

Sucht Akademie Berlin-Brandenburg  
Master-Studiengang „Suchthilfe/Suchttherapie“ (M.Sc.)

**Masterthesis**

**Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten mit chronisch  
alkoholabhängigen Männern in einer Therapeutischen  
Wohngemeinschaft**

von:

Sabine Duhrmann

Matrikel-Nr.: 507417

Abgabetermin:

25.08.2014

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Rolf Jox

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
<b>Einführung</b>	<b>6</b>
<b>1. Theoretischer Hintergrund</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Chronischer Alkoholkonsum</b>	<b>7</b>
1.1.1 Alkoholabhängigkeit	7
1.1.1.1 Termini zum Konsumverhalten	7
1.1.1.2 Empirische Daten	8
1.1.1.3 Diagnosekriterien zur Alkoholabhängigkeit	9
1.1.1.4 Komorbidität	10
1.1.1.5 Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke	11
1.1.2 Folgen des chronischen Alkoholkonsums	12
1.1.2.1 Körperliche Folgen des chronischen Alkoholkonsums	12
1.1.2.2 Psychische Folgen des chronischen Alkoholkonsums	13
1.1.2.3 Soziale Folgen des chronischen Alkoholkonsums	13
1.1.3 Behandlung der Alkoholabhängigkeit	15
1.1.3.1 Neue Behandlungsansätze	15
1.1.3.2 Abstinenz oder reduzierter Konsum als Therapieziel?	16
1.1.3.3 Kontrolliertes Trinken bei Obdachlosen	18
<b>1.2 Berliner Suchthilfesystem</b>	<b>19</b>
1.2.1 Grundlagen der Leistungserbringung in Berlin	19
1.2.2 Berliner Rahmenvertrag (BRV)	20
1.2.3 Wohnungslosenhilfe	21
1.2.4 Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung	22
<b>1.3 Erfolgreiches Arbeiten in der Suchthilfe</b>	<b>24</b>
1.3.1 Qualitätssicherung	24
1.3.2 Erfolgskriterien	26
1.3.2.1 Allgemeine Erfolgskriterien sozialer Dienste und Einrichtungen	27
1.3.2.2 Erfolg in der Wohnungslosenhilfe	27
1.3.2.3 Erfolg in der Eingliederungshilfe	28
1.3.3 Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten	30

1.3.3.1	Strukturelle Rahmenbedingungen	30
1.3.3.2	Interpersonelle Kompetenzen	32
1.3.3.3	Nicht beeinflussbare Faktoren	37
<b>2.</b>	<b>Empirische Untersuchung</b>	<b>38</b>
<b>2.1</b>	<b>Ausgangssituation</b>	<b>38</b>
2.1.1	Strukturelle Rahmenbedingungen der Einrichtung	38
2.1.1.1	Angebote der Wohnungslosenhilfe gemäß § 67 SGB XII	39
2.1.1.2	Angebote der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53/54 SGB XII	39
2.1.1.3	Personenkreis in den Therapeutischen Wohngemeinschaften	43
<b>2.2</b>	<b>Entwicklung des Forschungsdesigns</b>	<b>44</b>
2.2.1	Bezug zur Ausgangssituation	44
2.2.1.1	Problemanalyse	44
2.2.1.2	Ziel und Fragestellung der Studie	44
2.2.1.3	Hypothesenbildung	45
2.2.1.4	Auswahl der Stichprobe	45
2.2.2	Forschungsdesign: Standardisierter Fragebogen	46
2.2.2.1	Gütekriterien eines standardisierten Fragebogens	46
2.2.2.2	Vor- und Nachteile einer quantitativen Studie	47
2.2.2.3	Entwicklung des Fragebogens	47
2.2.2.4	Aufbau des Fragebogens	49
<b>2.3</b>	<b>Durchführung der Studie</b>	<b>57</b>
2.3.1	Methodische Vorüberlegungen zur Datenerhebung	57
2.3.2	Regelungen zum Datenschutz	60
2.3.3	Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung	61
<b>3.</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse der Studie</b>	<b>63</b>
<b>3.1</b>	<b>Ergebnisse der Studie</b>	<b>63</b>
3.1.1	Teilnahme an der Studie	63
3.1.2	Beantwortung des Fragebogens	63
<b>3.2</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>70</b>
3.2.1	Teilnahme an der Studie	70
3.2.2	Beantwortung der Fragen	71
3.2.3	Bewertung des Forschungsdesigns	89
3.2.4	Aussagen zu den Hypothesen	92
3.2.5	Schlussfolgerungen für die Einrichtung	93
	Quellen (Fachliteratur, Fachzeitschriften und Internetquellen)	96
	Selbständigkeitserklärung	103



<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
Tabelle 1: ICD-10/DSM-IV Klassifikationen	9
Tabelle 2: F10.2 Differenzierung	10
Tabelle 3: Betreuungsspektrum des William-Booth-Hauses	38
Tabelle 4: Untersuchungsgruppen	46
Tabelle 5: Item 1-6 des Fragebogens	49
Tabelle 6: Fragebogen - Variable 3	50
Tabelle 7: Frage 4 des Fragebogens	51
Tabelle 8: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung	62
Tabelle 9: Teilnahme der Untersuchungsgruppen	63
Tabelle 10: Anzahl bewerteter und nicht bewerteter Variablen	64
Tabelle 11: Antworten zu Frage 1	65
Tabelle 12: Antworten zu Frage 2 und 3	66
Tabelle 13: Wertigkeit der Antworten	67
Tabelle 14: Verteilung der Geschlechter	68
Tabelle 15: Antworten der Mitarbeiter zu Frage 2 und 3	69
Tabelle 16: Beantwortung der Fragen 1-4	71
Tabelle 17: Beantwortung der Fragen 1 und 2	72
Tabelle 18: Verwendete Items zu Frage 2 und 3	74
Tabelle 19: Wertigkeit der Antwort-Items	75
Tabelle 20: Rangfolge der Werte der Variablen 1-25 in %	78
Tabelle 21: Differenz der Werte der Antworten zu Frage 3	82
Tabelle 22: Höchste Differenzen in den Bewertungen zu Frage 3	82
Tabelle 23: Zuordnung der Punktwerte bei Bewohnern und Mitarbeitern	84
Tabelle 24: Rangfolge der Gesamtpunkte je Variable	85
Tabelle 25: Berechnung der Gesamtpunkte je Themenbereich	86

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Herkunft der Bewohner der TWG	43
Abbildung 2: Begleitschreiben zum Fragebogen	58
Abbildung 3: Aufenthalt in der TWG	68
Abbildung 4: Verwendete Items zu Frage 2 und 3	74
Abbildung 5: Werte der Antworten zu Frage 3	77
Abbildung 6: Gesamtpunkte je Themenbereich	86



## Abkürzungsverzeichnis

AV	Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (AV Eingliederungshilfe - AV EH -)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
ASOG	Allgemeines Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Berlin
BlnDSG	Berliner Datenschutzgesetz
BRP	Behandlungs- und Rehabilitationsplan
BRV	Berliner Rahmenvertrag
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CMA	chronisch mehrfach geschädigte/beeinträchtigte Abhängigkeitskranke
DeGEval	Gesellschaft für Evaluation e.V.
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen (englisch: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
etc.	et cetera (und so weiter)
EEG	Elektroenzephalogramm
EHVO	Eingliederungshilfeverordnung
GABA	Neurotransmitter $\gamma$ -Aminobuttersäure (aus Gamma-aminobutyric acid)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen in Deutschland
ggf.	gegebenenfalls
HEP	Heilerziehungspfleger/-in
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
J.	Jahr/Jahre
KO 75	Berliner Vertragskommission
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
TWG/WG	Therapeutische Wohngemeinschaften/Wohngemeinschaften
UN	Vereinte Nationen (englisch: United Nations)
WBH	William-Booth-Haus
WHO	Weltgesundheitsorganisation (englisch: World Health Organization)
z.B.	zum Beispiel

## Einführung

Erfolgreiches Arbeiten mit chronisch mehrfachHrsgeschädigten alkoholabhängigen Menschen erfordert viel Geduld, die Annahme und Akzeptanz der betroffenen Personen, die Aktivierung ihrer Ressourcen, kleine Schritte bei der Zielformulierung und das Wahrnehmen und Würdigen kleinster Erfolge. Das Betreuungskonzept der Therapeutischen Wohngemeinschaften des William-Booth-Hauses berücksichtigt die Schwere der körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen des zu betreuenden Personenkreises und arbeitet mit einem niedrigschwelligen, die Sucht akzeptierenden Ansatz.

In diesem Arbeitsfeld sind Erfolge möglich und beobachtbar. Der pädagogische Ansatz der Therapeutischen Wohngemeinschaften entspricht den Anforderungen an eine erfolgreiche Leistungserbringung. Um diese Behauptung wissenschaftlich belegen zu können, wurden im Rahmen dieser Masterarbeit die Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten innerhalb der Therapeutischen Wohngemeinschaften des William-Booth-Hauses empirisch untersucht.

Der theoretische Teil der Masterarbeit beinhaltet die Darstellung relevanter Aspekte des chronischen Alkoholkonsums sowie der Leistungserbringung innerhalb des Berliner Suchthilfesystems. Bereits benannte Erfolgskriterien und Wirkfaktoren aus verschiedenen Bereichen der Sozialarbeit werden vorgestellt.

In einer empirischen Studie wurden die strukturellen, pädagogischen und suchtspezifischen Angebote der Therapeutischen Wohngemeinschaften unter Anwendung eines von der Autorin entwickelten standardisierten Fragebogens im Hinblick auf deren Wirksamkeit untersucht. Dabei wurden die Aussagen der Bewohner und Mitarbeiter verglichen und eine Rangfolge der hilfreichsten pädagogischen Angebote errechnet. Die Ergebnisse des Fragebogens sowie die Aussagen zu Erfolgen, die innerhalb der Einrichtung erreicht wurden, wurden reflektiert und diskutiert. Schlussfolgernd sind die geringer bewerteten pädagogischen Angebote zu überdenken und gegebenenfalls anzupassen. Maßnahmen, die sich als hilfreich erwiesen haben, müssen weiterhin sichergestellt werden.

# 1. Theoretischer Hintergrund

## 1.1 Chronischer Alkoholkonsum

### 1.1.1 Alkoholabhängigkeit

#### 1.1.1.1 Termini zum Konsumverhalten

Am Beispiel des Alkoholkonsums werden in der Fachliteratur hinsichtlich des Konsumverhaltens und der Trinkmenge verschiedene Stufen und Termini verwendet, wobei z.B. die Übergänge zwischen einem risikoarmen, riskanten und schädlichen Alkoholkonsum bis hin zu einer Abhängigkeit fließend sind:

#### Risikoarmer Konsum

Gesunde Erwachsene sollten nicht mehr als 24 g Alkohol pro Tag (Frauen nicht mehr als 12 g Alkohol pro Tag), d.h. nicht mehr als 2 Standardgläser Alkohol pro Tag (Frauen nicht mehr als 1 Standardglas Alkohol pro Tag) trinken und dabei an mindestens zwei Tagen pro Woche ganz auf den Alkoholkonsum verzichten. Ein Standardglas enthält ca. 10g reinen Alkohol und entspricht etwa 1 Glas Bier (0,25l), 1 Glas Wein/Sekt (0,1l) oder 1 Glas Schnaps (4cl).

Riskanter Konsum liegt über dem risikoarmen Konsum mit einer durchschnittlichen Trinkmenge von mehr als 24g Reinalkohol für Männer (mehr als 12g Reinalkohol für Frauen).

Rauschkonsum bezeichnet einen gelegentlichen, exzessiven Trinkstil, mit einem Konsum von mindestens fünf Gläsern Alkohol hintereinander.

Bei Schädlichem Gebrauch von Alkohol haben die Konsumenten bereits alkoholbedingte körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigungen.

Alkoholabhängigkeit: ist eine anerkannte Erkrankung gemäß diagnostischer Kriterien - siehe 1.1.1.3.

### 1.1.1.2 Empirische Daten

Die folgenden empirischen Daten wurden folgenden Statistiken entnommen:

- „Drogen- und Suchtbericht“ der Bundesregierung (Mai 2013)
- „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts (veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt 2013)
- „Drogenaffinitätsstudie Alkohol“ der BzgA, bezogen auf das Jahr 2011
- Daten des Statistischen Bundesamtes und der
- Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen.

Daraus ergibt sich folgendes Bild zur Situation in Deutschland:

- 9,5 Millionen Bundesbürger überschreiten die empfohlenen Trinkmengen
- Problematischer Konsum (riskanter und schädlicher Konsum): 21,1 Prozent der 18-64 Jährigen (2008)
- Riskanter Konsum: 16,5 Prozent der 18-64 Jährigen (2008), in der Altersgruppe der 18-29 Jährigen am häufigsten
- Missbrauch nach DSM-IV: 3,8 Prozent (Männer 6,4%, Frauen 1,2%) der 18-64 Jährigen (2005)
- Abhängigkeit nach DSM-IV: 2,4 Prozent (Männer 3,4 %, Frauen 1,4%) der 18-64 Jährigen (2005).
- 1,3 Millionen Bundesbürger weisen eine Alkoholabhängigkeit auf (2013)
- 2011 wurden insgesamt 26.349 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10-20 Jahren aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt. 2010: 25.995 Personen (+1,4%)
- „Psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol“ wurde im Jahr 2011 als zweithäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 338.400 Behandlungsfällen diagnostiziert
- 74.000 Menschen versterben jährlich an den direkten und indirekten Folgen ihres Alkoholkonsums, davon 26% allein durch Alkoholkonsum und 74% durch den Konsum von Tabak und Alkohol (Daten von 2002)
- Deutschland ist im internationalen Vergleich ein Land mit einem hohem Pro-Kopf-Konsum von 9,6 Litern reinen Alkohol/Einwohner (2011) und sehr niedrigen Abstinenzraten.

## Situation in Berlin:

- etwa jeder siebte Einwohner ist von Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit betroffen, entweder selbst oder als Familienmitglied
- ca. 185.000 Menschen missbrauchen Alkohol oder sind bereits abhängig
- ca. 370.000 Menschen trinken riskant Alkohol. (SenGeSo, 2013)

### 1.1.1.3 Diagnosekriterien zur Alkoholabhängigkeit

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Alkoholabhängigkeit seit 1968 vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt. In den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV zur Diagnose psychischer Störungen finden sich verschiedene Bezeichnungen zu alkoholbedingten Störungen.

Der ICD-10 ist eine internationale Klassifikation von Störungen und Erkrankungen aller Art, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Der Nachfolger ICD-11 wird derzeit erarbeitet. DSM-IV ist ein nationales Klassifikationssystem der USA mit spezielleren und genaueren diagnostischen Kriterien für psychische Störungen, welches dadurch für die internationale Forschung interessant ist. 2013 erschien der DSM-V, bisher nur in englischer Sprache. Im neuen DSM-V entfällt die Differenzierung zwischen Missbrauch (Substance Abuse) und Abhängigkeit (Substance Dependence). Beides wird unter dem gemeinsamen Störungsbild „Substanzgebrauchsstörung“ (Substance Use Disorder) zusammengefasst. (Rumpf und Kiefer, 2011, S. 45)

Tabelle 1 zeigt die Einordnung der ICD-10 Diagnosen „Schädlicher Gebrauch von Alkohol“ und „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ im Vergleich zum DSM-IV.

<b>ICD-10</b>	<b>DSM-IV (DSM-IV-TR)</b>
<b>Klassifikation psychischer Störungen</b>	<b>Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen</b>
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	Störungen im Zusammenhang mit Alkohol
F10.1 Schädlicher Gebrauch von Alkohol	305.00 Alkoholmissbrauch
F10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom	303.90 Alkoholabhängigkeit

(Tabelle 1: ICD-10/DSM-IV Klassifikationen)

Entsprechend dem ICD-10 müssen zur Erstellung der Diagnose „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ (F10.2) innerhalb von 12 Monaten mindestens drei der folgenden Kriterien vorliegen:

- starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Menge, Beginn oder Ende des Konsums
- körperliche Entzugserscheinungen bei Konsumstopp oder Konsumreduktion
- Nachweis einer Toleranz
- Einengung auf Alkohol, Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums oder ein erhöhter Zeitaufwand, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen.

Die Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ lässt sich weiter differenzieren, z.B.:

F10.20	gegenwärtig abstinent
F10.21	gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung
F10.24	gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)

(Tabelle 2: F10.2 Differenzierung)

Die Alkoholabhängigkeit kann auch als kombinierte Abhängigkeit auftreten, z.B. in Kombination mit Nikotinabhängigkeit, weiteren Drogen oder Medikamenten.

#### 1.1.1.4 Komorbidität

Liegen neben einer Abhängigkeitserkrankung weitere körperliche oder psychiatrische Diagnosen vor, spricht man von Komorbidität. „Häufige organische Komorbiditäten bestehen mit essentieller Hypertonie und Schilddrüsenüberfunktion. (Rahn und Mahnkopf, 1999)“ EEG-Befunde zeigen bei 50% der Alkoholkranken keinen normgerechten Befund. Veränderungen des Frontal- und Parietalhirns sowie Erweiterungen der inneren Liquorräume und des periventrikulären Graus wurden durch bildgebende Verfahren bestätigt. Hirndurchblutungsmessungen ergaben (besonders bei über 50jährigen Alkoholkranken) eine deutlich verminderte Hirndurchblutung vor allem in den frontalen Regionen, abhängig von der Menge des Alkoholkonsums.

Zusätzliche psychische Störungen liegen bei etwa 40-60% der suchtkranken Menschen vor. Dabei ist es häufig unklar, ob die Sucht die psychische Störung ausgelöst hat oder umgekehrt. Zu den häufigsten psychiatrischen Komorbiditäten gehören Persönlichkeitsstörungen (vor allem Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit impulsivem exzessivem Substanzkonsum, oft in Verbindung mit Selbstverletzungen), Angststörungen, depressive Störungen und paranoide Psychosen, z.B. in Form einer Schizophrenie.

#### 1.1.1.5 Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke

Der Begriff „chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke“ (CMA) erschien erstmals im Bericht der Psychiatrie-Enquete` des Jahres 1988, der sich bemühte, „...nicht nur die abstinenzmotivierten, sondern alle suchtkranken Patienten zu erfassen und entsprechende Hilfe- und Versorgungsangebote zu planen.“ (Reker, 2006, S.2)

In der „Braunschweiger Merkmalsliste“ (BML), welche 1999 in der Zeitschrift „Sucht“ veröffentlicht wurde, gehörten zu den Items der CMA damals:

- „Wohnungslosigkeit
- Langzeitarbeitslosigkeit
- Single Status („alleinstehend“)
- Lebensunterhalt durch Sozialhilfe oder EU-Rente
- gesetzliche Betreuung
- Vorstrafen
- mehr als 10 Entgiftungen oder 52 Wochen im Krankenhaus
- Einweisung per Beschluss
- Heimunterbringung
- Entzugskrampfanfälle, Alkoholpsychosen, Delirien
- Gangstörungen
- Lebererkrankungen und Gastritis (Magenschleimhautentzündung).“  
(Reker, 2006, S. 3)

Später wandelte und entschärfte sich der Begriff der „chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken zu „chronisch mehrfach beeinträchtigten

Abhängigkeitskranken“. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) nennt sie „Personen in Mehrfachproblemlagen“. (Puderbach, 2011, S.77)

Steingass formuliert folgende Beschreibung: „Diese Personengruppe weist aufgrund ihres langjährigen und exzessiven Suchtmittelmissbrauchs so eklatante körperliche, seelische und soziale Beeinträchtigungen auf, dass eine selbständige und eigenverantwortliche Lebensführung vorübergehend oder auch dauerhaft unmöglich erscheint. Ein großer Teil dieser Abhängigen ist sozial desintegriert und entwurzelt, ohne familiäre oder soziale Bindung, fast immer schon lange ohne Arbeit und häufig auch obdachlos.“ (Steingass, 2002, S. 11)

### **1.1.2 Folgen des chronischen Alkoholkonsums**

„Die Abhängigkeit verändert auf Dauer den ganzen Menschen und raubt ihm seine Würde.“ (Rahn u. Mahnkopf, 1999, S. 413) Im Drogen- und Suchtbericht 2013 führten der chronische Konsum von Alkohol bei etwa 75% der Alkoholkranken zu körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen.

#### 1.1.2.1 Körperliche Folgen des chronischen Alkoholkonsums

Zu den körperlichen Erkrankungen im Zusammenhang mit chronisch erhöhtem Alkoholkonsum gehören:

- Fettleber, Leberzirrhose
- Schädigung des Gehirns: Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Intelligenzminderung
- Herzmuskelerkrankungen
- Bluthochdruck
- Krebserkrankungen insbesondere von Leber, Mundhöhle, Rachenraum und Speiseröhre, Enddarm und (weiblicher) Brustdrüse
- Impotenz
- Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse)
- Gastritis (Entzündung der Magenschleimhaut)
- Übergewicht („Bierbauch“). (BZgA, 2009, S.15)

Hinzu kommen eine verstärkte Infektanfälligkeit, Gelenkschmerzen, sexuelle Funktionsstörungen, Mangelernährung sowie „Knochenbrüche bzw. anderweitige Verletzungen durch alkoholbedingte Unfälle/Stürze.“  
(Lindenmeyer, 2013, S. 5)

Untersuchungen in Entzugskliniken ergaben folgende Häufigkeiten organischer Erkrankungen: „Am häufigsten treten Leberschädigungen auf, dann folgen in absteigender Häufigkeit Lungenerkrankungen, Traumata, Bluthochdruck, Ernährungsstörungen und Störungen des Gastrointestinaltraktes.“  
(Tretter, 2012, S. 108)

Zu den neurologischen Störungen infolge chronischen Alkoholkonsums gehören das Wernicke-Korsakow-Syndrom, Alkoholische Kleinhirnatrophie, Alkoholische Polyneuropathie, Alkoholbedingter Tremor, Zerebrale Krampfanfälle u.a.

#### 1.1.2.2 Psychische Folgen des chronischen Alkoholkonsums

Chronischer Alkoholkonsum kann zu aggressiven Entgleisungen, Distanzlosigkeit und einem verringerten Selbstwertgefühl führen sowie zu Gefühlsschwankungen und Konzentrationsschwierigkeiten.

Als psychiatrische Störungen können neben depressiven Verstimmungen mit hohem Suizidrisiko und Angsterkrankungen auch Alkoholhalluzinosen, Eifersuchtswahn, Alkoholparanoia (Verfolgungs- oder Beziehungswahn), Alkoholdemenz oder eine Hepatitische Enzephalopathie auftreten. Der Entzug oder eine Senkung des Alkoholspiegels kann neben den Entzugssymptomen zum lebensgefährlichen Delirium tremens werden.

#### 1.1.2.3 Soziale Folgen des chronischen Alkoholkonsums

Soziale Folgen der Alkoholabhängigkeit sind vor allem die soziale Isolierung der betroffenen Person und seiner Familie sowie der soziale „Absturz“ mit dem Verlust an ethischen Werten. „Chronische Verläufe einer Alkoholabhängigkeit sind häufig mit schwerwiegenden Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur

der Betroffenen verbunden: Der zunächst verborgene und später auffällige Verlust von Antrieb und Motivation für die erfolgreiche Bewältigung alltäglicher Anforderungen, der fortschreitende Verfall von kreativen Fertigkeiten, Fähigkeit zur Strukturierung und zur emotionalen Ausgeglichenheit können in Form einer Spirale der Ausgrenzung wesentlich dazu beitragen, dass die Betroffenen immer mehr aus den sozialen Strukturen unserer Gesellschaft herausfallen.“  
(Kienast u.a., 2007, S. 5)

Die Alkoholabhängigkeit wird zunächst aus Scham geleugnet oder es wird eine Zeit lang versucht, den Konsum zu bagatellisieren und zu kontrollieren. Nicht selten wird der Konsum von Familienangehörigen oder Arbeitskollegen „gedeckt“. Kontrollversuche durch Familienangehörige scheitern häufig. Die dadurch entstehenden Schwierigkeiten und Spannungen enden häufig in einer Trennung der Familie oder Scheidung. Zusätzlich erfolgt ein sozialer Rückzug von Freunden und Bekannten.

Im beruflichen Alltag beeinflusst die Abhängigkeit die Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Fehler, Fehlzeiten und Unfälle am Arbeitsplatz können zu Kündigungen von Arbeitsverhältnissen bis hin zur Dauerarbeitslosigkeit führen. Finanzielle Schwierigkeiten verstärken sich und können den Verlust des bisherigen Lebensstandards und der Wohnung nach sich ziehen.

Aggressives Verhalten mit Gewaltausbrüchen, sexuellem Missbrauch und alkoholbedingte Kriminalität können auftreten, was den sozial erwünschten Normen nicht mehr entspricht und zu einem Verlust der Fahrerlaubnis oder einer Inhaftierung führen kann.

Das äußere Erscheinungsbild des Alkoholikers verändert sich, teilweise bis hin zur Verwahrlosung. In unserer Gesellschaft stoßen alkoholabhängige Menschen meist auf Ablehnung und soziale Ausgrenzung. Untersuchungen belegen eine sehr hohe Stigmatisierung alkoholkranker Menschen in der Bevölkerung. „Daher nimmt auch nur ein kleiner Prozentsatz von Alkoholkranken professionelle Hilfe in Anspruch. ... Vorurteile und Ausgrenzungsverhalten gegenüber Alkoholkranken finden sich jedoch auch unter Experten in zuständigen Facheinrichtungen.“ (Wetschka in SpringerMedizin.at, 2011, S. 2)

### 1.1.3 Behandlung der Alkoholabhängigkeit

#### 1.1.3.1 Neue Behandlungsansätze

In Deutschland ist die Alkoholabhängigkeit seit 1968 als Krankheit anerkannt. Krankenversicherungen und Rentenversicherungsträger übernehmen die Kosten der Behandlung. „Eine Abhängigkeitsbehandlung muss sich sowohl den körperlichen Suchtmechanismen widmen als auch die psychische Standhaftigkeit des Betroffenen gegenüber dem Alkohol systematisch erhöhen und eine soziale Perspektive bzw. Stabilisierung erzielen.“ (*Lindenmeyer, 2013, S. 36*)

Die empfohlene Behandlung der Alkoholabhängigkeit gliedert sich in drei Abschnitte, wobei der individuelle Behandlungsprozess unterschiedlich verlaufen kann:

- Entzugsbehandlung
- Entwöhnungsbehandlung
- Nachsorge.

Chronischer Alkoholkonsum führt jedoch oft dazu, dass die Betroffenen ärztliche Behandlung auf freiwilliger Basis immer seltener annehmen. Häufige Ursachen sind die Vernachlässigung des eigenen Körpers, Scham, negative Erlebnisse während ambulanter und stationärer Behandlungen, der Verlust der Krankenversicherung oder nicht leistbare Zuzahlungen. Häufig wird nur die somatische Erkrankung behandelt, ohne auf die Suchterkrankung einzugehen. Teilweise spüren die Betroffenen die Hilflosigkeit und Ablehnung mancher Ärzte. „Durch den vorherrschenden Behandlungsansatz werden chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholabhängige ausgegrenzt, da dieser für sie unrealistische Anforderungen stellt. Gute Prognosen für Abstinenz und berufliche Rehabilitation, Krankheitseinsicht, Änderungsbereitschaft, Eigenmotivation und die aktive Mitarbeit am Hilfeprozess im Rahmen der therapeutischen Kette (Beratung, Behandlung, Nachsorge) sind Voraussetzungen, die von den Betroffenen aufgrund ihrer komplexen Mängellagen nicht erfüllt werden können.“ (*Puderbach, 2011, S. 79*) Nur etwa 10% der Betroffenen erhalten eine professionelle Behandlung (siehe 1.1.3.2).

*John et. al.* formulierten neue Behandlungsansätze für die Behandlung bei

Alkoholabhängigkeit. Mit einem proaktiven Public-Health-Ansatz sollen Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention erfolgreich ergänzt werden:

- gesetzliche Änderungen können den Alkohol unattraktiv werden lassen, z.B. durch Preiserhöhungen oder Verfügbarkeitsbeschränkungen
- Informationskampagnen für gefährdete Bevölkerungsgruppen sollen zu Screenings, Kurzinterventionen oder in Therapien vermitteln
- eine duale Therapie von Alkohol- und Tabakkonsum kann zur Senkung der hohen Mortalität bei Alkoholabhängigen führen.

