

## Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft Mülheim an der Ruhr

### 1. Der Einrichtungsträger

Die Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft Mülheim (TWG) ist eine Einrichtung des Diakonischen Werks im Evangelischen Kirchenkreis An der Ruhr, somit eine Einrichtung in der Trägerschaft der evangelischen Kirche. Ohne die Frage nach der persönlichen Verantwortung der Klienten für das eigene Tun zu vernachlässigen, können wir feststellen, dass viele vor der Aufnahme in der Regel reichhaltige Erfahrungen mit sozialer Stigmatisierung und Ausgrenzung durch unsere Gesellschaft sammeln mussten. Umso mehr betrachten wir es als christlichen Auftrag, uns ohne Vorurteile gerade den Menschen zuzuwenden, deren Lebensentwurf aus vielfältigen Gründen bisher gescheitert ist. Wir verstehen unsere Arbeit vor einem Hintergrund, der durch das Bibelwort

*„Wer unter Euch ohne Sünde ist, der werfe den ersten Stein“*

in besonders schöner Weise zum Ausdruck gebracht wird. Wir sind der Auffassung, dass sich die Gesellschaft und vor allem die Kirchen in ihr daran messen lassen müssen, wie sie mit benachteiligten Mitgliedern umgehen, welches Angebot zur Rückkehr oder Aufnahme den Menschen gemacht wird, die aus unterschiedlichen Gründen bislang nicht in der Lage gewesen sind, ein eigenverantwortliches und selbständiges Leben in der Gemeinschaft zu führen.

### 2. Die Einrichtung – Zielgruppe und Strukturmerkmale

#### 2.1. Zielgruppe

Die Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft ist eine stationäre Facheinrichtung nach §§ 67 - 69 des SGB XII in der Trägerschaft des Diakonischen Werks im Evangelischen Kirchenkreis An der Ruhr. Seit 1988 ist die Einrichtung nach § 35 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) anerkannt und berechtigt, Maßnahmen nach dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ durchzuführen. Unsere Dienstleistung besteht in einem Hilfeangebot, das sich im Wortlaut des § 67 SGB XII an Personen richtet, „bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind“. Die mit den Klienten vertraglich vereinbarte Dauer der Therapie beträgt zwölf Monate, sie kann bei Bedarf auf 18 Monate verlängert werden.

Innerhalb dieses Rahmens haben wir uns auf die folgende Zielgruppe spezialisiert: Unsere Klienten sind Männer zwischen 18 und ca. 45 Jahren, deren Leben aus ganz unterschiedlichen Gründen „entgleist“ sein kann. Sie kommen meist nach Verbüßung einer längeren Haft, oft nach Maßgabe des § 35 BtMG, in unsere Einrichtung und bringen eine Vielzahl unterschiedlicher Schwierigkeiten mit.

Sie sind oft wohnungslos, ohne soziale Bezüge und Bindungen, hoch verschuldet, in einem körperlich und seelisch reduzierten Allgemeinzustand befindlich, mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten belastet und ohne jede berufliche und private Perspektive. Ihre besonderen sozialen Schwierigkeiten werden häufig durch eine Suchtgefährdung bzw. -erkrankung zusätzlich kompliziert. Zu den beschriebenen Schwierigkeiten kommen oft den Hilfeprozess zusätzlich erschwerende Persönlichkeitsstörungen hinzu, die mit geringen oder eingeschränkten Fähigkeiten einhergehen, befriedigende soziale Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten. In den letzten Jahren stellen wir zunehmend eine erhöhte Belastung mit chronischen somatischen Erkrankungen fest (zum Beispiel Hepatitis C; HIV-positiv). Begrenzte Frustrationstoleranz, geringes Durchhaltevermögen und ein stark eingeschränktes Selbstwertgefühl sind bei fast allen unserer Klienten zu beobachten. Durch Persönlichkeitsstörungen, die sich häufig vor dem Hintergrund traumatischer Erfahrungen ausgebildet haben, werden die Schwierigkeiten unserer Klienten verstehbar, soziale Bindungen und ein Arbeitsverhältnis dauerhaft zu begründen und aufrechtzuerhalten. Unsere Klienten sind durch alle Maschen des sozialen Netzes gefallen und haben bisher entweder nie Hilfe bekommen oder aber sie nicht annehmen können.

## 2.2. Strukturmerkmale der Einrichtung

### 2.2.1. Erreichbarkeit und Vernetzung der Hilfeangebote

Die Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft liegt zentral in Mülheim an der Ruhr und ist mit allen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Sie bietet 24 Plätze, davon 20 in dem seit März 1996 fertiggestellten Neubau, vier Plätze und das Aufnahmezimmer befinden sich im denkmalgeschützten Altbau, dessen Grundsanierung im Juni 1996 abgeschlossen wurde. Neuankömmlinge sind für die beiden ersten Wochen im Aufnahmezimmer untergebracht, danach erfolgt der Umzug auf ein Zweibettzimmer, nach sechs Monaten auf ein Einzelzimmer.

Die ärztliche Versorgung ist durch den Konsiliararzt (Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) und unsere Zusammenarbeit mit ambulanten Praxen und Krankenhäusern der Stadt gewährleistet. Weiterhin arbeiten wir mit allen Einrichtungen zusammen, die das Ziel der sozialtherapeutischen Maßnahme, die erfolgreiche (Re-)Integration unserer Klienten in die Gesellschaft, unterstützen können (zum Beispiel Schuldnerberatung, Arbeitsagentur etc.).

