

# WENN DER BERG NICHT ZUM PROPHETEN KOMMT, DANN MUSS DER PROPHET EBEN ZUM BERG KOMMEN

Die Implementierung eines suchtspezifischen  
Konzeptes in der stationären  
Wohnungslosenhilfe nach §67ff SGB XII am  
Beispiel von Haus Weissenburg

## Masterthesis

zur Erlangung des Grades „Master of Science (M.Sc.)“  
im Studiengang Suchthilfe/Suchttherapie  
Katholische Hochschule NRW  
Abteilung Köln

Erstprüfer: Wolfgang Scheiblich  
Zweitprüfer: Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer

Vorgelegt von: Gina Thorwesten  
Matrikelnummer: 512512  
Neuss, Oktober 2017

„Wenn ein Mensch seine Geschichte  
erzählen kann, wird er Teil einer  
Gesellschaft. Wem man nicht zuhört, der  
existiert nicht.“

(Henning Mankell)

## **Abstrakt**

Die vorliegende Arbeit untersucht eine Fragestellung an der Schnittstelle von Suchttherapie und Wohnungslosenhilfe. Gegenstand der Forschung ist die konzeptionelle Erweiterung des Angebotes in Haus Weissenburg, einer Wohnunterkunft für wohnungslose Männer nach §67 SGB XII mit einer häufig auftretenden Abhängigkeitserkrankung. Symptomatisch für die Hilfesysteme lassen sich die Problemlagen nur schwer vereinen und weichen oft von den realen Bedingungen der Lebenswelt der Betroffenen ab. Im Laufe der Zeit konnten jedoch Erfahrungen gesammelt werden, die zunächst in Forschung und Wissenschaft verarbeitet wurden, inzwischen aber auch die Praxis in Form von neuen Ansätzen mehr und mehr erreichen. Um dies möglichst evidenzbasiert aufzuarbeiten, wurden zunächst Hintergrundinformationen zusammengetragen, bevor sich der auf die Thesis bezogene Forschung und Konzeptimplementierung gewidmet werden konnte.

Zu Beginn werden in Kapitel zwei und drei die rechtlichen Grundlagen der Wohnungslosenhilfe sowie der aktuelle Forschungsstand erläutert. Das Gesetz sieht im achten Kapitel des SGB XII die „Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“ vor und regelt u.a., wer als leistungsberechtigt gelten kann. Dabei zeigt sich unter Heranziehung verschiedener Empfehlungen und Gutachten, dass die suchtspezifischen Angebote in der Wohnungslosenhilfe nicht nur rechtlich ermöglicht werden können, sondern auch empfohlen werden. Auch der Überblick über aktuelle Forschungen im folgenden dritten Kapitel zeigt im Verlauf den Zusammenhang von Behandlungsnotwendigkeit, Praxiserfahrung und Orientierung an dem gesammelten Wissen über Menschen, die ohne Wohnung leben und mit Sucht konfrontiert sind. Schon hier wird deutlich, dass Grundhaltungen, die über Partizipation hinausgehen, Bestandteile einer gelingenden Suchtarbeit in der Wohnungslosenhilfe sind.

Die Beteiligung der Betroffenen und das Anerkennen von und Ausrichten an ihren Bedürfnissen sind ein Paradigmenwechsel in der Behandlung von Sucht, der u.a. Konzepte wie Zieloffene Suchtarbeit (ZOS) oder Motivierende Gesprächsführung (MI) hervorgebracht hat. Eine suchtspezifische und detailliertere Abhandlung zu ZOS folgt in Kapitel vier, sowie eine Darstellung der bewährten Methode MI in Kapitel fünf.

In Kapitel sechs und sieben werden die Aspekte der Handlungsforschung und der Feldforschung beschrieben, die für diese Arbeit genutzt wurden. Die wichtigsten Erkenntnisse wurden dabei durch Interviews mit Betroffenen als Experten für die eigene Lebenswelt gewonnen.

Mit Hilfe dieser Bausteine wurde im achten Kapitel die Implementierung eines Konzeptes für Haus Weissenburg erarbeitet. Zunächst wird das aktuell gelebte Konzept vorgestellt, darauffolgend die Interviews der Handlungsforschung ausgewertet und zur Entwicklung eines konzeptimplementierenden Angebotes genutzt. Eine grundlegende Veränderung dabei besteht in der Etablierung einer eigenen Suchtetage innerhalb von Haus Weissenburg.

Im letzten und neunten Kapitel wird mit Hilfe eines Fachgespräches mit der Einrichtungsleitung von Haus Weissenburg die Praktikabilität des Konzeptes überprüft, reflektiert, in einem Fazit zusammengefasst und weiterführende Hypothesen gebildet.

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AKT	Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken
BSCT	Behavioral Self-Control Trainings
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DVO	Durchführungsverordnung
EKT	Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken
EMA	European Medicine Agency
e.V.	eingetragener Verein
f	folgende Seite
ff	die folgenden Seiten
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GGT	Gamma-Glutamyltransferase
GOT	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase
GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
KISS	Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum
KMFV	Katholischer Männerfürsorgeverein München
kT	Kontrolliertes Trinken
kT-Walk	Kontrolliertes Trinken für Wohnungslose
LT	Leistungstyp
MATCH	Matching alcoholism treatments to client heterogeneity
MI	Motivierende Gesprächsführung
MM	Moderation Management
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NRW	Nordrhein-Westfalen
OARS	Open Question, Affirmation, Reflection, Summary
o.ä.	oder ähnliches
PSB	Psychosoziale Betreuung
S.	Seite
SEEWOLF	Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München
SE	Standerinheit
SGB	Sozialgesetzbuch
SKM	Sozialdienst katholischer Menschen
u.a.	unter anderem
WALK	Wohnungslosigkeit und Alkohol
z.B.	zum Beispiel
ZOS	Zieloffene Suchtarbeit

# Inhaltsverzeichnis

## I. Theoretischer Teil

---

<b>1. Einleitung</b>	6
<b>2. Rechtliche Grundlagen der Wohnungslosenhilfe</b>	9
<b>3. Aktueller Forschungsstand</b>	12
<b>4. Zieloffene Suchtarbeit</b>	16
4.1 Anforderung an Fachleute	18
4.2 Konsumreduktion und selbstkontrollierter Substanzkonsum	20
4.3 ZOS in der Wohnungslosenhilfe	22
<b>5. Motivierende Gesprächsführung</b>	26
5.1 MI in der Zieloffenen Suchtarbeit	29
5.1.1 Überwindung von Ambivalenzen in der ZOS mit Hilfe von MI	29
5.1.2 Zielfindung in der ZOS mit Hilfe von MI	31

## II. Empirischer Teil

---

<b>6. Empirische Sozialforschung</b>	33
6.1 Quantitative vs. qualitative Sozialforschung	33
6.2 Qualitatives Denken	34
6.3 Forschungsdesign und Forschungsverfahren	36
<b>7. Methode</b>	38
→ Exkurs: Feldforschung	38
Teilnehmende Beobachtung	38
Ergebnis der Feldforschung	41
7.1 Handlungsforschung	42
7.1.1 Problemzentrierte Interviews	42
7.1.1.1 Erstellung des Leitfadens	43
7.1.1.2 Auswahl und Vorstellung der Teilnehmer	45
7.1.2 Die Datenaufbereitung	47
7.1.3 Die Datenanalyse	48

III. Konzeptentwicklung

---

<b>8. Konzeptimplementierung als Ergebnis</b>	52
8.1 Haus Weissenburg	52
8.1.1 Rahmenbedingungen und Ausstattung	52
8.1.2 Personelle Ausstattung	55
8.1.3 Zielgruppe	55
8.1.4 Aufnahmeverfahren	56
8.1.5 Grundhaltung	57
8.2 Implementierung eines suchtspezifischen Konzeptes	61
8.2.1 Rahmenbedingungen	61
8.2.2 Gruppenprogramme	62
8.2.3 Betreuung	62
8.2.4 Umgang mit Rückfall und Konsum innerhalb der Einrichtung	63
8.2.5 Mitwirkung der Bewohner	64
8.2.6 Urinkontrollen und Drogenscreenings	65
8.2.7 Personal	65
8.2.8 Aufnahmeprozedere	66
8.2.9 Ex User	67
8.2.10 Ressourcen	67
8.2.11 ZOS	68
<b>9. Fazit und Hypothesen</b>	69
<b>10. Literaturverzeichnis</b>	74

IV. Anhang

---

1. Flyer ZOS Kartenspiel	i
2. Transkriptionsregeln nach Lamnek	iv
3. Transkripte	v
4. Auswertung der Transkripte anhand der gebildeten Kategorien	xli
5. Bewohneranschreiben	lxi
6. Eidesstattliche Erklärung	lxii

## 1. Einleitung

Jeder Mensch hat wahrscheinlich ein anderes Bild vor Augen, wenn er sich die klassischen Wohnungslosen vorstellen soll. Meistens wird er wohl männlich sein. Er wird vielleicht vor dem Hauptbahnhof sitzen und eine Menge Tüten mit seinem Hab und Gut um sich herumstehen haben. Vielleicht hat er zotteliges, strähniges Haar und eine unreine Haut, zumindest wird er ziemlich ungepflegt aussehen. Und meistens wird er eine Bierflasche in der Hand halten. Oder sich gerade einen Schuss setzen. Dass er irgendeine Substanz konsumiert, wird fast immer der Fall sein. Auch wenn die klassische Vorstellung der Bevölkerung oft nicht auf unsere Klientel passt, kommt die Idee des Substanzkonsums nicht aus dem nichts. In der SEEWOLF<sup>1</sup> Studie (Bäumel et al., 2017) auf die ich später noch genauer zu sprechen kommen werde, wurde ermittelt, dass 73,5% der befragten Wohnungslosen eine substanzinduzierte Störung aufwiesen. Somit ist die psychische Erkrankung der Abhängigkeitserkrankung, die mit der höchsten Lebenszeitprävalenz unter wohnungslosen Menschen.

Während meiner Tätigkeit in einer stationären Männereinrichtung der Wohnungslosenhilfe nach §67 ff SGB XII in Düsseldorf (Haus Weissenburg, SKM gGmbH Düsseldorf), wird mir dies auch in der praktischen Arbeit täglich aufs Neue gezeigt. Laut Jahresbericht für das Jahr 2016 hatten 71% der im Jahr 2016 ausgezogenen Bewohner eine Abhängigkeitserkrankung, 38,7% davon in Kombination mit einer anderen psychischen Erkrankung. Es gibt keine Statistiken darüber, wie viele dieser Bewohner im Vorfeld bereits Therapieerfahrungen gesammelt haben, nach Schätzungen aber die meisten im Rahmen von Therapie statt Strafe §35 BtMG. In realen Zahlen sind im Jahr 2016 insgesamt 31 Bewohner ausgezogen, davon hatten 22 eine Abhängigkeitserkrankung, wovon wiederum bei Abschluss nur fünf in eine Entgiftung bzw. anschließende stationäre Langzeittherapie vermittelt werden konnten. Es wird nicht statistisch erfasst, wie erfolgreich diese Therapien sind, allerdings weiß ich von zwei der fünf betreuten Menschen, dass die Therapie innerhalb weniger Tage bereits wieder abgebrochen wurde und die Männer erneut wohnungslos waren, da eine Rückaufnahme nicht mehr möglich war. Bereits 1995 wurde von Nouvertné (1996) anhand eines Mitarbeiterfragebogens in den Düsseldorfer Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, also

---

<sup>1</sup>Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München

## 1. Einleitung

auch Haus Weissenburg, festgestellt, dass 68,4% der Bewohner unter einer Abhängigkeitserkrankung litten.

Haus Weissenburg arbeitet mit einem hoch partizipatorischen Konzept. Die Bewohner haben weitgehende Mitbestimmungsrechte bzw. in einigen Dingen die Entscheidungsgewalt.

Allerdings gibt es keine spezifischen Angebote für den großen Teil der Bewohnergruppe mit Abhängigkeitserkrankung. Meist werden die Bewohner mit Auflagen an verschiedene Suchtambulanzen angebunden bzw. gibt es Kooperationsvereinbarungen mit Suchtberatungsstellen, niedergelassenen Substitutionsärzten, Gesundheitsamt und den verschiedenen Stellen der Psychosozialen Betreuung (PSB). Immer wieder wird jedoch deutlich, dass aus Haus Weissenburg nur schwer eine positive Vermittlung gelingen kann. Geschieht diese durch Auflagen, ist die Anbindung in den seltensten Fällen langfristig erfolgreich. Dies liegt vorrangig an fehlenden adäquaten Hilfeangeboten und Einrichtungen. Der Großteil suchtspezifischer Hilfen arbeitet rein abstinenzorientiert und mit sehr hochschwelligem Startbedingungen. Aber auch die allgemeine Scheu vor therapeutischen Angeboten aufgrund schlechter Erfahrungen, dem Zweifel der Klientel an den eigenen Erfolgsaussichten und die damit zusammenhängende fehlende Eigenmotivation machen eine Vermittlung nicht einfacher (vgl. u.a. Körkel 2007; Trabert 2013, Niebauer & Klug 2014).

Die Konzeption und Arbeitsweise in Haus Weissenburg erlebe ich als sehr beeindruckend. Umso größer sehe ich das Potenzial, die Bewohner noch intensiver und individueller unterstützen zu können. Die Bewohner von Haus Weissenburg sind alle männlich und zwischen 21 und 65 Jahren; sie leben zum Teil zwei Jahre und länger im Haus und haben dementsprechend eine hohe Bindung und gute Beziehung aufgebaut. Dadurch, dass das alltägliche Leben in Haus Weissenburg stattfindet und es nicht den Charakter eines kurzen therapeutischen Aufenthaltes fernab vom Lebensalltag vermittelt, fühlen die Bewohner sich wohl und haben so das große Potenzial, sich zu entwickeln. Und hier sehe ich die Chance, suchtspezifisch zu arbeiten und den Bewohnern, die sich dafür entscheiden, eine Unterstützung bieten zu können, die direkt ans Haus gebunden ist und keine Vermittlung zu einer anderen Institution voraussetzt.

In den letzten Jahren hat auch in der Fachöffentlichkeit die Verbindung zwischen Wohnungslosigkeit und Sucht bzw. psychischen Erkrankungen immer mehr an Interesse gewonnen und es werden - subjektiv empfunden - immer häufiger Fachveranstaltungen zu diesem Thema angeboten. Erst im April dieses Jahres fand zum Beispiel unter dem



## 1. Einleitung

Thema „Wohnungslose Suchtkranke und suchtkranke Wohnungslose – Wie können Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe zusammenwirken?“ eine Fachveranstaltung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. statt.

Allerdings ist im Allgemeinen zu bemängeln, dass das Feld der Wohnungslosenhilfe im Bereich der wissenschaftlichen Auseinandersetzung nicht ausreichend repräsentiert wird. Dies wird auch von Niebauer und Klug (2014) angemerkt, die sich vor allem die Entwicklung evidenzbasierter Konzepte in diesem Bereich wünschen bzw. ausdrücklich betonen, dass es eine ethische Verpflichtung ist, diesen Menschen, die von einer der schwierigsten Lebenssituationen betroffen sind, eine Lobby zu gewährleisten und ihnen bedarfsorientierte Programme anzubieten (S. 322). Daraus ist die Verpflichtung der Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit der Wohnungslosenhilfe abzuleiten, Versorgungslücken zu erkennen und neue Konzepte und Methoden zu initiieren, um dem entgegenzutreten (vgl. Reifferscheid & Duschinger, 2013, S. 76ff). Auch König und Gehring (2007) sagen, dass es dringend notwendig sei, wohnungslosen Menschen wirksame Hilfsangebote zu unterbreiten, *„die sie wollen und in Anspruch nehmen können“* (S. 5).

Daher habe ich mir zum Ziel gesetzt, ein Konzept zu entwickeln, das in das bestehende und gut funktionierende Konzept von Haus Weissenburg integriert werden könnte; ein Konzept, das auf der Grundlage der Bedürfnisse und Vorstellungen der Bewohner entwickelt wird und diese explizit in die Entwicklung einbezieht.

Im weiteren Verlauf der Arbeit werde ich versuchen im Sinne der Gleichstellung auf eine genderfreundliche Formulierung zu achten. Sollte mir dies zwischendurch misslingen, ist hiermit betont, dass jederzeit jegliches Geschlecht angesprochen wird. Die einzige Ausnahme bildet die Bewohnerschaft von Haus Weissenburg, da diese ausschließlich aus Männern besteht.

## 2. Rechtliche Grundlagen der Wohnungslosenhilfe

Gesetzliche Grundlage der Wohnungslosenhilfe sind die §§ 67 ff SGB XII, in denen die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten beschrieben sind. Die Finanzierung erfolgt gemäß der Leistungsvereinbarung mit dem jeweils zuständigen Landschaftsverband welcher überörtlich die Sozialhilfe trägt.

### SGB XII Achstes Kapitel

#### Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

##### § 67 Leistungsberechtigte

Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Soweit der Bedarf durch Leistungen nach anderen Vorschriften dieses Buches oder des Achten Buches gedeckt wird, gehen diese der Leistung nach Satz 1 vor.

##### §68 Umfang der Leistung

(1) Die Leistungen umfassen 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 Leistungsberechtigten und ihre Angehörigen, Hilfen zur Ausbildung, Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes sowie Maßnahmen bei der Erhaltung und Beschaffung einer Wohnung. Zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen ist in geeigneten Fällen ein Gesamtplan zu erstellen.

(2) Die Leistung wird ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen erbracht, soweit im Einzelfall Dienstleistungen erforderlich sind. Einkommen und Vermögen der in § 19 Abs. 3 genannten Personen ist nicht zu berücksichtigen und von der Inanspruchnahme nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtiger abzusehen, soweit dies den Erfolg der Hilfe gefährden würde.

(3) Die Träger der Sozialhilfe sollen 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.

Die aktuelle Durchführungsverordnung zur Einordnung des Sozialrechts vom 01.01.2005 beinhaltet eine ausführliche Definition der Leistungsberechtigten, also Personen mit besonderen Lebensverhältnissen und sozialen Schwierigkeiten. Als besondere Lebensverhältnisse werden neben der fehlenden oder nicht ausreichenden Wohnung zusätzlich eine ungesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage, gewaltprägende Lebensumstände, Entlassung aus geschlossener Einrichtung oder vergleichbare nachteilige Umstände aufgezählt. Mit sozialen Schwierigkeiten ist ein

## 2. Rechtliche Grundlagen der Wohnungslosenhilfe

ausgrenzendes Verhalten der Hilfesuchenden oder einer dritten Person gemeint, wodurch das Leben der Hilfesuchenden in der Gemeinschaft wesentlich eingeschränkt ist. Dies gilt besonders im Zusammenhang mit der Erhaltung oder Beschaffung einer Wohnung, Erlangung oder Sicherung eines Arbeitsplatzes, mit familiären oder anderen sozialen Beziehungen oder auch mit Straffälligkeit.

Das Ziel der Leistung sollte sein, dass die Hilfesuchenden durch Unterstützung befähigt werden die besonderen sozialen Schwierigkeiten zu überwinden und ein selbstbestimmtes Leben nach den eigenen Bedürfnissen und Wünschen zu leben. Die Hilfesuchenden sind verpflichtet, sich aktiv an der Hilfe zu beteiligen und mitzuwirken. Die Leistung kann in Dienst-, Geld- und Sachleistungen erbracht werden; vorrangig sollen hier jedoch Dienstleistungen der Beratung und persönlichen Unterstützung zum Einsatz kommen.

Die Ermittlung und Feststellung des Hilfebedarfs und auch die Fortschreibung bzw. Überprüfung (nach spätestens sechs Monaten) soll mit Hilfe eines Gesamtplans (Hilfeplan) ersichtlich werden. Dieser wird gemeinsam mit den Hilfesuchenden erstellt. Ambulante und teilstationäre Hilfen gehen immer vor stationären Hilfen.

Vorrangig herbeizuführender Erfolg der Maßnahme ist die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und somit wird vorrangig Wert auf Normalität fördernde Maßnahmen gelegt wie die Erhaltung und Beschaffung einer Wohnung, Ausbildung bzw. Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes und die Hilfe zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen und zur Gestaltung des Alltags.

Vielfach sind neben den klassischen Hilfebedarfen des §67 auch andere Problemlagen vorhanden. In der Durchführungsverordnung wird hierzu darauf hingewiesen, dass *„der verbundene Einsatz der unterschiedlichen Hilfen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch und nach anderen Leistungsgesetzen anzustreben“* ist (DVO zu §69 SGB XII, §2 Abs. 3 Satz 3). Die Leistungen nach §67 sind sowohl intern als auch extern nachrangig (Satz 2) und greifen nur dann, wenn sie nicht durch Leistungen anderer Vorschriften gedeckt sind. Beim internen Nachrang spielen vor allem die Maßnahmen der Eingliederungshilfe (§53 ff SGB XII) eine Rolle. In der Empfehlung des Deutschen Vereins zur Anwendung der Hilfe nach §§ 67 ff SGB XII wird allerdings darauf hingewiesen, dass das Erbringen der Sozialhilfe nach § 39 SGB I einem Auswahlermessen unterliegt, welches sich auf die zeitliche Dimension der Leistungserbringung bezieht. Speziell für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder einer Suchtproblematik betont die Empfehlung des Deutschen

## 2. Rechtliche Grundlagen der Wohnungslosenhilfe

Vereins, dass den angemessenen Wünschen der leistungsberechtigten Person zu entsprechen ist und sichergestellt werden muss, dass die Bedarfe nach §67 gedeckt sind. Weiterhin wird ausdrücklich festgehalten, dass es bei mehrfachen Problemlagen keinen Vorrang oder Nachrang der Bedarfe gibt. Das Gesetz bezieht sich lediglich auf den Vorrang oder Nachrang einer Leistung. In der Praxis wird die Hilfe nach §67 ff SGB XII meist zur Vorbereitung auf eine weitere Maßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe geleistet, in Einzelfällen auch zur Nachbereitung. Allerdings weist der Deutsche Verein darauf hin, dass auch eine kombinierte Leistungserbringung möglich wäre. Als eine wichtige Ergänzung zu Kooperationen zwischen Anbietern verschiedener Leistungen nennt der Deutsche Verein in seiner Empfehlung die Entwicklung und Implementierung von modularisierten Angeboten. Explizit wird hier die Implementierung eines Moduls der Suchthilfe nach §§ 53 ff SGB XII innerhalb einer stationären Einrichtung der Wohnungslosenhilfe genannt. Der Deutsche Verein schlägt dafür in seiner Empfehlung vor, dass die Landesrahmenverträge nach dem 10.

Kapitel des SGB XII entsprechende Module vorsehen, so dass auch die Finanzierung dieser Angebote gewährleistet werden kann. Zum Vergleich wird hier der Beschluss des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 25. Februar 2015 (B 3 KR 10/14 R und B 3 KR 11/14 R) genannt, in dem bestimmt wurde, dass in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe für wohnungslose Menschen auch Leistungen der ambulanten Krankenhilfe abgerufen werden können.

Auch ein Gutachten des Deutschen Vereins (G 4/14) vom 09. November 2016 mit dem Titel „Zum Verhältnis von Eingliederungshilfe nach §§53 ff SGB XII zu Leistungen nach §§67 ff SGB XII“ bestätigt in Punkt 10 diese Aussage. Begründet wird dies mit der Formulierung „Soweit“ (...der Bedarf durch Leistungen nach anderen Vorschriften dieses Buches oder des Achten Buches gedeckt wird, gehen diese der Leistung nach Satz 1 vor) im Gesetzestext, was somit in keiner Weise per Definition für einen Ausschluss der einen Hilfe spricht, sobald die andere Hilfe geleistet wird.

Das weiterführende Kapitel betrachtet den Stand der aktuellen Forschung, worin sich unter anderem die Wechselwirkung der Auslegung dieser Gesetzeslage zeigt.

### 3. Aktueller Forschungsstand

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, kann allgemein festgehalten werden, dass die nationalen Forschungen im Bereich der Wohnungslosenhilfe nur in überschaubarer Anzahl vorliegen (Niebauer & Klug, 2014, S. 320). Die Studien, die sich mit der Kombination von Wohnungslosigkeit und Sucht bzw. psychischen Erkrankungen auseinandersetzen, sind noch geringer. Fazel et al. (2008) untersuchten in einer Meta-Analyse 29 Studien aus sieben verschiedenen westlichen Ländern zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Wohnungslosen und konnten Daten von 5648 wohnungslosen Menschen einbeziehen. Bei insgesamt 62,3% wurde eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit ermittelt. Weitere Substanzen oder stoffungebundene Abhängigkeiten wurden allerdings nicht berücksichtigt.

Ein großer Fortschritt zeigt sich nach Meinung der Autorin nun durch die erst kürzlich veröffentlichte SEEWOLF-Studie (Bäumel et al., 2017). In den 90er Jahren wurde von Fichter et al. (1999) in einer groß angelegten Studie bereits eine beachtliche Häufung von psychischen Erkrankungen bei Wohnungslosen festgestellt. 94,5% der Untersuchten wiesen demnach eine psychische Erkrankung auf, 82,9% eine Suchterkrankung. Auch internationale Untersuchungen zeigen in anderen Ländern ähnliche Ergebnisse. Nach Veröffentlichung der Studie 1999 wurden einige Veränderungen durchgeführt, z.B. die Eröffnung spezieller Einrichtungen für psychisch kranke Wohnungslose. Der Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung konnte jedoch bis dato nicht geklärt werden und auch inwieweit die Ergebnisse der Fichter - Studie zu einer Verbesserung der Lebensqualität Wohnungsloser beigetragen hat, bleibt unklar (Bäumel et al., 2017, S. 14). Aus diesem Grund wurde in der aktuellen SEEWOLF-Studie erneut der psychische und physische Gesundheitszustand der Menschen untersucht und mit der Studie von Fichter et al. verglichen. Da darüber hinaus auch Daten zu Biografie und kognitiver Leistungsfähigkeit gesammelt wurden, kann die Studie weiterführende Überlegungen zum Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung erheben.

Bei 41,6% der Befragten gab es schon in der Kindheit psychische Auffälligkeiten; 13,3% haben schon in der Kindheit eine psychiatrische Behandlung erhalten. Des Weiteren konnten 86% angeben, dass sie im Laufe ihres Lebens Phasen hatten, in denen sie eine Behandlung nötig gehabt hätten, allerdings waren nur 56,6% bereits mindestens einmal in ihrem Leben in psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung. Das heißt,

### 3. Aktueller Forschungsstand

fast 30% haben trotz der Notwendigkeit keine Therapie aufgesucht (S. 120). Insgesamt wurde bei 93,3% im Laufe ihres Lebens und bei 74% im letzten Monat eine psychiatrische Diagnose gestellt. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ergibt dies eine dreifach erhöhte 1-Monatsprävalenz und eine fast doppelt so hohe Lebenszeitprävalenz (S. 225). Bei den Abhängigkeitserkrankungen konnte eine Lebenszeitprävalenz von 73,5% (78,7% Männer; 53,3% Frauen) der Befragten festgestellt werden. In Tabelle 1 folgt die Aufschlüsselung der einzelnen F1 Diagnosen.

	Gesamt (%)	Frauen (%)	Männer (%)
F1 Psychotrope Substanzen gesamt	73,5 (1-Monat: 42,6)	53,3 (1-Monat: 24,4)	78,7 (1-Monat: 47,2)
F10 Alkohol	66,4	46,7	71,3
F11 Opioide	2,2	2,2	2,2
F12 Cannabinoide	21,5	15,6	23,0
F13 Sedativa oder Hypnotika	4,9	6,7	4,5
F14 Kokain	2,2	2,2	2,2
F15 Koffein u.a. Stimulanzien	3,1	2,2	3,4
F16 Halluzinogene	1,8	0,0	2,2
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,0	0,0
F19 Multipler Substanzgebrauch	8,1	6,7	8,4

Tabelle 1: Lebenszeit-Prävalenz (*Psychotrope Substanzen gesamt mit Hinweis auf 1-Monats Prävalenz*) der ICD-10 Diagnosekriterien F1, Haupt- und Nebendiagnosen (vgl. Bäuml et al, 2017, S. 137).

Kellinghaus (2000, S. 81f) und Fichter et al. (1996) stellten außerdem fest, dass das subjektive Gesundheitsempfinden der psychisch kranken Wohnungslosen doppelt so hoch ist wie bei der Allgemeinbevölkerung. Die Wissenschaftler vermuten, dass sich bei einer chronisch vernachlässigten Gesundheit die Wahrnehmung der eigenen Krankheit reduziert. Dies ist damit wahrscheinlich eine für die Betroffenen überlebensnotwendige Strategie, um ihr Leid jahrelang ertragen bzw. um überleben zu können.

### 3. Aktueller Forschungsstand

Die Frage, ob die psychische Erkrankung durch die Wohnungslosigkeit hervorgerufen wurde, kann die SEEWOLF-Studie klar mit „nein“ beantworten. Bei 85% der mindestens einmal stationär-psychiatrisch Behandelten ging die psychiatrische Diagnose der Wohnungslosigkeit voraus. Es kann außerdem mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die psychischen Auffälligkeiten eine Rolle beim Eintritt in die Wohnungslosigkeit gespielt haben (S. 230f).

In seiner Studie zu stationären psychiatrischen Behandlungen von Wohnungslosen im Vergleich zu Nicht-Wohnungslosen fand Kellinghaus (2000) heraus, dass es vor allem in der Nachbetreuung einen großen Unterschied gibt. Nur für ca. 33% der Wohnungslosen wird eine psychiatrische Nachbehandlung geplant. Er begründet dies zum einen mit der schwierigeren Organisation durch den fehlenden Wohnsitz, aber auch mit einer Resignation der Therapeuten, die bei den wohnungslosen Patienten eine niedrigere Compliance sehen (S. 79f).

Eine Arbeitsgruppe „Versorgungsforschung“ des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim forscht seit über 20 Jahren im Bereich der psychisch kranken Wohnungslosen. In der ersten Forschungsarbeit „Psychisch kranke Wohnungslose – Die vergessene Minderheit“ (Rössler, Salize & Biechele, 1994) kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass das Problem der psychisch kranken Wohnungslosen vor allem ein Versorgungsproblem ist. Salize et al. (2002) kritisieren vor allem, dass seit den 80er Jahren Verfahren und Instrumente bekannt sind, um Bedarfsbereiche zu ermitteln, welche in der psychiatrischen Versorgungsforschung standardmäßig angewendet werden. Allerdings gilt dies nicht bzw. kaum für psychisch kranke Wohnungslose. Das Fehlen dieser Daten bezeichnen sie als das größte Defizit der bundesdeutschen psychiatrischen Wohnungslosenforschung (S. 29).

Körkel (2007, S. 30) schreibt: *„in Sachen Sucht kontrastiert der Behandlungsbedarf eklatant mit der Versorgungsrealität, denn nur ein geringer Teil der Wohnungslosen findet Zugang zu den klassischen Suchthilfeangeboten (Selbsthilfegruppen, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachkliniken)“*. Wohnungslose sind zum einen mit der „Komm-Struktur“ überfordert und können die oft geforderte Abstinenzverpflichtung nicht einhalten. Außerdem hat ein Großteil bereits negative Erfahrungen mit der Suchthilfe gemacht, und Angebote, die speziell für Wohnungslose ausgerichtet sind, fehlen (S. 33). Aufgrund dieser wissenschaftlich fundierten Kenntnisse muss sich laut Körkel vor allem in der Wohnungslosenhilfe der Ansatz der zieloffenen Suchtarbeit mit den Programmen zum kontrollierten Substanzkonsum durchsetzen (S. 39). Körkel zieht

### 3. Aktueller Forschungsstand

das Resümee, dass die Suchtprobleme Wohnungsloser zuerst dort thematisiert und, soweit möglich, auch bearbeitet werden sollen, wo sie auftreten und wo „*die Schwellen zur Hilfeannahme am geringsten sind*“. Also in der Wohnungslosenhilfe. Gleichzeitig fordert er eine suchtbetonte Qualifizierung der MitarbeiterInnen der Wohnungslosenhilfe (S. 35) und bemängelt im weiteren Verlauf, dass eigenständige Suchtarbeit innerhalb von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe eher selten vorgehalten sind (S. 37). Auch Reifferscheid und Duschinger (2013, S. 78) verweisen auf die Wichtigkeit der (zieloffenen) Suchtarbeit innerhalb der Wohnungslosenhilfe. Und auch die SEEWOLF-Studie benennt in ihren Ergebnissen und Schlussfolgerungen die zieloffene Suchtarbeit als beste Möglichkeit, um in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe mit dem Thema umzugehen. Explizit wird das kontrollierte Trinken als Möglichkeit genannt, um den Menschen den Weg zu einer Behandlung zu erleichtern, den Gesundheitszustand durch Trinkmengenreduktion zu verbessern und eventuell einen Weg in die Abstinenz zu ermöglichen (Bäumli et al., 2017, S. 253 ff).

Wie zieloffene Suchtarbeit genauer beschrieben wird, erläutert das folgende Kapitel 4. Dabei liegt der Fokus auf den Anforderungen an die Fachleute, Konsumreduktion und Konsumselbstbestimmung anzuleiten und in der Wohnungslosenhilfe anzuwenden.



## 4. Zieloffene Suchtarbeit

Die Zieloffene Suchtarbeit (ZOS) ist nicht einfach nur als eine weitere Methode in der Arbeit mit suchtblasteten Menschen zu sehen, sondern beschreibt eine Grundhaltung in der Arbeit mit suchtkranken Menschen. Zieloffen bedeutet in dem Fall keineswegs „ziellos“. Das Ziel ist, an der Veränderung des Konsums zu arbeiten mit einem Erfolgsbarometer, das explizit mit den Betroffenen selbst entwickelt und gesetzt wird (Körkel, 2014, S. 167f). Der Betroffene wird zu Beginn systematisch auf jede konsumierte Substanz oder jedes nicht-stoffgebundene Suchtverhalten und die entsprechenden Konsummengen bzw. Konsummuster abgefragt. Er kann dann für jede Substanz oder für jedes Suchtverhalten getrennt den eigenen Leidensdruck bewerten und festlegen, welches Ziel er für sich wählt. Dies kann z.B. Abstinenz heißen, kann aber auch Reduktion, einen begrenzten Abstinenzzeitraum oder Schadensminimierung beinhalten. Körkel (2014, S. 168ff) nennt 15 Argumente für Zieloffenheit in der Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen.

Zum einen wird die *Erhöhung der Erreichungs- und Behandlungsquote (1)* von suchtkranken Menschen aufgeführt. Viele Betroffene werden von der Vorstellung abgeschreckt, nie mehr konsumieren zu dürfen und dadurch vom Interesse an einer Behandlung abgehalten. Untermauert wird dies von einer Studie unter Tabakabhängigen. Demnach konnten 4-12mal mehr Raucher motiviert werden, an einem Rauchreduktionsprogramm teilzunehmen, als sich für einen Rauchstopp zu entscheiden (Batra et al., 2005; Bolliger, 2000).

Das gleiche gilt für *die Erreichung von bereits Gescheiterten (2)* aus dem klassischen Behandlungssetting und ist somit ein weiteres Argument.

Die Zieloffene Suchtarbeit begünstigt außerdem den *zeitlichen Eintritt in eine Suchtbehandlung (3)* positiv. Das heißt, dass die Menschen an einem früheren Punkt ihrer Suchtproblematik eine Behandlung beginnen und somit eine Chronifizierung häufig vermieden werden kann.

Die Reduktionsbehandlung ist in vielen Fällen tatsächlich eine *Brücke zur Abstinenz (4)*. Ein selbstbestimmter Zielwechsel ist in der ZOS jederzeit möglich und wird von den Menschen weitaus besser angenommen als eine Zielvorgabe. Dies wird inzwischen durch viele Studien belegt, in denen z.B. 10-30% der Teilnehmer eines Programms zum

#### 4. Zieloffene Suchtarbeit

kontrollierten Trinken während oder nach der Durchführung zur Abstinenz als Ziel wechseln (vgl. Hodgings, 1997; Körkel, 2006).

Menschen, die nicht zur Abstinenz fähig sind, können durch Konsumreduktion eine *Minderung gesundheitlicher Schäden (5)* und weniger Chronifizierungen erreichen.

Die *Einhaltung des Autonomiegebots (6)* des Betroffenen wird in jeglicher Hinsicht gewahrt und es wird angeboten, was seinen Bedarfen entspricht.

Körkel bezeichnet es als unethisch, von Menschen etwas zu erwarten, zu dem sie momentan nicht in der Lage sind. Bei ZOS soll daher das Prinzip „*Sollen setzt Können voraus*“ (7), eingehalten werden.

*Eine kooperative Therapeut-Patienten-Beziehung (8)* wird durch die Anwendung von ZOS begünstigt, da der Betroffene sich ernstgenommen fühlt und somit zu einer aktiven Mitarbeit motiviert wird.

Personen, die sich bislang trotz *Reduktionsziel einer Abstinenzbehandlung (9)* unterziehen mussten (Jobcenter, gerichtliche Auflage usw.), finden hier eine angemessenere Behandlung.

Die Partizipation am eigenen Behandlungsziel führt zu einer *Verringerung der Rate an Behandlungsabbrüchen (10)*, wie die Studie von Heather et al. (2006) zeigt.

Wenn eine Compliance zwischen Patient – Ziel – Therapeut herrscht, *verbessert dies die Behandlungserfolge (11)*. Dies liegt unter anderem daran, dass Menschen selbstgewählte Ziele mit mehr Beharrlichkeit und Anstrengung verfolgen (Körkel, 2012).

Die Ergebnisse von Abstinenzbehandlungen zeigen, dass die Suche nach Alternativen weiterhin sinnvoll ist. Studien zeigen, dass 30,4% der Patienten nach stationären Langzeittherapien aufgrund einer Alkoholerkrankung noch im Folgejahr abstinent sind (Missel et al., 2014). Es besteht also eine *begrenzte Wirksamkeit und Reichweite reiner Abstinenzbehandlung (12)*, und es spricht vieles für weitere Behandlungsmöglichkeiten für Menschen, die eine Abstinenzbehandlung nicht erfolgreich abschließen können. So gibt es auch für die *Wirksamkeit von Reduktionsbehandlungen (13)* viele erfolgversprechende Forschungen (z.B. Saladin und Santa Ana, 2004; Walters, 2000; Becker, 2011).

Die Wahlfreiheit des Behandlungsziels gibt es bereits seit vielen Jahren in anderen Ländern bzw. im europäischen Raum. In den skandinavischen Ländern gibt es in 90%

#### 4. Zieloffene Suchtarbeit

der Alkoholbehandlungseinrichtungen die Möglichkeit der Konsumreduktion, in den Niederlanden sind es sogar 100% (Körkel, 2012). ZOS entspricht also auch der internationalen fachlichen Entwicklung und bietet somit *Anschluss an internationale Behandlungsstandards* (14).

Zu guter Letzt darf der *ökonomische Nutzen* (15) nicht unerwähnt bleiben. Krankenkassen oder die Rentenversicherung könnten durch erfolgreiche Behandlungen große Beträge einsparen.

Es sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass auch in der Zieloffenen Suchtarbeit das Abstinenzziel vorrangig sein sollte. Lediglich für abhängigkeiterkrankte Menschen, die den Weg der Abstinenz bisher erfolglos beschritten haben oder sich auf keinerlei Abstinenzbehandlung einlassen können, sollten Reduktionsziele im Vordergrund stehen. Menschen, die bisher missbräuchlichen Konsum betreiben, kann eine Reduktion den Weg in die Abhängigkeit verhindern.

#### **4.1 Anforderung an Fachleute**

Die Fachkraft hat in der Zieloffenen Suchtarbeit vor allem die Aufgabe, den Suchtmittelkonsum zu thematisieren. Dies sollte zu einem geeigneten Zeitpunkt geschehen, allerdings sollten alle Suchtmittel benannt werden (z.B. auch Tabakkonsum). Des Weiteren muss die Fachkraft es als ihre Aufgabe ansehen, den Konsum nicht nur zu benennen und zu thematisieren, sondern auch bereit sein, mit der betreffenden Person am problematischen Konsum zu arbeiten. Es wird nicht nur „suchtbegleitend“ gearbeitet, sondern der zentrale Arbeitsauftrag sind Gespräche und Behandlungsangebote zur Suchthematik. Das Ziel, das durch die Fachkraft angestrebt wird, ist immer eine *Veränderung des Konsums*. Der Inhalt dieser Veränderung wird durch den Betroffenen festgelegt und kann von harm reduction (z.B. nur noch mit sauberen Spritzen konsumieren) bis hin zur Abstinenz gehen. Dies zu akzeptieren ist eine von vier Grundvoraussetzungen für die Fachkräfte der Zieloffenen Suchtarbeit, die Körkel (2014, S. 167f) nennt.

Eine innere Haltung ist die wichtigste und erste Grundlage, um zieloffen arbeiten zu können. Dies bedeutet: offen sein für jegliche Wunsch- und Zielvorstellungen der zu behandelnden Person. Die Fachkraft darf nicht auf ein eigenes Ziel fixiert sein, sondern muss den Betroffenen ernst nehmen. Die Fachkraft muss den „spirit“ der Zieloffenen Suchtarbeit verinnerlichen und ständig in den Arbeitsalltag integrieren. Allerdings muss

#### 4. Zieloffene Suchtarbeit

sie auch in der Lage sein, durch motivierende Gesprächsführung und deren Techniken (siehe Kapitel 5) den Betroffenen bei der Zielfindung zu helfen und diese jederzeit zu reflektieren.

Eine zweite Grundlage ist die fachliche Kompetenz hinsichtlich der Konsumziele und der verschiedenen Behandlungswege und -angebote. Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über mögliche Behandlungswege in der Reduktionsbehandlung (Körkel 2014, S. 168). Darüber hinaus muss Kenntnis über regionale Entgiftungs- und Entwöhnungsprogramme gegeben sein oder auch das Angebot von Selbsthilfeprogrammen wie dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker.

	Kurz-interventionen	Selbsthilfe-manuale	Ambulante Einzel-behandlung	Ambulante Gruppen-behandlung	Stationäre Behandlung
Alkohol	<b>Trinktagebuch</b> +Erläuterungsblatt +Strategietipps	<b>„10-Schritte-Programm zum Kontrollierten Trinken“</b>  <b>www.selbsthilfealkohol.de</b>  <b>www.drink-less.schweiz.ch</b>	<b>„EKT – Ambulantes Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken“</b>  <b>kT-WALK – Programm für Wohnungslose</b>  <b>Pharmakotherapie (Naltrexon, Nalmefen)</b>	<b>„Akt–Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“</b>  <b>kT-WALK – Programm für Wohnungslose</b>  <b>Selbsthilfegruppen (Moderation Management, Post-AkT-Gr. etc.)</b>	<b>„KT-stationär – Erlernen des Kontrollierten Trinkens im stationären Rahmen“</b>
Tabak	<b>Rauchtagebuch</b> +Erläuterungsblatt +Strategietipps	<b>„12+-Programm“</b>	<b>„Change your Smoking“</b> (Rauchreduktion oder Rauchstopp)  <b>Pharmakotherapie (NRT)</b>	<b>„Change Your Smoking“</b> (Rauchreduktion oder Rauchstopp)  <b>„Smoke_less“</b>	<b>„Change Your Smoking“</b> (Rauchreduktion oder Rauchstopp)
Illegale Drogen	<b>Konsumtagebuch</b> +Erläuterungsblatt +Strategietipps		<b>„KISS-Einzel – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“</b>  <b>„Contradict“</b>	<b>„KISS-Gruppe – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“</b>	<b>„KISS-stationär – Erlernen des Kontrollierten Konsums im stationären Rahmen“</b>

Als dritte Voraussetzung gilt die schon oben genannte systematische Konsum- und Zielabklärung. Hier gilt es zu verhindern, dass bestimmte Substanzen (wie z.B. Tabak) vernachlässigt werden. Auch dabei ist die Kompetenz in Motivierender Gesprächsführung unerlässlich, um den Betroffenen bei Ambivalenzen unterstützend zur Seite stehen zu können und Ziele herausarbeiten zu können. Hierzu gibt es

verschiedene Methoden wie die Zielabklärungsscheckliste oder der speziell entwickelte Kartenspielsatz „Konsum- und Zielabklärung“ (siehe Anhang 1, S. ii).

Als vierte Voraussetzung gilt die Vorhaltung von passgenauen Angeboten. Es besteht der Grundsatz: „Möglichst alles aus einer Hand“ in derselben Einrichtung. Muss in eine andere Einrichtung vermittelt werden, ist eine Vermeidung von Schnittstellenproblemen zu gewährleisten. Jede stoffgebundene oder stoffungebundene Sucht kann ein unterschiedliches Ziel haben und gleichzeitig mit einer anderen Intervention behandelt werden.

## 4.2 Konsumreduktion und selbstkontrollierter Substanzkonsum

Degwitz (2014) beschäftigt sich in seinem Artikel mit der Historie der Zieldifferenzierung und Konsumreduktion und erkennt schon allein beim Thema Alkohol einen großen Kontrast zwischen Anwendung, Reputation und Evidenz. Bis in die 90er Jahre war das Ziel einer jeden (Alkohol-)Suchtbehandlung schon vor Antritt besiegelt. Abstinenz als Behandlungsziel wurde nicht in Frage gestellt und keine Alternative zugelassen. Langsam beginnt auch in Deutschland ein Prozess, in dem die (Trink-)Mengenreduktion als Zwischenziel oder sogar Endziel Gehör findet. Dies gilt allerdings vorrangig vorerst für den Suchtstoff Alkohol und hat sich in den internationalen Leitlinien zur Alkoholbehandlung weiterhin nicht etablieren können. Allenfalls als Option in der Basisversorgung und als Chance, die Bindung an die Behandlung zu erhöhen, wird sie genannt (Degwitz, 2014, S. 154f). Großbritannien ist hier als Ausnahme zu nennen, und auch in Deutschland findet man folgende Stellungnahme in der Einleitung der im Februar 2015 veröffentlichten S3 Richtlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“:

*„Vor diesem Hintergrund kam die international stark beachtete englische Therapieleitlinie (NICE 2011) zu dem Schluss, auch die Reduktion der Trinkmengen als zumindest intermediäres Therapieziel für Alkoholabhängige anzuerkennen, ein Standpunkt, den auch die European Medicines Agency vertritt (EMA 2011). Nach intensiver Diskussion schloss sich die Konsensusgruppe der S3-Leitlinie ‚Alkohol‘ einstimmig diesem Vorschlag an. Wir hoffen, dass die damit verbundene Senkung der Eingangsschwelle deutlich mehr Menschen in eine Beratung und Behandlung führt als bisher.“ (Mann et al., 2016, S. 2).*

Aber welche Evidenzen gibt es bisher, die für einen Erfolg der Konsumreduktion sprechen würden? Die größte bislang realisierte Studie zur generellen Effektivität von

#### 4. Zieloffene Suchtarbeit

Alkoholbehandlungen ist die MATCH Studie aus den USA (Projekt MATCH Research Group, 1997). In der Studie wurden Alkoholabhängige bzw. -missbrauchende drei verschiedenen Behandlungsmethoden zugewiesen, die alle auf demselben Prinzip beruhten (Abstinenz, ambulant, zwölf Wochen). Das Hauptergebnis der Studie zeigte, dass sich kaum messbare Unterschiede in den verschiedenen Behandlungsarten erkennen lassen. Allerdings wiesen bei allen drei Verfahren die Interventionen in Bezug auf Reduktion von Konsum eine große Effektivität auf. Die Zahl der Tage mit Alkoholkonsum wurde von 25 auf 6 Tage reduziert und die Trinkmenge von 15 auf 3 Standardeinheiten (SE). Abstinenz waren nach den zwölf Wochen 20% der PatientInnen.

Auch weitere internationale Forschungen bestätigen die Effektivität für ProblemtrinkerInnen und Alkoholabhängige in Bezug auf Trinkmengenreduktion, wie auch die Anbahnung von Abstinenzentscheidungen. Reduktionsprogramme sind in ihrer Effektivität mindestens ebenbürtig mit Abstinenzprogrammen, was Nacherhebungen zeigen, die von einigen Monaten bis hin zu einigen Jahren reichen (Körkel, 2002, 2006; Saladin und Santa Ana, 2004; Walters, 2000).