### 1.1.3.2 Abstinenz oder reduzierter Konsum als Therapieziel?

Im September 2011 diskutierten Experten aus über 25 Ländern in Wien die neusten Entwicklungen der Forschung zum Thema Alkoholabhängigkeit. „Dabei zeichnete sich ein Paradigmenwechsel ab – die absolute Abstinenz als wichtigstes Therapieziel steht nicht mehr im Vordergrund... Während in den USA und deutschsprachigen Ländern Europas die absolute Abstinenz nach wie vor das erklärte Therapieziel darstellt, hätten andere Länder bereits neue Wege beschritten.“ (*SpringerMedizin.at, 2011, S. 1f*) Motivationsarbeit sowie die Wahl eines gemeinsam erarbeiteten und realistischen Therapiezieles bilden die Grundlage der neuen Therapieansätze bei Alkoholabhängigkeit.

In den S2-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen heißt es: „Je ausgeprägter die Störungen sind, umso eher ist Abstinenz zu empfehlen und umso eher sind Behandlungserfolge nachweisbar. Auch bei wenig ausgeprägten Störungen ist die Erwägung des Patienten, sich abstinent zu verhalten, zu unterstützen.“ (*S2-Leitlinien, 2003, S. 17*)

Die S2-Leitlinien empfehlen nur bei *schädlichem Gebrauch/Alkoholmissbrauch*, neben der Vermittlung der Untersuchungsergebnisse und Diagnosen den Rat zur Trinkmengenreduzierung („Kontrolliertes Trinken“), Trinkpause oder Abstinenz zu geben. Dabei sollen Hilfen angeboten und angewandt werden, um dieses Ziel zu erreichen (z.B. Selbsthilfemanuale, Verhaltensstrategien).

Im Zusammenhang mit der Zulassung des Arzneimittels Selincro mit dem

Wirkstoff Nalmefen am 25.2.2013, welches die Reduktion des Alkoholkonsums bewirkt, erfolgte die Auswertung verschiedener Studien sowie ein Stellungnahmeverfahren im Deutschen Bundestag. Es wurde zusammenfassend „...festgestellt, dass neben der Abstinenztherapie auch eine Behandlung zur Reduktion des Alkoholkonsums im Sinne eines schrittweisen Therapieansatzes zur Erreichung einer Abstinenz in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit in Betracht zu ziehen ist“. (*Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 14*)

In der dazugehörigen Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass weniger als 10% der Alkoholabhängigen in Deutschland eine Behandlung annehmen und sich nur ein Teil dieser Patienten für eine abstinenzorientierte Therapie entscheidet. Es sollte daher ein leichter Zugang für die Betroffenen zum Hilfesystem ermöglicht werden. „Würde Patienten, die für eine Abstinenz noch nicht bereit sind, dieses Therapieziel trotzdem mehrfach vorgeschrieben, sei die Gefahr eines Scheiterns groß. Während dieser mehrfachen aber leider erfolglosen Therapieversuche bliebe die Mortalität unverändert hoch. Wenn den Patienten mit einer Trinkmengenreduktion ein niedrigschwelliger Einstieg in die Therapie der Alkoholabhängigkeit gleich zu Beginn gewährt würde, profitierten sowohl die Patienten als auch die GKV frühzeitig von verbesserter Morbidität und Mortalität.“ (*Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 45*)

In der Bewertung zum Vorrang des Therapieziels Abstinenz kommt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) zu folgendem Ergebnis: „Ausweislich der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ist für den G-BA kein dahingehender Konsens in den einschlägigen Fachkreisen feststellbar, dass die Trinkmengenreduktion als gleichrangiges Therapieziel neben der Abstinenz anzusehen ist. Vielmehr hat der Fachverband Sucht e.V. auch im Rahmen der mündlichen Anhörung noch einmal den Vorrang der Abstinenzorientierung in der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit bekräftigt, welcher aufgrund der umfangreichen Erfahrungen mit den abstinenzorientierten Behandlungsprogrammen und im Bereich der Selbsthilfe als erste Behandlungswahl beizubehalten sei. Insofern sieht der G-BA die Abstinenz weiterhin als vorrangiges Therapieziel bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit an.“ (*Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014, S. 49*)

### 1.1.3.3 Kontrolliertes Trinken bei Obdachlosen

Laut Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. leben in Deutschland ca. 24.000 Wohnungslose ohne Unterkunft auf der Straße. Eine psychiatrische Untersuchung von 146 Wohnungslosen in München 1989 ergab bei 94,5 % der Untersuchten eine psychische Erkrankung, davon bei über 90% eine Alkoholproblematik. Die Auswertung vergleichbarer Studien (1976/77 bis 1996) zur „Prävalenz psychischer Erkrankungen bei alleinstehenden wohnungslosen Männern“ ergab Prävalenzen zwischen 55% und 90%. (*Kunstmann, 2014, in: Wohnungslos 1/14, Seite 20*)

Obdachlose Menschen werden jedoch kaum durch suchtspezifische Angebote erreicht. Nach jahrelangem chronischem Alkoholkonsum fällt es ihnen besonders schwer, einen Abstinenzwunsch zu entwickeln. Um diese Zielgruppe dennoch anzusprechen, gingen einige Städte neue Wege. In Amsterdam erhielten Obdachlose 2013 im Rahmen des Projektes „Bier für Alkoholiker“ der Regenbogen-Stiftung für das Reinigen des Oosterparks Bier eingeteilt sowie Bargeld und Tabak als Gegenleistung. Die Stadt Essen plant ab Mai 2014 ein ähnliches Projekt, um die Alkohol- und Drogenabhängigen vom Bahnhof wegzulocken, ihnen einen geregelten Tagesablauf zu bieten und „kontrolliert trinken“ zu können.

Einige Projekte integrierten den Ansatz des „kontrollierten Trinkens“ nach *Körkel* erfolgreich in bereits bestehende niedrigschwellige Angebote der Wohnungslosenhilfe. Ein Beispiel ist das Modellprojekt „WALK“ („Wohnungslosigkeit und Alkohol: Einführung zieloffener Suchtarbeit in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe des Katholischen Männerfürsorgevereins München“). 2004 erfolgte eine Schulung der pädagogischen Mitarbeiter von 12 Einrichtungen des Katholischen Männerfürsorgevereins München, in denen Alkohol konsumiert werden darf. Die Schulung sollte die Mitarbeiter zu motivierender Gesprächsführung und der Anwendung von Programmen zur zieloffenen Suchtarbeit befähigen, um die Klienten in abstinenzorientierte Suchthilfeeinrichtungen vermitteln zu können oder mit ihnen verschiedene Programme durchzuführen, die das „kontrollierte Trinken“ beinhalten. Das Projekt erreichte mehr Klienten als erwartet und wurde als zusätzliches Hilfsangebot geschätzt.

## 1.2 Berliner Suchthilfesystem

### 1.2.1 Grundlagen der Leistungserbringung gemäß SGB XII

„Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Leistung soll sie so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; darauf haben auch die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinzuwirken.“

*(§ 1 Abs.1 Satz 1-2 SGB XII)*

Bei der individuellen Bewilligung von Leistungen der Sozialhilfe gemäß SGB XII ist vom Sozialhilfeträger der Nachranggrundsatz zu beachten. Demnach hat keinen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen, „...wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.“ (*§ 2 Abs.1 SGB XII*) Dies gilt z.B. für Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs.2-3 SGB IX gegenüber Krankenkassen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33ff. SGB IX gegenüber der Bundesagentur für Arbeit, Leistungen anderer Rehabilitations- oder Sozialleistungsträger (z.B. Pflegekassen) sowie für Leistungen der Deutschen Rentenversicherung.

Berliner Suchthilfeangebote durch Einrichtungen und Dienste beruhen häufig auf Verträgen gemäß SGB XII. Zuständig für Vertragsangelegenheiten gemäß SGB XII ist die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Bereich Soziales.

Diese Verträge beziehen sich auf

- Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53/54 SGB XII für Menschen mit seelischer Behinderung
- Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53/54 SGB XII für Menschen mit körperlicher, geistiger und/oder mehrfacher Behinderung
- Leistungen der Wohnungslosenhilfe gemäß §§ 67/68 SGB XII.

Weitere Grundlagen der Vertragsgestaltung in Berlin sind

- der Berliner Rahmenvertrag (BRV) in der Fassung vom 01.01.2014
- die Beschlüsse der Berliner Vertragskommission Soziales (KO75) für Einrichtungen und Dienste nach dem SGB XII.

Zwischen dem Sozialhilfeträger (Land Berlin, vertreten durch die zuständigen Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales sowie die Bezirksämter von Berlin) und dem Träger der Einrichtung/Dienst wird eine Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII geschlossen. Die vereinbarte Vergütung orientiert sich an den Besonderheiten des jeweiligen Leistungstyps.

### **1.2.2 Berliner Rahmenvertrag (BRV)**

Der „Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (-BRV-) in der ab 01.01.2014 geltenden Fassung“ ist für alle Einrichtungen gültig, die Vereinbarungen gemäß § 75 Abs.3 SGB XII geschlossen haben oder schließen möchten. Er enthält allgemeine Grundsätze für den Abschluss einrichtungsbezogener Vereinbarungen zwischen der Senatsverwaltung von Berlin und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, leistungstypübergreifende und leistungstypspezifische Regelungen sowie Grundsätze zur Qualitätssicherung.

Die bedarfsorientierten „Leistungen“ des Berliner Rahmenvertrages beinhalten:

- Maßnahmen (Betreuung, Förderung, Pflege)
- Grundleistungen (Bereitstellung von Unterkunft und Verpflegung)
- Bereitstellung der betriebsnotwendigen Anlagen (Gebäude, Grundstück) einschließlich ihrer Ausstattung (Inventar). (*BRV, 2014, S. 9*)

Die Hauptverantwortung für die Umsetzung der Aufgaben des BRV liegt bei der Berliner Vertragskommission Soziales (KO75). Die KO75 setzt sich aus Vertretern der Vereinigungen der Leistungserbringer und des Sozialhilfeträgers zusammen und wird fachlich von Arbeitsgruppen und Ausschüssen unterstützt.

### 1.2.3 Wohnungslosenhilfe

Die „Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“ ist eine Leistung der Sozialhilfe gemäß §§ 67/68 SGB XII. Sie richtet sich an erwachsene Personen in besonderen Lebenslagen mit sozialen Schwierigkeiten, die aus eigener Kraft nicht in der Lage sind, ihre sozialen Schwierigkeiten zu überwinden. Die Betroffenen sind wohnungslos, leben in unzumutbaren Wohnverhältnissen oder sind von Wohnungsverlust bedroht.

Zielgruppen der Wohnungslosenhilfe sind:

- wohnungslose Familien und Elternteile mit Kindern
- allein stehende wohnungslose Männer und Frauen
- auf der Straße lebende Menschen
- Wohnungslose mit starken psychischen Beeinträchtigungen und Suchtproblemen
- Langzeitwohnungslose mit starken Abbauerscheinungen sowie
- pflegebedürftige Wohnungslose.

Neben speziellen niedrighschwelligem Beratungsangeboten der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe fördern die einzelnen Bezirke ganzjährige Angebote, z.B. Wärmestuben und Treffpunkte sowie die Angebote der Berliner Kältehilfe. Weitere Leistungen der Wohnungslosenhilfe sind ambulante und stationäre Hilfen gemäß § 67ff SGB XII in Verbindung mit § 75 Abs. 3 SGB XII. Anlage 5 des Berliner Rahmenvertrages enthält die Leistungsbeschreibungen dieser Hilfen (Beschluss 2/2007 der KO75) in folgenden Leistungstypen:

- Wohnungserhalt und Wohnungserlangung
- Betreutes Einzelwohnen
- Betreutes Gruppenwohnen
- Betreutes Gruppenwohnen für ehemals Drogenabhängige nach abgeschlossener Therapie (die fachliche Verantwortung hat hier die Landesdrogenbeauftragte)
- Übergangshaus
- Kriseneinrichtung
- Krankenstation.

„Wohnungslosenhilfe steht heute in einem ständigen Spagat zwischen niedrigschwelligster Katastrophenhilfe, qualifizierten Eingliederungshilfen und einer nachhaltigen präventiven Arbeit, dies unter der Bedingung wirkmächtiger wirtschaftlicher, gesellschaftlicher, sozialer und globaler Einflüsse.“ (Rosenke (Hrsg.), Heft 61, S.12)

Die Wohnungslosenhilfe ist gegenüber der Eingliederungshilfe eine nachrangige Hilfe. Wenn der jeweilige Bedarf durch Leistungen anderer Vorschriften des SGB XII oder SGB VIII gedeckt werden kann, haben diese Leistungen Vorrang (vgl. § 67 Satz 2 SGB XII).

#### **1.2.4 Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung**

Die „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ gemäß §§ 53/54 SGB XII ist eine Leistung der Sozialhilfe in Verbindung mit der Eingliederungshilfeverordnung (EHVO). Sie enthält Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach dem SGB IX und arbeitet mit dem Grundsatz: „ambulant vor stationär“.

„Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“ (§ 53 Abs.3 SGB XII)

Dabei ist die Gewährung der Hilfe davon abhängig, ob diese Leistung eine Aussicht auf Erfolg hat (vgl. § 53 Abs.1 Satz 1 SGB XII). Sie muss „notwendig, ausreichend und zweckmäßig sein... Eine Hilfe ist angemessen, wenn bei mehreren alternativ möglichen Hilfeleistungen (Varianten), die zur Zielerreichung der Eingliederungshilfe (Deckung des Bedarfs des Leistungsberechtigten) geeignet sind, die kostengünstigste ausgewählt wird.“ (AV Eingliederungshilfe, 2007, Unterabschnitt1, Punkt 5, Abs.7, Sätze 3 und 7).

Einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben Menschen mit einer tatsächlich vorliegenden oder einer drohenden Behinderung. Als behindert im Sinne des SGB XII gelten die Personen, die einer der in den §§ 1-3 EHVO genannten Gruppen zuzuordnen sind. Dazu gehören körperlich, geistig und seelisch wesentlich behinderte Menschen.

Entsprechend § 60 SGB XII wurde der Personenkreis der seelisch behinderten Menschen in der Eingliederungshilfe-Verordnung näher bestimmt:

„Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zur Folge haben können, sind

1. körperlich nicht begründbare Psychosen
2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen
3. Suchtkrankheiten
4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.“ (§ 3 EHVO)

Anlage 1 des Berliner Rahmenvertrages enthält die Leistungsbeschreibungen für den Bereich seelisch behinderter Menschen gemäß § 53 SGB XII (Beschluss Nr. 7/2006 mit Ergänzung durch Beschluss Nr. 3/2013 der KO75) für folgende Leistungstypen:

- Therapeutisch betreutes Einzelwohnen
- Therapeutisch betreute Wohngemeinschaften
- Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen
- Therapeutisch betreute Heime
- Therapeutisch betreute Übergangsheime
- Therapeutisch betreute Tagesstätten.

Bei der Umsetzung sind die Vorgaben des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, 2006) zu berücksichtigen. Dazu zählen der Abbau von Diskriminierung und Ausgrenzung, die Teilhabe und Einbeziehung behinderter Menschen in die Gesellschaft (Inklusion), Chancengleichheit und Zugänglichkeit (Barrierefreiheit).

## 1.3 Erfolgreiches Arbeiten in der Suchthilfe

### 1.3.1 Qualitätssicherung

„Die Qualität der Leistungen ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen, die die Einrichtung im Hinblick auf eine vereinbarte Leistungserbringung erfüllt.“ (BRV, 2014, S. 10)

Der Berliner Rahmenvertrag (siehe 1.2.1.2) bestimmt Kriterien der Qualitätssicherung für Einrichtungen und ambulante Dienste, in denen Leistungen gemäß SGB XII erbracht werden.

„Qualitätssicherung bezieht sich auf die im Zusammenhang mit der Konzeption der Einrichtungen dargestellten Standards der Qualität. Sie wird von den Einrichtungen planmäßig durchgeführt und ständig hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft bzw. weiterentwickelt.“ (BRV, 2014, S. 11)

Dabei werden drei Ebenen unterschieden:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität.

„Strukturqualität benennt die strukturellen Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die vereinbarten Leistungen zu erbringen.“ (BRV, 2014, S.10)

Dazu zählen:

- die personelle, räumliche und sächliche Ausstattung
- der Standort und die Größe der Einrichtungen
- bauliche Standards
- die Konzeption der Einrichtung
- die Organisationsform
- Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter
- die Einbindung in Versorgungs- und Kooperationsstrukturen und Gemeinwesen
- ein personen- und einrichtungsbezogenes Dokumentationssystem.

„Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, Strukturierung und Durchführung der vereinbarten Leistungserbringung.“ (BRV, 2014, S.10)

Sie umfasst vor allem:

- eine bedarfsorientierte Hilfeplanung und Hilfeleistung
- die kontinuierliche Überprüfung und Fortschreibung des Hilfeplanes sowie die Dokumentation der Hilfe
- die Unterstützung und Förderung der Selbsthilfepotentiale
- die Einbeziehung Betroffener, Angehöriger und gesetzlicher Vertreter
- eine bedarfsgerechte Fortentwicklung der Konzeption
- eine bedarfsgerechte Dienstplangestaltung
- eine fachübergreifende Zusammenarbeit
- eine Vernetzung der Angebote verschiedener Einrichtungen innerhalb eines Gesamtplanes.

„Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad der Leistungserbringung zu verstehen. Dabei ist das angestrebte Ziel mit dem tatsächlich Erreichten zu vergleichen.“ (BRV, 2014, S.11)

Entsprechend § 75 Abs.3 Satz 3 und § 76 Abs.3 SGB XII legt jede Einrichtung ein Verfahren zur Qualitätssicherung und -prüfung fest. Es erfolgt eine Festschreibung interner Qualitätsstandards zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die vereinbarten Leistungen unter Berücksichtigung gesetzlich festgelegter sowie allgemein anerkannter Standards.

Qualitätssicherung wird dabei als ein Prozess verstanden, in dem die Einhaltung und Wirksamkeit der festgelegten Standards z.B. in Qualitätszirkeln planmäßig überprüft und weiterentwickelt werden. Auch Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sind umzusetzen, z.B. die Mitwirkung an externen Qualitätskonferenzen zur Entwicklung bzw. Weiterentwicklung einrichtungsübergreifender Verfahrensstandards für die Leistungserbringung. In der Regel wird ein Qualitätsbeauftragter benannt bzw. eingesetzt.

Die Maßnahmen der Qualitätssicherung werden in dem jährlich zu erstellenden standardisierten Jahresbericht dargestellt und an den Träger der Sozialhilfe übermittelt. Bei begründeten Anhaltspunkten für eine Vertragsverletzung wird von der Senatsverwaltung für Soziales eine Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel festgelegt und bei Nichteinhaltung eine Prüfungskommission oder Sachverständige (Dritte) zur Prüfung des Sachverhaltes eingesetzt. Verstöße können zu Kürzungen der Vergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung oder zur Kündigung der Leistungsvereinbarung führen.

### **1.3.2 Erfolgskriterien**

Der Duden benennt 44 Synonyme zu dem Wort „Erfolg“, z.B. „Durchbruch, Errungenschaft, Fortschritt, Gedeihen, Gelingen, Gewinn...“ (*Duden. 2006, S. 333*) Allein diese Auswahl zeigt die vielen Facetten dieses Begriffes. Die Arbeit in der Suchthilfe ist ebenso vielfältig, da jeder Betroffene seine eigene Lebensgeschichte, Problematik, Zielformulierung und ihm zur Verfügung stehende Ressourcen mitbringt. Was dabei als „Erfolg“ angesehen wird, wird von den beteiligten Personen oft subjektiv unterschiedlich bewertet und formuliert.

Für *Gerull und Mertens* besteht die Schwierigkeit einer Erfolgsevaluation darin, dass Erfolge nicht einheitlich definiert, sondern nur individuell formuliert werden können. Sie sind nicht immer sichtbar und aufgrund der Individualität jedes Einzelfalles kaum vergleichbar. Erfolgskriterien müssen für jeden Klienten individuell zugeschnitten und formuliert werden. Dabei sind die unterschiedlichen Konzepte der Einrichtungen ebenso wie persönlichkeitsgeprägte Interventionsmethoden seitens der Mitarbeiter in den Einrichtungen von Bedeutung.

„Hinzu kommt, dass der Nachweis einer Wirksamkeit im Sinne einer Kausalität von Intervention und Wirkung in der Sozialen Arbeit kaum zu führen ist. Niemand kann nachweisen, was ohne eine bestimmte Maßnahme oder Intervention passiert oder nicht passiert wäre, und zu viele Faktoren beeinflussen das Verhalten der Hilfesuchenden, um Ursache und Wirkung bestimmen zu können.“ (*Gerull und Mertens, 2012, S.9*)

### 1.3.2.1 Allgemeine Erfolgskriterien Sozialer Dienste und Einrichtungen

*Herriger und Kähler* erfassten 2003 subjektive Erfolgskriterien und -erfahrungen von 30 Mitarbeitern sozialer Dienste und Einrichtungen in leitfadengestützten qualitativen Interviews. Folgende Kriterien wurden genannt:

1. Materielle Verbesserung der Lebenslage: Dazu gehören Maßnahmen zur Existenzsicherung und Schuldenregulierung, die Vermittlung von gesetzlich garantierten Sozialleistungen (Leistungen der Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe, Jugendhilfe, Kranken- und Pflegeversicherung), Wohnungsvermittlung und Wohnraumanpassung oder der Umgang mit Widerständen gegen eine materielle Verbesserung der Lebenslage.
2. Verbesserung sozialer Beziehungen: Dazu zählen die Stabilisierung von partnerschaftlichen und familiären Bindungen, die Schaffung und Stabilisierung informeller Netzwerk-Strukturen oder die Schaffung von neuen Bindungen und Beziehungsqualitäten.
3. Veränderung von Lebensperspektiven / die Suche nach einem neuen Lebenssinn: Dazu gehören Schritte in eine neue Lebensautonomie (z.B. eigene Bedürfnisse artikulieren und selbstbewusst einfordern oder die Entwicklung von Lebenszufriedenheit und Unabhängigkeit), Lebensbegleitung bei der neuen Lebensorientierung bis hin zu Rückmeldungen über Lebenserfolge nach Abschluss der Hilfen.

### 1.3.2.2 Erfolg in der Wohnungslosenhilfe

*Gerull und Merckens* fanden in ihrer Literaturrecherche im Rahmen ihrer qualitativen Studie des Jahres 2009 kaum Anhaltspunkte für eine einheitliche Definition des Begriffes „Erfolg“. Ihre Definition von Erfolg stützt sich daher auf die in dieser Studie geführten Interviews mit Betroffenen, Mitarbeitern im Sozialamt und Mitarbeitern freier Träger. Ihr Fazit für den Bereich der Wohnungslosenhilfe: „Erfolgreich ist eine Maßnahme, wenn individuelle Hilfeziele erreicht werden, was durch den Vergleich von Zielformulierung und Zielerreichung überprüft werden muss. Diese Untersuchung muss sich am konkreten Bedarf orientieren sowie im Hinblick auf den Auftrag in den unterschiedlichen Leistungstypen und damit der möglichen Intensität der Hilfen erfolgen. Grundsätzlich geht es in den Maßnahmen um eine Veränderung der

Lebenssituation und die Reduzierung von (sozialen) Schwierigkeiten, und zwar möglichst nachhaltig. Auch Teilerfolge bzw. Zielannäherungen sind Erfolge!“ (Gerull und Mertens, 2012, S.10) In der Aktenanalyse von Gerull und Mertens im Rahmen ihrer Studie 2012 wurde deutlich, dass sich Berliner Kostenträger und Leistungserbringer in ihrer Erfolgsperspektive unterscheiden. Während Kostenträger eher ergebnis- und prozessorientiert agierten, zeigten sich die Leistungserbringer deutlich prozessorientiert.

### 1.3.2.3 Erfolg in der Eingliederungshilfe

„Der Erfolg der Eingliederungshilfe ist auf den jeweiligen Einzelfall hin auszurichten und individuell – z.B. im Gesamtplan nach SGB XII – differenziert nach Problemlage, Ziele und Maßnahme – zu definieren. Dabei kann Ziel und Erfolg sein, auf eine baldige und dauerhafte Verselbständigung hinzuarbeiten, genauso wie es Ziel und Erfolg sein kann, durch dauerhafte und lebenslange Förderung die vorhandenen Fähigkeiten zu erhalten und somit dem behinderten Menschen ein Mindestmaß von Integration und Teilhabe zu ermöglichen.“ (Heißenbüttel und Petzold, 2012)

Entsprechend § 53 Abs.1 Satz 1 SGB XII ist in der Eingliederungshilfe die Gewährung von Hilfen davon abhängig, ob die begehrte Leistung eine „Aussicht auf Erfolg“ hat. „Es muss mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sein, dass die Leistung eine drohende Behinderung verhindert oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen beseitigt oder mildert und den behinderten Menschen eingliedert (Zielbestimmung).“ (Punkt 5 Abs.7 Satz 2 AV-Eingliederungshilfe).

In Berlin wurde der für die Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe zu erstellende Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BRP) im Jahr 2010 dahingehend geändert, dass zu jedem in den vier sozial-psychiatrischen Leistungsbereichen formulierten Teilzielen jeweils individuell abgestimmte Indikatoren zur Zielerreichung zugeordnet werden müssen. Sie dienen der Konkretisierung der Zielformulierung mit der Entwicklung eigener Maßstäbe zur Zielerreichung für jedes einzelne Ziel eines Klienten. Die Erfolgskontrolle wird dadurch transparenter. Um eine Überforderung des Klienten zu vermeiden, müssen die

individuellen Ziele sinnvoll, realistisch und erreichbar sein. Gegebenenfalls sind sie in viele Teilschritte mit entsprechenden Teilzielen zu zerlegen.

„Realistische Zielsetzungen werden ergeben: Nicht jede Beeinträchtigung, Fähigkeitsstörung oder Umfeldbelastung kann aufgehoben werden. Erfolge bei der Erreichung begrenzter Ziele sind deshalb meist hilfreicher als aussichtsarme Anstrengungen bei zu hohen Erwartungen.“ Bei der Formulierung der Ziele und Indikatoren, soll der Klient so weit wie möglich einbezogen werden. (*Begutachtungsleitfaden, 2010, S. 5f*)

### Bereich betreutes Wohnen

„Erfolge im betreuten Wohnen orientieren sich einerseits an einer verstärkten Selbständigkeit und andererseits an der größtmöglichen Integration in den Stadtteil. Beides kann konkretisiert werden als zunehmende Nutzung von nichtpsychiatrischen Hilfen und Angeboten.“ (*Schlichte, 2011, S. 132*)

*Schlichte* benennt folgende Indikatoren für Betreuungserfolge:

- „in Häufigkeit und/oder zeitlicher Dauer abnehmende Klinikaufenthalte
- Verringerung bzw. Beendigung von Zwangsmaßnahmen
- weniger Einschränkungen der bürgerlichen Rechte, Abbau von Rechtsbetreuungen
- die Aufnahme von Arbeit oder Beschäftigung
- Reduzierung des Betreuungsschlüssels und damit der Betreuungszeiten
- ...die Verringerung des persönlich empfundenen Leids
- Vergrößerung des „Aktionsradius“ und der individuellen Aktivitäten
- genauere Kenntnis der persönlichen Befindlichkeit und erweiterte Fähigkeit, diese zu verbalisieren
- eine verbesserte Selbstsorge, weniger selbstschädigendes Verhalten
- Erweiterung und / oder Vertiefung der sozialen Kontakte
- selbstbewusster, eigenverantwortlicher Umgang mit der Medikation
- aktivere und bewusstere (Mit-)Gestaltung der Betreuung
- die Steigerung der Lebenszufriedenheit allgemein.“

(*Schlichte, 2011, S. 133*)

### **1.3.3 Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten**

Die Literaturrecherche ergab eine Vielzahl an Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten. Die folgende Übersicht bildet nur eine Auswahl verschiedener Bereiche der Suchhilfe ab. Hier zeigt sich bereits eine Vielfalt an Voraussetzungen, mit denen erfolgreiches Arbeiten möglich ist. Diese Wirkfaktoren wirken auf personeller, struktureller und gesellschaftspolitischer Ebene. Sie sind keine feststehenden und unveränderlichen Größen, sondern müssen institutionell angepasst und professionell gestaltet werden. Nur eine sinnvolle bedarfsgerechte inhaltliche Planung und Ausgestaltung eines Angebotes sowie ein intelligentes Zusammenspiel all dieser Faktoren führen zu einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung.

#### 1.3.3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen

Die strukturellen Rahmenbedingungen bilden die Grundlage für professionelles Handeln. Jede Leistungserbringung ist eingebunden in das Konzept eines Trägers oder einer Institution und deren Interessen. Die Rahmenbedingungen sind in den einzelnen Einrichtungen verschieden. Es variieren der mit dem jeweiligen Angebot erreichte Personenkreis, die personellen Ressourcen und Qualifikationen der Mitarbeiter, die Ausstattung und die zur Verfügung stehenden Arbeitsmittel.

