

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,  
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

### In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 18/2015

## „Ausarbeitung spezifischer Heilfaktoren nach H.G. Petzold anhand von Praxisbeispielen in der Suchthilfe mit Jugendlichen“

*Dirk Hohmeier\**

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Erstellt wurde diese Studie 2012 als Bachelorarbeit an der Berufsakademie in Gera

Begutachtet seitens der Berufsakademie von Herrn Prof. Dr. Wolfgang Ebert (Dozent an der Berufsakademie Gera)

Begutachtet seitens des Praxispartners von Herrn Haci Bayram (Geschäftsführer der par-ce-val Jugendhilfe)

**Heilsam ist nur, wenn im Spiegel der Menschenseele sich bildet die ganze Gemeinschaft  
und in der Gemeinschaft lebet der Einzelseele Kraft**

(Rudolf Steiner 1861-1925)

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	III
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	IV
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	V
<b>1. Einleitung</b> .....	1
<b>2. Formale Methodik</b> .....	4
<b>3. Definitiverischer Rahmen der Sucht mit Ergänzungen</b> .....	5
3.1 Definition der Abhängigkeit.....	5
3.2 Anführungen des DSM-IV, der ICD-10 und der ICF.....	8
3.3 Sucht aus der Sicht von H.G. Petzold.....	11
<b>4. Beschreibung des Begriffes Jugend</b> .....	18
4.1 Historie und heutiger Standpunkt der Jugend.....	20
4.2 Risiken und Chancen der Jugend von heute.....	23
<b>5. Einführung in die Kinder- und Jugendhilfe</b> .....	27
<b>6. Angaben zur Einrichtung „par-ce-val Jugendhilfe und Suchthilfe im Verbund“</b> .....	31
<b>7. Annäherung an die Integrative Therapie</b> .....	35
7.1 Gründung und Aufbau der Integrativen Therapie.....	35
7.2 Integrative „4 WEGE“ bezogen auf die Themenrelevanz.....	41
7.2.1 Vorstellung der Wirkprinzipien nach K. Grawe.....	45
7.2.2 Darlegung der Heilfaktoren nach H.G. Petzold.....	49
7.2.3 Kategorisierung der Heilfaktoren in den Wirkprinzipien...	54
7.3 Zusammenfassung des Kapitels.....	56

	Seite
8. <b>Relevanz der Heilfaktoren verdeutlicht anhand von Praxisbeispielen</b> .....	58
8.1 Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven aufgezeigt an Maximilian.....	58
8.2 Einführendes Verstehen veranschaulicht an Caroline.....	60
8.3 Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung festgehalten an Goran.....	62
8.4 Förderung emotionalen Ausdrucks beschrieben an Ben.....	63
9. <b>Abschließende Zusammenfassung</b> .....	66
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	69
<b>Internetquellenverzeichnis</b> .....	73
<b>Anhangsverzeichnis</b> .....	VI

## Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1: Phänomenologie der Qualität der Umweltbeziehungen im Nüchtern- und Rauscherlebens. Das Wechselspiel zwischen Bedürfnissen nach Nähe und Distanz mit den jeweiligen positiven und negativen Aspekten (nach Tretter 2000).....	7
Abb. 2: Quantitatives und qualitatives Spektrum des stoffbezogenen Konsumverhaltens – vom gelegentlichen Konsum bis zur Abhängigkeit.....	8
Abb. 3: Strukturierung von Lebensphasen zu vier historischen Zeitpunkten.....	18
Abb. 4: Entwicklung tatverdächtiger Jugendlicher.....	24

## Abkürzungsverzeichnis

BKA	=	Bundeskriminalamt
bzw.	=	beziehungsweise
DIMDI	=	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM-IV	=	Diagnostic Manual of Mental Disorders 4 <sup>th</sup> Edition (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen 4. Auflage)
Ebd.	=	Ebenda
e.V.	=	eingetragener Verein
f.	=	folgend
ff.	=	fort folgend
gGmbH	=	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
H.i.O.	=	Hervorhebung im Original
HIV	=	Humane Immundefizienz-Virus
Hrsg.	=	Herausgeber
ICD-10	=	International Classification of Diseases 10 <sup>th</sup> Revision (Internationale Klassifikation der Krankheiten German Modification Version 2011)
ICF	=	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
JHVO	=	Jugendhilfeverordnung
JWG	=	Jugendwohlfahrtsgesetz
KJHG	=	Kinder- und Jugendhilfegesetz
ltd.	=	Limited
RJWG	=	Reichsjugendwohlfahrtsgesetz
S.	=	Seite
SGB VIII	=	Achtes Sozialgesetzbuch
[sic]	=	wirklich so
StGB	=	Strafgesetzbuch
vgl.	=	vergleiche
WHO	=	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WRV	=	Weimarer Reichsverfassung
z.T.	=	zum Teil

## Tabellenverzeichnis

	Seite
Tab. 1: Entwicklung tatverdächtiger Jugendlicher in einzelnen Deliktsbereichen.....	25
Tab. 2: Aufbau der heraklitischen Spirale.....	40
Tab. 3: Übersichtstabelle einer Kategorisierung der 14 Heilfaktoren nach Petzold in den vier Wirkprinzipien von Grawe.....	55

## 1. Einleitung

Wenn Jugendliche eine Hilfsmaßnahme beanspruchen, sind negative Vorerfahrungen vorhanden gewesen. Können diese kompensiert werden? Sich in solch einer Situation zu befinden, kann kaum nachempfunden werden. Diese jungen Menschen erfahren während der Inanspruchnahme diffizile Gefühle aus ihrem unmittelbaren Umfeld: die professionellen Helfer begegnen ihnen zugewandt, konträr dazu verhalten sich Außenstehende ihnen gegenüber meist ablehnend. Aufgrund dessen können die Hilfeangebote, insbesondere die Unterbringung in einem Heim oder in einer andersartigen Wohnform, einen wohlthuenden Schutzraum für die Jugendlichen darstellen. Die Gewissheit, keine Gefahren mehr erleiden zu müssen, ist ein essenzielles Gut, welches eine Gesundung zustande kommen lässt.