An dieser Stelle muss auch auf den natürlichen Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung hingewiesen werden. Eine Mehrheit der Menschen, die im Laufe ihres Lebens an einer Abhängigkeit erkranken, reduzieren ohne Behandlung ihren Konsum bis hin zur vollständigen Abstinenz (z.B. Weber und Schneider, 1997; Dawson et al., 2005).

Körkel (2014, S. 166) nennt vier Behandlungswege in der Konsumreduktion. Bei jedem kann die Abstinenz weiterhin als Option erreicht werden.

##### Behavioral Self-Control Trainings (BSCT):

Dies sind verhaltenstherapeutische Programme, die sowohl als Selbstlern-, Einzel- oder Gruppenprogramm angelegt sind. Es geht darum, einen selbstkontrollierten Substanzkonsum zu erreichen. Diese Programme sind vor allem durch das kontrollierte Trinken (KT) bekannt. BSCT gibt es inzwischen in fast allen Bereichen der Suchtmittelabhängigkeit. Gearbeitet wird vor allem mit Konsumtagebüchern und einem selbst festgelegten Konsumziel.

##### Ärztliche Kurzinterventionen:

Es gibt verschiedene Programme, die ÄrztInnen einsetzen können, um eine kurzfristige Reduktion oder einen Konsumstopp zu erreichen. Viele dieser Kurzinterventionen enthalten Elemente der BSCTs.

##### Pharmakotherapeutische Behandlung:

In der Alkoholbehandlung ist z.B. Nalmefen als Mittel zugelassen, welches explizit die Reduktion der Trinkmenge unterstützt. Auch im Bereich der Tabakreduktion wurden mit Mitteln der Nikotinersatztherapie gute Ergebnisse erzielt oder auch in der Substitution von illegalen Drogen mit z.B. Methadon.

##### Selbsthilfegruppen zur Konsumreduktion:

Das bekannteste Model dieser Selbsthilfegruppen ist das aus den USA stammende Moderation Management (MM), das sich an „problem drinkers“ richtet. Durch Teilnahme an Gruppentreffen und Onlineveranstaltungen wird die ‚Befähigung zu mäßigem Trinken‘ erlernt. Es besteht aus einem feststehenden 9-Schritte-Programm, das mit einer 30-Tage-Einstiegsabstinenz beginnt und dadurch an Niedrigschwelligkeit verliert. In Deutschland haben sich inzwischen aus dem Gruppenprogramm des kontrollierten Trinkens eigene Selbsthilfegruppen gebildet.

### **4.3 ZOS in der Wohnungslosenhilfe**

In der Wohnungslosenhilfe werden Konsumreduktion oder Konsumveränderung beim Suchtmittelgebrauch schon lange als Erfolg gesehen. Neu am Ansatz der Zieloffenen Suchtarbeit ist für die Wohnungslosenhilfe das Anerkennen der Aufgabe an der Arbeit mit dem Suchtmittelkonsum. Dazu gehört vor allem die Aneignung verschiedener Kompetenzen der Suchtbehandlung. Eine weitere Herausforderung dabei ist die stetige Motivation zur Veränderung und die Fähigkeit, bei Veränderungsmotivation ebenfalls in diese Richtung zu arbeiten. Dies schließt bei einer Bereitschaft der KlientInnen eine Weitervermittlung in eine spezialisierte Suchthilfeeinrichtung nicht aus (Körkel, 2014, S. 172).

Bei entsprechenden Schulungen und Fortbildungen der Mitarbeitenden kann Suchtarbeit erfolgreich innerhalb der Wohnungslosenhilfe umgesetzt werden (Körkel, 2007, S. 48).

Der Katholische Männerfürsorgeverein München (KMFV) hält verschiedene Einrichtungen für Wohnungslose vor und hat in 2003 gemeinsam mit der GK Quest Akademie Heidelberg ([www.gk-quest.de](http://www.gk-quest.de)) das Projekt WALK<sup>2</sup> gestartet, welches nun näher beschrieben wird (Reifferscheid und Winkler, 2007, S. 137-204). König, Gehring,

---

<sup>2</sup> **W**ohnungslosigkeit und **A**lkohol: Einführung Zieloffener Suchtarbeit in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe des Katholischen Männerfürsorgevereins München

#### 4. Zieloffene Suchtarbeit

Körkel und Drinkmann (2007, S. 161ff) beschreiben als Ziel, alle pädagogischen MitarbeiterInnen der KMFV in München in der Zieloffenen Suchtarbeit zu schulen und durch systematische Unterstützung der KlientInnen im Bereich Alkoholreduktion bzw. Abstinenz eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen zu erreichen. Das Projekt gliederte sich in drei Phasen auf (Abstimmung mit Einrichtungsleitungen, Projektverantwortlichen und Kostenträgern; Schulung der pädagogischen Fachkräfte; Programmeinführung) und wurde auf 26 Monate angelegt, wobei die Programmeinführung mit 17 Monaten die längste Zeitspanne einnahm (S. 166). Die Fachkräfte wurden hauptsächlich im Bereich der Motivierenden Gesprächsführung (Kapitel 5 dieser Arbeit) und in den Programmen des Kontrollierten Trinkens geschult. Jede/r MitarbeiterIn erhielt innerhalb von 3-4 Monaten eine insgesamt 10 – tägige Schulung (S. 168).

Dabei konzentrierte man sich vor allem auf die deutschsprachigen kT-Programme (10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens, ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken, ambulantes Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken) in Verbindung mit dem neu entwickelten und ergänzenden „WALK-Handbuch“ (GK Quest Akademie und Projektgruppe kT, 2004). In ihm sind die Arbeits- und Informationsblätter, die im Rahmen der kT-Programme verwendet werden, mit mehr Visualisierungen und dafür weniger Text versehen, um den Einsatz bei der Arbeit mit Wohnungslosen zu vereinfachen (S. 169f).

Insgesamt wurden 762 KlientInnen auf eine Teilnahme am Programm angesprochen, davon waren 138 interessiert und 110 KlientInnen entschieden sich für die Teilnahme an einem kT-Programm. 26 brachen das Programm vorzeitig ab. Für 58 TeilnehmerInnen liegt eine Nacherhebung nach sechs Monaten vor und für weitere 21 existieren die Daten einer Nacherhebung nach zwölf Monaten (S. 178f). In einer Begleitstudie konzentrierte man sich auf die Ergebnisse von zwei niedrigschwelligen Einrichtungen und wertete diese aus (S. 186ff). Die Teilnehmer waren alle männlich. Im Zeitraum der Projektdurchführung wurden insgesamt 264 Bewohner in beiden Häusern betreut, von denen 202 auf eine Programmteilnahme angesprochen wurden. Insgesamt entschieden sich 47 Bewohner für eine Eingangsdiagnostik und Teilnahme am Programm. Durchschnittlich hatte sich der Alkoholkonsum laut Selbsteinschätzung der Teilnehmer in den ersten sechs Monaten nach Programmdurchführung bei einem Ausgangsniveau von 52,6 Standardeinheiten (SE) um 23,5 SE pro Woche reduziert, was 470g Reinalkohol entspricht. Dies bedeutet eine durchschnittliche Reduktion von 44,7%.



#### 4. Zieloffene Suchtarbeit

Insgesamt konnten 81% der Teilnehmer angeben, ihren Alkoholkonsum verringert zu haben (S. 192f). Die Nacherhebung nach zwölf Monaten erfolgte ebenfalls anhand der Selbsteinschätzung der Teilnehmer. Zusätzlich wurden die Fremdeinschätzung der MitarbeiterInnen hinzugezogen und die Laborwerte mittels einer ärztlichen Untersuchung eingeholt. Im Durchschnitt gelang es den Teilnehmern innerhalb von zwölf Monaten, ihren wöchentlichen Alkoholkonsum um 57% zu reduzieren (S. 194). Der Bereich der persönlich erlebten Lebenszufriedenheit hinsichtlich Physis, Psyche, Sozialleben und Alltagsleben erhöhte sich von einem Anfangswert von 5,4 auf 6,1 nach sechs Monaten und auf 6,9 nach zwölf Monaten (0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden) (S. 196). Die Laborwerte wurden auf GOT, GPT und GGT getestet, der GOT-Wert hatte einen leichten Anstieg von 3% zu verzeichnen, während die GPT-Werte um 11% und die GGT-Werte sogar um 36% zurück gingen (S. 198f).

Die Fremdeinschätzungen der MitarbeiterInnen zeigten, dass die Probleme im Durchschnitt in allen Lebensbereichen abnahmen, allerdings in relativ geringem Maße. Die Veränderungen im Bereich der Sucht fallen hingegen deutlicher aus mit einer Verringerung der Probleme und gleichzeitiger Erhöhung der Kompetenzen (S. 199ff).

Das Projekt und die Ergebnisse der Begleitstudie zeigen, dass auch in (niedrigschwelligen) Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe das kT-Programm erfolgreich angewandt werden kann und sich noch zwölf Monate nach Programmdurchführung die positiven Effekte zeigen bzw. sogar noch verstärken. Auch die persönliche Lebenszufriedenheit der Teilnehmer steigt dadurch. Insgesamt wird auf der Grundlage der Ergebnisse das Fazit gezogen, dass mit WALK bzw. Zieloffener Suchtarbeit, kT-Programmen und Motivierender Gesprächsführung ein richtiger und wichtiger Zugang zum Klientel gefunden wurde, der fortgesetzt werden muss (S. 202).

Ballweg und Schuchmann (2007) führten im Anschluss an die Projektdurchführung eine anonyme Mitarbeiterbefragung durch, um die Projektauswirkungen auf MitarbeiterInnen, Einrichtungen und den KMFV als Trägerorganisation zu erfassen. Insgesamt wurden von 80 MitarbeiterInnen, die bei der Projekteinführung mitgewirkt haben, 77 von der Befragung erreicht (S. 205f). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die MitarbeiterInnen das Projekt als positive Erfahrung sehen und der größte Teil sowohl die Zieloffene Suchtarbeit (S. 210) als auch die Motivierende Gesprächsführung (S.213) in den Arbeitsalltag übernommen hat. Auch der neu gewonnene Handlungsspielraum gegenüber den Klienten, der durch die Programmeinführung von kT erreicht wurde, wird von 90% der befragten MitarbeiterInnen bemerkt und geschätzt (S. 217). Durch das

Aufzeigen neuer Handlungsmöglichkeiten wurde außerdem Überlastungsreaktionen, wie z.B. Burn Out, entgegengesteuert (S. 225). Auch wenn erkannt wird, dass die neuen Prinzipien die Arbeit mit den KlientInnen erleichtern, wird der zusätzliche Mehraufwand kritisch gesehen. Die Organisation, Durchführung und Dokumentierung der kT Studie wird als erhebliche Belastung betrachtet. Es fehle außerdem die Zeit sich mit der Thematik intensiver auseinanderzusetzen (S. 222).

Für die Einrichtungen kann gesagt werden, dass durch das Projekt eine Angebotserweiterung stattgefunden hat und sich die Arbeitsweisen innerhalb der Einrichtungen verändert haben, vor allem da durch die gemeinsamen Schulungen die Zusammenarbeit und Teamkompetenzen der MitarbeiterInnen verbessert wurden. In der allgemeinen Arbeit mit den KlientInnen konnten ebenfalls positive Veränderungen festgestellt werden hinsichtlich erhöhter Aktivierung und Motivation und des Auftretens des Multiplikatoreffekts, bei dem erfolgreiche TeilnehmerInnen die positive Stimmung auf neue TeilnehmerInnen weitertragen (S. 224f).

Für den Träger wurde durch die hohe Rate an teilnehmenden MitarbeiterInnen (über 80%) ein einheitliches Suchtberatungskonzept in allen Einrichtungen implementiert. Die MitarbeiterInnen sprechen nun „*eine gemeinsame Sprache*“ und da die MitarbeiterInnen in die Entwicklung und Ausgestaltung des Projektes einbezogen wurden, entstand eine hohe Identifikation mit dem eigenen Arbeitsfeld (S. 226).

Die Autoren bewerten die Projekteinführung und die Implementierung von Zieloffener Suchtarbeit und Motivierender Gesprächsführung in den Einrichtungen der KMFV als durchweg positiv und sind sich sicher, dass die Arbeitsweise Bestandteil in der alltäglichen Arbeit bleiben wird. Die positiven Effekte haben Auswirkungen auf KlientInnen, MitarbeiterInnen und den Träger. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass für jede Einrichtung und jeden Träger eigene Projekte entwickelt werden müssten und die beschriebene Form nicht beliebig „kopierbar“ ist (S. 228).

Um den Theorieteil dieser Arbeit zu vervollständigen, beschäftigt sich das folgende Kapitel mit der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2015) und ihrem Einsatz in der Zieloffenen Suchtarbeit.

## 5. Motivierende Gesprächsführung

William R. Miller arbeitete in den 1980er Jahren in den Vereinigten Staaten auf einer Station für die Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen. Zu dieser Zeit war es keine Ausnahme, dass Behandelnde und Therapierende sich in hohem Maße abfällig über die Menschen mit Suchterkrankungen äußerten und sie als pathologisch Lügende bezeichneten. Die Behandlung lief meist höchst autoritär und mit einem stark lenkenden Beratungsstil (Miller und Rollnick, 2015, S. 23). Miller versuchte, sich den PatientInnen auf eine andere Art zu nähern, und probierte vor allem, durch Zuhören von ihnen zu lernen, da er bis dahin noch nicht viele Erfahrungen mit suchtmittelabhängigen Menschen gemacht hatte. Als er seine eigenen Beobachtungen mit denen verglich, die er in den klinischen Berichten las, wichen diese deutlich voneinander ab. Schnell wurde klar, dass die Art, wie die Beziehung und die Gespräche zwischen TherapeutIn und PatientIn verlaufen, entscheidend für die Motivation und Änderungsbereitschaft sind. Fühlt der Patient sich missverstanden oder sogar erniedrigt, ruft die Behandlung Abwehr und Gegenargumente hervor. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich der/ die PatientIn ändert, ist gering. Damit bestätigt sich dann auch die Annahme der TherapeutInnen, dass die PatientInnen schwierig und unbehandelbar sind. Als Miller dies bewusst wurde, war die erste Idee der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing – MI) geboren.

Die MI geht davon aus, dass Gespräche über Veränderung oft in einer sehr dysfunktionalen Weise ablaufen; sie wurde entwickelt, um einen Weg zu finden, beim Gegenüber dennoch die Motivation zur Veränderung zu wecken bzw. zu stärken. Ziel ist es vor allem, die Menschen von sich selbst aus auf die Veränderung kommen zu lassen, denn laut MI hilft schon das eigene Formulieren der Worte, einen Veränderungsprozess auszulösen. Die Betroffenen erkennen meist die Veränderungsnotwendigkeit, haben die Auseinandersetzung aber bisher erfolglos vermieden. Es besteht weiterhin eine Ambivalenz, die als Bestandteil der Vorbereitung auf eine Veränderung verstanden wird.

Miller und Rollnick (2015) beschreiben drei verschiedene Beratungsmodelle, die in einer Art Spektrum auf einander aufbauen. Auf der einen Seite steht der *lenkende Stil*, bei dem der oder die Beratende Informationen, Instruktionen und Empfehlungen einbringt und dem Gegenüber rät, was zu tun sei. Auf der anderen Seite steht der *folgende Stil*, bei dem der oder die Beratende hauptsächlich zuhört, Anteil nimmt und keine eigenen Standpunkte einbringt. Zwischen den beiden Stilen befindet sich der *geleitende Stil*.

## 5. Motivierende Gesprächsführung

Dabei hört der oder die Beratende der betroffenen Person zu und nimmt Anteil an den Erzählungen; es werden allerdings auch Ratschläge angeboten, sobald sie von Nöten sind. MI bewegt sich in der Mitte dieses Spektrums und greift ein wenig von allen Stilen auf (S. 18). Miller und Rollnick geben im dritten Kapitel ihres Buches (2015) eine allgemeine Definition (S. 47).

*„Motivational Interviewing ist ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil, mit einer besonderen Aufmerksamkeit auf die Sprache der Veränderung. Es ist daraufhin konzipiert, die persönliche Motivation für und die Selbstverpflichtung auf ein spezifisches Ziel zu stärken, indem es die Motive eines Menschen, sich zu ändern, in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl herausarbeitet und erkundet.“*

Wichtig sind die eigene Motivation und das eigene Engagement der Betroffenen. MI ist kein „Trick“, Menschen davon zu überzeugen, dass der Veränderungswunsch des Therapierenden eigentlich ihr eigener war. Um MI konkret und erfolgreich umzusetzen, muss die innere Grundhaltung kongruent sein und müssen die MI-Schlüsselemente verinnerlicht werden. *Partnerschaftlichkeit* im Sinne von ‚Gemeinschaftlich an einem Thema arbeiten‘ ist notwendig. Der Klient oder die Klientin ist der / die beste ExperteIn für die eigenen Belange; diese können durch das Wissen des Therapierenden ergänzt werden. Dieses Wissen muss gepaart sein mit den Grundsätzen der *Akzeptanz* nach Rogers (1980), die die bedingungsfreie (positive) Wertschätzung, Unterstützung der Autonomie, Empathie und Würdigung beinhalten. Dazu kommt die Voraussetzung des *Mitgefühls*, hier nicht im Sinne von Mitleid, sondern als die aktive Förderung des Wohlbefindens der anderen Person. Ein weiteres MI-Schlüsselement ist die *Evokation*, die nicht nach den Defiziten der Klientel sucht, sondern auf die bereits vorhandenen Ressourcen zurückgreift, um die Veränderung zu erreichen. KlientIn und TherapeutIn suchen gemeinsam, um das was für die Veränderung benötigt wird, „*an die Oberfläche zu bringen*“ (S. 29ff).

Der Ablauf einer Behandlung nach MI baut immer auf den Stufen der vier Kernprozesse auf. Die erste Stufe ist der *Beziehungsaufbau*, der die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung bildet. Die zweite Stufe ist die *Fokussierung*; dies ist die Festsetzung des Ziels oder der Ziele. Dabei steht die Frage im Vordergrund: Welche Veränderung soll wünschenswerter Weise am Ende der Behandlung eingetreten sein?

Der dritte Kernprozess ist die Stufe der *Evokation*. Der oder die Behandelnde muss vermeiden, sowohl Diagnose als auch Lösungsvorschläge anzubieten. Ziel ist es, dass die Patienten selbst Argumente für eine Veränderung formulieren und diese aus der

## 5. Motivierende Gesprächsführung

eigenen inneren Motivation schöpfen. Sobald die Bereitschaft zur Veränderung erlangt wurde, folgt die vierte und somit letzte Stufe der *Planung*. In dieser Phase ist das ‚wann‘ und ‚wie‘ der Veränderung wichtig und nicht mehr das ‚ob‘ und ‚warum‘. In dieser Phase wird außerdem ein konkreter Handlungsplan entwickelt, der im weiteren Verlauf der Therapie stetig reflektiert und gegeben falls angepasst wird (S. 43ff).

Des Weiteren werden die fünf Kernkompetenzen genannt, die unverzichtbar sind, sobald MI angewendet werden soll. Auf jeder Stufe des Prozesses haben sie eine bestimmte Bedeutung und Anwendungsweise; in dieser Arbeit beschränken wir uns allerdings auf eine allgemeine Kurzbeschreibung aller fünf Kompetenzen. Zum einen ist dies die Kunst des *Stellens von offenen Fragen*. Der oder die Behandelnde möchte keine kurzen Antworten bekommen, sondern in ein Gespräch kommen, in dem Patient oder Patientin mindestens die Hälfte oder sogar mehr der Redezeit in Anspruch nimmt. Nur dann bekommen die Patienten die Möglichkeit, sich selbst stetig zu reflektieren und zu verstehen. Als zweite Kompetenz wird das *Würdigen* genannt. Die Patienten leisten die Veränderung und nicht der oder die Behandelnde, dies muss anerkannt und diese Würdigung den Patienten vermittelt werden. Weitere Kernkompetenz ist das *reflektierende Zuhören*. Dies ist von immenser Bedeutung und hat zum einen die Funktion, dass der oder die Behandelnde sich vergewissern kann, dass er das Gesagte richtig verstanden hat. Zum anderen bietet es dem Patienten die Möglichkeit, das vorher selbst Erläuterte in anderen Worten zu hören und daraufhin eventuell neu zu durchdenken. Ein wenig ähnlich erscheint die vierte Kernkompetenz, die der *Zusammenfassung*. Aufgabe des oder der Behandelnden in MI ist es, an verschiedenen Punkten im Gespräch eine kurze Zusammenfassung des bereits Gesagten zu liefern. Dies dient als Reflexion, als Resümee am Ende einer Sitzung, zur Verbindung zwischen altem und aktuellem Material, dem Verständnis oder auch als Übergang zwischen verschiedenen Themen. Aufmerksames Zuhören ist dafür die Grundvoraussetzung.

Zusammenfassend werden diese ersten vier Kernkompetenzen als OARS (**O**pen question, **A**ffirmation, **R**eflection, **S**ummary) bezeichnet.

Als letzte Kernkompetenz wird das *Informieren und Ratschläge geben* genannt. Es ist sehr wohl Aufgabe des oder der Behandelnden, Informationen und Ratschläge anzubieten, dies allerdings immer nur auf Nachfrage des / der KlientIn bzw. mit der Erlaubnis des / der KlientIn. Ob der Ratschlag angenommen wird, liegt allein im Ermessen des/ der KlientIn und die Entscheidung darüber darf keinerlei Konsequenzen nach sich ziehen (S. 52ff).

## 5.1 MI in der Zieloffenen Suchtarbeit

Körkel (2014) bezeichnet vor allem die Überwindung von Ambivalenzen und die Zielfindung in der Zieloffenen Suchtarbeit als eine Phase, in der die Anwendung von MI unerlässlich ist (S. 167). In MI steht die Überwindung von Ambivalenzen relativ am Anfang des Prozesses, wird allerdings als unerlässlich beschrieben, um zum Erfolg zu kommen. Bereits das Vorkommen von inneren Ambivalenzen wird als Fortschritt gesehen. Immerhin schlagen zu diesem Zeitpunkt bereits zwei Herzen in der Brust der Betroffenen, und es wird mit dem Gedanken gespielt, etwas zu verändern.

MI sollte im gesamten Verlauf der Behandlung/ Betreuung angewandt werden, gerade in der ZOS ist es von immenser Bedeutung. Im weiteren Verlauf werden zwei Beispielprozesse genannt und die Vorgehensweise näher erläutert.

### 5.1.1 Überwindung von Ambivalenzen in der ZOS mit Hilfe von MI

Im MI wird von Change Talk und Sustain Talk gesprochen. Sustain Talk sind die Sätze, die für die alten (unerwünschten) Verhaltensmuster sprechen und gegen eine Veränderung gerichtet sind („Rauchen hilft mir, mich zu entspannen“). Change Talk dagegen spricht für die Veränderung. Zu Beginn einer Behandlung wird neben Sustain Talk meist der vorbereitende Change Talk benutzt, der vor allem von Wünschen spricht („Ich wäre gerne NichtraucherIn.“). Im Laufe der Zeit, wenn der Wunsch sich mehr festigt, nennen Miller und Rollnick (2015) es den mobilisierenden Change Talk („Ich werde mit dem Rauchen aufhören“ oder „Ich habe mir bereits Nikotinkaugummi gekauft.“). Die Patienten aus diesem „Wald“ der Ambivalenz hinauszubegleiten, ist Aufgabe der Therapierenden bzw. behandelnden Personen (S. 187ff).

#### Change Talk hervorrufen

Wie schon zuvor beschrieben, geht MI davon aus, dass eine Veränderungsmotivation vor allem dann entsteht, wenn der / die PatientIn es sich selber sagen hört, wenn er oder sie sich in die Motivation und in die Veränderung „hineinredet“. Daher muss erreicht werden, dass im Laufe eines Gespräches der Change Talk des / der PatientIn zunimmt und der Sustain Talk abnimmt. Die einfachste Methode, Change Talk anzuregen, ist das Stellen entsprechender Fragen. Um vorbereitenden Change Talk anzustoßen, können z.B. folgende Fragen gestellt werden: „Wenn Sie daran denken, wie Ihr Leben in einem Jahr aussehen könnte, welche Veränderungen wünschen Sie sich dann gegenüber jetzt?“, „Wenn Sie sich wirklich dazu entschließen würden, mit dem Rauchen aufzuhören, wie könnten Sie dann vorgehen?“, „Welche positiven Aspekte könnten sich

## 5. Motivierende Gesprächsführung

für Sie daraus ergeben, dass Sie mit dem Rauchen aufhören?“ oder auch „Was muss sich nach Ihrem Gefühl ändern?“. Auf Fragen, die vorwurfsvoll klingen und eher Sustain Talk hervorrufen würden, muss meist verzichtet werden. Allerdings muss dies jeweils von der Situation abhängig gemacht werden. Zum Beispiel könnte es manchmal hilfreich sein, um jemanden aus der Reserve zu locken, der noch keinen Change Talk spricht. Wichtig ist dabei vor allem zu beachten, dass mehr Change Talk als Sustain Talk gesprochen wird. Dies gilt als guter Indikator für einen Schritt in Richtung Veränderung (S. 203ff).

Weitere Methoden, wie z.B. die Anwendung von verschiedenen Skalen, um vorbereitenden Change Talk zu eruieren, nennen Miller und Rollnick in Kapitel 13. An dieser Stelle wird jedoch nicht weiter darauf eingegangen.

### Auf Change Talk reagieren

Wichtig ist nun im Behandlungsverlauf, dass der Change Talk erkannt wird und der/ die Behandelnde darauf reagiert. OARS, die ersten vier Kernkompetenzen, wurden zu Beginn bereits erläutert und beschreiben gleichzeitig die Reaktionsmöglichkeiten auf Change Talk.

**Offene Fragen:** Durch Fragen werden die Patienten gebeten, näher auf das Gesagte einzugehen oder es mit einem Beispiel zu veranschaulichen. Die offene Frage wird so formuliert, dass sie mit weiterem Change Talk beantwortet wird.

**Würdigung:** Die Äußerung der Patienten wird anerkannt, gewürdigt und explizit gelobt.

**Reflexion:** Der Change Talk in einer Aussage wird aufgegriffen und reflektiert. (KlientIn: Gesund sein kann dieser hohe Alkoholkonsum ja nicht, aber mein Arzt hat noch nie gesagt, dass er irgendwelche Schädigungen sieht, und auch sonst geht es mir ja gut. BehandlerIn: Es ist Ihnen also wichtig, dass Sie gesund sind und Sie sich keine Schädigungen durch den Alkoholkonsum zuziehen.)

**Resümee:** Miller und Rollnick verbildlichen diese Methode mit einem „Blumenstrauß aus Change Talk“. Der oder die Behandelnde fasst den gesamten geäußerten Change Talk zusammen und wiederholt ihn. Am Ende wird erneut eine offene Frage gestellt,

## 5. Motivierende Gesprächsführung

z.B. „Was ist Ihnen sonst noch aufgefallen?“. In den meisten Fällen folgt darauf weiterer Change Talk, der den „Blumenstrauß“ noch größer werden lässt.

Es gibt einige Studien, die sich auf die Veränderung des Change Talks durch MI konzentrieren bzw. einen Zusammenhang zwischen vermehrtem Change Talk und Veränderungsmotivation belegen (u.a. Glynn & Moyers 2010; Moyers & Martin, 2006; Sellmann, MacEwan, Deering & Adamson, 2007). Dementsprechend wird durch ein stetiges Erhöhen und Ausweiten des Change Talks bei den Patienten eine Veränderungsmotivation entwickelt, und die Ambivalenzen lösen sich im Verlauf des Prozesses auf. Es kann jedoch immer wieder zu neuen Ambivalenzen kommen. Der oder die Behandelnde muss dies im Blick behalten und erneut darauf eingehen (S. 217ff).

### 5.1.2 Zielfindung in der ZOS mit Hilfe von MI

Auch bei der Zielfindung (Fokussierung) ist sowohl in der Zieloffenen Suchtarbeit als auch in der Motivierenden Gesprächsführung der Hauptaspekt, dass die Patienten den Weg bestimmen. Der oder die Behandelnde muss seinem ‚Korrektur-Reflex‘ entgegenwirken und darf nicht in Versuchung geraten, dem Patienten Lösungen vorzuschlagen oder gar durchzusetzen. Es verlangt ein hohes Maß an Gelassenheit und Selbstreflexion, um dies akzeptieren zu können. Eine wichtige Rolle spielt außerdem der Faktor Zeit. Behandelnde, die schnell das Ziel fokussieren und klar haben möchten, brauchen oft viel länger als die, die vorgeben, den ganzen Tag dafür Zeit zu haben (S. 128).

In der Zieloffenen Suchtarbeit ist die Richtung der Ziele klar, sowohl Patienten als auch Behandelnde wissen, dass es um die Veränderung des Konsums geht. Allerdings stehen für jede konsumierte Substanz verschiedene Zielvarianten zur Auswahl. MI schlägt hier das sogenannte „Agenda Mapping“ vor. Dabei wird im Laufe eines Gespräches oder einer Sitzung für einen kurzen Zeitraum gemeinsam auf die Metaebene gewechselt, um sich darüber zu einigen, welche Richtung im weiteren Verlauf des Gesprächs eingeschlagen werden soll (KlientIn: „Ich weiß, dass ich zu viel trinke, aber das mit dem Kiffen ist auch nicht viel besser, und dass das Rauchen nicht gut für meine Gesundheit ist, ist ja eh klar!“). Mit Hilfe von Agenda Mapping kann ein Startpunkt identifiziert werden und eventuell eine Reihenfolge festgelegt werden, wann welcher Konsum thematisiert werden soll, bzw. über welche Priorität eine Veränderung verfügt. Auch kann der oder



die Behandelnde innerhalb der Metakommunikation offen äußern, dass er oder sie sich momentan nicht sicher ist, wie der oder die PatientIn weiter verfahren will und dass es ein Anliegen wäre, eine Ordnung herzustellen (S. 131f).

Wenn ein oder mehrere klare Ziele gefunden und formuliert wurden, gilt es, diese mit Hilfe von MI stetig zu überprüfen und einen Veränderungsplan zu entwickeln. Die Zieloffene Suchtarbeit bietet den Patienten bereits eine Auswahl an Konzepten und Interventionen, um das gefasste Ziel zu erreichen (siehe Kapitel 4.1, Tabelle 2). Mit Erlaubnis des Patienten stellt der oder die Behandelnde die verschiedenen Möglichkeiten der Zieloffenen Suchtarbeit und auch das, was in der eigenen Einrichtung bzw. mit der eigenen Kompetenz möglich ist, vor. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Ressourcen der Patienten nicht außer Acht gelassen werden und sie nicht in eine mögliche Option gedrängt werden, z.B. weil in der KT Gruppe noch ein Platz besetzt werden muss.

Wurde ein Veränderungsplan erstellt, muss dieser auf Schwachstellen überprüft werden. So ist ein Internetbasiertes Training zur Konsumreduktion von Tabak wenig vielversprechend, wenn die Patienten keinen regelmäßigen Internetzugang haben. Sinnvoll ist es außerdem, wenn den Patienten immer bewusst ist, dass es sich lediglich um Plan A handelt. Im Falle von auftretenden Schwierigkeiten muss ein Ausweichen auf Alternativpläne jederzeit möglich sein (S.318ff). Auch kann es sinnvoll sein, Ziele oder Pläne in einzelne Teilschritte zu zerlegen um die Erfolgserlebnisse zu erhöhen und die vor sich liegende Aufgabe übersichtlicher zu gestalten (S. 338).

Im gesamten Verlauf der Planung bleiben alle Grundlagen von MI bestehen. Der oder die Behandelnde muss die gleichbleibende Aufmerksamkeit auf Change Talk richten, nun im Besonderen auf den mobilisierenden Change Talk, der sich auf ein konkretes Ziel, einen Plan oder eine konkrete Maßnahme beziehen kann. Der Change Talk muss weiterhin genauso evoziert werden wie zuvor (S. 336ff).

Im folgenden Kapitel werden nun die Vorgehensweisen und Methoden der empirischen Sozialforschung erläutert, die dem danach folgenden Forschungsteil zugrunde liegen. Dieser soll unter anderem das Ziel haben, die vorangegangenen theoretischen Aspekte in die Praxis einzubinden.

## 6. Empirische Sozialforschung

Empirische Sozialforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung menschlichen Verhaltens und anderer sozialer Phänomene. Sie hat zum Ziel, die soziale Realität einzufangen und Erkenntnisse darüber zu sammeln. Sie beschreibt die korrekte wissenschaftliche Durchführung dieser Untersuchungen und die damit verknüpften Methoden, Techniken und Instrumente (vgl. Häder, 2015, S. 12).

### 6.1 Quantitative vs. qualitative Sozialforschung

Die quantitative Sozialforschung versucht weitgehend, die Subjektivität der Forschenden als auch der Probanden zu unterdrücken. Die Forschungsergebnisse sind unabhängig von der Person des Forschenden. Dies funktioniert durch die lineare Organisation des Forschungsprozesses, der mit der theoretischen Reflexion beginnt. Der weitere Prozess wird in einzelne kleine Arbeitsschritte aufgeteilt, die weitestgehend nacheinander abgearbeitet werden (Instrumentenentwicklung, die Stichprobenziehung, Datenerhebung, Datenaufbereitung, Datenauswertung). Die quantitative Sozialforschung hat vorrangig das Ziel, ihre eigenen Hypothesen im Forschungsprozess zu untersuchen und zu verifizieren oder zu falsifizieren. Meist wird dies durch standardisierte Befragungen oder Messungen einer ausreichend großen Grundgesamtheit erreicht bzw. offengelegt.

Die qualitative Sozialforschung nimmt einen davon abweichenden Standpunkt ein. Sie arbeitet geradezu mit der Subjektivität von Forschenden und Probanden. Sie geht davon aus, dass eine vollkommene Ausblendung der Subjektivität nicht zu erreichen ist, sieht diese sogar als Ressource. Zu Beginn steht die Beobachtung der Forscher, die daraus eine Forschungsfrage entwickeln, um im Forschungsprozess die Realität zu untersuchen und daraus neue Theorien abzuleiten. Das Vorgehen ist somit induktiv, im Gegensatz zur deduktiven Vorgehensweise in der quantitativen Sozialforschung. Lediglich das methodische Vorgehen muss objektiv reflektiert und transparent gemacht werden. Der Forschungsprozess ist, im Gegensatz zum linearen Vorgehen beim quantitativen Forschungsdesign, eher zirkulär gehalten. (vgl. Baur und Blasius, 2014, S. 46ff)

Qualitative Sozialforschung versucht, den innersten Sinn der Dinge zu erfassen und zu verstehen (2002, Flick, S. 26). Sie denkt qualitativ.

Für die vorliegende Arbeit wurde die Methode der qualitativen Sozialforschung gewählt. Es war der Autorin wichtig, die Subjektivität und Individualität der einzelnen Studienteilnehmer erkennen zu können und auch bewusst damit arbeiten zu können.

### 6.2 Qualitatives Denken

Mayring (2016, S. 20ff) beschreibt als Grundlage qualitativen Denkens fünf Ansätze, die das Grundgerüst darstellen sollen. An erster Stelle steht das Forschungsobjekt, das Mayring als *Subjekt* bezeichnet. Der Forschungsprozess muss den Anfang immer bei der zu untersuchenden Forschungsgruppe haben. Diese Gruppe darf im Verlauf des Forschungsprozesses nicht aus den Augen verloren werden; der direkte Kontakt zu den Subjekten ist laut Mayring der beste Weg, um ein erfolgreiches Ergebnis zu erzielen.

Als zweites benennt Mayring die *Deskription*, die besagt, dass vor dem Forschungsprozess immer der Forschungsgegenstand genau und umfassend beschrieben werden muss.

Als drittes Postulat sieht Mayring die *Interpretation*. Seiner Meinung nach wird die tiefere Bedeutung eines Forschungsbereiches erst durch die eigene Interpretation erschlossen.

Viertens nennt er den *Alltag*. Er ist der Ansicht, dass Menschen in konstruierten Situationen anders reagieren als in ihrer täglichen Lebenssituation. Dementsprechend sollten die Forschenden möglichst darauf achten, den Alltag zu wahren, also z.B. Interviews im heimischen Rahmen der Interviewenden stattfinden zu lassen.

Der letzte Grundsatz ist der *Verallgemeinerungsprozess*. Dieser besagt, dass die Ergebnisse am Ende einer Studie, trotz der Subjektivität der Einzelnen, auf die Allgemeinheit übertragen werden können. Dies muss begründet werden und deutlich gemacht werden, für welche Situationen die Ergebnisse Gültigkeit besitzen.

Da diese fünf Postulate sehr allgemein gehalten sind und keine Handlungsanweisungen geben können, benennt Mayring zusätzlich die dreizehn Säulen des qualitativen Denkens, die sich aus den Postulaten ergeben (S. 24ff).

#### 1. Einzelfallbezogenheit

Der Einzelfall darf im Forschungsprozess nicht aus dem Blick verloren werden und muss ständig mit den Ergebnissen und Interpretationen verglichen werden.

## 6. Empirische Sozialforschung

### 2. Offenheit

Die Forschenden müssen dem Forschungsgegenstand in ständiger Offenheit gegenüberstehen und ggf. Neufassungen, Ergänzungen und Revisionen zulassen können.

### 3. Methodenkontrolle

Alle Methoden und jeder Forschungsschritt müssen transparent dokumentiert werden. Der gesamte Prozess muss trotz aller Offenheit methodisch kontrolliert ablaufen.

### 4. Vorverständnis

Das Vorverständnis der Forschenden muss immer zu Beginn des Prozesses deutlich gemacht werden. Deutungen und Interpretationen werden vom eigenen Vorverständnis beeinflusst; dies ist ein Grundsatz der Hermeneutik. Das Vorverständnis muss im Prozess mit Hilfe der Ergebnisse erweitert werden, und es muss immer wieder überprüft werden, welchen Einfluss das Vorverständnis auf die Interpretation der Ergebnisse gehabt hat. Dieses Vorgehen wird auch „hermeneutischer Zirkel“ genannt.

### 5. Introspektion

Auch introspektive Daten der Forschenden können in den Forschungsprozess einbezogen werden bzw. als Informationsquelle dienen. Sie müssen jedoch als solche erkennbar gemacht werden.

### 6. Forscher – Gegenstands – Interaktion

Sowohl Forschende als auch Gegenstand der Forschung sind während des Forschungsprozesses in einer ständigen Entwicklung und reagieren bzw. verändern sich durch die Forschung.

### 7. Ganzheit

Der gesamte Forschungsprozess, die Forschenden und der Forschungsgegenstand müssen ständig ganzheitlich betrachtet werden. Sollte eine Trennung einzelner Aspekte für den Prozess sinnvoll sein, müssen diese immer wieder zusammengeführt werden, um das große Ganze sehen zu können.

### 8. Historizität

Die Historie eines Gegenstandes darf nicht aus dem Blick verloren werden, um keine Fehldeutungen zu riskieren.

### 9. Problemorientierung

Man sollte sich immer an praktischen Problemstellungen orientieren und die Ergebnisse der Untersuchung immer direkt auf die Praxis beziehen.

### 10. Argumentative Verallgemeinerung

Wie schon im fünften Postulat besagt diese Säule, dass Verallgemeinerungen der Ergebnisse möglich sind, diese allerdings explizit benannt und begründet werden müssen.

### 11. Induktion

Im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung lässt die qualitative Methode das induktive Vorgehen bewusst zu. Die Forscher setzen aus einzelnen Beobachtungen und Erfahrungen eine Vermutung zusammen und versuchen anschließend, diese durch gezieltes Forschen zu erhärten. Es muss allerdings weiterhin kontrollier- und überprüfbar bleiben.

### 12. Regelbegriff

Da Forschungssubjekte sich nicht gemäß allgemeingültiger Naturgesetze verhalten, muss Gleichförmigkeit eher in kontextgebundenen Regeln statt in Gesetzen abgebildet werden.

### 13. Quantifizierbarkeit

Eine gute qualitative Untersuchung ermöglicht die Voraussetzung für eine quantitative Überprüfung und Absicherung der qualitativen Ergebnisse.

## 6.3 Forschungsdesign und Forschungsverfahren

Mayring (2016, Kapitel 3) fasst außerdem die verschiedenen Forschungsdesigns zusammen, die sich in der qualitativen Sozialforschung in den letzten Jahren bewährt haben. Das Forschungsdesign, von ihm auch Untersuchungsplan genannt, umfasst das Untersuchungsziel und den Untersuchungsablauf. Das Forschungsdesign *„stellt als Rahmenbedingung Regeln auf, die die Kommunikationsmöglichkeit zwischen Proband und Forscher wesentlich bestimmen“* (Haußer, 1982, S. 62).

Im 4. Kapitel geht Mayring auf siebzehn verschiedene Verfahren der Analyse ein, die er in der qualitativen Forschung als bewährt und erprobt einschätzt. Er unterscheidet diese siebzehn Techniken nach Erhebungstechniken, Aufbereitungstechniken und Auswertungstechniken. Er betont nochmals, dass diese Techniken nur als Prototypen gesehen werden können und für jede individuelle Forschung modifiziert werden können bzw. müssen, um sie an die Bedingungen und Bedürfnisse der jeweiligen Fragestellung anzupassen.

In der folgenden Abbildung verdeutlicht er die verschiedenen Forschungsdesigns und die verschiedenen Techniken und Methoden. Die Kombinationsmöglichkeiten sind nahezu unbegrenzt und ermöglichen einen sehr flexiblen Einsatz.

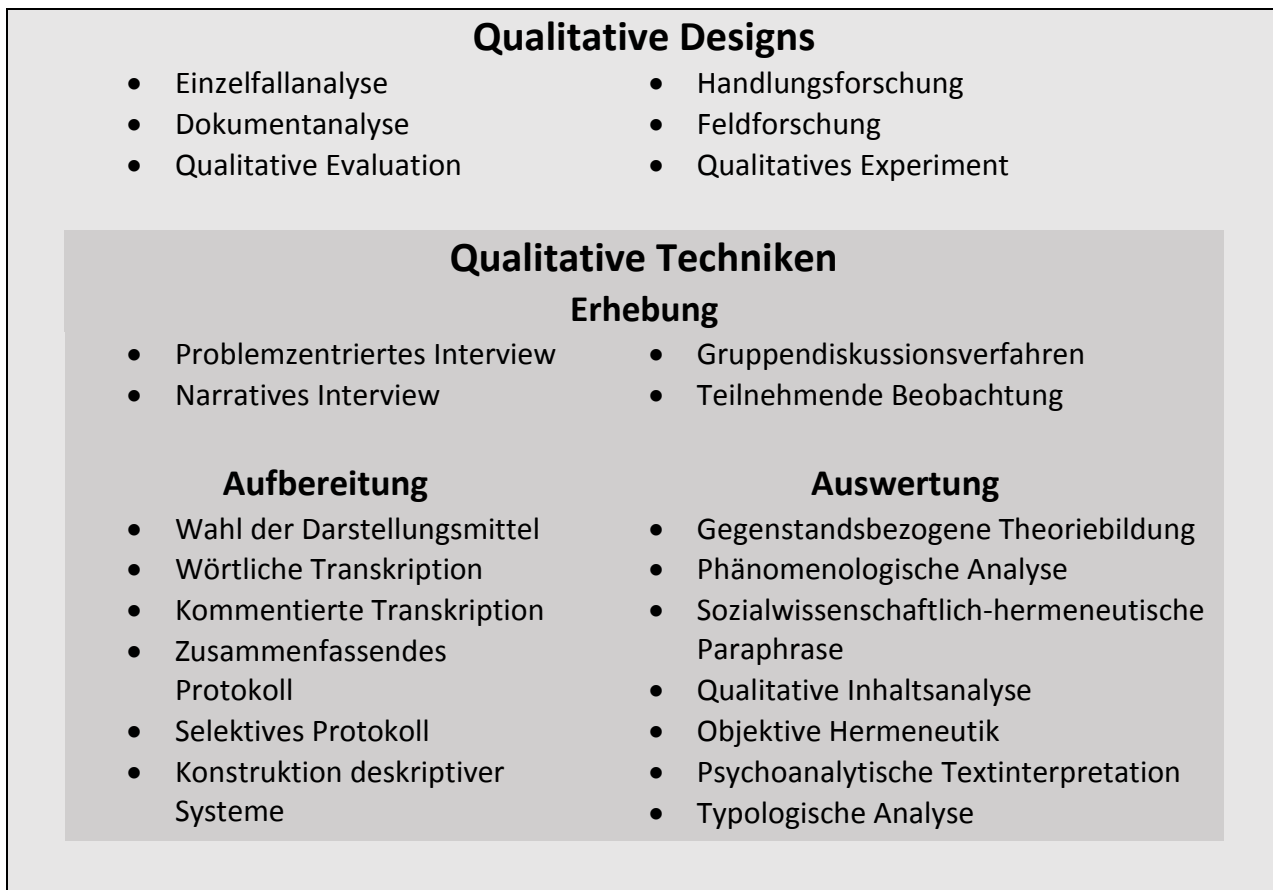


Abb: Untersuchungspläne und Verfahren qualitativer Forschung (Mayring, 2016, S.134)

Für die vorliegende Arbeit sind nach Meinung der Autorin, sowohl eine Handlungsforschung als auch eine Feldforschung die sinnvollsten und erfolgversprechendsten Untersuchungsarten. Die Auswahl und Begründung der Designs für die vorliegende Arbeit werden im nächsten Teil beschrieben und erläutert.

## 7. Methode

### → Exkurs: Feldforschung

Die Feldforschung lebt vor allem von der Methode der „Teilnehmenden Beobachtung“. Die Forscher nehmen dabei aktiv einen Platz in der zu erforschenden Situation ein. Sie nehmen teil an den alltäglichen Situationen ihrer Forschungsobjekte (Girtler, 2004, S. 5f). Feldforschung will den Untersuchungsgegenstand im natürlichen Kontext untersuchen und Verzerrungen durch Anwendung bestimmter Techniken oder Methoden verhindern (Mayring, 2016, S. 55).

Da die Autorin und Forscherin dieser Arbeit als Sozialarbeiterin im zu erforschenden Gebiet tätig ist und somit ganz selbstverständlich am Alltag der betreffenden Personen teilnimmt, ist die teilnehmende Beobachtung ein wichtiger und logischer Teil dieser Arbeit.

Die Autorin möchte in diesem Teil die Zielgruppe innerhalb von Haus Weissenburg und somit innerhalb der stationären Wohnungslosenhilfe nach §67ff SGB XII untersuchen und ihre Gemeinsamkeiten und Problemlagen herausfiltern.

#### **Teilnehmende Beobachtung**

Teilnehmende Beobachtungen werden von einer Person gemacht, die nicht als Außenstehende auf den Untersuchungsgegenstand blickt, sondern Teil der Gruppe geworden ist. Es wird erhofft, dadurch die Innenperspektive einer Situation erheben zu können. Hierzu gibt es vor allem Beispiele von Forschenden, die monatelang mit Einheimischen eines Stammes gelebt haben, um ihre Lebenswelt zu erkunden. Die teilnehmende Beobachtung kann allerdings nicht voll standardisiert konzipiert werden (Mayring, 2016, S. 81). Standardisierte Beobachtung arbeitet mit Beobachtungsbögen, in denen die Situationen in Einheiten aufgeteilt und messbar gemacht werden. Die teilnehmende Beobachtung einer Feldstudie muss offener gestaltet werden; allerdings ist es sinnvoll, mit einem Beobachtungsfaden zu arbeiten, um die Situationen miteinander vergleichbar und verallgemeinerbar zu machen. Die Beobachtungen werden in möglichst genauen Beobachtungsprotokollen festgehalten, die zeitnah nach der Situation niedergeschrieben werden sollten.

Nach Gold (1958) gibt es vier idealtypische Rollen, die Beobachtende einnehmen können. (1) Beobachtende übernehmen die Rolle eines vollständigen Teilnehmenden,

das heißt eine Rolle, die im Feld alltäglich vorgesehen ist. (2) Die Rolle der Teilnehmenden als Beobachter, diese sind primär Teilnehmer der Feldsituation und nur sekundär Beobachtende. (3) Die Rolle der Beobachtenden als Teilnehmer, die mehr formale als informelle Beobachtung wahrnehmen. (4) Die Rolle der vollständigen Beobachtenden, die keine Interaktion mit dem Feld ausüben.