Im Folgenden werden beispielhaft positiv wirkende strukturelle Faktoren aus drei Bereichen dargestellt:

- Bereich Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
- Bereich Betreutes Wohnen
- Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung.

#### Bereich Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Der beratende Arbeitskreis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“) entwickelte zwölf Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten („Good Practice Kriterien“).

„Die Kriterien spiegeln das umfassende Konzept von Gesundheitsförderung der

WHO wider, das zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potentialen der Menschen auf allen Ebenen ansetzt. Gesundheitsförderung soll Menschen befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Eine zentrale Rolle spielt dabei der Setting-Ansatz, der neben der Stärkung der individuellen Ressourcen auch auf die aktive Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten abzieht.“ (BzgA, 2011, S.1)

Berücksichtigt wurden dabei auch die Interessen der Zuwendungsgeber, der Fachöffentlichkeit sowie der Zielgruppen an der Qualität der einzelnen Projekte und der Verwendung öffentlicher Mittel und Spenden.

Die Kriterien einer gelingenden Gesundheitsförderung lauten:

1. klare Konzeption und klares Selbstverständnis
2. Präzisierung der Zielgruppe
3. Innovation umsetzen und Nachhaltigkeit anstreben
4. Multiplikatorenkonzept durch Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit
5. Niedrigschwellige Arbeitsweise (z.B. geringe Zugangshürden)
6. Partizipation (Mitwirkung durch Entscheidungskompetenz)
7. Empowerment (Selbsttätigkeit und Selbstbestimmtheit fördern)
8. Setting-Ansatz (Lebensweltorientierung)
9. Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung aktiv gestalten
10. Qualitätsmanagement bzw. Qualitätsentwicklung
11. Dokumentation und Evaluation der Arbeitsinhalte und -ergebnisse
12. Kosten-Nutzen-Relation in angemessenem Verhältnis.

### Bereich betreutes Wohnen

Auf der Internetseite *Wohnen-im-Alter.de* befindet sich ein Betreiber-Ratgeber mit Erfolgsfaktoren im Bereich Betreutes Wohnen, welche sich auf betreute Wohnformen der Suchthilfe übertragen lassen. Die dort genannten Erfolgsfaktoren für ambulant betreute Wohngemeinschaften sind:

1. das richtige Angebot für die richtige Zielgruppe
2. das passende Raum- und Wohnungsangebot
3. das richtige Konzept

4. der richtige Betreuungsträger
5. qualifiziertes Personal
6. eine betriebswirtschaftlich richtige Planung
7. Organisation und Gestaltung der Verträge.

### Bereich betriebliche Gesundheitsförderung

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind eine wesentliche Basis erfolgreichen Arbeitens. „Eine gesundheitsförderliche Organisation von Arbeitsbedingungen, gute soziale Beziehungen am Arbeitsplatz oder qualifizierte Führung führen zu höherem Wohlbefinden, zu größerer sozialer Kompetenz, weniger Angst, besserer körperlicher Gesundheit und damit mittelbar zu einem anderen Arbeitsverhalten, das sich letztlich in besseren Arbeitsergebnissen niederschlägt.“ (*Lempert-Horstkotte, 2005, S.57f*)

In einer Studie des Jahres 2005 wurde untersucht, was Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arbeitsfeldern der Psychiatrie und Sucht gesund erhält. Im Ergebnis formulierten die Autoren „...folgende Anforderungen:

- Orientierung an salutogenen Potenzialen, statt ausschließliche Orientierung an der Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen
- Prävention durch salutogene Gestaltung von Rahmenbedingungen der Arbeit, Arbeitsstrukturen und Arbeitsprozessen
- stärkere Gewichtung von sogenannten „weichen Faktoren“ wie Betriebsklima, Zusammenarbeit, Vertrauen etc.
- Einbeziehung der Mitarbeitenden als GesundheitsexpertInnen
- Orientierung an den spezifischen Gefährdungen in den jeweiligen Arbeitsfeldern.“ (*Bergner und Lempert-Horstkotte, 2005, S.8*)

### 1.3.3.2 Interpersonelle Kompetenzen der Mitarbeiter

Neben den strukturellen Rahmenbedingungen sind die persönlichen Ressourcen eines Mitarbeiters, seine Haltung und professionelle Identität von entscheidender Bedeutung für eine gelingende Arbeit.

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Arbeitsebenen beschrieben:

- Aktivierende und motivierende Sozialarbeit
- Beziehungsgestaltung
- Haltung, professionelle Identität und Empowerment
- Psychohygiene der Mitarbeiter in sozialen Berufen.

### Aktivierende und motivierende Sozialarbeit

*Gehrmann* und *Müller* beschreiben 2005 das „Neue Denken“ in der Sozialarbeit mit folgenden Kriterien einer motivierenden Sozialarbeit:

- Respekt vor den Klienten/Kunden und deren Lebensstilen
- Ressourcenorientierung statt Problemorientierung
- Partnerschaftliche Arbeit mit den Klienten
- Arbeit in der Lebenswelt der Klienten
- Soziale Arbeit als Dienstleistung verstehen
- Vermittlung von Hoffnung
- Humor.

Auch bei unmotivierten Klienten gilt es, eine Kooperation und die Erteilung eines Auftrages herzustellen. Trotz bestehender Interessenunterschiede und realer Machtgefüge soll der Klient als Partner betrachtet werden, was eine hohe Herausforderung darstellt und ein sensibles Vorgehen verlangt. Folgende Voraussetzungen einer aktivierenden und motivierenden Arbeit wurden von *Gehrmann* und *Müller* beschrieben:

- die Formulierung individueller realistischer Ziele
- Empathie und Akzeptanz
- eine Rollenklärung des Mitarbeiters gegenüber dem Klienten
- das Bekämpfen destruktiver Gedanken
- Hoffnung auf eine Verbesserung der Situation vermitteln
- ein methodischer Umgang mit Widerstand
- Aktivierung der Klienten
- Motivierung von Mitarbeitern für neue Konzepte
- Nutzung von Netzwerkressourcen.

### Beziehungsgestaltung

Eine tragfähige therapeutische Beziehung ist eine wesentliche Voraussetzung zum Gelingen von Psychotherapie und sozialer Arbeit. Ausgehend von den Grundregeln der Nicht-Schädigung des Patienten, der Achtung seiner Autonomie, der Fürsorge sowie der prinzipiellen Gleichheit bzw. Gleichwertigkeit der Menschen sind folgende positive Wirkmechanismen der Therapeut-Patient-Beziehung belegt:

- Empathie/Verständnis (vom Patienten empfunden)
- Therapeutische Allianz (Arbeitsbündnis während der Therapie)
- Wertschätzung (vom Patienten empfunden)
- Kongruenz und Echtheit (gezielter Einsatz durch den Therapeuten)
- Rückmeldung (Validierung, Anerkennung von Bemühung, subtile Verstärkungsprozesse etc.) (*Linden, 2011, S. 40ff*)

Jeder der genannten Aspekte birgt jedoch auch die Möglichkeit, im falschen Moment eingesetzt zu werden und damit dem Therapieziel entgegenzuwirken. Eine gute Therapeut-Patient-Beziehung entwickelt sich dann, wenn die richtige Balance gefunden wird zwischen Empathie und zu viel Verständnis, Aktivitätenaufbau und der Vermeidung von Überforderung etc. Ihre Qualität muss immer wieder reflektiert und ggf. korrigiert werden.

### Haltung, professionelle Identität und Empowerment

Mitarbeiter befinden sich in einem Arbeitsfeld, der von vielen unterschiedlich ausgerichteten Interessen und Arbeitsaufträgen bestimmt wird:

- sie arbeiten in meist vorgegebenen Strukturen und gehören dem Team ihres Arbeitgebers, Fachdienstes etc. an
- gleichzeitig vernetzen sie sich mit einzelnen Klienten in personenbezogenen Teams (z.B. Bezugspflege-Teams, Helferkonferenzen)
- sie setzen sich mit Klienten und deren Auffälligkeiten und Befindlichkeiten, den Erwartungen und Aufträgen von Klienten und Leistungsträgern, den Rahmenbedingungen und begrenzten Ressourcen auseinander.

In diesem Spannungsfeld stellt sich eine Kohärenz-Erfahrung nicht von selbst ein. Es ist notwendig, die Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der

Arbeitsaufgabe immer wieder neu zu erarbeiten, zu überprüfen und bewusst zu machen.

„Wer anderen Menschen Halt und Orientierung geben soll, muss selbst Halt und Orientierung haben. Belastungen werden umso eher bewältigt, je mehr die Bewältigung mit einem Gefühl von 'Stimmigkeit' verbunden ist.“ (Schulte-Kemna, 2013, S.10)

Obert benennt Handlungsregeln und Haltungen für eine alltagsorientierte sozialpsychiatrische Arbeit im betreuten Wohnen:

- „dort zu beginnen, wo der Klient steht, was ihn in den gegebenen Verhältnissen unterstützt, sich aber auch in sozialpolitische Planungsprozesse einzumischen und auf die Verbesserung der Lebensbedingungen und -möglichkeiten hinzuarbeiten;
- materielle und soziale Grundlagen (wieder-) herzustellen und abzusichern, Ressourcen vor Ort aufzutun, zu stabilisieren und zu fördern, das Leben im Gemeinwesen objektiv sicherer zu gestalten;
- alltägliche und professionelle Hilfe zu koordinieren und zu vernetzen;
- sich der Lebenswelt auszusetzen, sich darauf einzulassen, aber auch notwendigerweise in reflexible Distanz zu gehen, zu provozieren, zu verfremden und gleichzeitig zu stützen;
- die Gegenseitigkeit zu wahren ... auf gleicher Augenhöhe zu verhandeln unter gegenseitiger Achtung und gegenseitigem Respekt;
- das Verhältnis von Nähe und Distanz immer wieder auszuloten;
- mit Fantasie und Kreativität an die Aufgaben heranzugehen, in schwierigen Situationen zu vermitteln und Kompromisse auszuhandeln;
- offen und umfassend zu handeln, aber auch zu strukturieren, durchzuhalten, Geduld walten zu lassen, zu planen, zu organisieren und zu managen;
- professionelle Haltungen einzunehmen: Offenheit, Flexibilität, Klarheit, Eindeutigkeit und Transparenz.“ (Obert in: Rosemann und Konrad (Hrg.), 2011, S. 133)

Empowerment im Sinne von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung ist ein Arbeitsansatz mit ressourcenorientierten Interventionen. Veränderte

Rahmenbedingungen, z.B. in der psychiatrischen Versorgung, erfordern auch bei den Professionellen neue Denk- und Handlungsansätze, die das professionelle Selbstverständnis verändern können.

Ein neues professionelles Selbstverständnis für den Bereich betreutes Wohnen wurde von *Konrad und Rosemann* vorgeschlagen.

Es muss sich „...in folgenden Qualitäten ändern:

- Dauerpräsenz muss durch intensive, aber auch zeitlich begrenzte Auseinandersetzung mit den Klientinnen und Klienten ersetzt werden.
- An die Stelle von Kontrolle muss Zutrauen gesetzt werden, z.B. in den Nachtzeiten.
- Statt Gespräche über Klientinnen und Klienten sind die Gespräche mit ihnen zu führen.
- Nicht alle Lebensbereiche der Klienten und Klientinnen werden begleitet, sondern nur die mit ihnen abgesprochenen beziehungsweise im Hilfeplan vereinbarten.
- Die Rolle des Hausherrn wird durch die Rolle des Gastes ersetzt.
- Aus einer Versorgungshaltung muss reflektiertes Handeln im Spannungsfeld der Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung und verantwortlicher Fürsorge werden.
- Die Fixierung auf professionelle Hilfe muss überwunden werden und zur Einbeziehung nicht professioneller Hilfe führen.“

*(Rosemann u. Konrad, 2011, S. 209)*

### Psychohygiene der Mitarbeiter in sozialen Berufen

Die persönliche Psychohygiene sollte bei jedem Mitarbeiter in sozialen Berufen einen besonders hohen Stellenwert haben. „Psychohygiene ist ein liebevoller, wertschätzender Umgang mit dem eigenen Selbst und die Entwicklung einer ausgewogenen Selbstfürsorge. Kurz: ein sorgsamer, aufmerksamer Umgang mit uns selbst.“ *(Holzer-Aufreiter, Jahr unbekannt, S.1)*

Psychohygiene sollte demnach auf drei Ebenen erfolgen:

1. individuell persönliche Ebene: Regeneration durch ausreichend Schlaf,

- Bewegung, Ernährung, Familie, Freunde, Freizeit, Urlaub etc.
2. professionelle Psychohygiene: gute Ausbildung, Kollegiale Unterstützung, Reflexion, eigene Grenzen respektieren, Pausen etc.
  3. sozial-politische Psychohygiene: Arbeitsplatzgestaltung, Supervision, Mitwirkung in Netzwerken und Fachverbänden, Arbeitsgesetze etc.

„In der Sozialen Arbeit sind die Fachkräfte durch das hohe Engagement für ihr Klientel, durch die tiefen Einblicke in Lebensumstände von Menschen, in biographische Brüche, Verelendungen, schwere psychische Erkrankungen und Einblicke in belastende Lebensschicksale in besonderer Weise aufgefordert, ihre eigenen Grenzen kennen und setzen zu können und den Balanceakt zwischen Nähe und Distanz zu meistern, um nicht auszubrennen und dauerhaft zu erkranken.“ (Poulsen, 2007, S.12)

#### 1.3.3.3 Nicht beeinflussbare Faktoren

In jedem Arbeitsfeld gibt es Bedingungen mit geringem Gestaltungspotential. Zu den Faktoren, welche teilweise von den Akteuren selbst nicht beeinflusst werden können, gehören nach *Gerull und Mertens*:

- Vorurteile der Akteursgruppen hinsichtlich der Arbeitsweisen
- „Hausphilosophien“ (z.B. begrenzter Zeitrahmen für eine Maßnahme)
- Kostendruck bei Sozialhilfeträgern und Leistungserbringern
- strukturelle Rahmenbedingungen
- Schnittstellenproblematik (z.B. Wohnungslosen-/Eingliederungshilfe)
- Motivation der Klienten
- Ressourcen der Klienten (z.B. soziales Netz, Fähigkeit zur aktiven Mitwirkung, Selbstbewusstsein)
- Problemlagen der Klienten (multiple Problemlagen und Erkrankungen sind eher Erfolgshemmnisse, z.B. problematisches Suchtverhalten)
- Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen in die Praxis sowie
- fehlende Erfolgskontrollen.

## 2. Empirische Untersuchung

### 2.1 Ausgangssituation

#### 2.1.1. Strukturelle Rahmenbedingungen der Einrichtung

Das William-Booth-Haus befindet sich in Berlin-Wilmersdorf und besteht seit 1984. Träger ist die Heilsarmee Sozialwerk GmbH unter dem Dachverband des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz. Die Einrichtung verfügte zunächst über 80 Plätze für wohnungslose Menschen. Um den Bedürfnissen der Klienten besser gerecht zu werden, erfolgten mehrere konzeptionelle und bauliche Veränderungen. Das aktuelle Betreuungsspektrum ermöglicht die Leistungserbringung in verschiedenen Leistungstypen an der Schnittstelle zwischen Wohnungslosen- und Eingliederungshilfe (Tabelle 3).

<b>Die Heilsarmee Sozialwerk GmbH, William-Booth-Haus</b> Standort: Hanauer Straße 63, 14197 Berlin		
Art und Ort der Betreuung	<b>Wohnungslosenhilfe</b> § 67 SGB XII	<b>Eingliederungshilfe</b> § 53 SGB XII
Betreuung am Standort	Übergangshaus (ÜH)	Therapeutisch betreute Wohngemeinschaften für seelisch Behinderte (TWG mit Nachtwache)
Stützpunkt am Standort	Betreutes Einzelwohnen (BEW) Wohnungserhalt und Wohnungserlangung (WuW)	Verbund von therapeutisch betreutem Wohnen für seelisch Behinderte (TWG und BEW)

(Tabelle 3: Betreuungsspektrum des William-Booth-Hauses)

Die Koordination der Leistungserbringung in den Bereichen Übergangshaus, BEW und WUW, Therapeutische Wohngemeinschaften und Verbundwohnen erfolgt innerhalb eines Standortes, dem William-Booth-Haus. Unterstützend tätig sind die Mitarbeiter der Verwaltung, ein Hausmeister, eine Hauswirtschaftskraft, ein Fahrer, zwei MAE-Kräfte und eine Praktikantin.

Den Klienten aller Leistungstypen stehen zwei Höfe mit Sitzmöglichkeiten, Gemeinschaftsküchen, Gemeinschaftsbäder und Aufenthaltsräume zur gemeinsamen Nutzung zur Verfügung. Es werden Freizeit- und Gruppenaktivitäten angeboten, z.B. Ausflüge, Tischtennisturniere, Grillfeste, Spielerunden, Bibelstunden und Gottesdienste. Der Gemeinschaftsraum der Therapeutischen Wohngemeinschaft ist etwas gemütlicher eingerichtet und wird wesentlich intensiver genutzt.

Erfolgt ein Wechsel eines Klienten vom Übergangshaus in die Therapeutische Wohngemeinschaft oder das Verbundwohnen, können die Klienten die Räumlichkeiten der Einrichtung, die Umgebung des Hauses und die sozialen Strukturen weiterhin nutzen. Die Mitarbeiter des Hauses sind bereits bekannt. Schnelle Absprachen unter den Kollegen und kurze Wege erleichtern die Überleitung in den neuen Bereich.

#### 2.1.1.1 Angebote der Wohnungslosenhilfe gemäß § 67 SGB XII

Das Übergangshaus ist ein stationärer Leistungstyp der Wohnungslosenhilfe gemäß § 67 SGB XII. Diese Hilfe richtet sich an Personen in besonderen Lebensverhältnissen mit sozialen Schwierigkeiten, die aus eigener Kraft nicht in der Lage sind, ihre sozialen Schwierigkeiten zu überwinden (siehe 1.2.3).

Im William-Booth-Haus stehen 26 Einzelzimmer für wohnungslose Männer zur Verfügung. Jeder Bewohner wird von einem Bezugs-Sozialarbeiter unterstützt. Entsprechend der Leistungsvereinbarung umfasst die Betreuung für jeden Klienten 3,14 Std./Woche.

Nach dem Auszug eines Klienten übernehmen die Mitarbeiter des Übergangshauses bei entsprechendem Bedarf eine zeitlich begrenzte weiterführende Betreuung in den Leistungstypen Wohnungserhalt und Wohnungserlangung (WuW) oder Betreutes Einzelwohnen (BEW).

#### 2.1.1.2 Angebote der Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII

Zu den Angeboten der Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII gehören die Therapeutischen Wohngemeinschaften sowie das Verbundwohnen.

In beiden Bereichen werden die Betreuungsleistungen durch ein multiprofessionelles Team aus derzeit 13 fest angestellten Mitarbeitern sowie einer Praktikantin in Ausbildung zur Heilerziehungspflegerin erbracht. Im Team arbeiten Sozialpädagogen, Heilerziehungspfleger, Krankenpflegekräfte und Verwaltungsangestellte zusammen. Die meisten Mitarbeiter sind seit mehreren Jahren in der TWG tätig. Die übergeordnete Leitung besteht aus der Leiterin des William-Booth-Hauses sowie ihrem Stellvertreter.

Die Aufnahme der Klienten erfolgt über das Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf. Jedem Klienten wird ein Bezugs-Sozialarbeiter sowie ein Bezugs-Heilerziehungspfleger zugeordnet, die den Klienten intensiver bei der Umsetzung der Ziele des BRP unterstützen.

Vor dem Hintergrund des Eingliederungsauftrages (siehe 1.2.4) sowie der Intensität und Individualität der Betreuung ist es besonders wichtig, das richtige Verhältnis von

- Fordern und in Ruhe lassen
- Akzeptanz der Suchterkrankung mit ihren Begleiterscheinungen und dem Aufbau von Veränderungsmotivation sowie von
- Nähe und Distanz zu wahren.

### Die Therapeutischen Wohngemeinschaften

Die Therapeutischen Wohngemeinschaften (TWG), in denen die empirische Untersuchung erfolgte, wurden im September 2007 eröffnet. Sie stellen eine ambulante Maßnahme innerhalb der gemeindepsychiatrischen Versorgung des Bezirkes Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf dar. Die Therapeutischen Wohngemeinschaften bestehen aus drei Wohnbereichen mit insgesamt 14 Plätzen für wohnungslose Männer mit chronifizierter Alkoholabhängigkeit einschließlich Folgeerkrankungen und/oder psychischen Erkrankungen (Komorbidität).

Der suchtakzeptierende Ansatz der TWG beinhaltet, dass hier auch Männer betreut werden, die nicht oder noch nicht in der Lage sind, ohne Alkoholkonsum zu leben. Entsprechend der Hausordnung darf nur eine vorher vereinbarte Menge Bier pro Tag eingebracht und nur allein im eigenen Zimmer getrunken

werden. Ziele sind dann die Stabilisierung der gesundheitlichen Situation, manchmal das Überleben zu sichern, die Alltagsbewältigung sowie eine Reduzierung des Alkoholkonsums bis hin zur Abstinenz. Das Einbringen und der Konsum „harten“ Alkohols (z.B. Wodka, Korn, Likör) sowie von Drogen sind im William-Booth-Haus nicht erlaubt.

Die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen einer 24-Stunden-Betreuung. Individuelle Betreuungsziele, das therapeutische Vorgehen sowie der Betreuungsumfang werden im Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BRP) erfasst. Der Betreuungsumfang orientiert sich an den individuellen Schwierigkeiten der Klienten und den jeweils zur Verfügung stehenden persönlichen Ressourcen.

Im Betreuungskonzept wird die Schwere der körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen dieses Personenkreises berücksichtigt. Fast alle Bewohner haben eine zusätzliche psychiatrische Diagnose, z.B. Paranoide Schizophrenie, Depression oder Bipolare Störung. Sie sind in der Regel erwerbsunfähig und nur selten in der Lage, Angebote außer Haus ohne Begleitung zuverlässig anzunehmen. Viele der Bewohner nehmen ihre Medikamente im Büro im Beisein der Mitarbeiter ein, wodurch die regelmäßige Medikamenteneinnahme sichergestellt wird.

Das Konzept beinhaltet die Notwendigkeit eines personenzentrierten Arbeitens, welches im Rahmen der Bezugsbetreuung umgesetzt wird. Zusätzlich werden individuell vereinbarte tagesstrukturierende Angebote, Freizeitangebote sowie Möglichkeiten zur Thematisierung der Suchterkrankung angeboten.

Erwartet wird eine Mitwirkung der Bewohner im Betreuungsprozess sowie die Teilnahme am gemeinsamen Frühstück. Die Teilnahme am täglichen gemeinsamen Frühstück wurde als einziges „verpflichtendes“ Angebot konzeptionell verankert. Die Mitarbeiter der TWG motivieren die Bewohner dazu regelmäßig, wecken, gehen auf individuelle Bedürfnisse ein und begleiten das Frühstück. Die „Verpflichtung“ besteht darin, dass bei Nichtteilnahme dennoch der Geldbetrag für die Bereitstellung der Lebensmittel gezahlt werden muss.

## Verbund von therapeutisch betreutem Wohnen

Im Verbund von therapeutisch betreutem Wohnen erhalten seit Januar 2013 Klienten aus dem Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf, die alkoholabhängig sind und an Nebenerkrankungen und/oder psychischen Erkrankungen (Komorbidität) leiden, die individuell notwendige Unterstützung.

Innerhalb des Trägers bietet das Verbundwohnen den Bewohnern des Übergangshauses sowie der Therapeutischen Wohngemeinschaften, die bereits eine Reduzierung ihres Konsums oder Abstinenzzeiten erreichen konnten, bei zuverlässiger Zusammenarbeit die Möglichkeit, nach einem Auszug weiterhin betreut zu werden. Dieses Angebot besteht seit 2013 und wurde konzeptionell auch mit dem Ziel entwickelt, Klienten des Personenkreises, mit denen in der Therapeutischen Wohngemeinschaft seit 2007 erfolgreich gearbeitet wird, eine Betreuungsperspektive anbieten zu können, in der auch trügereigene Wohnplätze zur Verfügung gestellt werden können. Diese gab es vorher noch nicht.

Die Betreuung erfolgt in Einzel- und Gemeinschaftswohnungen, die zunächst vom Träger angemietet werden, oder in bereits vorhandenem Wohnraum der Klienten. In diesem Bereich ist der Betreuungsumfang geringer. Er errechnet sich ebenfalls anhand der individuellen Schwierigkeiten und den jeweils zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Klienten, die im Verbundwohnen betreut werden, können die Angebote des Stützpunktes im William-Booth-Haus wahrnehmen, z.B. Gesprächstermine, Freizeitangebote, Geldauszahlungen. Dort befindet sich auch, in Sichtweite des Büros der Therapeutischen Wohngemeinschaften, ein Krisenzimmer, welches von den Verbundbewohnern genutzt werden kann, wenn die Krise den Verbleib in der Wohnung erschwert, eine stationäre Behandlung jedoch noch nicht notwendig ist. Maßnahmen zur Krisenintervention sind so schneller möglich.

Zum Zeitpunkt der Auswertung der Untersuchung (Stand: 30.4.2014) wurden in den Therapeutischen Wohngemeinschaften (TWG) 14 Klienten (nur Männer) und im Verbundwohnen 12 Klienten (1 Frau und 11 Männer) betreut.

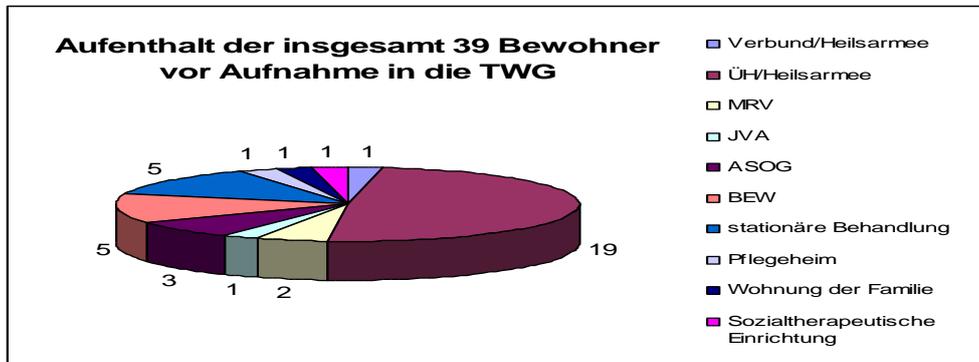
### 2.1.1.3 Personenkreis in den Therapeutischen Wohngemeinschaften

Das Angebot der Therapeutischen Wohngemeinschaften richtet sich an volljährige wohnungslose Männer mit folgenden seelischen Behinderungen:

- Chronische Alkoholabhängigkeit einschließlich Folgeerkrankungen im Sinne von § 3 Nr. 3 EHVO gemäß § 60 SGB XII (Suchterkrankungen)
- Chronische Alkoholabhängigkeit und psychische Erkrankungen (Mehrfachdiagnose), sofern die Alkoholabhängigkeit im Vordergrund steht.

Die Folgen der Alkoholabhängigkeit wurden bereits in Abschnitt 1.1.2 beschrieben. Die Männer dieses Personenkreises können oft nicht mehr allein und ohne eine individuelle und ausreichende Betreuung leben. Sie sind in der Regel nicht abstinent oder noch nicht in der Lage, eine bereits erreichte Abstinenz auf längere Zeit durchzuhalten. Eine Bereitschaft, Therapieangebote in Beratungsstellen und stationären Suchthilfeeinrichtungen anzunehmen oder zu Selbsthilfegruppen zu gehen, besteht zu Beginn der Betreuung in der Regel noch nicht. Vor der Aufnahme waren sie wohnungslos oder von Wohnungsverlust bedroht oder lebten in Einrichtungen der Wohnungslosen- bzw. Eingliederungshilfe (siehe Abbildung 1). Sie konnten bisher von höher-schwelligen suchtspezifischen Wohn- und Betreuungsangeboten nicht erreicht werden. Erschwerend für diese Zielgruppe ist der ständige Wechsel zwischen Hilfe annehmen wollen und dem Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden.

Seit Eröffnung der TWG im September 2007 wurden insgesamt 39 Bewohner aufgenommen, davon drei Bewohner nach deren Auszug zum zweiten Mal. 25 Bewohner zogen wieder aus, davon vier Bewohner in das Verbundwohnen.



