verbindung von Wohn- und Therapiegruppe besser bearbeitet werden kann.

In diesem Zusammenhang ergab sich die Frage nach der Einführung von spezifischen Fachgruppen. Diese wird befürwortet. Die Rückfallprophylaxe ist mitt-

lerweile ein fester Bestandteil des neuen Therapiekonzeptes der untersuchten Einrichtung im Bereich spezifischer Gruppen. Dieses Modul kann bei Bedarf wohngruppenübergreifend angeboten werden.

Die fachspezifischen Gruppen haben zum Ziel, auf besondere Problemlagen wie Kriminalität, Schulden oder Sucht einzugehen, um den Klienten in diesen Bereichen ein angemessenes Handwerksmittel zur Bewältigung anbieten zu können.

Des Weiteren stellte sich vor dem Hintergrund des bestehenden Abstinenzgebotes die Frage nach einem angemessenen Umgang mit Rückfällen der Klienten. Dass es nicht nur in Einzelfällen immer wieder zu Rückfällen von der Abstinenz kommt, ist biographisch erklärbar. In Fällen von Suchtmittelrückfällen ist zu klären, ob der Klient in der Lage ist, diesen unmittelbar zu beenden. Gelingt das nicht, ist zu klären, wie das weitere Vorgehen aussieht, da ein Verbleib auf der Wohngruppe wegen der Fremdgefährdung nicht möglich ist. Das Mittel der Wahl wäre in diesen Fällen eine sofortige Einweisung zur Entgiftung in eine Psychiatrie. Leider scheitert dies aufgrund der Kündigung des Therapievertrages an einer fehlenden Kostenübernahme durch die Kostenträger oder an der fehlenden Bereitschaft der Kliniken, wiederholt ein und denselben Patienten zu entgiften.

Schließlich kommt der Beantwortung der Frage nach den Möglichkeiten der Verhinderung einer Milieubindung bzw. sog. 'Negativtherapie' in der untersuchten Einrichtung eine entscheidende Bedeutung zu.

Eine erfolgreiche Sozialtherapie geht ebenso wie andere Therapieverfahren von motivierten Klienten aus, wobei der Begriff der 'Motivation' kritisch zu hinterfragen ist. Unter Motivation versteht man in der untersuchten Einrichtung die Akzeptanz des Therapievertrages und der Hausordnung. In beiden Fällen werden die Abläufe des Tages als auch der modus vivendi, wie man zwischenmenschlich miteinander umgeht, geregelt. Häufig passieren Verstöße gegen die Übereinkünfte. Diese Verstöße können sowohl krimineller Genese als auch suchtmotiviert sein. In den Fällen, in denen Klienten durch regelwidriges Verhalten andere Klienten in ihrer Entwicklung gefährden, spricht man von 'Negativthera-

pie', weil in einer solchen Situation der nicht konsumierende Klient gefährdet wird. Dieses Gefährdungspotential zeigt sich beispielsweise durch Erpressungen und Gewaltandrohungen untereinander, von welchen der Bezugstherapeut nichts erfährt. Dies hat eine Verstärkung alter Verhaltensweisen bei den Klienten zur Folge. Der eine verharrt beispielsweise in regelwidrigem Verhalten, der andere veröffentlicht das Problem nicht. So entwickelt sich eine Kommunikationsstruktur, die ich als Knaststruktur oder Milieubindung bezeichne.

Man begegnet der Entwicklung neuer Konformitätsdrücke, indem die Präsenz des Bezugstherapeuten in den Wohngruppen erhöht wird und über das Maß der Gruppen- und Einzeltherapie hinausgeht. Die Rolle des Sozialtherapeuten wandelt sich vom distanzierten Beobachter zum Akteur in vielen Gruppensituationen. Er nimmt teil am Gesamtgruppengeschehen: Kochen, Freizeitgestaltung. Dabei heißt teilnehmen das Wahrnehmen gruppenspezifischer Prozesse und rechtzeitige Intervention zur Prophylaxe. Damit wird auch der Verhinderung einer negativen Milieubindung Rechnung getragen.

Dass trotz all dieser Interventionen und Bemühungen Rückschläge in der Sozialtherapie auftreten, ist nicht vermeidbar, aber reduzierbar.

## **2 Situationsbeschreibung**

Das Ziel dieser Erhebung ist es, ein modernes, bedarfsgerechtes stationäres Hilfesystem zu entwickeln, damit eine ressourcenorientierte Sozialtherapie angeboten werden kann.

Zu Beginn stellt sich die Frage: Wie gelangen Menschen, die aufgrund der ihnen gestellten Diagnosen eigentlich dem psychiatrischen Hilfesystem zuzuordnen wären, immer wieder in das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe?

Im Rahmen der Ursachenforschung bzgl. des überproportional häufigen Auftretens psychiatrischer Klienten in der Wohnungslosenhilfe muss man zunächst auf die Psychiatriereform der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts zurückblicken. Damals wurde das psychiatrische Konzept von einer dezentralen, auf



dem Land befindlichen 'Rieseneinrichtung' hin zu einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ausgerichtet. Hierbei wurden die versorgungsschwierigen Patienten, also diejenigen mit einer kombinierten Mehrfachproblematik, wie z. B. Psychose und Sucht oder Persönlichkeitsstörungen und Sucht, schlichtweg übergangen. Sie galten als schwer motivierbar und daher im hochschwelligem kommunalen Hilfesystem als Störfaktoren.

Eine erste kritische Stellungnahme über das Herausfallen der Wohnungslosen aus der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung findet sich im Jahr 1991 in einem Aufsatz von *Ilse Aichinger*.<sup>97</sup>

Ein ausgeprägtes Bewusstsein für diese Problematik entstand in der Fachöffentlichkeit durch die Veröffentlichung „Obdachlos und psychisch krank“ aus dem Jahr 2002.<sup>98</sup> Die Autoren beschreiben nicht nur empirische Befunde, sondern fordern auch, Konsequenzen aus den vorliegenden empirischen Berichten zu ziehen; nämlich dass sich das psychiatrische System niederschwelliger präsentieren muss.

Aus Sicht der Psychiatrie haben wir es bei psychisch kranken Wohnungslosen mit Menschen mit Mehrfachproblemlagen zu tun. Sie gelten als Opfer der Psychiatriereform der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts. Waren sie zuvor in Anstalten irgendwo auf dem Lande untergebracht und versorgt (wie beispielsweise in den Arbeiterkolonien), so drangen sie nun in die Städte, wo es an stationären und meist sogar ambulanten Betreuungsmöglichkeiten mangelte. Sie blieben mit ihrer persönlichen, aber auch sozialen Problematik sich selbst überlassen. Dies hatte eine weitere Verwahrlosung zur Folge.

Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen führte und führt auch heute noch dazu, dass die Verweildauer in psychiatrischen Abteilungen im Krankenhaus drastisch gekürzt wurde. Außerdem werden die aufwändigen Entlassungsvorbereitungen, die eine optimale Weiterversorgung der Klienten ermöglichen sollen, vermindert. Im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung

---

<sup>97</sup> Eichenbrenner, I.: Handwerksbuch Psychiatrie, 1. Aufl., Bonn 2001, S. 86 f.

<sup>98</sup> Nouvertne, K.; Wessel, T.; Zechert, C.: Obdachlos und psychisch krank, 1. Aufl., Bonn 2002

ergeben sich häufig auch erhebliche soziale Probleme. Bisher gelebte Lebensformen sind für den Hilfesuchenden plötzlich nicht mehr lebbar. Eine Kette weiterer sozialer Problemlagen kommt plötzlich hinzu, wie z. B. Konflikte mit Familienangehörigen, am Arbeitsplatz sowie mit dem Vermieter. Diese Verkettung von Problemlagen erfordert häufig eine intensivere Entlassungsvorbereitung und Begleitung durch den sozialen Dienst.