Im Fall dieser Arbeit wird die erste Rolle wahrgenommen, da die Forscherin bereits vor Beginn der Studie eine Rolle im alltäglichen Leben der Untersuchungsgruppe innehatte. Die Autorin muss allerdings darauf achten, dass sie eine metatheoretische Sensibilität entwickelt und somit klar eingrenzen kann, welche Situationen beobachtungsrelevant für die Studie und die Zielerreichung sind. Atkinson (1995) sagt dazu, dass der Forschende schnell in die Situation gerät, alles Erdenkliche zu erforschen, jedoch nicht das, worum es eigentlich geht. Laut Vogd (2009) läuft man als der Forschende ohne methodologische Kontrolle Gefahr, sich in Details zu verlieren. Die Forscherin muss sich also vergegenwärtigen, was genau sie untersuchen will und in welchen Situationen sie dies besonders gut erkennen kann. Nur durch ein Fokussieren der Aufmerksamkeit und einen Vorentscheid über den Beobachtungsfokus kann sie die unterschiedlichen Situationen richtig einschätzen. Es muss „offen“, allerdings nicht „naiv“ und nicht ohne Fokussierung in die Beobachtung gegangen werden.

Auch die Sammlung verschiedener Daten durch interne Zugänge wie dem Jahresbericht oder den Sozialanamnesen und Hilfeplänen der Bewohner, werden in die teilnehmende Beobachtung miteingeschlossen.

Da es sich bei den teilnehmenden Beobachtungen nur um einen Exkurs in die Feldforschung handelt und der eigentliche Forschungsaspekt erst im weiteren Verlauf der Arbeit entwickelt wird, hat die Autorin, um den Rahmen einer Masterarbeit nicht zu sprengen, auf detaillierte Beobachtungsprotokolle verzichtet. Stattdessen werden kurze Beschreibungen gegeben, die jeweils eine Gemeinsamkeit der Zielgruppe verdeutlichen sollen.

### **Auswertung**

#### *Langjährige Abhängigkeit*

Der größte Teil der Bewohner von Haus Weissenburg, die eine Abhängigkeitserkrankung vorweisen, leben schon sehr viele Jahre damit. Meist begann die Suchtgeschichte bereits in der frühen Jugend und das gesamte Leben ist gezeichnet durch den Konsum verschiedener Suchtmittel. Viele haben bereits Therapieerfahrungen



gesammelt, so gut wie alle haben mindestens eine stationäre Entgiftungsbehandlung durchlaufen. Dies jedoch ohne langfristigen Erfolg, eine Abstinenz konnte bisher kaum jemand durch eine therapeutische Behandlung erreichen. Der Wunsch nach Abstinenz oder zumindest einer Selbstkontrolle, ist aber bei fast allen abhängigkeiterkrankten Bewohnern gegeben.

### *Soziale Vereinsamung*

Immer wieder wird in der Arbeit mit den Bewohnern deutlich, dass kaum stabile Beziehungen bestehen. Weder Beziehungen innerhalb der Szene scheinen langfristig anzudauern, noch familiäre Kontakte diese schwierigen Umstände zu überstehen. In vielen Fällen besteht zwar noch ein unregelmäßiger Austausch zur Ursprungsfamilie, allerdings können diese Kontakte nicht als tragfähige Beziehungen angesehen werden. Meist wird diese Problematik und Tragweite dessen erst im Verlauf der Hilfe deutlich. Deutlich wird dies durch die Auswertung der Aufnahmebögen, in denen 98% der neuen Bewohner angeben soziale, funktionierende Kontakte zu Familie oder Freunden zu haben und auch zu pflegen. Im Laufe der Hilfe stellen sich diese Kontakte allerdings häufig als nicht zutreffend heraus bzw. nicht in dem Maße tragfähig, wie es vorher beschrieben wurde.

### *Wenig Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt*

Eine langfristige Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt ist nur in den wenigsten Fällen möglich. Im Jahr 2016 bekamen 58,1% der eingezogenen Bewohner ALGII und 16,1% ALGI Leistungen, nur 6,5% konnten eigenes Erwerbseinkommen vorweisen. Es wird jedoch im Verlauf der Hilfe deutlich, dass ein Großteil der Bewohner das Ziel hat einer regelmäßigen Arbeit nachzukommen. Viele entscheiden sich für Tagesstrukturierende Maßnahmen, entweder trägerintern oder durch Maßnahmen des Jobcenters. Leider ist auch bei qualitativ guter Arbeit meist eine Übernahme in ein festes Arbeitsverhältnis von Seiten des Arbeitgebers nicht möglich. Das Scheitern auf dem Arbeitsmarkt ist immer wieder ein herber Rückschlag und führt oft zu erhöhtem Konsum.

### *Komorbidität*

In den letzten 3 Jahren waren laut Jahresbericht 40-50% der Bewohner mit einer Abhängigkeitserkrankung, ebenfalls von einer weiteren psychischen Störung betroffen. Im Verlauf der Hilfe wird jedoch deutlich, dass dem, ungeachtet von psychiatrischen Diagnosen, ein viel höherer Prozent zugrunde liegen müsste. Die Art der psychischen Störung ist hier breit gefächert und reicht von Depressionen über Persönlichkeitsstörungen bis hin zu Schizophrenie.

### *Gesundheitliche Beeinträchtigungen*

Abgesehen von den psychischen Beeinträchtigungen leidet eine Vielzahl der Bewohner an großen physischen Beeinträchtigungen. Darunter fallen massive Zahnprobleme, aber auch viele andere somatische Erkrankungen, die meist durch ein Leben auf der Straße und der damit verbundenen geringen medizinischen Versorgung hervorgerufen wurden bzw. nicht behandelt wurden. Hierzu zählt außerdem eine hohe Infektionsrate für Erkrankungen wie Hep C oder HIV.

### *Hohe Kriminalitätsrate*

In 2016 hatten 74% der Bewohner im Laufe ihres Lebens bereits mindestens einen Haftaufenthalt verbüßt. Die Straftaten sind meist dem Bereich der Beschaffungskriminalität zuzuordnen.

### **Ergebnis der Feldforschung**

Es kann festgehalten werden, dass nahezu alle Kriterien einer marginalisierten Gruppe auf die Zielgruppe innerhalb der stationären Wohnungslosenhilfe zutreffen. Ein Großteil der Bewohner vereint sogar alle Kriterien in sich. Die Komplexität der Problemlagen ist immens und birgt vor allem für die MitarbeiterInnen der Wohnungslosenhilfe große Herausforderungen.

Wichtig für diese Forschungsarbeit zu erkennen ist außerdem, dass die klassische Suchthilfe immer wieder an der Art von Klientel scheitert. Die Bewohner haben jahrelange Suchterfahrung und sind dem System meist seit langem bekannt, ohne langfristige Erfolge aufweisen zu können. Daher muss vor allem für diese Zielgruppe nach neuen Möglichkeiten und Lösungen Ausschau gehalten werden.

## **7.1 Handlungsforschung**

Die Handlungsforschung hat insgesamt drei Ziele: Das direkte Ansetzen an konkreten sozialen Problemen, die praxisverändernde Umsetzung der Ergebnisse im Forschungsprozess und den gleichberechtigten Diskurs von Forschenden und Betroffenen (Mayring, 2016, S. 51).

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Tatsache, dass es ein konkretes Problem wohnungsloser Menschen ist, nicht in der Suchthilfe anzukommen. Der gleichberechtigte Diskurs zwischen Forschenden und Betroffenen ist gegeben, da die Betroffenen als Experten gesehen werden, die die Ideen zu konzeptionellen Veränderungen liefern oder bewerten sollen. Die praxisverändernde Umsetzung der Ergebnisse ist insoweit gegeben, dass das Ziel der Forschung die Implementierung eines neuen Konzeptes in das bestehende Konzept ist.

### **7.1.1 Problemzentrierte Interviews**

Der zweite, eigentliche Forschungsteil dieser Arbeit ist dem Design der Handlungsforschung zuzuordnen. Ziel ist es, ein suchtspezifisches Konzept zu entwickeln, das sich gut und praktikabel in das bestehende Konzept von Haus Weissenburg integrieren lässt. Es soll die bereits gegebenen positiven Bedingungen nutzen und zugleich eine Verbesserung der suchtspezifischen Versorgung herstellen. Der Autorin war wichtig, dass im Vorfeld betroffene Bewohner ihre Ideen und Meinungen äußern und somit auf die Inhalte des Konzeptes Einfluss nehmen können bzw. sogar dessen Inhalte bestimmen. Es wurde bewusst die Methode der problemzentrierten Interviews der qualitativen Sozialforschung (Witzel, 1982) gewählt. Die Bewohner sollten sich während der Interviews auf die Suchthilfe innerhalb der Wohnungslosenhilfe beschränken. Daher wäre ein narratives Interview in der ursprünglichen Form über die Zielsetzung hinausgegangen. Das problemzentrierte Interview gestaltet sich offen oder halbstrukturiert und lässt den Befragten möglichst frei sprechen. Es ist Aufgabe der interviewenden Person immer wieder auf das eigentliche Thema zurück zu kommen und einen dauerhaft lebendigen Dialog zu führen. Durch die halbstrukturierte Handhabung mit Hilfe eines Leitfadens können die Interviews teilweise standardisiert werden. Dies erleichtert die Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews (Mayring, 2016, S. 70).

Vor allem sollte der subjektiven Einschätzung der Befragten viel Raum gegeben werden. Die Autorin wollte die eigenen Erfahrungen, die eigenen Ängste und Sorgen und vor allem die eigenen Bedürfnisse und Ansprüche der Bewohner „einfangen“. Dies ist vor allem in einer Situation möglich, in der sich keine typische Interviewatmosphäre einstellt,

## 7. Methode

sondern ein vertrauensvoller Umgang herrscht. Aus organisatorischen Gründen fanden die Interviews telefonisch statt, was den Vorteil hatte, dass die Bewohner sich in ihrem eigenen Zimmer aufhalten konnten, rauchen durften und somit nicht das Gefühl der permanenten Beobachtung entwickeln konnten. Schwieriger ist in dieser Form natürlich die Beurteilung der emotionalen Beteiligung, was hier nicht unerwähnt bleiben darf.

### *7.1.1.1 Erstellung des Leitfadens*

Vor dem problemzentrierten Interview muss der oder die ForscherIn sich bereits ausgiebig mit der Problem- bzw. Fragestellung auseinandergesetzt haben und diese gründlich analysieren. Auf dieser Grundlage wird ein Interviewleitfaden erstellt, der alle Aspekte enthält, die im Gesprächsverlauf thematisiert werden sollen und die wichtig für die weitere Forschung sind.

Für die vorliegende Arbeit hat die Autorin den Interviewleitfaden in drei Themengebiete gegliedert. Der erste Teil bezieht sich auf den „Ist-Zustand“ des Befragten; dabei geht es um die eigene Suchtgeschichte und eigene bereits erlebte (Therapie-) Erfahrung, aber auch um die eigene Einstellung zu Haus Weissenburg und das jetzige Konzept. Dieser Teil diente gleichzeitig auch als Einstieg in das Interview und vereinfachte es den Befragten, ins Thema zu finden.

Das zweite Themengebiet befasst sich konkret mit dem zu entwickelndem Konzept. Die Autorin hatte im Vorfeld durch ausgiebige Recherche, Hospitationen in verschiedenen Einrichtungen und vielen Gesprächen mit Fachleuten bereits einige Ideen, wie ein solches Konzept aussehen könnte. Daher versuchte sie, die Interviews zu nutzen, um die Bereitschaft für diese Ideen abzufragen. Wichtig war in diesem Zusammenhang, herauszufinden, wie ein spezielles Angebot aufgebaut sein müsste, damit der Befragte daran teilnehmen würde. Auch sollten in diesem Teil des Interviews die Regeln und Grundlagen des Konzeptes geklärt werden, also wie zum Beispiel mit Rückfällen umgegangen werden sollte, ob Alkohol auf den Zimmern erlaubt sein sollte usw.

Der letzte Teil des Interviews sollte vor allem für die Integration in das bereits bestehende Konzept genutzt werden. Die Arbeit in Haus Weissenburg ist partizipatorisch ausgerichtet. Es wird großer Wert auf die Freiwilligkeit und Selbstständigkeit der Bewohner gelegt. Es sollte daher herausgefunden werden, welche Aspekte den Bewohnern besonders wichtig sind, worauf sie auf keinen Fall verzichten wollen, aber was sie wiederum auch bereit wären zu geben.

## 7. Methode

Insgesamt wurde versucht, alle Bereiche aus dem Leitfaden zur Sprache zu bringen. Durch vereinzelt, bewusstes Nachfragen wurde die Verfolgung des „roten Fadens“ sichergestellt. Außerdem wurde teilweise mit spontanen Ad-hoc-Fragen gearbeitet, wenn während des Interviews vorher nicht berücksichtigte, aber interessante Bereiche thematisiert wurden. Auch für die Erhaltung des Gesprächsfadens waren die sogenannten Ad-hoc-Fragen von großer Bedeutung.

Wichtig war der Autorin außerdem, dass den Befragten im gesamten Verlauf des Interviews Raum für eigene Fragen oder andere Gedankengänge gegeben wurde, so dass die interviewten Personen das Gefühl des Experten der eigenen Lebenswelt entwickeln konnten (Schmidt-Grunert, 2004). Auch wurde darauf geachtet, dass der Leitfaden und somit die Interviews durchgängig in „leichter Sprache“ erstellt und geführt werden, um eine bessere Verständigung zu erreichen (Netzwerk Leichte Sprache, 2013).

### **Leitfrageninterview ‚Bewohner als Experten‘**

#### **Themengebiet 1: Ist-Zustand**

Eigene Suchtkarriere, Therapieerfahrung, andere 67er oder 53er Einrichtungen

- Abbrüche (warum)?
- Was glauben Sie, wobei Haus Weissenburg Ihnen besonders gut helfen kann?
- Was schätzen Sie an Haus Weissenburg besonders, was weniger?

#### **Themengebiet 2: Suchtspezifisches Konzept**

Stellen Sie sich vor es gäbe ein spezielles Angebot für Menschen mit einer Suchterkrankung

– wie müsste das sein, damit Sie daran teilnehmen würden? (Besondere Anreize?)

- Was wäre das Wichtigste/ Interessanteste?
- Würden Sie eine eigene Etage/ Außenwohngruppe für die Leute mit Sucht vorziehen, oder würden Sie eine Mischung gut finden?
- Könnten Sie sich vorstellen, in Gruppen mit mehreren Männern Dinge zu erarbeiten?
- Würden Sie mit denselben SozialarbeiterInnen an der Sucht arbeiten wie an Ihren anderen Problemen oder sollte das lieber getrennt voneinander sein?
- Wie soll mit Rückfällen umgegangen werden? Wie würden Sie auf Rückfälle anderer reagieren?
- Alkohol erlaubt?

#### **Themengebiet 3: Freiwilligkeit, Selbstständigkeit und Partizipation**

Wie viel Zeit und Mühe wären Sie bereit dafür aufzuwenden?

- Eigener Alltag weiterhin möglich (auch Arbeit)?
- Was würden Sie von verpflichtenden Angeboten halten?
- Wie stehen Sie zu Kontrollen (UKs, Zimmerkontrollen)?

## 7. Methode

### *7.1.1.2 Auswahl und Vorstellung der Teilnehmer*

Ziel war es, insgesamt vier Bewohner für die Teilnahme an den Interviews zu gewinnen. Voraussetzung dafür war vorrangig eine eigene Suchtproblematik, die das momentane Leben beeinflusst. Es war keine Voraussetzung, dass ein akuter Konsum vorliegen muss. Allerdings sollte z.B. bei einer Heroinabhängigkeit weiterhin eine Substitutionsbehandlung stattfinden. Die Gemeinsamkeiten der Zielgruppe, die im vorangegangenen Exkurs der Feldforschung deutlich wurden, sollten sich außerdem in allen Befragten widerspiegeln.

Auch war es der Autorin wichtig, dass kein Bewohner interviewt wurde, der momentan in der hauptsächlichen Betreuung durch sie steht. Gemeinsam mit ihrem Team sammelte sie die Namen aller in Frage kommenden Bewohner auf einer Liste. Diese wurden in zufälliger Reihenfolge von der Einrichtungsleitung angesprochen, welche vorab durch ein Schreiben über die genauen Inhalte und die Abfolge der Studie informiert wurde und somit alle notwendigen Informationen an die Bewohner weitergeben konnte. Interessierten Bewohnern wurde dann ein weiteres Schreiben ausgehändigt, welches Sie über die Vorgehensweise und Ziele aufklärte. Auch die Notwendigkeit der Tonbandaufzeichnung wurde bereits in diesem Schritt erörtert. Die vier Bewohner, die sich als Erste bereit erklärten, wurden ausgewählt. Diese führten daraufhin ein erstes Gespräch mit der Autorin, die erneut die wichtigsten Punkte und das Ziel der Arbeit erläuterte. Den Bewohnern wurde die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen und auch Bedenken zu äußern. Dann wurden für die nahe Zukunft feste Termine vereinbart, an denen die Interviews stattfinden sollten, so dass beide Seiten sich darauf vorbereiten konnten.

Mit folgenden Personen wurden Interviews geführt:

Bewohner A:

Herr A. ist 47 Jahre alt und blickt auf eine fast 30-jährige Suchtkarriere. Seit fast 20 Jahren befindet er sich durchgängig in Substitutionsbehandlung. Herr A. stammt aus dem Norden von NRW, wo er den Großteil seines Lebens verbracht hat. Aufgewachsen ist er als Einzelkind bei seinen Eltern. Er hat eine handwerkliche Ausbildung abgeschlossen, jedoch nie in dem Beruf gearbeitet. Er hat bislang keine Erfahrung in stationärer Langzeittherapie, allerdings mehrere Entgiftungsbehandlungen abgeschlossen. Nach seiner 4jährigen Haftstrafe zog er Ende 2014 nach Düsseldorf und konnte umgehend in Haus Weissenburg aufgenommen werden. Herr A. hat schwer mit depressiven Episoden und Angstzuständen zu kämpfen und ist auf starke

## 7. Methode

Psychopharmaka eingestellt. Er hat große Schwierigkeiten damit, sich in Gruppen aufzuhalten. Zu Beginn seines Aufenthaltes in Haus Weissenburg flüchtete er sich in den Konsum von Alkohol, der jedoch zunächst innerhalb der Sozialabteilung nicht auffiel, erst bei einer Überprüfung der Blutwerte in Verbindung mit seiner medikamentösen Einstellung. Mit Hilfe eines Trinktagebuches schaffte er es selbstständig innerhalb einiger Wochen, seinen Konsum vollständig einzustellen. Er lebte daraufhin ca. ein Jahr komplett abstinent und begann erst Anfang dieses Jahres wieder mit dem unregelmäßigen Konsum von Bier (ca. zwei Flaschen pro Woche). Herr A. ist mit Hepatitis C infiziert.

### Bewohner B:

Herr B. ist 47 Jahre alt und begann im Alter von 17 Jahren mit dem Konsum von illegalen Drogen. Anfangs war dies Cannabis, mit ca. 20 Jahren dann Heroin und Kokain. Er wuchs in Düsseldorf auf und hat einige Jahre Heimerfahrung sammeln müssen. Herr A. hat schon einige Therapieversuche unternommen (die meisten nach §35 BtMG), jedoch keine Therapie abgeschlossen. Er war schon mehrfach wohnungslos, lebt zum wiederholten Male in Haus Weissenburg und hat keinen Schul- oder Berufsabschluss. Er hat in seinem bisherigen Leben nur während Haftaufenthalt gearbeitet, nimmt aber seit einigen Monaten an einer Maßnahme für substituierte Menschen teil. Er lebt seit Juli 2016 in Haus Weissenburg und ist seitdem in Substitutionsbehandlung, jedoch immer wieder rückfällig mit Heroin. Er hat drei Entgiftungsbehandlungen im Krankenhaus begonnen, seitdem er in Haus Weissenburg lebt, wurde jedoch jedes Mal kurz darauf wieder rückfällig.

### Bewohner C:

Herr C. ist 50 Jahre alt und hat schon im Alter von zwölf Jahren mit dem Konsum von Suchtmitteln begonnen. Mit 27 Jahren begann er mit „harten“ Drogen wie Kokain und Heroin. Seine längste Abstinenzphase ging über neun Jahre. Er hat bisher keinerlei Therapieerfahrung, jedoch einige Entgiftungsbehandlungen. Er befindet sich durchgängig seit 2009 in Substitutionsbehandlung und war nach eigener Aussage seitdem nie länger als drei Tage rückfällig. Es bestehen weitere psychiatrisch diagnostizierte Probleme, die er jedoch nie weiter behandeln ließ. Auch seine Mutter litt unter Psychosen, sein Vater war drogenabhängig und starb schon während Herrn C.s Kindheit. Außer einer zweiwöchigen Ersatzfreiheitsstrafe hat er bisher keine

## 7. Methode

Hafterfahrung. Er bezeichnet als seine eigentliche Droge Amphetamine und Cannabis. Momentan ist er außerdem in einer Hep C Behandlung.

Bewohner D:

Herr D. ist heute 51 Jahre alt und hat nach der Schule eine Ausbildung zum Industriemechaniker absolviert. Bereits während der Ausbildung konsumierte er regelmäßig Cannabis. Gegen Ende der Ausbildung kam es zum ersten Kontakt mit Heroin. Nach seiner Ausbildung konnte er noch ca. fünf Jahre in seinem Beruf weiterarbeiten, wurde dann jedoch erstmals arbeitslos, und sein Konsum steigerte sich. Aufgrund von Beschaffungskriminalität musste er mehrere Haftstrafen verbüßen, Anfang der 90er Jahre absolvierte er seine erste Langzeittherapie (§35 BtMG). Er schaffte es nach der Therapie zunächst, clean zu bleiben und sein Leben zu strukturieren, wurde dann aber nach ca. zwei Jahren wieder rückfällig, und der Kreislauf wiederholte sich. Dieses Schema zieht sich durch sein gesamtes Leben, Therapien schließt er immer erfolgreich ab und schafft es einige Jahre, clean zu leben, wird dann jedoch wieder rückfällig. Aufgenommen in Haus Weissenburg wurde er im Mai 2014 aufgrund eigener Bewerbung und Initiative. Er hatte nach einer längeren Cleanphase Sorge, wieder „abzustürzen“, es wurde ihm jedoch keine weitere Therapie von der Rentenversicherung bewilligt. Durch eine Ausnahmeregelung konnte er trotz eigener Wohnung einziehen und seine Wohnung kündigen. Er befindet sich in Substitutionsbehandlung; momentan hat er große Probleme mit dem Beikonsum von Cannabis und Alkohol.

### **7.1.2 Die Datenaufbereitung**

Die Deskription ist in der qualitativen Sozialforschung von immenser Bedeutung. Dies trifft nicht nur auf das bereits beschriebene (Kapitel 6.2) zweite Postulat oder die Auswertung der gesammelten Daten zu, sondern sollte in einem weiteren Zwischenschritt Anwendung finden – der Aufbereitung der gesammelten Daten (Mayring, 2016, S. 85). Laut Mayring nützt die beste Erhebung mit den besten Ergebnissen nichts, wenn während der Aufbereitung unsauber gearbeitet wurde. Schon die Wahl des Darstellungsmittels hat eine immense Bedeutung und zeigt unterschiedlichste Möglichkeiten auf (Text, grafische Darstellung, audiovisuelle Darstellung). Die Autorin hat sich in ihrer Arbeit für die gängigste Variante, den geschriebenen Text, entschieden. Dies ist das Hauptdarstellungsmittel der Wissenschaft. Insbesondere komplizierte Sinnzusammenhänge sind im geschriebenen Text und im direkten Zitat am besten darzustellen. Die Autorin hat sich für die Methode



der wörtlichen Transkription bzw. der kommentierten Transkription entschieden. Der Grundgedanke der wörtlichen Transkription ist, „*dass eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt wird, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet*“ (Mayring 2016, S. 89). Da für die vorliegende Arbeit der sprachliche Dialekt nicht auswertungsrelevant ist, wurde das Protokoll in ein normales und leichter lesbares Schriftdeutsch übertragen. Dies ist möglich, wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht. Um weitere wichtige Informationen, die über die gesprochenen Worte hinausgehen, einzubeziehen, hat die Autorin die Kommentationsmethode von Lamnek (2016) gewählt (siehe Anhang, S. iv).

### **7.1.3 Die Datenanalyse**

Die Auswertung der gesammelten Daten erfolgt auf der Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Der Vorteil dieser Methode ist, dass sie die Vorzüge der quantitativen Inhaltsanalyse beibehält und somit durch Systematisierung der Analyse die gesammelten Daten überprüfbar macht. Systematisierung bezieht sich bei diesem Vorgehen vor allem auf die vorher eigens festgelegten Regeln. Es ist kein Standardinstrument, das immer den gleichen Regeln folgen kann, sondern es muss immer an den Forschungszweck und das Material angepasst werden.

Der Vorteil gegenüber anderen Textanalyseansätzen ist, dass das Material immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden wird. Die Forschenden müssen angeben, worauf sich im Kommunikationsprozess ihre Schlussfolgerungen beziehen.

Der Kern der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Bildung eines Kategoriensystems. Das Bilden von Kategorien ermöglicht eine Vergleichbarkeit und somit eine Reliabilität der Analyse (Mayring, 2015, S. 52). Allerdings geht in der qualitativen Inhaltsanalyse immer Validität vor Reliabilität, was besagt, dass inhaltliche Argumente immer Vorrang vor Verfahrensargumenten haben und immer die Theoriegeleitetheit gegeben sein muss (S. 53).

Insgesamt beschreibt Mayring die qualitative Inhaltsanalyse sehr präzise in einem allgemeinen Ablaufmodell, das nach Bedarf für die eigene Forschung modifiziert werden muss. Das für diese Arbeit modifizierte Ablaufmodell wird im Folgenden vorgestellt.

#### 1. Festlegung des Materials

Zunächst muss entschieden werden, welche Teile des gesammelten Materials zur Auswertung genutzt werden sollen. Im vorliegenden Fall werden alle Interviews

## 7. Methode

vollständig für die Auswertung genutzt. Eine Begrenzung auf z.B. die Antworten zu einzelnen Fragen würde die Vorteile des offenen, halbstrukturierten Interviews zunichte machen. Lediglich eine zufällige Anzahl aus den vorliegenden Interviews für die Auswertung zu nutzen, würde bei dieser geringen Anzahl Interviews ebenfalls nicht zielführend sein.

### 2. Analyse der Entstehungssituation

Dabei steht die Situation der Materialsammlung im Vordergrund. Dies wurde bereits im vorangegangenen Teil dieses Kapitels erörtert.

### 3. Formale Charakteristika des Materials

Dieser Punkt wurde ebenfalls im Vorfeld erläutert und beschreibt die Methode und Ausführung der Materialsammlung.

### 4. Richtung der Analyse

In diesem Schritt sollte vergegenwärtigt werden, welche Interpretationsrichtung für die eigene Forschung von Bedeutung ist. Für die vorliegende Arbeit sind die emotionale, sowie die kognitive Bewertung der Interviewten sehr wichtig, da diese ausschlaggebend für die Inhalte des zu entwickelnden Konzeptes sind.

### 5. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Die Analyse folgt einer präzisen, theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung. Es wird an den bestehenden Erfahrungsstand angeknüpft, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen. Wie in 7.1.1.1 beschrieben, hat die Autorin bereits im Vorfeld durch ausgiebige Recherche, Hospitationen in verschiedenen Einrichtungen und zahlreiche Gesprächen mit Fachleuten einige Ideen dazu entwickelt, wie ein geeignetes Konzept aussehen könnte. Da diese Ideen bereits auf Theorien basieren, ist es an dieser Stelle sinnvoll, zum Teil die Oberbegriffe des Leitfadens für die Analyse zu nutzen. Ebenso ergeben sich aus den Antworten der Teilnehmer diese Kategorien. Da der zweite und dritte Themenblock die Inhalte des Konzeptes widerspiegeln sollen, ergeben sich hieraus die zwei Hauptfragestellungen. Aus den zwei Hauptfragestellungen bilden sich wiederum die Unterkategorien, die präziser den Inhalt und die Methodik des Konzeptes erläutern sollen.

- Stellen Sie sich vor, es gäbe ein spezielles Angebot für Menschen mit einer Sucht – wie müsste das sein, damit Sie daran teilnehmen würden?

## 7. Methode

- Suchtetage
- Gruppenarbeit
- Betreuungssituation
- Umgang mit Rückfall
- Umgang mit Alkohol
- Wie viel Zeit und Mühe wären Sie bereit, wöchentlich dafür aufzuwenden?
  - Eigener Alltag
  - Verpflichtende Angebote
  - Urinkontrollen

Allerdings ist bei diesem Vorgehen wichtig, dass Aussagen, die keiner Kategorie, also keiner Frage zugeordnet werden können, nicht verloren gehen. Daher müssen diese in ständiger Reflexion und Überprüfung herausgearbeitet werden und eventuell neue Kategorien gebildet werden. Hierzu hat die Forscherin bisher nicht verwendete Ausschnitte der Interviews in Hinblick auf neue Kategorien kontrolliert, aber auch bereits verwendete Ausschnitte immer wieder auf weitere, bisher nicht erkannte Aussagen überprüft.

Hierbei sind folgende weitere Kategorien entstanden:

- Personal
- Ex - User
- Aufnahmeprozedere
- Ressourcen
- ZOS (Zieloffene Suchtarbeit)

## 6. Bestimmung der Analysetechnik, Festlegung des konkreten Ablaufmodells und Festlegung und Definition der Kategorien

Es gibt drei Grundformen der Analysetechnik; diese sind Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Für die folgende Arbeit ist die Grundform der Strukturierung gewählt worden. Ziel ist es dabei, bestimmte Aspekte des Materials herauszufiltern und diese aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen. Dabei werden Schritt für Schritt alle

## 7. Methode

Transkripte durchgegangen und die einzelnen Paraphrasen ihrer Kategorie zugeordnet. Alle Textstellen, die danach keine Zuordnung haben, werden erneut gesichtet, und es wird die Bildung neuer Kategorien überprüft. Dieser Vorgang wird wiederholt, bis keine weitere Kategorie gefunden werden kann.

Innerhalb der Analysetechnik wird für die folgende Arbeit das Ablaufmodell der inhaltlichen Strukturierung angewendet.

### 7. Definition der Analyseeinheit

*Kodiereinheit:* Ganze Sätze oder Satzteile, ggf. auch Abschnitte, die zusammengefasst werden.

*Kontexteinheit:* Jedes Interview für sich.

*Auswertungseinheit:* Alle vier Interviews.

### 8. Anwendung konkretes Ablaufmodell (inhaltliche Strukturierung)

Ziel der inhaltlichen Strukturierung ist es, bestimmte Themen und Inhalte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Was anhand von Paraphrasen extrahiert werden soll, wird anhand der Kategorien aus ‚5. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung‘ bestimmt.

Wie schon erwähnt, ist das Ziel dieser Arbeit die Implementierung eines neuen suchtspezifischen Angebots in das bereits bestehende und funktionierende Konzept von Haus Weissenburg. Mit den Erkenntnissen aus der Forschung und den suchtspezifischen Grundgedanken in Verbindung mit der Wohnungslosenhilfe die bisher erarbeitet wurden, wird im folgenden Kapitel dieses Ziel erarbeitet.

Zunächst wird das aktuelle und gelebte Konzept von Haus Weissenburg vorgestellt. Im weiteren Verlauf des Kapitels wird anhand der gesammelten Interviewdaten, somit auf der Grundlage der Bedürfnisse und Vorstellungen der Bewohner, ein ergänzendes suchtspezifisches Konzept vorgestellt.

## **8. Konzeptimplementierung als Ergebnis**

### **8.1 Haus Weissenburg**

Haus Weissenburg ist in der Trägerschaft der SKM gemeinnützige Betriebsträger- und Dienstleistungs- GmbH. Die SKM gGmbH ist ein katholisches Dienstleistungsunternehmen, das in Düsseldorf und Velbert Einrichtungen und Dienste der Hilfen für Menschen mit Behinderung, der Wohnungslosenhilfe, der Jugendhilfe und der Beschäftigungshilfe betreibt.

Gesetzliche Grundlage der Stationären Hilfen von Haus Weissenburg sind die §§ 67 ff SGB XII, in denen die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten beschrieben sind. Die Finanzierung erfolgt gemäß der Leistungsvereinbarung mit dem Landschaftsverband Rheinland als überörtlichem Träger der Sozialhilfe.

#### **8.1.1 Rahmenbedingungen und Ausstattung**

Die Einrichtung hat eine Gesamtbelegungszahl von 54 Plätzen. Das Haupthaus im Stadtteil Derendorf im Düsseldorfer Norden bietet 29 Leistungsempfängern Platz. Hier befinden sich sechs Wohngruppen und die Verwaltung. Die stationären Außenwohngruppen befinden sich weiter südlich in Düsseldorf. Zwei Häuser mit je sechs Plätzen befinden sich in den Stadtteilen Holthausen und Reisholz, ein Haus, in dem in drei Wohneinheiten neun Plätze vorgehalten werden, in Wersten. Alle Plätze sind Einzelzimmer.

Alle Bewohnerzimmer erhalten Tageslicht, verfügen über Belüftungsmöglichkeiten, einen TV-Anschluss und sind mit einer Grundmöblierung ausgestattet. Die Bewohner haben die Möglichkeit, ihr Zimmer durch das Hinzustellen von Kleinmöbeln und Dekorationselementen individuell zu gestalten. Jeder Bewohner hat auch die Möglichkeit der Lebensmittel-Bevorratung in seinem eigenen Wohnraum, da ein Kühlschrank zur Zimmergrundausrüstung gehört. Die Sanitärräume sind Gemeinschaftsbäder und -toiletten mit Waschmaschine und Wäschetrockner für die jeweilige Wohngruppe. Ebenso gibt es in jeder Wohngruppe auf Grund des Selbstversorgungscharakters der Einrichtung eine gemeinsame Küche sowie einen Ess- und Gemeinschaftsbereich. Der W-Lan - Ausbau für alle Bewohnerzimmer, einschließlich der Außenwohngruppen, wird momentan realisiert.

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

Im Haupthaus ist außerdem eine Cafeteria mit angrenzendem Freizeitraum untergebracht, die von den Bewohnern unter Anleitung selbst bewirtschaftet wird. Die Cafeteria ist mit einem TV-Gerät, DVD-Player, Gesellschaftsspielen und einer Bücherecke ausgestattet. Der Freizeitraum enthält einen Computer mit Drucker, einen Billardtisch, einen Kicker, ein Dartspiel und eine Spendenecke, im Sinne von „von Bewohnern für Bewohner“. Kostenloses W-Lan ist im gesamten Bereich vorhanden. Des Weiteren ist auch die Nutzung einer kleinen Sporthalle sowie eines Musikraums in trägereigenen Räumlichkeiten möglich. Die hier benannten Gruppen- und Gemeinschaftsräume stehen sowohl den Bewohnern des Haupthauses als auch den Bewohnern der stationären Außenwohngruppen zur Verfügung.

Auf jeder Wohneinheit existiert ein Büro, in dem die Beratungs- und Unterstützungsleistungen in dem für den Bewohner vertrauten Bereich stattfinden. Das Büro der Verwaltungsmitarbeiter zur Abwicklung des Kassen- und Buchführungswesens sowie sonstiger administrativer Erfordernisse liegt im Eingangsbereich des Haupthauses von Haus Weissenburg und ist somit für alle Bewohner gut erreichbar

Alle Wohneinheiten bieten intensive Betreuung im Einzelfall und ein soziales Lernfeld innerhalb der Wohngruppe. So hat jeder Hilfeempfänger die Möglichkeit neue und wieder erworbene Fähigkeiten in Gruppensituationen, Arbeitssituationen etc. zu erproben und zu erleben. Die Ausgestaltung der Lebensverhältnisse in den Wohngruppen der stationären Hilfe von Haus Weissenburg orientiert sich sowohl vom räumlichen Standard als auch vom inhaltlichen Hilfeangebot her an einer größtmöglichen Nähe zur gesellschaftlichen Normalität.

Die Hilfemaßnahmen sind im Regelfall auf 18 Monate ausgelegt. Entscheidend für die Dauer einer Maßnahme ist aber der Prozess in jedem Einzelfall. So können Hilfemaßnahmen bei einem positiven Verlauf oft auch schon früher beendet oder in weniger intensive ambulante Hilfemaßnahmen weitergeleitet werden. Bei höherem Hilfebedarf werden Maßnahmen auf Grundlage der Fortschreibung der Hilfepläne verlängert.

Die Umsetzung des Hilfeangebotes wird in Kleinteams der Mitarbeitenden geleistet. Diese Kleinteams sind für konkrete Wohngruppen zuständig und stehen in regelmäßigem Austausch miteinander, so dass jeder über bedeutsame Entwicklungen - bezogen auf einzelne Hilfeprozesse - aktuell informiert ist. In den einzelnen Kleinteams finden regelmäßige wöchentliche Dienst- und Fallbesprechungen unter Beteiligung der

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

Einrichtungsleitung statt. Innerhalb dieser Dienst- und Fallbesprechungen werden in erster Linie Einzelprozesse im Rahmen kollegialer Beratung besprochen. Bei Bedarf können auch Fallsupervisionen durchgeführt werden.

Innerhalb der Wohngruppen hat jeder Bewohner konkrete Ansprechpartner des Sozialdienstes aus dem jeweiligen Kleinteam, welche die Prozessverantwortung trägt. So ist ein kontinuierlicher Hilfeprozess für jeden Bewohner gewährleistet. Die Einzelfallhilfe steht im Vordergrund. Durch diesen verlässlichen Bezugsrahmen kann die Unterstützung der Hilfesuchenden auch in solchen Bereichen für den Gesamthilfeprozess positiv genutzt werden, die eine entsprechende Vertrauensbasis voraussetzen.

Dadurch, dass die Sozialabteilung bewusst keine ausschließlichen Kontrollfunktionen ausübt, wird die Förderung sozialer Verantwortungsübernahme, welche sowohl in der Einzelfallhilfe als auch in den Wohngruppenversammlungen sowie im Heimrat implementiert ist, in der Praxis konsequent umgesetzt.

Die Anwesenheitszeiten der einzelnen Kleinteam der Sozialabteilung orientieren sich in der Regel an den üblichen Hauptgeschäftszeiten, da mit den Bewohnern viele Sachverhalte auch im administrativen Bereich zu regeln sind, welche diverse Behördenkontakte nach sich ziehen. Darüber hinaus sind die Zusammenarbeit mit vielen Kooperationsstellen und die Wahrnehmung damit verbundener Termine auf Grund der komplexen Problemlagen notwendig.

Beratungsangebote in den Abendstunden richten sich an den jeweiligen Erfordernissen der Wohngruppen aus und berücksichtigen die Arbeits- und Beschäftigungszeiten von Bewohnern, die einer Tätigkeit nachgehen, sich in Ausbildung befinden usw.

Die tägliche Überprüfung der Anwesenheit der Bewohner wird mit Hilfe von Unterschriftenlisten standardisiert dokumentiert.

Da die stationären Hilfen von Haus Weissenburg im Rahmen der Ressourcenorientierung und der Partizipation den Bewohnern ein an normalen gesellschaftlichen Verhältnissen orientiertes soziales Lernfeld mit entsprechender Begleitung und Unterstützung anbieten, wird die Eigenverantwortung der Bewohner dadurch gefördert, dass regelmäßige Nacht- und Wochenenddienste nicht vorgehalten werden. Diese Gestaltungsfreiräume für die Bewohner in Verbindung mit den in Haus

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

Weissenburg fest implementierten Partizipationsstrukturen tragen nach langer praktischer Erfahrung mit diesem Ansatz eindeutig zur Steigerung der sozialen Verantwortungsübernahme im Hilfekontext bei. Hierdurch bekommen die Bewohner die Möglichkeit, für sich und ihr direktes Lebensumfeld konkrete Verantwortung zu übernehmen und ihre Selbsthilfekräfte mit entsprechender Unterstützung weiterzuentwickeln.

### 8.1.2 Personelle Ausstattung

Im Jahr 2016 arbeiteten acht SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen (mit insgesamt 6,5 Stellen), zwei Verwaltungskräfte (mit 1 Stelle) und zwei Reinigungsfachkräfte (mit 1 Stelle) im stationären Bereich von Haus Weissenburg.

Wöchentlich finden sowohl Kleinteam Sitzungen als auch Sitzungen im Großteam statt. Pro Jahr sind außerdem insgesamt fünf Supervisionstermine geplant und ein Team-/Klausurtag. Des Weiteren haben alle MitarbeiterInnen die Möglichkeit, sich fortzubilden.

### 8.1.3 Zielgruppe

Das Hilfeangebot ist inhaltlich und strukturell ausgelegt für wohnungslose Männer, deren besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Aufgenommen werden Personen von Beginn des 21. bis zum 65. Lebensjahr. Personen über dem 65. Lebensjahr können die Hilfen in Anspruch nehmen, wenn der örtliche Kostenträger hierzu die ausdrückliche Zustimmung erteilt. Das Hilfeangebot richtet sich an deutsche Staatsbürger mit entsprechendem Hilfebedarf. Ausländische Bürger bedürfen im Rahmen einer Ermessensentscheidung der ausdrücklichen Zustimmung des Kostenträgers für eine Hilfemaßnahme.

Das Leistungsentgelt setzt sich zusammen aus der Grundpauschale, der Investitionspauschale und der Maßnahmepauschale für die Leistungstypen 29 und 30.

Leistungstyp 29:	Integrationshilfen für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten
Leistungstyp 30:	Hilfen für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, mit psychischen Beeinträchtigungen und Suchtproblematik



## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

Für Haus Weissenburg sind die Leistungstypen 29 und 30 mit dem Landschaftsverband vereinbart worden, da es hierdurch möglich wird, Personen mit verschiedenen Problemlagen in einer Einrichtung zu beraten. So kann auch in Prozessen, in denen sich herausstellt, dass ein anderer Leistungstyp als zunächst angenommen geeigneter ist, auf einen Wechsel der Einrichtung verzichtet und der bereits begonnene Hilfeprozess weitergeführt werden. Die Begegnung von Menschen mit unterschiedlichen Hilfebedarfen innerhalb einer Einrichtung bzw. Wohngruppe, die im Rahmen verschiedener Leistungstypen betreut werden, eröffnet innerhalb der ressourcenorientierten Hilfe von Haus Weissenburg zudem die Chance, die persönlichen sozialen Kompetenzen weiterzuentwickeln.

Für den Zeitraum der letzten Jahre ist festzustellen, dass etwa 2/3 der Hilfeempfänger auf Grund von zusätzlichen psychischen Schwierigkeiten und /oder Suchtproblemen dem Leistungstyp 30 zuzuordnen sind und 1/3 dem Leistungstyp 29.

Liegt eine Heroin-Abhängigkeit vor, so ist Voraussetzung für die Aufnahme in Haus Weissenburg, dass sich der betreffende Mensch in einer Substitutionsbehandlung befindet.

Zur Umsetzung der komplexen Hilfen für die Personengruppe des LT 30 auf Grundlage des ressourcenorientierten Hilfeansatzes hält Haus Weissenburg eine hohe Fachkraftquote im Bereich der Sozialarbeit vor.

Festgehalten werden muss allerdings, dass ein zusätzlicher Hilfebedarf bei Bewohnern nicht im Mittelpunkt der Hilfemaßnahme nach §§ 67 ff SGB XII, steht. Auf Grundlage der mit dem Landschaftsverband Rheinland vereinbarten Clearing- und Motivationshilfen für Menschen mit einer zusätzlichen psychischen Beeinträchtigung und/oder Suchtproblematik ist die Hilfe im Rahmen des §§ 67 ff SGB XII in diesem Bereich darauf ausgerichtet, begleitende oder weiterführende Angebote zu planen und umzusetzen.

### **8.1.4 Aufnahmeverfahren**

Zu einem wöchentlichen festen Termin werden die Örtlichkeiten der Einrichtung und auch die Möglichkeiten und Bedingungen der Hilfe potentiellen Bewerbern in einem allgemeinen Informationsgespräch vorgestellt. Sollte der Bewerber nach diesen Informationen weiterhin Interesse an Haus Weissenburg haben, so schließt sich ein persönliches Informationsgespräch an, in dem der Bewerber seine Lebenssituation darstellt und notwendige Fragen gestellt werden, deren Antworten für eine

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

Aufnahmeentscheidung notwendig sind. Dabei wird mit dem Hilfesuchenden u.a. auch über seine Motivation zur Annahme des Hilfeangebotes gesprochen, sowie eine Einschätzung darüber entwickelt, ob das Hilfeangebot in der Einrichtung den individuellen Möglichkeiten angemessen ist und Perspektiven für eine grundlegende Verbesserung der persönlichen Situation bietet.

Es besteht auch die Möglichkeit, in Einzelfällen, bspw. für Bewerber aus Haftanstalten oder aus psychiatrischen Kliniken, einen separaten Termin für das Informationsgespräch zu vereinbaren.

Der nächste Schritt ist die Aufnahme auf die Warteliste. In der Zeit bis zur Aufnahme besteht die Möglichkeit, wichtige Angelegenheiten bereits im Vorfeld zu besprechen sowie die Cafeteria und den Freizeitraum von Haus Weissenburg zu nutzen, um sich mit der Einrichtung vertraut machen zu können.

### **8.1.5 Grundhaltung**

Im Jahr 1989 beschritt Haus Weissenburg durch eine Neukonzipierung neue Wege in der Wohnungslosenhilfe, indem die Bewohner in den Mittelpunkt der Hilfen gestellt wurden, Partizipations- und Mitbestimmungsmöglichkeiten eingeführt wurden, die Selbstverantwortung durch den Abbau starrer Regeln erhöht wurde und die Lebensbedingungen durch die Einführung von Einzelzimmern erheblich verbessert wurden.

Zudem wurden Kontrollmechanismen zugunsten der Einführung von Beteiligungsmöglichkeiten sukzessive abgebaut. So arbeitet Haus Weissenburg seit 1990 konsequent an der Umsetzung und steten Weiterentwicklung einer ressourcenorientierten und demokratisch ausgerichteten Hilfe für wohnungslose Menschen.

Das gesamte Konzept ist auf die Vorbereitung eines selbstständigen Lebens in eigenem Wohnraum ausgerichtet. Zentraler Grundsatz hierbei ist das Leben in Einzelzimmern in Verbindung mit dem Selbstversorgungsgrundsatz und der Übernahme von Verantwortung für den Wohngruppenbereich.

Die Unterbringung orientiert sich im Rahmen der ressourcenorientierten Hilfe von Haus Weissenburg an den individuellen Fähigkeiten und Wünschen der Hilfesuchenden und

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

nicht an den Leistungstypen, um eine sich kontraproduktiv auswirkende Potenzierung der Problem- und Konfliktlagen zu vermeiden und die positiven Potentiale der Bewohner in den Vordergrund zu rücken.

Die Verantwortungsübernahme im Rahmen des ressourcenorientierten Konzeptes in Verbindung mit einer intensiven Unterstützung, Begleitung und Anleitung in der Einzelfallhilfe sowie flexiblen Gruppenangeboten eröffnet neue Perspektiven und Handlungsspielräume für Personen, die auf Grund ihrer Suchtprobleme und/oder psychischen Beeinträchtigungen Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer eigenverantwortlichen Lebensplanung haben. Der individuelle Zuschnitt der Hilfen an Stelle der Anwendung eines starren Regelsystems verhindert Hilfeabbrüche durch flexible Reaktionsmöglichkeiten auf non-konforme Verhaltensweisen. Die Einbeziehung der Interessen und Fähigkeiten der Bewohner ist auf die Vermeidung einer weiteren Problemfixierung und die Initiierung von Wandlungsprozessen ausgerichtet.