(Abbildung 1: Herkunft der Bewohner der TWG)

## 2.2 Entwicklung des Forschungsdesigns

### 2.2.1 Bezug zur Ausgangssituation

#### 2.2.1.1 Problemanalyse

Im Rahmen dieser Masterthesis bezog sich die empirische Untersuchung auf die pädagogischen Angebote der Therapeutischen Wohngemeinschaften. Die aktuelle Version der Konzeption der Therapeutischen Wohngemeinschaften wurde 2007 erstellt und in dieser Form vom Berliner Senat akzeptiert. Jeder konzeptionelle Ansatz muss jedoch regelmäßig hinterfragt werden. Es gilt zu reflektieren, ob das therapeutische Vorgehen zeitgemäß ist, dem Eingliederungshilfesauftrag entspricht und ob das Angebot den Klienten hinsichtlich der individuellen Betreuungsziele tatsächlich gerecht wird. Im Laufe der Jahre gab es im William-Booth-Haus mehrere Bewohnerbefragungen und Klausurtagungen zu konzeptionellen Veränderungen und Fragen, doch bisher keine gezielte wissenschaftliche Untersuchung über die Wirksamkeit der pädagogischen Maßnahmen in den Therapeutischen Wohngemeinschaften (TWG).

#### 2.2.1.2 Ziel und Fragestellungen der Studie

Das Ziel der Studie bestand darin, die Wirksamkeit der pädagogischen Maßnahmen in der TWG zu erfragen und dabei die Aussagen von Bewohnern und Mitarbeitern der TWG zu vergleichen. Aus den Ergebnissen sollten Erkenntnisse zur Wirksamkeit gewonnen werden und konzeptionelle Schlussfolgerungen gezogen werden. Erfolgreich wahrgenommene Angebote sollten weiterhin sichergestellt werden. Zusätzlich sollte herausgearbeitet werden, wie

„erfolgreiches Arbeiten“ in diesem Arbeitsfeld beschrieben werden kann.

Folgende Fragen sollten geklärt werden:

- Welche Angebote der TWG werden als hilfreich/nicht hilfreich erlebt?
- Unterscheiden sich die Aussagen von Bewohnern und Mitarbeitern?
- Welche Vorstellungen von „Erfolg“ haben Bewohner und Mitarbeiter?
- Welche konzeptionellen Konsequenzen ergeben sich daraus?

#### 2.2.1.3 Hypothesenbildung

Zu den genannten Fragestellungen wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

1. Bewohner und Mitarbeiter der Therapeutischen Wohngemeinschaft nehmen die Angebote der TWG unterschiedlich hilfreich wahr.
2. Mitarbeiter schätzen die Angebote überwiegend als hilfreich ein, da sie dem Träger gegenüber loyal antworten möchten.
3. Erfolge und erfolgreiches Arbeiten sind in dem speziellen Setting der Therapeutischen Wohngemeinschaften des William-Booth-Hauses möglich.

#### 2.2.1.4 Auswahl der Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus zwei Untersuchungsgruppen mit einer identischen Anzahl an Teilnehmern je Untersuchungsgruppe. Die identische Größe der beiden Untersuchungsgruppen ergab sich aus der vorhandenen Grundgesamtheit an Bewohnern und Mitarbeitern der TWG.

##### Untersuchungsgruppe 1 = 14 Personen (Bewohner)

In der TWG wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung 14 Klienten bei 14 zur Verfügung stehenden Betreuungsplätzen betreut. Auch wenn es aufgrund der vorhandenen zusätzlichen psychischen Erkrankungen bei vielen Bewohnern schwierig werden könnte, sollten alle Bewohner der TWG an der Befragung teilnehmen. Diese Untersuchungsgruppe entsprach damit der Grundgesamtheit, also aller aktuell in den Therapeutischen Wohngemeinschaften betreuten Klienten (Totalerhebung).

##### Untersuchungsgruppe 2 = 14 Personen (Mitarbeiter)

In die Untersuchungsgruppe 2 wurden alle fest angestellten Mitarbeiter in TWG und Verbund (mit Ausnahme der Autorin), die Leiterin der Einrichtung sowie der stellvertretende Leiter einbezogen. Diese Untersuchungsgruppe umfasste somit 14 der 15 fest angestellten Mitarbeiter. Die Autorin ist Mitarbeiterin der TWG, wollte jedoch nicht an der Studie teilnehmen, um einen objektiveren Blick für die Auswertung der Ergebnisse behalten zu können. Dadurch entsprach die Untersuchungsgruppe 2 nicht der Grundgesamtheit.

Tabelle 4 veranschaulicht die prozentuale Verteilung der Teilnehmer aus der Grundgesamtheit in die Untersuchungsgruppen 1 und 2.

Untersuchungsgruppe 1 Bewohner		Untersuchungsgruppe 2 Mitarbeiter	
Bewohner insgesamt (Grundgesamtheit)	davon Auswahl zur Teilnahme an der Studie	Mitarbeiter insgesamt (Grundgesamtheit)	davon Auswahl zur Teilnahme an der Studie
14	14	15	14
100,00%	100,00%	100,00%	93,33%

(Tabelle 4: Untersuchungsgruppen)

## 2.2.2 Forschungsdesign: Standardisierter Fragebogen

### 2.2.2.1 Gütekriterien für einen standardisierten Fragebogen

Bei der Entwicklung eines standardisierten Fragebogens sind verschiedene Gütekriterien zu beachten, welche von der Autorin, so weit es möglich war, berücksichtigt wurden:

- Objektivität = Testergebnisse sind vom Testanwender unabhängig (bezogen auf die Durchführung, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse). Störfaktoren (z.B. Interviewer-Effekt) werden reduziert.
- Validität = empirische Gültigkeit. Der Test misst tatsächlich das, was gemessen werden soll.
- Reliabilität = formale Zuverlässigkeit. Es erfolgt eine zuverlässige Messung eines Merkmals oder Verfahrens.
- Repräsentativität (der Test ist repräsentativ für die Gesamtbevölkerung)
- Akzeptanz durch die Befragten („Adressatengerechtigkeit“)

- Zumutbarkeit (Belastung durch den Test für die Testpersonen zumutbar)
- Transparenz (verständliche Instruktionen, Feedback)
- Wirtschaftlichkeit (Kosten, Verhältnis von Aufwand und Nutzen)
- Nützlichkeit/Utilität (taugt der Test zur Beantwortung bestimmter Fragen)
- Normierung/Eichung (für vergleichende Tests sinnvoll)
- Unverfälschbarkeit (gezielte Steuerung der Testergebnisse nicht möglich)
- Fairness (Gleichbehandlung aller Testpersonen).

#### 2.2.2.2 Vor- und Nachteile einer quantitativen Studie

Mit quantitativen Forschungsdesigns können bei einem überschaubaren Aufwand größere Populationen erreicht werden. Die Vorteile bestehen in einer

- kostengünstigeren und zeitlich kürzeren Erhebungsdauer,
- besseren Vergleichbarkeit der Antworten und einem
- geringerem Interviewer-Effekt (Reaktion des Befragten auf die Persönlichkeit des Interviewers). Daraus ergibt sich eine höhere Reliabilität und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse.

Nachteile des standardisierten Fragebogens sind

- der unterschiedliche Bedeutungsgehalt der Items für die Befragten
- der Unveränderbarkeit der Fragen während der Untersuchung, auch wenn sich diese im Verlauf als ungünstig erweisen sollten
- eine entfremdete Interaktion, da die vorgegebenen Fragen einheitlich formuliert sind und nicht auf die Person des Befragten eingegangen wird
- die Eingrenzung auf allgemein verständliche Items, wobei nicht hinterfragt werden kann, warum eine bestimmte Antwort gegeben wurde.

#### 2.2.2.3 Entwicklung des Fragebogens

Als wissenschaftliche Untersuchungsmethode wurde eine quantitative Erhebung gewählt und ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Durch die Wahl dieses Forschungsdesigns wurde es möglich, mit einem zeitlich realisierbarem Aufwand alle Klienten und Mitarbeiter der Therapeutischen Wohngemeinschaften in die Studie einzubeziehen und dadurch ein umfassendes und aussagekräftiges Untersuchungsergebnis hervorzubringen.

Die überschaubare Grundgesamtheit ergab eine relativ kleine Stichprobe aus zwei Untersuchungsgruppen mit jeweils 14 Personen (siehe 2.2.1.4). Im Hinblick auf die kognitiven Fähigkeiten der Bewohner der Therapeutischen Wohngemeinschaften wurde ein standardisierter Fragebogen mit einem übersichtlichem Design und leicht verständlichen Items erstellt, der die Befragten nicht überfordern sollte.

Der Fragebogen wurde inhaltlich speziell auf die in diesen Therapeutischen Wohngemeinschaften angebotenen Maßnahmen abgestimmt. Um die Ergebnisse möglichst gut miteinander vergleichen zu können, sollten Bewohner und Mitarbeiter einen identischen Fragebogen erhalten.

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurden folgende Aspekte berücksichtigt:

- Was ist das Ziel der Befragung?
- Welche Inhalte/Themen sollen erfragt werden?
- Welcher Zeitrahmen steht für die Befragung zur Verfügung?
- Wie setzt sich die zu untersuchende Stichprobe zusammen?
- In welchem Umfang soll die Befragung erfolgen?
- Wie kann die Anonymität bei der Befragung erreicht werden?

Die Gestaltung des Fragebogens umfasste folgende Schritte:

1. Fragen zu entwerfen und Antwortkategorien zuzuordnen (Items)
2. ein übersichtliches Layout des Fragebogens festzulegen
3. Instruktionstexte für den Fragebogen zu schreiben
4. ein Begleitschreiben zu dem Fragebogen zu erstellen
5. den Fragebogen den Dozenten zur Einsicht zur Verfügung zu stellen
6. den Fragebogen testen zu lassen (Pretest)
7. letzte Korrekturen am Fragebogen vorzunehmen
8. die notwendige Anzahl an Fragebögen zu drucken und zu verteilen
9. einen Abgabetermin festzulegen und ggf. daran zu erinnern.

Der Pretest sollte klären, ob der Fragebogen verständlich strukturiert und gut zu beantworten war. Ende November wurden zwei Sozialarbeiterinnen, die im William-Booth-Haus, aber nicht in den Therapeutischen Wohngemeinschaften

tätig sind und die Angebotsstruktur der Therapeutischen Wohngemeinschaften kennen, gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Beide Kolleginnen gaben positive Rückmeldungen.

Auch die Dozenten, die die Autorin bei der Masterthesis unterstützten, erhielten jeweils ein Exemplar des Fragebogens per e-Mail zugesendet. Nach den Rückmeldungen der Dozenten wurden die ersten beiden Fragen korrigiert, welche zunächst jeweils als offene Fragen mit einem freien Textfeld für die individuelle Beantwortung formuliert worden waren und dadurch nicht quantitativ vergleichbar sein würden. Die Autorin entschied sich jedoch, eine der qualitativen Fragen nach einem in der Einrichtung erzielten Erfolg im Fragebogen zu belassen (Frage 1), um die genannten Beispiele in die spätere Diskussion zum „erfolgreichen Arbeiten“ einarbeiten zu können.

#### 2.2.2.4 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen umfasste insgesamt drei A4-Seiten. Dieser Umfang wurde von der Autorin als maximale Seitenzahl festgelegt. Er beinhaltete folgende vier Fragestellungen:

1. eine qualitative offene Frage nach einem in dieser Einrichtung erreichten Erfolg
2. eine quantitativ vergleichbare Frage mit sechs Antwort-Items, wie hilfreich dabei die Unterstützung durch die Einrichtung war
3. fünf Blöcke mit jeweils fünf quantitativ vergleichbaren Fragen zu den einzelnen pädagogischen Angeboten in der TWG, unterteilt in fünf Themenbereiche (zur Beantwortung standen dieselben sechs Antwort-Items zur Verfügung wie bei Frage 2)
4. Fragen zu persönlichen Daten, die für die Auswertung des Fragebogens notwendig sind

#### Items

Zur Beantwortung der Fragen 2. bis 3. wurde bewusst eine gerade Anzahl an Items gewählt, damit kein Mittelwert zur Verfügung stehen würde und bei der Beantwortung der Fragen jeweils eine Tendenz erkennbar werden könnte. Sechs Items bildeten eine größere Auswahl als zwei oder vier Items und

konnten (nach Einschätzung der Autorin) von den Bewohnern kognitiv erfasst werden. Acht Items wären zu viel gewesen.

Die sechs Items lauteten:

über- flüssig <input type="checkbox"/>	nicht hilfreich <input type="checkbox"/>	eher nicht hilfreich <input type="checkbox"/>	eher hilfreich <input type="checkbox"/>	hilf- reich <input type="checkbox"/>	besonders hilfreich <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	--	--

(Tabelle 5: Item 1-6 des Fragebogens)

Die Anordnung der Items erfolgte bewusst so, dass der am negativsten einzuordnende Item „überflüssig“ ganz links steht, der positivste Wert „besonders hilfreich“ ganz rechts. Die als weniger hilfreich bewerteten Aspekte standen somit auf der linken Seite, die als hilfreich bewerteten Angebote rechts.

Hier ein Beispiel:

3	TWG-Büro zentral gelegen (in der Nähe der einzelnen WG's)	über- flüssig <input type="checkbox"/>	nicht hilfreich <input type="checkbox"/>	eher nicht hilfreich <input type="checkbox"/>	eher hilfreich <input type="checkbox"/>	hilf- reich <input type="checkbox"/>	besonders hilfreich <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---	---	--	--

(Tabelle 6: Fragebogen - Variable 3)

### Hintergrund zu den vier Fragestellungen

*Frage 1: Was ist für Sie ein Erfolg, den Sie in dieser Einrichtung erreicht haben?*

Zu dieser Frage wurde um die Nennung eines Beispiels gebeten und ein weißes Feld für den freien Text markiert. Diese qualitative Fragestellung forderte dazu auf, darüber nachzudenken, ob man als Bewohner oder Mitarbeiter in diesem speziellen Setting erfolgreich war. Es diente der Sammlung persönlicher Beispiele für Erfolge. Die Beispiele sollten in der Diskussion der Studie die Ergebnisse veranschaulichen und stützen.

*Frage 2: Welchen Anteil haben die Angebote des William-Booth-Hauses an diesem Erfolg? Wie hilfreich war dabei die Unterstützung durch die Einrichtung?*

Zur Beantwortung dieser Frage wurden die bereits vorgestellten sechs Items vorgegeben mit der Bitte, in jeder Zeile jeweils nur eine Antwort anzukreuzen. Diese Frage bezog sich auf das in Frage 1 angegebene Beispiel für einen Erfolg, der speziell in diesem konzeptionellen Rahmen erreicht werden konnte. Die Frage wurde in Anlehnung an die dritte Hypothese entwickelt, wonach Erfolge und erfolgreiches Arbeiten in diesem Setting möglich sind (siehe 2.2.1.3).

*Frage 3: Wie beurteilen Sie folgende pädagogische Maßnahmen in der TWG? Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile jeweils nur eine Antwort an.*

Zur Beantwortung der 3. Frage wurden dieselben bereits vorgestellten sechs Items vorgegeben, ebenfalls mit der Bitte, in jeder Zeile jeweils nur eine Antwort anzukreuzen. Zu dieser Fragestellung wurden fünf Blöcke zu verschiedenen Themenbereichen mit jeweils fünf Variablen zusammengestellt.

Die fünf Themenbereiche lauteten:

- 3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen*
- 3.2 Beziehungsgestaltung*
- 3.3 TWG-Alltag*
- 3.4 Umsetzung des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes*
- 3.5 Umgang mit der Suchterkrankung.*

*Frage 4: Jetzt bitte ich noch um einige persönliche Daten, die für die Auswertung des Fragebogens notwendig sind.*

Die Angaben zu Geschlecht, ob Bewohner oder Mitarbeiter und wie lange der Befragte in der TWG aktiv ist, wurden erhoben, da sie bei der Diskussion der Untersuchungsergebnisse hilfreich sein könnten. Die Anonymität des Fragebogens sollte gewahrt werden und dennoch Aussagen über eventuell vorhandene alters- oder geschlechtsspezifische Tendenzen bei der Einschätzung bestimmter Angebote diskutiert werden können.

Da die Therapeutischen Wohngemeinschaften seit 2007 (also zum Zeitpunkt der Untersuchung seit 6,5 Jahren) bestehen und zunächst nach und nach immer mehr Bewohner aufgenommen wurden, wurde der Zeitraum bei „III. Wie

lange sind Sie in der TWG?“ in nur sechs Items eingeteilt: von „bis 1 Jahr“ bis „über 5 Jahre“.

Tabelle 4 veranschaulicht die Erhebung dieser Daten.

I	Ihr Geschlecht?	männlich			weiblich		
II	Warum sind Sie in der TWG?	Bewohner			Mitarbeiter		
III	Wie lange sind Sie in der TWG?	bis 1J. <input type="checkbox"/>	1-2J. <input type="checkbox"/>	2-3J. <input type="checkbox"/>	3-4J. <input type="checkbox"/>	4-5J. <input type="checkbox"/>	über 5J. <input type="checkbox"/>

(Tabelle 7: Frage 4 des Fragebogens)

### Hintergrund zu den einzelnen Variablen

Die Variablen 1 bis 25 stellen jeweils ein ausgewähltes pädagogisches Angebot in der TWG dar, welche alle von der Autorin als wichtige Bestandteile der pädagogischen Arbeit eingeschätzt wurden. Es sind zum Teil sehr spezifische Angebote, die nicht in jeder Therapeutischen Wohngemeinschaft der Suchthilfe Standard sind. Sie wurden bei der Erstellung der Konzeption erarbeitet oder haben sich im Verlauf der Betreuung seit der Eröffnung der Therapeutischen Wohngemeinschaften im Jahr 2007 entwickelt.

Um ein Falsch-Verstehen der einzelnen Angebote zu verhindern, wurde jeder Aspekt möglichst knapp, treffend und verständlich formuliert. Zusätzlich wurde ein Erklärungshinweis in kleineren Buchstaben hinzugefügt, der das Verstehen erleichtern sollte. Zur Auswertung der Ergebnisse wurde jede Variable mit einer laufenden Nummer versehen (1 bis 25).

Die 25 Variablen beinhalteten folgende pädagogische Maßnahmen:

#### *3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen*

##### *Variable 1: Einzelzimmer (abschließbar)*

Jeder Bewohner bewohnt ein Einzelzimmer und erhält einen Schlüssel zum Verschießen. Damit kann er sich und seine Habe vor unerwünschtem Besuch und Diebstahl schützen und sich nach Bedarf zurückziehen.

##### *Variable 2: 24-Stunden-Betreuung (Personal ist immer im Haus)*

Rund-um-die- Uhr ist mindestens ein Mitarbeiter der TWG anwesend und

telefonisch erreichbar. Dadurch kann eine schnelle Intervention bei Schwierigkeiten im Zusammenleben, psychischen Krisen oder zu hohem Alkoholkonsum sichergestellt werden.

*Variable 3: TWG-Büro zentral gelegen (in der Nähe der einzelnen WGs)*

Das Büro der TWG liegt räumlich auf derselben Etage zwischen zwei Wohnbereichen. Der Gemeinschaftsraum und das Krisenzimmer befinden sich direkt neben dem Büro in Sichtweite. Alle TWG-Räume sind schnell erreichbar.

*Variable 4: Medikamenteneinnahme im Büro (im Beisein eines Mitarbeiters)*

Bewohner, die dazu in Eigenverantwortung noch nicht zuverlässig in der Lage sind, nehmen ihre Medikamente im Büro der TWG im Beisein eines Mitarbeiters ein, um sicherzustellen, dass die Einnahme entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt. Die Mitarbeiter stellen die Medikamente im Vorfeld, koordinieren die Nachbestellungen und erinnern bei Bedarf an die Einnahme.

*Variable 5: Weitere Betreuungsangebote des Trägers vorhanden (Verbund-Wohnen)* Durch die Betreuungsangebote des Verbundwohnens besteht für die Bewohner der TWG eine Auszugsperspektive innerhalb des Trägers, wobei der pädagogische suchtakzeptierende Ansatz erhalten bleibt (siehe 2.1.1.2).

### 3.2 Beziehungsgestaltung

*Variable 6: Bezugsbetreuung (Bezugssozialarbeiterin, Bezugs-HEP)*

Jedem Bewohner werden zwei Bezugsbetreuer zugeordnet: eine Bezugs-Sozialarbeiterin und ein Bezugs-Heilerziehungspfleger, die den Klienten bei der Umsetzung der Ziele des BRP intensiver unterstützen.

*Variable 7: Anrede mit „Sie“ (nicht mit „Du“)*

Die Anrede mit „Sie“ soll eine Wertschätzung der Person, aber auch die erforderliche Distanz zwischen Mitarbeitern und Bewohnern vor dem Hintergrund professionellen Handelns vermitteln.

*Variable 8: Respektvoller Umgang (Akzeptanz/Wertschätzung)*

Der respektvolle Umgang miteinander ist eine Basis professionellen Handelns, der im Betreuungskontext selbstverständlich sein sollte und Vorbildfunktion hat.

*Variable 9: positive Stimmung (Humor, gemeinsam Lachen, Lob)*

Mit positiver Stimmung sind Modelle zur Alltagsbewältigung leichter zu vermitteln, die so von den Bewohnern eher angenommen werden können.

*Variable 10: Fordern und in Ruhe lassen (im individuell passenden Verhältnis)*

Fordern und in Ruhe lassen erfordert ein hohes Feingefühl der Mitarbeiter für die Umsetzung der Ziele des BRP, ohne die Bewohner dabei zu überfordern.

### 3.3 TWG-Alltag

*Variable 11: Frühstück als verpflichtendes Angebot der TWG (Teilnahme wird erwartet)* Die Teilnahme am täglichen gemeinsamen Frühstück ist im Betreuungsvertrag als verpflichtendes tagesstrukturierendes Angebot festgeschrieben. Die Mitarbeiter der TWG begleiten dieses Angebot, motivieren, wecken die Bewohner bei Bedarf und sorgen für eine angenehme Atmosphäre.

*Variable 12: Gemeinsame Mahlzeiten (Frühstück, Kaffeerrunde, Sonntagsessen)* Während gemeinsamer Mahlzeiten erleben die Bewohner angenehme Erfahrungen im Zusammenleben mit anderen Menschen. Die Mitarbeiter unterstützen die Klienten dabei, diese Situationen auszuhalten und mitzugestalten. Beim Sonntagsessen wird auch eine aktive Mithilfe erwartet.

*Variable 13: TWG-Aufgabe (Jeder Bewohner übernimmt eine feste Aufgabe.)*

Mit der TWG-Aufgabe leistet jeder Bewohner seinen individuell möglichen Beitrag zum Zusammenleben. Welche Aufgabe übernommen wird (z.B. den Frühstückstisch decken, Geschirrspüler ausräumen oder den Müll entsorgen), wird mit jedem Bewohner einzeln besprochen und die Erledigung kontrolliert.

*Variable 14: TWG-Gruppe (Aktuelle Informationen und gemeinsame Planung des TWG-Alltages)* Die TWG-Gruppe findet einmal monatlich statt zur Besprechung des TWG-Alltages und der gemeinsamen Planung der Freizeitaktivitäten. Die Bewohner werden zur Teilnahme aufgefordert und zur aktiven Mitwirkung angeregt. Die Gruppenfähigkeit kann dabei trainiert werden.

*Variable 15: Freizeitangebote (im und außer Haus: z.B. Karten spielen,*

TV/DVD, Tischtennis, Ausflüge, Reisen...) Mit spontanen und geplanten Angeboten zur Freizeitgestaltung, welche mit einem oder mehreren Bewohnern umgesetzt werden können, unterstützen die Mitarbeiter die Klienten bei der Teilhabe in der Gesellschaft, Gestaltung des Tages, dem Erleben positiver Momente und dem Erleben von Gemeinschaft. Die Bewohner werden dabei aktiv in die Planung und Gestaltung einbezogen. Zum Gelingen ist im Vorfeld und während der Aktivitäten eine intensive Motivation der Bewohner durch die Mitarbeiter erforderlich. Im Anschluss werden Erfahrungen und Fotos getauscht.

### *3.4 Umsetzung des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes*

*Variable 16: Gemeinsames BRP-Gespräch (mit Bezugs-Sozialarbeiterin und Bezugs-Heilerziehungspfleger)* Im BRP-Gespräch werden im gemeinsamen Gespräch mit dem Bewohner, der Bezugs-Sozialarbeiterin und dem Bezugs-Heilerziehungspfleger die bisherige Entwicklung des Klienten sowie die Ziele, Indikatoren und das gemeinsame Vorgehen der weiteren Betreuung besprochen. BRP-Gespräche finden in der Regel einmal jährlich statt.

*Variable 17: Regelmäßige Einzelgespräche (über Alltagsbewältigung, Gesundheit, Suchtproblematik...)* Einzelgespräche mit dem Bewohner und der Bezugs-Sozialarbeiterin und/oder dem Bezugs-Heilerziehungspfleger finden bedarfs- oder prozessorientiert statt und dienen der Umsetzung, dem Hinterfragen und ggf. der Korrektur der Ziele im BRP.

*Variable 18: Individuelle Vereinbarungen (z.B. Geldeinteilung, fester Putztag, begleiteter Einkauf...)* Die personenzentrierte Betreuung beinhaltet individuelle Vereinbarungen, die zusammen mit dem Bewohner getroffen werden. Die Mitarbeiter unterstützen die Klienten bei der Einhaltung ihrer Vereinbarungen.

*Variable 19: Hilfe durch Mitarbeiter (Motivation, Erinnerung, Anleitung, Kontrolle, Lob, Begleitung zu Ärzten o.a. Terminen...)* Die Betreuung chronisch mehrfach geschädigter abhängigkeitskranker Menschen erfordert häufig eine intensive und regelmäßige Unterstützung in Form von Motivation, Anleitung und Kontrolle bis hin zur Begleitung zu Arzt- oder Behördenterminen.

*Variable 20: Konsequenzen bei Fehlverhalten (Gespräche, verstärkte*

*Zimmerkontrollen, Abmahnung, Kündigung...*) Bei Verstößen gegen getroffene Vereinbarungen oder die Hausordnung reagieren die Mitarbeiter nach Absprache im Team mit geeigneten pädagogischen Maßnahmen und Konsequenzen, die eine Einsicht in das Fehlverhalten und das Vermeiden erneuter Verstöße zum Ziel haben. Abmahnungen und Kündigungen (ggf. mit einem Hausverbot) stellen dabei das letzte pädagogische Mittel dar und werden nur bei schweren Verstößen (z.B. Gewalt) ausgesprochen. Ein Alkohol- oder Drogenrückfall an sich stellt noch keinen Kündigungsgrund dar.

### *3.5 Umgang mit der Suchterkrankung*

*Variable 21: Individuelle Vereinbarungen zum Alkoholkonsum (Abstinenz als Ziel? Wieviel Bier pro Tag?)* Mit dem Ziel der Konsumreduktion bis hin zur Abstinenz als Ziel werden mit jedem Bewohner individuelle Vereinbarungen zu dessen Konsum von Alkohol sowie zur Rückfallprophylaxe getroffen. Optionen können z.B. sein: wenn, dann nur außerhalb der Einrichtung Alkohol zu konsumieren, Trinkpausen einzulegen oder alkoholfreies Bier zu trinken.

*Variable 22: Trinken ist erlaubt (Abstinenz ist keine Bedingung, Ziel ist dann der kontrollierte/reduzierte Konsum)* Der suchtakzeptierende Ansatz beinhaltet die Annahme des Menschen mit seiner oft chronisch manifestierten Suchterkrankung. Der Konsum von Alkohol (Bier) wird jedoch nur allein, im eigenen Zimmer und im Rahmen der individuell vereinbarten Trinkmenge toleriert. Im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung wird die Einhaltung dieser Regeln kontrolliert. Diese Kontrollfunktion sowie die konsumfreien Gemeinschaftsräume bieten den Bewohnern einen Schutzraum.

*Variable 23: Drogenkonsum meiden (Das Einbringen und der Konsum von Drogen in der Einrichtung sind nicht erlaubt.)* Drogenkonsum ist kein Ausschlusskriterium für die Betreuung in der TWG, wird jedoch innerhalb der Einrichtung nicht toleriert. Die Reduzierung bzw. Abstinenz von Drogen stellt in der Regel ein vorrangiges Betreuungsziel dar. Wiederholter Drogenkonsum in der Einrichtung kann eine Abmahnung oder Kündigung zur Folge haben.

*Variable 24: Kontrollen (Zimmer- und Taschenkontrollen, Abnahme von Schnaps/zuviel eingebrachter Biere)* Im Betreuungsvertrag werden Zimmer-

und Taschenkontrollen als pädagogische Maßnahmen festgeschrieben. Zuviel eingebrachte Trinkmengen werden abgenommen, Schnaps wird weggeschüttet.