Es existieren eine Vielzahl an Möglichkeiten, welche einem Jugendlichen seine adäquate Reifung und Entwicklung erschweren oder gar verhindern können. Diese liegen unter anderem in der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, da diese von entwicklungstypischen Stressoren und stressauslösenden Faktoren begleitet werden. Der Stress kann in den Familien, bei der Freizeitgestaltung mit Gleichaltrigen sowie in der Auseinandersetzung mit der Umwelt vorkommen und eine Überforderungen auslösen (vgl. Hurrelmann/ Mansel, 1991, S. 52). Aus diesem Grund werden Hilfsmaßnahmen benötigt, welche ihren Schwerpunkt auf die Verminderung und Behebung dieser Defizite legen. In der Arbeit mit Jugendlichen ist mir schnell aufgefallen, dass sich das Spektrum der vorhandenen Defizite und Problemstellung breit fächert und sich daher das bloße Beistehen des professionellen Helfers als nicht ausreichend heraus stellt. Infolge dieser Feststellung ist das Interesse im Verlauf des Studiums für die Heilung von Defiziten entsprungen. Maßgeblich dafür waren außerdem die Ausrichtung und das Konzept der Ausbildungsstätte, da diese stark an der Integrativen Therapie orientiert sind. Diese Therapieform befasst sich vollends mit der Heilung von Menschen.

Die Integrative Therapie besitzt ein großes Repertoire bezogen auf einen positiven zwischenmenschlichen Kontakt und durch ständige Analyse von neuen Erkenntnissen wächst und verbessert sie ihre Methoden. Ihre Modelle finden auch in anderen Gesprächs- und Therapieverfahren Anwendung. Hierbei ist mein Hauptaugenmerk auf die Heilfaktoren gefallen. Heilfaktoren sind heilsam! Letztlich beschreiben diese Faktoren, wie eine zwischenmenschliche Beziehung geführt werden sollte. Ein empathischer und kongruenter Mensch vollzieht die Hälfte der 14 Heilfaktoren bereits aus seiner Grundhaltung heraus. Jedoch ist einem Laien die konkrete Ausformulierung nicht bekannt. Er kann somit kein gezieltes Einsetzen seiner Haltung bewirken. Dies wird erst mit dem Wissen über die Heilfaktoren möglich. Auf der Basis dieser Feststellung ist die Forschungsfrage der Ausarbeitung formuliert: Können Heilfaktoren bei bewusster und direkter Anwendung gegen ein spezifisches Defizit wirksam werden?

Zur wissenschaftlich fundierten Ausarbeitung dieser Forschungsfrage bedarf es jedoch mehr als einzig der Vorstellung der Heilfaktoren. Da die Ausbildungsstätte eine Jugendhilfe und Suchthilfe im Verbund ist, muss die Forschungsfrage erweitert werden: Können Heilfaktoren bei bewusster und direkter Anwendung gegen ein spezifisches Defizit eines suchterkrankten Jugendlichen wirksam werden? Diese Frage wird anhand von aufgeführten Praxisbeispielen eine Antwort finden. Zuvor werden jedoch Begriffe wie Sucht und Jugend in die vorliegende Arbeit integriert. Auch muss der gesetzliche Rahmen in der Arbeit mit Jugendlichen erörtert werden.

Dementsprechend ist der Aufbau dieser Arbeit sehr flächendeckend. Zunächst wird die Suchterkrankung aus mehreren Perspektiven angeführt. Von der neurobiologischen und sozialen Sichtweise, über die diagnostische Seite bis hin zur integrativen Ansicht wird sie beleuchtet. Anschließend geschieht eine Annäherung an die Definition der Jugend. Diese beinhaltet Vergangenes und Heutiges der Jugend mit deren jeweiligen Chancen und Risiken. An nächster Stelle findet die gesetzliche Grundlage, die in der Arbeit mit Jugendlichen notwendig ist, ihre Beschreibung. Dieser folgt eine Vorstellung der Ausbildungsstätte. Im Anschluss wird das umfangreiche

Thema der Integrativen Therapie in ihren Schwerpunkten beschrieben. Einen Teil bilden dabei die Wirkprinzipien nach Grawe, die zur Kategorisierung der Heilfaktoren benötigt wurden. Abschließend werden die Praxisbeispiele angeführt.

Aufgrund des umfassenden Themenbereichs sind, sofern Ausgrenzungen vorgenommen wurden, diese explizit in dem jeweiligen Kapitel festgehalten. Die Praxisbeispiele sind ausschließlich eigens gesammelte Erfahrung und Reflexionen. Sie sind teils aus dem Gedächtnis und teils aus festgehaltener Dokumentation entstanden.