Durch den immer stärker werdenden Rechtfertigungsdruck hinsichtlich der Behandlungsdauer wächst auch im Einzelfall der Entlassungsdruck. Das führt dazu, dass die Patienten nicht in allen Entlassungsfällen in eine geordnete Wohnsituation oder in eine geregelte psychiatrische Anschlussbetreuung wechseln können. So kommt es dann zu Entlassungen auf die Straße oder bestenfalls zu einer Vermittlung in ein stationäres System der Wohnungslosenhilfe.

Lässt man die äußeren, durch wirtschaftliche Zwänge bestimmten Umstände des Hilfesystems beiseite, um das Augenmerk auf das Innere des Hilfesystems zu richten, stellt sich die Frage, warum tut sich die Psychiatrie so schwer mit Klienten, die eine Mehrfachproblematik aufweisen? Warum leben diese Patienten umgekehrt an der Psychiatrie vorbei und warum verzichten sie freiwillig auf das durchaus vorhandene differenzierte Hilfesystem der Psychiatrie? Sind die hochschwellig, verbindlichen Regeln, wie z. B. die Abstinenz, der Grund dafür, dass der Zutritt ins geeignetere Hilfesystem der Psychiatrie nicht erfolgt? Brauchen wir neue Hilfeformen wie „Betreutes Trinken“ oder andere offenere Systeme?

Viele wohnungslose und psychisch kranke Klienten erweisen sich aus Sicht der psychiatrischen Hilfe als therapieresistent, weil sie entweder nicht abstinentfähig sind, ihre Medikamente nicht regelmäßig einnehmen, gewaltbereit sind oder sich nicht an Regeln halten. Ihnen fehlt es aus Sicht des psychiatrischen Hilfeverbundes an Krankheitseinsicht und Motivation.<sup>99</sup>

Aufgrund der verschiedenen Mehrfachproblematiken, wie vorstehend bereits hervorgehoben, ergibt sich, dass es „den Wohnungslosen“ nicht gibt. Die man-

---

<sup>99</sup> Nouvertne, K.; Wessel, T.; Zechert, C.: Obdachlos und psychisch krank, 1. Aufl., Bonn 2002

nigfaltige Art und Weise möglicher Kombinationen von Problemlagen macht eine solche Klassifikation nahezu unmöglich.

Es ist allgemein unbestritten, dass das Auftreten der beschriebenen Personengruppe von der Gesellschaft überwiegend als äußerst unangenehm empfunden wird. Aber es gibt auch jene Klienten, die nicht auffallen, jene stillen, unveränderbaren, verschlossenen Menschen, sowie die Misstrauischen, die immer zweifeln, die niemandem vertrauen und die eigene Ohnmacht spiegeln.

*Nouvertne* weist darauf hin, dass ein Großteil dieser Menschen in ihrem Leben Krisen oder Phasen durchlebt hat, in denen sie äußerst verletzlich und voller Angst gewesen sind. Viele von ihnen haben dann die Sucht als Mittel der Selbsthilfe gewählt, weil sie damit ruhig, entspannt, gelöst und angstfrei waren. Irritierbar sind sie dann, wenn ihnen das Suchtmittel fehlt. In diesen Situationen zeigen sie Eigenschaften und Verhaltensweisen, die für die Gesellschaft nicht akzeptabel sind, und erfahren infolgedessen weitere Ausgrenzungen.<sup>100</sup> Aber sie haben nichts anderes als einen Selbstheilungsversuch unternommen.

*Nouvertne* ist kritisch entgegenzuhalten, dass die regressiven Merkmale nicht so sozial-romantisch sind. Unter Einfluss von Drogen oder bei Alkoholentzügen kann es zu Schädigungen von Hab und Gut bzw. der Gesundheit Dritter kommen.

Abschließend lässt sich zusammenfassen: während *Nouvertne* u. a. das System der psychiatrischen Hilfen für das Auftreten von Wohnungslosigkeit verantwortlich machen, bezweifele ich die Allmächtigkeit eines jeden Hilfesystems. Am Ende der Beratungskette bleibt meiner Meinung nach in jedem Fall die persönliche Entscheidung des Klienten selbst. Alle noch so differenzierten Hilfesysteme werden die Existenz von psychisch Kranken in der Wohnungslosenhilfe nicht aufhalten können.

Ein Hilfesystem lebt in seiner Effektivität u. a. von den Wertvorstellungen und den Überzeugungen seiner Mitarbeiter. Sie sind es, die maßgeblich auf den Betreuungsverlauf in dem Sinne Einfluss nehmen, dass der Klient sich vertrau-

---

<sup>100</sup> Nouvertne, K.; Wessel, T.; Zechert, C.: *Obdachlos und psychisch krank*, 1. Aufl., Bonn 2002

ensvoll auf sie einlassen kann. Dieser Vertrauensvorschuss ist jedoch von einem Mindestmaß an sozialer Kompetenz auf Seiten des Klienten abhängig, um einen Betreuungserfolg möglich werden zu lassen.

Bereits 1998 hat *Eichenbrenner* zur konzeptionellen Veränderung im Umgang mit psychisch kranken Klienten Folgendes vorgeschlagen: „*Zu diskutieren, abzusenken oder zu beseitigen sind folgende Schwellen:*

1. *Aufnahmekriterien*
2. *Pflicht zur Medikamenteneinnahme*
3. *Verbindlicher Arztbesuch*
4. *Alkohol- und Drogenverbot*
5. *Feste Ruhezeiten*
6. *Keine Beherbergung von Freunden und Sexualpartnern*
7. *Sauberkeit*
8. *Feste Gruppengespräche*
9. *Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten*
10. *Haushaltsdienst*
11. *Eine Kündigung wegen körperlicher Gewalt entbindet den Träger nicht von seiner Verantwortung für den Klienten und dessen Nachsorge.*
12. *Wohnraum sollte nicht an eine Therapie gekoppelt sein.*<sup>101</sup>

Mit diesen Forderungen, die zunächst nur für die psychiatrischen Hilfen so scharf formuliert wurden, ist die stationäre Wohnungslosenhilfe heute ebenfalls konfrontiert.

Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, ob diese Forderungen sowohl aus Klientensicht als auch aus Sicht der Mitarbeiter umsetzbar und erfolgversprechend sind.

Es bedarf einer Klärung bzw. Abgrenzung zwischen Psycho- und Sozialtherapie.

---

<sup>101</sup> Eichenbrenner, I.: Handwerksbuch Psychiatrie, 1. Aufl., Bonn 2001, S. 86 f.

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff psychosoziale Beratung gleichgesetzt mit dem Begriff Sozialtherapie.

Der inhaltliche Unterschied zwischen Psychotherapie und Beratung bzw. Sozialtherapie ist schwer zu ziehen. Ganz allgemein wird davon ausgegangen, dass Psychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen im Sinne einer ärztlichen oder ärztlich psychologischen Behandlung eingesetzt wird. Um die begriffliche Unterscheidung wissenschaftlich besser darzustellen, bietet sich die formale Trennung der verschiedenen Bereiche an. Psychotherapie ist ein rechtlich anerkanntes und definiertes Verfahren, was bei psychosozialen Beratungsprozessen nicht der Fall ist. *„Dabei ist eine formale Abgrenzung zwischen Störung und Krankheitswert und beeinträchtigenden Konflikten aus der Lebenswelt ... bei genauerem Hinsehen nicht unbedingt eindeutig, es gibt fließende Übergänge.“*<sup>102</sup>

In einem institutionellen Rahmen, wie es bei der untersuchten Einrichtung der Fall ist, sind die verschiedensten Berufsgruppen an der Behandlung der Klienten beteiligt. Das bedeutet, dass die untersuchte Einrichtung keine klinische Struktur hat. Die Mitarbeiter verfügen über eine beraterische oder eine therapeutische Ausbildung, ohne jedoch approbiert zu sein. Es ist ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Arbeitstherapeuten, Hauswirtschaftlern und Sozialarbeitern, die auf spezifische Probleme sowie deren Bedeutung im psychosozialen Bereich Einfluss nehmen und dementsprechend behandeln.