### 2.2.2. Aufnahmemodalitäten

Die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel durch den Therapiebewerber, die Sozialdienste der Justizvollzugsanstalten, die Bewährungshilfen, zentrale Beratungsstellen und Jugend- und Drogenberatungsstellen. Wir bearbeiten eingehende Therapieanfragen sehr schnell und stellen dem potenziellen Klienten Informationsmaterial über das Therapieangebot zur Verfügung. Wir erwarten einen kurzen Lebenslauf und eine Therapiebegründung, in der Bewerber mitteilt, was sich aus seiner gegenwärtigen Sicht in seinem Leben als schwierig erweist und ein mögliches Therapieziel darstellen könnte. Nach dem Eingang dieser Unterlagen vereinbaren wir in enger Abstimmung mit den delegierenden Stellen ein persönliches Vorstellungsgespräch in der TWG, in dessen Verlauf der Bewerber die Einrichtung und einen Teil des Teams kennenlernen kann. Wir legen Wert darauf, dass die Entscheidung für eine Therapie in unserer Einrichtung auf der Basis eines persönlichen Eindrucks erfolgt, um die Zahl etwaiger „Fehlzuweisungen“ im Interesse einer hohen Kontinuität der Arbeit möglichst gering zu halten. Im Anschluss an eine schriftliche Rückmeldung des Bewerbers über dieses Gespräch, teilen wir ihm umgehend mit, ob und wann wir ihn aufnehmen können.

Aufgrund einer besonderen Regelung mit dem Landschaftsverband Rheinland als (Haupt-)Kostenträger können Aufnahmen unmittelbar und ohne vorherige Klärung der Kostenfrage erfolgen, sofern die Dauer der Haftstrafe bzw. die Strafaussetzung nach § 35 BtMG dem nicht entgegensteht.

### 2.2.3. Das Mitarbeiterteam

Die vielschichtigen Problembereiche unserer Klienten erfordern einen Therapieansatz, der die Mitarbeit mehrerer Berufsgruppen und entsprechende Zusatzqualifikationen voraussetzt. Nur so kann ein Hilfeangebot auf die jeweiligen Schwierigkeiten des Einzelnen zugeschnitten werden. Das Team setzt sich derzeit aus folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammen:

- Sozialarbeiter (grad.), Psychodrama-Assistent, Leiter der Einrichtung
- Sozialarbeiter (grad.), Psychodrama-Assistent
- Diplom-Sozialpädagogin; Sozial-/Suchttherapeutin (VDR anerkannt, verhaltenstherapeutisch orientiert)
- Diplom-Psychologe, Master Suchthilfe, Suchttherapeut (VDR anerkannt, verhaltenstherapeutisch orientiert)
- Diplom-Sozialpädagogin, Sozial-/Suchttherapeutin (VDR anerkannt, verhaltenstherapeutisch orientiert)
- Diplom-Sozialpädagogin, Sozial-/Suchttherapeutin (VDR anerkannt, verhaltenstherapeutisch orientiert)
- Diplom-Sozialpädagoge mit gestaltpsychologischer Zusatzqualifikation, Trainer für Entspannungsverfahren, Trainer Rückfallprävention S.T.A.R., Hypnose, traumatherapeutische Verfahren
- Sozialpädagoge B.A. im Bereich Betreutes Wohnen

- Arbeitstherapeut mit arbeitspädagogischer Zusatzqualifikation
- Hauswirtschafterin
- Verwaltungsangestellte
- Bundesfreiwilligendienstler
- Honorarkräfte in den Bereichen Beschäftigungstherapie, Musik, Sport u.a.
- Praktikant(inn)en verschiedener Fachrichtungen (z.B. Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, u.a.)

### 3. Therapeutische Grundannahmen und allgemeine Voraussetzungen

Aufgrund unserer langjährigen und immer wieder reflektierten Erfahrungen mit unserem Klientel sind wir der Überzeugung, dass das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft den angemessenen Rahmen für eine stationäre Therapie darstellt. Nur wenn es gelingt, Klienten und Mitarbeiter gleichermaßen in die gemeinsame Verantwortung für die Ausgestaltung des therapeutischen Prozesses und des Zusammenlebens in der Gemeinschaft einzubinden, kann die Therapie am individuellen Hilfebedarf orientiert, zweckmäßig und erfolgreich durchgeführt werden. Mitarbeiter und Klienten gestalten ihre Zusammenarbeit nach dem Grundsatz, dass jeder für sich und sein Verhalten sowie das Funktionieren der Gemeinschaft verantwortlich ist. Um das Therapieziel der (Re-)Integration unserer Klienten in die Gesellschaft zu erreichen, sind zunächst Kardinalregeln zu beachten, vor deren Hintergrund eine therapeutische Auseinandersetzung mit den individuellen Schwierigkeiten erst möglich wird:

- die (kontrollierte) Abstinenz von allen Rauschmitteln (und Glücksspielen)
- Verbot aller gewaltsamen Auseinandersetzungen einschließlich der Androhung von Gewalt
- Verbot aller Straftaten

Wir halten darüber hinaus folgende Grundwerte für wichtig, um ein für Veränderungen günstiges therapeutisches Klima zu schaffen und fordern deshalb ihre verbindliche Anerkennung auch von unseren Klienten:

- eine grundlegende Anerkennung der Person unter Berücksichtigung ihres Lebenshintergrundes und ihrer individuellen Erfahrungen
- die Bejahung des eigenen Lebens und die Achtung vor allem Lebendigen
- das gleiche Recht jedes Menschen auf sein eigenes Leben und dessen Unversehrtheit
- das gleiche Recht jedes Menschen auf seine eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungen
- das gleiche Recht jedes Menschen auf Entfaltung seiner eigenen Anlagen und Möglichkeiten

Die Beachtung dieser Werte schafft ein Klima der Geborgenheit und Akzeptanz, in dem sich die Klienten den Herausforderungen angstfrei stellen können, die mit der Aufnahme einer Therapie zwangsläufig verbunden sind. Die hohe Zahl der Therapieabbrüche bei Opiatabhängigen in stationären Einrichtungen von 50 Prozent<sup>1</sup> gibt einen Hinweis darauf, wie schwer diese Aufgabe zu bewältigen ist.

Uns ist durchaus bewusst, dass viele Klienten nicht unbedingt eine starke „intrinsische“ Motivation zur Aufnahme mitbringen, sondern zunächst durch die Vermeidung weiterer Strafhaft motiviert sind. Wir betrachten es als unsere Aufgabe, das Interesse der Klienten an der Therapie zu wecken und zu verstärken und sie für eine zunehmend aktivere Teilnahme und verantwortliche Mitgestaltung des therapeutischen Geschehens zu gewinnen. Dies versuchen wir einmal durch eine Struktur zu erreichen, die möglichst wenige „gängelnde“ Elemente enthält und durch ein großes Maß an Freiheit gekennzeichnet ist, gleichzeitig jedoch eine starke Einbindung in und Übernahme von Selbstverantwortung schon zu Therapiebeginn fordert.

Wir stellen einen therapeutischen Bezugsrahmen zur Verfügung, der eine auf die individuellen Fähigkeiten des

Klienten zur Übernahme von Selbstverantwortung zugeschnittene Einbindung in die Verantwortung zunächst für sich selbst, dann für die Mitklienten und schließlich die therapeutische Gemeinschaft vorsieht. Zum anderen ermöglichen wir den Klienten ein langsames Hineinwachsen in die therapeutische Gemeinschaft und versuchen auf diese Weise, frühe Therapieabbrüche nach Möglichkeit zu vermeiden. Es ist eine empirisch belegte Erfahrung<sup>2</sup>, dass die meisten irregulären Therapiebeendigungen in der ersten Zeit nach der Aufnahme auftreten, insbesondere dann, wenn bereits zu einem frühen Zeitpunkt im therapeutischen Programm konfrontativ in den Gruppen- und Einzelsitzungen gearbeitet wird. Einen Erklärungshintergrund für diese frühen Abbrüche bieten Untersuchungen, in denen festgestellt wurde, dass die seelische Stabilität von Menschen mit einer Suchtbelastung oder -gefährdung insgesamt, vor allem aber von gerade aus einer Entgiftung oder der Haft kommenden Klienten sehr gering ist<sup>3</sup>.

Viele Klienten empfinden darüber hinaus die Aufnahme in eine stationäre Therapieeinrichtung als persönliche „Niederlage“, die ihr existentielles „Scheitern“ zu beweisen scheint<sup>4</sup>. Vor diesem Hintergrund erweisen sich die von Mitklienten und Therapeuten gestellten Anforderungen an den „Neuen“ nach Offenheit, Auseinandersetzungsbereitschaft und Problembewusstsein oft als Überforderung. Das durch den Wegfall von inneren und äußeren „Stabilisatoren“ ohnehin sehr labile seelische Gleichgewicht wird weiter belastet und ein Abbruch gerade bei jenen Klienten provoziert, die einer Therapie am dringendsten bedürfen.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse versuchen wir, mit den Klienten einen individuell gestalteten Zeitrahmen für das „Ankommen“ in der Therapie zu erarbeiten. Dies erscheint uns auch deshalb nötig, weil die aus der Haft aufgenommenen Klienten trotz aller kompetenten Bemühungen der Sozialdienste aufgrund hoher Fallzahlen nicht immer ausreichend auf den therapeutischen Prozess vorbereitet werden können – auch dies ein Merkmal unserer Niedrigschwelligkeit.

In den vergangenen Jahren haben wir mit diesem Ansatz eine Haltequote von 35 bis 40 Prozent erzielen können, das heißt weit über ein Drittel aller Klienten beendet die angefangene Therapie auch erfolgreich. Diese Quote liegt somit um einiges über dem 1989 von Herbst und Hanel über viele Einrichtungen ermittelten Durchschnitt von 23 Prozent.

## 4. Therapieziele

Unser Hilfeangebot orientiert sich an den jeweiligen Fähigkeiten und Schwierigkeiten, die der einzelne Klient vor dem Hintergrund seiner persönlichen Lebensgeschichte mitbringt. Wichtiger Bestandteil der Therapie ist deshalb die Erarbeitung individueller Therapieziele, die Planung und der Einsatz der zu ihrer Erreichung notwendigen therapeutischen Methoden und schließlich die durch regelmäßige Fallbesprechungen und interne sowie externe Supervision kontrollierte Durchführung der Therapie.