Letztlich ist festzuhalten, dass unter der Berücksichtigung einer besseren Lesbarkeit bei allen Formulierungen auf eine geschlechterdifferenzierende Schreibweise verzichtet wurde. Jegliche Fachbegriffe oder Funktionsbezeichnungen wie zum Beispiel Therapeut, Jugendlicher oder Klient sind geschlechtsneutral aufzufassen und berücksichtigen grundsätzlich in gleichem Maße die für Frauen und Männer relevanten Aspekte im Kontext des behandelten Themas.

## **2. Formale Methodik**

Die formale Methodik dieser Ausarbeitung ist gekennzeichnet durch eine Auswahl an Literatur. Von über 60 Werken wurden 30 auserkoren, womit die Literaturrecherche vorerst eingestellt war. Diese wurden im Zuge des hermeneutischen Verständnisses gelesen und für die vorliegende Arbeit ausgearbeitet. Des Weiteren sind der Einfachheit halber Internet-recherchen, wie zum Beispiel zum Kinder- und Jugendbericht, nach und nach hinzu gekommen.

Durch Absprachen mit den Betreuer der Bachelorarbeit wurde zunächst das Inhaltsverzeichnis ausgearbeitet. An diesem wurde sich während des Schreibens der Arbeit orientiert. Des Weiteren wurde für die angeführten Praxisbeispiele die Methodik der Reflexion der eigenen Erfahrungen angewandt. Dies bildete zusammengefasst die Durchführung und Niederschrift dieser Bachelorarbeit.

### **3. Definitorischer Rahmen der Sucht mit Ergänzungen**

Definitionen sind meist breit gefächert und benötigen eine Konkretisierung, damit ein klares Verständnis zum Thema entstehen kann. Zur hiesigen Strukturierung dient ein Begriffspool, um von der richtigen Warte ausgehend einen Bezug zu erhalten. Die Definition der Abhängigkeit ist im Grunde genommen durch die *World Health Organization* (Weltgesundheitsorganisation, WHO) mithilfe der *International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> Revision* (Internationale Klassifikation der Krankheiten, German Modification Version 2011, ICD-10) und dem *Diagnostic Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> Edition* (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen 4. Auflage, DSM-IV) gesellschaftlich festgelegt und bedarf keiner umfangreichen Ausführung. Jedoch ist darin wenig Menschlichkeit enthalten, da sich die Einteilungen der ICD-10 und des DSM-IV lediglich auf die Substanz oder Nicht-Substanz beziehen. Somit wird die Wichtigkeit hervorgerufen, zu einer tiefer gehenden Einsicht zu gelangen, damit auch dem sozialen Rahmen eines Abhängigen Beachtung geschenkt wird.

#### **3.1 Definition der Abhängigkeit**

Die Definition der Abhängigkeit oder des schädlichen Gebrauches sind unter anderem deswegen einheitlich festgelegt, damit unter anderem Ärzte einen gemeinsamen Nenner zur Klassifikation besitzen (vgl. DIMDI, 2005, S. 11). Da die Kriterien zur Einschätzung der Abhängigkeit oder des schädlichen Gebrauches geringe soziale Aspekte beinhalten, wird die Definition durch H.G. Petzold im Verlauf der Ausarbeitung ausführlich aufgeführt und erhält dadurch den sonst fehlenden sozialen Rahmen. Darüber hinaus ist das soziale Umfeld ein bedeutendes Medium, um eine Diagnose zu erstellen. Dennoch werden die Definitionen nach ICD-10 und DSM-IV nach den Ergänzungen erläutert, da diese Diagnosen mit ihren Codierungen für die gesetzliche Seite eine hohe Relevanz tragen. Sie sind zur Einsicht im Anhang als Auszüge vorzufinden.

Ebenfalls erfolgt eine Abgrenzung zur *International Classification of Functioning, Disability and Health* (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF), die kurz erörtert wird.

Bevor zu den Definitionen übergegangen wird, werden Schilderungen den biologischen und sozialen Aspekt ergänzen. Sucht stellt auf der biologische Ebene ein hoch komplexes Geschehen dar, welches aus einer Funktionsgemeinschaft besteht. Die Grundsubstanz auf der neuronalen Ebene basiert auf verhaltensdeterminierenden Neurotransmittern, verhaltensmodulierenden Neuropeptiden und  $\beta$ -Carbolinen. Das Verhalten eines Menschen ist im Gehirn in Form von synaptischen Bahnen abgespeichert. Jedoch entsteht eine neuronale Plastizität durch den Substanzgebrauch. Vorhandene Bahnen verändern und neue Bahnen entwickeln sich durch das „molekulare Lernen am Substrat“ (Bönning, 1991, S. 4). Süchtige Verhaltensmuster sind jedoch nicht ausschließlich den dynamischen Strukturen des Gehirns unterlegen, sie sind ebenfalls den Prägungseinflüssen der Umwelt zuzuschreiben. Des Weiteren ist das *Reward-System* eine bedeutende Komponente. Es ist durch eine an Motivation gekoppelte Erwartung mithilfe dopaminerge, noradrenerge, serotoninerge und vor allem endorphinerge Mechanismen stark trainierend. Dadurch werden das *Belohnungs- und Bestrafungssystem*, welche mittels des hippocampalen *Verstärkungslernen* und des ventralen *Vermeidungslernen* verkörpert werden, angesprochen (vgl. Ebd., S. 5f.). Auf der neuronalen Ebene der Suchtbeschreibung ist ein riesiges Wissensrepertoire vorhanden, welches in seiner Fülle jeglichen Rahmen sprengen würde und somit soll dies für die vorliegende Arbeit genügen.