*Reker* differenziert drei Aspekte im Hilfesystem: erstens die rein psychiatrisch-pharmakologische Intervention, zweitens die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und schließlich die Soziotherapie als Milieuthérapie. *„Soziotherapie zielt auf die therapeutische Beeinflussung psychischer Krankheiten durch Interventionen im sozialen Umfeld des Patienten bzw. auf eine Veränderung der Interaktion zwischen den Patienten und ihrer Umgebung ab.“*<sup>103</sup> Ähnlich wie *Boeger*, welche die verschiedensten Berufsgruppen in psychosozialen Beratungsfeldern eingebunden sieht, gilt das auch für den Begriff der Soziotherapie nach *Reker*. Da die Begriffe Soziotherapie und Sozialtherapie rechtlich nicht

---

<sup>102</sup> Boeger, A.: Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte, 1. Aufl., Stuttgart 2009, S. 13

<sup>103</sup> Reker, T.: Soziotherapie in der Tagesklinik, in: Eickelmann, B.; Reker, T.: Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik, 1. Aufl., Stuttgart 2004, S. 45

geschützt sind, schlage ich zur Unterscheidung vor, den Begriff „Sozialtherapie“ ausschließlich für die Behandlung von Suchtabhängigen, wie es bei den Rentenversicherungsträgern üblich ist, zu verwenden. Die Soziotherapie ist ein um den Einbezug des Milieus erweitertes Verfahren. Damit steht dieser Begriff auch für eine „totalitäre Beratungssituation“. Sie bezieht sich nicht auf die Dauer einiger weniger wöchentlich stattfindender Therapiesitzungen. Sie ist umfassender, umfasst mitunter komplette Tagesabläufe und wird dabei meistens stationär angeboten. Im Unterschied zur Psychotherapie erfolgt die Soziotherapie im unmittelbaren Lebensraum des Klienten. So ist es auch in der beschriebenen Einrichtung der Fall. Der Klient ist in der Soziotherapie damit einem ganz anderen Stress ausgesetzt, als es in einer konventionellen Psychotherapie der Fall sein kann.

*Grawe* definiert vier Wirkprinzipien, die positive Veränderungen beim Klienten erzeugen.<sup>104</sup> Diese gelten ebenso für soziotherapeutische Maßnahmen.

Diese vier Wirkfaktoren lauten:

1. *„Klärung: eine ausreichende Analyse und sinnstiftende Ausdeutung von Problemursachen und Konflikten,*
2. *Problemaktualisierung: direktes Herangehen und Fokussierung der Therapie auf die spezifischen Probleme des Klienten,*
3. *Problembewältigung: aktive Hilfe und Unterstützung durch die Therapeuten bei der Lösung konkreter Probleme sowie*
4. *Ressourcenaktivierung: Stärkung der Selbstheilungskräfte und Ressourcen der Klienten.“*<sup>105</sup>

---

<sup>104</sup> Grave, K.: Psychologische Therapie, 2. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1998, S. 541

<sup>105</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 61

*Fiedler* bezweifelt die unbedingte Wirksamkeit einzelner bzw. aller dargestellten Faktoren als empirisch nicht nachweisbar. *Boeger* kritisiert, dass das Modell *Grawes* einen wichtigen Aspekt außer Acht lässt, nämlich den der Beziehung zwischen Klient und Therapeuten. *„Das Modell Grawe stellt zentrale Wirkmechanismen zusammen, macht allerdings keine Aussage darüber, bei welchen Störungen welcher der vier Faktoren besonders wirksam ist. Beherzigt man den Befund, dass der Beziehungsaspekt das zentrale Vehikel für den therapeutischen Erfolg ist, dann ist die Anwendung bestimmter Techniken als sekundär anzusehen und nur insoweit wirksam, wie die therapeutische Beziehung funktioniert.“*<sup>106</sup>

Aus dem zuvor Dargestellten lässt sich für die Soziotherapie im Haus Bruderhilfe der Therapiebegriff wie folgt klären:

Wenn man sich entschließt, Menschen Hilfen in Form therapeutischen Handelns anzubieten, muss man sich darüber im Klaren sein, dass diese Menschen, bevor sie die aktuelle Hilfe erfahren, durch alle konventionellen Hilfssysteme durchgereicht wurden, ohne dass ihnen tatsächlich geholfen wurde. Der Anspruch an diese Arbeit ist demnach ambitioniert. Bedeutet sie (die konzeptionelle Arbeit) doch eine *„enorme Innovationsanforderung im Bereich der Hilfsmittel und Konzepte, dies auch vor dem Hintergrund, dass die Gruppe derer, die an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden bzw. über diesen hinaus fallen, immer größer wird.“*<sup>107</sup>

Berücksichtigt man die von *Grawe* beschriebenen Wirkfaktoren und bezieht *Boegers* Kritik der mangelnden Berücksichtigung des Beziehungsaspektes in diesem Modell ein, so sind folgende Aspekte zwingend für das theoretische Modell der Soziotherapie einer stationären Einrichtung.

Als Grundlage für Soziotherapie gelten unter der Berücksichtigung von *Grawe* und *Boeger* folgende förderungswürdige Bereiche:

---

<sup>106</sup> Boeger, A.: Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte, 1. Aufl., Stuttgart 2009, S. 13

<sup>107</sup> Hahn, G.: Rückfallfreie Sexualstraftäter, Salutogenetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Patienten, 1. Aufl., Bonn 2007, S. 31

1. *„Hilfe zur Realitätsorientierung: Klärung zwischen Wünschen und Möglichkeiten,*
2. *Hilfe zur Wahrnehmung unterschiedlicher zwischenmenschlicher Bedürfnisse,*
3. *Differenzierung zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmungsfähigkeiten,*
4. *Förderung der Affektkontrolle: Gefühle beschreibbar machen,*
5. *Förderung der Frustrationstoleranz: Enttäuschungen sinnvoll zu begegnen,*
6. *Hilfen bei Impulsteuerungsverlusten: Rückfällen frühzeitig zu begegnen sowie*
7. *Förderung der Urteilsfähigkeit: Abschätzen der Folgen eigenen Tuns und die Verantwortung dafür tragen.“*<sup>108</sup>

Dabei hängt der Therapieerfolg immer davon ab, *„ob es Therapeuten und Patienten gelingt von Beginn der Behandlung an eine gute Arbeitsbeziehung herzustellen. Wie diese Arbeitsbeziehung konkret aussehen sollte und wie diese sich im Therapieverlauf entwickelt, das wiederum sieht von Verfahren zu Verfahren recht unterschiedlich aus.“*<sup>109</sup>

### **3 Vorstellung des neuen Therapiekonzeptes**

#### **3.1 Einleitung**

In der stationären Sozialtherapie werden Männer mit einer bereits seit längerer Zeit bestehenden Suchtkrankheit betreut, die eine abstinente Lebensführung anstreben.