*Variable 25: Suchtthema in TWG-Gruppe (Suchtspezifische Themen sind feste Bestandteile der monatlichen TWG-Gruppe.)* Seit 2012 werden auch suchtspezifische Themen im Rahmen der TWG-Gruppe besprochen. Ziel ist die Heranführung der Bewohner an eine Auseinandersetzung mit einem Suchtthema in der Gruppe, ohne jedoch die Teilnehmer zu überfordern.

## **2.3 Durchführung der Studie**

### **2.3.1 Methodische Vorüberlegungen zur Datenerhebung**

Folgende Aspekte sollten bei der Datenerhebung berücksichtigt werden:

1. die Anonymität der Befragten bei der Datenerhebung zu wahren
2. die Regeln des Datenschutzes einzuhalten
3. eine Frist zur Rückgabe der Fragebögen festzulegen
4. dem Fragebogen ein informatives Begleitschreiben beizulegen
5. eine Übersicht zu behalten, ob alle Fragebögen zurückgegeben wurden
6. die Bewohner entsprechend zu unterstützen, die den Fragebogen nicht ohne Hilfe ausfüllen konnten
7. die Teilnahme mit einem Dankeschön-Präsent zu würdigen
8. die Ergebnisse der Befragung den Bewohnern und Mitarbeitern in einer jeweils geeigneten Form zu präsentieren.

#### 1. Anonymität wahren

Die Datenerhebung sollte anonym erfolgen. Zur Wahrung der Anonymität wurden die Fragebögen nicht mit den Namen der Befragten versehen, sondern nur mit einer Nummer. Jedem Fragebogen wurde ein inhaltlich identisches Begleitschreiben sowie ein neutraler A5-Umschlag (ohne Fenster) für die Rückgabe des Fragebogens im verschlossenen und unbeschrifteten Umschlag beigelegt. Die Umschläge konnten dann unbemerkt in das Fach der Autorin oder in ihrem Büro hinterlegt werden.

#### 2. Datenschutz

Die Regelungen des Datenschutzes (siehe 2.3.2) sollten eingehalten werden.

#### 3. Frist zur Rückgabe der Fragebögen

Zur Rückgabe der Fragebögen wurde eine Frist zum 31.12.2013 gesetzt. Diese konnte nicht von allen Befragten eingehalten werden und wurde deshalb unausgesprochen verlängert. Die Datenerhebung wurde im Februar 2014 beendet, nachdem 27 von 28 Fragebögen zur Autorin zurück geleitet wurden.

#### 4. Das Begleitschreiben

Jedem Fragebogen wurde ein identisches Begleitschreiben beigelegt. Allein die Anrede zu Beginn des Textes bezog sich entweder auf die Bewohner oder auf die Mitarbeiter, je nachdem, wer den Fragebogen erhalten würde. Das Begleitschreiben diente der Information über das Ziel der Befragung. Im Schreiben an die Mitarbeiter wurde noch die Frist zur Abgabe, wie die Rückgabe erfolgen kann sowie die Möglichkeit der Unterstützung durch die Praktikantin benannt.

Die Anrede der Mitarbeiter lautete: „*Liebe Kolleginnen und Kollegen!*“

Den Text des Begleitschreibens an die Bewohner zeigt folgende Abbildung:

*Liebe Bewohner der TWG!*

*Nun wird es ernst und ich starte die Befragung der Bewohner und Mitarbeiter der TWG im Rahmen meiner Masterarbeit. Bitte helfen Sie mit!*

*Die Befragung dient der wissenschaftlichen Untersuchung, wie hilfreich die einzelnen pädagogischen Maßnahmen der TWG von Bewohnern, aber auch von den Mitarbeitern, bewertet werden. Die Aussagen möchte ich miteinander vergleichen. Evtl. erfahren wir dadurch, dass unsere Angebote unterschiedlich bewertet werden, viele Angebote einfach gut sind, manches evtl. gar nicht sein muss oder es lassen sich Verbesserungsvorschläge ableiten.*

*Um ein aussagefähiges Ergebnis zu erhalten, ist es wichtig, dass **alle** Bewohner der TWG ihren Fragebogen beantworten. Mir zuliebe muss nichts verschönt werden! Seien Sie also bitte ganz ehrlich!!!*

*Die Fragebögen bleiben anonym. Um zu wissen, ob alle zurückgegeben wurden, sind die Fragebögen nummeriert.*

*(Bewohner Nr. 1-14, Mitarbeiter Nr. 15-28)*

*Vielen lieben Dank für Ihre Unterstützung!*

*Ich bin gespannt...*

*PS: Für Ihre Mitarbeit gibt es auch ein kleines Dankeschön. :)*

*S. Duhrmann*

*12.12.2013*

(Abbildung 2: Begleitschreiben zum Fragebogen)

## 5. Übersicht über die Rückgabe der Fragebögen

Jeder Fragebogen wurde im Vorfeld mit einer fortlaufenden Nummer versehen. Bewohner erhielten die Nummern 1-14, Mitarbeiter die Nummern 15-28. Die Nummerierung diente allein der Kontrolle, wie viele der insgesamt 28 Fragebögen an die Autorin zurück geleitet wurden. Dabei wurde bewusst keine Übersicht erstellt, welcher Teilnehmer der Befragung welche Fragebogennummer erhalten hat. Einerseits sollte so die Anonymität der Teilnehmer gewahrt bleiben. Andererseits sollte in der Diskussion der Ergebnisse nicht die Kenntnis über den Befragten die Auswertung des Fragebogens beeinflussen.

## 6. Unterstützung der Bewohner bei der Beantwortung des Fragebogens

Bewohner mit Schwierigkeiten beim Lesen und Erfassen von Texten sollten die notwendige Unterstützung zur Beantwortung des Fragebogens erhalten. Diese Unterstützung sollte neutral erfolgen, ohne Antworten vorzugeben oder die Beantwortung der Fragen in eine gewünschte oder erwartete Richtung zu lenken. Die Autorin wollte die Befragung nicht persönlich vornehmen, da die Gefahr bestand, dass die Bewohner die Fragen ihr zuliebe zu „nett“ beantworten könnten oder so, wie es eventuell von der Autorin erwartet werden würde. Die Unterstützung der Bewohner übernahm die Praktikantin. Sie war zum Zeitpunkt der Befragung erst seit kurzem in der Einrichtung und nahm (nach Einschätzung der Autorin) eine von den Bewohnern respektierte, jedoch eher neutralere Position im TWG-Alltag ein. Indem sie die Befragung der Bewohner der TWG unterstützte, konnten ehrlichere Antworten von den Klienten erwartet werden.

## 7. Würdigung der Teilnahme an der Befragung

Nach Erhalt der ausgefüllten Fragebögen konnte sich jeder Teilnehmer ein kleines Dankeschön-Präsent aussuchen, welche in einem Karton im TWG-Büro bereit lagen (z.B. Feuerzeug mit Taschenlampe, lustige Kugelschreiber).

## 8. Präsentation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung werden von der Autorin nach Abgabe der Masterthesis in geeigneter Form präsentiert:

- den Mitarbeitern innerhalb einer Teamsitzung und
- den Bewohnern im Rahmen der TWG-Gruppe.

### 2.3.2 Regelungen zum Datenschutz

§ 203 StGB regelt den Schutz fremder Geheimnisse, die dem Mitarbeiter im Vertrauen auf eine professionelle Verschwiegenheit mitgeteilt werden. Es verbietet eine unbefugte Weitergabe anvertrauter Informationen an Dritte. Mitarbeiter in Einrichtungen der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII sind verpflichtet, die Regelungen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Erhebung, Bearbeitung und weiteren Verwendung zu beachten. Es gelten die Regelungen des § 35 SGB I sowie der §§ 67 – 85 SGB X. *(Punkt 9 Abs.1 AV-Eingliederungshilfe)*

Entsprechend dem Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG) ist die Verarbeitung der Daten von Bürgern in der Regel nur zulässig, wenn sie durch dieses Gesetz oder eine besondere Rechtsvorschrift erlaubt sind oder wenn der betroffene Bürger eingewilligt hat. Die Einwilligung muss in der Regel schriftlich und auf freiwilliger Basis erteilt worden sein. *(vgl. § 6 Abs.1, 4, 5 BlnDSG).*

Für diakonische und kirchliche Einrichtungen gilt das Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland bzw. das Datenschutzgesetz der jeweiligen Landeskirche. „Das Datenschutzrecht schützt Ratsuchende, die sich an die Einrichtung wenden ebenso wie deren eigene Angestellten.“ *(Diakonie , 2014, S. 7)*

Daraus ergaben sich folgende Grundsätze für die geplante interne Evaluation:

- Wahrung der Freiwilligkeit - die Erhebung der Daten sollte von Bewohnern und Mitarbeitern auf freiwilliger Basis erfolgen
- Wahrung der Anonymität bei personenbezogenen Daten - jeder Fragebogen wurde lediglich mit einer fortlaufenden Nummer versehen
- es wurden nur die personenbezogenen Daten erfragt, die für die Studie erforderlich sein würden und sinnvoll ausgewertet werden konnten
- mit einer größtmöglichen Transparenz zum Umgang mit den erhobenen Daten sollte das Vertrauen in die Autorin gestärkt werden
- im Rahmen der Auswertung und Präsentation der Ergebnisse wurde nicht ersichtlich, auf welche Person die Beantwortung der jeweiligen Fragen zurückzuführen ist
- die Fragebögen wurden nach deren Auswertung vernichtet.

### 2.3.3 Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte in drei Phasen mit jeweils verschiedenen Arbeitsschritten:

1. Vorbereitungsphase
2. Durchführungsphase
3. Auswertungsphase.

1. Die Vorbereitungsphase umfasste folgende Schritte:

- Entwicklung und mehrfache Überarbeitung des Fragebogens
- Information der Mitarbeiter im Rahmen der Teamsitzung über die geplante Befragung mit der Bitte um Mitwirkung
- Gespräch mit der Praktikantin: Bitte um Unterstützung und Absprache, wie die Datenerhebung bei den Bewohnern erfolgen soll
- Information der Bewohner im Rahmen der TWG-Gruppe über die geplante Befragung und die Unterstützung dabei durch die Praktikantin
- Auswahl und Bestellung der Dankeschön-Präsente
- Pretest durch zwei Kolleginnen des William-Booth-Hauses
- Versendung der Fragebögen per e-Mail an die beiden Prüfer, nach deren Rückmeldung erfolgte eine Korrektur des Fragebogens
- Gestaltung des Begleitschreibens für die Bewohner und Mitarbeiter
- Nummerierung und Eintüten der Fragebögen in Blanko-A5-Umschläge.

2. Die Durchführungsphase beinhaltete folgende Aktivitäten:

- Verteilung der Fragebögen mit den Begleitschreiben an die Mitarbeiter in deren Fächer im Büro
- Übergabe der Fragebögen mit den Begleitschreiben für die Bewohner sowie der Dankeschön-Präsente an die Praktikantin
- nach und nach Erhalt der Fragebögen der Mitarbeiter
- Beginn der Befragung der Bewohner durch die Praktikantin
- Bitte an die Mitarbeiter um die noch ausstehenden Fragebögen
- Erhalt der noch ausstehenden Fragebögen der Mitarbeiter
- weitere Befragung der Bewohner durch die Praktikantin
- Rückgabe der Fragebogen der Bewohner durch die Praktikantin.

3. Die Auswertungsphase gliederte sich in folgende Abschnitte:

- Auswertung der Fragebögen durch die Autorin
- Darstellung und Diskussion der Ergebnisse in der Masterthesis
- Präsentation der Ergebnisse für die Mitarbeiter in der Teamsitzung
- Präsentation der Ergebnisse für die Bewohner in der TWG-Gruppe.

Die Datenerhebung sollte bis Ende Januar 2014 abgeschlossen sein. Der zeitliche Ablauf von der Datenerhebung bis zu deren Auswertung dauerte schließlich bis Ende April 2014.

Tabelle 8 veranschaulicht den zeitlichen Ablauf der Datenerhebung:

Phase	Zeitraum	Arbeitsschritte
<b>1. Vorbereitung</b>	Oktober 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung und Überarbeitung des Fragebogens</li> </ul>
	November 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information der Mitarbeiter über die geplante Befragung</li> <li>• Absprache mit der Praktikantin</li> <li>• Information der Bewohner über die geplante Befragung</li> <li>• Bestellung der Dankeschön-Präsente</li> <li>• Pretest durch Kolleginnen des William-Booth-Hauses</li> <li>• Versendung des Fragebogens an die Dozenten</li> <li>• Korrektur des Fragebogens</li> </ul>
	Dezember 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung des Abgabetermins (31.12.2013)</li> <li>• Gestaltung des Begleitschreibens an Bewohner und Mitarbeiter</li> </ul>
<b>2. Durchführung</b>	Dezember 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verteilung der Fragebögen an die Mitarbeiter</li> <li>• Übergabe der Fragebögen für die Bewohner sowie der Dankeschön-Präsente an die Praktikantin</li> </ul>
	Januar 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhalt der ersten Fragebögen der Mitarbeiter</li> <li>• Bitte an Mitarbeiter um die noch ausstehenden Fragebögen</li> <li>• Beginn der Befragung der Bewohner durch die Praktikantin</li> </ul>
	Februar 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhalt der restlichen Fragebögen der Mitarbeiter</li> <li>• weitere Befragung der Bewohner durch die Praktikantin</li> <li>• Erhalt der Fragebögen der Bewohner</li> </ul>
<b>3. Auswertung</b>	März 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertung der Fragebögen durch die Autorin</li> </ul>
	April 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertung der Ergebnisse in der Masterthesis</li> </ul>
	Juni/Juli 2014 (geplant)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präsentation der Ergebnisse für die Mitarbeiter</li> <li>• Präsentation der Ergebnisse für die Bewohner</li> </ul>

(Tabelle 8: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung)

### 3. Diskussion der Ergebnisse

#### 3.1 Ergebnisse der Studie

##### 3.1.1. Teilnahme an der Studie

Die tatsächliche Teilnahme an der Untersuchung betrug insgesamt 96,43%:

- in der Untersuchungsgruppe 1: 13 von 14 Bewohnern (92,86%)
- in der Untersuchungsgruppe 2: 14 von 14 Mitarbeitern (100%).

Tabelle 9 veranschaulicht die Teilnahme in beiden Untersuchungsgruppen:

Bewohner		Mitarbeiter	
Bewohner-Auswahl für die Studie	davon Teilnahme an der Studie	Mitarbeiter-Auswahl für die Studie	davon Teilnahme an der Studie
14	13	14	14
100,00%	92,86%	100,00%	100,00%

(Tabelle 9: Teilnahme der Untersuchungsgruppen)

Ein Bewohner wurde während des Erhebungszeitraumes stationär behandelt. Wegen des sehr instabilen psychotischen Zustandes dieses Klienten und seiner sehr geringen Deutsch-Kenntnisse wurde nach dessen Rückkehr in die TWG von der Befragung abgesehen.

##### 3.1.2 Beantwortung des Fragebogens

In den folgenden Tabellen werden folgende Schwerpunkte detailliert dargestellt:

1. Anzahl bewerteter und nicht bewerteter Variablen (Frage 1 bis 4)
2. Antworten der Bewohner und Mitarbeiter zu Frage 1
3. Antworten der Bewohner und Mitarbeiter zu den Fragen 2 und 3
4. Wertigkeit der Antworten zu den Fragen 2 und 3
5. Antworten der Bewohner und Mitarbeiter zu Frage 4
6. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewertung der Mitarbeiter.

## 1. Anzahl bewerteter und nicht bewerteter Variablen bei den Fragen 1 bis 4

Tabelle 10 stellt die ermittelte Anzahl bewerteter und nicht bewerteter Variablen prozentual dar. Nicht bewertete Fragen/Items wurden farblich unterlegt.

Variable	Bewohner				Mitarbeiter			
	Anzahl bewerteter Variablen	% (n=13)	nicht bewertete Variablen	% (n=13)	Anzahl bewerteter Variablen	% (n=14)	nicht bewertete Variablen	% (n=14)
<i>Frage 1: Was ist für Sie ein Erfolg, den Sie in dieser Einrichtung erreicht haben?</i>								
	10	76,92%	3	23,08%	10	71,43%	4	28,57%
<i>Frage 2: Erfolg im William-Booth-Haus - Wie hilfreich war dabei die Unterstützung durch die Einrichtung?</i>								
0	13	100,00%	0	0,00%	10	71,43%	4	28,57%
<i>Frage 3: Wie beurteilen Sie folgende pädagogischen Maßnahmen in der TWG?</i>								
1	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
2	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
3	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
4	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
5	11	84,62%	2	15,40%	14	100,00%	0	0,00%
6	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
7	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
8	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
9	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
10	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
11	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
12	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
13	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
14	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
15	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
16	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
17	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
18	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
19	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
20	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
21	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
22	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
23	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
24	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
25	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
<b>Variable 1-25 Mittelwert</b>	<b>12,6</b>	<b>96,92%</b>	<b>0,4</b>	<b>3,08%</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>

Frage 4: Jetzt bitte ich noch um einige persönliche Daten, die für die Auswertung des Fragebogens notwendig sind.

I	13	100,00%	0	0,00%	14	100,00%	0	0,00%
II	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
III	12	92,31%	1	7,69%	14	100,00%	0	0,00%
Mittelwert I-III	12,33	94,87%	0,66	5,12%	14	100,00%	0	0,00%
Mittelwert alle	12,51	96,25%	1,14	3,75%	13,71	97,96%	0	2,04%

(Tabelle 10: Anzahl bewerteter und nicht bewerteter Variablen)

## 2. Antworten der Bewohner und Mitarbeiter zu Frage 1

*Frage 1: Was ist für Sie ein Erfolg, den Sie in Ihrer Einrichtung erreicht haben?*

Diese Frage wurde nicht von allen Befragten beantwortet. 10 von 13 Bewohnern und 10 von 14 Mitarbeitern gaben folgende Antworten:

<b>Antworten der Bewohner</b>
1. „keinen Alkohol mehr nehmen zu müssen“
2. „kein Erfolg!“
3. „ein normaler Weg“
4. „dass ich hier gut untergebracht bin“
5. „Ein Grund ist es, nicht chronologisch 1mal im Jahr in die Klinik zu kommen.“
6. „Die sowohl gesundheitliche als auch individuelle Entwicklung wurde durch den Einzug ins WBH entscheidend positiv beschleunigt.“
7. „nicht soviel zu trinken wie vorher“
8. „Selbständigkeit, Dinge gelassener ertragen (aushalten), Gesundheit hat sich verbessert, Struktur für die Woche.“
9. „ausgeglichene Stimmungslage“
10. „weniger Alkohol getrunken, seit 2¾ Jahren keine Zigaretten mehr“

<b>Antworten der Mitarbeiter</b>
11. „Umzug in Gemeinschaftswohnung der Heilsarmee mit ambulanter Betreuung nach § 53 SGB XII, Stabilisierung“
12. „Ein Bewohner, der von einer Entgiftungsbehandlung in die nächste gegangen ist, schafft es langfristig ohne Klinik trocken zu bleiben/kontrolliert zu trinken.“
13. „Gemeinschaftsgefühl in der Gruppe (Klienten) wurde über die Jahre aufgebaut, auch „Einzelgänger“ wurden integriert.“
14. „Bewohner stabilisiert sich längerfristig in der Einrichtung, trinkt kontrolliert, reduziert oder ist abstinent.“
15. „Das Thema Sucht und Alkohol sehe ich jetzt, seitdem ich hier arbeite, mit anderen Augen. Alkoholismus sehe ich jetzt mehr als Krankheit.“
16. „... wäscht jetzt jede Woche seine Wäsche und reinigt sein Zimmer.“
17. „Das wir eine positive Erfolgsquote haben (ca. 60-65%). Für mich persönlich, dass ich im April 6 Jahre im WBH arbeite.“
18. „Selbständigkeit der Klienten im alltäglichen Leben“
19. „Das es die TWG gibt und das Angebot angenommen wird.“

20. „weniger Krankenhausaufenthalte, längere Abstinenzphasen“

*(Tabelle 11: Antworten zu Frage 1)*

### 3. Antworten der Bewohner und Mitarbeiter zu den Fragen 2 und 3

Tabelle 12 stellt die Anzahl der gewählten Items je Variable der Fragen 2 und 3 zusammen. Die Items mit den häufigsten Nennungen wurden farblich unterlegt.

Variable	Angebot der TWG	Bewohner						Mitarbeiter					
		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6
2. Erfolg im William-Booth-Haus - Wie hilfreich war dabei die Unterstützung durch die Einrichtung?													
0	Unterstützung durch Einrichtung	0	0	0	1	7	5	0	0	0	2	5	3
3. Wie beurteilen Sie folgende pädagogischen Maßnahmen in der TWG?													
3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen													
1	Einzelzimmer	0	0	0	1	2	10	0	0	0	0	3	11
2	24-Stunden-Betreuung	0	0	0	1	8	4	0	0	0	2	0	12
3	TWG-Büro zentral	0	0	0	4	6	3	0	0	0	3	2	9
4	Medikamente im Büro	1	0	1	2	4	4	0	0	0	2	6	6
5	Betreuungsangebote	1	1	1	2	4	2	0	0	0	6	5	3
3.2 Beziehungsgestaltung													
6	Bezugsbetreuung	0	0	0	0	8	5	0	0	0	2	6	6
7	Anrede mit „Sie“	7	0	0	0	5	0	0	0	1	2	5	6
8	Respektvoller Umgang	0	0	0	1	8	3	0	0	0	0	8	6
9	positive Stimmung	2	0	0	1	5	5	0	0	0	0	5	9
10	Fordern- in Ruhe lassen	1	0	1	0	4	7	0	0	1	1	8	4
3.3 TWG-Alltag													
11	Frühstück verpflichtend	1	1	0	5	3	3	0	0	0	3	7	4
12	Mahlzeiten	0	2	0	2	4	5	0	0	0	4	6	4
13	TWG-Aufgabe	1	1	1	3	3	3	0	0	0	3	4	7
14	TWG-Gruppe	2	1	1	1	5	3	0	0	0	2	7	5
15	Freizeitangebote	0	0	2	1	5	4	0	0	0	1	7	6
3.4 Umsetzung des BRP													
16	BRP-Gespräch	0	0	1	1	8	3	0	0	1	2	6	5
17	Einzelgespräche	1	1	0	1	7	3	0	0	0	2	6	6
18	Indiv. Vereinbarungen	0	0	1	2	8	2	0	0	0	1	6	7
19	Hilfe durch Mitarbeiter	0	0	0	1	7	4	0	0	0	0	6	8
20	Konsequenzen	0	0	1	4	6	2	0	0	0	5	4	5
3.5 Umgang mit der Suchterkrankung													
21	Alkohol-Vereinbarungen	3	1	2	2	4	1	0	0	0	2	6	6
22	Trinken ist erlaubt	3	0	0	2	5	2	0	0	1	2	7	4
23	Drogenkonsum meiden	2	0	0	1	2	7	0	0	1	0	5	8
24	Kontrollen	2	0	0	3	6	2	0	0	0	2	5	7
25	Suchtthema in Gruppe	2	1	2	3	4	1	0	0	0	3	4	7

<b>Variable 1-25 Mittelwert</b>	<b>1,16</b>	<b>0,36</b>	<b>0,56</b>	<b>1,76</b>	<b>5,24</b>	<b>3,52</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,2</b>	<b>2</b>	<b>5,36</b>	<b>6,44</b>
<b>Mittelwert %</b>	<b>8,92 %</b>	<b>2,77 %</b>	<b>4,31 %</b>	<b>13,5 4%</b>	<b>53,85 %</b>	<b>27,08 %</b>	<b>0,00 %</b>	<b>0,00 %</b>	<b>1,43 %</b>	<b>14,29 %</b>	<b>38,29 %</b>	<b>46,00 %</b>

(Tabelle 12: Antworten zu Frage 2 und 3)

#### 4. Wertigkeit der Antworten zu den Fragen 2 und 3

In Tabelle 13 wurden die gewählten Items mit dem Faktor 1-6 multipliziert.

Item	Item-Bezeichnung	Wertigkeit	Multiplikation Item x Faktor	Bewohner (n=13) Maximaler Wert (100%)	Mitarbeiter (n=14) Maximaler Wert(100%)
Item 1	überflüssig	Faktor 1	x 1	13	14
Item 2	nicht hilfreich	Faktor 2	x 2	26	28
Item 3	eher nicht hilfreich	Faktor 3	x 3	39	42
Item 4	eher hilfreich	Faktor 4	x 4	52	56
Item 5	hilfreich	Faktor 5	x 5	65	70
Item 6	besonders hilfreich	Faktor 6	x 6	78	84

Va-ri-able	Bewohner								Mitarbeiter							
	Item 1x1	Item 2x2	Item 3x3	Item 4x4	Item 5x5	Item 6x6	Ge- samt	% (n=13) 78 = 100%	Item 1x1	Item 2x2	Item 3x3	Item 4x4	Item 5x5	Item 6x6	Ge- samt	% (n=14) 84 = 100%
0	0	0	0	4	35	30	69	88,46%	0	0	0	8	25	18	51	60,71%
1	0	0	0	4	10	60	74	94,87%	0	0	0	0	15	66	81	96,43%
2	0	0	0	4	40	24	68	87,18%	0	0	0	8	0	72	80	95,24%
3	0	0	0	16	30	18	64	82,05%	0	0	0	12	10	54	76	90,48%
4	1	0	3	8	20	24	56	71,79%	0	0	0	8	30	36	74	88,10%
5	1	2	3	8	20	12	46	58,97%	0	0	0	24	25	18	67	79,76%
6	0	0	0	0	40	30	70	89,74%	0	0	0	8	30	36	74	88,10%
7	7	0	0	0	25	0	32	41,06%	0	0	3	8	25	36	72	85,71%
8	0	0	0	4	40	18	62	79,49%	0	0	0	0	40	36	76	90,48%
9	2	0	0	4	25	30	61	78,21%	0	0	0	0	25	54	79	94,05%
10	1	0	3	0	20	42	66	84,62%	0	0	3	4	40	24	71	84,52%
11	1	2	0	20	15	15	53	67,95%	0	0	0	12	35	24	71	84,52%
12	0	4	0	8	20	30	62	79,49%	0	0	0	16	30	24	70	83,33%
13	1	2	3	12	15	18	51	65,38%	0	0	0	12	20	42	74	88,10%
14	2	2	3	4	25	18	54	69,23%	0	0	0	8	35	30	73	86,90%
15	0	0	6	4	25	24	59	75,64%	0	0	0	4	35	36	75	89,29%
16	0	0	3	4	40	18	65	83,33%	0	0	3	8	30	30	71	84,52%
17	1	2	0	4	35	18	60	76,92%	0	0	0	8	30	36	74	88,10%
18	0	0	3	8	40	12	63	80,76%	0	0	0	4	30	42	76	90,48%
19	0	0	0	4	35	24	63	80,76%	0	0	0	0	30	48	78	92,86%
20	0	0	3	16	30	12	61	78,21%	0	0	0	20	20	30	70	83,33%
21	3	2	6	8	20	6	45	57,69%	0	0	0	8	30	36	74	88,10%
22	3	0	0	8	25	12	48	61,54%	0	0	3	8	35	24	70	83,33%
23	2	0	0	4	10	42	58	74,34%	0	0	3	0	25	48	76	90,48%
24	2	0	0	12	30	12	56	71,79%	0	0	0	8	30	42	80	95,24%

25	2	2	6	12	20	6	48	61,54%	0	0	0	12	20	42	74	88,10%	
Mittelwert (Variable 0-25)								58,23	74,65%	Mittelwert (Variable 0-25)						73,35	87,32%

(Tabelle 13: Wertigkeit der Antworten)

## 5. Antworten der Bewohner und Mitarbeiter zu Frage 4

Frage 4: Jetzt bitte ich noch um einige persönliche Daten, die für die Auswertung des Fragebogens notwendig sind.

### I. Ihr Geschlecht?

Die Frage nach dem Geschlecht wurde von allen Befragten beantwortet. Alle männlichen Bewohner gaben auch an, „männlich“ zu sein. Die Mitarbeiter setzten sich aus 8 Frauen und 6 Männern zusammen. Dieses Ergebnis entspricht dem tatsächlich vorhandenen Personal.

Tabelle 14 veranschaulicht die prozentuale Verteilung der Geschlechter.