Die Ausgestaltung des Hilfeangebotes im Einzelfall richtet sich nach dem individuellen Hilfeplan. Der Bewohner wird als mündiger Bürger verstanden, und so steht er mit seiner Persönlichkeit im Mittelpunkt des Hilfeprozesses. Die Hilfe ist darauf ausgerichtet, die Bewohner intensiv an der Gestaltung des Hilfeprozesses zu beteiligen und ihre Selbsthilfekräfte zu aktivieren.

Handlungsziel der sozialberuflichen Praxis in Haus Weissenburg ist es, den Hilfeempfängern das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich auch die Erfahrung eigener Stärken aneignen und Muster einer solidarischen Vernetzung erproben können.

So dienen neben den Angeboten der ressourcenorientierten Einzelfallhilfe, die in Haus Weissenburg vorhandenen Gruppenaktivitäten in Form von Freizeitangeboten und demokratischen Gremien sowie die Angebote im Bereich Tagesstrukturierung und Beschäftigung dem Ziel, die sozialen Ressourcen der Bewohner zu fördern und ein positives Selbstwertgefühl in den vorhandenen Lebensbezügen zu entwickeln.

Die Hilfe soll den Hilfeempfängern bereits während des Hilfeprozesses soweit wie eben möglich eine Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ermöglichen.

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

Die angebotenen Hilfen zielen konkret auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung durch die Freisetzung von Ressourcen als Voraussetzung für die Teilnahme am Leben innerhalb der Gesellschaft. Im besten Fall ist die Wirkung dieser Form der Hilfe, dass eine gesellschaftliche Ausgliederung zukünftig zumindest im konkreten Einzelfall vermieden wird.

Im Hinblick auf die Umsetzung dieses Perspektivenwechsels - bezogen auf die Selbstbestimmung der Bewohner und deren Kooperation mit der Sozialabteilung in Haus Weissenburg - existieren innerhalb des Hilfeangebotes seit nun mehr fast drei Jahrzehnten folgende fest implementierte demokratische Mitbeteiligungsgremien für die Bewohnerschaft:

### Wohngruppenversammlungen

Sie finden alle zwei Wochen statt. Teilnehmer sind die Bewohner der Wohneinheit und die zuständigen Mitarbeiter der Sozialabteilung. Inhalte sind unter anderem die Organisation des Etagenlebens (Putzplan, Reparaturen ...), Wahl eines Etagensprechers für den Heimrat, Berichte aus dem Heimrat vom Etagensprecher, Planung von Freizeitaktivitäten, Schaffung einer positiven Etagenatmosphäre, die Auseinandersetzung mit Konflikten.

An der Wohngruppenversammlung nehmen alle Bewohner und die beiden zuständigen MitarbeiterInnen teil. Halbjährlich werden jeweils ein Etagensprecher und sein Stellvertreter gewählt. Alle Etagensprecher bilden zusammen den Heimrat.

### Heimrat

Der Heimrat findet vierzehntägig statt, und daran nehmen die Etagensprecher, die Leitung von Haus Weissenburg sowie ein Mitarbeiter aus der Sozialabteilung teil.

Inhalte sind unter anderem folgende: Informationen über aktuelle Entwicklungen in der Wohnungslosenhilfe, Sozialhilferecht usw., Planung von übergreifenden Freizeitveranstaltungen, Krisenintervention bei Konflikten, Verwaltung der hauseigenen Cafétériagelder, Diskussionsforum für Konzeptveränderungen, Planung von Projekten, Planung von Aktionen der politischen Teilhabe an der Gesellschaft.

In der Heimratsatzung sind die Aufgaben des Heimrates wie folgt benannt:

*„Alle Heimräte machen es sich zur Aufgabe, die Arbeit des Heimrates transparent zu gestalten und die Meinungsvielfalt ihrer Mitbewohner im Heimrat darzustellen. Heimrat*

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

*und Sozialabteilung arbeiten in diesem Sinne vertrauensvoll zusammen. Ziel ist es, die Hilfe zu optimieren, die Wohnbedingungen zu verbessern, das soziale Miteinander innerhalb der Einrichtung zu fördern und den Bewohnern ein Sprachrohr innerhalb und außerhalb der Einrichtung zu geben. Der Heimrat wird von der Einrichtungsleitung zeitnah über geplante Entwicklungen informiert und weitestgehend in den Entscheidungsprozess einbezogen.“*

### Hausversammlung

Die anlassbezogenen Hausversammlungen dienen dazu, Themenabende durchzuführen, bzw. konflikthafte und dringende Themen mit allen Bewohnern besprechen zu können.

## **8.2 Implementierung eines suchtspezifischen Konzeptes**

Auf die Frage, wie im allgemeinen ein Angebot für Menschen mit einer Suchterkrankung aussehen müsse, damit es für den Befragten von Interesse sein könnte, wurde schnell deutlich, dass die Bewohner nicht möchten, dass sich die Grundhaltung von Haus Weissenburg verändert. Die Gestaltung der Etagen, das damit verbundene Regelwerk und die Unterstützungsmöglichkeiten sollen weiterhin bestehen bleiben. Ebenfalls die „eher lange Leine“ (Interview 4, Zeile 83-90), wird als sehr positiv wahrgenommen und als nachhaltige Hilfe eingeschätzt. Gleichzeitig soll bezüglich der Unterstützung im Bereich Sucht mehr angeboten werden, um allen Bewohnern und somit auch Suchtkranken die Chance auf ein lebenswertes Leben zu ermöglichen.

### **8.2.1 Rahmenbedingungen**

Die Mehrheit der Befragten konnte sagen, dass eine eigene Etage für Menschen, die an ihrer Abhängigkeitserkrankung aktiv etwas verändern möchten, eine mögliche Hilfe wäre. Es wurde angemerkt, dass es von Vorteil wäre, wenn die einzelnen Bewohner bereits unterschiedliche Entwicklungsschritte gemacht hätten, um ein Lernen von anderen zu ermöglichen bzw. als Vorbild zu fungieren. Auch der Aspekt der sozialen Kontrolle innerhalb der Gruppe wurde in diesem Zusammenhang erwähnt. Jemand, der bereits große Fortschritte im Erreichen seiner Ziele vorweisen kann, wird Rückschläge anderer Mitbewohner eher kritisch hinterfragen und den Betroffenen darauf hinweisen.

Außerdem wurde angemerkt, dass vermieden werden muss, dass die Suchtetage negative Zuschreibungen innerhalb von Haus Weissenburg erhält. Die Idee, dass es dort andere Annehmlichkeiten, wie z.B. eine bessere Ausstattung gibt, wurde begeistert aufgenommen. Dies würde als Anreiz gesetzt werden, auch um dem restlichen Haus zu signalisieren, dass es ein erstrebenswertes Ziel ist, auf dieser Etage zu leben, die somit keinen negativen Charakter im Sinne einer „Junkie/ Alki Etage“ entwickeln würde.

Auch die Frage, ob es sich um eine Etage innerhalb des Haupthauses von Haus Weissenburg oder eine Außenwohngruppe handeln sollte, wurde beantwortet. Einer der Befragten lebt in einer Außenwohngruppe und konnte daher kritisch anmerken, dass die Bewohner in den meisten Fällen auf sich allein gestellt sind und es Einzelnen durch die räumliche Distanz und der weniger intensiven Präsenz der SozialarbeiterInnen schwerer fällt, sich konsequent an Regeln zu halten. Er würde aus diesen Gründen zu einer Etage im Haupthaus von Haus Weissenburg tendieren. Da dies sowohl den Kontakt zur

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

Sozialabteilung als auch zu anderen nicht abhängigkeiterkrankten Bewohnern anderer Etagen fördern würde, ist dies im Sinne der Autorin.

### 8.2.2 Gruppenprogramme

Bisher gibt es in Haus Weissenburg Gruppensitzungen in Bezug auf die Wohngruppen und das allgemeine Haus. Diese sind inhaltlich eher sachbetont gehalten und zielen weniger auf private und persönliche Themen der Bewohner. Daher stellte sich die Frage, ob die Bewohner sich einer eher persönlichkeitsbezogenen Gruppenarbeit stellen würden, ob eine solche Arbeit innerhalb einer Gruppe, in der auch zusammen gelebt wird, überhaupt möglich ist. Allerdings sahen alle Befragten diese Zweifel als unbegründet an und können sich eine Gruppenarbeit auch zu persönlichen Angelegenheiten innerhalb der Suchtetage gut vorstellen. Es wurde eher gegenteilig argumentiert, dass eine feste Gruppe mit Menschen, die einem bekannt sind, erforderlich ist, um an Gruppenprogrammen dieser Form teilnehmen zu können. Auch der Austausch, der in einer Gruppe stattfindet und in Einzelgesprächen nicht gewährleistet werden kann, wurde als positiv und sogar notwendig für die Arbeit an der Sucht benannt. Somit könnten Gruppentreffen nach Konzepten wie kontrolliertes Trinken (bzw. KISS o.ä.), Rückfallprophylaxe usw. angeboten werden. Je nach Zusammensetzung und Fluktuation der Teilnehmer könnten hier feste Module (z.B. Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit von Klos und Görger, 2009) zum Einsatz kommen. Bei erhöhter Fluktuation müsste gewährleistet werden, dass jederzeit ein Einstieg in die Gruppenprogramme möglich ist.

### 8.2.3 Betreuung

Da es in Haus Weissenburg üblich ist, dass ein/e SozialarbeiterIn die Prozessverantwortung übernimmt, stellt sich die Frage, ob dies auch auf der Suchtetage beibehalten werden sollte. Entgegen der Erwartungen der Autorin lehnten alle Befragten diese Form ab und bevorzugten neben der Prozessverantwortung für die weiteren Hilfebereiche, die sich aus §67ff SGB XII ergeben, eine spezielle Ansprechperson für das Thema Sucht. Es wurde angeführt, dass die Gefahr bestünde, der zuständigen Prozessverantwortung nicht die volle Wahrheit bezüglich der Sucht zu erzählen, da unterschwellig immer die Angst vorhanden wäre, den Verlust des Wohnplatzes zu riskieren. Aber auch die Problematik der fehlenden Qualifikation der aktuellen MitarbeiterInnen im Bereich der Sucht wurde von einem Bewohner erwähnt. Dass es

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

eine Schweigepflichtsentbindung für die Kommunikation zwischen Prozessverantwortung und der beauftragten Person in Sachen Sucht geben müsse, war ebenfalls allen Befragten bewusst.

In der praktischen Umsetzung in Haus Weissenburg kann eine Betreuung durch zwei MitarbeiterInnen auf mehreren Wegen sichergestellt werden. Hierauf wird im weiteren Verlauf erneut eingegangen. Insbesondere Team-intern könnte dies zu einigen Spannungen führen, wenn Prozess- und Suchtverantwortliche sich in der weiteren Vorgehensweise oder Konfliktsituationen nicht einig sind.

### **8.2.4 Umgang mit Rückfall und Konsum innerhalb der Einrichtung**

Dass bei einem Rückfall, wie bisher, kein Verlust des Wohnplatzes erfolgt, sahen alle Befragten als sehr wichtig an. Auch die Möglichkeit, eine stationäre Entgiftungsbehandlung vorzunehmen und danach wieder sein Zimmer beziehen zu können, konnten alle als positiv benennen. Allerdings wünschen sie sich auf der Suchtetage klarere Absprachen und Vorgehensweisen. Als Beispiel wurde genannt, dass nach einer abgeschlossenen Entgiftungsbehandlung eine Zeitspanne von drei Wochen angesetzt wird, in der kein weiterer Rückfall erfolgen darf; ansonsten müsste der Bewohner mit einer Konsequenz rechnen. Deutlich wird, dass die Bewohner mehrheitlich keine ‚Clean-WG‘ möchten, in der alle abstinent leben müssen und ansonsten nicht auf der Etage wohnen können. Ein Bewohner, der seit einiger Zeit fast vollständig abstinent lebt, würde eine Etage bevorzugen, auf der keinerlei Konsum (außer Tabak) gestattet ist.

Bisher ist in Haus Weissenburg der Konsum von Alkohol im eigenen Zimmer erlaubt. Die Hälfte der Befragten Bewohner konnten benennen, dass ihnen der selbstbestimmte Konsum auch in Zukunft sehr wichtig wäre. Allerdings würden sie bestimmte Regelungen bevorzugen, wie etwa die Einschränkung der Alkoholart, also z.B. keine harten Alkoholika. Außerdem machten sie den Vorschlag einer zeitlichen Begrenzung; z.B. sollte erst ab dem späten Nachmittag/ Abend getrunken werden dürfen. Bei Gruppensitzungen, Einzelgesprächen oder anderen gemeinsamen Veranstaltungen müsse ebenfalls Nüchternheit vorausgesetzt sein. Auch hier müsste möglich sein, individuelle Vereinbarungen mit den Bewohnern zu treffen, die es ermöglichen, auf die unterschiedlichen Probleme bzw. Ziele der Einzelnen einzugehen.



## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

Da diese Vorstellungen mit dem Konzept der Zieloffenen Suchtarbeit korrespondieren und gleichzeitig inhaltlich das aktuelle Konzept von Haus Weissenburg implizieren, decken sich die von den Interviewten geäußerten Ansichten mit den Ideen und Sichtweisen der Autorin. Grundlegende Regeln, die bereits in Haus Weissenburg herrschen, wie das Verbot von Konsum illegaler Substanzen innerhalb des Hauses, müssen selbstverständlich weiter bestehen bleiben. Nicht der aktuelle Konsum steht im Vordergrund, sondern die Motivation und Änderungsbereitschaft.

### **8.2.5 Mitwirkung der Bewohner**

Die Freiheiten der Bewohner von Haus Weissenburg sind in vielen Bereichen sehr groß. Es gibt keine Taschengeldregelung, da jeder Platz ein Selbstversorgungsplatz ist. Es gibt Tagesstrukturierende Maßnahmen, allerdings nur für ca. ein Zehntel der Bewohner. Kein Bewohner hat die Verpflichtung zu arbeiten, jeder kann andererseits aber eine Vollzeitstelle antreten und zahlt dann lediglich die Kosten der Unterkunft in Höhe von 155€ monatlich. Er muss jedoch gewährleisten bzw. mit seiner Prozessführung besprechen, wie eine möglichst regelmäßige Teilnahme an Etagenversammlungen und Einzelgesprächen sichergestellt werden kann. Diese Freiheit und Freiwilligkeit ist den Bewohnern auch für die Suchtetage wichtig. Sie fordern individuelle Lösungen. Dies setzt Flexibilität der MitarbeiterInnen voraus, die in den frühen Morgenstunden oder erst am späten Nachmittag Gespräche und Gruppenangebote anbieten müssen. Da dies auch bereits im Konzept von Haus Weissenburg verankert ist, würde es hier nicht zu einer Veränderung für die MitarbeiterInnen kommen. Die Bewohner müssen aber dennoch mit einem höheren Pensum an Mitwirkung rechnen. Da sie sich freiwillig für die Suchtetage entscheiden, muss schon im Vorfeld eine individuelle Regelung getroffen werden. Die ausreichend große Motivation und Compliance der Bewohner muss das Kernstück der Suchtetage sein und somit die Voraussetzung für die Zusammenarbeit und das Leben dort. Eine rigorose Verpflichtung zu den Gruppenangeboten mit drohenden Konsequenzen bei Nicht - Teilnahme wurde wiederum von allen Befragten abgelehnt. Allerdings konnten sie benennen, dass ein gewisser Druck benötigt wird; zu viel Druck könne jedoch auch in den Rückfall treiben. Hier ist die Sensibilität der MitarbeiterInnen gefragt, die mit jedem Einzelnen individuelle Absprachen und Vereinbarungen treffen müssen.

### **8.2.6 Urinkontrollen und Drogenscreenings**

In Haus Weissenburg werden keinerlei Urinkontrollen, Drogenscreenings oder ähnliches durchgeführt. In den Interviews wurde deutlich, dass die Befragten sich darauf einlassen würden, wenn es zu einer Verpflichtung werden würde. Trotzdem konnten sie aber auch äußern, dass es einen innerlichen Druck schaffen würde und das positive Lebensgefühl in Haus Weissenburg einschränken würde. Unabhängig davon, ob Konsum stattgefunden hat oder nicht, würde es als Kontrolle und Eingriff in die Vertrauensbeziehung empfunden werden. Da die Beziehung zur Sozialabteilung auch auf der Suchtetage das wichtigste Instrument ist, darf dies nicht gefährdet werden. Die Befragten beschrieben eindrücklich, welchem inneren Stress sie ausgesetzt wären, wenn es unregelmäßig und ohne Ankündigung zu Kontrollen kommen könnte. Auch die Frage nach der Sinnhaftigkeit wurde gestellt, da das bisher erarbeitete Konzept nicht dem einer Clean-WG entspricht und somit Konsum geduldet bzw. mit dem problematischen Konsum gearbeitet werden soll. Auch merkten die Befragten an, dass im Falle von UKs die Konsequenzen klar benannt werden müssten. Auch die Autorin unterstützt das bisherige Konzept von Haus Weissenburg in dem ganz bewusst auf Kontrollmechanismen wie Drogenscreenings verzichtet wird. Ziel ist es, dass Rückfälle aufgrund der guten Beziehung und des Vertrauensverhältnisses offengelegt werden. Bisher ist mit diesem Grundgedanken in Haus Weissenburg gut und zumeist erfolgreich gearbeitet worden.

Vorgeschlagen wurden von den Befragten allerdings Ausnahmeregelungen, z.B. nach einer Entgiftungsbehandlung oder dann, wenn der Bewohner es zur eigenen Kontrolle einfordert. Hier würde sich in der praktischen Umsetzung u.a. die Frage der Finanzierung stellen.

### **8.2.7 Personal**

Erstaunlicherweise kamen alle Befragten auf die berufliche Ausbildung der MitarbeiterInnen zu sprechen. Für alle ist es sehr wichtig, dass die MitarbeiterInnen spezielle Ausbildungen im Bereich der Suchtbehandlung bzw. Therapie nachweisen können und auch medizinisches Wissen vorweisen können. Würde auf das bestehende Personal zurückgegriffen werden, sollte dieses Zusatzausbildungen absolvieren und sich verstärkt mit dieser Thematik auseinandersetzen. Da die Bewohner außerdem eine Trennung der Themen Sucht und anderer Zielbereiche fordern, wäre hier die praktikabelste Lösung, jemanden mit spezieller Ausbildung für die Suchtetage

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

einzuteilen bzw. einzustellen. Diese/r sollte dann jedoch nicht in der Prozessverantwortung für die Bewohner der Suchtetage fungieren, sondern lediglich die Angebote und Einzelgespräche zum Bereich der Sucht übernehmen. Ein stetiger Austausch zwischen Prozessverantwortlichen und Suchtbeauftragten muss dann jederzeit gewährleistet werden. Ob in Vertretungsfällen die beauftragte Person für die Sucht, auch für den Prozess verantwortlich sein kann, muss getestet werden.

Auch sind Überlegungen denkbar, dass der/ die Suchtbeauftragte Tätigkeiten der Psychosozialen Betreuung im Bereich der Substitution übernimmt und die Vermittlung in stationäre Therapien durch Sozialberichte veranlassen kann.

### **8.2.8 Aufnahmeverfahren**

In den Interviews wurde thematisiert, dass die Bewohner der Suchtetage vorher gut ausgewählt werden müssten, um gewährleisten zu können, dass das Zusammenleben und zugleich die gemeinsame Arbeit an der Sucht funktionieren können. Ein Bewohner hatte dazu den Vorschlag, zunächst nur suchtspezifische Gruppenangebote wohngruppenübergreifend anzubieten. Sobald eine gute Gruppe gefunden wäre, könne man diese auf eine Etage zusammenlegen. Dies wäre für den Beginn sicherlich sinnvoll; allerdings muss auch im späteren Verlauf eine Fluktuation gewährleistet werden können und müssen freie Plätze nach Auszügen durch neue Bewohner ersetzt werden können. Es erscheint somit sinnvoll, die Suchtetage nicht mit demselben Wartelistenmanagement der anderen Etagen zu besetzen. Es liegt eher nah, Bewohnern, die bereits im Haus wohnen und bei denen eine Suchtproblematik besteht, die Möglichkeit der Suchtetage anzubieten. Dabei könnten Regelungen derart getroffen werden, dass Bewohner schon vor Umzug auf die Suchtetage an den dort stattfindenden Gruppenangeboten teilnehmen und so die neuen Mitbewohner schon vorab kennenlernen können. Die Bewohner würden außerdem weiterhin durch dieselben Sozialarbeiter der alten Wohnetagen prozessführend betreut werden, um die anderen Bereiche der 67er Problematik zu bewältigen.

Thematisiert wurde auch die Art der problematischen Substanz. Auch wenn in der Fachliteratur in Bezug auf Wohnungslose mehrheitlich von Alkohol die Rede ist, sind erfahrungsgemäß in Haus Weissenburg die Zahlen für illegalen Drogenkonsum nicht viel geringer. Auch die Problematik der Glückspielsucht, dringt immer mehr in den Vordergrund. Am sinnvollsten erscheint daher, auf der Suchtetage keine Begrenzung

## 8. Konzeptimplementierung als Ergebnis

auf bestimmte Substanzen einzuführen, sondern die Unterschiedlichkeit zu nutzen und offen damit zu arbeiten.

### 8.2.9 Ex User

Zwei Befragte äußerten außerdem, dass sie den Einsatz von Ex-Usern respektive Vorbildern aus der eigenen Szene sinnvoll fänden. Bereits beim Aufnahme-prozedere könnte berücksichtigt werden, dass es immer mindestens einen Bewohner gibt, der bereits länger auf der Etage lebt und gute Fortschritte im Umgang mit seiner Sucht macht. Da dies im Alltag jedoch nicht immer gewährleistet werden kann, könnte außerdem in das feststehende Programm aufgenommen werden, ehemalige Bewohner einzuladen, die entweder inzwischen abstinent leben oder für sich einen Weg gefunden haben, kontrolliert zu konsumieren. Auch ist es möglich, auf Bewohner anderer Etagen zurück zu greifen, die bereits gelernt haben, ihre Suchtproblematik zu beherrschen. Dabei kann auch die Unterschiedlichkeit der konsumierten Substanzen (stoffgebunden/stoffungebunden) genutzt werden und gewährleistet werden, dass nicht nur Alkoholiker, nur Heroinabhängige oder nur Spielsüchtige zusammenleben.

### 8.2.10 Ressourcen

Die Ressourcenaktivierung ist bereits ein wichtiger Bestandteil in der konzeptionellen Arbeit von Haus Weissenburg. Jedoch sollte dem insbesondere auf der Suchtetage gezielte Beachtung geschenkt werden. Es sollte zum festen Bestandteil werden, zu Beginn einer Zusammenarbeit die Ressourcen eines jeden Einzelnen herauszufinden und in die Arbeit zu integrieren. Zwei der Befragten haben dieses Thema ebenfalls als so wichtig erachtet, dass sie es ohne die explizite Fragestellung zum Inhalt des Gesprächs machten. Ein Bewohner konnte hier die eigene Erfahrung in einer Therapieeinrichtung benennen, die ihm sehr gut getan hat. Dort wurde zu Beginn nicht nach den negativen Erfahrungen seines Lebens und seiner traumatischen Kindheit gefragt, sondern die erste Frage die ihm gestellt wurde war, was er gerne machen würde. Als er „malen“ zur Antwort gab, wurden ihm 20€ gegeben mit dem Auftrag, in der Stadt Leinwand und Farbe zu kaufen - was er tat. Die von ihm gemalten Bilder wurden im Flur der Einrichtung aufgehängt, und er ist der festen Überzeugung, dass diese auch heute noch dort hängen. Er äußerte ganz klar: *„... also, wenn ich Therapeut wäre, dann würde ich versuchen rauszufinden, was das für jeden Einzelnen sein könnte. Also was zu finden, was den Leuten wirklich Freude bereitet und wofür es sich lohnt, auch drogenfrei zu leben“* (Interview 3, Zeile 101-105). Auch ein anderer Befragter konnte sich erinnern,

dass das Ermöglichen einer positiven Beschäftigung in seinem Leben den Konsum hat sekundär werden lassen. Er hat damit gelernt, auch ohne Drogen ein lebenswertes Leben zu führen, und geht sogar so weit, es als einzige Möglichkeit zu sehen, langfristig die Abhängigkeit zu besiegen. Auch das Konzept von Haus Weissenburg sieht das Aktivieren vorhandener Ressourcen als den besten Weg, um selbstbestimmtes Handeln und die Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern und zu ermöglichen.

### **8.2.11 ZOS**

Ein Bewohner konnte sehr anschaulich den Zwiespalt zwischen Abstinenz und Konsum beschreiben und seinen Wunsch, weniger und dafür kontrolliert zu konsumieren. Eindrücklich beschreibt er die „zwei Herzen“ in seiner Brust: das eine, das auch in Zukunft noch Partys feiern möchte und Spaß haben will; das andere, das ihm sagt, dass er aber irgendwann auf die Füße kommen muss. Im weiteren Verlauf des Interviews vertieften wir das Thema in Bezug auf das existierende Gruppenprogramm „Kontrolliertes Trinken“, das ihm bereits von einem in diesem Programm ausgebildeten Sozialarbeiter in Haus Weissenburg vorgestellt worden war. Er kann sich einen erfolgreichen und sinnvollen Einsatz dieses Programms in Haus Weissenburg sehr gut vorstellen. Allerdings betont er, dass dies auf freiwilliger und selbst-motivationaler Basis passieren muss. Auch muss gewährleistet werden, dass die Durchführung konstant begleitet wird. In seinem Fall war die Anfangsphase mit der Führung von Konsumtagebüchern erfolgreich; jedoch hat er die sich selbst gestellten Aufgaben zur Konsumreduktion nicht zu seiner eigenen Zufriedenheit erfüllen können. Durch verschiedene Umstände innerhalb von Haus Weissenburg wurde er dann nicht weiter im Rahmen des Programms begleitet. Somit ist die Durchführung für ihn gescheitert.

Die Entscheidung, einen zieloffenen Ansatz für die suchtspezifische Arbeit in Haus Weissenburg zu wählen, ist mit dem aktuellen Forschungsstand als auch mit dem Interesse der Bewohner begründet.

Im Folgenden und abschließenden Kapitel wird innerhalb des Fazits, die praktische Umsetzung des Konzeptes auf theoretischer Basis überprüft und bewertet. Außerdem werden anhand der gesammelten Erkenntnisse Hypothesen gebildet, die zu weiteren Untersuchungen anregen können.

## 9. Fazit und Hypothesen

Als wichtigstes Ziel für meine Masterarbeit hatte ich mir bereits von Beginn an gesetzt, dass ein Konzept entsteht, welches gemeinsam mit Betroffenen entwickelt wird; ein Konzept, das ihren Vorstellungen und Bedürfnissen entspricht und somit gewährleisten kann, dass Bewohner von Haus Weissenburg daran teilnehmen würden. Während der Interviews ist deutlich geworden, wie reflektiert und verantwortungsvoll auch Wohnungslose sind, eine Randgruppe, der Viele dies zunächst nicht zutrauen würden. Alle befragten Bewohner konnten deutlich machen, wie ihnen und Menschen in vergleichbarer Situation am besten geholfen werden könnte. Meines Erachtens hat niemand utopische Wünsche geäußert oder Ideen vorgebracht, die nicht mit meinem und einem forschungsbasierten, suchttherapeutischen Verständnis einhergehen würden. Somit stelle ich die Hypothese auf, dass Partizipation nicht nur ein bewährter Bestandteil in der Wohnungslosenhilfe ist, sondern auch ein Qualitätsmerkmal in der Suchthilfe für wohnungslose Menschen.

Ich habe mich sehr über positive Resonanzen der befragten Klienten gefreut, die erst durch die Interviews die Idee einer suchtspezifischen Arbeit innerhalb von Haus Weissenburg bekamen und diese begeistert weiterentwickelten. Auch das mehrfache nachfragen ob Aspekte des Konzeptes in die Realität umgesetzt werden würden, zeigt mir ein deutliches Interesse und vor allem einen hohen Bedarf. Hier lässt sich formulieren: Eine Angebotsentwicklung für suchtspezifische Wohnungslosenhilfe setzt, wie auch bei anderen Konzepten, eine Bedarfsermittlung voraus. Außerdem stehen die Umsetzung und Nachhaltigkeit, durch die aktive Mitarbeit der Betroffenen an der Entwicklung, auf einem soliden Fundament.

In einem Fachgespräch mit Herrn Andreas Wiese, der Einrichtungsleitung von Haus Weissenburg, wurden die entwickelten Konzeptideen ausführlich besprochen und auf den Prüfstand gestellt. Deutlich wurde in diesem Gespräch, dass alle inhaltlichen Themen mit dem bestehenden Konzept von Haus Weissenburg korrelieren und somit das weitere Ziel -ein Konzept zu entwickeln, das sich in den bestehenden Rahmen von Haus Weissenburg einfügt- ebenfalls erfüllt wird. In Haus Weissenburg ist der Umgang mit Bewohnern auf Augenhöhe einer der wichtigsten Bestandteile und Grundsätze der Arbeit. Ein suchtspezifisches Konzept innerhalb von Haus Weissenburg muss diese Grundsätze ebenfalls erfüllen, was mit der Zieloffenen Suchtarbeit in jeglicher Hinsicht gegeben ist.

## 9. Fazit und Hypothesen

Weitaus kritischer wurden die organisatorischen Veränderungen, die z.B. die Personalstruktur betreffen, betrachtet. Herr Wiese wies auf eventuell entstehende Spannungen zwischen der Person hin, die die Prozessverantwortung tragen würde und der Person, die für den Umgang mit der Sucht zuständig wäre. Es müssten transparente Regeln und Vereinbarungen getroffen werden, wer welche Entscheidungen trifft bzw. wie häufig gemeinsame Gespräche stattfinden müssen. Auch eine praktikable Lösung für die Verteilung der MitarbeiterInnen von Prozess- und Suchtverantwortung nach einem Wechsel auf eine Suchtetage konnten wir in dem Gespräch nicht finden. In dieser Frage müssten auf jeden Fall alle pädagogischen MitarbeiterInnen einbezogen werden, da solch weitreichende Veränderungen basisdemokratisch erarbeitet und beschlossen werden.

Auch die Gewährleistung einer Flexibilität zwischen den Etagen müsste gegeben sein, um vor allem dem zieloffenen Ansatz gerecht zu werden. Dies gilt für einen Wechsel zur Suchtetage, aber auch wieder zurück auf eine herkömmliche Etage von Haus Weissenburg, sollten sich die Ziele des Bewohners im Laufe der Zeit verändern. Herr Wiese kann hier allerdings keine unüberbrückbaren Schwierigkeiten erkennen.

Die Frage der Finanzierung konnte nicht abschließend geklärt werden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass zur Umsetzung eines suchtspezifischen Konzeptes mindestens eine Teilzeitstelle zusätzlich eingerichtet werden müsste. Diese Teilzeitstelle sollte personell so besetzt sein, dass sie eine Weiterbildung im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen absolviert haben müsste und zusätzlich sowohl in Motivierender Gesprächsführung als auch Zieloffener Suchtarbeit und den dazugehörigen Programmen (KT, KISS usw.) fortgebildet sein. Eine Fortbildung aller anderen MitarbeiterInnen in Motivierender Gesprächsführung und dem Prinzip der Zieloffenen Suchtarbeit erscheint ebenfalls als sinnvoll. Hierdurch kann gewährleistet werden, dass alle am selben Strang ziehen und die gleiche Sprache sprechen. Auch für den Fall von Vertretungen ist die gebundene Suchtverantwortung an eine einzelne Person eher kritisch zu betrachten.

Zu klären wäre im Rahmen der Finanzierung ebenfalls, ob Änderungen des Pflegehilfesatzes des Landschaftsverbandes Rheinland als zuständiger Kostenträger erreicht werden könnten, um den höheren Betreuungsschlüssel der Bewohner zu ermöglichen, die sich für eine suchtspezifische Hilfe innerhalb von Haus Weissenburg entscheiden. Als weitere Option gilt es, die Möglichkeit des Einsatzes von Modulen aus dem Hilfebereich des §53 zu überprüfen (wie in Kapitel 2 beschrieben), und zu klären,

## 9. Fazit und Hypothesen

ob und inwieweit eine Finanzierungshilfe gegeben ist bzw. welche Voraussetzungen daran gebunden wären. Dies wäre ein üblicher Weg der Umsetzung neuer oder anderer Angebote, wie er in der Sozialarbeit gegangen wird. Unabhängig von dem was die Forschung ermöglicht, ist es in der Praxis üblich, dass Verhandlungen zwischen Finanzgebenden und den Dienstleistenden viel Zeit und Arbeit beanspruchen. Einen Prozessstart erschwert dies oft. Ist dies jedoch erfolgreich, sind solche Angebote nachhaltiger installiert und gesichert.

Es könnte auch in Form eines Modelprojektes ein Finanzierungskonzept, durch den Kostenträger neu verhandelt werden. Einen fachlichen Rahmen könnten auch die Hochschulen und/oder Universitäten der Umgebung formulieren. Forschungsgelder, Langzeitpraktika und ähnliches könnten eine Lösungsfindung ermöglichen. So profitiert nicht nur die Praxis von der Theorie, sondern auch umgekehrt und das Spannungsverhältnis zwischen diesen beiden wird kontrollierbar.

Um eine praktische Umsetzung zu erproben und den Einstieg für Haus Weissenburg zu erleichtern, wäre es außerdem denkbar, mit wohngruppenübergreifenden Angeboten zu beginnen. Diese könnten unabhängig von einer eigenen Etage im Konferenzraum oder der Cafeteria von Haus Weissenburg stattfinden und für alle interessierten, betroffenen und motivierten Bewohner offen sein. Da es bereits MitarbeiterInnen gibt, die z.B. in kT geschult sind, könnte man dies nutzen, um ‚unverbindlich‘ zu testen, wie ein Gruppenprogramm in dieser Form innerhalb von Haus Weissenburg funktionieren könnte.

Wichtig war es sowohl Herrn Wiese als auch mir hervorzuheben, dass das beschriebene Konzept mit den darin erarbeiteten Regeln immer als eine Option gesehen wird, eine Umsetzung in die Praxis allerdings auch anders gestaltet werden könnte. Es sollte stetig verändert und erweitert werden können und auf Praktikabilität und Funktionalität überprüft werden. Allerdings sollten auch hier im Voraus Verfahren entwickelt werden, wie es in der Praxis zu gewährleisten wäre, ohne das Prinzip der Partizipation der Betroffenen aus den Augen zu verlieren. Denkbar wäre z.B. eine Festsetzung im Konzept, dass Veränderungen nur unter Zustimmung von Einrichtungsleitung, MitarbeiterInnen und Bewohnern (evtl. Heimrat) durchzuführen sind.

Als wichtigste Erkenntnis halte ich fest, dass die freiwillige Entscheidung eines abhängigkeiterkrankten Bewohners, etwas an seinem Konsum zu verändern und damit Motivation und Änderungsbereitschaft zu zeigen, der größte Fortschritt im Kampf gegen die eigene Sucht ist. Das kann der freiwillige Umzug von einer herkömmlichen ‚Haus



## 9. Fazit und Hypothesen

Weissenburg Etage‘ auf die ‚Suchtetage‘ sein, aber auch der freiwillige Entschluss z.B. an einem Gruppenprogramm teilzunehmen.

Des Weiteren stelle ich für die Wohnungslosenhilfe die Hypothese auf, dass die Sucht bearbeitet werden muss, um andere Problemlagen des 67er Bereiches nachhaltig zu beeinflussen. Dies kann in vielen Fällen parallel funktionieren bzw. sogar nur funktionieren, weil es parallel stattfindet. Viele wohnungslose Menschen lassen sich auf eine reine Suchtbehandlung nicht ein und benötigen den Anreiz der vielfältigen Möglichkeiten von Zielansätzen. Überspitzt formuliert: Was bringt es mir, wenn ich nicht mehr konsumiere und dann nachts auf der Parkbank die Kälte umso schlimmer spüre? Die Problemlagen bedingen sich gegenseitig und können in manchen Fällen nur parallel angegangen werden um eine langfristige Veränderung zu erreichen. Dieses Praxiswissen wirft die Frage auf, warum eine Verbindung von Wohnungslosen- und Suchthilfe nicht automatisch in der Entstehung stattgefunden hat. Es begründet aber die Notwendigkeit dies nun nachzuholen.

Daneben stelle ich auch die Hypothese auf, dass nicht allen abhängigkeiterkrankten Bewohnern durch die interne Hilfe von Haus Weissenburg geholfen werden kann. Bestehende und funktionierende Kooperationen mit Suchthilfeeinrichtungen und die Vermittlung in Entgiftung bzw. Langzeittherapie und Selbsthilfegruppen müssen weiterhin Bestandteile der Hilfe bleiben. Bei Vorliegen einer Abstinenzbereitschaft und auch -fähigkeit muss diese gefördert werden. Hier empfiehlt sich ein Vorgehen, welches im Sinne der Nutzung vorhandener freier Räume steht und nicht in dem der Neubesetzung von bereits besetzten Räumen. Institutionelle Konkurrenz muss vermieden und der Horizont der Hilfelandschaft weiter ausgeschöpft werden. Suchthilfe innerhalb der Wohnungslosenhilfe kann kein Monopol sein oder keinen Alleinstellungsanspruch haben. Am Beispiel von Haus Weissenburg wird auch deutlich, dass ein solcher Anspruch strukturell nicht bedient werden kann und auch nicht die Ressourcen und die Bereitschaft hat, dass komplette Suchthilfesystem zu ersetzen. Dies wäre auch nicht im Sinne einer Implementierung.

Als abschließende Hypothese formuliere ich gleichzeitig die meines Erachtens größte Hürde bei der Implementierung des Konzeptes. Alle MitarbeiterInnen müssen eine Einführung der neuen Arbeitsweise befürworten. Hier zeigt sich, dass die aktuellen Vorgänge in Forschung und Praxis einem Paradigmenwechsel unterliegen. Eine Einrichtung kann nicht durch eine einzelne Person zieloffen werden bzw. überhaupt erst beginnen suchtspezifisch zu arbeiten. Auch Körkel schreibt (2007, S. 100), dass

## 9. Fazit und Hypothesen

insbesondere größere Einrichtungen die Tragweite einer Einführung neuer Handlungskonzepte oft unterschätzen und daran Innovationsversuche scheitern. Im Alternativen Drogenbericht von 2016 schildert Körkel (S. 203) die nötigen Veränderungen von Suchtforschung, Sucht- und Drogenpolitik, Kosten- und Leistungsträger, Trägern und Einrichtungen und der Suchtselbsthilfe um eine zieloffene Suchtarbeit nachhaltig zu etablieren.

Solange es aber ForscherInnen und PraktikerInnen gibt, die sich für eine Zieloffene Suchtarbeit einsetzen und diese immer im Gespräch halten, gibt es gute Chancen, dass diese in der Grundausrichtung der Suchtkrankenhilfe verankert wird. Dies ist mit den Prinzipien der Partizipation und Ressourcenorientierung nach vielen kämpferischen Jahren schließlich auch gelungen.

Das gleiche gilt meines Erachtens für die Unterstützung von Abhängigkeitserkrankten innerhalb der Wohnungslosenhilfe. Wenn wohnungslose Menschen nicht in der Suchthilfe ankommen, dann ist es unsere fachliche Verpflichtung sie dort zu unterstützen wo sie sich befinden und ihnen die Chance auf ein lebenswertes Leben zu ermöglichen. Die Lebensweltorientierung ist ein grundlegender Bestandteil von Theorien der Sozialarbeit. Je wirklichkeitsnäher ein Konzept ist, umso besser wird es angenommen.

**Wenn der Berg nicht zum Propheten kommt, dann muss der Prophet eben zum Berg kommen.**

Das in dieser Thesis erarbeitete Konzept ist ein Lösungsvorschlag, eine Option um wohnungslose Menschen in ihrer Lebenswelt zu erreichen. Die Wohnungslosenhilfe und vor allem die Kostenträger müssen allerdings diese Aufgabe als die ihre anerkennen. Der Umgang mit der Sucht innerhalb einer Einrichtung nach §67ff SGB XII sollte meines Erachtens nicht als Innovation, sondern als Standard gesehen werden.

## 10. Literaturverzeichnis

- akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (2016) 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016*. PABST SCIENCE PUBLISHERS: Lengerich.
- Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic*. London ThousandOaks. New Delhi: Sage Publications.
- Batra, A., Klinger, K., Landfeldt, B. et al. (2005). *Smoking reduction treatment with 4-mg nicotine gum: a double-blind, randomized, placebo-controlled study*. Clin Pharmacol Ther, 78, 689-696.
- Baur, N. & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Ballweg, T. und Schuchmann, A. (2007). Ist nun alles anders? Auswirkungen des Projekts auf Organisation und Akteure. In: BKK Bundesverband (Hrsg.): *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen*. (S. 205-228) Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Bäumli, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G. & Jahn, T. (2017). *Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München*. Freiburg: Lambertus.
- Becker, G., Happel, V., Körkel, J. et al. (2011). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums: Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe*. Frankfurt a.M.: Abschlussbericht für das Drogenreferat der Stadt Frankfurt a.M.
- Bolliger, CT. (2000). Practical experiences in smoking reduction and cessation. *Addiction*, 95 (Supplement 1), 19-24.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001). *Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten*. (zuletzt geändert am 01.01.2005) [zitiert am 19.09.2017]. URL: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Gesetze/verordnung-zur-durchfuehrung-der-hilfe-zur-ueberwindung-besonderer-sozialer-schwierigkeiten.pdf;jsessionid=BA85B7749A25B1AC295EAF60D5DA9D27?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Gesetze/verordnung-zur-durchfuehrung-der-hilfe-zur-ueberwindung-besonderer-sozialer-schwierigkeiten.pdf;jsessionid=BA85B7749A25B1AC295EAF60D5DA9D27?__blob=publicationFile&v=2)
- BSG Urteil. B 3 KR 11/14 R und B 3 KR 11/14 R. (25.2.2015) [zitiert am 14.08.2017] URL: <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&nr=13869>
- Dawson, D., Grant, B., Stinson F. et al. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction* 2005, 100, 281-292.
- Degkwitz, P. (2014). Konsumreduktion oder die (unabgeschlossene Geschichte der) Zieldifferenzierung in der Suchtbehandlung. *Suchttherapie* 2014, 15, 154-164.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. *Leistungsberechtigte in besonderen sozialen Schwierigkeiten bedarfsdeckend unterstützen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Anwendung der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII*. (15.12.2015) [zitiert am 07.09.2017]. URL: <https://www.deutscher-verein.de/de/empfehlungen->

stellungnahmen-2015-leistungsberechtigte-in-besonderen-sozialen-schwierigkeiten-bedarfsdeckend-unterstuetzen-empfehlungen-des-deutschen-vereins-zur-anwendung-der-hilfe-nach-67-ff-sgb-xii-1859,728,1000.html

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. *Zum Verhältnis von Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII zu Leistungen nach §§ 67 ff. SGB XII* (09.11.2016) [zitiert am 14.08.2017]. URL: <https://www.deutscher-verein.de/de/gutachten-2016-zum-verhaeltnis-von-eingliederungshilfe-nach-53-ff-sgb-xii-zu-leistungen-nach-67-ff-sgb-xii-2284,1030,1000.html>

European Medicine Agency (2011). *Guidelines of the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence*. London.

Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*, 5(12), 225.

Fichter, M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittchen, H.U. et al. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 246 (4), 185-196.

Fichter, M & Quadflieg, N. (1999). *Psychische Erkrankung bei (vormals obdachlosen) Bewohnern von Pensionen in München: Eine epidemiologische Untersuchung der Psychiatrischen Universitätsklinik München*. München.

Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Girtler, R. (2004). *Die 10 Gebote der Feldforschung*. Wien: LIT Verlag.

GK Quest Akademie und Projektgruppe kT, (2004). *Handbuch zum kontrollierten Trinken*. Heidelberg: GK Quest Akademie (info@gk-quest.de).

Glynn, L.H. und Moyers, T.B. (2010). Chasing change talk: The clinician's role in evoking client language about change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(1), 65-70.

Gold, R. (1958). Roles in sociological field observation. *Social Forces*, Vol. 36, Nr. 3, 217-213.

Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage*. Wiesbaden: Springer VS.

Haußer, K. (1982). Forschungsinteraktion und Forschungskonzeption. In Huber, G. und Mandl, H. (Hrsg.), *Verbale Daten. Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung*. (S. 61-78). Weinheim: Beltz.

Heather, N., Raistrick, D. Godfrey, C. (2006). *A summary of the review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. London: National Agency for Substance Misuse.

Hodgins, DC., Leigh, G., Milne R. et al. (1997). Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 22, 247-255.

## 10. Literaturverzeichnis

- Kellinghaus, C. (2000). *Wohnungslos und psychisch krank: Eine Problemgruppe zwischen den Systemen. Konzepte – empirische Daten – Hilfsansätze*. Münster: LIT Verlag
- Klos, H. und Görge, W. (2009). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- König, D. und Gehring, U. (2007). Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen. In: BKK Bundesverband (Hrsg.): *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen*. (S. 5-7) Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- König, D., Gehring, U., Körkel, J. und Drinkmann, A. (2007). Das Projekt Walk und die Ergebnisse der Begleitstudie. In BKK Bundesverband (Hrsg.), *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen*. (S. 161-204). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Körkel, J. (2002). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 3, S. 87-96.
- Körkel, J. (2006). Behavioral self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group treatment approach. *Addiction Research & Theory*, 14, 35-49.
- Körkel, J. (2007). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme Wohnungsloser. In BKK Bundesverband (Hrsg.), *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen*. (S. 21-53). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Körkel, J. (2012). Wenn Alkohol das Problem ist, Abstinenz aber nicht die Lösung: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsoption. In: Schmidt-Semisch, H., Stöver, H. (Hrsg.) *Saufen mit Sinn? Harm Reduction und Alkoholkonsum*. (S. 141-165). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Körkel, J. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15, 165-173.
- Lamnek, S. und Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. 6. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Lutz, R., Sartorius, W. und Simon, T. (2017). *Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven*. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Mann, K., Hoch, E., Batra, A. (2016). *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Heidelberg.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 6. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch*. Freiburg: Lambertus.
- Missel, P., Jung, C., Herder, F. et al. (2014). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 21, 5-18.

Moyers, T.B. und Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 245-251.

Netzwerk Leichte Sprache (2013). *Die Regeln für leichte Sprache*. Bremen: Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V. [zitiert am 11.09.2017]. URL: [http://www.leichte-sprache.de/dokumente/upload/21dba\\_regeln\\_fuer\\_leichte\\_sprache.pdf](http://www.leichte-sprache.de/dokumente/upload/21dba_regeln_fuer_leichte_sprache.pdf)

NICE (2011). *Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115)*. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Niebauer, D. & Klug, W. (2014). Forschungsbasierte Praxis in der Sozialen Arbeit am Beispiel der Wohnungslosenhilfe. In E. Mührel & B. Birgmeier (Hrsg.), *Perspektiven sozialpädagogischer Forschung. Methodologien – Arbeitsfeldbezüge – Forschungspraxen*. (S. 315-330). Wiesbaden: Springer VS.

Nouvertné, K. (1996). Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung. Repräsentative Ergebnisse einer empirischen Großstadtstudie. In: Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.): *Auf die Straße entlassen – obdachlos und psychisch krank* (S. 39-52). Psychiatrie Verlag: Bonn

Projekt MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Projekt MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 1997, 58, 7-29.

Reifferscheid, G. und Duschinger, T. (2013). Integrierte Hilfeangebote: Das Münchener Modell. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*. 44. Jahrgang, 01/2013, 73-79.

Reifferscheid, G. und Winkler, G. (2007). Zieloffene Suchtarbeit als Projekt im Katholischen Männerfürsorgeverein München e.V. In BKK Bundesverband (Hrsg.), *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen*. (S. 137-159). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Rogers, C. (1980). *Der neue Mensch*. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rössler, W., Salize, H.J. & Bichele, U. (1994). Psychisch kranke Wohnsitzlose – Die vergessene Minderheit. *Psychiatrische Praxis*, 21(5), 173-178.

Saladin, M., Santa Ana, E. (2004). Controlled drinking: More than just a controversy. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 175-187.

Salize, H.J., Dillmann-Lange, C. & Kentner-Figura, B. (2002). Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser – Sind wir in der Lage, ihn zu erkennen? In: Nouvertné, K., Wessel, T. & Zechert, C. (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 28-40), Bonn: Psychiatrie Verlag.