Unabhängig von den individuell zu erarbeitenden Therapiezielen lassen sich im Hinblick auf unser Klientel folgende allgemeine Therapieziele beschreiben:

- Selbstständigkeit und Eigenverantwortung

„Resozialisierung“ verstehen wir als Resultat einer gezielten Arbeit mit den Klienten mit dem Ziel der Verhaltensmodifikation. Bei den vorliegenden Verhaltenseinschränkungen ansetzend, wird ein erweitertes Verhaltensrepertoire erarbeitet und unter den Bedingungen zunächst der therapeutischen Gemeinschaft, in den letzten drei Monaten der Therapie unter schrittweisem Hineinwachsen in die Gesellschaft bei langsamer Lösung aus der Therapiengemeinschaft erprobt und konsolidiert. Die Klienten sollen dadurch die Fähigkeit erwerben, künftig ein selbstständiges Leben in eigener Verantwortung zu führen und ihre persönliche Freiheit verantwortlich zu gestalten.

---

2 Herbst & Hanel, 1988; Roch, Küfner, Arzt, Böhmer & Denis, 1992

3 Peschel, 1988; Arimond & Kammer, 1993)

4 Stiensmeyer-Pelster, Meyza & Lenzen, 1989

#### ■ Einfühlungsvermögen

Bei vielen Klienten bestehen vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung große Schwierigkeiten, sich vorzustellen, was ihr Verhalten für andere bedeutet bzw. bei diesen auslösen kann. Aus diesem Grund wird schrittweise erlernt, sich in andere einzufühlen. Damit wird eine wesentliche Grundlage für die Begründung befriedigender Sozialbeziehungen erworben und wichtige Voraussetzungen geschaffen, Einsamkeit und soziale Isolation zu überwinden. Darüber hinaus soll eine soziale Sensibilität geweckt werden, die es den Klienten ermöglicht, sich den Erwartungen anderer und den Normen unserer Gesellschaft gegenüber angemessener zu verhalten.

#### ■ Konfliktfähigkeit

Dabei geht es um die Förderung der Fähigkeit, eine Diskrepanz zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Möglichkeiten zu ihrer Befriedigung auszuhalten und die daraus resultierende Spannung konstruktiv und ohne Übergriffe zu nutzen. Konflikte, die zwischen gesellschaftlichen Normen und individuellen Bedürfnissen bestehen, werden bearbeitet, um erfüllbare von nicht erfüllbaren Ansprüchen unterscheiden zu lernen. In diesem Zusammenhang wird das Erkennen berechtigter eigener Bedürfnisse und der Möglichkeiten zu ihrer Durchsetzung angemessen berücksichtigt.

#### ■ Handlungsfähigkeit

Die bei den Klienten häufig anzutreffende Fremdbestimmung und ihre Abhängigkeit von einer Subkultur wird abgebaut. Die Klienten werden neu motiviert, indem andere als die erlernten Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, anerkannt und eingeübt werden. Weiterhin wird die Fähigkeit trainiert, sich selbst angemessene Aufgaben zu stellen und geeignete Möglichkeiten zu ihrer Durchführung zu suchen, sie zu planen und den Handlungserfolg angemessen zu bewerten.

#### ■ Sozialfähigkeit

Durch die Entwicklung von Vertrauen in sich und andere wird die Fähigkeit gefördert, sich frei zu entscheiden. Hierher gehört das Erlernen sozialer Fertigkeiten wie Kooperation, Genauigkeit und Differenzierung, Erarbeiten und Vertreten eigener Standpunkte und Werte sowie die Fähigkeit zur angemessenen Ausübung und Annahme von Kritik. Durch neue soziale Bezüge, neue Erfahrungen und Einsichten und deren Anwendung innerhalb und außerhalb der therapeutischen Gemeinschaft werden soziale Verhaltensweisen eingeübt, die Klienten befähigen, ein Leben zu führen, das sich an den allgemeinen gesellschaftlichen Normen orientiert.

#### ■ Arbeitsfähigkeit

Viele Klienten blicken bei der Aufnahme auf einen langen Zeitraum zurück, in dem sie keiner geregelten Erwerbstätigkeit nachgegangen sind. Ihre Fähigkeiten zur Begründung und Aufrechterhaltung eines regulären Arbeitsverhältnisses sind oft nur rudimentär vorhanden und durch lange Haftzeiten zusätzlich in Mitleidenschaft gezogen. Es ist deshalb notwendig, ein gezieltes Arbeitstraining über einen längeren Zeitraum durchzuführen, ehe der Wiedereinstieg in den „ersten“ Arbeitsmarkt im Rahmen der Ausgliederung erfolgversprechend unternommen werden kann. Die Arbeitstherapie erstreckt sich deshalb über die gesamte Therapiezeit vor der Ausgliederung, in der Regel also über neun Monate. In dieser Zeit werden eine Vielzahl handwerklicher und hauswirtschaftlicher Fähigkeiten erworben. Als weitere Ziele der Arbeitstherapie sehen wir in der Stärkung von Ausdauer, Durchhaltevermögen, Zielstrebigkeit, Konflikt- und Kooperationsfähigkeit sowie in einer den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten angemessenen Einordnung der Klienten in unterschiedliche Arbeitszusammenhänge.