Geschlecht	Bewohner	Mitarbeiter	
	Männer	Frauen	Männer
Personen	13	8	6
Prozent	100,00%	57,14%	42,86%

(Tabelle 14: Verteilung der Geschlechter)

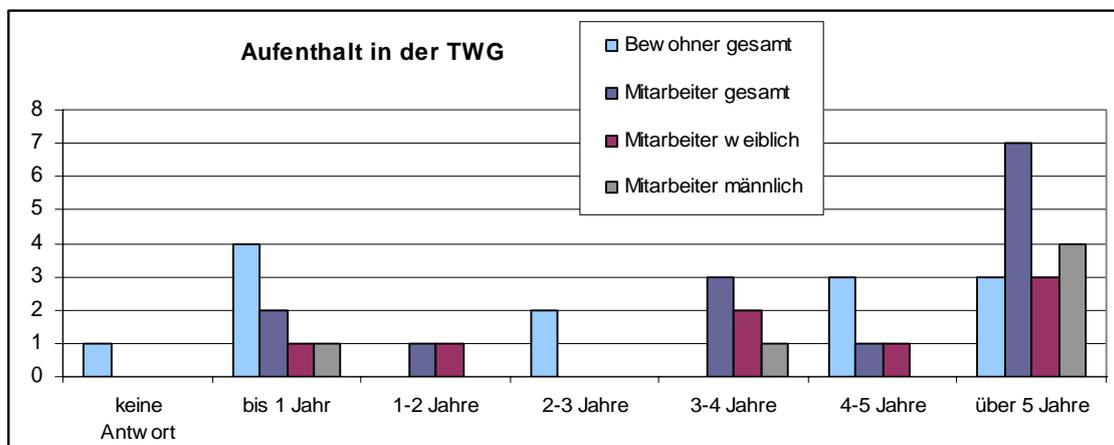
### II. Warum sind Sie in der TWG?

Der Vergleich mit den Fragebogen-Nummern ergab: 12 von 13 Bewohnern gaben an, Bewohner der TWG zu sein. Ein Bewohner kreuzte kein Antwort-Item an. Alle 14 Mitarbeiter kreuzten das Antwort-Item „Mitarbeiter“ an.

### III. Wie lange sind Sie in der TWG?

Diese Frage wurde von einem Bewohner nicht beantwortet.

Das folgende Diagramm (Abbildung 3) veranschaulicht die Anzahl der Bewohner und Mitarbeiter entsprechend ihres Aufenthalts in der TWG in Jahren.



(Abbildung 3: Aufenthalt in der TWG)

## 6. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewertung der Mitarbeiter

Um Aussagen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Bewertung der Mitarbeiter zu den Fragen 2 und 3 treffen zu können, stellt Tabelle 15 die Bewertungen durch weibliche und männliche Mitarbeiter vergleichend dar. Die häufigsten Bewertungen je Variable wurden wieder farblich unterlegt.

Variable	Angebot der TWG	Frauen (n=8)						Männer (n=6)							
		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6		
2. Erfolg im William-Booth-Haus - Wie hilfreich war dabei die Unterstützung durch die Einrichtung?															
0	Unterstützung durch Einrichtung					3	2				2	2	1		
	Mittelwert %					37,50 %	25,00 %				33,33 %	33,33 %	16,66 %		
3. Wie beurteilen Sie folgende pädagogischen Maßnahmen in der TWG?															
1	Einzelzimmer					1	7					2	4		
2	24-Stunden-Betreuung				1		7				1		5		
3	TWG-Büro zentral				2	2	4				1		5		
4	Medikamente im Büro					5	3				2	1	3		
5	Betreuungsangebote				2	4	2				4	1	1		
6	Bezugsbetreuung					4	4				2	2	2		
7	Anrede mit „Sie“				1	3	4			1	1	2	2		
8	Respektvoller Umgang					4	4					4	2		
9	positive Stimmung					2	6					3	3		
10	Fordern - in Ruhe lassen				1	4				1	4	3	1		
11	Frühstück verpflichtend				1	4	3				2	3	1		
12	Gemeinsame Mahlzeiten				2	3	3				2	3	1		
13	TWG-Aufgabe				1	2	5				2	2	2		
14	TWG-Gruppe					4	4				2	3	1		
15	Freizeitangebote					4	4				1	3	2		
16	BRP-Gespräch				1	4	3			1	1	2	2		
17	Einzelgespräche					4	4				2	2	2		
18	Indivi. Vereinbarungen					3	5				1	3	2		
19	Hilfe durch Mitarbeiter					2	6					4	2		
20	Konsequenzen				2	2	4				3	2	1		
21	Ilkohl-Vereinbarung					4	4				2	2	2		
22	Trinken ist erlaubt				1	4	3			1	1	3	1		
23	Drogenkonsum meiden					4	4			1		1	4		
24	Kontrollen				1	2	5				2	2	2		
25	Suchtthema in Gruppe				1	2	5				2	2	2		
	Variable 1-25 Mittelwert				0,08	0,71	3,08	4,12				0,12	1,73	2,39	2,20

Mittelwert %				8,50 %	38,50 %	51,50 %			2,00 %	25,33 %	36,67 %	36,67 %
--------------	--	--	--	-----------	------------	------------	--	--	-----------	------------	------------	------------

(Tabelle 15: Antworten der Mitarbeiter zu Frage 2 und 3)

## 3.2 Diskussion der Ergebnisse

### 3.2.1 Teilnahme an der Studie

#### 1. Untersuchungsgruppe 1 (Bewohner)

13 von 14 Fragebögen (92,86%) wurden von den Teilnehmern der Untersuchungsgruppe 1 bewertet. Dadurch erreichte die Befragung der Bewohner nicht mehr die Grundgesamtheit. Die hohe Beteiligung wird dennoch als sehr gut bewertet, da dieses Ergebnis im Hinblick auf die schweren psychischen Störungen einiger Bewohner nicht zu erwarten war.

Die Erhebung der Daten konnte aus personellen Gründen (Urlaub der Praktikantin) erst im Januar 2014 beginnen und dauerte zwei Monate. Sie wurde beendet, da ein Bewohner weiterhin nicht in der Lage sein würde, den Fragebogen auszufüllen. Als besonders hilfreich erwies sich die Möglichkeit der Unterstützung der Bewohner durch die Praktikantin sowie die Motivation und Unterstützung durch die Mitarbeiter der TWG bei der Befragung. Rückmeldungen der Mitarbeiter ergaben, dass die Bewohner mit Stolz auf die Teilnahme an der Studie reagierten und einige Bewohner selbständiger als erwartet den Fragebogen ausfüllen konnten.

#### 2. Untersuchungsgruppe 2 (Mitarbeiter)

14 von 14 Mitarbeitern (100%) nahmen an der Studie teil. Damit konnten alle Teilnehmer dieser Untersuchungsgruppe erreicht werden. Die Abgabe der Fragebögen verzögerte sich zeitlich, da es zunächst Unklarheiten zur Anonymität und Wichtigkeit der Untersuchung gab. Nach deren Klärung und der Bitte um Rückgabe der noch ausstehenden Fragebögen wurden die restlichen Fragebögen an die Autorin zurück geleitet.

#### Bedeutung für die Studie:

27 von 28 Teilnehmern beider Untersuchungsgruppen (96,43%) beteiligten sich an der Studie. Dieses hohe Ergebnis zeigt, dass eine empirische Untersuchung

im Rahmen dieser Therapeutischen Wohngemeinschaften möglich ist.

### 3.2.2 Beantwortung der Fragen

Bezug nehmend auf die Ergebnisse der Beantwortung des Fragebogens (siehe 3.1.2) werden folgende Schwerpunkte detailliert interpretiert::

1. Anzahl bewerteter und nicht bewerteter Variablen (Fragen 1 bis 4)
2. Vergleich der Antworten der Bewohner und Mitarbeiter (Fragen 1 und 2)
3. Vergleich der Antworten der Bewohner und Mitarbeiter (Fragen 2 und 3)
4. Bewertung der Antworten (Fragen 2 und 3).

#### 1. Anzahl bewerteter und nicht bewerteter Variablen (Fragen 1-4)

Die detaillierte Berechnung des Mittelwertes der bewerteten Fragen 1, 2, 3 und 4 I-III in Tabelle 10 ergab einen sehr hohen gemeinsamen Mittelwert von rund 97% bewerteter Fragen von Bewohnern und Mitarbeitern. Dabei variiert die Häufigkeit bei der Beantwortung der einzelnen Fragen deutlich.

Tabelle 16 veranschaulicht die Mittelwerte bewerteter und nicht bewerteter Variablen der **Fragen 1 bis 4** in Prozent.

Fragen	Bewohner (n=13)		Mitarbeiter (n=14)	
	Mittelwert bewertete Variablen	Mittelwert nicht bewertete Variablen	Mittelwert bewertete Variablen	Mittelwert nicht bewertete Variablen
Frage 1	76,92%	23,08%	71,43%	28,57%
Frage 2	100,00%	0,00%	71,43%	28,57%
Frage 3	96,90%	3,08%	100,00%	0,00%
Frage 4	94,87%	5,12%	100,00%	0,00%
<b>Mittelwert Tabelle 10</b>	<b>96,25%</b>	<b>3,75%</b>	<b>97,96%</b>	<b>2,04%</b>

(Tabelle 16: Beantwortung der Fragen 1-4)

Die Bewohner (Anteil: 96,25%) beantworteten 1,71% weniger Fragen als die Mitarbeiter (Anteil: 97,96%). Der geringe Anteil nicht beantworteter Fragen beträgt bei den Bewohnern 3,75% und bei den Mitarbeitern 2,04%. Vollständig (100%) beantwortet wurden von den Bewohnern nur die Frage 2, von den

Mitarbeitern die Fragen 3 mit allen Variablen sowie die Frage 4 mit allen 3 Unterfragen. Der geringste Anteil bewerteter Fragen zeigte sich bei den Mitarbeitern bei Frage 1 und 2.

## 2. Vergleich der Antworten der Bewohner und Mitarbeiter (Fragen 1 und 2)

*Frage 1: Was ist für Sie ein Erfolg, den Sie in Ihrer Einrichtung erreicht haben?*

*Frage 2: Welchen Anteil haben die Angebote des William-Booth-Hauses an diesem Erfolg? Wie hilfreich war dabei die Unterstützung durch die Einrichtung?*

Die **Fragen 1 und 2** gehörten inhaltlich zusammen, da beide Bezug zu einem in der Einrichtung erreichten Erfolg nahmen. Sie wurden deshalb gemeinsam interpretiert. Auffällig ist, dass beide Fragen im Vergleich zum Mittelwert aller beantworteten Fragen in einem höheren Maße nicht beantwortet wurden.

Tabelle 17 veranschaulicht die Unterschiede.

	Bewohner				Mitarbeiter			
	Antwort gegeben	% (n=13)	Keine Antwort	% (n=13)	Antwort gegeben	% (n=14)	Keine Antwort	% (n=14)
Frage 1	10	76,92%	3	23,08%	10	71,43%	4	28,57%
Frage 2	13	100,00%	0	0,00%	10	71,43%	4	28,57%
<b>Mittelwert Frage 1-4</b>	<b>12,51</b>	<b>96,25%</b>	<b>1,14</b>	<b>3,75%</b>	<b>13,71</b>	<b>97,96%</b>	<b>0,29</b>	<b>2,04%</b>

(Tabelle 17: Beantwortung der Fragen 1 und 2)

Nur 10 von 13 Bewohnern und ebenfalls nur 10 von 14 Mitarbeitern gaben eine Antwort auf die qualitativ gestellte **Frage 1**.

**Frage 2** wurde von allen Bewohnern, jedoch nur von 10 der 14 Mitarbeiter beantwortet. Warum der Anteil nicht gegebener Antworten bei den Mitarbeitern höher liegt, kann nur hypothetisch interpretiert werden.

Mögliche Gründe, warum es schwerer fiel, die Frage nach dem persönlichen Erfolg zu beantworten, könnten sein:

- Der Begriff „Erfolg“ wurde im Fragebogen nicht definiert, weshalb kein einheitliches Verständnis dieses Begriffes vorausgesetzt werden konnte.

- Eine Beantwortung der Frage 1 setzte voraus, dass sich der Befragte bereits inhaltlich mit dem Begriff „Erfolg“ auseinandergesetzt hat.
- Erfolge werden individuell unterschiedlich wahrgenommen und gewertet.
- Die Offenlegung erfordert Sicherheit im Umgang mit dem Begriff „Erfolg“.

Die individuell unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung der innerhalb der Einrichtung erreichten Erfolge zeigen die Antworten zu **Frage 1** (Tabelle 11). Demnach konnten, mit Ausnahme von Antwort 9 („*kein Erfolg!*“), Erfolge auf verschiedenen Ebenen erreicht werden.

Von den 10 Antworten der Bewohner bezogen sich (mit Mehrfachnennungen)

- 4 Antworten speziell auf den Konsum von Alkohol (Antwort 1, 5, 7, 10), z.B. *„keinen Alkohol mehr nehmen zu müssen“* oder *„nicht soviel zu trinken wie vorher“*
- 4 Antworten auf eine gesundheitliche Verbesserung (Antwort 5, 6, 8, 9), z.B. *„...nicht chronologisch 1mal im Jahr in die Klinik zu kommen“* oder *„ausgeglichene Stimmungslage“*
- 4 Antworten auf eine verbesserte Alltagsbewältigung (Antwort 3, 4, 6, 8), z.B. *„Selbständigkeit, Dinge gelassener ertragen (aushalten) ... Struktur für die Woche“* oder *„ein normaler Weg“*.

Bei den 10 Antworten der Mitarbeiter bezogen sich (mit Mehrfachnennungen)

- 3 Antworten auf Erfolge von Bewohnern im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol (Antwort 12, 14, 20), z.B. *„Ein Bewohner, der von einer Entgiftungsbehandlung in die nächste gegangen ist, schafft es langfristig ohne Klinik trocken zu bleiben/kontrolliert zu trinken.“*
- 2 Antworten auf Erfolge von Bewohnern zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation (Antwort 11, 20), z.B. *„weniger Krankenhausaufenthalte, längere Abstinenzphasen“*
- 2 Antworten auf Erfolge von Bewohnern zur Verbesserung der Alltagsbewältigung (Antwort 16, 18), z.B. *„...wäscht jetzt jede Woche seine Wäsche und reinigt sein Zimmer“* oder *„Selbständigkeit der Klienten im alltäglichen Leben“*
- 1 Antwort auf das Zusammenleben der Bewohner (Antwort 13), z.B. *„Gemeinschaftsgefühl in der Gruppe (Klienten) wurde über die Jahre aufgebaut, auch „Einzelgänger“ wurden integriert.“*
- 2 Antworten auf das Betreuungsangebot des Trägers (Antwort 11, 19),

z.B. „Dass es die TWG gibt und das Angebot angenommen wird.“

- 2 Antworten auf persönliche Erfolge und Lernprozesse (Antwort 15, 17), z.B. „...Alkoholismus sehe ich jetzt mehr als Krankheit.“ oder „...dass ich im April 6 Jahre im WBH arbeite“.

### 3. Vergleich der Antworten der Bewohner und Mitarbeiter (Fragen 2 und 3)

*Frage 2: Welchen Anteil haben die Angebote des William-Booth-Hauses an diesem Erfolg? Wie hilfreich war dabei die Unterstützung durch die Einrichtung?*

*Frage 3: Wie beurteilen Sie folgende pädagogischen Maßnahmen in der TWG?*

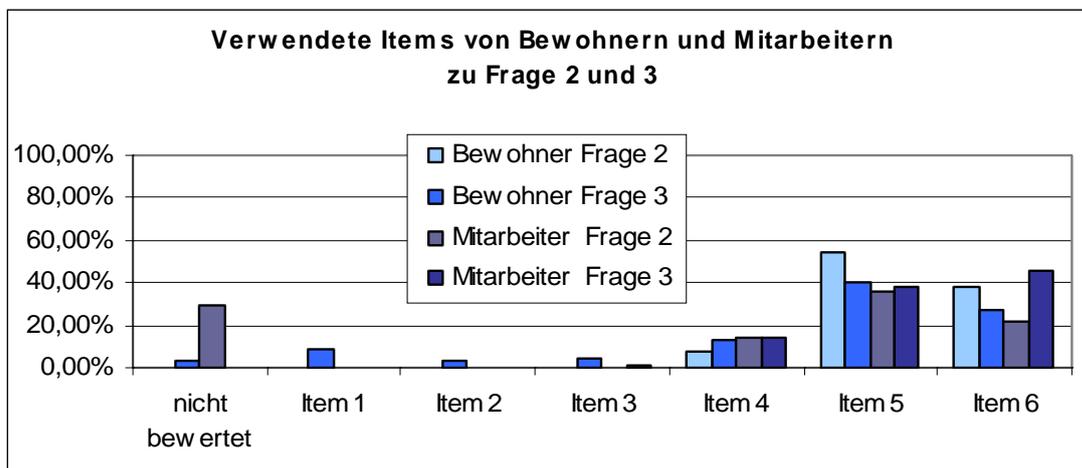
#### Häufigkeiten der Antwort-Items

In Tabelle 12 wurde die Häufigkeit der gewählten Items je Variable 0-25 in den Antworten der Bewohner und Mitarbeiter zu den **Fragen 2 und 3** detailliert dargestellt. Die Berechnung der Mittelwerte aller zu den Fragen 2 und 3 verwendeten Items stellt Tabelle 18 prozentual (gerundet) dar. Der jeweils häufigste Wert zu jeder Frage wurde farblich unterlegt.

Antworten zu Fragen 2 + 3		nicht bewertet	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6
Bewohner	Frage 2	-	-	-	-	8%	54%	38%
Mitarbeiter	Frage 2	29%	-	-	-	14%	36%	23%
Bewohner	Frage 3	3%	9%	3%	4%	14%	40%	27%
Mitarbeiter	Frage 3	-	-	-	1%	14%	38%	46%
	<b>Mittelwert</b>	<b>8%</b>	<b>2,25%</b>	<b>0,75%</b>	<b>1,25%</b>	<b>50%</b>	<b>42%</b>	<b>33,5%</b>

(Tabelle 18: Verwendete Items zu Frage 2 und 3 in Prozent)

Abbildung 4 stellt die Mittelwerte der Häufigkeiten der benutzten Items aus Tabelle 18 in den Antworten von Bewohnern und Mitarbeitern im Diagramm dar.



(Abbildung 4: Verwendete Items zu Frage 2 und 3)

### Antworten von Bewohnern und Mitarbeitern zu Frage 2

Während alle Bewohner diese Frage beantworteten, gaben rund 29% der Mitarbeiter keine Antwort an. Frage 2 wurde von Bewohnern und Mitarbeitern jeweils erst ab Item 4 „*eher hilfreich*“ bewertet. Daraus lässt sich ableiten, dass alle innerhalb der Einrichtung erreichten Erfolge durch die Unterstützung in der Einrichtung möglich wurden. Am jeweils häufigsten wurde mit Item 5 „*hilfreich*“ geantwortet (Bewohner 54%, Mitarbeiter 36%), am zweithäufigsten mit Item 6 „*besonders hilfreich*“ (Bewohner 38%, Mitarbeiter 23%).

### Antworten von Bewohnern und Mitarbeitern zu Frage 3

3% der Bewohner gaben keine Antwort, während alle Mitarbeiter diese Frage beantworteten. Die Bewertung der Variablen 1-25 erfolgte durch die Bewohner mit allen zur Verfügung stehenden Items, während die Mitarbeiter die Variablen zu Frage 3 erst ab Item 3 „*eher nicht hilfreich*“ bewerteten. Die weniger hilfreichen Items 1 bis 3 wurden von den Bewohnern mit insgesamt 16% und von den Mitarbeitern mit 1% verwendet. Am häufigsten wurde von den Bewohnern mit Item 5 „*hilfreich*“ geantwortet (40%), die Mitarbeiter verwendeten Item 6 „*besonders hilfreich*“ am häufigsten (46%).

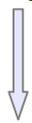
## 4. Bewertung der Antworten (Fragen 2 und 3)

### Wertigkeit der Items 1-6

In Tabelle 13 wurden die bewerteten Variablen 0-25 (**Frage 2 und 3**) mit dem Faktor 1-6 multipliziert, um den unterstützenden Wert der einzelnen

pädagogischen Maßnahmen deutlicher darstellen zu können.

Dabei wurde folgende Wertigkeit festgelegt:

Item	Item-Bezeichnung	Wertigkeit	Multiplikation Item x Faktor	Wert des Multiplikators	Bewohner (n=13) Maximaler Wert (100%)	Mitarbeiter (n=14) Maximaler Wert(100%)
1	überflüssig	Faktor 1	x 1	 Niedrigste Wertigkeit  Höchste Wertigkeit	13	14
2	nicht hilfreich	Faktor 2	x 2		26	28
3	eher nicht hilfreich	Faktor 3	x 3		39	42
4	eher hilfreich	Faktor 4	x 4		52	56
5	hilfreich	Faktor 5	x 5		65	70
6	besonders hilfreich	Faktor 6	x 6		78	84

(Tabelle 19: Wertigkeit der Items)

Diese Wertigkeit wurde vor dem Hintergrund der Untersuchung der Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten festgelegt. Ein pädagogisches Angebot, welches als „überflüssig“ (Item 1) und „nicht hilfreich“ (Item 2) bewertet wird, kann nicht als Wirkfaktor für „Erfolg“ verstanden werden. Angebote, die mit dem Item 4, 5 und 6 bewertet wurden, werden als unterstützend erlebt. Daher stieg der Faktor, mit dem die Items 1-6 multipliziert wurden, von „x1“ (niedrigster Faktor = geringste Wertigkeit) bis „x6“ (höchster Faktor = höchste Wertigkeit).

Die unterschiedliche Anzahl der tatsächlich an der Studie beteiligten Teilnehmer beider Untersuchungsgruppen wurde bei der prozentualen Berechnung berücksichtigt (Bewohner: n=13, Mitarbeiter: n=14). Dadurch ergab die höchstmögliche Bewertung einer Variable 0-25 zu **Frage 2 und 3**

- für die Antworten der Bewohner einen Wert von 78 (100%)
- für die Antworten der Mitarbeiter einen Wert von 84 (100%).

Die Berechnung der Antworten zu den Fragen 2 und 3 in Tabelle 13 ergab nach der Multiplikation der Variablen 0-25 mit den jeweiligen Faktoren 1-6

- bei den Bewohnern einen mittleren Item-Wert von 58,23 (74,65%)
- bei den Mitarbeitern einen mittleren Item-Wert von 73,35 (87,32%).

Die Mitarbeiter bewerteten die Fragen 2 und 3 insgesamt 12,67% höher als die Bewohner. Dieses Ergebnis bestätigt die Hypothese 2 (siehe 2.2.1.3).

## Werte der Antworten von Bewohnern und Mitarbeitern zu Frage 2

Die Antworten zu **Frage 2** bezogen sich darauf, wie hilfreich die Unterstützung durch die Einrichtung bei dem in Frage 1 beschriebenen Erfolg erlebt wurde. Es erreichten

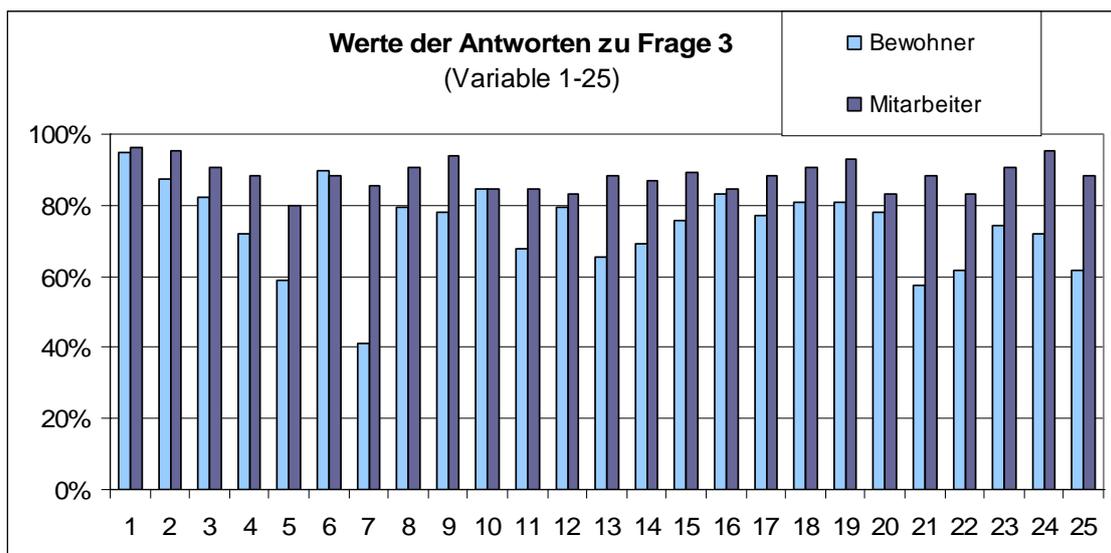
- die Antworten der Bewohner einen Wert von 69 (88,46%)
- die Antworten der Mitarbeiter einen Wert von 51 (60,71%).

Das Ergebnis zu Frage 2 steht im Gegensatz zu dem Ergebnis der Mittelwerte aller Variablen 0-25 (Bewohner 74,65% = Mitarbeiter 87,32%).

Die Bewohner bewerteten die Frage 2 um 27,75% höher als die Mitarbeiter. Erfolge, die innerhalb der Einrichtung erreicht wurden, müssen nicht zwangsläufig auf die dortige Unterstützung zurückgeführt werden. Bewohner der TWG kennen ihren Hilfebedarf und sind mit dem Einzug in die TWG in der Regel bereit, Hilfe anzunehmen. Erfolge werden dadurch eher auf die Einrichtung zurückgeführt.

## Werte der Antworten von Bewohnern und Mitarbeitern zu Frage 3

Das folgende Diagramm stellt alle in Tabelle 13 mit einem Multiplikator errechneten Prozentwerte der Antworten der Bewohner und Mitarbeiter zu **Frage 3** dar.



(Abbildung 5: Werte der Antworten zu Frage 3)

Bei 23 der 25 Variablen zu **Frage 3** erreichten die Antworten der Mitarbeiter einen höheren Wert als die Antworten der Bewohner.

„*Bezugsbetreuung*“ (Variable 6) und „*Fordern und in Ruhe lassen*“ (Variable 10) wurden als einzige Variablen von den Bewohnern höher bewertet als von den Mitarbeitern. Die Bewohner profitieren scheinbar in einem höheren Maß von diesen Angeboten, die speziell auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten eingehen, als die Mitarbeiter. Mitarbeiter gestalten die verschiedenen Facetten der Bezugsbetreuung mit den ihnen zur Verfügung stehenden interpersonellen Ressourcen (siehe 1.3.3.2). Dazu gehören der Umgang mit Erfolgserlebnissen, aber auch mit Unmotiviertheit, Ablehnung, Aggressivität und eigenem Frust.

Erstellung einer Rangfolge der Bewertungen

Um eine Aussage treffen zu können, welche der 25 Variablen am ehesten als „Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten“ bezeichnet werden können, wurden die in Tabelle 13 errechneten Prozentwerte zu jeder Variable 1-25 in einer Rangfolge geordnet. Position 1 stellt jeweils die Variablen mit der höchsten Bewertung durch die Bewohner und Mitarbeiter dar. An letzter Position befinden sich die Variablen mit der geringsten Bewertung (Tabelle 23).

Tabelle 20 stellt die Rangfolge der errechneten Werte der Variablen 1-25 dar.