Schmidt-Grunert, M. (2004). *Sozialarbeitsforschung konkret. Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode*. Freiburg: Lambertus.

Sellman, J. D., MacEwan, I., Deering, D., und Adamson, S. (2007). A comparison of motivational interviewing with non-directive counselling. In G. Tober & D. Raistrick

## 10. Literaturverzeichnis

(Eds.), *Motivational dialogue: Preparing addiction professionals for motivational interviewing practice*. (S. 137-150). Routledge.

Senf, W., Broda, M. und Wilms, B. (2013). *Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium*. Stuttgart: Thieme.

Trabert, G. (2013). Das „Mainzer Modell“ zur gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*. 44. Jahrgang, 01/2013, 51-57.

Vogd, W. (2009). Systems theory and Method? On the complex relationship between theory construction and empirical studies in organisational research. *Soziale Systeme*, Heft 15 (1), 97-136.

Walters, G. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31, 135-149.

Weber, G. und Schneider, W. (1997). *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstausstieg, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg*. Berlin: VWB-Verlag.

Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Frankfurt: Campus.

## **Anhang**

1. Flyer ZOS Kartenspiel
2. Transkriptionsregeln nach Lamnek
3. Transkripte
4. Auswertung der Transkripte anhand der gebildeten Kategorien
5. Bewohneranschriften
6. Eidesstattliche Erklärung





## Einsatzbereich des Kartensatzes

Der Kartensatz „Konsum- und Zielabklärung“ dient im Rahmen Zieloffener Suchtarbeit dazu, eine systematische Bestandsaufnahme der konsumierten Substanzen/Suchtverhaltensweisen vorzunehmen und die angestrebten Änderungsziele abzuklären.

## Inhalte des Kartensatzes

- Der Kartensatz „Konsum- und Zielabklärung“ besteht aus insgesamt 33 Karten
  - 1 x weißes Deckblatt mit Kontaktdaten des Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)
  - 16 x weiße Substanzkarten mit Motiven (z.B. Alkohol, Tabak, Kokain, Opiate etc.) und 4 x weiße Verhaltenskarten mit Motiven (z.B. Glücksspiel, Essverhalten etc.) zur Abklärung des Konsums
  - 6 x gelbe Zielabklärungskarten mit Motiven (z.B. „Eine Zeit lang abstinent leben“, „Weniger konsumieren“ etc.) zur Ergründung der Änderungsziele
  - 3 x leere weiße Karten und 2 x leere gelbe Karten zur individuellen Ergänzung der Konsum- bzw. Zielabklärung
  - 1x blaue Info-Karte mit Hinweisen zu Schulungen des ISS zum Konzept der Zieloffenen Suchtarbeit
- Dem Kartensatz liegt eine Anleitung bei, die Schritt für Schritt durch Anwendung und Methodik des Kartensatzes führt.
- Der Kartensatz wird in einem Klarsichtetui (aus Kunststoff) geliefert.

## Zielgruppe

Fachkräfte aus Arbeitsfeldern, in denen sich Klient/-innen mit Suchtproblemen befinden: Suchthilfe, Sozialpsychiatrische Hilfen, Wohnungslosenhilfe, Straffälligenhilfe, medizinische Arbeitsfelder, Verkehrspsychologie/Verkehrsmedizin u.a.m.

## Preis:

Der Kartensatz „Konsum- und Zielabklärung“ kostet 15,95 € (inkl. MwSt.) zzgl. 3,95 € Versand

## Bestellung

Bestellungen können per E-Mail vorgenommen werden an [matthias.nanz@evhn.de](mailto:matthias.nanz@evhn.de)

Nach der Bestellung mailen wir Ihnen die Rechnung zu.

Nachdem Ihre Zahlung bei uns eingegangen ist, versenden wir Ihre Bestellung.

Wenn Sie sich genauer in das Konzept der Zieloffenen Suchtarbeit einlesen möchten, finden Sie einen Beitrag im Alternativen Drogen- und Suchbericht 2016: Körkel J. & Nanz M. (2016). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit, S. 196-204.

Kostenlos verfügbar unter: [http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2016/06/ADSB2016\\_Bericht.pdf](http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2016/06/ADSB2016_Bericht.pdf)

## Anschrift

Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) an der Evangelischen Hochschule Nürnberg

Bärenschanzstr. 4

90429 Nürnberg

Tel. 0911 – 27253-828

Email: [matthias.nanz@evhn.de](mailto:matthias.nanz@evhn.de)

## Transkriptionsregeln

(.)	ganz kurze Pause, Absetzen
(--)	mittlere Pause (bis ca. 0,5 Sek.)
(---)	lange Pause (bis ca. 1 Sek.)
(30s)	besonders lange Pause (ab ca. 1 Sek.) mit Angabe der ungefähren Dauer in Sekunden
BEISPIEL	Betonung
A: Text Text [Textüberschneidung. B: Textüberschneidung] Text Text.	Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidungen bei gleichzeitigem Sprechen
( )	unverständlich, Länge in Abhängigkeit von Dauer der unverständlichen Passage
(Beispiel)	vermuteter Wortlaut
(Beispiel/Brettspiel)	alternative Möglichkeiten bei Unsicherheit über genauen Wortlaut
((lacht))	nonverbales Verhalten
[Telefon klingelt]	vom Interview unabhängige Ereignisse
Mhm	Bejahung
Mhmh	Ablehnung
Hm	Füllwort, Zustimmung
Ähm, äh etc.	Verzögerungssignal
<Name>	Anonymisierung

### 3. Transkripte

#### Interview 1

ID IW01

Interviewer GT

Pseudonym Herr A

Datum 04.05.2017

Zeit 14:00 – 14:30

Dauer 30 Minuten

Bemerkungen keine besonderen Auffälligkeiten

1 I: Ja, dann würd ich jetzt einfach mal beginnen. Ähm, also starten würde ich gerne damit, dass  
2 Sie einmal nur ganz kurz erzählen, ähm, seit wann Sie abhängig sind bzw. wann sie das Erste  
3 Mal Heroin konsumiert haben und ob Sie irgendwelche Therapieerfahrungen in den letzten  
4 Jahren gemacht haben.

5 Herr A: Ok (--).

6 I: Müssen Sie nur ganz kurz einmal sagen, wann Sie das erste Mal konsumiert haben. Ist ja  
7 schon ein bisschen her (--).

8 Herr A: Ok, soll ich anfangen?

9 I: Ja bitte.

10 Herr A: Ja gut. Also das erste Mal mit Heroin in Kontakt gekommen bin ich mit 19 Jahren, also  
11 das war vor (--) ähm, also ca. 1991 und Therapieerfahrungen habe ich im Grunde keine, aber  
12 ich habe einige Entgiftungstherapien gemacht.

13 I: Genau. Entzüge, also im Krankenhaus, ne?

14 Herr A: Ja genau, im Krankenhaus.

15 I: Wissen Sie noch wieviele Entzüge Sie ungefähr gemacht haben?

16 Herr A: Wieviele Entgiftungen?

17 I: Ja.

18 Herr A: Ja (.) kann ich. Also ungefähr waren es so 10-15, also die ganzen 20 Jahre (.) Ja das  
19 kommt hin.

20 I: Ok. Und Sie sind seit dem aber auch in Substitution? Also haben schon ziemlich zu Beginn mit  
21 der Substitutionsbehandlung begonnen?

## Anhang

- 22 Herr A: Also 6 Jahre später, also 1997 habe ich begonnen ins Methadonprogramm zu gehen.
- 23 I: Ah ok. Das war auch direkt Methadon?
- 24 Herr A: Ne, das war erst Codeinsaft und danach ist das dann gewechselt worden auf  
25 Methadon. Ich bin mir jetzt nicht sicher ob es damals noch kein Methadon gab, aber bei mir  
26 war das so, dass es zuerst Codeinsaft war.
- 27 I: Und sind Sie jetzt immer noch auf Methadon oder haben Sie inzwischen auf Polamidon  
28 umgestellt?
- 29 Herr A: Ich hab umgestellt von Meta- auf Polamidon, das ist noch gar nicht so lange her, ich  
30 schätze mal so ein ¾ Jahr bis Jahr. Und mir geht's mit dem Pola besser als mit dem Methadon.
- 31 I: Können Sie sagen warum Sie umgestellt haben?
- 32 Herr A: Ja also, umgestellt habe ich einmal das ich soviel geschwitzt habe vom Methadon und  
33 das ist vom Polamidon nicht so. Und das das Polamidon macht nicht so dumpf im Kopf wie das  
34 Methadon es macht. Also man ist ein bisschen klarer. Man ist jetzt nicht breit wenn man Meta  
35 nimmt aber Polamidon ist noch besser halt. Für den Kopf auch.
- 36 I: Ok. Gut. Dann ist das so Ihre Suchtvergangenheit. Sie sind ja dann inhaftiert worden. Das  
37 müsste jetzt so 6-7 Jahre her sein, dass sie inhaftiert wurden?
- 38 Herr A: Ja genau, genau. 2011 am 5. Juli bin ich inhaftiert worden und 2014 am 27. Oktober  
39 wieder entlassen worden.
- 40 I: Genau und dann sind sie direkt nach Entlassung bzw. haben Sie ein paar Tage in Düsseldorf  
41 überbrücken müssen und konnten dann aber in Haus Weißenburg einziehen, relativ schnell.
- 42 Herr A: Ja genau, eine Woche später.
- 43 I: Und Sie haben das letzte Mal Heroin konsumiert vor der Inhaftierung?
- 44 Herr A: Ja genau, vor der Inhaftierung.
- 45 I: Können Sie da sagen ungefähr sagen wie lange vor der Inhaftierung?
- 46 Herr A: ((lacht)) Am Tag vorher.
- 47 I: Ok, am Tag vorher. Und mit Haftantritt haben Sie entschieden „jetzt nicht mehr“?
- 48 Herr A: Ja, blieb mir auch nicht viel anderes über. Aber ja, mit der Zeit, also nicht direkt am  
49 Anfang, also ich hab in Haft nicht konsumiert, aber den Gedanken es nicht mehr zu machen  
50 hatte ich am Anfang in der Haft, das stimmt.
- 51 I: Als Sie dann entlassen worden sind wäre es ja einfach gewesen wieder neuen Stoff zu  
52 kaufen?
- 53 Herr A: Ja wäre es gewesen, ich hatte auch genügend Geld auf Tasche, sozusagen, aber bei mir  
54 hats irgendwie Klick gemacht. Ich hatte überhaupt kein Verlangen danach. Bin halt zu Arzt  
55 gefahren und hab mein, zu dem Zeitpunkt noch Meta, geholt. Und damit war ich dann gut  
56 abgedeckt. Der Dr. Z bei dem ich bin hat mich halt so gut eingestuft mit dem Methadon in mg  
57 Anzahl, dass ich halt keinen Suchtdruck verspürt habe.

## Anhang

58 I: Ja, ok. Und auch die gesamten 2, fast 2 ½ Jahre. Ne, das sind ja jetzt schon 2 ½ Jahre die Sie  
59 jetzt in Haus Weissenburg leben, war das ja auch nie wieder so, oder? Also Sie sind zumindest  
60 nie wieder rückfällig geworden.

61 Herr A: Nein, bin ich nicht.

62 I: Haben Sie denn zwischendurch Suchtdruck verspürt?

63 Herr A: Ab und zu kommen mal Tage da denkt man mal drüber nach, aber nicht so stark das ich  
64 jetzt hätte losgehen wollen und was besorgen wollen. Also das nicht. Bei mir hat das Gefängnis  
65 eigentlich Klick gemacht. Und die neue Stadt auch.

66 I: Ok. Meinen Sie denn auch das irgendwas in Haus Weissenburg Ihnen hilft wirklich ohne  
67 Rückfall zu bleiben? Also können Sie sich vorstellen, dass wenn Sie in einer anderen  
68 Einrichtung wären dass es da vielleicht anders wäre?

69 Herr A: Ich (-- ja (.) bestimmt. Also ich kenn ja keine anderen Einrichtungen, nur vom  
70 Hörensagen und in Haus Weissenburg ist man halt gut betreut vom Sozialdienst und so. Und es  
71 gibt bestimmt auch Einrichtungen in Düsseldorf da ist es nicht so. Da geht man halt einfach nur  
72 ein und aus und kümmert sich nur, oder soweit wie möglich um sein Ding und ich denk mal da  
73 kann man schnell mal Rückfälle machen als hier bei uns.

74 I: Mhm.

75 Herr A: Hier wird man halt auch aufgefangen, wenn mans halt zur Sprache bringt. Und das ist  
76 schon gut hier.

77 I: Können Sie das kurz noch ein bisschen näher beschreiben, was Sie genau an Haus  
78 Weissenburg schätzen? Also unabhängig von Sozialdienst oder irgendwelchen Personen,  
79 sondern einfach so, weiß ich nicht ob Sie das vielleicht in Worte fassen können?

80 Herr A: Ja, ich ähm, ich fühl mich hier wohl (.) man hat hier Privatsphäre, man hat sein Geld,  
81 also wird nicht einbehalten, was auch was sehr Gutes ist finde ich. Also ist ja auch ein Stück  
82 von Freiheit. Ja das Wohlbefinden hier ist da und auch in der Cafeteria wird auch einiges  
83 angeboten, wo ich, also ich geh da aber selten hin. Ja, sonst wüsst ich jetzt nicht wie ich da  
84 weiter drauf eingehen soll.

85 I: Ja, das war ja schon alles gut was Sie gesagt haben.

86 Herr A: Und ruhig ist es.

87 I: Also dass Sie sich wohl fühlen, dann klar, das mit dem Geld ist eine super wichtige Sache,  
88 auch mit der Privatsphäre, ne, das Sie ein Einzelzimmer haben bzw. das jeder ein Einzelzimmer  
89 hat. Das sind ja auch ganz wichtige Dinge.

90 Herr A: Ja und es ist halt auch sehr ruhig hier. Ich hab hier auch noch nie jemanden mit  
91 Bierflasche durchs Haus rennen sehen oder besoffen oder sonst was. Also ich hab noch keinen  
92 gesehen.

93 I: ((lacht)) Ja, aber das passiert bestimmt.

94 Herr A: Ja, aber ich habs noch nicht gesehen und das gehört für mich auch dazu dass es hier  
95 eine gute Einrichtung ist.

## Anhang

- 96 I: Ja, Sie haben ja auch grade die Freiheit angesprochen, also auch dass am Wochenende und  
97 nachmittags oder abends sind ja auch meistens keine Sozialarbeiter da, was einen ja auch  
98 selbstständiger werden lässt, als wenn jetzt immer jemand da wäre und kontrollieren würde.  
99 Meinen Sie das wäre was anderes?
- 100 Herr A: Ja, das ist schon ganz gut so wie es hier ist. Das ist schon mehr Freiheit und es ist eben  
101 nicht so dass man eingeeengt wird von dem Team oder so. Das ist schon ganz gut so dass das  
102 dann am Wochenende anders läuft.
- 103 I: Ja. Gibt's denn noch irgendwas was Sie überhaupt nicht leiden können an Haus  
104 Weissenburg?
- 105 Herr A: Bohr, da kann ich Ihnen wirklich nichts zu sagen (-- Ne (---) Mir würde nichts einfallen.  
106 Also ich hab damit hier wirklich nen Volltreffer gemacht und mir würd jetzt wirklich nichts  
107 einfallen was ich hier nicht gut finden würde.
- 108 I: Ja, das hören wir doch gerne ((lacht))
- 109 Herr A: ((lacht)) Ist wirklich so. Keine Ahnung. Ich überleg schon und überleg aber ist alles ok.  
110 Man kriegt auch Putzmittel und so und muss man sich nicht selber kaufen. Ja. Kommt viel  
111 zusammen. Naja.
- 112 I: Ok. So Sachen wie (.) Naja, manchmal haben Sie sich ja schon über so ein paar Sachen  
113 geärgert wie wenn wir die Geldeinteilung gemacht haben und dann mussten Sie doch nochmal  
114 kommen und fragen ob Sie ein bisschen mehr Geld haben können. Also sowas wäre ja zum  
115 Beispiel in einer eigenen Wohnung was ganz anderes. Also da könnten Sie ja machen was Sie  
116 wollen und hätten überhaupt niemanden der Ihnen irgendwie Druck macht. Und der  
117 Sozialdienst macht Ihnen ja schon manchmal auch Druck. Aber das sehen Sie eher positiv?
- 118 Herr A: Das seh ich eher positiv. Ja genau. Weil das ist ja meine eigene Schuld wenn ich mit  
119 meinem Geld nicht auskomm und umgehen kann und ähm (.) die Geldeinteilung hat mir ja  
120 auch was gebracht. Also kann ich da auch nur positives drüber sagen. Und Sie haben schon  
121 recht, wenn ich jetzt in eigener Wohnung wäre, wäre das eine ganz andere Sache und jetzt im  
122 Moment würde ich es auch glaube ich noch nicht schaffen allein in eine Wohnung zu ziehen.  
123 Ja, müsste ich noch weiter betreut werden und einen guten Mitbewohner haben oder so dann  
124 würd das wohl gehen, aber alleine noch nicht.
- 125 I: Ok (.) dann würde ich gerne noch wissen, stellen Sie sich mal vor (-- Ich mein Sie kennen  
126 keine anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, aber es gibt eben auch einige oder  
127 generell andere Einrichtung die viel mehr auf das Thema Sucht spezialisiert sind, wo es dann so  
128 Gruppenangebote und all solche Dinge gibt. Mh, wenn Sie sich jetzt vorstellen  
129 [Textüberschneidung Herr A: Haus Eller zum Beispiel?] Ja genau, wobei die glaube ich mehr  
130 psychiatrisch arbeiten, aber es gibt zum Beispiel das Markushaus in Düsseldorf, ich weiß nicht  
131 ob Sie davon schon mal gehört haben.
- 132 Herr A: Nur den Namen.
- 133 I: Ähm, ja, aber wenn Sie sich jetzt vorstellen es gäbe auch in Haus Weissenburg, nicht für alle,  
134 aber für die Leute die wollen würden, sowas Suchtspezifisches. Also entweder so ne richtige  
135 „Suchtstation“ also quasi eine Etage wo nur die Leute leben die ein Suchtproblem haben oder

## Anhang

136 halt das es irgendwelche Angebote gibt für Leute mit Abhängigkeitserkrankung. Was würden  
137 Sie davon halten wenn es sowas gäbe?

138 Herr A: Also ich würd das ganz gut finden und für Leute die sich darauf einlassen wollen und  
139 können für die wäre das bestimmt ne gute Sache so ne eigene Etage zu haben wo da mehr  
140 drauf eingegangen wird. Warum nicht (--)  
141 Würd ich gutheißen (--)  
142 Würd ich mir vielleicht sogar selber überlegen. Also an diesen Gruppen die dann vielleicht stattfinden würden daran  
143 teilzunehmen und so. Würd ich mir auf jeden Fall dann mal überlegen (--)  
144 Wär eigentlich keine schlechte Sache.

144 I: Was müsste gewährleistet sein damit Sie sagen würden, Sie machen da mit?

145 Herr A: Ja das alles so weiter läuft wie es jetzt halt läuft. Also Betreuung nebenbei und so. Und  
146 sonst eigentlich nichts.

147 I: Ja aber wie müssten denn die Gruppenangebote sein oder wie müsste die Etage sein damit  
148 Sie sagen da hätte ich auch Lust drauf da würd ich mitmachen.

149 Herr A: Ja die Etage so wie jetzt hier auch nur halt spezifischer auf dieses Suchtproblem halt.

150 I: Ja.

151 Herr A: Ja und sonst so müsste halt alles so bleiben. Nur Therapien oder Gruppenangebote wo  
152 dann Leute sitzen die sich damit auskennen. Also nicht die süchtigen, sondern halt  
153 Psychologen, Psychiater, die halt einmal oder zweimal in der Woche kommen oder so. Ja  
154 sowas könnt ich mir vorstellen und würd ich gutheißen und ja, da würd ich auch dran  
155 teilnehmen.

156 I: Ok. Ähm, und was meinen Sie dann wie man dann in so einer Gruppe mit Rückfällen  
157 umgehen sollte? Also ich mein Sie haben damit ja zum Glück kein Problem, aber Sie kennen  
158 das ja von anderen die immer wieder Rückfälle haben und Sie wissen ja wie da in Haus  
159 Weissenburg mit umgegangen wird. Wie sollte damit in in so einer speziellen Suchtgruppe mit  
160 umgegangen werden?

161 Herr A: Ich finde da sollte halt mit gearbeitet werden. Ich würde jetzt wirklich sagen so drei  
162 mal oder so, also wenn bis zu drei Rückfälle passiert sind sollte man mit denen ein Gespräch  
163 führen also wie das passiert ist und wie das gekommen ist und ähm, danach sollte man  
164 vielleicht oder uns halt sagen das eine stationäre Sachen vielleicht mal was gutes wäre oder  
165 eine Therapie.

166 I: Mhm. Also meinen Sie so ähnlich wie es jetzt in Haus Weissenburg ist. Also wenn ein Rückfall  
167 passiert das wir dann sagen derjenige muss in die Entgiftung aber er kann danach dann zurück  
168 kommen, das Zimmer wird solange frei gehalten und dann kann er zurück kommen.

169 Herr A: Ja genau, außer halt wenn es dann in die Langzeittherapie geht. Weiß ich nicht ob es da  
170 vielleicht auch eine eigene Lösung geben würde wenn es eine eigene Suchtabteilung wäre, also  
171 ob dann doch das Zimmer gehalten werden kann oder nicht. Aber ja.

172 I: Aber Sie meinen generell man sollte die Leute nicht nur weil Sie einmal rückfällig werden  
173 oder auch mehrfach rückfällig werden nicht sofort rausschmeißen, sondern mit denen daran  
174 arbeiten.



## Anhang

- 175 Herr A: Ja genau, weil das gehört ja leider dazu, also zu unserer Krankheit.
- 176 I: Jep, so sieht es aus.
- 177 Herr A: Ich war ja auch nicht immer so sauber wie jetzt. Ich hab auch viele Rückfälle früher  
178 gehabt. Gehört halt leider mit dazu.
- 179 I: Ja, genau, da haben Sie recht.
- 180 Herr A: Sollte denn auf der Suchtetage Alkohol erlaubt sein, so wie es jetzt auch im Rest von  
181 Haus Weissenburg erlaubt ist? Oder generell verboten? Was fänden Sie für sich besser?
- 182 Herr A: Kein Alkohol! Wenn dann sollte man dort nichts konsumieren. Außer halt Zigaretten  
183 rauchen.
- 184 I: Ok. Wie würden Sie das finden wenn man auf dieser speziellen Suchtstation auch  
185 Urinkontrollen oder Atemkontrollen bzgl. Alkohol machen würde?
- 186 Herr A: Ja, warum nicht. Klar. Da im Gesundheitsamt wo ich hingehge ist das ja sowieso auch die  
187 Regel, also das man da abpusten muss und auch Urin abgeben muss. Das würd ich auch  
188 gutheißen. Klar. Hat man auch ne bessere Übersicht und Kontrolle. Die Leute die sich vielleicht  
189 auch nicht trauen zuzugeben dass sie was gemacht haben, da kommt es dann halt so raus. Ja,  
190 und dann weiß man es halt und kann denen auch wieder helfen. So seh ich das. Wenn man es  
191 halt rausbekommen hat kann man eher mit ihm drüber sprechen und ihm helfen als wenn er  
192 es für sich behält und immer weiter macht.
- 193 I: Also Sie würden sich nicht zu kontrolliert fühlen oder würden das als Vertrauensbruch sehen.
- 194 Herr A: Ne, auf keinen Fall. Aber es kommt natürlich auch drauf an wie oft. Also jeden Tag  
195 würd ich auch ein bisschen doof finden. Aber so zweimal in der Woche oder so, also natürlich  
196 nicht an festen Tagen, aber zweimal in der Woche würd ich das für gutheißen. Warum nicht.
- 197 I: Ok (-- ) Ja. Ähm, so rein theoretisch, wenn man sich überlegen würde, Sie würden auf dieser  
198 Suchtetage wohnen, da wären ja natürlich nicht nur Leute mit einer Heroinabhängigkeit,  
199 sondern auch mit Alkoholabhängigkeit, manche auch mit einer Spielsucht, andere mit  
200 Cannabis. Also das wäre ja ganz gemischt. Was würden Sie davon halten.
- 201 Herr A: Das wäre für mich kein Problem. Ich kenn das ja auch aus Entgiftungen, da waren ja  
202 auch nicht nur Heroinabhängige das war ja auch immer oft gemischt. Und ich komm auch  
203 eigentlich schnell mit den Leuten klar und das ist mir eigentlich Wurst was, also ist mir  
204 eigentlich egal was der für ein Problem hat, ich würd da mit jedem klar kommen sozusagen.  
205 Also ich würd da nichts gegen haben. Also das wär mir egal was die für ein Suchtproblem  
206 haben.
- 207 I: Und dann wenn Sie sich vorstellen, das sie da mit denen, also mit so 6-7 Leuten oder so  
208 zusammen wohnen und das Sie mit denen dann auch so Gruppen machen. Also aus Entgiftung  
209 kennen Sie ja so Gruppenangebote aber jetzt zum Beispiel in einer richtigen  
210 Therapieeinrichtung sind so Gruppenangebote auch noch viel intensiver. Da geht's dann um  
211 die Vergangenheit, um eigene Gefühle, um ganz viele schwierige Themen wo auch bei vielen  
212 ganz oft Tränen fließen. Ähm, könnten Sie sich das vorstellen, also wenn Sie eh so nah  
213 zusammen leben, mit den Menschen, was ja auch über einen längeren Zeitraum seien könnte,

## Anhang

214 gucken Sie jetzt haben Sie auch die kompletten 2 ½ Jahre mit Herrn Y. zusammen gelebt. Ähm,  
215 wie fühlt sich das für Sie an das Sie mit den Leuten dann auch so intensiv und privat zusammen  
216 arbeiten müssten.

217 Herr A: Ja, also bei ist das ja auch so, wenn ich die Leute schon ein bisschen kennen würde  
218 dann würde ich mich auch öffnen. Dann würde ich da glaube ich auch gut mitmachen. Aber  
219 jetzt am Anfang wenn ich die Leute noch nicht so gut kennen würde wäre das für mich schon  
220 sehr sehr sehr schwierig mich da zu öffnen. Also wenn das so richtig laufen würde, wie sie  
221 sagen, wie in Therapie. Da hätte ich schon ein bisschen bammel vor, also das würd ich noch  
222 nicht so gerne machen. Eher erstmal mit denen ne Zeitlang zusammen wohnen, also jetzt nicht  
223 2 ½ Jahre oder so, sondern ein halbes Jahr oder so und dann kennt man sich ja schon ein  
224 bisschen und dann könnt ich mir das vorstellen. Doch. Mehr von mir preis zu geben oder auch  
225 von den anderen zu hören was mit denen so los ist.

226 I: Ja, ok. Wie wäre das denn für Sie, also ich weiß ja bei Ihnen, das so wirklich verpflichtende  
227 Termine ja auch zu einem Ihrer Probleme gehören. Nicht weil Sie unzuverlässig sind, sondern  
228 weil Sie wirklich bammel bekommen manchmal.

229 Herr A: Mhm.

230 I: Was meinen Sie denn bei so einer Gruppe, wenn das so wirklich verpflichtende Termine  
231 wären, und man zum Beispiel, also ich weiß nicht aber man könnte ja so regeln aufstellen wie,  
232 wenn man drei mal die Gruppenstunde verpasst hat dann fliegt man von der Station oder so.  
233 Also rein theoretisch, was würden Sie davon halten, also von solchen Regeln. Also um vielleicht  
234 auch ein bisschen Druck aufzubauen, damit man auch zur Gruppenstunde geht.

235 Herr A: (4sec) Ja, also, so ein bisschen Druck wäre vielleicht angebracht, klar. Also dann  
236 arbeiten die Leute wahrscheinlich auch besser mit, ne. Aber der Druck darf halt nicht zu hoch  
237 werden. Wenn der Druck zu hoch wird dann versuchen die Leute sich wieder zu betäuben. Also  
238 um dann nicht mehr dran zu denken also so „scheiße morgen ist Gruppe und ich will da nicht  
239 hingehen“ und dann nicht drüber nachdenken wollen und dann kann schnell wieder ein  
240 Rückfall passieren. Also nicht zuviel Druck. Ein bisschen Druck wie auch immer stimmt, aber  
241 nicht das man dann direkt ausziehen muss oder nach 3 mal Gruppe verpassen fliegt.

242 I: Ja, da bin ich ganz Ihrer Meinung Herr A (.) Das ist jetzt auch fast schon alles was ich wissen  
243 wollte. Noch zwei kleine Fragen. Einmal wie viel von Ihrem Alltag würden Sie denn investieren?  
244 Also weil jetzt zum Beispiel ist es ja so, dass Sie in Haus Weissenburg nicht mehr als einmal das  
245 wöchentliche Gespräch haben und alle drei Wochen die Wohngruppenversammlung. Und  
246 dann vielleicht der Heimrat wenn Sie da noch hingehen, alle zwei Wochen.

247 Herr A: Ja, da gehe ich noch hin!

248 I: Sehr gut ((lacht)) Aber ansonsten, ähm, haben Sie ja keine großen Verpflichtungen in Haus  
249 Weissenburg.

250 Herr A: Ne, in Haus Weissenburg nicht, das stimmt.

251 I: Was meinen Sie denn, wenn es so eine besondere Etage gäbe, was wären Sie bereit da zu  
252 investieren. Also sowohl an Arbeit als aber auch an Zeit?

## Anhang

- 253 Herr A: Hm, an Zeit könnte ich mir vorstellen alle 2 Tage ne Stunde oder so. Also dann  
254 Gruppentherapie. Und an Arbeit, also vielleicht das man wenn die Gruppe zu Ende ist und  
255 wieder auf seinem Zimmer ist oder halt abends wieder zuhause ist oder so das man, keine  
256 ahnung, vielleicht nen Aufsatz oder so darüber schreiben. Also was die anderen so erzählt  
257 haben und was man darüber denkt oder so. Sowas könnt ich mir vorstellen, ja.
- 258 I: Ok, aber alle zwei Tage ne Stunde, wär ok?
- 259 Herr A: Ja genau.
- 260 I: Aber Ihnen wäre auch auf jeden Fall wichtig, dass Sie so Ihren normalen Tagesablauf, wie Sie  
261 ihn ja inzwischen haben, das Sie den auch für sich so beibehalten können oder? Also morgens  
262 zum abschlucken [Testüberschneidung Herr A: Ja] dann Kaffee trinken gehen  
263 [Testüberschneidung Herr A: Ja, ja] mal mit jemandem quatschen, dann auch einfach mal im  
264 Zimmer sein und fernseh gucken [Testüberschneidung Herr A: Ja genau] also so ein komplett  
265 durch getakteter Tag, das wäre nichts für Sie oder?
- 266 Herr A: Nee, erstmal noch nicht. Ich weiß das sag ich jetzt schon seit zwei Jahren, aber erstmal  
267 nicht. Da müsste ich schon noch viel an mir arbeiten, das ich da mehr machen kann.
- 268 I: Ja, ok. Dann noch eine letzte Frage. Sie sind ja jetzt auch gewöhnt, das ein Sozialarbeiter bzw.  
269 eine Sozialarbeiterin für Sie zuständig ist. Ähm, wo dann halt so Sachen wie die Geldeinteilung,  
270 Motivation mal Sport zu machen, abzunehmen, Privatinsolvenz... All solche Sachen sind ja von  
271 der Sozialabteilung mit Ihnen gemacht worden. Ähm, wenn Sie auf dieser quasi Suchtstation  
272 wären, würden Sie dann wollen das der Sozialarbeiter der diese ganzen Sachen mit Ihnen  
273 macht, dann auch in den Gruppen anwesend ist, oder sollte das lieber getrennt voneinander  
274 sein? Das Sie quasi zwei Leute haben die für Sie zuständig sind einmal für die Sucht und einmal  
275 für alle anderen Probleme.
- 276 Herr A: Nein, also da kann ich ganz schnell drauf antworten. Das sollte dann aber (.) getrennt  
277 (.)
- 278 I: Also getrennt voneinander sein?
- 279 Herr A: Ja auf jeden Fall. Würd ich lieber wollen. Also irgendwas sollte dann ja auch bei mir  
280 bleiben, also müsste ja nicht die ganze Etage wissen. Also wenn ich jetzt irgendwie  
281 Gerichtsverhandlungen hätte, also hab ich zwar nicht, aber wenn würde ich nicht wollen dass  
282 die anderen das mitbekommen. Also lieber getrennt voneinander.
- 283 I: Ok, na gut. Dann würde ich noch eben auf meine schlaue Liste gucken ob ich irgendeine  
284 wichtige Frage vergessen habe, aber (---) nö, das war alles was ich wissen wollte.
- 285 Herr A: Super, war ja gar nicht schlimm ((lacht))
- 286 I: Nein, war gar nicht schlimm.
- 287 Herr A: Ich hab aber auch noch eine Frage, bin ich der einzige mit dem Sie das machen oder  
288 machen da noch mehrere mit?
- 289 I: Ne, also Sie sind jetzt tatsächlich der Erste, aber ich mach das mit ein paar Bewohnern.
- 290 Herr A: Ok, alles klar. Wollt ich einfach nur so wissen.

## Anhang

- 291 I: Ja, aber dann vielen Dank, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben.
- 292 Herr A: Kein Problem, für Sie gerne ((lacht))
- 293 I: ((lacht)) Dann wünsche ich Ihnen alles Gute und wir hören oder sehen uns bestimmt mal  
294 wieder.
- 295 Herr A: Ihnen auch alles Gute, und bis bald!

## Anhang

### Interview 2

ID IW02

Interviewer GT

Pseudonym Herr B

Datum 08.05.2017

Zeit 15:00 – 15:45

Dauer 45 Minuten

Bemerkungen Herr B erschien intoxikiert, was auch von der zuständigen Sozialarbeiterin bestätigt wurde.

- 1 I: Gut Herr B., dann würde ich jetzt direkt mal starten. Sie können auch nebenher eine  
2 Zigarette rauchen, wenn Sie wollen, das können Sie alles gleichzeitig machen, ich versteh Sie ja  
3 trotzdem. Nur das Sie Bescheid wissen.
- 4 Herr B: Ja, ja, ok.
- 5 I: Gut. Ähm, als aller erstes wollte ich wissen, können Sie sich noch daran erinnern wie viele  
6 Therapien Sie schon angefangen haben?
- 7 Herr B: Ja, kann ich.
- 8 I: Wie viele haben Sie denn schon angefangen?
- 9 Herr B: Fünf.
- 10 I: Ok, fünf. Haben Sie denn eine von den Therapien auch beendet?
- 11 Herr B: Ne, gar keine.
- 12 I: Ok. Waren das alles Therapien nach dem 35er oder auch freiwillig angefangene?
- 13 Herr B: Alles nach dem 35er.
- 14 I: Alle nach dem 35er, ok. Ähm, und ich glaube mich zu erinnern, dass Sie auch mal bei der  
15 Drogenhilfe oder bei Flingern mobil haben Sie auch mal gewohnt oder?
- 16 Herr B: Ja bei Cafe Kola, stimmt.
- 17 I: Café Kola also. Hatten Sie da eine feste WG oder meinen Sie nur die Notschlafstelle?
- 18 Herr B: Nein, ich hatte eine feste WG da.
- 19 I: Ah ok, gut, wie lange haben Sie da gewohnt, wissen Sie das noch?
- 20 Herr B: Ja, ähm, einmal 2 Jahre und einmal nur 3 Wochen, weil ich dann nen Haftantritt  
21 machen musste,

## Anhang

- 22 I: Ah ok, also auch schon eine ganz schön lange Zeit. Gut, das war nur kurz zu Ihrer  
23 Vergangenheit, damit ich das kurz einschätzen kann. Drogenabhängig sind Sie ja auch schon  
24 ganz schön lange, ne?
- 25 Herr B: Über mein halbes Leben, ja.
- 26 I: Ja, über Ihr halbes Leben. Und Sie sind jetzt auch schon zum zweiten Mal in Haus  
27 Weissenburg oder. Sie waren 2007 glaube ich schon mal hier oder?
- 28 Herr B: Ja genau.
- 29 I: Und damals sind Sie dann in eigene Wohnung?
- 30 Herr B: Ja genau.
- 31 I: Das hat dann aus verschiedenen Gründen nicht geklappt?
- 32 Herr B: Genau, richtig.
- 33 I: Ok. Können Sie beschreiben was Sie total gerne an Haus Weissenburg mögen also warum Sie  
34 auch gerne in Haus Weissenburg momentan leben.
- 35 Herr B: Ähm, ja, klar. Ja, weil ich hier meine Ruhe habe (lange Pause), ich werde hier betreut  
36 und krieg Hilfe bei Ämtergängen und so. Ja, ne... Das ist so das wichtigste.
- 37 I: Ja, ich kann mir gut vorstellen dass für Sie vor allem das Wichtigste ist, das haben Sie ja auch  
38 als erstes gesagt, dass Sie zwischendurch Ihre Ruhe haben können. Also ein Einzelzimmer in  
39 das Sie sich wirklich zurück ziehen können.
- 40 Herr B: Genau, richtig, ja.
- 41 I: Ja, ähm. Kennen Sie eigentlich das Markushaus in Düsseldorf? Haben Sie davon schon mal  
42 gehört?
- 43 Herr B: Markushaus? Ja, kann gut sein.
- 44 I: Haben Sie also schon von mal gehört. Das ist ja so ein bisschen wie Haus Weissenburg, also  
45 gearbeitet wird da ganz anders, aber es ist auch eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe.  
46 Aber da geht es eben ganz speziell um Menschen die eine Suchterkrankung haben. Das heißt  
47 nur Wohnungslose die eine Suchterkrankung haben. Haus Weissenburg sind ja auch Leute, die  
48 nicht unbedingt eine Suchterkrankung haben.
- 49 Herr B: Ja.
- 50 I: Das heißt im Markushaus wird noch viel mehr mit der Sucht gearbeitet, da hat man dann  
51 jeden Tag irgendwelche Gruppenangebote an denen man teilnehmen muss, und sowas alles.  
52 Meinen Sie sowas würde Ihnen helfen mit Ihrer Suchterkrankung? Können Sie sowas  
53 einschätzen?
- 54 Herr B: Ja... (lange Pause) Kann ich Ihnen jetzt im Moment nicht so....
- 55 I: Können Sie im Moment nichts zu sagen? Das ist ok. Können Sie mir denn sagen, die  
56 Therapien die Sie bisher alle gemacht haben, warum haben Sie die abgebrochen? Wissen Sie  
57 das noch?

## Anhang

- 58 Herr B: Ja, das war eigentlich immer nur wegen kleinen Regelverstößen. Also während der  
59 Arbeit rauchen, ähm, oder... Ja sowas halt, ne. Oder weil ja mal jemanden nicht verraten hab  
60 oder so. Ja sowas halt.
- 61 I: Ok, das heißt Sie sind aber immer rausgeflogen aus den Therapien, also Sie haben nicht  
62 selber abgebrochen.
- 63 Herr B: Ne, selber abgebrochen hab ich nicht.
- 64 I: Und rausgefallen sind Sie immer wegen der kleinen Regelverstöße. Hatten Sie denn auch  
65 Rückfälle innerhalb der Therapie?
- 66 Herr B: Nein.
- 67 I: Rückfall hatten Sie also nie.
- 68 Herr B: Rückfall hatte ich in der Therapie nie.
- 69 I: OK. Sie haben in den Therapien ja dann auch so Gruppentherapiestunden und  
70 Einzeltherapiestunden und so.
- 71 Herr B: Ja.
- 72 I: Können Sie da was zu sagen, also wie Sie das fanden?
- 73 Herr B: Ja, ich eh, verschieden ne. Also da in Mühlheim z.B. da haben mir die Gruppen gefallen,  
74 aber in manchen eben nicht. Also die letzte, da haben mir die Gruppen eben nicht so gut  
75 gefallen.
- 76 I: Wissen Sie denn noch warum die in Mühlheim Ihnen so gut gefallen hat?
- 77 Herr B: In Mühlheim? Ja weil ich fand die Therapeuten und die Mitpatienten nett und die  
78 haben mich alle ernst genommen. Also wenn ich was gesagt hab, auch also wie heißt das,  
79 wenn ich mal was aufdecken musste oder so was sagen musste was nicht Ordnung war.
- 80 I: Also da haben Sie sich ernst genommen gefühlt?
- 81 Herr B: Ja genau.
- 82 I: Ok, und die Einzeltherapiestunden, also wenn Sie alleine mit Therapeuten im Gespräch  
83 waren, wie war das?
- 84 Herr B: Ja, hm, war mir immer unangenehm.
- 85 I: Da mussten Sie wahrscheinlich immer viel über Ihre Vergangenheit und über Ihre Gefühle  
86 und so sprechen.
- 87 Herr B: Ja, musste ich.
- 88 I: Das ist ja auch nicht einfach. Können Sie denn etwas sagen was Sie gelernt haben in den  
89 Therapien? Also was Sie auch bis heute mitnehmen können?
- 90 Herr B: Ja klar, kann ich das machen. Ich hab gelernt ähm, z.B. mich im Zaum zu halten. Früher  
91 war ich ja sehr aufbrausend und konnte keine Kritik vertragen und heute geht das ne. Das kann  
92 ich heute.

## Anhang

- 93 I: Also da sind Sie ruhiger geworden.
- 94 Herr B: Genau, ja genau. Ruhiger geworden und ja ne ruhiger eben.
- 95 I: Ok. Ähm, wenn Sie sich jetzt vorstellen dass es auch in Haus Weissenburg eine Etage gäbe  
96 wo nur Leute leben würden die eine Suchterkrankung hätten und wenn man dann sagt das in  
97 der Etage mehr darauf geachtet wird. Also auf der Etage machen wir nicht nur alle 2-3 Wochen  
98 Wohngruppenversammlungen, sondern da machen wir jede Woche nochmal eine Gruppe  
99 speziell zum Thema Rückfall oder andere Themen die mit Sucht zu tun haben. Wie würden Sie  
100 sowas finden, also wenn es sowas in Haus Weissenburg gäbe?
- 101 Herr B: Ja, ja klar, ja...
- 102 I: Fänden Sie also gut? Und würden bei sowas auch mitmachen?
- 103 Herr B: Ja genau. Ja genau. Ja würd ich mitmachen.
- 104 I: Finden Sie das denn gut, das in Haus Weissenburg Alkohol erlaubt ist?
- 105 Herr B: Öhm, Mensch da fragen Sie was. Ja weil, ich trink ja kein Alkohol.
- 106 I: Aha, gar nicht, also trinken Sie nie Alkohol oder ist das einfach nur nicht Ihr Problem.
- 107 Herr B: Ich würd mal sagen ist nicht mein Problem. Kommt schon mal vor das ich mit  
108 jemandem was trinke, aber nicht das ich morgens mein Flasche brauche oder ich  
109 Alkoholentzug oder so, das hab ich nicht.
- 110 I: Deswegen wäre das für Sie eigentlich egal ob Alkohol erlaubt ist oder nicht.
- 111 Herr B: Ja, in dem Sinne schon. Aber es gibt halt Leute die... ja, was soll ich dazu sagen.
- 112 I: Also Sie meinen Leute die damit ein Problem haben? Die zu viel Trinken?
- 113 Herr B: Ja. Ja.
- 114 I: Und Sie meinen für die wäre das besser...
- 115 Herr B: Also wenn ich sage ich halte das für gut [das Alkohol erlaubt ist] dann widerspreche  
116 ich mir irgendwie, weil ich weiß ja das es nicht gut ist.
- 117 I: Das heißt für die Leute die ein Alkohol Problem haben, für die wäre es besser wenn Alkohol  
118 verboten wäre.
- 119 Herr B: Ja, schon. Genau für diese Leute wäre das besser.
- 120 I: Was meinen Sie denn was die Beste Möglichkeit wäre in Haus Weissenburg mit Rückfällen  
121 umzugehen? Also momentan können Sie das ja vielleicht ganz gut beschreiben, weil Sie sich ja  
122 auch momentan in einer Situation befinden in der Sie wieder rückfällig gewesen sind.
- 123 Herr B: Ja.
- 124 I: Und in Haus Weissenburg ist es ja so, das haben Sie ja auch schon ein paar Mal durch, das  
125 man dann erst zusammen darüber spricht und das man dann in die Entgiftung geht, in der Zeit  
126 wird das Zimmer frei gehalten und dann kommt man nach der Entgiftung zurück und kann neu  
127 starten. Ist das für Sie der richtige Weg? Finden Sie das gut wie das so gemacht wird?



## Anhang

- 128 Herr B: Ne, auf keinen Fall.
- 129 I: Finden Sie nicht gut?
- 130 Herr B: Ne.
- 131 I: Was fänden Sie denn besser?
- 132 Herr B: Ja das man dann nach der Entlassung von der Entgiftung mindestens 3 Wochen  
133 nüchtern bleibt. Also das man da so ein Limit setzt. Also das man sagt „Wenn in 3 Wochen  
134 geraucht wird [Heroin] dann gibt es Konsequenzen“. Und dann nach 3 Wochen kann man dann  
135 ja weiter sehen wie es dann läuft.
- 136 I: Das heißt heißt aber, dass Sie auch für sich selber wollen das das da konsequenter umgesetzt  
137 wird. Verstehe ich Sie da richtig?
- 138 Herr B: Ja.
- 139 I: Ok, also dass Sie sich manchmal auch ein bisschen mehr Kontrolle wünschen würden? Oder  
140 das nicht?
- 141 Herr B: (lange Pause) Ähm, also jein. Ich weiß ja selber das ich manchmal schwierig bin. Also  
142 weiß ich nicht.
- 143 I: Ok, wissen Sie nicht ob das gut wäre. Wie fänden Sie das denn wenn in Haus Weissenburg  
144 auch UKs gemacht werden würden.
- 145 Herr B: Puh. (lange Pause) Ja, ne, auf einer Seite finde ich es schlecht auf der anderen Seite  
146 finde es auch wieder gut.
- 147 I: Ich mein bei Ihnen ist es ja auch so, dadurch dass Sie ja auch in Substitution sind, dass die  
148 Frau C (zuständige Mitarbeiterin Haus Weissenburg) dann ja auch von Herrn D (Mitarbeiter  
149 PSB Gesundheitsamt) bescheid kriegt wenn da eine auffällige UK war.
- 150 Herr B: Ja.
- 151 I: Aber klar, das dauert ja auch ein paar Tage bis das dann in Haus Weissenburg ankommt.
- 152 Herr B: Ja.
- 153 I: Ja und wenn Haus Weissenburg selber UKs machen würde, dann würden wir ja quasi sofort  
154 sehen ob Sie wieder rückfällig geworden sind.
- 155 Herr B: Ja, ja klar.
- 156 I: Meinen Sie denn das wäre für Sie besser, oder würden Sie sich dann zu kontrolliert fühlen?
- 157 Herr B: Ja, ich glaub ich würd mich schon kontrolliert würden. Also ich bin jetzt ehrlich.
- 158 I: Ja, das sollen Sie ja auch sein! Das ist ja auch das Schöne an Haus Weissenburg, dass man  
159 eben so sein kann wie man will und man muss nicht Angst haben, dass am nächsten Morgen  
160 gesagt wird „so Herr B. Sie müssen heute zur UK“.
- 161 Herr B: Ja genau.