Im Haus Bruderhilfe besteht ein klares Abstinenzgebot von Suchtmitteln wie Alkohol, illegalen Drogen und nicht ärztlich verordneten Medikamenten. Nicht nur der Konsum ist untersagt, sondern bereits der Besitz. Das Abstinenzgebot ist zur Erreichung der sozialtherapeutischen Ziele unabdingbar.

---

<sup>108</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 61 f.

<sup>109</sup> Fiedler, P.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 61 f.



Die Umsetzung des Abstinenzgebotes erfordert im therapeutischen Alltag jedoch einen Spagat zwischen einer strikten Überwachung und einer strengen Sanktionierung auf der einen Seite und einer im Einzelfall verhältnismäßigen und therapeutisch sinnvollen Reaktion auf der anderen Seite.

Eine einheitliche Rückfallbearbeitung ist zu dogmatisch und nicht in jedem Fall zielführend. Gleichwohl haben die Therapeuten den Schutzanspruch der übrigen Bewohner zu beachten. Denn es besteht die Gefahr, dass es infolge eines Rückfalls zu weiteren Rückfällen, kriminellen Handlungen oder Gewalttätigkeiten unter den Bewohnern kommt.

Vor diesem Hintergrund ist bei der Rückfallbearbeitung eine größtmögliche Transparenz unter Einbeziehung der jeweils betroffenen Wohngruppe unerlässlich. Es muss überlegt werden, ob der Rückfällige von sich aus in der Lage ist, eine neue Abstinenz einzugehen. Neben dem Rückfall des Einzelnen sind die Belastungsfaktoren für die anderen Wohngruppenmitglieder zu ermitteln und abzuwägen. Erst danach kann über einen Verbleib des rückfälligen Klienten in der Einrichtung entschieden werden.

Eine Aufnahme im Haus Bruderhilfe ist an die folgenden Voraussetzungen gebunden:

#### 1. Drogenfreiheit

- Kein Konsum innerhalb und außerhalb der Einrichtung von Alkohol und Drogen,
- Kein Beigebrauch bei Substitution,
- Abstinenz von prozessbezogenen Süchten wie z.B. pathologisches Glücksspiel

#### 2. Gewaltfreiheit

#### 3. Straffreiheit

Die Beendigung der stationären Sozialtherapie erfolgt:

- wenn die Ziele der Hilfe erreicht sind oder
- auf Wunsch des Bewohners oder

- durch das Haus Bruderhilfe unter Beachtung einer zu vereinbarenden Frist, wenn eine Zusammenarbeit nicht mehr möglich ist oder
- fristlos durch das Haus Bruderhilfe, wenn schwere oder wiederholte Verstöße gegen die Hausordnung vorgekommen sind. Gründe für eine solche sofortige Entlassung sind:
  - Drogen- und Alkoholkonsum innerhalb der Einrichtung,
  - Drogenhandel,
  - fortgesetzte bzw. heimliche Rückfälle,
  - Gewalt,
  - Straftaten sowie
  - die Verweigerung der Teilnahme an den therapeutischen Angeboten

Ziel unserer Hilfen ist es, dass Menschen unter dem Motto 'Stärker im Leben' befähigt werden, sich besser zu verstehen und Vertrauen in sich und ihre Fähigkeiten zu entwickeln. Wir wollen Menschen helfen, ihr Selbstbewusstsein zu stärken, Probleme zu lösen, sich angemessen zu verhalten und sich selbst und andere nicht zu schädigen sowie Krisen und Probleme besser und angemessener lösen zu können. Weitere Ziele der stationären Sozialtherapie im Haus Bruderhilfe sind:

- Zufriedenheit bei Abstinenz bzw. Beigebrauchsfreiheit bei Substitution,
- Straffreiheit,
- Erwerb von Kompetenzen im Problemlösen und in der Kommunikation,
- Verbesserung der lebenspraktischen Fähigkeiten: So soll neben haushaltspraktischen Fertigkeiten auch der angemessene und planerische Umgang mit Geld eingeübt werden. Endziel ist die Wiederherstellung der Fähigkeit zur Bewirtschaftung einer Wohnung.
- (Re)integration in den Arbeitsmarkt: Im Mittelpunkt stehen Verhaltensweisen und Tugenden, die unabdingbare Voraussetzungen einer Erwerbstätigkeit sind.
- Teilhabe am sozialen Leben.

Zur Erreichung dieser Ziele wurde eine stationäre Sozialtherapie konzipiert, die auf sechs Säulen ruht. Diese werden nachstehend näher beleuchtet.

Im Verlauf der Therapie durchlaufen die Bewohner ein Stufenmodell, nämlich zunächst die Aufnahmephase (Probezeit), die Hauptphase und schließlich die Ablösephase. Sollte darüber hinaus Hilfe notwendig sein, kann der Bewohner ins ambulant betreute Wohnen nach § 53 SGB XII bzw. in andere geeignete Hilfeformen wechseln.

### **3.2 Behandlungsorientierte Wohngruppen**

Individuelle Ziele und Lebensvorstellungen der Bewohner werden ernst genommen und gefördert. Die Bewohner werden nicht auf ein uniformes und idealtypisches Persönlichkeitsbild hin therapiert. Es wird Wert auf einen Pluralismus der Anschauungen, Werte und Lebensstile unter Beibehaltung der Abstinenz gelegt. Das Streben des Einzelnen nach Selbstbestimmung, Autonomie, Individualität und Selbstverantwortung wird hierbei ernst genommen. Allerdings besteht zumindest anfangs die Notwendigkeit einer Fremdkontrolle durch die sozialtherapeutische Gemeinschaft. Im weiteren Therapieverlauf erhalten die Bewohner immer mehr Freiheiten und sind somit auf eine zunehmend gefestigte Selbstkontrolle angewiesen.

Die therapeutische Gemeinschaft bildet das zentrale Element der Sozialtherapie. Sie bildet mit den Wohngemeinschaften (Wohngruppen) sowohl den äußeren Rahmen als auch die zentrale therapeutische Intervention. Das Zusammenleben in den Wohngemeinschaften gestaltet sich innerhalb der Grenzen der Hausordnung.

Innerhalb der Wohngemeinschaften erfahren die Bewohner ein Gefühl der Geborgenheit und Solidarität durch die gegenseitige Unterstützung. Auf der anderen Seite bietet das Zusammenleben viel Konfliktpotential und Reibungsfläche, was die Entwicklung von Verantwortungsbewusstsein und Rücksichtnahme fördert. Durch das enge Zusammenleben innerhalb dieser Gemeinschaft werden für den Einzelnen, für seine Umgebung sowie für den Therapeuten bestehende Probleme sichtbar und somit bearbeitbar. Innerhalb der therapeutischen Ge-

meinschaft lernen die Bewohner:

- sich innerhalb der gegebenen Grenzen sozial verantwortlich zu verhalten,
- Normen und Werte hinsichtlich ihres Verhaltens zu reflektieren,
- Defizite und Fähigkeiten realistischer wahrzunehmen,
- Konflikte und unangenehme Gefühle auszuhalten,
- Konflikte selbständig zu lösen,
- Verbindliche Absprache von Regeln,
- neue Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien sowie
- die Initiative für Verhaltensänderungen zu ergreifen.

Die Klienten sind den sprachlichen Anforderungen oft nicht gewachsen. Deshalb muss die Sprache der Therapeuten klar und verständlich sein. Für das therapeutische Team gilt es, geeignete Kommunikationstechniken auszuwählen und das Sprachniveau an den Ausbildungsstand der Klienten anzupassen.

Die Aufgabe der Therapeuten ist es, ihre Konzentration auf die Wahrnehmung der Gruppenprozesse zu fokussieren. Dabei eventuell auftretende Wahrnehmungsdefizite können mit Hilfe von Supervision aufgedeckt werden.