Position	Variable	Bewohner (n=13)	%	Position	Variable	Mitarbeiter (n=14)	%
1	1	<b>Einzelzimmer</b>	<b>94,87%</b>	1	1	<b>Einzelzimmer</b>	<b>96,43%</b>
2	6	Bezugsbetreuung	89,74%	2	2	24-Stunden-Betreuung	95,24%
3	2	24-Stunden-Betreuung	87,18%	3	9	positive Stimmung	94,05%
4	10	Fordern-in Ruhe lassen	84,62%	4	19	Hilfe durch Mitarbeiter	92,86%
5	16	BRP-Gespräch	83,33%	5	3	TWG-Büro zentral	90,48%
6	3	TWG-Büro zentral	82,05%	6	15	Freizeitangebote	89,29%
7	18	Vereinbarungen	80,76%	7	6	Bezugsbetreuung	88,10%
8	8	Respektvoller Umgang	79,49%	8	8	Respektvoller Umgang	90,48%
9	9	positive Stimmung	78,21%	9	18	Vereinbarungen	90,48%
10	20	Konsequenzen	78,21%	10	23	Drogenkonsum meiden	90,48%
	17	Einzelgespräche	76,92%	11	4	Medikamente im Büro	90,48%
				12	13	TWG-Aufgabe	90,48%

11	15	Freizeitangebote	75,64%		17	Einzelgespräche	
12	23	Drogenkonsum meiden	74,34%		21	Vereinbarungen	
13	4	Medikamente im Büro	71,79%	8	25	Suchtthema in Gruppe	86,90%.
	24	Kontrollen			14	TWG-Gruppe	
14	14	TWG-Gruppe	69,23%	9	7	Anrede mit „Sie“	85,71%
15	11	Frühstück verpflichtend	67,95%	10	10	Fordern-in Ruhe lassen	84,52%
16	13	TWG-Aufgabe	65,38%		11	Frühstück verpflichtend	
	22	Trinken ist erlaubt	61,54%		16	BRP-Gespräch	
17	25	Suchtthema in Gruppe		11	12	Mahlzeiten	83,33%
18	5	Betreuungsangebote	58,97%		20	Konsequenzen	
19	21	Alkohol-Vereinbarungen	57,69%		22	Trinken ist erlaubt	
20	7	<b>Anrede mit „Sie“</b>	<b>41,06%</b>	12	5	<b>Betreuungsangebote</b>	<b>79,76%</b>

(Tabelle 20: Rangfolge der Werte der Variablen 1-25 in %)

### Variablen mit den höchsten Bewertungen bei Bewohnern und Mitarbeitern

Die höchsten Werte bei den Variablen 1-25 zu **Frage 3** erreichte bei den Bewohnern und Mitarbeitern jeweils die Variable 1 „*Einzelzimmer*“ (Bewohner-Wert: 74 = 94,87%, Mitarbeiter-Wert: 81 = 96,43%).

#### Höchste Bewertungen der Bewohner:

1. Einzelzimmer (Bewohner 94,87%, Mitarbeiter 96,43%)
2. Bezugsbetreuung (Bewohner 89,74%, Mitarbeiter 88,10%)
3. 24-Stunden-Betreuung (Bewohner 87,18%, Mitarbeiter 95,24%)
4. Fordern und in Ruhe lassen (Bewohner 84,62%, Mitarbeiter 84,52%)
5. Gemeinsames BRP-Gespräch (Bewohner 83,33%, Mitarbeiter 84,52%).

1. Das „*verschießbare Einzelzimmer*“ (Variable 1) wurde von 10 der 13 Bewohner als „*besonders hilfreich*“ bewertet. Diese Variable erhielt die höchste Anzahl an Bewertungen durch die Bewohner mit dem Item 6. Einzelzimmer stellen einen Schutz- und Rückzugsraum dar, welcher mit eigenen Möbeln und nach eigenem Befinden gestaltet werden kann und in dem der Konsum von Alkohol (entsprechend der individuellen Vereinbarung) toleriert wird. Besonders Bewohner mit psychischen Erkrankungen und Wohnungslose, die vor der Aufnahme in die TWG bereits in anderen Einrichtungen in Mehrbettzimmern oder auf der Straße lebten, wissen ein Einzelzimmer sehr zu schätzen.

2. Die Bewohner schätzten an zweiter Position die intensivere „*Bezugsbetreuung*“ (Variable 6), da hier Zeit für die einzelne Person und deren individuelle Betreuung zur Verfügung steht.

3. Die „*24-Stunden-Betreuung*“ (Variable 2) gibt den Bewohnern Sicherheit, tagsüber und auch nachts eine psychiatrische Fachkraft als Ansprechpartner zu finden, wenn es notwendig sein sollte.

4. Die durch die Mitarbeiter angemessen umgesetzte Balance zwischen „*Fordern und in Ruhe lassen*“ (Variable 10) im Sinne einer Akzeptanz der Bedürfnisse nach Ruhe und Rückzug, aber auch nach Motivation und Impulsgabe, wird von den Bewohnern als geeignete Hilfe erlebt.

5. Das „*gemeinsame BRP-Gespräch*“ (Variable 16) wird als hilfreich erlebt, da Bewohner eine Rückmeldung zu ihren Ressourcen und ihrer bisherigen Entwicklung erhalten. Sie werden aktiv in die Erarbeitung der weiteren Betreuungsziele einbezogen, ohne überfordert zu werden.

#### Höchste Bewertungen der Mitarbeiter:

1. Einzelzimmer (Bewohner 94,87%, Mitarbeiter 96,43%)
2. 24-Stunden-Betreuung (Bewohner 87,18%, Mitarbeiter 95,24%)
3. Kontrollen (Bewohner 71,79%, Mitarbeiter 95,24 %)
4. positive Stimmung (Bewohner 78,21%, Mitarbeiter 94,05%)
5. Hilfe durch die Mitarbeiter (Bewohner 80,76%, Mitarbeiter 92,86%)

1. 11 von 14 Mitarbeitern bewerteten das „*Einzelzimmer*“ (Variable ) mit dem Item 6, 3 Mitarbeiter mit Item 5. Mitarbeiter kennen und erleben immer wieder die hohe Bedeutung eines Einzelzimmers für die Bewohner.

2. Die „*24-Stunden-Betreuung*“ (Variable 2) erhielt die höchste Bewertung der Mitarbeiter mit dem Item 6. 12 der 14 Mitarbeiter, von denen einige die 24-Stunden-Betreuung regelmäßig sicherstellen, schätzen dieses Angebot aufgrund ihrer Erfahrungswerte als „besonders hilfreich“ ein.

3. Im Gegensatz zu den Bewohnern (13. Position) bewerteten die Mitarbeiter „*Kontrollen*“ (Variable 24) sehr hoch. Kontrollen empfinden Bewohner und

Mitarbeiter eher als unangenehm. Sie bieten den Mitarbeitern jedoch eine Möglichkeit, eine Situation real und objektiv darstellen zu können (z.B. eine Schnapsflasche als Beweisstück vorliegen zu haben). Bisherige Vermutungen können durch „Fundstücke“ bestätigt werden.

4. Die „positive Stimmung“ (Variable 9) an Position 4 spiegelt die von der Autorin erlebte positive Atmosphäre in der TWG wider. Den Mitarbeitern sind Geduld, Humor und dass gern gelacht wird, sehr wichtig.

5. „Hilfen durch die Mitarbeiter“ (Variable 19) an Position 5 zeigt den Arbeitsauftrag, die individuell notwendige Hilfe zu leisten, aber auch eine Haltung der Mitarbeiter, dass die von ihnen erbrachte Unterstützung sinnvoll ist.

#### Variablen mit den geringsten Bewertungen bei Bewohnern und Mitarbeitern

Die geringsten Werte zu **Frage 3** erreichten

- bei den Bewohnern Variable 7 „Anrede mit „Sie“ (Wert: 32 = 41,06%) und
- bei den Mitarbeitern Variable 5 „weitere Betreuungsangebote des Trägers“ (Wert: 67 = 79,76%).

#### Geringste Bewertung der Bewohner

Die Antworten der Bewohner zu Variable 7 „Anrede mit „Sie““ ergab den deutlich geringsten Wert von allen Variablen. Die Anrede mit „Sie“ können viele Bewohner nicht nachvollziehen und akzeptieren. 7 von 13 Bewohnern schätzten diese Maßnahme als „überflüssig“ ein, 5 Bewohner bezeichneten sie als „hilfreich“. In der Praxis sprechen einige Bewohner die Mitarbeiter aus der Gewohnheit heraus oder absichtlich weiterhin mit „Du“ an. Andere Bewohner äußerten mehrfach den Wunsch, vom Personal „geduzt“ zu werden, da es eine größere Vertrautheit herstellen würde, die sie sich wünschen. Auch nicht alle Mitarbeiter befürworten das „Sie“, was in deren Beantwortung der Variable 7 mit den Item 3, 4, 5 und 6 deutlich wurde. (Wert: 72= 85,71%).

#### Geringste Bewertung der Mitarbeiter

Variable 5 bezieht sich auf das Verbundwohnen (siehe 2.1.1.2). Im Verbundwohnen wurden die Plätze und Fallzahlen seit Januar 2013 stetig erweitert. Das zu Grunde liegende pädagogisches Konzept befindet sich noch

in der Erprobungsphase und muss im Betreuungsalltag weiter ausdifferenziert werden. Langfristige positive Erfahrungswerte fehlen noch, die eine bessere Bewertung nach sich ziehen könnten.

### Differenzen zwischen den Werten von Bewohnern und Mitarbeitern

Während die höchsten Prozentwerte bei Bewohnern und Mitarbeitern ähnlich hoch lagen, lag der niedrigste Prozentwert der Bewohner (41,06%) deutlich unter dem niedrigsten Wert der Mitarbeiter (79,76%). Daraus ergab sich der hohe Unterschied in der Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten errechneten Wert bei Bewohnern und Mitarbeitern (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21 zeigt die Differenz zwischen dem höchsten und niedrigsten Wert.

	Bewohner	Mitarbeiter
Höchster Wert	94,87%	96,43%
Niedrigster Wert	41,06%	79,76%
<b>Differenz</b>	<b>53,81%</b>	<b>16,67%</b>

(Tabelle 21: Differenz der Werte der Antworten zu Frage 3)

Die sechs höchsten Differenzen zwischen den Prozentwerten der Bewohner und Mitarbeiter in der Bewertung der einzelnen Variablen 1-25 zu **Frage 3** liegen zwischen 20% und 45%. Tabelle 22 veranschaulicht die Zahlen:

	Variable	Bezeichnung der Variable	Wert der Bewohner	Wert der Mitarbeiter	Differenz
1.	7	Anrede mit „Sie“	41,06%	85,71%	44,65%
2.	21	Individuelle Alkoholvereinbarungen	57,69%	88,10%	30,41%
3.	25	Suchtthema in der TWG-Gruppe	61,54%	88,10%	26,56%
4.	24	Kontrollen	71,79%	95,24%	23,45%
5.	22	Trinken ist erlaubt	61,54%	83,33%	21,79%
6.	5	Betreuungsangebote des Trägers	58,97%	79,76%	20,79%

(Tabelle 22: Höchste Differenzen in den Bewertungen zu Frage 3)

1. Auf die „Anrede mit „Sie“ (Variable 7) wurde im vorherigen Abschnitt bereits eingegangen, da diese Variable den geringsten Wert der Bewohner erreichte.

2. „*Individuelle Vereinbarungen zum Konsum von Alkohol*“ (Variable 21) werden mit jedem Bewohner im Einzelgespräch getroffen. Informationen darüber werden von den Mitarbeitern nicht an die anderen Bewohner weitergegeben. So entstand in der Vergangenheit manchmal Unverständnis bis hin zu Neid und Missgunst. Eine einheitliche Regelung, z.B. ein generelles Abstinenzgebot, könnten manche Bewohner leichter nachvollziehen und akzeptieren.

3. An der „*Thematisierung eines Suchtthemas in der TWG-Gruppe*“ (Variable 25) nahmen bisher noch nicht alle Bewohner und auch nicht alle Mitarbeiter der TWG teil. Die Bewertung dieser Variable war für diese Personen schwieriger. Auch innerhalb der TWG-Gruppe wird das Suchtthema verschieden angenommen und erlebt.

4. „*Kontrollen*“ (Variable 24) erreichte bei den Bewohnern die 13. Position und bei den Mitarbeitern die 3. Position. Darauf wurde bereits eingegangen.

5. Der speziell für diese TWG entwickelte pädagogische Ansatz „*Trinken ist erlaubt*“ (Variable 22) wurde von 3 Bewohnern als „überflüssig“ bewertet. Die anderen 9 Bewohner verwendeten die Items 4-6, davon 5 den Item „*hilfreich*“ und 2 Bewohner den Item 6 „*besonders hilfreich*“. Bei den Mitarbeitern wurden die Items 3-6 verwendet, davon 7x der Item 5 „*hilfreich*“ und 4x der Item 6 „*besonders hilfreich*“. Dieser pädagogische Ansatz widerspricht den Erfahrungen vieler Bewohner und Mitarbeiter aus anderen Einrichtungen. Eine Akzeptanz dieses Ansatzes kann nicht generell vorausgesetzt werden. Ein Nachweis zu dessen Wirksamkeit liegt bisher nicht vor.

6. Auf die Variable 5 „*weitere Betreuungsangebote innerhalb des Trägers vorhanden*“ wurde bereits im vorherigen Abschnitt eingegangen. Dieses Angebot stellt nicht für jeden Bewohner eine geeignete Perspektive dar.

#### Ermittlung eines gemeinsamen Punktwertes für jede Variable

Als Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten können die Variablen bezeichnet werden, bei denen die Summe der Bewertungen der einzelnen Variablen durch die Bewohner und Mitarbeiter einen überdurchschnittlichen Wert ergab. Dazu

wurde ein gemeinsamer Punktwert für jede Variable berechnet.

Folgende Rechenschritte wurden angewendet:

Zu der in Tabelle 22 errechneten Rangfolge der Werte der einzelnen Variablen 1-25 zu **Frage 3** wurde entsprechend ihrer Position jeder Variablen ein Punktwert in entgegengesetzter Richtung zugeordnet. Je höher die errechnete Position in der Rangfolge lag, desto höher war der Punktwert. Der maximale Punktwert betrug 25 Punkte, da insgesamt 25 Variablen bewertet wurden. Der niedrigste Punktwert betrug 1 Punkt.

Wenn für mehr als eine Variable derselbe Wert ermittelt wurde, erhielten alle Variablen mit diesem Wert denselben Punktwert zugeordnet. Für die nachfolgende Variable reduzierte sich der nächstmögliche Punktwert entsprechend.

Beispiel: Variable 1 auf Position 1 erhielt in beiden Rangfolgen den Punktwert 25. Variable 6 der Bewohner-Rangfolge und Variable 2 der Mitarbeiter-Rangfolge erreichten jeweils die Position 2, weshalb beiden Variablen der Wert 24 zugeordnet wurden.

Tabelle 23 veranschaulicht die Zuordnung der Punktwerte zu **Frage 3** bei Bewohnern und Mitarbeitern.

Bewohner				Mitarbeiter			
Variable	Bezeichnung	Pos.	Punkt-wert B	Variable	Bezeichnung	Pos.	Punkt-wert M
1	Einzelzimmer	1	25	1	Einzelzimmer	1	25
6	Bezugsbetreuung	2	24	2	24-Stunden-Betreuung	2	24
2	24-Stunden-Betreuung	3	23	24	Kontrollen	2	24
10	Fordern-in Ruhe lassen	4	22	9	positive Stimmung	3	22
16	BRP-Gespräch	5	21	19	Hilfe durch Mitarbeiter	4	21
3	TWG-Büro zentral	6	20	3	TWG-Büro zentral	5	20
18	Vereinbarungen	7	19	8	Respektvoller Umgang	5	20
19	Hilfe durch Mitarbeiter	7	19	18	Vereinbarungen	5	20
8	Respektvoller Umgang	8	17	23	Drogenkonsum meiden	5	20
12	Mahlzeiten	8	17	15	Freizeitangebote	6	16
9	positive Stimmung	9	15	4	Medikamente im Büro	7	15
20	Konsequenzen	9	15	6	Bezugsbetreuung	7	15

17	Einzelgespräche	10	13	13	TWG-Aufgabe	7	15
15	Freizeitangebote	11	12	17	Einzelgespräche	7	15
23	Drogenkonsum meiden	12	11	21	Vereinbarungen	7	15
4	Medikamente im Büro	13	10	25	Suchtthema in Gruppe	7	15
24	Kontrollen	13	10	14	TWG-Gruppe	8	9
14	TWG-Gruppe	14	8	7	Anrede mit „Sie“	9	8
11	Frühstück verpflichtend	15	7	10	Fordern-in Ruhe lassen	10	7
13	TWG-Aufgabe	16	6	11	Frühstück verpflichtend	10	7
22	Trinken ist erlaubt	17	5	16	BRP-Gespräch	10	7
25	Suchtthema in Gruppe	17	5	12	Mahlzeiten	11	4
5	Betreuungsangebote	18	3	20	Konsequenzen	11	4
21	Alkohol-Vereinbarungen	19	2	22	Trinken ist erlaubt	11	4
<b>7</b>	<b>Anrede mit „Sie“</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>Betreuungsangebote</b>	<b>12</b>	<b>1</b>

(Tabelle 23: Zuordnung der Punktwerte bei Bewohnern und Mitarbeitern)

Im nächsten Rechenschritt wurden in Tabelle 26 die Punktwerte der Bewohner (Punktwert B) mit denen der Mitarbeiter (Punktwert M) addiert. Dadurch erhielt jede Variable einen Gesamtpunktwert zu jeder Variable (Summe B + M).

Um das Ergebnis prozentual darzustellen, wurden die Variablen entsprechend ihrer errechneten Gesamtpunktzahl geordnet und der höchste Gesamtpunktwert (Summe B + M) an Position 1 (hier: Variable 1) mit 100% festgesetzt. Davon ausgehend wurden die Prozentwerte der anderen Variablen berechnet.

Tabelle 24 veranschaulicht die so errechnete Rangfolge der Gesamtpunktwerte.

Vari- able	Bezeichnung	Punktwert Bewohner B	Punktwert Mitarbeiter M	Summe B+M	%	Posi- tion
<b>1</b>	<b>Einzelzimmer</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>24-Stunden-Betreuung</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>47</b>	<b>94%</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>TWG-Büro zentral</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>80%</b>	<b>3</b>
<b>19</b>	<b>Hilfe durch Mitarbeiter</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>40</b>	<b>80%</b>	<b>3</b>
<b>6</b>	<b>Bezugsbetreuung</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>39</b>	<b>78%</b>	<b>5</b>
<b>18</b>	<b>Vereinbarungen</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>39</b>	<b>78%</b>	<b>5</b>
<b>8</b>	<b>Respektvoller Umgang</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>37</b>	<b>74%</b>	<b>7</b>
<b>9</b>	<b>positive Stimmung</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>74%</b>	<b>7</b>
<b>24</b>	<b>Kontrollen</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	<b>68%</b>	<b>9</b>
<b>23</b>	<b>Drogenkonsum meiden</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>62%</b>	<b>10</b>

10	Fordern-in Ruhe lassen	22	7	29	58%	11
16	BRP-Gespräch	21	7	28	56%	12
17	Einzelgespräche	13	15	28	56%	12
15	Freizeitangebote	12	16	28	56%	12
4	Medikamente im Büro	10	15	25	50%	15
12	Mahlzeiten	17	4	21	42%	16
13	TWG-Aufgabe	6	15	21	42%	16
25	Suchtthema in Gruppe	5	15	20	40%	18
20	Konsequenzen	15	4	19	38%	19
14	TWG-Gruppe	8	9	17	34%	20
21	Alkohol-Vereinbarungen	2	15	17	34%	20
11	Frühstück verpflichtend	7	7	14	28%	22
22	Trinken ist erlaubt	5	4	9	18%	23
7	Anrede mit „Sie“	1	8	9	18%	23
5	Betreuungsangebote	3	1	4	8%	25

(Tabelle 24: Rangfolge der Gesamtpunktwerte je Variable)

Den höchsten Gesamtpunkt看wert erreichte Variable 1 „Einzelzimmer“ mit 50 Punkten (100%), den niedrigsten Gesamtwert die Variable 5 „Weitere Betreuungsangebote“ mit 4 Punkten (8%).

14 von 25 Variablen erreichten einen Prozentwert von über 50%, davon vier Variablen einem Prozentwert über 80% und zwei Variablen über 90%. Bei nur einer Variablen (Variable 5) blieb der Wert unter 10%.

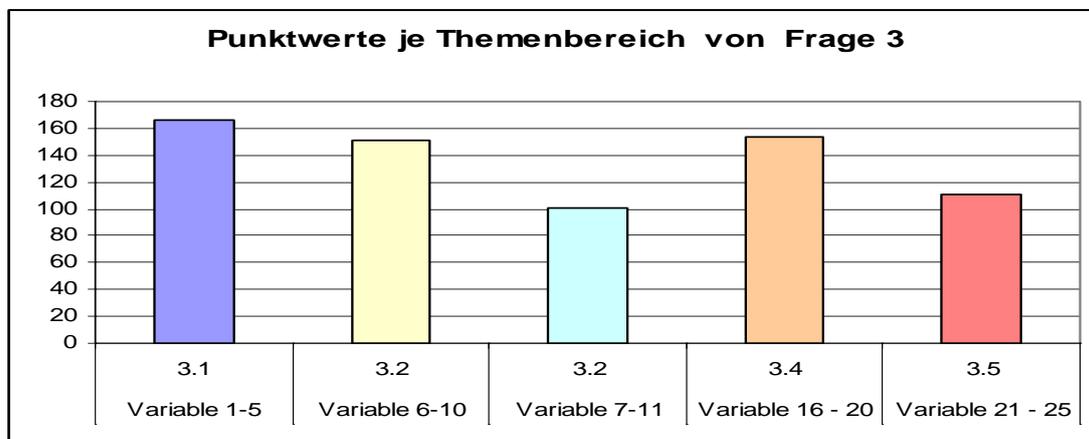
In Tabelle 27 wurden die Gesamtpunktwerte je Themenbereich berechnet.

Themenbereich zu Frage 3	Variable	Einzelpunktwerte je Variable	Punktwerte je Themenbereich
3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen	1 - 5	50,47,40,25,4	166
3.2 Beziehungsgestaltung	6 - 10	39,9,37,37,29	151
3.3 TWG-Alltag	11 - 15	14,21,21,17,28	101
3.4 Umsetzung des BRP	16 - 20	28,28,39,40,19	154
3.5 Umgang mit der Suchterkrankung	21 - 25	17,9,31,34,20	111

(Tabelle 25: Berechnung der Gesamtpunkte je Themenbereich)

Der Themenbereich „3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen“ erreichte die höchste Punktzahl (166 Punkte). Es folgen die Bereiche „3.4 Umsetzung des BRP“ (154 Punkte) und „3.2 Beziehungsgestaltung“. (151 Punkte) Daraus wird

deutlich, dass allen Teilnehmern der Studie feste Strukturen sowie eine gute Beziehungsgestaltung und Einbeziehung ihrer Person in die Hilfeplanung von hoher Bedeutung sind. Geringer bewertet wurden die Angebote zu „3.5 Umgang mit der Suchterkrankung“ (111 Punkte) sowie „3.3 TWG-Alltag“ (101 Punkte). Abbildung 6 veranschaulicht die Summe der Punktwerte je Themenbereich.



(Abbildung 6: Gesamtpunkte je Themenbereich)

## 5. Bewertung der Antworten zu Frage 4.

### 1. Ihr Geschlecht?

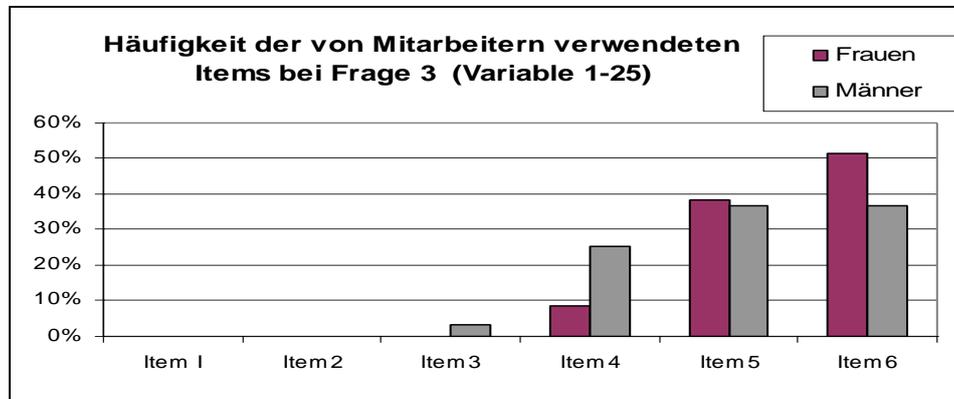
Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte bei den Bewohnern durch 13 männliche Bewohner, bei den Mitarbeitern durch 8 Frauen und 6 Männer. Eine vergleichende Interpretation geschlechtsspezifischer Unterschiede ist dadurch nur bei den Antworten der Mitarbeiter (siehe Tabelle 15) möglich.

Folgende Aussagen ergab die Interpretation der Antworten der Mitarbeiter:

- Fragen 1 und 2 wurden von weniger Frauen als Männern beantwortet: bei nur 5 von 8 Frauen (62,5%) und 5 von 6 Männern (83,33%). Es ist möglich, dass es den Mitarbeiterinnen schwerer fiel, diese Fragen zu beantworten bzw. sich auf einen Erfolg festzulegen, der dann im Fragebogen stellvertretend für viele erreichte Erfolge genannt wird.
- Im Vergleich zu den Männern wurde die Unterstützung durch die Einrichtung (Frage 2) von den Frauen hilfreicher erlebt. Sie verwendeten nur Item 5 (3x) und 6 (2x), die Männer je 2x Item 4 und 5 sowie 1x Item 6.
- Bei Frage 3 bewerteten die Mitarbeiterinnen erst ab Item 4, die Männer ab Item 3. Dabei benutzten die weiblichen Mitarbeiter die hilfreicher Items 5 und 6 häufiger als ihre männlichen Kollegen.

Abbildung 7 veranschaulicht die Häufigkeit der verwendeten Items:

Item 3 wurde von den Männern insgesamt nur 5 mal (2%) gewählt. Item 4 verwendeten viel weniger Frauen (8,5%) als Männer (25,33%). Item 5 wurde ähnlich häufig benutzt (Frauen 38,5%, Männer 36,67%). Mit Item 6 bewerteten deutlich mehr Frauen als Männer (Frauen 51,50%, Männer 36,67%).



(Abbildung 7: Items der Mitarbeiter zu Frage 3)

## II. Warum sind Sie in der TWG?

Das Ergebnis zu dieser Frage diente nur der Kontrolle, ob die Frage im Vergleich mit der Fragebogennummer und der dadurch möglichen Zuordnung zu der jeweiligen Untersuchungsgruppe korrekt beantwortet wurde. Es hatte keine Aussagekraft hinsichtlich der Fragestellungen der Studie und wird deshalb in der Diskussion der Ergebnisse nicht berücksichtigt.

## III. Wie lange sind Sie in der TWG?

Ein Bewohner gab keine Antwort. 4 Bewohner und 2 Mitarbeiter gaben an, „bis 1 Jahr“ in der TWG zu sein. Ein hoher Anteil an Bewohnern und Mitarbeitern kennt und gestaltet die pädagogischen Angebote der TWG seit mehreren Jahren. 6 von 13 Bewohnern werden seit 4 bzw. 5 Jahren in der TWG betreut. 11 Mitarbeiter gaben an, seit mehr als drei Jahren in der TWG tätig zu sein, davon 7 Mitarbeiter mehr als fünf Jahre. Diese 17 Teilnehmer der Studie (63%) konnten die einzelnen Variablen vor dem Hintergrund einer längeren Erfahrung im Setting der TWG bewerten. Dadurch sind die Ergebnisse sehr fundiert.

## Bedeutung für die Studie

Die Beantwortung der qualitativ gestellten Frage 1 und der inhaltlich darauf

abgestimmten Frage 2 des Fragebogens ergab, dass Erfolge im Setting der Therapeutischen Wohngemeinschaften auf verschiedenen Ebenen möglich sind. Dabei wurde die Unterstützung durch die Einrichtung von den Bewohnern hilfreicher erlebt als von den Mitarbeitern.

Bei der Analyse der Bewertungen der Frage 3 durch die Bewohner und Mitarbeiter konnte eine gemeinsame Rangfolge der pädagogischen Maßnahmen in der TWG ermittelt werden. Dabei erreichten 14 Variablen einen Punktwert von über 50%. Diese Variablen können als Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten bezeichnet werden. Die höchsten Bewertungen erhielten drei Variablen aus dem Themenbereich „3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen“ (1. „Einzelzimmer“, 2. „24-Stunden-Betreuung“, 3. „TWG-Büro zentral gelegen“). Die Mitarbeiter schätzten die genannten pädagogischen Maßnahmen insgesamt hilfreicher ein als die Bewohner.

Die Angaben in Frage 4 ermöglichten Aussagen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Bewertung der Variablen 1-25 durch die Mitarbeiter.

### **3.2.3 Bewertung des Forschungsdesigns**

Evaluationen unterstützen bei der Analyse und Bewertung, inwieweit Ziele erreicht werden und Maßnahmen wirken. Im Abschnitt 2.2.2.1 wurden zwölf Gütekriterien für einen standardisierten Fragebogen benannt. Die Gesellschaft für Evaluation e.V. (DeGEval) benennt in ihren Standards für Evaluation vier grundlegende Eigenschaften, die eine Evaluation aufweisen soll:

1. Nützlichkeit
2. Durchführbarkeit
3. Fairness
4. Genauigkeit.

In der Bewertung des Forschungsdesigns wird auf diese vier grundlegenden Eigenschaften näher eingegangen.