## Anhang

- 162 I: Das kann ich nachvollziehen. Wenn wir nochmal darauf zurück kommen was ich grade gesagt  
163 habe. Also dass man in Haus Weissenburg so Gruppenangebote oder so was macht. Zum  
164 Beispiel zur Rückfallprophylaxe. Können Sie sich vorstellen wie oft Sie sowas mitmachen  
165 würden? Also würden Sie sagen so einmal in der Woche oder auch zweimal in der Woche  
166 könnte ich mir auch vorstellen?
- 167 Herr B: Zweimal könnte ich mir auch vorstellen, also das man sich mit der Gruppe zusammen  
168 setzt. Also wenns denn darum gehen würde, ne, nicht Wohngruppenversammlung wo es ums  
169 Haus geht...
- 170 I: Ne, ne nur zum Thema Sucht, bzw. Rückfall oder was halt grade ansteht.
- 171 Herr B: Ja, könnt ich mir gut vorstellen.
- 172 I: Machen Sie solche Gruppenangebote eigentlich beim Gesundheitsamt, da kann man sowas  
173 doch auch machen, oder?
- 174 Herr B: Ne, das machen die nur noch für die Leute die in der Tagesklinik sind.
- 175 I: Achso. Dann hab ich noch eine Frage, wenn Sie sich vorstellen, dass Sie auf dieser Etage  
176 wohnen und an diesen Gruppenangeboten teilnehmen würden. Sie werden ja jetzt von der Fr.  
177 C. betreut, die auch so andere Sachen mit Ihnen macht, wie Schulden und Wohnungssuche  
178 und so. Würden Sie denn wollen, dass die gleiche Person auch die Gruppenangebote macht zur  
179 Sucht, also nur ein Sozialarbeiter/in für Sie zuständig ist oder wollen Sie das das getrennt  
180 voneinander ist. Also einer der Schulden, Wohnung, gelbe Briefe vom Gericht und sowas  
181 macht und einer der dann für die Sucht zuständig ist.
- 182 Herr B: Ja, das fände ich eigentlich gut.
- 183 I: Wenn das zwei verschiedene sind das fänden Sie gut?
- 184 Herr B: Ja, ja genau. Auf jeden Fall.
- 185 I: Ok. Dann habe ich noch eine allerletzte Frage und zwar gibt es irgendetwas was Sie in Haus  
186 Weissenburg gar nicht gut finden?
- 187 Herr B: Ähm, ähm, was ich gar nicht gut finde...
- 188 I: Oder irgendwas was wir vielleicht ändern könnten damit Sie es noch besser fänden?
- 189 Herr B: Ähm, ja also vielleicht das da wo der Computer steht also bei der Cafeteria, dass da die  
190 Leute sich noch mehr treffen. Also ich würde mir wünschen dass sich da noch mehr Leute  
191 treffen und man sich da unterhalten kann und mehr Leute kennenlernen kann.
- 192 I: Also das es mehr freiwillige Angebote gibt und mehr Tagesstruktur?
- 193 Herr B: Ja, das auch. Aber auch das wenn einer neu eingezogen ist dass der da einfach  
194 hingehen kann und man sich besser kennenlernen kann.
- 195 I: Ah ok, also das da unten einfach mehr Leben ist?
- 196 Herr B: Ja genau, das würde ich mir wünschen.

## Anhang

- 197 I: Ok, gut. Sonst können Sie aber nichts sagen was Ihnen so gar nicht an Haus Weissenburg  
198 gefällt?
- 199 Herr B: Ne, eigentlich nicht.
- 200 I: Gut, Herr B. dann war es das eigentlich schon! Das waren jetzt die wichtigsten Fragen die ich  
201 hatte.
- 202 Herr B: Ok.
- 203 I: Dann vielen Dank, dass Sie sich für das Interview Zeit genommen haben und sich zur  
204 Verfügung gestellt haben.
- 205 Herr B: Sowas mach ich doch gerne. Kein Problem.
- 206 I: Dann vielen Dank und ich wünsche Ihnen alles Gute!
- 207 Herr B: Ja Danke.

## Anhang

### Interview 3

ID IW03  
Interviewer GT  
Pseudonym Herr C  
Datum 15.05.2017  
Zeit 11:00 – 12:15  
Dauer 75 Minuten

### Bemerkungen

- 1 I: Hallo Herr C, dann starten wir direkt mit dem Interview, da Sie ja nicht so lange Zeit haben.
- 2 Herr C: Genau.
- 3 I: Ähm, ich würde gerne zu Beginn einmal kurz fragen, ähm, also Sie zu Ihrer eigenen  
4 Suchtgeschichte befragen. Also wie lange Sie schon abhängig sind und ob Sie schon  
5 irgendwelche Therapieerfahrungen haben.
- 6 Herr C: Also, äh, so richtig angefangen hat das schon als Kind, also mit Medikamenten quasi.  
7 Das war jetzt noch nicht so was man unter Abhängigkeit versteht, äh, aber ich find schon das  
8 war der Anfang. Und ähm, das ging aber dann nicht durchgängig bis heute, also da waren auch  
9 lange Phasen dabei wo gar nichts passiert ist, ne. Und wenn mir jemand in meiner Jugend oder  
10 so mit 20 das jemand gesagt hätte (.) also da hätte ich niemals gedacht das meine Drogensucht  
11 so kommen würde. Also wenn mir das einer erzählt hätte, den hätte ich für verrückt erklärt.  
12 Das fing dann an so mit Ende 20. Also ich bin nicht der typische Drogenabhängige, das ist, also  
13 was Therapie angeht, ich hab damals schon einen Psychiater gefragt und der hat gesagt eine  
14 Therapie für mich würde mir persönlich wahrscheinlich gar nichts bringen. Die Leute die da  
15 sind, setzen sich das aller erste Mal damit auseinander, also warum sie Drogen genommen  
16 haben und ich hab mich mein ganzes Leben damit schon auseinander gesetzt und darüber  
17 nachgedacht. Und die Erkenntnisse die ich da gewinnen würde, die hätte ich in 5 Minuten  
18 verarbeitet und dann würde ich mich eh wieder distanzieren. So ziemlich genau war der  
19 Wortlaut von dem Psychiater. Das hab ich jetzt fast wörtlich wieder gegeben. Und er meinte  
20 auch ich wäre vielleicht einer der wenigen Patienten wo eine reine Psychotherapie angeraten  
21 wäre, ja. Mit anderen Worten, der hat gesagt ich würde mir das nur einbilden mit der Sucht. Es  
22 gibt ja verschiedene Gründe warum Menschen konsumieren und einer der Hauptgründe  
23 würde ich mal sagen ist Einsamkeit, ne, oder so ganz banale Sachen. Wenn man das wirklich  
24 hat und man nimmt Heroin, dann wird es halt irgendwann eine biologische Sache mit den  
25 ganzen körperlichen Sachen und das ist dann einfach ne Sucht. Ob man das dann mag oder  
26 nicht, man ist einfach verdammt das zu nehmen. Also so war das bei mir zumindest.
- 27 I: Haben Sie denn dann Entgiftungen gemacht wenn Sie keine Therapien gemacht haben?

28 Herr C: Entgiftungen zwei Stück gemacht, jeweils 2 Wochen lang. Die zwei Wochen hab ich  
29 auch durchgezogen, aber das hat auch nicht wirklich funktioniert. Man hat dann zwar nicht  
30 mehr diesen körperlichen Entzug, aber man ist halt dann der unbehandelten Sucht ausgesetzt  
31 und das ist so tief in deinem Kopf, also die Rezeptoren die schreien danach und wollen das  
32 haben. Vorher war man halt immer auf Dopamin und auf einmal nichts mehr. Ich hab dann  
33 halt immer ziemlich schnell wieder was genommen. Das ich so richtig körperlich von Heroin  
34 abhängig wurde, hat auch bestimmt 7 Jahre gedauert, weil ich immer wieder Pausen zwischen  
35 dem Konsum gemacht habe, weil ich wusste wenn ich das länger als 2 Wochen am Stück  
36 nehme dann bin ich drauf. Ich war auch eh immer eher so der Speed Typ.

37 I: Sie haben grade schon erwähnt, das als Sie aus den Entgiftungen kamen, das können Sie ja  
38 sehr gut sagen, dass natürlich das Dopamin fehlt was man vorher durch das Heroin hatte, bzw.  
39 der Körper jetzt nicht mehr soviel ausschüttet und ihre Worte waren, dass die Rezeptoren  
40 nach Heroin schreien. Haben Sie denn jemals gelernt wie Sie damit umgehen? Also es gibt ja so  
41 Rückfallprophylaxegruppen wo man eben so Sachen lernen kann, also wie man selber am  
42 besten mit so einem Suchtdruck umgeht oder wie man sich ablenken kann. Haben Sie da für  
43 sich mal Strategien entwickelt?

44 Herr C: Ähm nein, also man hat dann ja das Gefühl das man komplett wahnsinnig wird wenn  
45 man nicht sofort auf der Stelle wenigstens ein bisschen Heroin konsumiert. Immer wenn ich  
46 noch 1mg Methadon bekommen habe, das hat gereicht, aber wenn ich dann auf 0 war, also in  
47 der Nullphase, da war ich überhaupt nicht fähig klar zu denken. Und dann muss man erstmal  
48 dafür sorgen das man klar denken kann und dann sieht man mal weiter. Und so ambulante  
49 Therapien oder diese Suchtprophylaxe hab ich nie gemacht, weil eigentlich war ich auch immer  
50 jemand der wusste was mich von den Drogen abhält. Also wenn die Lebensumstände  
51 stimmen. Ich hatte jetzt zum Beispiel eine Freundin und war frisch verliebt und da wär mir im  
52 Traum nicht eingefallen da Heroin drauf reinzuziehen. Aber eben wie gesagt diese ganzen  
53 Selbsthilfegruppen und so das hab ich nie gemacht.

54 I: Rein theoretisch, könnten Sie sich denn vorstellen dass Sie sich sowas mal anhören? Weil es  
55 gibt tatsächlich, also finde ich zumindest, sehr gute Strategien wie man zum Beispiel nach so  
56 einer Entgiftung mit dem Gefühl das man wahnsinnig wird, wie man damit umgehen kann  
57 ohne zu konsumieren. Ne, und das sind eben genau so Sachen die man in einer Therapie, also  
58 in einer Langzeittherapie nach so einer Entgiftung, lernen würde. Und klar, Sie haben jetzt  
59 einmal von diesem Psychiater gehört das Sie nicht der richtige für sowas wären, aber könnten  
60 Sie sich denn trotzdem rein theoretisch vorstellen sowas mal auszuprobieren? Natürlich gibt es  
61 immer Lebenssituationen in denen es einem leichter fällt clean zu bleiben, zum Beispiel wenn  
62 man frisch verliebt ist, aber dann ist die Cleanphase ja auch wieder abhängig von einer  
63 anderen Person, ne. Irgendwie muss man es ja schaffen selber...

64 Herr C: Ja das ist dann eher so Borderlinemäßig, ich weiß schon was Sie meinen. Also ich hätte  
65 mir das vorstellen können für früher, also jetzt ist das ja nicht mehr so notwendig. Ich krieg jetzt  
66 meine 2mg Subutex da und ich kann mir nicht mehr vorstellen dass ich freiwillig Heroin  
67 nehmen würde. Wenn ich jetzt nicht wirklich unter krassen Entzugserscheinungen leide oder  
68 so, dann werd ich das nicht mehr machen. Oder auch so Sachen wie Koks, wo ich so richtig  
69 drauf abgegangen bin, also ich kann mir nicht vorstellen, dass ich das nochmal freiwillig mache.  
70 Auch von einer Gerichtspsychiaterin wurde ich mal komplett durchleuchtet um halt zu gucken  
71 ob ich wirklich süchtig bin, damit man mir dann Therapie statt Strafe anbieten könnte und die

72 sind dann zu dem Schluss gekommen, dass ich eigentlich schon verzweifelt alles versucht habe,  
73 aber mich gar nicht anders verhalten konnte weil meine Familie mich in den Wahnsinn  
74 getrieben hat, sozusagen. Also das das halt alles irgendwie bei mir in der Familie lag. Also ich  
75 selber hab das nicht so gesehen, also schon irgendwie, aber mir war das nicht so bewusst. Ist  
76 halt nicht meine Art andere für was verantwortlich zu machen. Aber inzwischen ist mir das  
77 schon auch klar geworden.

78 I: Ja natürlich, irgendeine Ursache muss die Sucht ja auch haben.

79 Herr C: Ja genau Ursache und ich hab die Drogen halt dann damals benutzt um Gefühle  
80 abzutöten, also unangenehme Gefühle nicht mehr empfinden zu müssen. Andere Leute  
81 müssen sich mit sowas monatelang auseinander setzen, das hab ich dann mit Heroin einfach  
82 abgetötet. Ich hab ja sogar mal ein Jahr Tramal als Medikament verschrieben bekommen, also  
83 auch das Heroin war für mich immer eher ein Medikament mit dem man so ziemlich alle  
84 Beschwerden auslöschen konnte. Nur hat man danach natürlich ein richtiges Problem. Aber  
85 jetzt durch das Subotex geht es ja, aber momentan bin ich auch in so einer Phase wo überlegt  
86 wird das ich nochmal versuche auf Null zu kommen und dann werd ich mich halt schon  
87 nochmal mit den ganzen Dingen auseinander setzen müssen und was dann ist mit mir. Und  
88 dann würde ich schon gucken das ich irgendwas in Anspruch nehme wie eine Selbsthilfegruppe  
89 oder so, damit ich halt dann nicht wieder auf die Idee komme was zu nehmen. Also wenn es  
90 sein müsste, das werd ich ja dann sehen wie es mir dann geht.

91 I: Oder eventuell gibt es ja dann die Möglichkeit in Haus Weissenburg, das ist ja genau mein  
92 Thema ((lacht)) Also das hab ich Ihnen ja auch schon so ein bisschen erklärt, dass ich eben  
93 gerne gucken würde wo man in Haus Weissenburg die Bewohner noch in Bezug auf Ihre Sucht  
94 unterstützen könnte. Und ähm, grade eben Leute die nicht in eine Langzeittherapie wollen,  
95 weil es ist ja auch nachzuvollziehen, dass wenn man da 6 Monate in einer Therapie ist und  
96 eigentlich hat man einen Job aus dem man dann rausfliegt oder der normale Alltag der dann  
97 einfach nicht mehr so möglich ist. Und deswegen ist halt meine Überlegung ob man nicht ein  
98 Konzept entwickeln kann wie man in Haus Weissenburg die Bewohner unterstützen kann und  
99 die halt trotzdem noch ihr normales Leben leben können. So dass eben nicht der komplette  
100 Tag durchstrukturiert ist, sondern nur dosiert und freiwillig.

101 Herr C: Ja, also ich finde wenn man irgendwas hat um sich abzulenken dann klappt das auch.  
102 Also jetzt nicht vielleicht Extremsportarten oder so, weil das ist dann doch eher  
103 Suchtverlagerung, aber wenn man halt irgendwas hat wofür es sich lohnt zu leben, dann hat  
104 man eine richtige Chance. Wenn man nichts hat wofür man lebt, dann ist es eben schwierig  
105 davon wegzukommen. Man muss was haben was einem wirklich was bedeutet. Also wenn ich  
106 Therapeut wäre dann würde ich versuchen rauszufinden was das für jeden Einzelnen sein  
107 könnte. Also was zu finden was den Leuten wirklich Freude bereitet und wofür es sich lohnt  
108 auch Drogenfrei zu leben. Aber generell die Idee, in Haus Weissenburg das abseits von den  
109 ganzen Selbsthilfegruppen und was es da noch für Angebote gibt, zu machen, finde ich ganz  
110 gut. Also vorallem wenn da Leute sind die auch den medizinischen Hintergrund und so wissen,  
111 also ist e super Idee, klar.

112 I: Dann würde ich gerne auch ein bisschen konkreter nachfragen, wie Sie sich das vorstellen  
113 würden bzw. was Sie sich vorstellen können was andere Bewohner auch mitmachen würden.  
114 Ähm, also zum Beispiel, könnten Sie sich vorstellen, dass man dann auch sagt man macht in

115 Haus Weissenburg eine gesamte Etage oder ein Außenwohngruppe die sich speziell mit dem  
116 Thema Sucht beschäftigt, wo eben Leute leben die ein Suchtproblem haben, die dann eben  
117 auch viel mehr zusammen arbeiten als auf der normalen Etage, ähm also es jetzt üblich ist.  
118 Könnten Sie sich sowas vorstellen oder meinen Sie das ist eher Kontraproduktiv?

119 Herr C: Hm, das ist eine schwierige Frage, also das kann man so sehen oder so sehen. Was  
120 natürlich super wichtig ist, ist natürlich das man einen Umgang hat mit Leuten die nichts mit  
121 Drogen zu tun haben, sonst bleibt man ja unter sich. Und dann wird meist nur über Drogen  
122 geredet. Also wäre vielleicht schon gut, wenn es auch 1-2 Leute gäbe die nichts damit zu tun  
123 haben und ein Beispiel sein könnten oder halt Leute die schon länger dabei sind und clean sind  
124 und so eben ein gutes Beispiel sein könnten. Also da müsste man dann ganz genau gucken wie  
125 man die Leute auswählt.

126 I: Aber das ist in Haus Weissenburg ja oft das Problem, also das Leute auf einer Etage landen  
127 die eben beide stark abhängig sind und dann der eine wieder anfängt und der andere  
128 mitgezogen wird. Das kann ja generell in Haus Weissenburg immer passieren.

129 Herr C: Ja, ja klar, da haben Sie recht. Die Leute die finden sich auch einfach. Das ist überall so.  
130 Wenn ich jetzt in ein 100 Einwohnerdorf kommen würde und da wäre ein Typ der abhängig  
131 wäre, der wäre wahrscheinlich der Erste dem ich begegnen würde.

132 I: Wenn Sie sich jetzt aber vorstellen würden, also natürlich alles nur rein theoretisch, Sie  
133 würden auf so einer Station wohnen, also was heißt Station aber sagen wir mal die dritte Etage  
134 wo Sie wohnen ist quasi die Suchtstage. Kann ja auch sein, dass Sie quasi derjenige sind der als  
135 Vorbild dient oder der, ähm es gibt ja ganz viele Begriffe wie man solche Bewohner dann  
136 nenne könnte, also z.B. auch Co Therapeut oder so. Könnten Sie sich denn vorstellen dass Sie  
137 dann auch mit den Leuten so Gruppensitzungen hätten in denen es eben nicht nur ums Haus  
138 und um den Putzplan geht, sondern wirklich um die eigene Sucht und auch  
139 Suchtvergangenheit. Und wo man vielleicht gemeinsam gucken kann wie man mit Suchtdruck  
140 umgehen kann usw. Könnten Sie sich denn vorstellen das in so einer Gruppe zu machen und  
141 dann halt mit der Gruppe mit der Sie ja dann auch auf einer Etage leben? Oder meinen Sie dass  
142 das zu nah wäre?

143 Herr C: Also das ist wieder eine sehr schwere Frage. Also aus dem Stand würde ich sagen, dass  
144 das zu nah wäre. Aber ich hasse es auch einfach über Drogen zu reden. Also wenn mich einer  
145 nach meiner Drogengeschichte fragt dann ist das Gespräch für mich eigentlich beendet. Und  
146 das Ganze ist halt ein langer Lernprozess und ob man sich dabei so gegenseitig unterstützen  
147 kann, das kann ich so nicht sagen. Also ich glaube für mich wäre das schwierig.

148 I: Darum geht es mir ja auch, ich möchte ja einfach erstmal nur Ihren ersten Impuls hören. Und  
149 ihr erster Impuls ist „ne das ist zu nah“.

150 Herr C: Ja, ja, ja also wäre schwierig. Also nicht das ich Angst hätte selber wieder Drogen zu  
151 nehmen, aber ich will das Thema einfach nicht mehr so nah in meinem Leben haben.

152 I: Ja, aber Sie sind ja auch jemand der schon eine Stufe weiter ist als viele andere. Aber dann  
153 stellen Sie sich vor, dass Sie jetzt doch die Entscheidung treffen sich komplett abzudosieren,  
154 also auch vm Subotex und zufällig wird grade in Haus Weissenburg eine Gruppe angeboten wo  
155 man 1 oder 2 Mal die Woche sich mit anderen Bewohnern trifft, wo es dann halt um

156 Rückfallprophylaxe geht, also wo man lernt mit Suchtdruck umzugehen. Könnten Sie sich das  
157 denn vorstellen, daran teilzunehmen?

158 Herr C: Ja, also sicher kann ich mir das vorstellen. Also vor allem wenn ich dann merke dass ich  
159 Suchtdruck habe, dann würde ich das auf jeden Fall machen.

160 I: Gäbe es dann irgendwelche Kriterien die eingehalten werden müssten, damit Sie sagen  
161 würden Sie nehmen da auch regelmäßig dran teil?

162 Herr C: Oh, das weiß ich nicht.

163 I: Also ich meine jetzt sowas ob es für Sie wichtig wäre das sowas auf freiwilliger Ebene  
164 stattfindet und es auch nicht so schlimm wäre wenn Sie mal nicht erscheinen, oder meinen Sie  
165 das ein bisschen Druck Ihnen auch gut tun würde und es dann auch wirklich verpflichtend wäre  
166 wenn man sich da einmal anmeldet.

167 Herr C: Auch wieder schwierig zu sagen. Könnte beides gut sein, weil manchmal ist es auch gut  
168 wenn ich weiß, dass es meine Pflicht ist und das erinnert einen ja auch daran das man ein Teil  
169 von etwas ist. Also das man auch nicht allein auf der Welt ist und das man wichtig ist. Für  
170 andere mag was anderes gelten, die akzeptieren halt überhaupt keinen Druck. Ist halt  
171 schwierig für alle zu sagenn.

172 I: Also meinen Sie auch wieder sehr individuell.

173 Herr C: Ja natürlich. Es würde ja dann wahrscheinlich Konsequenzen geben oder man würde  
174 aus der Gruppe fliegen wenn man nicht erscheinen würde. Bei manchen wäre das  
175 wahrscheinlich angebracht, weil es vielleicht die letzte Chance ist. Bei anderen bei denen das  
176 eben nicht der Fall ist, wäre das vielleicht nicht so gut. Also ich weiß nicht genau.

177 I: Ok, man könnte ja auch wirklich versuchen individuell zu gucken, also das man es erstmal  
178 freiwillig versucht aber wenn derjenige nie ankommt und man merkt es geht wieder bergab,  
179 das man mit dem Einzelnen schon irgendwelche Regelungen trifft.

180 Herr C: Ja, genau nach dem Einzelfall.

181 I: Dann würde ich noch gerne von Ihnen wissen, was Sie meinen wie Haus Weissenburg  
182 generell mit Rückfällen umgehen sollte? Grade auch wenn es so eine spezielle Suchtetage  
183 geben würde, wie sollte dort mit Rückfällen umgegangen werden?

184 Herr C: Auch das ist wieder individuell zu entscheiden. Also ich würd den Leuten schon auf  
185 jeden Fall die Chance geben in die Entgiftung zu gehen. Auch wenn es vielleicht direkt nicht viel  
186 bringt, aber schaden tut es schon mal nicht. Und dann halt gucken ob der vielleicht intensiver  
187 betreut werden müsste. Ob das was bringt. Also es kommt wirklich auf den Einzelfall an.

188 I: Aber Sie meinen jetzt nicht dass es in Haus Weissenburg so sein sollte, das man nach einem  
189 Rückfall direkt rausfliegt.

190 Herr C: Ne, also das würde ja dem Sinn nicht entsprechen. Dann bräuchte man gar keine Leute  
191 aufnehmen die Drogenprobleme haben.

192 I: Ja, da haben Sie recht. Meinen Sie denn auch wenn es so eine spezielle Suchtetage gäbe, das  
193 es förderlich wäre wenn auf dieser Etage auch weiterhin Alkohol erlaubt ist.



- 194 Herr C: Puh (-) gute Frage. Also wenn man es verboten wäre, würde der eine oder andere  
195 wahrscheinlich trotzdem trinken. Es kommt halt drauf an. Wenn da auch Leute sind die ein  
196 Alkoholproblem haben dann sollte man lieber keinen Alkohol trinken. Aber Alkohol und  
197 Drogen sind eben total verschiedene Sachen. Also an sich finde ich es schon in Ordnung wenn  
198 man was trinken darf, es sei denn das es zum Problem wird. Das merkt man ja. (--) Also eher  
199 das mit dem Alkohol etwas lockerer handhaben. Und dann kann man ja auch unterscheiden,  
200 also das z.B. harter Alkohol nicht erwünscht ist.
- 201 I: Aber generell finden Sie es schon gut, dass Sie selbstbestimmt entscheiden können ein  
202 legales Suchtmittel zu konsumieren?
- 203 Herr C: Ja, das würde ich schon sagen. Weiß auch eben nicht ob es so großen Sinn hätte das zu  
204 verbieten, weil es dann wahrscheinlich trotzdem konsumiert werden würde.
- 205 I: Ok. Ähm, wenn es jetzt so ne Gruppe gäbe an der Sie auch teilnehmen, fänden Sie das gut,  
206 wenn das von dem selben Sozialarbeiter betreut werden würde, also in Ihrem Fall dem Herrn  
207 Y., der halt für alle Ihre anderen Belange zuständig ist wie Schulden und sowas, oder meinen  
208 Sie es ist besser wenn das getrennt voneinander ist. Also wenn man wirklich die Sucht als was  
209 eigenes betrachtet.
- 210 Herr C: Ja, das könnte sein, dass das besser ist das getrennt voneinander zu betrachten. Also  
211 wenn man über Sucht spricht fühlt man sich schnell wieder wie ein Fixer und es ist halt  
212 generell was worüber man nicht gerne spricht und das das dann wirklich bei jemand anderem  
213 wäre, wäre wahrscheinlich schon besser. Also Herr Y wäre dann ja wahrscheinlich eh über alles  
214 informiert, aber wenn er auch für die Sucht Hauptansprechpartner wäre, könnte das Barrieren  
215 schaffen glaube ich. Ich glaube nicht, dass ich ihm die volle Wahrheit sagen würde wenn es um  
216 die Sucht geht.
- 217 I: Ok. Also das die beiden miteinander kommunizieren und eine Schweigepflichtsentbindung  
218 gegenüber haben, sollte klar sein. Aber Sie meinen generell sollten das zwei verschiedene  
219 Personen sein.
- 220 Herr C: Ja genau.
- 221 I: Ähm, die meisten Sachen habe ich Sie jetzt eigentlich schon gefragt. Eher noch ein paar  
222 kleine Fragen. Einmal würde ich gerne wissen wie Sie generell zu UKs in Haus Weissenburg  
223 stehen würden?
- 224 Herr C: Ähm (.) Also wenn die regelmäßig gemacht werden würden fände ich das nicht so  
225 schlimm, kommt natürlich auch drauf an auf was getestet werden würde. Aber der logistische  
226 Aufwand ist natürlich enorm und auch sonst ist das ja eher eine unangenehme Geschichte.  
227 Und ob dann die Ergebnisse richtig sind, ist auch nochmal ne andere Sache. Also vielleicht auf  
228 der Suchtetage, dann hätte man wirklich Fakten und müsste sich nicht auf das Verlassen was  
229 die erzählen...
- 230 I: Aber meinen Sie denn die Leute würden sich dann immer noch genau so wohl fühlen in Haus  
231 Weissenburg?
- 232 Herr C: Das glaube ich weniger. Der UK Tag wäre bestimmt immer mit Stress verbunden, weil  
233 natürlich viele versuchen würden ihre UK irgendwie zu fälschen, es gibt da ja immer irgendeine

234 Möglichkeit. Also das ist schon eine sehr spezielle Sache. Und vor allem müsste man dann ja  
235 auch erstmal überlegen, wie wird dann damit umgegangen. Also was macht man wenn was  
236 positiv ist. Also ich weiß auch nicht ob man das unbedingt braucht um herauszufinden ob  
237 jemand Drogen nimmt. Das kann man glaube ich auch ohne die UK. Und ich weiß einfach nicht  
238 ob das den logistischen Aufwand Wert wäre. Sagen wir mal so.

239 I: Ok. Können Sie mir denn auch noch kurz sagen, was Sie jetzt besonders an Haus  
240 Weissenburg schätzen? Also ob Sie sich überhaupt wohlfühlen und wenn ja warum.

241 Herr C: Also natürlich, ich schätze das hier sehr. Das ist natürlich für einen Erwachsenen  
242 wirklich hart sich einzugestehen ich bin obdachlos und ich muss mir jetzt von Leuten sagen  
243 lassen was ich zu tun und was ich zu lassen habe. Hatte ich jetzt eben erst wieder mit Herrn Y,  
244 der gesagt hat ich muss jetzt da und da einen Termin machen und ansonsten hat es  
245 Konsequenzen. Da muss man natürlich erstmal mit umgehen können. Ja aber grundsätzlich,  
246 also ich bin ja auch hierhin gekommen ohne irgendwas zu haben und dafür ist das hier echt  
247 fast schon zu schön. Also zum einen ne super Küche, Waschmöglichkeit und all das. Also  
248 deswegen, das ist schon echt toll. Und im großen und ganzen hat man hier ja auch die Freiheit  
249 ziemlich so dass zu tun was man möchte, außer natürlich keine Sachen die illegal sind oder  
250 gegen irgendwelche Regeln verstoßen. Aber die Regeln sind ja völlig in Ordnung. Und hier auf  
251 der Etage sind ja auch 6 komplett unterschiedliche Menschen die hier friedlich zusammen  
252 leben, das würde glaube ich in einer normalen WG mit dieser Konstellation weitaus nicht so  
253 gut funktionieren. Und das man hier eine echte Perspektive hat und man bei allem Hilfe und  
254 Unterstützung bekommt, also auch z.B. bei der Wohnungssuche und so. Und das wird bei mir  
255 auch so kommen, also wenn ich das jetzt durchziehe dann werd ich das schaffen und das find  
256 ich schon alles echt super und bin echt begeistert davon. Also was besseres hätte mir gar nicht  
257 passieren können.

258 I: Das klingt ja schon mal alles gut ((lacht)) Bei soviel Lob, gibt es denn auch irgendwas was Sie  
259 bemängeln würden, bzw. was Sie verändern würden wenn Sie der Bestimmer ((schmunzelt))  
260 wären?

261 Herr C: Was ich verändern würde... Gute Frage... Also ich weiß nicht.. Mir fällt jetzt wirklich  
262 nichts ein. Also man könnte vielleicht die Onlineversorgung noch etwas besser ausbauen, aber  
263 auch das hätte wieder Nachteile, das Internet ist ja auch so ne Schlangengrube, also damit  
264 würden wahrscheinlich wieder neue Probleme entstehen. Also eigentlich reicht das alles so.  
265 Und sonst fällt mir jetzt grade wirklich auf Anhieb so nichts ein.

266 I: Wenn Ihnen auf Anhieb so nichts einfällt, dann ist das nicht schlimm ((lacht))

267 Herr C: Wobei ich natürlich auch nicht alles kenne. Aber das was ich kenne finde ich schon  
268 klasse.

269 I: Ok. Damit bin ich jetzt alle Fragen die ich hatte durchgegangen, das wäre es also Herr C.  
270 Dann bedanke ich mich ganz herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben und sich mir zur  
271 Verfügung gestellt haben.

272 Herr C: Sehr gerne, ich hoffe ich habe Ihnen weitergeholfen.

273 I: Das haben Sie, a uf jeden Fall! Dann wünsche ich Ihnen jetzt erstmal noch einen schönen Tag!

## Anhang

- 274 Herr C: Ja, wünsch ich Ihnen auch! Tschüß!
- 275 I: Vielen Dank! Tschüß

## Anhang

### Interview 4

ID IW04

Interviewer GT

Pseudonym Herr D

Datum 17.05.2017

Zeit 10:00 – 11:30

Dauer 90 Minuten

Bemerkungen keine besonderen Auffälligkeiten

1 I: Ich hatte Ihnen ja schon gesagt, dass ich Sie als erstes Frage bzw. Sie nur ganz kurz sagen wie  
2 so Ihre eigene Suchtgeschichte ist. Also wann Sie grob angefangen haben, bzw. seit wie vielen  
3 Jahren Sie abhängig sind und was mir noch wichtig, wie viel Therapieerfahrung Sie schon  
4 gemacht haben bzw. ob Sie schon in anderen Einrichtungen gelebt haben.

5 Herr D: Ja gut (--). Dann können wir loslegen?

6 I: Ja genau, legen Sie ruhig einfach los!

7 Herr D: Also ich bin ja jetzt im 52. Lebensjahr, habe als über 30 Jahre Suchterfahrung, hab mit  
8 15 angefangen zu kiffen, mit 17 Heroin und bin dann (.) hab dann immer auch zwischendurch  
9 getrunken. Hatte dann auch so Phasen wo es dann mal besser wurde, aber dann so ab 25 so im  
10 Prinzip ging es dann steil bergab. Seit meinem 25. Lebensjahr habe ich praktisch immer  
11 durchkonsumiert oder im Gefängnis gesessen oder in einer Maßnahme gesessen. Also blick ich  
12 auf eine rund 30 jährige Suchtkarriere zurück. Wobei ich am meisten Opiate konsumiert habe,  
13 aber natürlich bei so nem langem Zeitraum sind auch andere Sachen dabei gewesen.  
14 Hauptsächlich war es aber wirklich Heroin. Ja (.) Ich hab vier Therapien gemacht insgesamt,  
15 also stationäre Langzeittherapien jeweils immer über 6 Monate und habe ich alle immer zu  
16 Ende gemacht. Bei allen war auch im Anschluss daran auch in der Adaption zwischen 3 und 6  
17 Monate. Da kommen dann ja auch schon ein paar Jahre Therapieerfahrung zusammen.

18 I: Und dann sind Sie aber nach den Adaptionen immer sofort rückfällig geworden oder haben  
19 Sie dann auch längere Cleanzeiten mal gehabt?

20 Herr D: Ich hab, ähm, nach meiner ersten Therapie war ich 2,5 Jahre clean und nach meiner 2.  
21 Therapie war ich 3 Jahre clean und wenn ich clean sag dann mein ich auch clean, da hab ich  
22 noch nicht mals ein Glas Bier getrunken. Ähm, und (.) nach der dritten und vierten da war ich  
23 relativ schnell danach rückfällig. Ja also, ich weiß nicht warum aber in so Konzeptdingern, ich  
24 funktionier da echt gut. Also ich bin nicht der Typ das ich schon während der Maßnahme  
25 scheiße baue, ich will das dann immer zu Ende bringen, manchmal hat man ja auch die Justiz  
26 im Rücken, und dann, dann wenn das dann abgeschlossen ist mit den Therapien, also je nach  
27 dem also wie gesagt bei der letzten und vorletzten war ich dann relativ schnell im Anschluss  
28 danach wieder rückfällig. Ja.

## Anhang

- 29 I: Waren das alles 35er Therapien oder auch freiwillige?
- 30 Herr D: Also zwei waren 35er und zwei waren im Prinzip freiwillig, also aus der Not heraus.
- 31 I: Ok. Das heißt man kann eigentlich zusammen fassen, dass Sie ziemlich viel Erfahrung haben,  
32 es auch immer wieder für längere Zeiten geschafft haben clean zu leben, aber eben nicht  
33 langfristig. Wobei 2,5 und 3,5 Jahre sind ja schon langfristig, aber eben nicht für immer.
- 34 Herr D: Genau ((lacht)) Nicht so ganz lang. Aber ja, ist schon richtig.
- 35 I: Ja, aber es kann ja auch einfach sein, dass das Ihr Lebensmodell ist. Mit dem Sie, also ich weiß  
36 nicht, sind Sie damit zufrieden oder wären Sie lieber jemand der es schaffen würde komplett  
37 clean zu sein für immer und ewig ((schmunzelt))?
- 38 Herr D: ((lacht)) Also ich strebe nach wie vor eine Vollabstinenz an, hab mich natürlich aber  
39 inzwischen auch ein Stück weit arrangiert. Weil ich bin (.) in der Vergangenheit oft so ein  
40 Frakturmensch gewesen, also will immer alles in relativ kurzer Zeit schnell durcharbeiten, also  
41 ich mein ich war bestimmt 20 Mal in der Entgiftung. Und das bringt aber auch nichts, erst  
42 machste Nägel mit Köpfen was ja ganz schön ist, aber wenn du wieder raus kommst fängt alles  
43 wieder von vorne an. Ja, deswegen ist das halt nicht so einfach mit der Abstinenz.
- 44 I: Ja, vor allem dann wahrscheinlich die Integration in den Alltag, also wie Sie ja auch schon  
45 gesagt haben, in so Maßnahmen bzw. in der Klinik ist alles gut, aber sobald Sie wieder im  
46 normalen Alltag sind und die normalen Alltagsprobleme haben, wie z.B. Trennung von der  
47 Freundin, Stress auf der Arbeit oder so, dann... (.)
- 48 Herr D: Ja das seh ich noch ein bisschen anders, wenn ich das mal kurz sage darf, bei mir (.),  
49 also das ist ja so, dass man in der Therapie ja so Rückfallprophylaxetrainings kriegt, haben Sie  
50 vielleicht schon mal gehört, da wird man vorbereitet. Also ich leb jetzt clean und die Freundin  
51 trennt sich von mir oder die Oma stirbt, aus meiner Erfahrung raus das sind Dinge mit denen  
52 kann man noch relativ gut umgehen, weil das sind große Geschichten, wo ich sofort weiß da  
53 kommt jetzt ne riesen Welle und ich muss auf mich aufpassen. Wo ich in der Vergangenheit  
54 gescheitert bin, also ich hatte mehr Schwierigkeiten mit den Kleinigkeiten, also ich bin dann  
55 zum Beispiel mal ein bisschen nachlässiger geworden, also dann war ich ne Zeit clean und hast  
56 dann 14 Stunden gearbeitet, dann bist du halt nicht mehr zum Sport gegangen. Dann haste in  
57 der nächsten Woche, also deine Cleangruppe und bist nicht hingegangen. Und in der Woche  
58 drauf hast du dein erstes Bier getrunken. Alles für sich genommen sind das Kleinigkeiten, aber  
59 meiner Erfahrung nach ist die Summe dieser Kleinigkeiten, die Dinge die man so missachtet,  
60 die haben mich dann letztendlich auch zu Fall gebracht. Wissen Sie?
- 61 I: Ja, das klingt total nachvollziehbar.
- 62 Herr D: Ja, man überblickt das dann halt nicht mehr. Das halt so Kleinigkeiten, da meinst du  
63 stehst drüber, lebst ja auch schon länger abstinent, da unterschätzt man glaub ich die Gefahr.  
64 Und da muss ich Ihnen an dem Punkt auch noch eine Sache sagen, das find ich wirklich sehr  
65 wichtig, in meiner zweiten Therapien, vielleicht greif ich jetzt ein wenig vor tut mir leid, in  
66 meiner zweiten Therapie da hat man mir beigebracht (.) Ich weiß nicht, Sie kennen ja bestimmt  
67 so ein bisschen die verschiedenen Therapiekonzepte, da wird ja immer Anamnese und so  
68 gemacht, also da hat man dann immer geguckt was haste da (.) keine Ahnung (.) bist vom  
69 Wickeltisch gefallen oder deine Mama hat dich noch mit 18 gebadet oder so, ja da wurd dann

70 immer geguckt warum macht der das und der Nachteil bei diesen Geschichten ist halt, dass das  
71 grundsätzlich immer negativ behaftet ist. Entweder was traumatisches in der Vergangenheit  
72 oder oder oder. Und in meiner zweiten Therapie da war das dann halt so, da haben die gesagt  
73 „Vergiss das alles mal, was machste gerne? Wo hast du Spaß dran?“ Ich hab dann gesagt ich  
74 male gerne. Dann haben die mir nen 20er gegeben und gesagt ich soll mir mal Farbe, Pinsel  
75 und so holen und haben gesagt, sie möchten gerne ein Bild im Flur an der Wand haben und ich  
76 soll mir dazu mal was überlegen. Und das war für mich halt was total positives. Und das sind  
77 für mich einfach zwei grundsätzlich verschiedene Denkansätze. Wobei ich einfach gemerkt  
78 hab, das hat mir richtig gut getan wenn ich einfach mal wieder so in das Leben wieder reingehe  
79 und vor allem erkenne ich dann dabei, das ist ein lebenswertes Leben. Das macht mir Spaß.  
80 Und das hat bei mir dann den Effekt gehabt das das mit dem Konsum sekundär geworden ist.  
81 Automatisch einfach in den Hintergrund, weil ich mir ein lebenswertes Leben geschaffen hab.  
82 Für Außenstehenden sieht das gleich aus – da ist jemand der konsumiert nicht. Aber glauben  
83 Sie mir, für mich ist das ein riesen Unterschied ob ich mir das jeden Tag verbiete und ich jeden  
84 Tag einen Kampf ausführe in mir selbst, oder ob ich drüber stehe und mich das nicht tangiert.  
85 Und dieses Konzept halte ich für mich und eigentlich auch für viele meiner Mitsüchtigen, halte  
86 ich das für den einzig wahren Weg langfristig clean zu bleiben. Und das mein ich auch in Bezug  
87 auf Haus Weissenburg, wenn da jetzt irgendwelche Repressalien eingeführt werden, das  
88 würde nichts bringen. Ich habe jetzt in Haus Weissenburg, ich bin ja jetzt auch schon drei Jahre  
89 hier, diese eher lange Leine sag ich mal, die da gegeben wird, hat mir sehr gut getan. Bislang.  
90 Ja, also deswegen, ich weiß nicht ob man in Haus Weissenburg etwas konzeptionell verändern  
91 sollte um den Leuten da mit ihrer Sucht, also das man da noch besser dran kommt. Ich bin  
92 davon überzeugt man sollte jedem Suchtkranken helfen, dass er ein lebenswertes Leben für  
93 sich selbst auf die Beine stellt. Ich kann Ihnen da keine andere Antwort zu geben ((lacht)). Ich  
94 weiß nicht ob ich mich verständlich machen konnte!

95 I: Doch, total, ich kann das total gut nachvollziehen und find das super was Sie sagen. Und find  
96 das auch gut was Sie sagen!

97 Herr D: Ok gut, ich musste das mal loswerden ((lacht))

98 I: Ja, ja, ich mein natürlich (.) Man muss ja dazu sagen, dass Sie jemand sind der schon sehr viel  
99 Erfahrung hat und eben genau weiß, wie Sie ja grade auch schon gesagt haben, wie Sie zum  
100 Beispiel beim Tod Ihrer Oma damit umgehen oder wenn Sie Suchtdruck haben, haben Sie für  
101 sich selber Strategien entwickelt was Ihnen hilft wie Sport machen oder kalt duschen oder was  
102 auch immer, ähm, um eben dem entgegen zu wirken. Und ich denke auch dass Sie davon  
103 manche Tricks auch immer noch anwenden, halt mal mehr und mal weniger,.

104 Herr D: Ja, meist eher weniger ((lacht)) Ich bin ja auch in Substitution, das war ja damals eine  
105 Auflage von Haus Weissenburg, ich weiß nicht ob Sie das wissen, ich bin ja so eine Art  
106 Quereinsteiger. Also ich hatte ja noch eine eigene Wohnung bevor ich hier aufgenommen  
107 wurde.

108 I: Achja, aber Sie hatten Sorge wieder komplett abzustürzen.

109 Herr D: Ja genau und ich habe halt keine Therapie mehr gezahlt bekommen und so war Haus  
110 Weissenburg damals die Notlösung, was sich ja als das Beste für mich herausgestellt hat. Also  
111 ich muss schon sagen, dass ich am Anfang schwer rückfällig war. Aber das hat sich dann nach  
112 ein paar Monaten eingependelt, ja eigentlich bis heute. Also ich konsumiere kein Heroin, schon

113 lange lange nicht mehr. Kann ich mir auch auf die Schulter klopfen. Aber der Herr D trinkt  
114 jeden Tag Bier und der Herr D raucht sich oft abends ein Pfeifchen, ne und das stört mich  
115 einfach auch. Das ist ja auch ne Sucht, klar, und mich stört nicht das ich das generell mache,  
116 mich stört das ich das täglich mache und nicht sein lassen kann. Also weiß ich, der Weg ist  
117 noch nicht zu Ende.

118 I: Und was ist jetzt Ihre Überlegung? Wieder in die Entgiftung zu gehen? Also gegen Cannabis  
119 und gegen Alkohol?

120 Herr D: Ja also, also erstmal (.) Ja, also ich hab ja grade gesagt das stört mich, aber den  
121 Gedanken mit nie mehr kiffen und nie mehr trinken, das schieb ich jetzt alles erstmal von mir.  
122 Ja, also ich will mir die Ziele jetzt nicht so hochstecken. Ich hab jetzt gesagt, dieses tägliche  
123 konsumieren dass stört mich. Das will ich irgendwie abstellen. Zumal, ich möchte ja beruflich  
124 schon noch was machen. Hab jetzt letztes Jahr noch meinen Ausbilderschein gemacht und so  
125 und wenn ich trinke, dann brauch ich nicht überlegen als Ausbilder zu arbeiten. Das bringt gar  
126 nichts. Da müssen gewisse Voraussetzungen geschaffen werden. Klar schlagen da irgendwie  
127 zwei Herzen in meiner Brust, klar würd ich auch gerne Party machen und so. Aber meine  
128 Vernunft sagt dann auch irgendwie ‚bringt ja alles nix‘, bisschen muss ich auch auf die Füße  
129 kommen. Und wenn ich aber merke, also das ist ja ein Wunsch der bei mir selber erwachsen  
130 ist, das ist ja nicht der Herr Y (Mitarbeiter Sozialdienst HWB), also und das ich jetzt merke, dass  
131 ich für mich die Entscheidung treffe in die Entgiftung zu gehen weil ich mir diesem täglichen  
132 Konsum nicht mehr zufrieden bin, da merke ich ja das ich auf dem richtigen Weg bin, also ich  
133 schraub meine Erwartungen halt auch zurück.

134 I: Klar, dann kann man sich selber ja auch nicht so enttäuschen.

135 Herr D: Ja genau. Ich seh halt auch keinen Anlass meinem Sozialarbeiter die Hucke vollzulügen,  
136 also aus dem Alter bin raus, ich bin da doch recht transparent. Der Herr Y weiß ziemlich gut  
137 was bei mir los ist, ja und das find ich echt auch ok. Also ich muss sagen da hab ich echt Glück  
138 gehabt, also das sind ja alles sehr kompetente Menschen.

139 I: Ich weiß dass der Herr Y mit Ihnen da schon mal drüber gesprochen hat, aber es gibt ja das  
140 Konzept „Kontrolliertes Trinken“. Ich weiß nicht wie weit bzw. was Sie darüber wissen, aber  
141 wenn man sich jetzt vorstellt das es sowas als offizielles Angebot in Haus Weissenburg gäbe wo  
142 einmal oder zweimal die Woche alle Interessierten sich quasi zusammen setzen und eben  
143 dieses Konzept für sich erarbeiten. Also das gehören ja so Sachen zu wie Trinktagebücher, das  
144 man dann eben auch in der Gruppe sitzt und darüber spricht und eben auch sagt an dem  
145 Abend hab ich das überschritten was ich mir vorher vorgenommen habe, ähm, und das man  
146 dann eben gemeinsam überlegt warum das so ist. Könnten Sie sich sowas vorstellen oder  
147 würden Sie sagen sowas ist in Haus Weissenburg zuviel und ist da fehl am Platze.

148 Herr D: Also ich kann mir das gut vorstellen sogar. Ich denke es trinkt ja fast jeder der in Haus  
149 Weissenburg lebt, also jeder vielleicht nicht aber der Großteil trinkt ja schon. Ich seh das, also  
150 grundsätzlich ist das ne gute Sache, also der Herr Y hat das ja mit ein paar Leuten gemacht,  
151 also aber nicht in ner Gruppe. Und naja, ich hab dann schon mitbekommen, dass die  
152 angefangen haben zu flunkern. Also die haben das dann gemacht um dem Herrn Y zu gefallen.  
153 Und dann sind wir wieder am Anfang. Also der Bewohner muss den Umstand selber wollen.  
154 Also wenn man jetzt sagt da muss jeder hin, dann macht das natürlich jeder aber dann lügen

155 die einem da die hucke voll, dann ist man da halt auch nicht mit dem Herzen dabei. Das wäre  
156 dann vergebene Liebesmüh.

157 I: Also Sie meinen wenn dann muss es auf freiwilliger Basis sein für die die es halt wirklich  
158 wollen.

159 Herr D: Ja genau, weil alle anderen die es nicht wollen, da reden Sie sich nur den Mund fusselig  
160 und das ist einfach nur Energieverschwendung. So seh ich das.

161 I: Ok. Aber Sie für sich könnten schon sagen, dass Sie das für sich nutzen könnten? Also es gibt  
162 ja auch zum Beispiel Programme für kontrolliertes Kiffen.