### **3.3 Training hauswirtschaftlicher Kompetenzen**

Die Bewohner werden bei der Bewältigung des Lebensalltags eng begleitet. Dies geschieht durch ausgebildetes Fachpersonal. Das Training hauswirtschaftlicher Kompetenz wird als ein Bestandteil der therapeutischen Arbeit betrachtet.

Beim Training der hauswirtschaftlichen Kompetenz geht es um die Anleitung zur Haushaltsführung und um die Übernahme von Pflichten im Haus. Dies führt schnell zu Erfolgserlebnissen, die sich wiederum positiv auf das Therapiegeschehen auswirken. Zum hauswirtschaftlichen Training gehören:

- die Reinigung der eigenen Räumen und Gemeinschaftsräume,
- Kochen in der Gruppe und in der Gemeinschaftsküche,
- kosten- und qualitätsbewusst einkaufen sowie
- die Wäschepflege.

Ziel dieses Trainings ist nicht nur die Kompetenzverbesserung in diesem Bereich, sondern auch die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen, die Stabilisierung der Identität und die Stärkung der Sozial- und Arbeitskompetenz.

### **3.4 Tagesstruktur / Arbeitstraining**

Eine feste Tagesstruktur, bestehend aus einem gemeinsamen Frühstück, festen Arbeitszeiten, einem Hauswirtschaftstag sowie den therapeutischen Gruppensitzungen, bildet den äußeren Rahmen des Therapieangebotes.

Eine wichtige Säule und ein integraler Bestandteil der Sozialtherapie ist die Tagesstruktur durch Arbeit und Beschäftigung. Die Teilnahme an diesen Maßnahmen ist verpflichtend. Träger der Arbeitsmaßnahmen ist das hausinterne Beschäftigungs- und Orientierungs-Zentrum (BOZ).

Durch einen individuell abgestimmten Einstieg in eine durch Arbeit geprägte Tagesstruktur wird für die Bewohner ein notwendiger Schritt zur eigenen Stabilisation ermöglicht. Im Vordergrund stehen nicht Leistung und Zeitdruck, sondern die Stabilisierung durch Tagesstruktur mit sinnvoller Beschäftigung, angelehnt an den individuellen Leistungsstand des Einzelnen.

Ziel ist auch das Erlernen und Trainieren von neuen oder alten, verschütteten beruflichen Fertigkeiten und Kenntnissen sowie das Wecken von Interesse. Die eigene Leistungsfähigkeit soll kennengelernt und eingeschätzt werden.

Angestrebt wird die Befähigung der Bewohner, einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen, um eine Gemeinwohlarbeit, ein Ehrenamt oder eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf dem regulären Arbeitsmarkt aufnehmen zu können.

Das Arbeitstraining ist für die Sozialtherapie von herausragender Bedeutung. Die angebotenen Arbeitsmöglichkeiten erweitern die sozialen Kompetenzen der Klienten und stabilisieren ihr Selbstwertgefühl, dadurch dass sie Anerkennung und Vertrauen erleben. Ferner werden im Rahmen der Tagesstruktur die Sozialindikatoren, wie z. B. Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz und Impuls-

kontrolle, vermittelt und gefördert. Diese gehören zu den Grundvoraussetzungen einer späteren Erwerbstätigkeit der Bewohner.

Schließlich verhindern die tagesstrukturierenden Arbeitsmaßnahmen das Entstehen von Langeweile und vermindern so gleichzeitig den Suchtdruck der Klienten.

### **3.5 Modulgruppen**

Diese Gruppen dienen der Ressourcenaktivierung sowie der Neugewinnung persönlicher Kompetenzen.

Spezifische Gruppenangebote sind u. a. in Form einer Rückfallprophylaxegruppe im Haus Bruderhilfe installiert worden. Diese ist Teil des sozialtherapeutischen Konzeptes und basiert auf der Entwicklung der nachfolgenden Sozialindikatoren:

1. Realitätswahrnehmung im Hinblick auf Auslöser des Konsumverhaltens (Suchtdruck),
2. Selbst- und Fremdeinschätzung von Rückfallgefahren,
3. Steuerung von Affekten, die einen Konsum wahrscheinlich werden lassen,
4. Steuerung von Frustrationsgefühlen, welche die Regulierung des Selbstwertgefühls gefährden,
5. Verhinderung von Impulsdurchbrüchen,
6. Schärfung der eigenen Urteilsfähigkeit über eigenes Handeln und seiner Motive sowie
7. Vermittlung von Bewältigungsstrategien.

In Form eines Gruppensettings findet eine Aufklärung über das Thema Sucht statt. Dabei werden neben medizinischen psychologische und soziologische Aspekte der Sucht beleuchtet, um das Hintergrundwissen der Klienten zu verbessern. Das Ziel ist, den Klienten zum Experten in eigener Sache werden zu lassen.

Das setzt die Erarbeitung einer realistischen Selbsteinschätzung voraus. Dabei ist der Klient angehalten, zu eruieren, wann und in welchen Situationen er mit Konsum reagiert und was den Zweck dieses Konsums darstellt. Dann gilt es für ihn in der Gruppe zu reflektieren, ob der Zweck mit dem Konsum erreicht wurde oder ob sich nicht seine gesamte Lebenssituation durch den Konsum verschlechtert hat.

Dabei hat die Gruppe die Aufgabe, den Einzelnen in dieser Klärungssituation so zu unterstützen, dass sich der Klient, ohne sich bewertet zu fühlen, seinen Problemen öffnen und sich mit ihnen auseinandersetzen kann. Der Therapeut hat die Aufgabe, ein dazu notwendiges Klima in der Gruppe aufzubauen und darauf zu achten, dass sich jeder in der Gruppe eingebunden fühlt.

Dieses Modul wird durch eine Vielzahl weiterer Gruppenangebote ergänzt, wie zum Beispiel das Angebot unter fachkundiger Leitung ein individuelles sportliches Trainingsprogramm zu absolvieren.

### **3.6 Einzeltherapie**

Jeder Bewohner hat einen festen Bezugstherapeuten. Mit diesem finden einzeltherapeutische Gespräche statt. Sie dienen den Therapeuten als Mittel, um persönliche Zielvereinbarungen zu treffen, sowie zur Förderung eigener Überzeugungen und Handlungen der Klienten. Darüber hinaus bilden die Einzelgespräche die Plattform für die Entstehung eines gegenseitigen Vertrauensverhältnisses zwischen Klient und Therapeut.

Des Weiteren stehen weitere Ansprechpartner zur Verfügung. Die Fallverantwortung ist aufgeteilt und führt zur Entlastung der Therapeuten. Die Möglichkeit der Zusammenarbeit im therapeutischen Team im Einzelfall bewirkt eine Druckentlastung. Außerdem kann sich der Klient so an einen anderen Therapeuten wenden, wenn er zu seinem Bezugstherapeuten kein Vertrauensverhältnis aufbauen kann. Der Bezugstherapeut ist somit für das Management der

Therapie (z. B. Terminabsprachen, Kontakt mit der Justiz, Krankheitsfragen) zuständig. Dies macht den Qualitätsunterschied zwischen einer stationären und einer ambulanten Therapie aus.

### **3.7 Sozialarbeiterische Einzelfallhilfe**

Die sozialarbeiterische Einzelfallhilfe unterstützt die Bewohner insbesondere bei Behördengängen.