## 5. Therapiekonzept und Therapieverlauf – Prozessmerkmale

In unserem Therapieprogramm kommen verschiedene psycho-, sozio-, arbeits- und beschäftigungstherapeutische sowie sport-, tanz- und bewegungstherapeutische Interventionen und schulische Maßnahmen zur Anwendung. Sie werden stets auf die individuelle Problematik des einzelnen Klienten bezogen und in regelmäßigen Teamsitzungen und Gesprächen mit dem Klienten abgestimmt.

### 5.1. Aufnahme und Probezeit

Dem Klienten wird – wie oben (2.2.2.) beschrieben – im Anschluss an das Vorstellungsgespräch schriftlich den Aufnahmetag mitgeteilt. Am Aufnahmetag wird der „neue“ Klient für zwei Wochen im Aufnahmezimmer untergebracht und erhält für diesen Zeitraum einen „therapieälteren“ Klienten als „Paten“ zur Seite gestellt. Der Pate ist Ansprechpartner für alle Fragen im Zusammenhang mit dem Kennenlernen von Abläufen und Regeln. Wichtig ist für uns eine bereits zu Therapiebeginn klar erkennbare Organisationsstruktur, die für jeden Klienten durchsichtig ist und ihm eine wesentliche Orientierungshilfe bietet.

Neue Klienten stellen sich am Aufnahmetag ihrer Kleingruppe und dem Bezugstherapeuten bzw. der -therapeutin vor, letztere besprechen mit ihnen den Therapievertrag, in dem die Pflichten und Ansprüche der Klienten festgelegt sind. Einen Tag später erfolgt die Vorstellung im Hausplenum gegenüber allen Mitklienten und dem Team. Das von uns entwickelte „weiche“ Aufnahmeritual will den neuen Bewohnern vor allem die Solidarität der Gemeinschaft näherbringen und sie in diese einbinden, ohne ihre zu diesem Zeitpunkt noch stark ausgeprägten Abwehrmechanismen brechen und das Innerste nach außen kehren zu wollen. Sie werden eingeladen, sich an den Angeboten zu beteiligen, ohne gleich im Mittelpunkt des Gruppeninteresses und geballter therapeutischer Aufmerksamkeit zu stehen. Während dieser Vorstellung und der in der zweiten Therapiewoche erfolgenden Anamnese wird darauf hingewiesen, dass die Therapeutische Gemeinschaft auf der zunächst vielleicht nur „äußeren“ Beachtung insbesondere der Kardinalregeln bestehen muss, der Klient jedoch die Möglichkeit hat, seine Beteiligung an den Angeboten selbst zu gestalten, selbst zu entscheiden, wie weit er sich zu diesem Zeitpunkt einlassen will. Die meisten finden auf diese Weise schnell in die Gemeinschaft hinein und beteiligen sich zunehmend aktiv am therapeutischen Geschehen.

Das wichtigste Therapieziel der ersten beiden Wochen besteht darin, einen frühen Therapieabbruch zu verhindern und die Integration des Klienten in die Therapeutische Gemeinschaft so weit wie möglich zu fördern. Insgesamt betrachten wir die ersten acht Wochen der Therapie als Probezeit. Team, Mitklienten und der betroffene Klient selbst beurteilen nach Ablauf dieser Frist die Angemessenheit und Nützlichkeit der Therapie vor dem Hintergrund der erarbeiteten Therapieziele und der sichtbar gewordenen Entwicklungsschritte. Wir legen großen Wert darauf, dass der Klient diesen Zeitraum für sich nutzt, um eine verbindliche Therapieentscheidung zu treffen.

### 5.2. Anamnese, Diagnose und Therapieplanung

In der zweiten Therapiewoche wird eine ausführliche biographisch orientierte Anamnese durchgeführt. Sie gilt der Erfassung aller zu diesem Zeitpunkt vom Klienten mitteilbaren therapierelevanten Informationen. Sie nimmt nicht nur Daten aus der Entwicklungsgeschichte des Klienten mit seiner devianten „Karriere“ und die aktuellen psycho-sozialen Belastungsfaktoren auf, sondern analysiert auch seine Stärken und Fähigkeiten. Die Diagnostik wird in Übereinstimmung mit dem Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM) in der jeweils gültigen Fassung durchgeführt, bei Bedarf kann auch eine Klassifikation nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD) vorgenommen werden. Anamnese und Diagnostik münden in eine vorläufige Therapieplanung, die jeweils mit dem Klienten abgestimmt und auf ihre konkrete Durchführbarkeit hin in überschaubaren Zeiträumen bezogen wird. Für den weiteren Therapiezeitraum orientieren wir uns am Modell der Verlaufs- und Prozessdiagnostik, um den Therapieverlauf wirksam reflektieren und kontrollieren zu können.

### 5.3. Psychotherapie in der Bezugsgruppe

Das Team entscheidet am Aufnahmetag über die Zuweisung des Klienten zu einer Kleingruppe von maximal sechs Klienten, die für die nächsten neun Monate seine Bezugsgruppe bildet und einer festen Bezugstherapeutin oder einem festen Bezugstherapeuten zugeordnet ist.

#### 5.3.1. Gruppen- und Einzeltherapie

Der Schwerpunkt der Therapie liegt in der Durchführung therapeutischer Kleingruppen. Diese Gruppensitzungen finden zweimal wöchentlich statt. In ihnen werden die Klienten angeleitet, sich mit ihren Einstellungen und ihrem Verhalten in der aktuellen Situation im Umgang mit Mitklienten und Team zu erfahren und diese Erfahrungen kritisch zu würdigen. In einem nächsten Schritt sollen die Klienten diese in Beziehung zu ihrem bisherigen Leben setzen, dadurch die Situationen erneut vergegenwärtigen und herausfinden, aus welchen Gründen sie mit ihren bisherigen Verhaltensweisen und Einstellungen gescheitert sind.