163 Herr D: Ja, schön das wir drüber reden ((lacht)) Also ich kann mir das sehr gut für mich  
164 vorstellen, aber muss jetzt auch wieder einschränkend sagen, ich bin über diese  
165 Dokumentationsgeschichte, ich weiß nicht wie gut Sie das Programm kennen, aber man soll ja  
166 am Anfang erstmal alles dokumentieren, das find ich im Übrigen sehr gut, dann hat man das  
167 mal schwarz auf weiß, und dann guckt man nach einer gewissen Zeit, also dann stellt man sich  
168 so Aufgaben, also zum Beispiel mal zwei Flaschen weniger die Woche oder so. Und ich bin über  
169 das Dokumentieren nicht hinaus gekommen, also ich bin dann recht schnell mit dem Alkohol  
170 an meine Grenzen gekommen und mit dem reduzieren ging anscheinend nicht. Also wenn ich  
171 zum Beispiel nicht arbeiten gehe, dann geh ich vormittags zum Abschlucken, so dass ich so um  
172 11:30 da rauskomme und dann trifft man da ein, zwei Leute und dann trinkt man schon sein  
173 erstes Bier. Also ich trink dann höchstens 1 oder 2 Bier, also ich sauf mir da nicht die Hucke zu,  
174 aber dann hat man mittags um 12 schon sein erstes Bier intus. Und das stört mich so  
175 unwahrscheinlich, aber ich kriegs halt echt auch nicht so gut weg. Und da komm ich wirklich an  
176 meine Grenzen. Also ich glaub dieses mit den Trinktagebüchern und dem kontrollierten  
177 Trinken ist echt ne gute Sache, aber man muss halt auch dran bleiben. Deswegen muss ich jetzt  
178 halt erstmal in eine Entgiftung und glauben Sie mir, ich freu mich da nicht drauf. Ist so ekelig  
179 mit den anderen Leuten ein Zimmer zu teilen, ich hab da jetzt schon so einen Horror vor, aber  
180 egal, das ist ja jetzt nicht Thema. Naja.

181 I: Jetzt würd ich gerne bei ein paar Fragen ein wenig konkreter werden. Alles was Sie bisher  
182 gesagt haben ist wirklich super, was ich auch sehr gut verwenden kann.

183 Herr D: Ja Prima, das freut mich.

184 I: Jetzt auch die Frage, ich glaube da muss man dann aber auch ein bisschen an die anderen  
185 Denken, weil Sie in vielen Dingen ja tatsächlich der Quereinsteiger sind und eben in vielen  
186 Dingen auch ein Einzelfall weil Sie schon so viele Erfahrungen gemacht haben, grade auch im  
187 Bereich von Therapie. Und vor allem auch jemand sind der sich selbst sehr gut reflektieren  
188 kann. Und das betrifft ja nicht alle Menschen, die in Haus Weissenburg leben. Da sind ja ganz  
189 viele die gar keine Therapieerfahrung haben, die eben nie in Therapie ankommen, die das für  
190 sich selber eben überhaupt nicht vorstellen können. Ähm, und meine Überlegung ist nun, bzw.  
191 wie würden Sie das einschätzen, wenn man jetzt zum Beispiel eine Gruppe anbieten würde  
192 zum Thema Rückfallprophylaxe für Leute die noch nie an sowas teilgenommen haben und  
193 sowas auch überhaupt nicht kennen. Da würde man dann die klassischen Dinge lernen, wie  
194 zum Beispiel das Notfallköfferchen oder so. Also wenn das jetzt angeboten werden würde,  
195 alles auf freiwilliger Basis für Bewohner die sich das vorstellen können. Die Frage die ich direkt



196 dranhängen würde, ob Sie meinen das man sowas wirklich in einem Gruppenangebot machen  
197 könnte, oder ob es in Haus Weissenburg besser wäre sowas in Einzelgesprächen zu erarbeiten.

198 Herr D: Ja also ich würde das in einer eher kleinen Gruppe machen, nicht in Einzelarbeit weil  
199 der Austausch ist wichtig, das zum einen. Also ich würd das in so Kleingruppen machen also 5-8  
200 Leute und was ich glaub ich dabei machen würde, also das wär so'n (.) Herr D.  
201 [Textüberschneidung I: ((lacht)) Also so eine Art Co-Therapeut?] Ne, das nicht. Aber jemand  
202 der schon etwas Ahnung hat. Also wissen Sie was ich meine? Das wirkt dann authentischer.  
203 Wenn da jemand dabei sitzt der das durchlebt hat und der das auch praktisch so ein bisschen  
204 nahebringen kann. Das kriegt dann mehr Substanz, also aus meiner Sicht. Also ich mein so  
205 Exuser sind ja überall am Arbeiten. Also, ja so würd ich das machen. Also ich persönlich würd  
206 es nicht gerne machen wollen. Aber eben schon jemand der Therapieerfahrung hat, der dann  
207 auch ein bisschen eloquent ist. Das halt ich für sehr hilfreich.

208 I: Und an sich könnten Sie sich aber auch vorstellen, also nicht vielleicht Rückfallprophylaxe,  
209 weil Sie davon schon genügend Ahnung haben, aber generell freiwillige, ich muss immer  
210 betonen freiwillige, Gruppenangebote zu irgendwelchen Themen im Bereich der Sucht,  
211 könnten Sie sich in Haus Weissenburg auch vorstellen? Also dann mit Ihren Mitbewohnern?  
212 Ich mein, Sie kennen das ja aus der Therapie das es da oft ums eingemachte geht und das auch  
213 oft private Themen sind, können Sie sich denn sowas vorstellen mit Ihren Mitbewohnern?  
214 Oder meinen Sie das ist was das kann man in der Therapie machen, aber da weiß man ja auch  
215 das man die Leute meistens nach 6 Monaten nie wieder sieht.

216 Herr D: Ja, ja (--). Also ich weiß ja jetzt nicht wie da die Intention ist... Aber wenn ich jetzt  
217 wirklich an ne Rückfallprophylaxegruppe denke für Leute die das noch nie gemacht haben.  
218 Klar, also das könnte ich mir auf jeden Fall vorstellen. Aber wirklich nur freiwillig, also das muss  
219 ich auch immer wieder betonen, nur freiwillig. Also sollte sowas in das feste Programm  
220 aufgenommen werden, weiß ich nicht...

221 I: Ja, das würde ja auch irgendwie die Idee von Haus Weissenburg kaputt machen, also dann  
222 wäre es ja irgendwie kein Haus Weissenburg mehr, sondern eher so wie das Markushaus mit  
223 vielen Verpflichtungen und keinem normalen Alltag mehr.

224 Herr D: Ja genau, und das darf nicht passieren!

225 I: Das sehe ich genauso!

226 Herr D: Ich weiß noch das mich nach der Entgiftung mal ein Sozialarbeiter da unterbringen  
227 wollte, aber die nehmen einem das Geld ab und man kriegt nur Taschengeld und dann darf  
228 man nicht arbeiten gehen, also die scheinen da schon ne ganz schöne Daumenschraube zu  
229 haben. Das hat schon eher so Therapietouch.

230 I: Genau, und das soll eben in Haus Weissenburg nicht passieren. Das ist bestimmt für  
231 manchen Menschen das richtige, aber für den Großteil der Bewohner von Haus Weissenburg  
232 meiner Meinung nach eben nicht. Die meisten die hier leben wollen eben nicht diese feste  
233 Stellschraube, sondern die meisten wollen Arbeiten, ihren Alltag weiter leben und das ist eben  
234 dort nicht möglich. Und dann ist es wie nach einer Therapie, man kommt aus dem Haus raus  
235 und dann sitzt man da wieder in seinem Alltag. Und das finde ich in Haus Weissenburg das  
236 Gute, dass man ja schon seinen normalen Alltag leben kann. Klar ist das nochmal ein Bruch  
237 wenn man in die eigene Wohnung zieht und dann alleine ist, aber ich glaube schon dass man in

238 Haus Weissenburg schon mehr auf das richtige bzw. normale Leben „vorbereitet“ wird, weil  
239 man ja die ganze Zeit schon seinen normalen Alltag lebt. Oder meinen Sie nicht?

240 Herr D: Ja absolut, da rennen Sie bei mir offene Türen hat. Bevor ich hier eingezogen bin  
241 wusste ich überhaupt nicht, dass es überhaupt sowas gibt was so ein Konzept gibt. Das wusste  
242 ich vorher gar nicht. Und ich hab Ihnen ja auch schon zu Beginn des Gesprächs gesagt, diese  
243 eher längere Leine, also ich mein das dauert halt auch länger bei mir, aber wenn du 30 Jahre  
244 drauf bist kannst du ja nicht in 2 Tagen clean werden. Aber diese lang gelassene Leine und mir  
245 erstmal freie Hand zu lassen mein Leben wieder selber auf die Beine zu stellen, hat mir richtig  
246 gut getan. Und normalerweise ist das ja auch nach Therapien oder Entgiftungen so, da kommt  
247 man dann raus und sieht plötzlich alles ganz klar, quasi wie son Scheibenwischer und man sieht  
248 die Scherben des eigenen Lebens und das ist komplett tödlich. Da geht's dann wieder von  
249 vorne los. Und das ist in Haus Weissenburg anders. Hier kann ich erstmal langsam Monat für  
250 Monat meine Substitut runter schrauben und wenn ich dann in die Entgiftung gehe, dann habe  
251 ich vorher mein Leben schon klar gesehen und vor allem kann ich mein Leben auch danach  
252 erstmal wieder normal weiter leben.

253 I: Genau, ich denke eben das dies genau die Chance ist die man in Haus Weissenburg haben  
254 kann, also so eine gute Mischung. Man hat absolute Freiheiten und kann sein eigenes Leben  
255 führen und man kann auch sagen, ne ich will mich momentan absolut nicht mit meiner Sucht  
256 beschäftigen und ich will jetzt grade jeden Tag trinken, was ja in Haus Weissenburg, solange  
257 man sich an ein paar gewisse Regeln hält, funktionieren kann. Aber andererseits wenn man  
258 eben sagt dass man was verändern möchte aber eine Therapie nicht durchhalten würde, oder  
259 eben weiter arbeiten möchte oder Kinder hat die man weiterhin regelmäßig sehen will oder  
260 oder oder, dass man dann aber sagen kann für genau solche Leute bieten wir was in Haus  
261 Weissenburg an.

262 Herr D: Ja das find ich super. Aber ist dann denn alles theoretisch oder haben Sie da konkret  
263 was vor?

264 I: Ne, dass ist erstmal alles theoretisch ((lacht)), das ist ja jetzt erstmal meine Masterarbeit. Ich  
265 fänds natürlich super wenn das irgendwann umgesetzt werden kann, aber da bin ich leider  
266 nicht entscheidungsbefugt ((lacht)). Aber dann hätte ich auch direkt noch eine andere Frage,  
267 ähm, wenn man so ein Konzept wirklich entwickelt, kann man das ja auf ganz viele  
268 unterschiedliche Art und Weisen machen und eine Überlegung wäre eben auch, ok wir  
269 machen eine Etage oder eben eine Außenwohngruppe, wo man das eben erstmal nur umsetzt.  
270 Also wenn es Leute in Haus Weissenburg gibt die sagen, ok, ich kann mir das Vorstellen, ich will  
271 an meiner Sucht arbeiten, dann ziehen die quasi in diese Außenwohngruppe oder auf diese  
272 Etage, wie auch immer. Also das dann quasi die Suchtstation. [Textüberschneidung Herr D: Die  
273 Drogenabteilung also] Ja quasi (.) Und da hat man dann die Therapiestunden bzw. nicht  
274 Therapiestunden, aber eben diese Gruppenangebote und so. Fänden Sie sowas gut oder  
275 fänden Sie das besser wenn das ganz offen wäre und von jeder Etage oder jeder  
276 Außenwohngruppen könnten die Leute teilnehmen. So wie sich der Heimrat in der Cafeteria  
277 trifft würde sich dann eben die Suchtgruppe oder Rückfallgruppe oder Kontrolliertes Trinken  
278 Gruppe oder wie auch immer einmal die Woche treffen.

279 Herr D: (--) Hm, sagen wir mal so. Ich würd vielleicht erstmal so Cafe mäßig anfangen und mal  
280 sagen wir machen das jetzt mal ein halbes Jahr oder ein Jahr und wenn man dann merkt, das

281 läuft gut und da sind welche die wollen da noch mehr, das man die dann zusammen legt  
282 irgendwie. Weil meine Erfahrung sagt mir, das wenn es ne spezielle Etage gibt wäre das ganz  
283 schnell die „Hubschrauber“ Abteilung. Ne, das wird dann so diskriminiert, so runtergejubelt.  
284 Deswegen würd ich erstmal nicht den Wohnraum mit dem Konzept anbieten, sondern erstmal  
285 begleitend ambulant und dann mal gucken. Das wird sich ja relativ schnell herauskristalisieren,  
286 wer kommt da, wer kommt da nicht. Kriegen wir ne gute Gruppe zusammen und dann kann  
287 man ja auch sich vielleicht was überlegen. Und ganz ehrlich, also Außenwohngruppe ist halt  
288 schwierig. Also ich hab immer das Gefühl das man in einer Außenwohngruppe weit mehr  
289 Verantwortung für sich selbst haben muss. Das ist ja auch oft so, wenn du dann einen hast in  
290 der Gruppe der dann nicht mehr mit spielt, der sich das anders überlegt, der kippt dann um  
291 und dann ist das in einer Außenwohngruppe echt schwierig. Also ich hatte den Fall ja auch  
292 schon zwei mal, ne und das ist dann echt schwierig.

293 I: Also ich hatte zum ersten was Sie gesagt haben, also das es dieses Außenseitercharakter  
294 bekommen könnte für die Suchtetage, also da wäre mir sofort der Gedanke gekommen, ok  
295 dann muss man eben gucken dass diese andere Etage was besonderes hat, also das man da  
296 eigentlich hin will. Das es zum Beispiel super toll renoviert ist, ein riesen Fernseher oder ne  
297 Dachterrasse oder was auch immer, dass es halt irgendwas gibt was einen Anreiz schafft. Das  
298 man da hin geht.

299 Herr D: Ahh, jaa! Das ist wirklich gut! Guter Denkansatz ((lacht)). Ja!

300 I: Also das könnten Sie sich auch vorstellen, dass das vielleicht eine Idee wäre um dem  
301 vorzubeugen?

302 Herr D: Ja auf jeden Fall! Da sagt man dann halt, ok da haste mehr Programm und du musst  
303 dich mit deiner Sucht beschäftigen, aber dafür haste dann auch deine Annehmlichkeiten, zum  
304 Beispiel ein Schwimmbad im Keller ((lacht)) [Textunterbrechung I: ((lacht)) Oh ja, dann würd  
305 ich auch einziehen)] Ja, auf jeden Fall ein guter Manipulationsansatz, also nicht negativ.

306 I: Ok, dann zum zweiten. Könnte man natürlich überlegen, grade in Außenwohngruppen, ob  
307 man zum Beispiel UKs einführt. Was würden Sie dazu sagen?

308 Herr D: (-- )Joa, was soll ich dazu sagen (.) Also grundsätzlich, ja also ich kann das jetzt wieder  
309 nur für mich sagen. Also mir würde das nichts ausmachen, weil ich bin sehr transparent. Der  
310 Herr Y weiß was ich trinke, der Herr Y weiß das ich kiffe, ja und ok, kann ich auch gerne unter  
311 Beweis stellen. Ja, aber mit UKs... Wofür Uks?

312 I: Naja, wenn es zum Beispiel um eine Außenwohngruppe geht, um eben früh genug merken zu  
313 können, dass einer der Leute grade nicht ehrlich ist und nicht mitspielt, dass man da schon von  
314 Anfang an reagieren kann.

315 Herr D: Aber Frau Schmidt, dann ist es ja eine Clean WG. Worauf Sie hinauswollen, das hatten  
316 Sie vorher ja nicht gesagt. Also es gibt ja durchaus noch Einrichtungen in denen akzeptierend  
317 gearbeitet wird.

318 I: Genau.

319 Herr D: Ja und dann weiß ich nicht was ne UK bringen soll, die dann zeigt das ich abends mal  
320 ein Bierchen getrunken habe. Höchstens halt bei anderen Beikonsum (.) Schwierig ist das.

321 I: Ich tu mich auch mit der Frage sehr schwierig, ich fand bisher auch immer das UKs so einen  
322 total kontrollierenden Charakter haben und bin immer total froh, dass Haus Weissenburg  
323 keine UKs macht.

324 Herr D: Was ich mir gut vorstellen könnte, wenn einer aus dem Ruder läuft, also das Problem  
325 hatten wir ja auch, da ist einer aus dem Ruder gelaufen, der ist in die Entgiftung gegangen,  
326 dann kam der wieder, da war angeblich alles ok. Aber da war gar nichts ok. Das man dann  
327 vielleicht sagt, du bist ausgerutscht, ist kein Problem, gehste in die Entgiftung. Aber kommst du  
328 aus der Entgiftung wieder musst du erstmal regelmäßig, keine Ahnung, vielleicht 3 Monate,  
329 einmal die Woche abpinkeln. Das man das vielleicht so miteinander kombiniert.

330 I: Also das man so individuelle Verträge mit den Bewohnern macht?

331 Herr D: Ja, also ich würds halt nicht von vorneherein machen. Aber wenn halt einer rückfällig  
332 ist und in ne Entgiftung geht und man dann eben sagt, hör mal du kannst gerne wieder  
333 kommen, aber wenn du wieder kommst, stehst du erstmal unter Beobachtung. Einfach auch  
334 nur um die anderen zu schützen.

335 I: Ja, das finde ich eine super Idee.

336 Herr D: Das wichtigste ist ja wirklich der Schutz der anderen. Also ich streite mich ja echt nicht  
337 gerne und zinken erst recht nicht, aber aus reinem Selbstschutz musste ich damals meinen  
338 Mitbewohner leider anschwärzen. Und der ist dann ja auch gegangen.

339 I: Aber das ist ja auch generell was in in Haus Weissenburg, wo wir ja auch drauf angewiesen  
340 sind, dass Sie sich halt tatsächlich selber schützen und mit uns sprechen.

341 Herr D: Ja es hat halt immer so diesen Zinker Anschein, aber im Gegenteil, der Typ von dem ich  
342 grade erzählt hab, der hat dann noch gesagt das es eigentlich gut war und nachher hätten wir  
343 ihn noch tot im Zimmer gefunden oder was auch immer. Manchmal tut man den anderen auch  
344 einen Gefallen damit, obwohl die das im ersten Moment natürlich anders sehen.

345 I: Ok, dann nur nochmal zur Sicherheit obwohl Sie es grade ja eigentlich schon gesagt haben.  
346 Eine richtige Clean WG für Haus Weissenburg können Sie sich nicht vorstellen oder würden Sie  
347 für nicht förderlich halten. Aber meinen Sie denn dass, wenn es diese eigene Etage oder  
348 Außenwohngruppe gäbe, dort Alkohol erlaubt sein sollte wie in Haus Weissenburg?

349 Herr D: Schwierige Frage (-- ) Mhm, da kann ich echt nichts zu sagen (.) Das ist halt auch immer  
350 so ne Gradwanderung, ne? Ich weiß es nicht... Da hab ich keine Antwort drauf.

351 I: Naja, grade wenn es so eine schöne Wohnung mit Dachterrasse ist, dann will man da ja auch  
352 sein Bierchen trinken, ne? ((lacht)).

353 Herr D: Jaa, es hat halt auch einfach so was geselliges. Es ist echt schwierig. Also ich trink ja  
354 selber, aber ich möchte auch nicht jemanden hier haben der von morgens bis abends besoffen  
355 ist. Also vielleicht könnte man ja auch sagen, dass man nach dem Abendessen ein paar Bier  
356 trinken darf, aber tagsüber nicht. Und dann auch keinen harten Alkohol. Beim technischen  
357 Dienst haben ja auch Leute mit Alkoholproblem angefangen und dann hat man sich so geeinigt  
358 dass eben vor und während der Arbeit nicht getrunken wurde. Und so könnte man das ja auch  
359 trennen, also das tagsüber und vor allem, wenn Gruppenangebote sind eben nüchtern ist.  
360 Dann kann man so Angebote ja auch vor allem nachmittags stattfinden lassen, weil ich trink ja

361 zum Beispiel auch gerne schon mal mittags mal mein Bier, aber wenn ich dann wüsste das ich  
362 da und da nachmittags nen Termin mit der Gruppe hab, dann weiß ich dass ich vorher nicht  
363 trinken kann. Ist ja jetzt mit den Etagenversammlungen Donnerstags dasselbe. Ob ich will oder  
364 nicht, an dem Tag geht das einfach nicht, halt erst wenn ich aus der Gruppe raus komme. Da  
365 gibt es ja immer Mittel und Wege sich zu einigen. Aber dann braucht man halt auch wieder  
366 Absprachen, damit die Leute sich dann nicht abends abschießen und bis Mittags pennen. Also  
367 das man sich auf jeden Fall einmal am Tag trifft, zum Frühstück oder Mittagessen oder so oder  
368 zumindest dann alle jeden Tag einmal an einem Tisch sitzen. Also keine Ahnung, aber da gibt  
369 es ja viele Denkansätze.

370 I: Ok, aber das würde dann auch wieder nicht funktionieren, wenn jemand auch arbeitet. Das  
371 hieße ja dann eigentlich dass jemand der arbeitet gar nicht auf dieser Etage wohnen könnte.

372 Herr D: Naja, das wäre dann schon schwierig (--).

373 I: Ok. So, ich guck jetzt mal auf meinen Spickzettel, ob wir irgendwelche Fragen bisher noch  
374 nicht beantwortet haben. Jetzt reden wir schon so lange, unglaublich wie viel Sie zu erzählen  
375 haben ((lacht)). Also ich hab hier tatsächlich noch zwei Fragen, die allerdings überhaupt nichts  
376 direkt miteinander zu tun haben. Also eine Frage wäre, wenn es dann diese ganzen  
377 Suchtgeschichten gäbe, unabhängig ob auf eigener Etage oder offen, würden Sie es besser  
378 finden wenn der Sozialarbeiter bzw. Suchttherapeut der diese Suchtsachen mit Ihnen macht,  
379 auch nur dass mit Ihnen macht und Sie dann nochmal einen extra Sozialarbeiter für die  
380 normalen Sachen, also Schulden, Gericht, Wohnungssuche usw. mit Ihnen macht oder sollte  
381 das jeweils der selbe Sozialarbeiter sein, so dass weiterhin nur einer für Sie zuständig ist?

382 Herr D: Gute Frage. Muss ich aber erstmal mit ner Gegenfrage beantworten. Meinen Sie nicht  
383 dass der Sozialarbeiter dann erstmal überfordert ist wenn er dann auch noch die ganzen  
384 Suchtsachen machen soll? Ist das nicht ein bisschen viel?

385 I: Das kann man ja alles regeln, in dem der Einzelne dann insgesamt für weniger Bewohner  
386 zuständig ist oder so.

387 Herr D: Ok, stimmt haben Sie recht. Also effizienter ist es bestimmt wenn alles aus einer Hand  
388 ist, also dann lernt der Sozi den Bewohner ja auch viel besser kennen und weiß sofort dass  
389 wenn irgendwas anderes passiert ist wie ein Brief vom Gericht oder so, dass er dann noch  
390 besser auf denjenigen achten muss. Das wäre dann der Vorteil. Jetzt hab ich ja auch nen  
391 Suchtberater und dann noch die PSB und eben Herrn Y und die sprechen sich ja auch  
392 untereinander ab. Allerdings ist es eben häufig so, dass zwar PSB und Suchtberatung sich  
393 informieren wenn ich mal wieder Bockmist gebaut hab, aber der Herr Y kriegt es eben nicht  
394 mit oder sieht mich halt auch die ganze Woche nicht. Daher wäre es schon praktisch wenn  
395 alles aus einer Hand käme. Aber dafür bräuchte er dann ne Zusatzausbildung für die  
396 Suchtgeschichte.

397 I: Ok. Sehr gut. Dann jetzt die zweite Frage, am Anfang vom Gespräch haben Sie ganz viele  
398 Sachen gesagt die Sie an Haus Weissenburg mögen, wie zum Beispiel das mit der langen Leine  
399 und das man weiterhin sein Leben leben kann. Ich denk mal auch bestimmt so Sachen wie  
400 Einzelzimmer zum Beispiel, können Sie denn noch mehr Sachen sagen die Ihnen gefallen? Was  
401 Sie auf jeden Fall auch so weitermachen wollen würden?

402 Herr D: Also was ich sehr gut finde, mal von der langen Leine abgesehen, das Gefühl hab ich

403 entwickelt, ich kann mich frei entfalten, auch wenn es ganz ganz lange dauert und wenn ich  
404 nur ganz ganz kleine Schritte mache, scheiß egal, wenn ich nur in die richtige Richtung gehe,  
405 wird das toleriert. Der Herr Y hat mir immer nur Vorschläge gemacht und ich glaub nur ein  
406 oder zwei Mal hat der sein Veto eingelegt, aber grundsätzlich hab ich immer die freie Wahl.  
407 Und das find ich gut. In Haus Weissenburg hab ich echt das Gefühl dass die lange Leine eben  
408 wirklich lang ist und nicht nur lang innerhalb irgendwelche Vorgaben. Ich weiß jetzt kein  
409 Beispiel, aber wenn ich jetzt Stripteasetänzer werden wollen würden, dann hätte der Herr Y  
410 bestimmt ein paar Bedenken geäußert und die Erfolgsaussichten zwecks Alter und Gewicht  
411 angezweifelt ((lacht)), aber wenn ich drauf bestehen würde, würde er bestimmt sagen „Ok,  
412 wie kann ich Ihnen dabei helfen?“. Und das find ich sehr positiv! Selbst wenn der Herr Y merkt  
413 das was in die Hose geht, dann sagt der das vielleicht auch aber die letztendliche Entscheidung  
414 habe ich selber. Und das find ich gut.

415 I: Können Sie denn auch was sagen was Ihnen nicht so gut gefällt? Also was Sie verändern  
416 würden?

417 Herr D: Ja, also ist ja jetzt hier graue Theorie. Also grade im Heimrat bemerke ich es immer  
418 wieder. Du hast da so ein paar Dokumentationspflichten, aber als Bewohner hast du da jetzt  
419 nicht so ne riesen Entscheidungsgewalt. Hast zwar ein Mitspracherecht, aber es hat halt kaum  
420 Gewicht. Und das find ich halt nicht so gut. Ein ganz banales Beispiel, wir haben in unserer  
421 Außenwohngruppe unten zwei voneinander getrennte Toiletten, eins davon ist quasi unser  
422 Gästeklo und das andere ist für die Mitarbeiter von Haus Weissenburg. Und das Gästeklo ist  
423 richtig scheiße, also ohne Fenster und halt richtig abgerockt und wir haben halt auch oben im  
424 Bad auch kein Fenster. Das Mitarbeiterklo hingegen hat ein Fenster und sieht tip top aus. Ist ja  
425 auch nur 1-2 Mal die Woche ein Mitarbeiter von Haus Weissenburg hier. Und dann haben wir  
426 halt in der WG Versammlung gefragt ob wir nicht die Klos tauschen könnten, dann haben wir  
427 wenigstens eins mit Fenster und weil wir das ja auch viel öfter benutzen würden. Das hat Herr  
428 Y halt direkt abgeblockt und keinerlei Diskussion zugelassen und auch keine wirkliche  
429 Begründung gegeben, nur dass er das halt nicht will. Und da merkt man ganz schnell dass man  
430 dann doch nur der kleine Bewohner ist, der in der Nahrungskette ganz unten sitzt und es eben  
431 doch keine richtige Demokratie ist. Ich weiß das ist ein doofes Beispiel und mir fällt natürlich  
432 jetzt auch kein anderes ein. Ich weiß ist auch jammern auf hohem Niveau, aber wenn ich mich  
433 ungerecht behandelt fühle und sich dann auch nicht die Mühe gemacht wird das zu erklären,  
434 dann platzt mir die Hutschnur.

435 I: Aber in den Heimrat haben Sie das dann nicht eingebracht?

436 Herr D: Ja, wir haben das überlegt und ich wollte dann auch zur Einrichtungsleitung gehen,  
437 aber das kam mir dann doch lächerlich vor wegem dem Scheißhaus zum Chef zu rennen. Naja  
438 (--) Ach und was ich noch negativ finde, ist dass die WGs keine Gemeinschaftsräume haben, ich  
439 glaube das wäre viel viel besser.

440 I: Also sie meinen dann auch schön gestaltete Räume? Weil bei Ihnen in der WG wäre ja z.B.  
441 unten in der Küche eigentlich genügend Platz um da auch ne Couch oder so hinzustellen. Oder  
442 meinen Sie einen richtigen Raum?

443 Herr D: Also wenn es eine große richtige Wohnküche ist, wäre es auch ok. Aber ich finde man  
444 sollte wirklich überlegen, aber gut das geht wahrscheinlich aus wirtschaftlichen Gründen nicht,  
445 aber ich glaube es würde einiges bewirken wenn man sagt, dass man ein Zimmer weniger

## Anhang

446 belegt und dafür da ein richtiges Wohnzimmer mit Sofa und Fernseher und so. Da muss man  
447 halt abwägen. Ich höre so oft im Heimrat so Sachen wie „Ihr versteht euch in der Außen WG so  
448 gut, bei uns gönnt einer dem anderen das schwarze untern Fingernagel nicht“ und ich glaube,  
449 dass liegt dran, dass wir eben viel Zeit miteinander verbringen und den Platz unten auch haben  
450 mal alle zusammen zu sein. Auf den anderen Etagen hat man da ja gar nicht so richtig die  
451 Möglichkeit sich wirklich gemütlich zusammen zu setzen. Das würde das Gruppengefühl noch  
452 viel mehr stärken und deswegen fände ich das immens wichtig.

453 I: Ok.

454 Herr D: Amen ((lacht))!

455 I: ((lachht)) Sehr gut! Ja, dann sind das jetzt tatsächlich alle Sachen die ich im groben wissen  
456 wollte.

457 Herr D: Prima.

458 I: Wir haben ja jetzt auch weit über eine Stunde telefoniert.

459 Herr D: Ja, dann hoffe ich dass ich Ihnen weiterhelfen konnte und Sie die Sachen auch nutzen  
460 können.

461 I: Ja auf jeden Fall, ich danke Ihnen wirklich vielmals!

462 Herr D: Das freut mich wirklich, dann wünsche ich Ihnen alles Gute. Und wenn Sie noch einmal  
463 eine Frage haben, dann können Sie mich gerne anrufen!

464 I: Vielen Dank! Das wünsche ich Ihnen auch. Und das ist wirklich super nett von Ihnen. Also  
465 vielen Dank und dann jetzt erstmal noch einen schönen Tag!

466 Herr D: Danke, Ihnen auch! Tschüß!

## **4. Auswertung der Transkripte anhand der gebildeten Kategorien**

### **Stellen Sie sich vor es gäbe ein spezielles Angebot für Menschen mit einer Sucht – wie müsste das sein, damit Sie daran teilnehmen würden?**

Interview 1 Zeile 138-139

Ja das alles so weiter läuft wie es jetzt halt läuft. Also Betreuung nebenbei und so. Und sonst eigentlich nichts.

Weiter Zeile 142

Ja die Etage so wie jetzt hier auch nur halt spezifischer auf dieses Suchtproblem halt.

Interview 4 Zeile 83-90

Und das mein ich auch in Bezug auf Haus Weissenburg, wenn da jetzt irgendwelche Repressalien eingeführt werden, das würde nichts bringen. Ich habe jetzt in Haus Weissenburg, ich bin ja jetzt auch schon drei Jahre hier, diese eher lange Leine sag ich mal, die da gegeben wird, hat mir sehr gut getan. Bislang. Ja, also deswegen, ich weiß nicht ob man in Haus Weissenburg etwas konzeptionell verändern sollte um den Leuten da mit ihrer Sucht, also das man da noch besser dran kommt. Ich bin davon überzeugt man sollte jedem Suchtkranken helfen, dass er ein lebenswertes Leben für sich selbst auf die Beine stellt. Ich kann Ihnen da keine andere Antwort zu geben ((lacht)). Ich weiß nicht ob ich mich verständlich machen konnte!

### **Suchtetage**

Interview 1 Zeile 132-136

Also ich würd das ganz gut finden und für Leute die sich darauf einlassen wollen und können für die wäre das bestimmt ne gute Sache so ne eigene Etage zu haben wo da mehr drauf eingegangen wird. Warum nicht (--) Würd ich gutheißen (--) Würd ich mir vielleicht sogar selber überlegen. Also an diesen Gruppen die dann vielleicht stattfinden würden daran teilzunehmen und so. Würd ich mir auf jeden Fall dann mal überlegen (--) Wär eigentlich keine schlechte Sache.

Interview 3 Zeile 113-118

Hm, das ist eine schwierige Frage, also das kann man so sehen oder so sehen. Was natürlich super wichtig ist, ist natürlich das man einen Umgang hat mit Leuten die nichts mit Drogen zu tun haben, sonst bleibt man ja unter sich. Und dann wird meist nur über Drogen geredet. Also wäre vielleicht schon gut, wenn es auch 1-2 Leute gäbe die nichts damit zu tun haben und ein Beispiel sein könnten oder halt Leute die schon länger dabei sind und clean sind und so eben ein gutes Beispiel sein könnten. Also da müsste man dann ganz genau gucken wie man die Leute auswählt.

Interview 3 Zeile 122-124

Ja, ja klar, da haben Sie recht. Die Leute die finden sich auch einfach. Das ist überall so. Wenn ich jetzt in ein 100 Einwohnerdorf kommen würde und da wäre



ein Typ der abhängig wäre, der wäre wahrscheinlich der Erste dem ich begegnen würde.

Interview 4 Zeile 264-276

(--) Hm, sagen wir mal so. Ich würd vielleicht erstmal so Cafe mäßig anfangen und mal sagen wir machen das jetzt mal ein halbes Jahr oder ein Jahr und wenn man dann merkt, das läuft gut und da sind welche die wollen da noch mehr, das man die dann zusammen legt irgendwie. Weil meine Erfahrung sagt mir, das wenn es ne spezielle Etage gibt wäre das ganz schnell die „Hubschrauber“ Abteilung. Ne, das wird dann so diskriminiert, so runtergejubelt. Deswegen würd ich erstmal nicht den Wohnraum mit dem Konzept anbieten, sondern erstmal begleitend ambulant und dann mal gucken. Das wird sich ja relativ schnell herauskristallisieren, wer kommt da, wer kommt da nicht. Kriegen wir ne gute Gruppe zusammen und dann kann man ja auch sich vielleicht was überlegen. Und ganz ehrlich, also Außenwohngruppe ist halt schwierig. Also ich hab immer das Gefühl das man in einer Außenwohngruppe weit mehr Verantwortung für sich selbst haben muss. Das ist ja auch oft so, wenn du dann einen hast in der Gruppe der dann nicht mehr mitspielt, der sich das anders überlegt, der kippt dann um und dann ist das in einer Außenwohngruppe echt schwierig. Also ich hatte den Fall ja auch schon zweimal, ne und das ist dann echt schwierig.

Interview 4 Zeile 284-287

Ja auf jeden Fall! Da sagt man dann halt, ok da haste mehr Programm und du musst dich mit deiner Sucht beschäftigen, aber dafür haste dann auch deine Annehmlichkeiten, zum Beispiel ein Schwimmbad im Keller ((lacht)) [Textunterbrechung I: ((lacht)) Oh ja, dann würd ich auch einziehen] Ja, auf jeden Fall ein guter Manipulationsansatz, also nicht negativ.

## **Gruppenarbeit**

Interview 1 Zeile 144-147

Ja und sonst so müsste halt alles so bleiben. Nur Therapien oder Gruppenangebote wo dann Leute sitzen die sich damit auskennen. Also nicht die süchtigen, sondern halt Psychologen, Psychiater, die halt einmal oder zweimal in der Woche kommen oder so. Ja sowas könnt ich mir vorstellen und würd ich gutheißen und ja, da würd ich auch dran teilnehmen.

Interview 1 Zeile 203-211

Ja, also bei ist das ja auch so, wenn ich die Leute schon ein bisschen kennen würde dann würde ich mich auch öffnen. Dann würde ich da glaube ich auch gut mitmachen. Aber jetzt am Anfang wenn ich die Leute noch nicht so gut kennen würde wäre das für mich schon sehr sehr sehr schwierig mich da zu öffnen. Also wenn das so richtig laufen würde, wie sie sagen, wie in Therapie. Da hätte ich schon ein bisschen bammel vor, also das würd ich noch nicht so gerne machen. Eher erstmal mit denen ne Zeitlang zusammen wohnen, also jetzt nicht 2 ½ Jahre oder so, sondern ein halbes Jahr oder so und dann kennt man sich ja schon ein bisschen und dann könnt ich mir das vorstellen. Doch. Mehr von mir preis zu geben oder auch von den anderen zu hören was mit denen so los ist.

Interview 2 Zeile 97 (auf die Frage ob er bei einer speziellen Suchtetage mitmachen würde)

Ja genau. Ja genau. Ja würd ich mitmachen.

Interview 2 Zeile 160-163

Herr B: Zweimal könnte ich mir auch vorstellen, also das man sich mit der Gruppe zusammensetzt. Also wenns denn darum gehen würde, ne, nicht Wohngruppenversammlung wo es ums Haus geht...

I: Ne, ne nur zum Thema Sucht, bzw. Rückfall oder was halt grade ansteht.

Herr B: Ja, könnt ich mir gut vorstellen.

Interview 2 Zeile 72-74 auf die Frage was er an seiner „Lieblingstherapie“ in den Gruppen gut fand

In XXX? Ja weil ich fand die Therapeuten und die Mitpatienten nett und die haben mich alle ernst genommen. Also wenn ich was gesagt hab, auch also wie heißt das, wenn ich mal was aufdecken musste oder so was sagen musste was nicht Ordnung war.

Interview 3 Zeile 135-139

Also das ist wieder eine sehr schwere Frage. Also aus dem Stand würde ich sagen, dass das zu nah wäre. Aber ich hasse es auch einfach über Drogen zu reden. Also wenn mich einer nach meiner Drogengeschichte fragt dann ist das Gespräch für mich eigentlich beendet. Und das Ganze ist halt ein langer Lernprozess und ob man sich dabei so gegenseitig unterstützen kann, das kann ich so nicht sagen. Also ich glaube für mich wäre das schwierig.

Interview 3 Zeile 142-143

[...] also wäre schwierig. Also nicht das ich Angst hätte selber wieder Drogen zu nehmen, aber ich will das Thema einfach nicht mehr so nah in meinem Leben haben.

Interview 3 Zeile 149-150

Ja, also sicher kann ich mir das vorstellen. Also vor allem wenn ich dann merke dass ich Suchtdruck habe, dann würde ich das auf jeden Fall machen.

Interview 4 Zeile 141-148 zum kontrollierten Trinken als Gruppenangebot in HWB  
Also ich kann mir das gut vorstellen sogar. Ich denke es trinkt ja fast jeder der in Haus Weissenburg lebt, also jeder vielleicht nicht aber der Großteil trinkt ja schon. Ich seh das, also grundsätzlich ist das ne gute Sache, also der Herr Y hat das ja mit ein paar Leuten gemacht, also aber nicht in ner Gruppe. Und naja, ich hab dann schon mitbekommen, dass die angefangen haben zu flunkern. Also die haben das dann gemacht um dem Herrn Y zu gefallen. Und dann sind wir wieder am Anfang. Also der Bewohner muss den Umstand selber wollen. Also wenn man jetzt sagt da muss jeder hin, dann macht das natürlich jeder aber dann lügen die einem da die hucke voll, dann ist man da halt auch nicht mit dem Herzen dabei. Das wäre dann vergebene Liebesmüh.

Und weiter Zeile 154-167

Ja, schön das wir drüber reden ((lacht)) Also ich kann mir das sehr gut für mich vorstellen, aber muss jetzt auch wieder einschränkend sagen, ich bin über diese Dokumentationsgeschichte, ich weiß nicht wie gut Sie das Programm kennen, aber man soll ja am Anfang erstmal alles dokumentieren, das find ich im Übrigen sehr gut, dann hat man das mal schwarz auf weiß, und dann guckt man nach einer gewissen Zeit, also dann stellt man sich so Aufgaben, also zum Beispiel mal zwei Flaschen weniger die Woche oder so. Und ich bin über das Dokumentieren nicht hinaus gekommen, also ich bin dann recht schnell mit dem Alkohol an meine Grenzen gekommen und mit dem reduzieren ging anscheinend nicht. Also wenn ich zum Beispiel nicht arbeiten gehe, dann geh ich vormittags zum Abschlucken, so dass ich so um 11:30 da rauskomme und dann trifft man da ein, zwei Leute und dann trinkt man schon sein erstes Bier. Also ich trink dann höchstens 1 oder 2 Bier, also ich sauf mir da nicht die Hucke zu, aber dann hat man mittags um 12 schon sein erstes Bier intus. Und das stört mich so unwahrscheinlich, aber ich kriegs halt echt auch nicht so gut weg. Und da komm ich wirklich an meine Grenzen. Also ich glaub dieses mit den Trinktagebüchern und dem kontrollierten Trinken ist echt ne gute Sache, aber man muss halt auch dran bleiben.

Interview 4 Zeile 188-196

Ja also ich würd das in einer eher kleinen Gruppe machen, nicht in Einzelarbeit weil der Austausch ist wichtig, das zum einen. Also ich würd das in so Kleingruppen machen also 5-8 Leute und was ich glaub ich dabei machen würd, also das wär so'n (.) Herr D. [Textüberschneidung I: ((lacht)) Also so eine Art Co-Therapeut?] Ne, das nicht. Aber jemand der schon etwas Ahnung hat. Also wissen Sie was ich meine? Das wirkt dann authentischer. Wenn da jemand dabei sitzt der das durchlebt hat und der das auch praktisch so ein bisschen nahebringen kann. Das kriegt dann mehr Substanz, also aus meiner Sicht. Also ich mein so Exuser sind ja überall am Arbeiten. Also, ja so würd ich das machen. Also ich persönlich würd es nicht gerne machen wollen. Aber eben schon jemand der Therapieerfahrung hat, der dann auch ein bisschen eloquent ist. Das halt ich für sehr hilfreich.

Interview 4 Zeile 205-209

[...] wenn ich jetzt wirklich an ne Rückfallprophylaxegruppe denke für Leute, die das noch nie gemacht haben. Klar, also das könnte ich mir auf jeden Fall vorstellen. Aber wirklich nur freiwillig, also das muss ich auch immer wieder betonen, nur freiwillig. Also sollte sowas in das feste Programm aufgenommen werden, weiß ich nicht...

## **Betreuungssituation**

Interview 1 Zeile 261-266

Nein, also da kann ich ganz schnell drauf antworten. Das sollte dann aber (.) getrennt (.)

I: Also getrennt voneinander sein?

Herr A: Ja auf jeden Fall. Würd ich lieber wollen. Also irgendwas sollte dann ja auch bei mir bleiben, also müsste ja nicht die ganze Etage wissen. Also wenn ich jetzt irgendwie Gerichtsverhandlungen hätte, also hab ich zwar nicht, aber wenn

würde ich nicht wollen dass die anderen das mitbekommen. Also lieber getrennt voneinander.

Interview 2 Zeile 169-176

I: Würden Sie denn wollen, dass die gleiche Person auch die Gruppenangebote macht zur Sucht, also nur ein Sozialarbeiter/in für Sie zuständig ist oder wollen Sie das das getrennt voneinander ist. Also einer der Schulden, Wohnung, gelbe Briefe vom Gericht und sowas macht und einer der dann für die Sucht zuständig ist.

Herr B: Ja, das fände ich eigentlich gut.

I: Wenn das zwei verschiedene sind das fänden Sie gut?

Herr B: Ja, ja genau. Auf jeden Fall.

Interview 3 Zeile 199-208

Herr C: Ja, das könnte sein, dass das besser ist das getrennt voneinander zu betrachten. Also wenn man über Sucht spricht fühlt man sich schnell wieder wie ein Fixer und es ist halt generell was worüber man nicht gerne spricht und das das dann wirklich bei jemand anderem wäre, wäre wahrscheinlich schon besser. Also Herr Y wäre dann ja wahrscheinlich eh über alles informiert, aber wenn er auch für die Sucht Hauptansprechpartner wäre, könnte das Barrieren schaffen glaube ich. Ich glaube nicht, dass ich ihm die volle Wahrheit sagen würde wenn es um die Sucht geht.

I: Ok. Also das die beiden miteinander kommunizieren und eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber haben, sollte klar sein. Aber Sie meinen generell sollten das zwei verschiedene Personen sein.

Herr C: Ja genau.

Interview 4 Zeile 368-376

Ok, stimmt haben Sie recht. Also effizienter ist es bestimmt wenn alles aus einer Hand ist, also dann lernt der Sozi den Bewohner ja auch viel besser kennen und weiß sofort dass wenn irgendwas anderes passiert ist wie ein Brief vom Gericht oder so, dass er dann noch besser auf denjenigen achten muss. Das wäre dann der Vorteil. Jetzt hab ich ja auch nen Suchtberater und dann noch die PSB und eben Herrn Y und die sprechen sich ja auch untereinander ab. Allerdings ist es eben häufig so, dass zwar PSB und Suchtberatung sich informieren wenn ich mal wieder Bockmist gebaut hab, aber der Herr Y kriegt es eben nicht mit oder sieht mich halt auch die ganze Woche nicht. Daher wäre es schon praktisch wenn alles aus einer Hand käme. Aber dafür bräuchte er dann ne Zusatzausbildung für die Suchtgeschichte.

### **Umgang mit Rückfall und Alkoholkonsum innerhalb der Einrichtung**

Interview 1 Zeile 152-155

Ich finde da sollte halt mit gearbeitet werden. Ich würde jetzt wirklich sagen so drei mal oder so, also wenn bis zu drei Rückfälle passiert sind sollte man mit denen ein Gespräch führen also wie das passiert ist und wie das gekommen ist und ähm, danach sollte man vielleicht oder uns halt sagen das eine stationäre Sachen vielleicht mal was gutes wäre oder eine Therapie.

Interview 1 Zeile 164

[...] das gehört ja leider dazu, also zu unserer Krankheit.

Interview 2 Zeile 126-132

Herr B: Ja das man dann nach der Entlassung von der Entgiftung mindestens 3 Wochen nüchtern bleibt. Also das man da so ein Limit setzt. Also das man sagt „Wenn in 3 Wochen geraucht wird [Heroin] dann gibt es Konsequenzen“. Und dann nach 3 Wochen kann man dann ja weiter sehen wie es dann läuft.

I: Das heißt heißt aber, dass Sie auch für sich selber wollen das das da konsequenter umgesetzt wird. Verstehe ich Sie da richtig?

Herr B: Ja.

Interview 3 Zeile 174-177

Auch das ist wieder individuell zu entscheiden. Also ich würd den Leuten schon auf jeden Fall die Chance geben in die Entgiftung zu gehen. Auch wenn es vielleicht direkt nicht viel bringt, aber schaden tut es schon mal nicht. Und dann halt gucken ob der vielleicht intensiver betreut werden müsste. Ob das was bringt. Also es kommt wirklich auf den Einzelfall an.

Interview 3 Zeile 180-181

[...] das würde ja dem Sinn nicht entsprechen. Dann bräuchte man gar keine Leute aufnehmen die Drogenprobleme haben.

Interview 1 Zeile 171

Kein Alkohol! Wenn dann sollte man dort nichts konsumieren. Außer halt Zigaretten rauchen.

Interview 2 Zeile 109-113

Herr B: Also wenn ich sage ich halte das für gut [das Alkohol erlaubt ist] dann widerspreche ich mir irgendwie, weil ich weiß ja das es nicht gut ist.

I: Das heißt für die Leute die ein Alkohol Problem haben, für die wäre es besser wenn Alkohol verboten wäre.

Herr B: Ja, schon. Genau für diese Leute wäre das besser.