Süchtiges Verhalten ist der intensive Wunsch, eine innige Beziehung zu dem gewissen Objekt oder Verhalten zu führen. Die Ursache kann die Linderung eines unangenehmen Gefühls sein oder das Erreichen eines bestimmten, angenehmen Erlebniszustands. Es ist der Wunsch nach Freiheit, Flucht vor dem Alltag, welcher sich durch eine Obsession zu einer Abhängigkeit entwickelt. Daraus folgt schließlich die Isolation. In der

Isolation ist die Sehnsucht nach Geborgenheit wieder vordergründig, welche durch die Substanz erzeugt, zudem aber surreal von der Umwelt abgeleitet wird. Dies führt zu einer weiteren Beengung, wodurch die Substanz abermals eine simple, verlockende Art besitzt, die Freiheit geben zu können (vgl. Müller/Tretter, 2001, S. 18ff.). Ein Circulus vitiosus entsteht. Folgende Abbildung verdeutlicht den dargestellten Kreislauf:

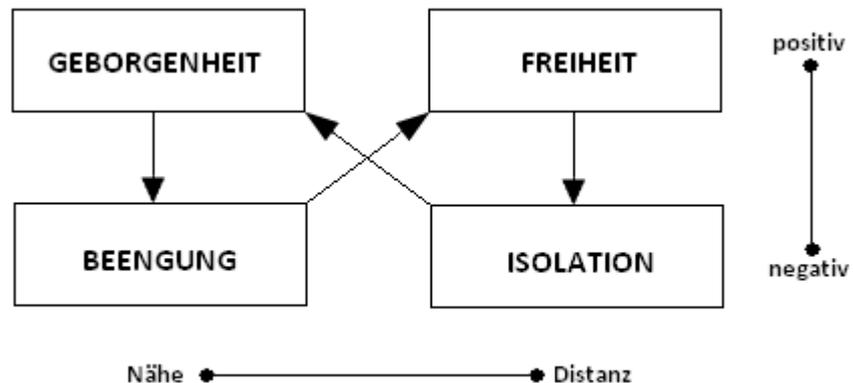


Abb. 1: Phänomenologie der Qualität der Umweltbeziehungen im Nüchtern- und Rauscherleben. Das Wechselspiel zwischen Bedürfnissen nach Nähe und Distanz mit den jeweiligen positiven und negativen Aspekten (nach Tretter 2000) (Ebd., S. 21).

Des Weiteren gilt es zu erwähnen, dass die Einnahme von psychoaktiven Substanzen weltweit auf die unterschiedlichsten soziokulturellen Standards trifft. Es existieren Kulturkreise, in welchen der Konsum von hierzulande illegalen Substanzen legitim ist und bereits Morgens oder gar auf der Arbeitsstelle Intoxikationen stattfinden. Hierbei ist eine Sucht vorhanden, wenn der Konsument trotz dem Auftreten schädlicher Konsequenzen nicht mehr entgegensteuern kann. Jedes menschliche Verhalten, welches bereits zur Gewohnheit wurde, kann sich in ein süchtiges Verhalten transformieren. Der Drang des ständigen Wiederholens, des *mehr-und-mehr-haben-wollens*, ist der Tenor des süchtigen Verlangens und wird als *craving* deklariert. Auf der neutralen Ebene ist für die nicht-psychoaktive Substanzsucht und die stoffungebundene Sucht die psychische Abhängigkeit als Begriff geprägt. Alle Süchte, auch Alltagssüchte, besitzen fließende Übergänge der Stadien, die das Verhalten beschreiben (vgl. Ebd., S. 22f.).

Die Abbildung zeigt den Verlauf der fließenden Übergänge auf:

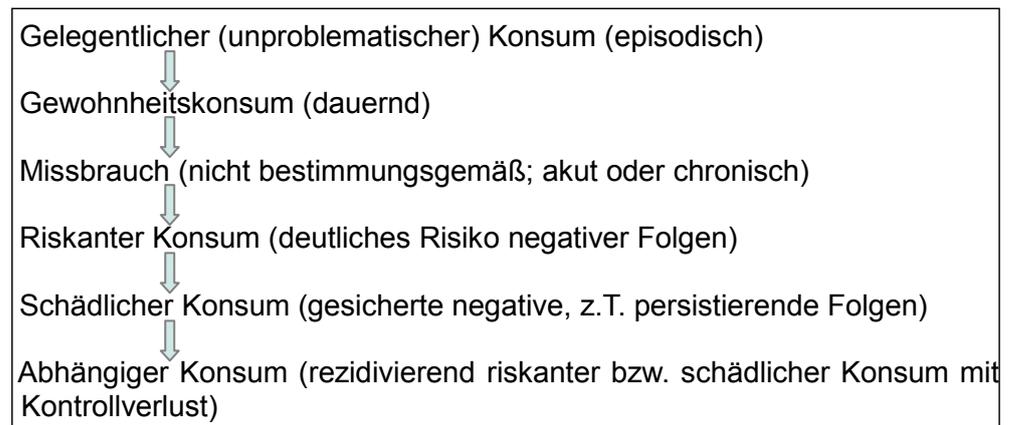


Abb. 2: Quantitatives und qualitatives Spektrum des stoffbezogenen Konsumverhaltens – vom gelegentlichen Konsum bis zur Abhängigkeit (Müller/Tretter, 2001, S. 23).