Der dritte Therapieschritt zielt schließlich darauf ab, aus diesen neuen Erfahrungen möglichst konkrete Perspektiven für die Zukunft abzuleiten und Verhaltens- und Einstellungsänderungen verbindlich festzulegen. Diese sollen dann im direkten Umgang mit Mitklienten und Teammitgliedern erprobt, weiterentwickelt und immer wieder auf ihre Angemessenheit hin überprüft werden.

Die psychotherapeutische Kleingruppe stellt für diese Entwicklungsschritte den adäquaten Hintergrund zur Verfügung. Sie bietet einen Spiegel für problematische Einstellungen und Verhaltensweisen, gewährt emotionalen Rückhalt in Krisensituationen und vielfältige Möglichkeiten zum Ausprobieren und Einüben neuer und erweiterter Verhaltensmöglichkeiten. Gleichzeitig kann in ihr eine angstfreie und offene Auseinandersetzung eingeübt werden, die in besonderer Weise dazu dient, die vereinbarten Therapieziele zu erreichen.

Die Einzeltherapie dient in der Regel der Ergänzung und Vertiefung der gruppentherapeutischen Arbeit. Sie wird entweder vom Bezugstherapeuten bzw. von der Bezugstherapeutin vorgeschlagen oder – weit häufiger – vom Klienten angefordert und in Häufigkeit und Umfang auf die jeweiligen Anliegen des Klienten abgestellt. Bei der Notwendigkeit einer Bearbeitung früher traumatisierender Erfahrungen (Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch etc.) sehen wir meist eine einzeltherapeutische Begleitung mit dem Ziel vor, die konkreten Erfahrungen in einem selbstbestimmten Zeitraum in die Gruppensitzungen einzubringen. Bei speziellen psychischen Auffälligkeiten (zum Beispiel Phobien, Anpassungsstörungen nach körperlichen Erkrankungen) erfolgt die Vorstellung beim Konsiliararzt und eine Einzeltherapie beim Psychologen.

#### 5.3.2. Hausplenum – Vollversammlung – Großgruppe

Die Klienten führen zur Vorbereitung des Plenums eine eigene Gruppenveranstaltung ohne therapeutische Begleitung durch. Diese Gruppe fasst die Anträge der Klienten (Privilegien, Urlaube, Arztbesuche etc.) zusammen und bietet ein Diskussionsforum, bei dem die augenblickliche Stimmung und das Funktionieren der Gemeinschaft, problematische Verhaltensweisen einzelner Mitklienten und organisatorische Probleme gemeinschaftlich gelöst werden und in dem eine kurze- und mittelfristige Planung gemeinsamer Vorhaben stattfindet, insbesondere auch die Freizeitplanung. Einmal pro Woche wird ein Hausplenum mit allen Klienten und dem Team durchgeführt. Dieses therapeutisch begleitete Plenum stellt einmal einen Raum für die Lösung aller organisatorischen Probleme zur Verfügung. Darüber hinaus findet eine psychotherapeutische Begleitung derjenigen Klienten statt, die ihre Ausgangsprivilegien („Zweierausgang“ mit einem therapieälteren Mitklienten nach zwei, Einzelausgang nach frühestens acht Wochen) vor der Therapeutischen Gemeinschaft beantragen.



### 5.3.3. Indikationsgruppen

Alle Klienten nehmen an einem strukturierten Rückfallpräventionsprogramm teil.

Weitere Gruppenveranstaltungen werden je nach Indikation angeboten: Selbstsicherheitstraining, Entscheidungstraining, Kommunikationstraining, Vermittlung von Entspannungstechniken u.a.

### 5.3.5. Angehörigenarbeit

Je nach der individuellen Situation des Klienten werden Partner und Angehörige im Rahmen von Paar- und Familiengesprächen in die Therapie einbezogen.

## 5.4. Ausgliederungsphase

Nach frühestens neun, (bei achtzehnmonatiger Therapiedauer) spätestens 15 Monaten wechselt der Klient in die Ausgliederungsphase. Arbeits- und Wohnungssuche und die Lebensplanung für die Zeit nach der Therapie treten nun in den Vordergrund. Die Klienten leben nach der Aufnahme in die Ausgliederungsphase weitere drei Monate in der Einrichtung, um die schrittweise Ablösung und Trennung von der Gemeinschaft therapeutisch begleitet vorzubereiten. Die Begründung eines versicherungspflichtigen und unbefristeten Arbeitsverhältnisses ist in unserem durch Industrie geprägten Ballungsraum noch immer leichter möglich als in anderen Regionen. Unser Ziel ist es, die Klienten zum Therapieende in gesicherte soziale Verhältnisse, das heißt vor allem in Arbeit und eigenen Wohnraum zu entlassen. Mit dem Eintritt in die Ausgliederungsphase werden geeignete Maßnahmen für die Schuldenregulierung unserer Klienten in Zusammenarbeit mit der örtlichen Schuldnerberatung getroffen.