## **Anhang**

Anhang 1: Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den Klienten über ihren biographischen Hintergrund

Anhang 2: Gesprächsleitfaden für die Gespräche mit den Klienten über ihre Motivation zu Beginn der Therapie

Anhang 3: Gesprächsleitfaden für die Befragung der Klienten zum Themenkomplex 'Bewertung der Therapie'



Anhang 4: Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den Klienten zu den Themenkomplexen `Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten´ sowie `der Klienten untereinander´

Anhang 5: Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den Therapeuten

### **Leitfaden für die Interviews mit den Klienten über ihren biographischen Hintergrund**

1. Wie alt sind Sie?

2. Welche Schule haben Sie besucht? Haben Sie einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen?

3. Haben Sie eine Berufsausbildung abgeschlossen? Wenn ja, welche?

4. Sind oder waren Sie verheiratet? Leben Sie in einer Partnerschaft? Wenn ja, wie lange schon?

5. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele und wie alt?
6. Erzählen Sie mir etwas über Ihren Freundeskreis!
7. Haben Sie Schulden? Wenn ja, wie hoch, seit wann und weshalb?
8. Sind Sie schon einmal straffällig geworden? Wenn ja, in welchem Alter, wie oft, weswegen und womit? Welche Strafe?
9. Besteht bei Ihnen eine psychische Erkrankung? Wenn ja, welche und seit wann?
10. Leiden Sie an einer Suchtkrankheit? Wenn ja, welche, seit wann und was war der Auslöser?

**Leitfaden für die Gespräche mit den Klienten über ihre Motivation zu Beginn der Therapie**

1. Was war der Grund für Ihre stationäre Aufnahme?
2. Welche Erwartungen hatten Sie an die Therapie?
3. Welche Ziele haben Sie sich selbst für die Therapie gesetzt?
4. Hatten Sie vorher schon Erfahrungen mit anderen Therapien? Wenn ja, in welcher Einrichtung, wann, wie lange und weshalb?

**Leitfaden für die Befragung der Klienten zum Themenkomplex `Bewertung der Therapie`**

**I. Thema: Gesamtbewertung der Therapie**

1. Haben Sie positive Erfahrungen während der Therapie in Haus Bruderhilfe gemacht? Wenn ja, welche?
2. Haben Sie negative Erfahrungen während der Therapie in Haus Bruderhilfe gemacht? Wenn ja, welche?
3. Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten? Wenn ja, welche?

4. Hat Ihnen während der Therapie im Haus Bruderhilfe etwas gefehlt? Wenn ja, was sollte aus Ihrer Sicht ergänzt werden?

## **II. Thema: Einzelgespräche in der Therapie**

5. Haben Ihnen die Einzelgespräche in der Therapie geholfen Ihre Probleme zu bewältigen? Wenn ja, wo lag der Schwerpunkt der Gespräche?

6. Falls nein, was war der Grund, warum die Einzelgespräche nicht so erfolgreich für Sie waren?

7. Hätten Sie gern noch weitere Themen besprochen? Wenn ja, welche?

## **III. Thema: Gruppenzusammenkünfte**

8. Gab es bei den Gruppenzusammenkünften Positives? Wenn ja, was?

9. Was war aus Ihrer Sicht negativ bei den Gruppenzusammenkünften?

10. Ist Ihnen bei den Gruppenzusammenkünften etwas besonders aufgefallen?

11. Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten bei den Gruppenzusammenkünften?

## **IV. Thema: Arbeitstherapie**

12. Welche Bedeutung hatte die Arbeitstherapie für Sie?

13. Wo haben Sie gearbeitet? Haben Sie interne und/oder externe Arbeit geleistet? Gab es hierbei qualitative Unterschiede für Sie?

14. Gefiel Ihnen das Arbeitsangebot?

15. Welche Bedeutung hat die Arbeitstherapie im Haus Bruderhilfe für Ihre spätere berufliche Tätigkeit?

#### **V. Thema: Wohntraining**

16. Hat Ihnen das Wohntraining geholfen? Wenn ja, was besonders? Falls nein, warum nicht?

#### **VI. Thema: Freizeitmöglichkeiten und freiwillige Angebote**

17. Haben Ihnen die Freizeitmöglichkeiten im Haus Bruderhilfe genutzt? Wenn ja, was besonders? Falls nein, warum nicht?

18. An welchen Aktivitäten haben Sie teilgenommen?

19. Welche der freiwilligen Angebote, wie z. B. Fahrradfreizeiten, spirituelle Angebote, Boulespiele etc., haben Sie wahrgenommen? Warum?

20. Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten beim Freizeitangebot?

#### **VII. Thema: besondere Therapieinhalte**

21. Macht Ihrer Meinung nach das Abstinenzgebot in der Einrichtung Sinn oder gehört es strikt nach dem Motto „Stärker im Leben“ gerade nicht zum erfolgreichen therapeutischen Ansatz?

22. Wurden Familienangehörige und/oder Freunde von Ihnen in die Therapie mit einbezogen? Falls ja, war Ihnen das recht? Falls nein, hätten Sie sich dies gewünscht?

**Leitfaden für die Interviews mit den Klienten zu den Themenkomplexen  
`Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten´ sowie `der Klienten un-  
tereinander´**

**I. Thema: Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten**

1. Welche Qualität hatte aus Ihrer Sicht die Beziehung zwischen den Klienten und den Therapeuten im Haus Bruderhilfe?
2. Haben Sie positive Erfahrungen mit den Therapeuten gemacht? Wenn ja, welche?
3. Gab es negative Erfahrungen mit den Therapeuten? Wenn ja, welche?

4. Gibt es Ihrer Meinung nach Verbesserungsmöglichkeiten im Verhältnis zwischen den Klienten und den Therapeuten im Haus Bruderhilfe?

5. Welches Feedback möchten Sie Ihren Therapeuten geben?

6. Was glauben Sie, wie Ihre Therapeuten Sie im Verlauf der Therapie gesehen haben?

## **II. Thema: Verhältnis der Klienten untereinander**

7. Wie sehen Sie die Beziehungen der Klienten untereinander?

8. Haben Sie positive Erfahrungen mit anderen Klienten des Haus Bruderhilfe gemacht? Wenn ja, welche?

9. Gab es negative Erfahrungen mit anderen Klienten des Haus Bruderhilfe? Wenn ja, welche?

10. Gibt es Ihrer Meinung nach Verbesserungsmöglichkeiten im Verhältnis zwischen den Klienten des Haus Bruderhilfe?

11. Welches Feedback möchten Sie vielleicht einzelnen anderen Klienten des Haus Bruderhilfe geben?

12. Was glauben Sie, wie andere Klienten des Haus Bruderhilfe Sie im Verlauf der Therapie gesehen haben?

**Leitfaden für die Interviews mit den Therapeuten:**

**I. Beschreibung des Aufgabenfeldes und der spezifischen Probleme**

**II. Motivation der Klienten**

1. Was glauben Sie, welche Erwartungen haben die Klienten an die Therapie?
2. Welche Ziele haben sich die Klienten Ihrer Meinung nach selbst für die Therapie gesetzt?



### **III. Gesamtbewertung der Therapie**

1. Welche positiven Erfahrungen machen Sie während der Therapie?
2. Welche negativen Erfahrungen machen Sie während der Therapie?
3. Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten? Wenn ja, welche?
4. Was sollte im Rahmen der therapeutischen Mittel noch ergänzt oder verändert werden?
5. Was glauben Sie, wie die Klienten die Therapie im Haus Bruderhilfe bewerten?

### **IV. Einzelgespräche in der Therapie**

1. Wie wichtig sind aus Ihrer Sicht die Einzelgespräche mit den Klienten für einen Therapieerfolg?
2. Was zeichnet erfolgreiche Einzelgespräche aus?
3. Was glauben Sie, wie die Klienten die Einzelgespräche in der Therapie bewerten?