Dennoch stellt sich die Frage, was für Menschen sind Drogenabhängige? Einen Drogenkonsumenten mit seinem ganzen Dasein zu verstehen ist eine schwierige Aufgabe, ganz besonders für dessen Angehörige. Um ein besseres Verständnis dieser Person zu erhalten, ist der Gedanke von Nahestehenden, selbst die Substanz mal zu probieren nicht abwegig. Der Abhängige entfremdet kontinuierlich weiter, indem Angehörige an traditionellen Werten und Maßstäben festhalten. Jedoch ist ebenfalls die Gefahr groß, in eine Co-Abhängigkeit zu geraten, falls zu ausschweifend auf die neuen Maßstäbe des Konsumenten eingegangen wird. Menschen, die sich einer Substanz unterwerfen, sind ambivalent in ihrem Verhalten und können verschiedene Facetten aufzeigen. Es ist kein Stereotyp eines Abhängigen vorhanden, eine individuelle Betrachtung ist stets nötig (vgl. Kindermann, 1991, S. 33ff.). Nun folgen die gesetzliche Darlegungen von Sucht sowie ihre Diagnosekriterien.

### 3.2 Anführungen des DSM-IV, der ICD-10 und der ICF

Der Substanzmissbrauch ist nach dem DSM-IV gegeben, wenn eines der folgenden vier Kriterien innerhalb des Zeitraumes von 12 Monaten vorhanden ist: 1 Versagen bei der Erfüllung wichtiger Aufgaben an der

Arbeitsstelle, in der Schule oder im Privatleben, 2 Aufgrund des Konsums kommt eine Gefährdung für die eigene Person auf, 3 Wiederholte Gesetzesverstöße, 4 Auswirkungen der psychotropen Substanz führen zu andauernden sozialen oder zwischenmenschlichen Problemen. Dazu muss gegeben sein, dass ein unangepasstes Muster vom Gebrauch einer Substanz existiert, aber keine Erfüllung der Kriterien der Abhängigkeit vorhanden sind (vgl. Saß/Wittchen/Zaudig, 1996, S. 229).

Substanzabhängigkeit ist laut dem DSM-IV zu diagnostizieren, wenn sich drei der folgenden neun Kriterien in einem Zeitraum von 12 Monaten manifestiert haben: 1 Ständige Dosissteigerung, 2 Abnahme des Rauschzustandes bei gleicher Dosis, 3 Entzugssymptome der spezifischen Substanz, 4 Einnahme einer ähnlichen Substanz, um einen Entzug zu lindern, 5 Erhöhung der Einnahmehäufigkeit, 6 Scheitern am Verringern oder der Kontrolle der Dosis, 7 Inkaufnahme des immensen Zeitaufwands zur Beschaffung der Substanz, 8 Priorität der Substanz ist höher als die Priorität des sozialen Umfeldes, 9 Inkaufnahme weiterer körperlichen oder psychischer Probleme. Ist das erste oder zweite Kriterium einhergehend mit dem dritten oder vierten, ist eine körperliche Abhängigkeit vorhanden (vgl. Ebd., S. 227). Die Codierung des DSM-IV ist nicht leicht überschaubar und wenig geordnet. Beim DSM-IV ist der Code 305.XX dem schädlichen Gebrauch zugeordnet und 304.XX der Abhängigkeit. 303.90 ist der Alkoholabhängigkeit zugeschrieben. Das Ende einer Codierung (.XX) dient zur Bestimmung der jeweiligen Substanz .

Der Aufbau der Merkmale der ICD-10 stellt sich dem des DSM-IV gegenüber problemloser dar. Hierbei besagt die Klassifikation des schädlichen Gebrauches, dass ein Konsum psychotroper Substanzen vorhanden sein muss, der Schädigungen an der Gesundheit hervorrufen kann, die sich körperlich und psychisch auswirken können. Ein Abhängigkeitsyndrom wird diagnostiziert, wenn sich gruppierende Phänomene aufgrund des wiederholten Substanzgebrauch auf dem Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Bereich manifestieren. Dies verdeutlicht sich zunächst in den sechs Kriterien, wobei drei in den letzten 12 Monaten für diese Diagnose

vorhanden sein müssen: 1 Ein starker Wunsch nach der Substanz, 2 Kontrollschwierigkeiten des Konsums, 3 Weitere Einnahme der Substanz, obwohl ein Bewusstsein oder eine Sichtbarkeit der Folgeschädigungen existiert, 4 des Weiteren ist die Wirkung und Einnahme der Substanz wichtiger als andere Aktivitäten, Kontakte oder Verpflichtungen, 5 ausschlaggebend ist ebenfalls eine Toleranzerhöhung, 6 eventuell ein körperliches Entzugssyndrom (vgl. DIMDI, 2011, S. 178f.).