Viele Klienten erleben diese Phase als eine Zeit erhöhter Anspannung und gesteigerter Anforderungen an die eigene Leistungs- und Bewältigungsfähigkeit. Die Ausgliederungsgruppe dient neben einer Bearbeitung organisatorischer Probleme im Zuge von Arbeits- und Wohnungssuche einer therapeutischen Begleitung und Bearbeitung der Stressreaktionen der Klienten. Gleichzeitig ermöglicht diese Therapiephase einen Belastungstest unter Ernsthaftigkeitsbedingungen und damit eine Überprüfung, ob die bisherige Therapie den Klienten in ausreichender Weise in die Lage versetzt hat, sein Leben in der Zukunft eigenverantwortlich und selbstständig führen zu können.

## 5.5. Nachbetreuung

Unser Angebot endet nicht damit, dass unsere Klienten die Wohngemeinschaft verlassen. Auch danach gibt es die Möglichkeit, regelmäßig an einer Nachsorgegruppe mit anderen ehemaligen Klienten teilzunehmen. Darüber hinaus bieten wir Einzelgespräche innerhalb und außerhalb des Hauses an.

Diese ehemaligen Klienten erfüllen eine wichtige Vorbildfunktion für die noch im Haus befindlichen Klienten. Nach unseren Erfahrungen bleiben Klienten häufig so lange als Externe in dieser Gruppe, wie noch Leute nachkommen, mit denen sie in der TWG zusammengelebt haben. Dem schrittweisen Hineinwachsen in die Therapie steht somit nach dem regulären Ende die Möglichkeit zu einem schrittweisen Hinauswachsen gegenüber. Wir wissen, dass auch nach dem erfolgreichen Abschluss der Therapie immer wieder Schwierigkeiten und Krisen auftreten können. Wir legen großen Wert darauf, bei anstehenden Schwierigkeiten auch nach der Entlassung als gelegentlicher Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und beratend und unterstützend zu wirken. Die Teilnahme und Anbindung an eine Selbsthilfegruppe wird von uns unterstützt.



## 5.6. Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Alle Klienten sind vom Aufnahmetag bis zum Eintritt in die Ausgliederungsgruppe zur Teilnahme an der Arbeitstherapie verpflichtet.

Diese erstreckt sich über den gesamten Vormittag und wird im Rahmen der Selbstversorgung der Einrichtung und in Außenarbeitsbereichen:

- Hausreinigung
- Renovierung
- Küche
- Waschküche
- Außenarbeitsbereiche (zum Beispiel Garten, Außenanlagen)

Alle Arbeitsbereiche werden vom Arbeitstherapeuten und der Hauswirtschafterin lediglich angeleitet, die Arbeiten werden unter der Aufsicht eines für die jeweiligen Bereiche verantwortlichen Klienten durchgeführt. Die Übernahme von Verantwortung wird damit gefördert und eingeübt. Während der einmal stattfindenden Arbeitsbesprechung wird vom Arbeitsverantwortlichen gemeinsam mit dem Arbeitstherapeuten eine Bewertung der Arbeitsleistung vorgenommen und mit einer Prämie belohnt. Kritikfähigkeit, angemessenes Durchsetzungsvermögen und eine angemessene Selbst- bzw. Fremdwahrnehmung und -beurteilung finden hier ein gutes Trainingsfeld. Darüber hinaus werden wesentliche Fähigkeiten für die spätere Lebensführung in einer eigenen Wohnung eingeübt („Lebenspraktische Übungen“).

Die Beschäftigungstherapie hat ihren Schwerpunkt in der Einübung alternativer Möglichkeiten für eine aktive Freizeitgestaltung.

## 5.7. Sport-, Tanz- und Bewegungstherapie

Die bei unseren Klienten oft einseitige sportliche Betätigung (zum Beispiel Kraftsport) wird durch das sporttherapeutische Angebot erweitert. Das Sportangebot soll neben einer allgemeinen Verbesserung der Kondition die Freude am gemeinsamen Spiel (Volleyball; Fußball etc.) und entsprechendes Sozialverhalten im Sinne des Fairplay wecken.

Bei vielen Klienten ist das Verhältnis zum eigenen Körper infolge jahrelangen Raubbaus durch falsche Ernährung, Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit u.a. erheblich in Mitleidenschaft gezogen. Das Angebot der Tanz- und Bewegungstherapie einer speziell dafür ausgebildeten Honorarkraft setzt hier an und versucht, mit geeigneten Übungen dieses Verhältnis bewusst werden zu lassen und zu verbessern.

## 5.8. Schulische Angebote

Viele Klienten haben bereits während der Schulzeit so deutliche Verhaltensauffälligkeiten ausgebildet, dass eine reguläre Schulausbildung nicht zustande kommen konnte und die Schulkarriere entweder abgebrochen oder weit unter dem eigentlich möglichen Niveau auf einer Sonderschule abgeschlossen wurde. Eine qualifizierte Honorarkraft bietet diesen Klienten einen Unterricht an, der auf die konkreten Leistungsschwächen des einzelnen abgestellt ist. Außerdem begrüßen und unterstützen wir die Teilnahme unserer Klienten an Volkshochschulkursen, zum Beispiel Vorbereitungskurse für den Hauptschulabschluss.



## 5.9. Freizeit

Neben den genannten therapeutischen Veranstaltungen kommt der aktiven und sinnvollen Freizeitgestaltung ein besonderer Stellenwert zu. Es besteht eine „Freizeitgruppe“, die gemeinsame Aktivitäten aussucht, plant und in Absprache mit dem Team im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel durchführt. Eine gemeinsame Freizeit wird in der Woche von einem Bundesfreiwilligendienstler begleitet, am Wochenende finden in Eigenregie häufig Spielnachmittage, Tischtennis- und Badmintonturniere statt.