### **V. Gruppentherapie**

1. Was ist positiv an der Gruppentherapie?
2. Was ist aus Ihrer Sicht negativ bei der Gruppentherapie?
3. Gibt es Ihrer Meinung nach Verbesserungsmöglichkeiten bei der Gruppentherapie?
4. Was glauben Sie, wie die Klienten die Gruppentherapie bewerten?

## **VI. Arbeitstherapie**

1. Welche Bedeutung hat die Arbeitstherapie für den Erfolg der Therapie?
2. Welche Bedeutung hat die Arbeitstherapie im Haus Bruderhilfe für eine spätere berufliche Tätigkeit der Klienten?
3. Was glauben Sie, wie die Klienten die Arbeitstherapie bewerten?

## **VII. Wohntraining**

1. Welche Bedeutung hat das Wohntraining für den Therapieerfolg?
2. Was glauben Sie, wie die Klienten das Wohntraining bewerten?

## **VIII. Besondere Therapieinhalte**

1. Macht Ihrer Meinung nach das Abstinenzgebot Sinn?
2. Was glauben Sie, wie dies von den Klienten gesehen wird?
3. Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten bei der Umsetzung des Abstinenzgebotes?
4. Sollten Ihrer Meinung nach die Familienangehörigen der Klienten mehr in die Therapie einbezogen werden?

## **IX. Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten**

1. Welche Qualität hat aus Ihrer Sicht die Beziehung zwischen den Klienten und den Therapeuten im Haus Bruderhilfe?
2. Was glauben Sie, wie sehen die Klienten diese Beziehung?
3. Was ist positiv in der Beziehung zu den Klienten?

4. Was ist negativ in der Beziehung zu den Klienten?
5. Gibt es Ihrer Meinung nach Verbesserungsmöglichkeiten im Verhältnis zwischen den Klienten und den Therapeuten?
6. Welches Feedback möchten Sie den Klienten geben?
7. Was glauben Sie, welches Feedback möchten die Klienten Ihnen geben?

#### **X. Zusammenarbeit zwischen den Therapeuten**

1. Wie bewerten Sie die Informationspolitik?
2. Was läuft aus Ihrer Sicht positiv bei der Zusammenarbeit zwischen den Therapeuten?
3. Was ist Ihrer Meinung nach negativ bei der Zusammenarbeit der Therapeuten?
4. Gibt es Ihrer Meinung nach Verbesserungsmöglichkeiten? Wenn ja, welche?

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Geschlecht der Wohnungslosen .....	S. 16
Abb. 2: Altersstruktur der befragten Klienten .....	S. 17
Abb. 3: Berufsausbildung der interviewten Klienten .....	S. 18
Abb. 4: Verschuldung der befragten Klienten .....	S. 21
Abb. 5: Vorstrafen .....	S. 22
Abb. 6: Aufenthalt in einer Psychiatrie .....	S. 25
Abb. 7: Psychische Erkrankungen der interviewten Klienten .....	S. 26
Abb. 8: Süchtige .....	S. 27
Abb. 9: Suchterkrankungen der interviewten Klienten .....	S. 29
Abb. 10: Einzelgespräche in der Therapie .....	S. 85
Abb. 11: Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten .....	S. 102

**Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Merkmalskombinationen .....	S. 30
Tab. 2: Persönlichkeitsstile und -störungen .....	S. 62
Tab. 3: Störungsbilder .....	S. 63
Tab. 4: Strategieentwicklung .....	S. 64
Tab. 5: Arbeitsbereiche im Haus Bruderhilfe .....	S. 96
Tab. 6: Motivation der Klienten .....	S. 110
Tab. 7: Ziele der Klienten .....	S. 111
Tab. 8: Positive Aspekte der Gruppentherapie .....	S. 129
Tab. 9: Kritik an der Gruppentherapie .....	S. 129
Tab. 10: Verbesserungsmöglichkeiten bzgl. der Durchführung der Gruppentherapie .....	S. 130
Tab. 11: Positive Aspekte der Arbeitstherapie .....	S. 134

Tab. 12: Wohntraining .....	S. 135
Tab. 13: Abstinenzgebot .....	S. 136
Tab. 14: Aufnahmegründe .....	S. 138
Tab. 15: Positive Aspekte der Sozialtherapie .....	S. 142
Tab. 16: Negative Erfahrungen mit der Sozialtherapie .....	S. 143
Tab. 17: Verbesserungsvorschläge bzgl. der Sozialtherapie .....	S. 143

## Literaturverzeichnis

**Albrecht, G. (1983):**

Nichtsesshaftenhilfe und die Geschichte der Armenfürsorge; in: Gefährdetenhilfe, 1. Aufl., Bielefeld 1983, Heft 2, S. 56 f.

**Atteslander, P. (2003):**

Methoden der empirischen Sozialforschung, 10. Aufl., Berlin - New York 2003, S. 145 f.

**Ayaß, W. (1984):**

Die Verfolgung der Nichtsesshaften im Dritten Reich; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 88 f.

**Beck/Freeman (1999):**

Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen, 4. Aufl., Weinheim 1999, S. 22 f.

**Becker, H. S. (1973):**

Außenseiter, Zur Soziologie abweichenden Verhaltens, 1. Aufl., Frankfurt am Main 1973, S. 78 f.

**Blocher, H. (1970):**

Symptome aus dem Spektrum des hyperkinetischen Syndroms bei Sexualdelinquenten, Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie, 1. Aufl. 1970, S. 453 – 459 f.

**Boeger, A. (2009):**

Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte, 1. Aufl., Stuttgart 2009, S. 13.

**Bortz, J.; Döring, N. (2003):**

Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften, 3. Aufl., Berlin – Heidelberg - New York 2003, S. 238 f.

**Bruns, G. (1993):**

Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle, 1. Aufl., Opladen 1993, S. 48 f.

**Cohen, A. K. (1961):**

Kriminelle Jugend, 1. Aufl., Reinbeck 1961, S. 53 f.

**Davison, G.; Neale, J. (1996):**

Klinische Psychologie, 4. Aufl., Weinheim 1996, S. 28 f.

**Diekmann, A. (2000):**

Empirische Sozialforschung, Grundlagen und Methoden, Anwendungen, 6. Aufl., Hamburg 2000, S. 444 f.

**Dilling, H.; Mombauer, W.; Schmidt, M. H. (2004):**

Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10 Kapitel V, Klinisch diagnostische Leitlinien, 1. Aufl., Bern 2004, S. 43 f.

**Doerner, K.; Plog, U. (1996):**

Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 1. Aufl., Bonn 1996, S. 35 f.

**Durkheim, E. (1965):**

Regeln der soziologischen Methode, 1. Aufl., Neuwied - Berlin 1965, S. 156 – 162 f.

**Eichenbrenner, I. (2001):**

Handwerksbuch Psychiatrie, 1. Aufl., Bonn 2001, S. 86 – 100.

**Fiedler, P. (2007):**

Persönlichkeitsstörungen, 6. Aufl., Weinheim, Basel 2007, S. 303 f.

**Fiedler, P. (2000):**

Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörung, 1. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2000, S. 19 f.

**Fromm, E. (1970):**

Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft; in: Fromm, E.: Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftstheorie, 1. Aufl., Frankfurt am Main 1970, S. 15 – 144 f.

**Gahleitner, S.; Hahn, G. (2009):**

Klinische Sozialarbeit – Forschung aus der Praxis, Forschung für die Praxis, 1. Aufl., Bonn 2009.

**Grave, K. (1998):**

Psychologische Therapie, 2. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1998, S. 541.