Interview 3 Zeile 184-190

Puh (-) gute Frage. Also wenn man es verboten wäre, würde der eine oder andere wahrscheinlich trotzdem trinken. Es kommt halt drauf an. Wenn da auch Leute sind die ein Alkoholproblem haben dann sollte man lieber keinen Alkohol trinken. Aber Alkohol und Drogen sind eben total verschiedene Sachen. Also an sich finde ich es schon in Ordnung wenn man was trinken darf, es sei denn das es zum Problem wird. Das merkt man ja. (-) Also eher das mit dem Alkohol etwas lockerer handhaben. Und dann kann man ja auch unterscheiden, also das z.B. harter Alkohol nicht erwünscht ist.

Interview 4 Zeile 335-350

Jaa, es hat halt auch einfach so was geselliges. Es ist echt schwierig. Also ich trink ja selber, aber ich möchte auch nicht jemanden hier haben der von morgens bis abends besoffen ist. Also vielleicht könnte man ja auch sagen, dass man nach dem Abendessen ein paar Bier trinken darf, aber tagsüber nicht. Und dann auch keinen harten Alkohol. Beim technischen Dienst haben ja auch Leute mit

Alkoholproblem angefangen und dann hat man sich so geeinigt dass eben vor und während der Arbeit nicht getrunken wurde. Und so könnte man das ja auch trennen, also das tagsüber und vor allem, wenn Gruppenangebote sind eben nüchtern ist. Dann kann man so Angebote ja auch vor allem nachmittags stattfinden lassen, weil ich trink ja zum Beispiel auch gerne schon mal mittags mal mein Bier, aber wenn ich dann wüsste das ich da und da nachmittags nen Termin mit der Gruppe hab, dann weiß ich dass ich vorher nicht trinken kann. Ist ja jetzt mit den Etagenversammlungen Donnerstags dasselbe. Ob ich will oder nicht, an dem Tag geht das einfach nicht, halt erst wenn ich aus der Gruppe raus komme. Da gibt es ja immer Mittel und Wege sich zu einigen. Aber dann braucht man halt auch wieder Absprachen, damit die Leute sich dann nicht abends abschießen und bis Mittags pennen. Also das man sich auf jeden Fall einmal am Tag trifft, zum Frühstück oder Mittagessen oder so oder zumindest dann alle jeden Tag einmal an einem Tisch sitzen. Also keine Ahnung, aber da gibt es ja viele Denkansätze.

## **2. Wie viel Zeit und Mühe wären Sie bereit wöchentlich dafür aufzuwenden?**

Interview 1 Zeile 239-243

Hm, an Zeit könnte ich mir vorstellen alle 2 Tage ne Stunde oder so. Also dann Gruppentherapie. Und an Arbeit, also vielleicht das man wenn die Gruppe zu Ende ist und wieder auf seinem Zimmer ist oder halt abends wieder zuhause ist oder so das man, keine ahnung, vielleicht nen Aufsatz oder so darüber schreiben. Also was die anderen so erzählt haben und was man darüber denkt oder so. Sowas könnt ich mir vorstellen, ja.

### **Eigener Alltag und verpflichtende Angebote**

Interview 1 Zeile 246-253

I: Aber Ihnen wäre auch auf jeden Fall wichtig, dass Sie so Ihren normalen Tagesablauf, wie Sie ihn ja inzwischen haben, das Sie den auch für sich so beibehalten können oder? Also morgens zum abschlucken [Testüberschneidung Herr A: Ja] dann Kaffee trinken gehen [Testüberschneidung Herr A: Ja, ja] mal mit jemandem quatschen, dann auch einfach mal im Zimmer sein und fernseh gucken [Testüberschneidung Herr A: Ja genau] also so ein komplett durch getakteter Tag, das wäre nichts für Sie oder?

Herr A: Nee, erstmal noch nicht. Ich weiß das sag ich jetzt schon seit zwei Jahren, aber erstmal nicht. Da müsste ich schon noch viel an mir arbeiten, das ich da mehr machen kann.

Interview 4 Zeile 213-218 (in Bezug auf das Markushaus)

Ja genau, und das darf nicht passieren!

Ich weiß noch das mich nach der Entgiftung mal ein Sozialarbeiter da unterbringen wollte, aber die nehmen einem das Geld ab und man kriegt nur Taschengeld und dann darf man nicht arbeiten gehen, also die scheinen da schon ne ganz schöne Daumenschraube zu haben. Das hat schon eher so Therapietouch.

Interview 4 Zeile 346 – 353

Herr D: Aber dann braucht man halt auch wieder Absprachen, damit die Leute sich dann nicht abends abschießen und bis Mittags pennen. Also das man sich auf jeden Fall einmal am Tag trifft, zum Frühstück oder Mittagessen oder so oder

zumindest dann alle jeden Tag einmal an einem Tisch sitzen. Also keine Ahnung, aber da gibt es ja viele Denkansätze.

I: Ok, aber das würde dann auch wieder nicht funktionieren, wenn jemand auch arbeitet. Das hieße ja dann eigentlich, dass jemand der arbeitet gar nicht auf dieser Etage wohnen könnte.

Herr D: Naja, das wäre dann schon schwierig (--).

Interview 1 Zeile 221-227

(4sec) Ja, also, so ein bisschen Druck wäre vielleicht angebracht, klar. Also dann arbeiten die Leute wahrscheinlich auch besser mit, ne. Aber der Druck darf halt nicht zu hoch werden. Wenn der Druck zu hoch wird dann versuchen die Leute sich wieder zu betäuben. Also um dann nicht mehr dran zu denken also so „scheiße morgen ist Gruppe und ich will da nicht hingehen“ und dann nicht drüber nachdenken wollen und dann kann schnell wieder ein Rückfall passieren. Also nicht zuviel Druck. Ein bisschen Druck wie auch immer stimmt, aber nicht das man dann direkt ausziehen muss oder nach 3 mal Gruppe verpassen fliegt.

Interview 3 Zeile 158-166

Herr C: Auch wieder schwierig zu sagen. Könnte beides gut sein, weil manchmal ist es auch gut wenn ich weiß, dass es meine Pflicht ist und das erinnert einen ja auch daran das man ein Teil von etwas ist. Also das man auch nicht allein auf der Welt ist und das man wichtig ist. Für andere mag was anderes gelten, die akzeptieren halt überhaupt keinen Druck. Ist halt schwierig für alle zu sagenn.

I: Also meinen Sie auch wieder sehr individuell.

Herr C: Ja natürlich. Es würde ja dann wahrscheinlich Konsequenzen geben oder man würde aus der Gruppe fliegen wenn man nicht erscheinen würde. Bei manchen wäre das wahrscheinlich angebracht, weil es vielleicht die letzte Chance ist. Bei anderen bei denen das eben nicht der Fall ist, wäre das vielleicht nicht so gut. Also ich weiß nicht genau.

Interview 4 Zeile 207-209

Aber wirklich nur freiwillig, also das muss ich auch immer wieder betonen, nur freiwillig. Also sollte sowas in das feste Programm aufgenommen werden, weiß ich nicht...

Interview 4 Zeile 122-126

Und wenn ich aber merke, also das ist ja ein Wunsch der bei mir selber erwachsen ist, das ist ja nicht der Herr Y (Mitarbeiter Sozialdienst HWB), also und das ich jetzt merke, dass ich für mich die Entscheidung treffe in die Entgiftung zu gehen weil ich mir diesem täglichen Konsum nicht mehr zufrieden bin, da merke ich ja das ich auf dem richtigen Weg bin, also ich schraub meine Erfahrungen halt auch zurück.

Interview 4 Zeile 150-151

Ja genau, weil alle anderen die es nicht wollen, da reden Sie sich nur den Mund fusselig und das ist einfach nur Energieverschwendung. So seh ich das.

## **Urinkontrollen**

Interview 1 Zeile 174-184

Herr A: Ja, warum nicht. Klar. Da im Gesundheitsamt wo ich hingehge ist das ja sowieso auch die Regel, also das man da abpusten muss und auch Urin abgeben muss. Das würd ich auch gutheißen. Klar. Hat man auch ne bessere Übersicht

und Kontrolle. Die Leute die sich vielleicht auch nicht trauen zuzugeben dass sie was gemacht haben, da kommt es dann halt so raus. Ja, und dann weiß man es halt und kann denen auch wieder helfen. So seh ich das. Wenn man es halt rausbekommen hat kann man eher mit ihm drüber sprechen und ihm helfen als wenn er es für sich behält und immer weiter macht.

I: Also Sie würden sich nicht zu kontrolliert fühlen oder würden das als Vertrauensbruch sehen.

Herr A: Ne, auf keinen Fall. Aber es kommt natürlich auch drauf an wie oft. Also jeden Tag würd ich auch ein bisschen doof finden. Aber so zweimal in der Woche oder so, also natürlich nicht an festen Tagen, aber zweimal in der Woche würd ich das für gutheißen. Warum nicht.

Interview 2 Zeile 139-140 / 151

Ja, ne, auf einer Seite finde ich es schlecht auf der anderen Seite finde es auch wieder gut.

Ja, ich glaub ich würd mich schon kontrolliert fühlen. Also ich bin jetzt ehrlich.

Interview 3 Zeile 211-224

Herr C: Ähm (.) Also wenn die regelmäßig gemacht werden würden fände ich das nicht so schlimm, kommt natürlich auch drauf an auf was getestet werden würde. Aber der logistische Aufwand ist natürlich enorm und auch sonst ist das ja eher eine unangenehme Geschichte. Und ob dann die Ergebnisse richtig sind, ist auch nochmal ne andere Sache. Also vielleicht auf der Suchtstage, dann hätte man wirklich Fakten und müsste sich nicht auf das Verlassen was die erzählen...

I: Aber meinen Sie denn die Leute würden sich dann immer noch genau so wohl fühlen in Haus Weissenburg?

Herr C: Das glaube ich weniger. Der UK Tag wäre bestimmt immer mit Stress verbunden, weil natürlich viele versuchen würden ihre UK irgendwie zu fälschen, es gibt da ja immer irgendeine Möglichkeit. Also das ist schon eine sehr spezielle Sache. Und vor allem müsste man dann ja auch erstmal überlegen, wie wird dann damit umgegangen. Also was macht man wenn was positiv ist. Also ich weiß auch nicht ob man das unbedingt braucht um herauszufinden ob jemand Drogen nimmt. Das kann man glaube ich auch ohne die UK. Und ich weiß einfach nicht ob das den logistischen Aufwand Wert wäre. Sagen wir mal so.

Interview 4 Zeile 292-302

Herr D: (-- ) Joa, was soll ich dazu sagen (.) Also grundsätzlich, ja also ich kann das jetzt wieder nur für mich sagen. Also mir würde das nichts ausmachen, weil ich bin sehr transparent. Der Herr Y weiß was ich trinke, der Herr Y weiß das ich kiffe, ja und ok, kann ich auch gerne unter Beweis stellen. Ja, aber mit UKs... Wofür Uks?

I: Naja, wenn es zum Beispiel um eine Außenwohngruppe geht, um eben früh genug merken zu können, dass einer der Leute grade nicht ehrlich ist und nicht mitspielt, dass man da schon von Anfang an reagieren kann.

Herr D: Aber Frau X, dann ist es ja eine Clean WG. Worauf Sie hinauswollen, das hatten Sie vorher ja nicht gesagt. Also es gibt ja durchaus noch Einrichtungen in denen akzeptierend gearbeitet wird.

I: Genau.

Herr D: Ja und dann weiß ich nicht was ne UK bringen soll, die dann zeigt das ich abends mal ein Bierchen getrunken habe. Höchstens halt bei anderen Beikonsum (.) Schwierig ist das.



Interview 4 Zeile 306-316

Herr D: Was ich mir gut vorstellen könnte, wenn einer aus dem Ruder läuft, also das Problem hatten wir ja auch, da ist einer aus dem Ruder gelaufen, der ist in die Entgiftung gegangen, dann kam der wieder, da war angeblich alles ok. Aber da war gar nichts ok. Das man dann vielleicht sagt, du bist ausgerutscht, ist kein Problem, gehste in die Entgiftung. Aber kommst du aus der Entgiftung wieder musst du erstmal regelmäßig, keine Ahnung, vielleicht 3 Monate, einmal die Woche abpinkeln. Das man das vielleicht so miteinander kombiniert.

I: Also das man so individuelle Verträge mit den Bewohnern macht?

Herr D: Ja, also ich würds halt nicht von vorneherein machen. Aber wenn halt einer rückfällig ist und in ne Entgiftung geht und man dann eben sagt, hör mal du kannst gerne wieder kommen, aber wenn du wieder kommst, stehst du erstmal unter Beobachtung. Einfach auch nur um die anderen zu schützen.

## Personal

Interview 1 Zeile 144-146

Nur Therapien oder Gruppenangebote wo dann Leute sitzen die sich damit auskennen. Also nicht die süchtigen, sondern halt Psychologen, Psychiater, die halt einmal oder zweimal in der Woche kommen oder so.

Interview 3 Zeile 102-105

Aber generell die Idee, in Haus Weissenburg das abseits von den ganzen Selbsthilfegruppen und was es da noch für Angebote gibt, zu machen, finde ich ganz gut. Also vor allem wenn da Leute sind die auch den medizinischen Hintergrund und so wissen, also ist ne super Idee, klar.

Interview 4 Zeile 375-376

Aber dafür bräuchte er dann ne Zusatzausbildung für die Suchtgeschichte.

## Aufnahmeprozedere

Interview 1 Zeile 189-193

Das wäre für mich kein Problem. Ich kenn das ja auch aus Entgiftungen, da waren ja auch nicht nur Heroinabhängige das war ja auch immer oft gemischt. Und ich komm auch eigentlich schnell mit den Leuten klar und das ist mir eigentlich Wurst was, also ist mir eigentlich egal was der für ein Problem hat, ich würd da mit jedem klar kommen sozusagen. Also ich würd da nichts gegen haben. Also das wär mir egal was die für ein Suchtproblem haben.

Interview 1 Zeile 203-211

Ja, also bei ist das ja auch so, wenn ich die Leute schon ein bisschen kennen würd dann würd ich mich auch öffnen. Dann würd ich da glaube ich auch gut mitmachen. Aber jetzt am Anfang wenn ich die Leute noch nicht so gut kennen würd wäre das für mich schon sehr sehr sehr schwierig mich da zu öffnen. Also wenn das so richtig laufen würd, wie sie sagen, wie in Therapie. Da hätte ich schon ein bisschen bammel vor, also das würd ich noch nicht so gerne machen. Eher erstmal mit denen ne Zeitlang zusammen wohnen, also jetzt nicht 2 ½ Jahre oder so, sondern ein halbes Jahr oder so und dann kennt man sich ja schon ein bisschen und dann könnt ich mir das vorstellen. Doch. Mehr von mir preis zu geben oder auch von den anderen zu hören was mit denen so los ist.

Interview 4 Zeile 264-266

Hm, sagen wir mal so. Ich würd vielleicht erstmal so Cafe mäßig anfangen und mal sagen wir machen das jetzt mal ein halbes Jahr oder ein Jahr und wenn man dann merkt, das läuft gut und da sind welche die wollen da noch mehr, das man die dann zusammen legt irgendwie.

### Ex User

Interview 4 Zeile 190-196

und was ich glaub ich dabei machen würde, also das wär so'n (.) Herr D. [Textüberschneidung I: ((lacht)) Also so eine Art Co-Therapeut?] Ne, das nicht. Aber jemand der schon etwas Ahnung hat. Also wissen Sie was ich meine? Das wirkt dann authentischer. Wenn da jemand dabei sitzt der das durchlebt hat und der das auch praktisch so ein bisschen nahebringen kann. Das kriegt dann mehr Substanz, also aus meiner Sicht. Also ich mein so Exuser sind ja überall am Arbeiten. Also, ja so würd ich das machen. Also ich persönlich würd es nicht gerne machen wollen. Aber eben schon jemand der Therapieerfahrung hat, der dann auch ein bisschen eloquent ist. Das halt ich für sehr hilfreich.

Interview 3 Zeile 113-118

Was natürlich super wichtig ist, ist natürlich das man einen Umgang hat mit Leuten die nichts mit Drogen zu tun haben, sonst bleibt man ja unter sich. Und dann wird meist nur über Drogen geredet. Also wäre vielleicht schon gut, wenn es auch 1-2 Leute gäbe die nichts damit zu tun haben und ein Beispiel sein könnten oder halt Leute die schon länger dabei sind und clean sind und so eben ein gutes Beispiel sein könnten. Also da müsste man dann ganz genau gucken wie man die Leute auswählt.

### Ressourcen

Interview 3 Zeile 96-105

Ja, also ich finde wenn man irgendwas hat um sich abzulenken dann klappt das auch. Also jetzt nicht vielleicht Extremsportarten oder so, weil das ist dann doch eher Suchtverlagerung, aber wenn man halt irgendwas hat wofür es sich lohnt zu leben, dann hat man eine richtige Chance. Wenn man nichts hat wofür man lebt, dann ist es eben schwierig davon wegzukommen. Man muss was haben was einem wirklich was bedeutet. Also wenn ich Therapeut wäre dann würd ich versuchen rauszufinden was das für jeden Einzelnen sein könnte. Also was zu finden was den Leuten wirklich Freude bereitet und wofür es sich lohnt auch Drogenfrei zu leben.

Interview 4 Zeile 69-83

Und in meiner zweiten Therapie da war das dann halt so, da haben die gesagt „Vergiss das alles mal, was machste gerne? Wo hast du Spaß dran?“ Ich hab dann gesagt ich male gerne. Dann haben die mir nen 20er gegeben und gesagt ich soll mir mal Farbe, Pinsel und so holen und haben gesagt, sie möchten gerne ein Bild im Flur an der Wand haben und ich soll mir dazu mal was überlegen. Und das war für mich halt was total positives. Und das sind für mich einfach zwei grundsätzlich verschiedene Denkansätze. Wobei ich einfach gemerkt hab, das hat mir richtig gut getan wenn ich einfach mal wieder so in das Leben wieder reingehe und vor allem erkenne ich dann dabei, das ist ein lebenswertes Leben. Das macht mir Spaß. Und das hat bei mir dann den Effekt gehabt das das mit dem Konsum sekundär geworden ist. Automatisch einfach in den Hintergrund, weil ich mir ein lebenswertes Leben geschaffen hab. Für Außenstehenden sieht

das gleich aus – da ist jemand der konsumiert nicht. Aber glauben Sie mir, für mich ist das ein riesen Unterschied ob ich mir das jeden Tag verbiete und ich jeden Tag einen Kampf ausführe in mir selbst, oder ob ich drüber stehe und mich das nicht tangiert. Und dieses Konzept halte ich für mich und eigentlich auch für viele meiner Mitsüchtigen, halte ich das für den einzig wahren Weg langfristig clean zu bleiben.

## ZOS

Interview 4 Zeile 114-126

Ja, also ich hab ja grade gesagt das stört mich, aber den Gedanken mit nie mehr kiffen und nie mehr trinken, das schieb ich jetzt alles erstmal von mir. Ja, also ich will mir die Ziele jetzt nicht so hochstecken. Ich hab jetzt gesagt, dieses tägliche konsumieren dass stört mich. Das will ich irgendwie abstellen. Zumal, ich möchte ja beruflich schon noch was machen. Hab jetzt letztes Jahr noch meinen Ausbilderschein gemacht und so und wenn ich trinke, dann brauch ich nicht überlegen als Ausbilder zu arbeiten. Das bringt gar nichts. Da müssen gewisse Voraussetzungen geschaffen werden. Klar schlagen da irgendwie zwei Herzen in meiner Brust, klar würd ich auch gerne Party machen und so. Aber meine Vernunft sagt dann auch irgendwie ‚bringt ja alles nix‘, bisschen muss ich auch auf die Füße kommen. Und wenn ich aber merke, also das ist ja ein Wunsch der bei mir selber erwachsen ist, das ist ja nicht der Herr Y (Mitarbeiter Sozialdienst HWB), also und das ich jetzt merke, dass ich für mich die Entscheidung treffe in die Entgiftung zu gehen weil ich mir diesem täglichen Konsum nicht mehr zufrieden bin, da merke ich ja das ich auf dem richtigen Weg bin, also ich schraub meine Erwartungen halt auch zurück.

Interview 4 Zeile 141-148

Also ich kann mir das gut vorstellen sogar. Ich denke es trinkt ja fast jeder der in Haus Weissenburg lebt, also jeder vielleicht nicht aber der Großteil trinkt ja schon. Ich seh das, also grundsätzlich ist das ne gute Sache, also der Herr Y hat das ja mit ein paar Leuten gemacht, also aber nicht in ner Gruppe. Und naja, ich hab dann schon mitbekommen, dass die angefangen haben zu flunkern. Also die haben das dann gemacht um dem Herrn Y zu gefallen. Und dann sind wir wieder am Anfang. Also der Bewohner muss den Umstand selber wollen. Also wenn man jetzt sagt da muss jeder hin, dann macht das natürlich jeder aber dann lügen die einem da die hucke voll, dann ist man da halt auch nicht mit dem Herzen dabei.

Interview 4 Zeile 154-161

Also ich kann mir das sehr gut für mich vorstellen, aber muss jetzt auch wieder einschränkend sagen, ich bin über diese Dokumentationsgeschichte, ich weiß nicht wie gut Sie das Programm kennen, aber man soll ja am Anfang erstmal alles dokumentieren, das find ich im Übrigen sehr gut, dann hat man das mal schwarz auf weiß, und dann guckt man nach einer gewissen Zeit, also dann stellt man sich so Aufgaben, also zum Beispiel mal zwei Flaschen weniger die Woche oder so. Und ich bin über das Dokumentieren nicht hinaus gekommen, also ich bin dann recht schnell mit dem Alkohol an meine Grenzen gekommen und mit dem reduzieren ging anscheinend nicht.

Interview 4 Zeile 166-167

Also ich glaub dieses mit den Trinktagebüchern und dem kontrollierten Trinken ist echt ne gute Sache, aber man muss halt auch dran bleiben.

## **Reduzierung der Paraphrasen**

### **1. Stellen Sie sich vor es gäbe ein spezielles Angebot für Menschen mit einer Sucht – wie müsste das sein, damit Sie daran teilnehmen würden?**

Interview 1 Zeile 138-139

Ja das alles so weiter läuft wie es jetzt halt läuft. Also Betreuung nebenbei und so. Und sonst eigentlich nichts.

Weiter Zeile 142

Ja die Etage so wie jetzt hier auch nur halt spezifischer auf dieses Suchtproblem halt.

Interview 4 Zeile 83-90

[...], wenn da jetzt irgendwelche Repressalien eingeführt werden, das würde nichts bringen. Ich habe jetzt in Haus Weissenburg, ich bin ja jetzt auch schon drei Jahre hier, diese eher lange Leine sag ich mal, die da gegeben wird, hat mir sehr gut getan. [...] Ich bin davon überzeugt man sollte jedem Suchtkranken helfen, dass er ein lebenswertes Leben für sich selbst auf die Beine stellt.

## **Suchtetage**

Interview 1 Zeile 132-136

Also ich würde das ganz gut finden und für Leute die sich darauf einlassen [...] wäre das bestimmt ne gute Sache so ne eigene Etage zu haben wo da mehr drauf eingegangen wird. [...]

Interview 3 Zeile 113-118

[...], also das kann man so sehen oder so sehen. Was natürlich super wichtig ist, ist natürlich, dass man einen Umgang hat mit Leuten die nichts mit Drogen zu tun haben, [...] Also wäre vielleicht schon gut, wenn es auch 1-2 Leute gäbe die nichts damit zu tun haben und ein Beispiel sein könnten oder halt Leute die schon länger dabei sind und clean sind und so eben ein gutes Beispiel sein könnten.

Interview 4 Zeile 264-276

[...] also Außenwohngruppe ist halt schwierig. Also ich habe immer das Gefühl, dass man in einer Außenwohngruppe weit mehr Verantwortung für sich selbst haben muss. Das ist ja auch oft so, wenn du dann einen hast in der Gruppe der dann nicht mehr mitspielt, der sich das anders überlegt, der kippt dann um und dann ist das in einer Außenwohngruppe echt schwierig.

Interview 4 Zeile 284-287

Da sagt man dann halt, ok da haste mehr Programm und du musst dich mit deiner Sucht beschäftigen, aber dafür haste dann auch deine Annehmlichkeiten, zum Beispiel ein Schwimmbad im Keller ((lacht)) [...] Ja, auf jeden Fall ein guter Manipulationsansatz, also nicht negativ.

## Gruppenarbeit

Interview 1 Zeile 144-147

[...] Ja sowas könnt ich mir vorstellen und würd ich gutheißen und ja, da würd ich auch dran teilnehmen.

Interview 1 Zeile 203-211

Ja, also bei mir ist das ja auch so, wenn ich die Leute schon ein bisschen kennen würde dann würde ich mich auch öffnen. Dann würde ich da glaube ich auch gut mitmachen. [...]

Interview 3 Zeile 149-150

Ja, also sicher kann ich mir das vorstellen. Also vor allem wenn ich dann merke, dass ich Suchtdruck habe, dann würde ich das auf jeden Fall machen.

Interview 4 Zeile 141-148

Also ich kann mir das gut vorstellen sogar. Ich denke es trinkt ja fast jeder der in Haus Weissenburg lebt, also jeder vielleicht nicht aber der Großteil trinkt ja schon. Ich seh das, also grundsätzlich ist das ne gute Sache, also der Herr Y hat das ja mit ein paar Leuten gemacht, also aber nicht in ner Gruppe. [...]

Interview 4 Zeile 188-196

Ja also ich würde das in einer eher kleinen Gruppe machen, nicht in Einzelarbeit, weil der Austausch ist wichtig, das zum einen. Also ich würde das in so Kleingruppen machen also 5-8 Leute [...]

Interview 4 Zeile 205-209

[...] wenn ich jetzt wirklich an ne Rückfallprophylaxegruppe denke für Leute, die das noch nie gemacht haben. Klar, also das könnte ich mir auf jeden Fall vorstellen. Aber wirklich nur freiwillig, also das muss ich auch immer wieder betonen, nur freiwillig. Also sollte sowas in das feste Programm aufgenommen werden, weiß ich nicht...

## Betreuungssituation

Interview 1 Zeile 261-266

Nein, also da kann ich ganz schnell drauf antworten. Das sollte dann aber (.) getrennt [...] Also wenn ich jetzt irgendwie Gerichtsverhandlungen hätte, also hab ich zwar nicht, aber wenn würde ich nicht wollen dass die anderen das mitbekommen. Also lieber getrennt voneinander.

Interview 2 Zeile 169-176

I: Würden Sie denn wollen, dass die gleiche Person auch die Gruppenangebote macht zur Sucht, also nur ein Sozialarbeiter/in für Sie zuständig ist oder wollen Sie das das getrennt voneinander ist. Also einer der Schulden, Wohnung, gelbe Briefe vom Gericht und sowas macht und einer der dann für die Sucht zuständig ist.

Herr B: Ja, das fände ich eigentlich gut.

I: Wenn das zwei verschiedene sind das fänden Sie gut?

Herr B: Ja, ja genau. Auf jeden Fall.

Interview 3 Zeile 199-208

Ja, das könnte sein, dass das besser ist das getrennt voneinander zu betrachten. Also wenn man über Sucht spricht fühlt man sich schnell wieder wie ein Fixer und es ist halt generell was worüber man nicht gerne spricht und dass das dann wirklich bei jemand anderem wäre, wäre wahrscheinlich schon besser. Also Herr Y wäre dann ja wahrscheinlich eh über alles informiert, aber wenn er auch für die Sucht Hauptansprechpartner wäre, könnte das Barrieren schaffen glaube ich. Ich glaube nicht, dass ich ihm die volle Wahrheit sagen würde wenn es um die Sucht geht [...].

Interview 4 Zeile 368-376

Aber dafür bräuchte er dann ne Zusatzausbildung für die Suchtgeschichte.

### **Umgang mit Rückfall und Alkoholkonsum innerhalb der Einrichtung**

Interview 2 Zeile 126-132

Ja das man dann nach der Entlassung von der Entgiftung mindestens 3 Wochen nüchtern bleibt. Also das man da so ein Limit setzt. Also das man sagt „Wenn in 3 Wochen geraucht wird [Heroin] dann gibt es Konsequenzen“. Und dann nach 3 Wochen kann man dann ja weiter sehen wie es dann läuft.

Interview 3 Zeile 174-177

Auch das ist wieder individuell zu entscheiden. Also ich würde den Leuten schon auf jeden Fall die Chance geben in die Entgiftung zu gehen [...].

Interview 1 Zeile 171

Kein Alkohol! Wenn dann sollte man dort nichts konsumieren. Außer halt Zigaretten rauchen.

Interview 3 Zeile 184-190

[...] Also an sich finde ich es schon in Ordnung, wenn man was trinken darf, es sei denn das es zum Problem wird. Das merkt man ja. (--) Also eher das mit dem Alkohol etwas lockerer handhaben. Und dann kann man ja auch unterscheiden, also das z.B. harter Alkohol nicht erwünscht ist.

Interview 4 Zeile 335-350

Jaa, es hat halt auch einfach so was Geselliges. Es ist echt schwierig. Also ich trink ja selber, aber ich möchte auch nicht jemanden hier haben der von morgens bis abends besoffen ist. Also vielleicht könnte man ja auch sagen, dass man nach dem Abendessen ein paar Bier trinken darf, aber tagsüber nicht. Und dann auch keinen harten Alkohol. [...] also das tagsüber und vor allem, wenn Gruppenangebote sind eben nüchtern ist. Dann kann man so Angebote ja auch vor allem nachmittags stattfinden lassen, weil ich trink ja zum Beispiel auch gerne schon mal mittags mal mein Bier, aber wenn ich dann wüsste das ich da und da nachmittags nen Termin mit der Gruppe hab, dann weiß ich, dass ich vorher nicht trinken

kann [...] Da gibt es ja immer Mittel und Wege sich zu einigen. Aber dann braucht man halt auch wieder Absprachen, damit die Leute sich dann nicht abends abschießen und bis mittags pennen. Also das man sich auf jeden Fall einmal am Tag trifft, zum Frühstück oder Mittagessen oder so oder zumindest dann alle jeden Tag einmal an einem Tisch sitzen. Also keine Ahnung, aber da gibt es ja viele Denkansätze.

## **2. Wie viel Zeit und Mühe wären Sie bereit wöchentlich dafür aufzuwenden?**

Interview 1 Zeile 239-243

Hm, an Zeit könnte ich mir vorstellen alle 2 Tage ne Stunde oder so. Also dann Gruppentherapie. Und an Arbeit, also vielleicht das man wenn die Gruppe zu Ende ist und wieder auf seinem Zimmer ist oder halt abends wieder zuhause ist oder so das man, keine ahnung, vielleicht nen Aufsatz oder so darüber schreiben. Also was die anderen so erzählt haben und was man darüber denkt oder so. Sowas könnt ich mir vorstellen, ja.

### **Eigener Alltag und verpflichtende Angebote**

Interview 4 Zeile 213-218

[...] Ich weiß noch, dass mich nach der Entgiftung mal ein Sozialarbeiter da unterbringen wollte, aber die nehmen einem das Geld ab und man kriegt nur Taschengeld und dann darf man nicht arbeiten gehen, also die scheinen da schon ne ganz schöne Daumenschraube zu haben. Das hat schon eher so Therapietouch.

Interview 4 Zeile 346 – 353

Herr D: [...] Also das man sich auf jeden Fall einmal am Tag trifft, zum Frühstück oder Mittagessen oder so oder zumindest dann alle jeden Tag einmal an einem Tisch sitzen. Also keine Ahnung, aber da gibt es ja viele Denkansätze.

I: Ok, aber das würde dann auch wieder nicht funktionieren, wenn jemand auch arbeitet. Das hieße ja dann eigentlich, dass jemand der arbeitet gar nicht auf dieser Etage wohnen könnte.

Herr D: Naja, das wäre dann schon schwierig (--).

Interview 1 Zeile 221-227

Ja, also, so ein bisschen Druck wäre vielleicht angebracht, klar. Also dann arbeiten die Leute wahrscheinlich auch besser mit, ne. Aber der Druck darf halt nicht zu hoch werden. Wenn der Druck zu hoch wird dann versuchen die Leute sich wieder zu betäuben. Also um dann nicht mehr dran zu denken also so „scheiße morgen ist Gruppe und ich will da nicht hingehen“ und dann nicht drüber nachdenken wollen und dann kann schnell wieder ein Rückfall passieren. Also nicht zu viel Druck. Ein bisschen Druck wie auch immer stimmt, aber nicht das man dann direkt ausziehen muss oder nach 3 mal Gruppe verpassen fliegt.

Interview 3 Zeile 158-166

[...] weil manchmal ist es auch gut wenn ich weiß, dass es meine Pflicht ist und das erinnert einen ja auch daran das man ein Teil von etwas ist. Also das man auch nicht allein auf der Welt ist und dass man wichtig ist.

Für andere mag was anderes gelten, die akzeptieren halt überhaupt keinen Druck. Ist halt schwierig für alle zu sagen.

I: Also meinen Sie auch wieder sehr individuell.

Herr C: Ja natürlich. Es würde ja dann wahrscheinlich Konsequenzen geben oder man würde aus der Gruppe fliegen, wenn man nicht erscheinen würde. Bei manchen wäre das wahrscheinlich angebracht, weil es vielleicht die letzte Chance ist. Bei anderen bei denen das eben nicht der Fall ist, wäre das vielleicht nicht so gut. Also ich weiß nicht genau.

Interview 4 Zeile 207-209

Aber wirklich nur freiwillig, also das muss ich auch immer wieder betonen, nur freiwillig. Also sollte sowas in das feste Programm aufgenommen werden, weiß ich nicht...

Interview 4 Zeile 150-151

Ja genau, weil alle anderen die es nicht wollen, da reden Sie sich nur den Mund fusselig und das ist einfach nur Energieverschwendung. So sehe ich das.

## **Urinkontrollen**

Interview 2 Zeile 139-140 / 151

Ja, ne, auf einer Seite finde ich es schlecht auf der anderen Seite finde es auch wieder gut. Ja, ich glaub ich würde mich schon kontrolliert fühlen. Also ich bin jetzt ehrlich.

Interview 3 Zeile 211-224

Herr C: [...] und auch sonst ist das ja eher eine unangenehme Geschichte. Und ob dann die Ergebnisse richtig sind, ist auch nochmal ne andere Sache. Also vielleicht auf der Suchtstage, dann hätte man wirklich Fakten und müsste sich nicht auf das Verlassen was die erzählen...

I: Aber meinen Sie denn die Leute würden sich dann immer noch genauso wohl fühlen in Haus Weissenburg?

Herr C: Das glaube ich weniger. Der UK Tag wäre bestimmt immer mit Stress verbunden, weil natürlich viele versuchen würden ihre UK irgendwie zu fälschen, es gibt da ja immer irgendeine Möglichkeit. Also das ist schon eine sehr spezielle Sache. Und vor allem müsste man dann ja auch erstmal überlegen, wie wird dann damit umgegangen. Also was macht man wenn was positiv ist. Also ich weiß auch nicht ob man das unbedingt braucht um herauszufinden ob jemand Drogen nimmt. Das kann man glaube ich auch ohne die UK. Und ich weiß einfach nicht ob das den logistischen Aufwand Wert wäre. Sagen wir mal so.

Interview 4 Zeile 292-302

Joa, was soll ich dazu sagen (.) Also grundsätzlich, ja also ich kann das jetzt wieder nur für mich sagen. Also mir würde das nichts ausmachen, weil ich bin sehr transparent. Der Herr Y weiß was ich trinke, der Herr Y weiß das ich kiffe, ja und ok, kann ich auch gerne unter Beweis stellen. Ja, aber mit UKs... Wofür UKs?

[...]Ja und dann weiß ich nicht was ne UK bringen soll, die dann zeigt das ich abends mal ein Bierchen getrunken habe. Höchstens halt bei anderen Beikonsum (.). Schwierig ist das.



Interview 4 Zeile 306-316

Was ich mir gut vorstellen könnte, wenn einer aus dem Ruder läuft, also das Problem hatten wir ja auch, da ist einer aus dem Ruder gelaufen, der ist in die Entgiftung gegangen, dann kam der wieder, da war angeblich alles ok. Aber da war gar nichts ok. Das man dann vielleicht sagt, du bist ausgerutscht, ist kein Problem, gehste in die Entgiftung. Aber kommst du aus der Entgiftung wieder musst du erstmal regelmäßig, keine Ahnung, vielleicht 3 Monate, einmal die Woche abpinkeln. Dass man das vielleicht so miteinander kombiniert.

[...] Aber wenn halt einer rückfällig ist und in ne Entgiftung geht und man dann eben sagt, hör mal du kannst gerne wiederkommen, aber wenn du wiederkommst, stehst du erstmal unter Beobachtung. Einfach auch nur um die anderen zu schützen.

## **Personal**

Interview 1 Zeile 144-146

Nur Therapien oder Gruppenangebote wo dann Leute sitzen die sich damit auskennen. Also nicht die süchtigen, sondern halt Psychologen, Psychiater, die halt einmal oder zweimal in der Woche kommen oder so.

Interview 3 Zeile 102-105

Aber generell die Idee, in Haus Weissenburg das abseits von den ganzen Selbsthilfegruppen und was es da noch für Angebote gibt, zu machen, finde ich ganz gut. Also vor allem wenn da Leute sind die auch den medizinischen Hintergrund und so wissen, also ist ne super Idee, klar.

Interview 4 Zeile 375-376

Aber dafür bräuchte er dann ne Zusatzausbildung für die Suchtgeschichte.

## **Aufnahmeprozedere**

Interview 1 Zeile 189-193

Das wäre für mich kein Problem. Ich kenn das ja auch aus Entgiftungen, da waren ja auch nicht nur Heroinabhängige das war ja auch immer oft gemischt. Und ich komm auch eigentlich schnell mit den Leuten klar und das ist mir eigentlich Wurst was, also ist mir eigentlich egal was der für ein Problem hat, ich würd da mit jedem klar kommen sozusagen. Also ich würd da nichts gegen haben. Also das wär mir egal was die für ein Suchtproblem haben.

Interview 1 Zeile 203-211

Ja, also bei mir ist das ja auch so, wenn ich die Leute schon ein bisschen kennen würd dann würd ich mich auch öffnen. Dann würd ich da glaube ich auch gut mitmachen. Aber jetzt am Anfang wenn ich die Leute noch nicht so gut kennen würd wäre das für mich schon sehr sehr sehr sehr schwierig mich da zu öffnen. Also wenn das so richtig laufen würd, wie sie sagen, wie in Therapie. Da hätte ich schon ein bisschen bammel vor, also das würd ich noch nicht so gerne machen. Eher erstmal mit denen ne Zeitlang zusammenwohnen, also jetzt nicht 2 ½ Jahre oder so, sondern ein halbes Jahr oder so und dann kennt man sich ja schon ein bisschen und dann könnt ich mir das vorstellen. Doch. Mehr von mir preis zu geben oder auch von den anderen zu hören was mit denen so los ist.

Interview 4 Zeile 264-266

Hm, sagen wir mal so. Ich würd vielleicht erstmal so Cafe mäßig anfangen und mal sagen wir machen das jetzt mal ein halbes Jahr oder ein Jahr und wenn man dann merkt, das läuft gut und da sind welche die wollen da noch mehr, dass man die dann zusammen legt irgendwie.

## Ex User

Interview 4 Zeile 190-196

und was ich glaub ich dabei machen würde, also das wär so'n (.) Herr D. [Textüberschneidung I: ((lacht)) Also so eine Art Co-Therapeut?] Ne, das nicht. Aber jemand der schon etwas Ahnung hat. Also wissen Sie was ich meine? Das wirkt dann authentischer. Wenn da jemand dabei sitzt der das durchlebt hat und der das auch praktisch so ein bisschen nahebringen kann. Das kriegt dann mehr Substanz, also aus meiner Sicht. Also ich mein so Exuser sind ja überall am Arbeiten. Also, ja so würd ich das machen. Also ich persönlich würd es nicht gerne machen wollen. Aber eben schon jemand der Therapieerfahrung hat, der dann auch ein bisschen eloquent ist. Das halt ich für sehr hilfreich.

Interview 3 Zeile 113-118

Was natürlich super wichtig ist, ist natürlich das man einen Umgang hat mit Leuten die nichts mit Drogen zu tun haben, sonst bleibt man ja unter sich. Und dann wird meist nur über Drogen geredet. Also wäre vielleicht schon gut, wenn es auch 1-2 Leute gäbe die nichts damit zu tun haben und ein Beispiel sein könnten oder halt Leute die schon länger dabei sind und clean sind und so eben ein gutes Beispiel sein könnten. Also da müsste man dann ganz genau gucken wie man die Leute auswählt.

## Ressourcen

Interview 3 Zeile 96-105

Ja, also ich finde, wenn man irgendwas hat um sich abzulenken dann klappt das auch. Also jetzt nicht vielleicht Extremsportarten oder so, weil das ist dann doch eher Suchtverlagerung, aber wenn man halt irgendwas hat wofür es sich lohnt zu leben, dann hat man eine richtige Chance. Wenn man nichts hat wofür man lebt, dann ist es eben schwierig davon wegzukommen. Man muss was haben was einem wirklich was bedeutet. Also wenn ich Therapeut wäre dann würd ich versuchen rauszufinden was das für jeden Einzelnen sein könnte. Also was zu finden was den Leuten wirklich Freude bereitet und wofür es sich lohnt auch Drogenfrei zu leben.

Interview 4 Zeile 69-83

Und in meiner zweiten Therapie da war das dann halt so, da haben die gesagt „Vergiss das alles mal, was machste gerne? Wo hast du Spaß dran?“ Ich hab dann gesagt ich male gerne. Dann haben die mir nen 20er gegeben und gesagt ich soll mir mal Farbe, Pinsel und so holen und haben gesagt, sie möchten gerne ein Bild im Flur an der Wand haben und ich soll mir dazu mal was überlegen. Und das war für mich halt was total Positives. Und das sind für mich einfach zwei grundsätzlich verschiedene Denkansätze. Wobei ich einfach gemerkt hab, das hat mir richtig gutgetan wenn ich einfach mal wieder so in das Leben wieder reingehe und vor allem erkenne ich dann dabei, das ist ein lebenswertes Leben. Das macht

mir Spaß. Und das hat bei mir dann den Effekt gehabt das das mit dem Konsum sekundär geworden ist. Automatisch einfach in den Hintergrund, weil ich mir ein lebenswertes Leben geschaffen hab. Für Außenstehenden sieht das gleich aus – da ist jemand der konsumiert nicht. Aber glauben Sie mir, für mich ist das ein riesen Unterschied ob ich mir das jeden Tag verbiete und ich jeden Tag einen Kampf ausführe in mir selbst, oder ob ich drüberstehe und mich das nicht tangiert. Und dieses Konzept halte ich für mich und eigentlich auch für viele meiner Mitsüchtigen, halte ich das für den einzig wahren Weg langfristig clean zu bleiben.

## ZOS

Interview 4 Zeile 114-126

Ja, also ich hab ja grade gesagt das stört mich, aber den Gedanken mit nie mehr kiffen und nie mehr trinken, das schieb ich jetzt alles erstmal von mir. Ja, also ich will mir die Ziele jetzt nicht so hochstecken. Ich hab jetzt gesagt, dieses tägliche konsumieren das stört mich. Das will ich irgendwie abstellen. [...] Klar schlagen da irgendwie zwei Herzen in meiner Brust, klar würd ich auch gerne Party machen und so. Aber meine Vernunft sagt dann auch irgendwie ‚bringt ja alles nix‘, bisschen muss ich auch auf die Füße kommen.

Interview 4 Zeile 141-148

Also ich kann mir das gut vorstellen sogar. Ich denke es trinkt ja fast jeder der in Haus Weissenburg lebt, also jeder vielleicht nicht aber der Großteil trinkt ja schon. Ich seh das, also grundsätzlich ist das ne gute Sache, also der Herr Y hat das ja mit ein paar Leuten gemacht, also aber nicht in ner Gruppe. Und naja, ich hab dann schon mitbekommen, dass die angefangen haben zu flunkern. Also die haben das dann gemacht um dem Herrn Y zu gefallen. Und dann sind wir wieder am Anfang. Also der Bewohner muss den Umstand selber wollen. Also wenn man jetzt sagt da muss jeder hin, dann macht das natürlich jeder aber dann lügen die einem da die hucke voll, dann ist man da halt auch nicht mit dem Herzen dabei.

Interview 4 Zeile 154-161

Also ich kann mir das sehr gut für mich vorstellen, aber muss jetzt auch wieder einschränkend sagen, ich bin über diese Dokumentationsgeschichte, ich weiß nicht wie gut Sie das Programm kennen, aber man soll ja am Anfang erstmal alles dokumentieren, das find ich im Übrigen sehr gut, dann hat man das mal schwarz auf weiß, und dann guckt man nach einer gewissen Zeit, also dann stellt man sich so Aufgaben, also zum Beispiel mal zwei Flaschen weniger die Woche oder so. Und ich bin über das Dokumentieren nicht hinausgekommen, also ich bin dann recht schnell mit dem Alkohol an meine Grenzen gekommen und mit dem reduzieren ging anscheinend nicht.

Interview 4 Zeile 166-167

Also ich glaub dieses mit den Trinktagebüchern und dem kontrollierten Trinken ist echt ne gute Sache, aber man muss halt auch dranbleiben.

## 5. Bewohneranschriften

Liebe Bewohner,

im Rahmen meines Masterstudiums an der KatHo NRW in Köln, muss ich nun noch meine Abschlussarbeit, also Masterthesis schreiben. Mein Master hat sich mit dem Thema der Suchthilfe und Suchttherapie befasst. In Haus Weissenburg ist mir immer wieder aufgefallen, dass es natürlich eine Menge an Bewohnern gibt, die auch mit einer Suchtproblematik zu kämpfen haben. Manche wollen etwas daran verändern, andere nicht. Das Gute an der Wohnungslosenhilfe und dementsprechend auch Haus Weissenburg, ist meiner Meinung, dass jeder erstmal für sich entscheiden kann was er möchte. Niemand wird gezwungen Abstinenz zu leben bzw. wird niemand aufgrund eines Rückfalls rausgeschmissen.

Allerdings glaube ich schon, dass die Bewohner, die mit ihrer Suchtthematik arbeiten wollen, auch von uns Sozialarbeitern hier in Haus Weissenburg, besser unterstützt werden könnten. Ich habe dazu schon ganz viele Ideen, allerdings wäre mir am wichtigsten, zu wissen was Sie als Bewohner sich wünschen bzw. vorstellen könnten. Also wie Haus Weissenburg Sie bei der Problematik der Sucht unterstützen könnte. Und zwar so, dass es Ihnen etwas bringen würde und Sie freiwillig daran teilnehmen würden. Sie sind als Bewohner ein Experte für Ihre Belange.

Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet, damit ich diese Wort für Wort in meiner Arbeit benutzen kann, allerdings werden jegliche Hinweise auf Ihre Person, andere Mitbewohner oder Mitarbeiter unkenntlich gemacht, also anonymisiert. Ich verpflichte mich dazu, niemandem zu erzählen wer welche Aussage getätigt hat.

Zum Schluss bleibt noch zu sagen, dass diese Erstellung von Möglichkeiten, in erster Linie meiner Masterarbeit dient und lediglich Beispiele aufführen soll, was in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe möglich wäre. Sie brauchen nicht die Befürchtung haben, dass in ein paar Wochen Haus Weissenburg nur noch an Ihrer Sucht arbeiten möchte! Meine Masterarbeit werde ich eh erst im November fertig stellen.

Gerne können wir auch erst noch einmal unverbindlich telefonieren und genauer über den Inhalt des Interviews sprechen. Wenn Sie sich dann entscheiden mich mit Ihrem Interview zu unterstützen, würden wir einen Termin vereinbaren an dem wir erneut telefonieren. Für das Telefonat können Sie in Ihrem Zimmer sein oder Herr Wiese fragen ob er Ihnen einen Raum in Haus Weissenburg zur Verfügung stellen kann. Das Interview wird ca. 30-40 Minuten beanspruchen. Das kommt natürlich vor allem darauf an, wie viel Sie mir erzählen wollen, ich werde lediglich einige Fragen stellen.

Ich würde mich sehr über Ihre Teilnahme freuen!

Vielen Dank und liebe Grüße

Gina Thorwesten

## 6. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken wurden als solche kenntlich gemacht.

Neuss, September 2017

---

Gina Thorwesten