Die Codierung der ICD-10 beginnt mit einem Buchstaben, gefolgt von zwei Ziffern, einem Punkt und weiteren ein oder zwei Ziffern. Der Bereich der psychotropen Substanzen ist im fünften Kapitel der ICD-10 verhaftet, welcher *Psychische und Verhaltensstörungen* lautet und mit dem Buchstaben F versehen ist. Unter F10-F19 sind die psychotropen Substanzen angeführt. Aufsteigend gliedern sich diese in Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzen einschließlich Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel und den multiplen Substanzgebrauch. Nach der Ziffer für die jeweilige Substanz folgt ein Punkt und schließlich die Zahl des Zustandes, beziehungsweise der Störung, unter anderem mit F XX.1 für den schädlichen Gebrauch und F XX.2 für das Abhängigkeitssyndrom (vgl. Ebd., S. 180). Wird nach dem Punkt eine zweite Ziffer angeführt, bedeutet diese aufsteigend von null bis sechs: 0 gegenwärtig abstinent, 1 gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung, 2 gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Abgabe- oder Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit), 3 gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten, 4 gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit), 5 ständiger Substanzgebrauch, 6 episodischer Substanzgebrauch (Dipsomanie) (vgl. Hautzinger/Thies, 2009, S. 3).

Die Abgrenzung zur ICF basiert darauf, dass dessen Spektrum einen enormen Bereich abdeckt. Die sechs Hauptachsen der ICF Gesundheitszustand, Körperfunktion, Aktivität, umwelt- und personenbezogene Faktoren und Partizipation sind zwar Sparten mit immenser Gewichtung, dienen aber lediglich zu Ergänzung einer Diagnostik nach ICD-10 oder

DSM-IV. Die Inhalte der ICF besitzen sozialpolitisches Engagement, um soziale Sicherheit zu gestalten und der Politik ebenfalls eine Richtung zu geben. Auch pädagogisches Streben ist vorhanden, indem ein Problembewusstsein hervorgerufen und soziales Handeln anvisiert wird. Dennoch ist sie nur eine ergänzendes Instrumentarium, auf welcher Ebene auch immer, und aus diesem Grund nicht relevant für das Thema der Ausarbeitung (vgl. DIMDI, 2005, S. 11f.).

### **3.3 Sucht aus der Sicht von H.G. Petzold**

Nach Petzold bedarf es mehrere Blickwinkel, um einem Drogenabhängigen Antworten auf seine Problematiken zu geben und ein breitgefächertes Angebot an Hilfen und Therapien leisten zu können. Die Einzigartigkeit eines jeden Menschen ist ebenfalls in seinem pathogenen Suchtverlauf vorhanden. Somit ergibt sich keine universelle Uniformität eines *Süchtigen*. Jeglicher Versuch, eine Schablone der Krankheit Sucht anzufertigen ist vergebens, sowohl in der Theoriebildung als auch in den Explikationsrastern. Darüber hinaus tritt eine weitere Schwierigkeit hervor. Nicht nur das individuelle eines Drogenpatienten ist eine mühevolle Hürde, insbesondere die Vielfalt der vorhandenen theoretischen Modelle bildet ein Hemmnis. Die existierende Literatur des Gebiets der Drogentherapie stellt 70-80 größere oder kleinere Schulen mit ihren verschiedenen Modellen dar, wobei jede ein unterschiedliches Persönlichkeitsbild mit sich bringt (vgl. Petzold, 2004, S. 513f.).

Eine Suchtkrankheit zeigt deutlich auf, dass es sich bei dieser nicht ausschließlich um eine Erkrankung des Körpers oder der Seele (Gesamtheit aller Emotionen, Motivationen und Volitionen mit ihren Lernfähigkeiten) handelt. Bei einer Depression oder einer Zwangserkrankung ist nicht eindeutig ersichtlich, dass der komplette Mensch eine pathogene Manifestation besitzt, die mit ihm, seinem Kontext und Kontinuum seines Lebens zu sehen ist. Bei einer Abhängigkeitserkrankung ist dies jedoch der Fall. Des Weiteren ist das Zustandekommen der Krankheit mit unter-

schiedlichen Modellen der Pathogenese zu betrachten (vgl. Petzold, 2004, S. 515). Um dies zu verdeutlichen, wird nun die Definition einer Drogenabhängigkeit von Petzold wiedergegeben:

„Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen/der Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk [sic] und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und - wenn sie lange genug wirkt - zerstört. Drogenabhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biographischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation/Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage.“ (Ebd., S. 515)

Petzold stellt diese Definition auf der Basis eines anthropologischen Menschenbildes mit einem Hintergrund in der Persönlichkeitstheorie auf. Diese Zusammenhänge sind eine enorme Wichtigkeit und wurzeln seine langjährigen Erfahrungen im Bereich der Drogentherapie. Des Weiteren sind die *tiefenpsychologischen Perspektiven* defizitär, da sie mit einer solchen *Breitensicht* ausgestattet werden müssten. Diese Breitensicht, welche durch die eben erwähnten Hintergründe gebildet wird, bezieht sich auf zwei Folien einer Menschenbildanschauung. Die erste stellt die anthropologische Folie dar. Sie besteht aus vier Therapieformen sowie einer Intervention. Die persönlichkeits-theoretische Folie schafft einen eigenständigen Abschnitt (vgl. Ebd., S. 515ff.). Beide werden folgend knapp angeführt, da eine tiefer gehende Ausarbeitung den Rahmen der vorliegenden Arbeit übersteigen würde.

Die *anthropologische Folie* sieht den Menschen genderspezifisch als Mann und Frau, welcher einen Körper, eine Seele und einen Geist (Gesamtheit aller basalen und komplexen Kognitionen mit ihren Lernfähigkeiten) besitzt und sich in einem sozialen und ökologischen Raum befindet. Durch diese Betrachtungsweise ist ein Drogenabhängiger unter einer Multimorbidität zu sehen. Begründet werden kann dies in dem Angreifen des somatischen Bereiches und dem Hervorrufen einer psychischen Abhängigkeit, die im physiologischen, neurobiologischen, psychoneuroimmunologischen Spek-

trum zu finden sind. Aufgrund dessen treten negative Synergien ein. Die anthropologische Formel beinhaltet fünf Aspekte. (vgl. Petzold, 2004, S. 516).