#### 1. Nützlichkeit

Um den Standard der Nützlichkeit zu erfüllen, sollte die Untersuchung an dem Zweck der Evaluation sowie dem Informationsbedarf der beteiligten Personen ausgerichtet werden.

Wie in Abschnitt 2.2.1.2 beschrieben, diente die Studie dem Zweck, die Wirksamkeit der pädagogischen Maßnahmen in der TWG zu bewerten, um daraus konzeptionelle Schlussfolgerungen für die weitere Leistungserbringung ziehen zu können. Weiterhin sollte die Wahrnehmung von Erfolgen in diesem Arbeitsfeld erfragt und analysiert werden.

Alle im Abschnitt 2.2.1.2 genannten Fragestellungen konnten geklärt werden.

- Es wurden zwei Rangfolgen errechnet, die jeweils darstellen, wie hilfreich die Angebote der TWG von Bewohnern und Mitarbeitern erlebt werden. Aus diesen beiden Rangfolgen wurde eine gemeinsame Rangfolge ermittelt, um die hilfreichsten Wirkfaktoren benennen zu können.
- Unterschiede in den Aussagen von Bewohnern und Mitarbeitern konnten dargestellt und interpretiert werden.
- Innerhalb der Einrichtung erreichte Erfolge konnten von Bewohnern und Mitarbeitern benannt und von der Autorin interpretiert werden.
- Konzeptionelle Konsequenzen konnten abgeleitet werden (siehe 3.2.2.3)

Die Studie wurde insgesamt als nützlich eingeschätzt, da

- alle am Untersuchungsgegenstand beteiligten Personen (Bewohner und Mitarbeiter) in die Studie einbezogen wurden,
- das Ziel der Studie deutlich formuliert und erreicht wurde,
- das Forschungsdesign sowie die Evaluation von einer kompetenten Mitarbeiterin entwickelt und durchgeführt wurde,
- Informationen in Auswahl und Umfang angemessen erhoben wurden,
- die Bewertung der Aussagen transparent beschrieben wurde,
- die Ergebnisse verständlich und nachvollziehbar dargestellt wurden,
- die Evaluationsergebnisse rechtzeitig erhoben wurden, um sie für weitere Entscheidungs- und Veränderungsprozesse nutzen zu können.

## 2. Durchführbarkeit

„Die Durchführbarkeitsstandards sollen sicher stellen, dass eine Evaluation

realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird.“ (DeGEval, 2014, S.1)

Die Erhebung der Daten erfüllte den Standard der Durchführbarkeit, da

- der Aufwand und die entstandenen Belastungen infolge der Datenerhebung für den Evaluationsgegenstand (Pädagogische Maßnahmen der TWG) sowie die beteiligten Personen (Bewohner und Mitarbeiter) in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen der Studie waren und
- durch ein diplomatisches Vorgehen eine hohe Akzeptanz der Studie, insbesondere bei den befragten Bewohnern, erreicht werden konnte.

### 3. Fairness

Fairnessstandards beinhalten den respektvollen und fairen Umgang mit den betroffenen Personen und Gruppen während der Evaluation und wurden erfüllt,

- da im Begleitschreiben das Vorgehen transparent beschrieben wurde,
- die Würde und Rechte der befragten Personen geschützt wurden,
- durch die Bewertung von 25 Variablen eine möglichst vollständige Überprüfung und Bewertung des pädagogischen Angebotes erfolgte,
- verschiedene Sichtweisen von Bewohnern und Mitarbeitern aus möglichst unparteiischer Sicht dargestellt und bewertet werden konnten
- und die Ergebnisse allen Beteiligten der Evaluation offengelegt werden.

### 4. Genauigkeit

Um die Standards der Genauigkeit zu erfüllen, musste die Untersuchung gültige (valide) und zuverlässige (reliable) Informationen und Ergebnisse zum Evaluationsgegenstand und den Fragestellungen der Studie hervorbringen.

Die Genauigkeitsstandards wurden erfüllt, da

- der Evaluationsgegenstand in Abschnitt 2.1.1.2 (Unterabschnitt: „Die Therapeutischen Wohngemeinschaften“) sowie in Abschnitt 2.2.2.4 (Unterabschnitt: „Hintergrund zu den einzelnen Variablen“) näher beschrieben wurde

- der Kontext des Evaluationsgegenstandes in den Abschnitten 1.1 und 1.2 ausführlich dargestellt wurde
- das Ziel, die Fragestellungen sowie das methodische Vorgehen der Evaluation genau beschrieben wurden (siehe 2.2.1.2 und Abschnitt 2.3)
- die Informationsquelle (Stichproben – siehe 2.2.1.4) angegeben wurde
- weitgehend zuverlässige und gültige Daten bei der Beantwortung der Fragestellungen ermittelt werden konnten - entsprechend den Gütekriterien für einen standardisierten Fragebogen (siehe 2.2.2.1)
- eine systematische Prüfung auf Fehler vollzogen wurde
- die qualitativen und quantitativen Informationen der Evaluation angemessen und systematisch analysiert wurden, um die Fragestellungen der Studie effektiv beantworten zu können
- die gezogenen Schlussfolgerungen (siehe 3.2.2.3) ausreichend begründet wurden und
- die Evaluation für weitere Studien dokumentiert und archiviert wurde.

#### **3.2.4 Aussagen zu den Hypothesen**

Die in Abschnitt 2.2.1.3 aufgestellten Hypothesen werden wie folgt bewertet:

- 1. Bewohner und Mitarbeiter der Therapeutischen Wohngemeinschaft nehmen die Angebote der TWG unterschiedlich hilfreich wahr.*

Hypothese 1 wurde bestätigt. Die Bewertungen der einzelnen Variablen 1-25 in Frage 3 des Fragebogens zeigten deutlich, wie unterschiedlich hilfreich die Angebote der TWG von Bewohnern und Mitarbeitern wahrgenommen werden. In den daraus errechneten Rangfolgen (siehe Tabelle 20) wurde das Einzelzimmer in beiden Stichproben an erster Position bewertet. Die folgenden Positionen beinhalten bei Bewohnern und Mitarbeitern unterschiedliche Reihenfolgen der Variablen mit jeweils verschiedenen Prozentwerten.

- 2. Mitarbeiter schätzen die Angebote überwiegend als hilfreich ein, da sie dem Träger gegenüber loyal antworten möchten.*

Die Beantwortung der einzelnen Fragen des Fragebogens wurden in Abschnitt

3.2.1.2 detailliert analysiert. Im Unterabschnitt „3. Vergleich der Antworten der Bewohner und Mitarbeiter (Fragen 2 und 3)“ wurde die 2. Hypothese nur dahingehend bestätigt, dass die Mitarbeiter die einzelnen Variablen insgesamt hilfreicher bewertet haben als die Bewohner. Ob die Bewertung aufgrund der Loyalität gegenüber dem Träger erfolgte, konnte aus den quantitativen Ergebnissen nicht abgeleitet werden. Hier wäre eine qualitative Erhebung geeigneter.

*3. Erfolge und erfolgreiches Arbeiten sind in dem speziellen Setting der Therapeutischen Wohngemeinschaften des William-Booth-Hauses möglich.*

Die 3. Hypothese wurde durch die Beantwortung der Fragen 1 und 2 des Fragebogens ausreichend bestätigt. Obwohl nicht alle Befragten eine Aussage trafen, konnten in Tabelle 11 jeweils 10 Erfolge von Bewohnern und Mitarbeitern zusammengefasst werden. Da nach nur einem in der Einrichtung erreichten Erfolg gefragt wurde, kann angenommen werden, dass weitere Erfolge erreicht wurden. Erfolgreiches Arbeiten ist somit in dem Setting der TWG möglich.

### **3.2.5 Schlussfolgerungen für die Einrichtung**

Im Rahmen der Bewertung der erhobenen Daten zu Frage 3 des Fragebogens wurde in Tabelle 24 eine gemeinsame Rangfolge der pädagogischen Maßnahmen errechnet. Dabei erreichten 14 Variablen einen Prozentwert von über 50%. Diese pädagogischen Angebote können als Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten mit chronisch alkoholabhängigen Männern in den Therapeutischen Wohngemeinschaften des William-Booth-Hauses bezeichnet werden.

Die 14 ermittelten Wirkfaktoren lauten:

- Position 1: **„Einzelzimmer“** (Variable 1) - 100%
- Position 2: **„24-Stunden-Betreuung“** (Variable 2) - 94%
- Position 3: **„TWG-Büro zentral gelegen“** (Variable 3) - 80%
- Position 3: **„Hilfe durch die Mitarbeiter“** (Variable 19) - 80%
- Position 5: **„Bezugsbetreuung“** (Variable 6) - 78%
- Position 5: **„Individuelle Vereinbarungen“** (Variable 18) - 78%
- Position 7: **„Respektvoller Umgang“** (Variable 8) - 74%
- Position 7: **„positive Stimmung“** (Variable 9) - 74%

- Position 9: „**Kontrollen**“ (Variable 24) - 68%
- Position 10: „**Drogenkonsum meiden**“ (Variable 23) - 62%
- Position 11: „**Fordern und in Ruhe lassen**“ (Variable 10) - 58%
- Position 12: „**Gemeinsames BRP-Gespräch**“ (Variable 16) - 56%
- Position 12: „**Regelmäßige Einzelgespräche**“ (Variable 17) - 56%
- Position 12: „**Freizeitangebote**“ (Variable 15) – 56%.

Die höchsten Bewertungen erhielten die Variablen 1-3 aus dem Themenbereich „3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen“. Dieses Ergebnis verdeutlicht die Notwendigkeit, geeignete strukturelle Rahmenbedingungen für eine würdevolle und intensive Betreuung dieses Personenkreises konzeptionell sicherzustellen.

Die Variablen 6, 8, 9, 10 an Position 5, 7, 11 beinhalten den hohen Stellenwert einer guten Beziehungsgestaltung (Themenbereich 3.2) auf der Grundlage hoher Kompetenzen der Mitarbeiter (siehe 1.3.3.2). Nur so ist eine erfolgreiche Einbeziehung der Klienten in den individuellen Betreuungsprozess möglich.

Das übergeordnete Ziel in Einrichtungen besteht in einer nachhaltigen und langfristigen Qualitätssicherung und -steigerung. In diesem Prozess können die Ergebnisse der empirischen Studie genutzt werden für eine

- Bestandsaufnahme und Bewertung der pädagogischen Angebote
- Überprüfung der Effektivität einzelner Maßnahmen
- Einbeziehung der Ergebnisse in Entwicklungsprozesse
- Professionalisierung und Identitätsstiftung der Mitarbeiter.

Das Ergebnis dieser internen Evaluation veranschaulicht

- dass sich viele konzeptionell verankerte Maßnahmen bewährt haben
- dass einige pädagogische Maßnahmen optimiert werden können
- dass viele Erfolge der Klienten in diesem Setting möglich sind
- dass weitere Forschungsperspektiven aufgezeigt werden können.

Die überwiegend positive Bewertung der pädagogischen Maßnahmen kann damit erklärt werden, dass die Auswahl der einzelnen Variablen von der Autorin dahingehend getroffen wurde, dass sie selbst diese Angebote im Ergebnis ihrer Erfahrungen als Mitarbeiterin der TWG als „hilfreich“ (Item 5) bis „besonders

hilfreich“ (Item 6) einschätzte. Die 25 Variablen stellten somit eine Vorauswahl der hilfreichsten pädagogischen Angebote dar. Die Aufnahme weiterer Variablen könnte ein anderes Ergebnis zur Folge haben. Die 25 Variablen des Fragebogens umfassen jedoch den Schwerpunkt der speziell für diese TWG entwickelten pädagogischen Maßnahmen. Somit kann das Ergebnis dennoch als aussagekräftig bewertet und so den Teilnehmern der Studie präsentiert werden.

Die weniger hilfreich bewerteten Variablen sowie die Maßnahmen, bei denen hohe Differenzen zwischen den Bewertungen der Bewohner und Mitarbeiter auftraten (siehe 3.2.1.2), sollten innerhalb der Einrichtung reflektiert, diskutiert und gegebenenfalls angepasst werden. In diese Diskussion könnten die Teilnehmer beider Untersuchungsgruppen einbezogen werden.

Maßnahmen, die unterschiedlich bewertet wurden, aber dennoch weiterhin bestehen bleiben sollen, müssen im Rahmen der weiteren Betreuung transparent vermittelt und gestaltet werden.

Maßnahmen, die sich als sehr hilfreich erwiesen haben, sind weiterhin sicherzustellen. Sie gelten als Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten im Setting der Therapeutischen Wohngemeinschaften. Auf dieser Grundlage sind weitere Erfolge möglich. Die erreichten Erfolge bewusst wahrzunehmen und auch zu benennen ist ein wichtiger Bestandteil der pädagogischen Arbeit. Innerhalb eines Qualitätszirkels könnte erarbeitet werden, wie das Erreichen von Erfolgen dokumentiert und präsentiert werden kann (z.B. mit internen Erfolgskriterien).

In einer weiterführenden Studie könnten mit qualitativen Methoden die Ergebnisse der quantitativen Evaluation hinterfragt werden, z.B.

- auf welcher Grundlage die einzelnen Maßnahmen bewertet wurden
- welche pädagogischen Maßnahmen verändert werden sollten
- durch welche Maßnahmen das Angebot der TWG erweitert werden kann
- in welcher Form die Einrichtung einen Anteil an erreichten Erfolgen hat
- welche Erfolgskriterien benannt werden und wie das Erreichen der individuellen Ziele anhand der Erfolgskriterien verglichen werden kann.

Der im Vorfeld geplante zeitliche Rahmen konnte nicht eingehalten werden. Für

eine weiterführende Studie ist ausreichend Zeit und Personal zur Erhebung der Daten sowie deren Auswertung einzuplanen. Weiterhin ist sicherzustellen, dass

- die Evaluationsstandards eingehalten werden
- alle Teilnehmer der Studie im Vorfeld genau über den Ablauf, Inhalt und Zweck der Studie informiert werden und um ihre Mitarbeit gebeten wird
- die Bewohner bei Bedarf durch eine neutrale Person bei der Teilnahme an der Studie unterstützt werden, da es sich bei dieser Studie bewährte
- Fehlerquellen (z.B. Übertragungs- und Rechenfehler bei der Auswertung der Daten) durch zusätzliche Kontrollen ausgeschlossen werden können
- die Ergebnisse der weiterführenden Evaluation in geeigneter Form präsentiert und im Rahmen der Qualitätssicherung genutzt werden.

Die ermittelten Wirkfaktoren für erfolgreiches Arbeiten mit chronisch alkoholabhängigen Männern in den Therapeutischen Wohngemeinschaften des William-Booth-Hauses sowie die Ergebnisse weiterführender Studien könnten in wissenschaftlichen Fachkreisen präsentiert und diskutiert werden.

## Quellen

### Fachliteratur

BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (2014): Aufruf zu einer Nationalen Strategie zur Überwindung von Wohnungsnot und Armut in Deutschland. Berlin, BAG W-Verlag

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (ohne Jahr): Alles klar. Tipps & Infos für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Auflage 1.400.04.09, Köln, BZgA

Die Heilsarmee Sozialwerk GmbH (2006): Konzeption. William-Booth-Haus. Therapeutische Wohngemeinschaft für seelisch Behinderte gemäß §53 SGB XII, Berlin

Dudenredaktion (2007): Duden. Das Synonymwörterbuch. Ein Wörterbuch sinnverwandter Wörter. 4. Auflage, Mannheim, Dudenverlag

Gehrmann, G.; Müller, K. (Hrsg.) (2005): Aktivierende soziale Arbeit mit nicht-motivierten Klienten. Regensburg, Walhalla-Fachverlag

Illison, M.; Kerner, J. (2010): Praxisleitfaden Qualitätsmanagement in Rehabilitationseinrichtungen. Stuttgart, Steinbeis-Edition

Kienast, T.; Lindenmeyer, J.; Löb, M.; Löber, S.; Heinz, A. (2007): Alkoholabhängigkeit. Ein Leitfaden zur Gruppentherapie. In: Batra, A.; Buchkremer, G. (Hrsg.): Störungsspezifische Psychotherapie. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer

Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawin, S. (2010): Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 5. Auflage, Wiebaden, VS Verlag/Springer Fachmedien

Linden, M., Hautzinger, M. (2011): Verhaltenstherapiemanual. 7. Auflage, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag

Lindenmeyer, J. (2013): Ich bin doch kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag

Luber, E.; Geene, R. (Hrsg.) (2004): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen? Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag

- Moosbrugger, H., Kelava, A. (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2.Auflage, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag
- Obert, K. (2011): Selbst- oder Fremdbestimmung – der ständige Seiltanz im Betreuten Wohnen. In: Rosemann, M.; Konrad, M. (Hrsg.) (2011): Handbuch Betreutes Wohnen. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Poulsen, I. (2007): Raus aus der Sackgasse! Hilfen bei Stress und Belastung im Alltag Sozialer Arbeit. In: Sozialmagazin (10/2007) Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. Burnoutprävention. Hilfen bei Stress und Belastung. 32.Jg. Heft 10, Weinheim, Juventa-Verlag
- Puderbach, J. (2011): Wohnungslosigkeit und Alkoholabhängigkeit. Zur Situation chronisch mehrfachbeeinträchtigter Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik Deutschland. Hamburg, Diplomica-Verlag
- Rahn, E.; Mahnkopf, A. (1999): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Rosemann, M.; Konrad, M. (2011): Was von Mitarbeitenden erwartet wird und was sie erwarten dürfen. In: Rosemann, M.; Konrad, M. (Hrsg.) (2011): Handbuch Betreutes Wohnen. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Rosenke, W. (Hrsg.) (2011): Ein weites Feld: Wohnungslosenhilfe - mehr als nur ein Dach über dem Kopf. Reihe Materialien zur Wohnungslosenhilfe. Heft 61, Bielefeld, BAG W-Verlag
- Schacke, J. (1996): Suchtkrankenhilfe. Aufbruch zu neuen Ufern. In: Bock, T., Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. 3. Auflage, Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Steingass, H.-P.; Dreckmann, I.; Evertz, P.; Huf, A.; Knorr, D.; Kreuels, A.; Linder, H. T.; Tichelbäcker, H.; Verstege, R.; Fachausschuss Soziotherapie (2000): Soziotherapie chronisch Abhängiger - ein Gesamtkonzept - Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft
- Schlichte, G. (2011): Basiswissen: Betreutes Wohnen – Hilfen zur Alltagsbewältigung. 3. Auflage, Bonn, Psychiatrie-Verlag

Tretter, F. (2012): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 2. Auflage, Stuttgart, Schattauer GmbH

Walhalla (2013): Gesetze für Sozialwesen. Regensburg, Walhalla-Fachverlag

Weltgesundheitsorganisation (2001): Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. 2 Auflage, Bern, Verlag Hans Huber

### Fachzeitschriften

Diakonie (2014): Handreichung zu Schweigepflichtentbindungen für Mitarbeitende in der Diakonie. In: Diakonie Texte/Handreichung/02.2014, Berlin

Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung, Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2003): S2-Leitlinien der Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: SUCHT 49 (3) S. 147-167

Geyer, D. et al. (2006): AWMF-Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: SUCHT 52 (1) S. 8-34

Hapke, U.; v.d.Lippe, E.; Gaertner, B. (2013): Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt 2013 (56) S. 809-813, Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag

John, U., Meyer, C., Bischof, G., Freyer-Adam, J., Grothues, J. & Rumpf, H.J. (2014): Hilfen zu problematischem Alkoholkonsum – Noch kommen wir zu spät. In: SUCHT 60 (2) S. 107-114.

Kunstmann, W. (2014): Medizinische Versorgung Wohnungsloser – von der Geschichte bis zur Gegenwart – Teil II: Von den Anfängen der Bundesrepublik Deutschland bis zur Gegenwart. In: wohnungslos, 56. Jahrgang, 1/2014, S. 16-22

Lempert-Horstkotte, J. (2010): Was Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesund erhält – Betriebliche Gesundheitsförderung in Sozial- und Gesundheitsdiensten. In: Orientierung 2/2010, S. 24-27

Rumpf, H.-J.; Kiefer, F. (2011): Forum für Praxis und Gesundheitspolitik. DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. In: SUCHT 57 (1) S. 45-48

### Internetquellen

amundis Communications GmbH (2000-2014): 2ask Der Internetdienst für Ihre Online-Umfragen: Leitfaden für die Erstellung eines Fragebogens. URL: <http://www.2ask.de/media/1/10/2/3/5/bc958b68e726b401/LeitfadenFragebogenerstellung.pdf>, 4.11.2013

amundis Communications GmbH (2000-2014): 2ask Ihr Online-Umfrage-Pool: Anleitungen & Leitfäden. URL: <http://www.2ask.de/Anleitungen-und-Leitfaeden-375d.html>, 4.11.2013

Berlin.de (2007): Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten in der Berliner Verwaltung (Berliner Datenschutzgesetz – BlnDSG), URL: [www.datenschutz-berlin.de/attachments/346/BlnDSG2008.pdf](http://www.datenschutz-berlin.de/attachments/346/BlnDSG2008.pdf), 23.1.2014

Berlin.de (2010): Leitfaden zur Erstellung eines individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplans (BRP) und zur Zuordnung zu einer Gruppe mit vergleichbarem Hilfebedarf für Menschen mit einer seelischen Behinderung ('Begutachtungsleitfaden', 4. Berliner Textfassung, Stand Juni 2010) URL: [http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/100526\\_leitfaden\\_endfassg.pdf?start&ts=1280301781&file=100526\\_leitfaden\\_endfassg.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/100526_leitfaden_endfassg.pdf?start&ts=1280301781&file=100526_leitfaden_endfassg.pdf), 28.1.2014

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014): Good Practice Kriterien, URL: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/> 28.1.2014

Bundesministerium für Gesundheit. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Zusammenfassende Dokumentation zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage III Nummer 2 – Alkoholentwöhnungsmittel. Stand: 8.Januar 2014. Berlin, URL: [http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2703/2014-02-20\\_AM-RL-III\\_Nr2-Alkoholentwoehnungsmittel\\_ZD.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2703/2014-02-20_AM-RL-III_Nr2-Alkoholentwoehnungsmittel_ZD.pdf), 20.3.2014

Deutsche Wirtschafts Nachrichten (2014): Stadt Essen: Obdachlose werden fürs Putzen mit Bier bezahlt. Veröffentlicht: 01.02.14, URL: <http://deutsche-wirtschafts-nachrichten.de/2014/02/01/stadt-essen-obdachlose-werden-fuers-putzen-mit-bier-bezahlt/>, 10.5.2014

DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Pressemitteilung. Jahrbuch Sucht 2013. Suchthilfe – Groß geschrieben – kleingespart! Berlin/Hamm, URL: <http://www.dhs.de/fileadmin/userupload/pdf/news/2013-04-02PMSuchthilfe.pdf>, 16.6.2013

DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Daten und Fakten. Alkohol. Berlin/Hamm, URL: <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>, 23.1.2014

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. URL: [http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Nationale\\_Strategie\\_Druckfassung-Dt.pdf](http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf), 15.6.2013

DeGEval. Gesellschaft für Evaluation e.V. (2014): Standards für Evaluation, Mainz, URL: <http://www.degeval.de/?id=135>, 17.5.2014

DeGEval. Gesellschaft für Evaluation e.V. (2014): Methoden der Evaluation. Positionspapier 03 der DeGEval. Mainz, URL: <http://www.alt.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=24183>, 17.5.2014

Friepörtner, I., (2009) : Qualitätssicherung: Gütekriterien bei der Fragebogen-Erstellung URL: <http://www.online-fragebogen.com/9/fragebogen-qualitaetskriterien.html>, 8.1.2014

Gerull, S.; Merckens, M. (2012): „Erfolg“ in der Hilfe nach § 67 ff. SGB XII. Quantitative Folgestudie. Endbericht Februar 2012. Berlin, URL: [https://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-soziales/zielgruppen/wohnungslose/erfolgsstudie\\_67\\_teil\\_2\\_endfassung\\_barrierefrei.pdf](https://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-soziales/zielgruppen/wohnungslose/erfolgsstudie_67_teil_2_endfassung_barrierefrei.pdf), 28.1.2014

Heißenbüttel, H.; Petzold, K. (2013): Erfolgskriterien in der Eingliederungshilfe. Kongressbeitrag. In: Thieme E-Journals – Das Gesundheitswesen/Abstract, URL: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1337490>, 27.1.2014

Herriger, N.; Kähler, H.D. (2009): Erfolg in der Sozialen Arbeit. URL:

<http://www.socialnet.de/materialien/62.php>, 27.1.2014

Herwig-Lempp, J. (2000): Schön, dass wir darüber gesprochen haben. Erfolge in der Sozialen Arbeit. Tübingen, erschienen in: Supervision 3/2000, S. 48-5, URL: <http://www.herwig-lempp.de/daten/veroeffentlichungen/0002Erfolge-svJHL.pdf>, 27.1.2014

Holzer-Aufreiter, M. (Jahr unbekannt): Vortrag: Psychohygiene für Menschen in Sozialberufen. URL: [http://eupse.at/documents/margit\\_holzer-aufreiter](http://eupse.at/documents/margit_holzer-aufreiter), 28.1.2014

kontrolliertes-trinken.de (2014): Zieloffene Suchtarbeit mit alkoholabhängigen Wohnungslosen: Das Projekt „WALK“, URL: <http://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/12/2/fachkraefte/wohnungslosenhilfe.aspx>, 10.5.2014

Reker, M. (2006): Versorgungslage von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA) in der Bundesrepublik Deutschland. Vortrag auf dem Fachtag am 02.12.2006 in Rostock, URL: [http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/Zusammenfassung\\_Vortrag\\_Dr\\_Reker.pdf](http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/Zusammenfassung_Vortrag_Dr_Reker.pdf), 10.5.2014

Robert Koch Institut (2012): Studie: Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS). URL: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/DeGS/degs\\_w1/degs\\_info\\_broschuere.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/DeGS/degs_w1/degs_info_broschuere.pdf?__blob=publicationFile), 28.1.2014

Schulte-Kemna, G. (2013): Personenzentrierung, Ambulantisierung und Sozialraumorientierung – Auswirkungen des Paradigmenwechsels auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen. Vortrag auf der Psychiatrie-Jahrestagung des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe (BeB) am 11./12.4.2013 in Erkner, URL: [http://www.beb-ev.de/wp-content/uploads/2013/04/11.04.13\\_17.15-uhr\\_g.-schulte-kemna.pdf](http://www.beb-ev.de/wp-content/uploads/2013/04/11.04.13_17.15-uhr_g.-schulte-kemna.pdf), 27.1.2014

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2013): Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen. Berlin, URL: <http://www.berlin.de/sen/soziales/zielgruppen/wohnungslose/>, 13.6.2013

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014): Eingliederungshilfe Schnittstellenpapier. Berlin, URL: [http://www.lwl.org/spurdownload/bag/orientierungshilfe\\_schnittstellenpapier\\_24112009.pdf](http://www.lwl.org/spurdownload/bag/orientierungshilfe_schnittstellenpapier_24112009.pdf), 23.1.2014

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014): Berliner Vertragskommission für Soziales (KO75). Berlin, URL: <http://www.berlin.de/sen/soziales/vertraege/>

sgb12/ko75/index.html, 26.1.2014

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2007): Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (AV Eingliederungshilfe - AV EH -) (ABl. S. 667). Berlin, URL: [http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/av/av\\_eh1.html](http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/av/av_eh1.html), 23.1.2014

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014): Vertragsbereich SGB XII. Berlin, URL: <http://www.berlin.de/sen/soziales/vertraege/sgb12/>, 25.1.2014

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014): Drogen- und Suchtpolitik. Berlin: URL: <http://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/fodropo/>, 26.1.2014

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014): Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Absatz 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (- BRV -) . Berlin, URL: <http://www.berlin.de/sen/soziales/vertraege/sgb12/ko75/brv.html>, 21.3.2014

Wetschka, C. (2011): Alkoholabhängigkeit – ein Paradigmenwechsel. In: Ärzte Woche 37/2011, In: SpringerMedizin.at, Wien, Springer-Verlag, URL: <http://www.springermedizin.at/artikel/23655-alkoholabhaengigkeit-ein-paradigmenwechsel>, 18.3.2014

Wohnen-im-Alter.de (2013): Betreiberratgeber: Erfolgsfaktoren für ambulant betreute Wohngemeinschaften. URL: <http://www.wohnen-im-alter.de/betreiberratgeber-betreute-wohngemeinschaften.html>, 4.11.2013

## **Selbständigkeitserklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Zeuthen, 27.05.2014

Sabine Duhrmann

Anlage:

Fragebogen für Klienten und Mitarbeiter der TWG