**Großkopf, H. (1990):**

Bedingungen und Verlauf des Berufs- und Arbeitsbereiches und die Auswirkungen auf die Nichtsesshaftigkeit und die Lebensläufe; in: Albrecht, G.; Specht, Th.; Goergen, G.; Großkopf, H.: Lebensläufe. Von der Armut zur Nichtsesshaftigkeit oder wie man Nichtsesshafte macht, 1. Aufl., Bielefeld 1990.

**Hahn, G. (2007):**

Rückfallfreie Sexualstraftäter, Salutogenetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Patienten, 1. Aufl., Bonn 2007, S. 31.

**Holtmannspötter, H. (2002):**

Von Obdachlosen, Wohnungslosen und Nichtsesshaften; in: Nouvertne, K.; Wessel, T.; Zechert, C. (Hg): Obdachlos und psychisch krank., 1. Aufl., Bonn 2002, S. 17 f.

**Holtmannspötter, H. (1982):**

Gefährdetenhilfe, 1. Aufl., Bielefeld 1982, Heft 4, S. 2 f.

**John, W. (1988):**

Ohne festen Wohnsitz, Ursachen und Geschichte der Nichtsesshaftigkeit und die Möglichkeit zur Hilfe, 1. Aufl., Bielefeld 1988.

**John, W. (1984):**

Die Vorgeschichte der Arbeiterkolonien; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 15 f.

**Kernberg, O (1997):**

Wut und Hass – Über die Bedeutung von Aggressionen bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen, 1. Aufl., Stuttgart 1997.

**Kernberg, O. (1996):**

Schwere Persönlichkeitsstörungen – Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien, 5. Aufl., Stuttgart 1996.

**Kernberg, O. (1992):**



Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse, 5. Aufl., Stuttgart 1992.

**König, K. (1997):**

Einführung in die psychoanalytische Behandlungslehre, 1. Aufl., Göttingen 1997, S. 55 f.

**Kromrey, H. (2006):**

Empirische Sozialforschung, Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung, 11. Aufl., Stuttgart 2006, S. 541 f.

**Kursawe, K. H. (1984):**

Das Bundessozialhilfegesetz 1962 – 1980; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 46 f.

**Lamnek, S. (2005):**

Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl., Basel 2005, S. 341 f.

**Lamnek, S. (1984):**

Abweichendes Verhalten; in: Rheinhold, H.: Soziologielexikon, 1. Aufl., München 1984, S. 132 f.

**Merton, R. K. (1957):**

Sozialstruktur und Anomie; in: Sack, F.; König, R.: Kriminalsoziologie – Social Theory and Social Structure, 1. Aufl., Frankfurt am Main 1957, S. 1968.

**Niess, F. (1979):**

Geschichte der Arbeitslosigkeit; in: Ein Kapitel deutscher Sozialgeschichte, 1. Aufl., Köln 1979, S. 105 f.

**Nouvertne, K. (2003):**

Wer sind die psychisch kranken Obdachlosen?, 1. Aufl., Bad Boll 2003, S. 12 f.

**Nouvertne, K.; Wessel, T.; Zechert, C. (2002):**

Obdachlos und psychisch krank, 1. Aufl., Bonn 2002, S. 168 – 178 f.

**Peters, U. H. (1990):**

Wörterbuch der Psychiatrie und der medizinischen Psychologie, 1. Aufl., München 1990, S. 336 f.

**Quensel, S. (1970):**

Wie wird man kriminell? Verlaufsformen fehlgeschlagener Interaktion; in: Kritische Justiz, 1. Aufl., Heft 4, 1970, S. 375 – 382 f.

**Rauchfleisch, U. (1999):**

Außenseiter der Gesellschaft, 1. Aufl., Göttingen 1999, S. 19 f.

**Rauchfleisch, U. (1981):**

Dissoziale Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten, 1. Aufl., Göttingen 1981, S. 21 f.

**Reker, T. (2004):**

Soziotherapie in der Tagesklinik, in: Eickelmann, B.; Reker, T.: Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik, 1. Aufl., Stuttgart 2004, S. 45.

**Rohde-Dachser, C.; Wellendorf, F. (2004):**

Inszenierungen des Unmöglichen – Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen, 1. Aufl., Stuttgart 2004.

**Sachse, R. (2010):**

Persönlichkeitsstörungen verstehen, 1. Aufl., Bonn 2010, S. 57 f.

**Sack, F. (1969):**

Probleme in der Kriminalsoziologie; in: König, R.: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Band II, 1. Aufl., Stuttgart 1969, S. 44 f.

**Scheffler, J. (1984):**

Die Gründungsjahre 1883/84; in: Ein Jahrhundert Arbeiterkolonien, 1. Aufl., Bielefeld 1984, S. 286 f.

**Schnell, R.; Hill, P.; Esser, E. (2005):**

Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Aufl., München – Wien 2005, S. 88 f.

**Schober, Th. (1982):**

Gefährdetenhilfe, 1. Aufl., Bielefeld 1982, Heft 2, S. 14 f.

**Schröder, H. (2008):**

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., Statistikbericht 2004 – 2006, 1. Aufl., Bielefeld 2008.

**Schwind, H. – D. (2007):**

Kriminologie, Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen, 17. Aufl., Heidelberg – München – Landsberg – Berlin 2007, S. 346 f.

**Spangler, G.; Zimmermann, P. (1999):**

Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung, 3. Aufl., Stuttgart 1999.

**Stark, W. (1996):**

Empowerment, Neue Handlungskonzepte in der psychosozialen Praxis, 1. Aufl., Freiburg im Breisgau 1996.

**Steinert, H. (1970):**

Statusmanagement und Kriminalisierung; in: Steinert, H.: Der Prozess der Kriminalisierung, Untersuchungen zur Kriminalsoziologie, 1. Aufl., München 1970, S. 9 – 23 f.

**Stiels, A. H. (2009):**

Sucht und Kriminalität als spezifische Problemlagen der Zielgruppe der Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, Eine theoretische und empirische Untersuchung im Rahmen einer Diplomarbeit der Universität Duisburg - Essen, 1. Aufl., Duisburg – Essen 2009.

**Uexküll, T. (2008):**

Psychosomatische Medizin, 6. Aufl., München 2008, S. 1308 f.

Wohnungslosigkeit ist oft verbunden mit verschiedenen Belastungsfaktoren wie Suchtmittelabhängigkeit, Kriminalität, Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit, Krankheiten, Bildungsdefiziten und Beziehungslosigkeit. Für den Lebensalltag der Betroffenen bedeutet die mögliche Gemengelage der Probleme eine schier unüberwindbare Hürde zur Verbesserung ihrer Lebenssituation. Um dennoch effektive Hilfen zur Überwindung der Notlagen anbieten zu können, wird in der vorliegenden Arbeit ein salutogenetisches Konzept für das stationäre Hilfesystem entwickelt, welches ressourcen- und nicht defizitorientiert ist. Es leistet einen wesentlichen Beitrag zur Resozialisierung Wohnungsloser. Die Stabilisierung der Klienten erfolgt durch die Stärkung des Selbstbewusstseins. Im Focus der Sozialtherapie steht die Gestaltung der sozialen Beziehung des Klienten zunächst zu seiner therapeutischen Umgebung und später zu seiner realen Umwelt. Nicht das Symptom, sondern der Umgang mit der zugrundeliegenden Beziehungsproblematik ist Gegenstand der Sozialtherapie. Daraus werden unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Einzelnen Problemlösungsstrategien entwickelt. Das Therapiekonzept basiert auf sechs Grundpfeilern. Diese sind behandlungsorientierte Wohngruppen, eine verbindliche Tagesstruktur, ein Arbeitstraining, spezifische Modulgruppen, Einzeltherapie sowie die sozialarbeiterische Einzelfallhilfe.

**Logos Verlag Berlin**

**ISBN 978-3-8325-3070-9**