Ein erster Aspekt, die *Somatotherapie*, ist nicht nur die Sanierung eines Körpers, der durch den Missbrauch von Drogen verwahrlost wurde. Sie versteht sich vielmehr als eine Sensibilisierung der Leiblichkeit. Ein Drogenkonsument entwickelt bei stetiger Einnahme von psychotropen Substanzen ein gestörtes Bild seiner Selbst und ein beeinträchtigtes Empfinden seinem Körper gegenüber, welches im Therapieverlauf zurück transformiert werden muss. Dabei helfen unter anderem eine Atem-, Bewegungs- und Sporttherapie. Ein weiterer, wichtiger Punkt, den es als Therapeut zu berücksichtigen gilt, ist eine verdinglichende Kultur der Leiblichkeit. Die Entfremdung von der Leiblichkeit oder die Verdinglichung des Leibes sind, beispielsweise in Form eines Zigarettenabusus, ebenfalls Themen des Helfers. Änderungen im Verständnis diesbezüglich wären gesellschaftlich angebracht (vgl. Ebd., S. 517f.).

Die *Psychotherapie* ist als weiterer Aspekt der Formel zu benennen. Die konventionelle Art bezieht sich lediglich auf die seelische Geschichte eines Menschen, die Integrative Therapie allerdings auf die körperliche und leibseelische Vergangenheit. Verständlich wird diese Ansicht indem ein kranker Mensch angeschaut wird, da Depressive, Verbitterte, Hassgefüllte oder Verwahrloste, um nur einige zu nennen, nicht ausschließlich pathogen in ihrer Seele, sondern dies zudem in ihrem Körper sind. Dies ist ersichtlich an der Bewegung, gar in der ganzen Körperhaltung eines Menschen. Psychotherapie ist aufgrund dessen nicht abgekoppelt zu betreiben, vielmehr mit einer Eingebundenheit in das somatopsychische Geschehen des Patienten. Ferner ist das soziale Netzwerk mit in die Sichtweise einzu beziehen, da ein Mensch nicht alleine lacht oder weint. Selbst wenn es im stillen Kämmerchen geschieht, ist eine Anwesenheit der Abwesenden im Geiste vorhanden (vgl. Ebd., S. 518f.).

Der Terminus *Nous* stammt aus dem Griechischen und bedeutet Geist. Daher ist der dritte Aspekt in der Formel die *Noothérapie*. Ob Jugendlicher oder Erwachsener, in diesem Bereich ist bei einem Abhängigen eine starke Schädigung vorhanden. Die Frage nach einem Sinn im Leben, des Unrechts oder der Gerechtigkeit erhält einen enormen Bestandteil im Leben eines Drogenkonsumenten, da in seinem Werdegang meist Erfahrungen dieser Art erlebt wurden. Die Perspektivlosigkeit kann darüber hinaus eine motivationale Kraft verkörpern, um den Konsum psychotroper Substanzen aufrecht zu erhalten. Der Sinnverlust ist wie ein Vakuumsog zu verstehen, der auch als geistiges craving deklariert werden kann. Er besitzt eine gleiche Bedeutsamkeit wie das physische oder psychische craving. Unter diesem Aspekt wird bei einem Patienten die Sehnsucht nach einem Lebenssinn sichtbar, welcher von ihm bereitwillig verdrängt wird. Noothérapie ist nicht als eine Seelsorge anzuschauen, sondern als eine Besinnung, Betrachtung und Versenkung, um Wege zu sich selbst und zu anderen zu finden (vgl. Petzold, 2004, S. 519f.).

*Soziothérapie* ist ein weiterer Aspekt der Formel. Familie, Freunde und Vertraute gehören zu den engsten Kreis eines jeden Menschen und dessen Netzwerk ist ein bedeutender Teil, wenn nicht gar der Bedeutendste, in seiner Sozialität. Drogenabhängige befinden sich zumeist in einer pathogenen bis zerstörten sozialen Realität. Das muss als eine Krankheit betrachtet werden. Unter diesem Blickwinkel auf dessen Netzwerk geschaut, zeichnen sich oft pseudo- oder toxische Beziehungen heraus, wohingegen positive, stützende Kräfte, die das Netzwerk aufrecht erhalten sind, meist nur in sehr geringem Maße existieren. Diese Netzwerk- Therapie geht auf die familiäre Situation eines Klienten ein, greift aber darüber hinaus weiter als die Familientherapie, da auch der Freundes- und Kollegenkreis einbezogen werden. Der Mensch benötigt zwischenmenschliche Nähe. Diese Ressource geht schnell verloren, wenn die vorhandene Umgebung ein defizitäres Milieus für den Patienten bildet. Die Beziehungsfähigkeit kann unter anderem in Selbsthilfegruppen oder therapeutischen Gruppen wieder intensiviert werden (vgl. Ebd., S. 520f.).