## 5.10. Verantwortungsfunktionen der Klienten

Als besondere Verantwortungspositionen gibt es das Amt des Klientensprechers und seines Stellvertreters, die alle sechs Wochen von der Klientenschaft gewählt werden. Ihre Funktion ist die Vertretung aller gemeinschaftlichen Interessen gegenüber den Mitarbeitern, die Organisation und die Diskussionsleitung des Hausplenums. Weiterhin nimmt der Klientensprecher als Vertreter der Klientenschaft an allen Vorstellungsgesprächen teil, die wir mit den Therapiebewerbern durchführen (vgl. 2.2.2.). Er hat die Aufgabe, eine Einschätzung vorzunehmen, ob der jeweilige Bewerber in die aktuelle Therapiegemeinschaft hineinpasst.

Weitere wichtige Verantwortungsfunktionen beziehen sich auf die Zuständigkeit für die einrichtungseigenen Fahrräder, das schwarze Brett, Pflege des Aquariums und der Blumen, Sportgeräte, Schlüsseldienst und Weckdienst für neu aufgenommene Klienten.

# 6. Maßnahmen zur Prozesskontrolle und Qualitätssicherung der Arbeit

## 6.1. Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter

Wir gehen davon aus, dass unsere Einrichtung in Grenzen nach einem dynamischen Konzept arbeitet, das flexibel auf veränderte Bedingungen seitens der Klienten und der allgemeinen sozial- und gesellschaftspolitischen Struktur reagieren sollte. Aus diesem Grund halten wir eine ständige Fort- und Weiterbildung der Teammitglieder und die Teilnahme an der Diskussion in Fachverbänden, politischen Gremien etc. für unabdingbar. Alle Mitarbeiter sind gehalten, sich ständig um die Weiterentwicklung ihrer therapeutischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu bemühen.

## 6.2. Interne und externe Supervision – Therapieverlaufskontrolle

Alle therapierelevanten Informationen werden von den unterschiedlichen Mitarbeitergruppen in die wöchentlichen Teamsitzungen eingebracht, zusammengeführt, kritisch betrachtet und in die einzelfallbezogene Therapieplanung und -durchführung einbezogen. Außerdem führen wir einmal wöchentlich eine interne Fallbesprechung mit kollegialer Supervision und Fortbildung durch, bei der Schwierigkeiten im Therapieverlauf einzelner Klienten diskutiert und bearbeitet werden können. Eine regelmäßig durchgeführte externe Supervision halten wir zur Kontrolle und Qualitätssicherung des Therapieangebotes für unbedingt notwendig.

## 7. Schluss

Eine Konzeption stellt immer eine Momentaufnahme dar und hält die konzeptionellen Vorstellungen von Einrichtungsträger und Mitarbeitern zu diesem Zeitpunkt fest. Wir halten es für selbstverständlich, unsere Konzeption in einem ständigen Prozess der konstruktiven Auseinandersetzung an den Erfordernissen der alltäglichen Arbeit und ihren Ergebnissen zu messen und notwendige Veränderungen vorzunehmen. Insofern hat jede Konzeption nur einen vorläufigen Charakter. Anregungen und konstruktive Kritik sind uns deshalb stets willkommen. Darüber hinaus sind wir davon überzeugt, dass es wichtig ist, die Arbeit der Einrichtung transparent zu gestalten, Besucher sind uns deshalb nach vorheriger Anmeldung stets willkommen.



**Peter Hennen-Busse**

Leiter der Einrichtung



**Lothar Redanz**

Stellv. Abteilungsleiter

Mülheim an der Ruhr, im Juli 2017

---

Wir danken Jürgen-Peter Arimond für seine Mitarbeit an dieser Konzeption.

### Literatur:

- Arimond, J.P. & Kammer, D. (1993). Existentielle Frustration, Wertangleichung und Depressivität als Prädiktoren von Therapieverlaufsbeurteilung und Therapieabbruch bei stationärer Alkoholismusbehandlung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, XXII, 3, S. 276-290.
- Frankl, V.E. (1984). *Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Herbst, K. & Hanel, E. (1989). Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen. *Suchtgefahren*, 35, S. 235-251.
- Peschel, H.W. (1988). Zur Sinnproblematik des Alkoholikers: Eine Fragebogenuntersuchung nach dem Logo-Test bei männlichen Alkoholikern. *Suchtgefahren*, 34, S. 115 - 119.
- Roch, I., Kufner, H., Arzt, J., Böhmer, M. & Denis, A. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. *Sucht*, 38, S. 304 -322.
- Stiensmeyer-Pelster, J., Meyza, P. & Lenzen, H.G. (1989). Alkoholismus und Handlungskontrolle: Der Einfluss eines Lauftrainings auf den Therapieverlauf bei handlungs- und lageorientierten Alkoholabhängigen, *Suchtgefahren*, 35, S. 356-367.

### Leitungsgremium:

Diakonisches Werk im Evangelischen Kirchenkreis An der Ruhr, Hagdorn 1 a, 45468 Mülheim an der Ruhr.  
Vorsitzende des Kuratoriums: Dorothee Hartnacke, Geschäftsführer: Hartwig Kistner