Fünfter und finaler Aspekt der anthropologischen Folie ist die Betrachtung des Menschen als ein ökologisches Wesen. Eine *ökologische Intervention* ist zum Beispiel für einen Obdachlosen von Nöten, da die Persönlichkeit eines Menschen immens von der Beschaffenheit seiner physikalischen Umgebung abhängig ist. Eine prekäre umgebende Situation belastet die Gesundheit zusätzlich. Dadurch entsteht eine enorme Wichtigkeit des Staates, in Gegenden, in welchen ein Prekariat vorzufinden ist, die Tristesse und Beengtheit abzubauen und Entfaltungsspielräume zu ermöglichen. Petzold betont hier deutlich, dass es unakzeptabel ist, dass bis zum heutigen Tage Einrichtungen in der Drogenhilfe auffindbar sind, in welchen desolate Atmosphären aufgrund ökonomischer Zustände oder mangelnder Professionalität seitens der Mitarbeiter herrschen. Dort werden die Behandlungen behindert und die Klienten können nur schwer zu einem zur Rehabilitation benötigten Rahmen zur Wiedereingliederung gelangen (vgl. Petzold, 2004, S. 521f.).

Folgend wird die *persönlichkeitstheoretische Folie* des Menschenbildes Petzolds beschrieben. Die Ursache einer Suchterkrankung darf demnach nicht nur in den habituellen theoretischen Modellvorstellungen einer defizitären Mutter-Kind-Beziehung gesehen werden. Die Sichtweise der Integrativen Therapie bezieht sich auf die *Psychologie der Lebensspanne*, dem *life span developmental approach* und besagt, dass ein Drogenabhängiger nicht nur eine Störung in einer früheren Lebenszeit erfuhr, sondern, dass der Blick auf die ganze Lebenslaufperspektive gerichtet werden muss. „Die Persönlichkeit *eines Menschen* entsteht durch die Gesamtheit aller positiven, aller *negativen* und aller *Defiziterfahrungen* [H.i.O.]“ (Ebd., S. 523) Eine Traumatisierung, welche durch eine hohe Frequenz an negativen Reizen entsteht, bedarf einer aufdeckenden Psychotherapie, da der Mensch in der jeweiligen Situation keine altersgerechte Coping-Strategie, keinen Bewältigungsmechanismus besitzt. Viele Drogenabhängige erleiden Traumata, vor allem im Missbrauchsbereich, meist in der Pubeszenz, Adoleszenz und im jungen Erwachsenenleben. Diese pathogene Valenz darf nicht verleugnet oder marginalisiert werden, was in der Psychoanalyse und der Tiefenpsychologie durch den überwiegenden Blick auf mögliche Frühstörungen verrichtet wird (vgl. Ebd., S. 522f.).

„Drogenarbeit als Identitätstherapie“ (Petzold, 2004, S. 524) ist ein strapaziöses Unterfangen. Diese Art der *Persönlichkeitstherapie* konzentriert ihre Sicht auf die *Pathogenese der Lebensspanne*. Dabei ist der Blick nicht nur auf das *Verflossene*, auf die Erfahrungen aus der bisherigen Geschichte eines Drogenabhängigen zu richten. Ebenfalls, und vielleicht darüber hinaus, ist die Anschauungen der *Zukunftsstrebungen* zu beachten. Im Bereich dieser erkrankten Menschen finden sich meist gescheiterte, teilweise nur rudimentär entwickelte Perspektiven. Dies stellt nun das Dilemma dar. Der Entwurf von freudigen, lebensbejahenden Lebensausrichtungen, die mit der Gesellschaft konform sind, ist ein immens schwieriger Prozess, den der Therapeut begleiten und eventuell anleiten muss, da dieser eine große Bedeutung für die Gesundheit des Patienten trägt (vgl. Ebd.).

Die Persönlichkeitstheorie ist aus der Warte des integrativen Ansatzes in drei signifikante Dimensionen einzuteilen. Sie ist der Annahme, dass die Persönlichkeit eines Menschen aus einem *Leib-Selbst*, dem folgend aus einem *Ich* und wiederum diesem folgend aus einer *Identität* besteht. Das archaische Leib-Selbst, mit welchem alle Menschen geboren werden, welches sie vielleicht aber auch schon ab der Zeugung besitzen, ist ein Organismus mit besonderen Fähigkeiten. Es ist ein perzeptiver Leib, mit der Anlage wahrzunehmen; ein memorativer Leib, mit der Fertigkeit sich zu erinnern und ein expressiver Leib, mit der Begabung, mit Ausdruck zu reagieren. Daher ist ein frühes Fördern der Perzeption für jeden jungen Menschen von Wichtigkeit. Jedoch ist in den meisten Werdegängen von Drogenabhängigen kein Bestärken der Perzeption vorhanden gewesen, vielmehr eine Unterdrückung dessen, wodurch es zu einer Amputation des expressiven Leibes kommt. Aus der Zuspitzung dieser Lage folgt eine Extremreaktion, ein Ausbruch und um diese zu kompensieren, wird in dysfunktionaler Weise zur Droge gegriffen. In voran schreitender Zeit entwickelt das Leib-Selbst das Ich, circa im 8. postnatalen Monat. Der Höhepunkt dieser Entwicklung ist just in dem Moment, in welchem der junge Mensch zum ersten Mal Ich, anstatt seinem Namen ausspricht. Dabei ist die Verhinderung der Ich-Äußerungen negativ und behindert das Wachsen eines kohärenten Ichs. Nach einer gewissen Reife des Ichs ist

der Mensch in der Lage sich selbst in der Exzentrizität zu sehen. Ab diesem Punkt baut sich die Identität eines Menschen auf. Mit einem Spiegel und den Spiegelungen von Mitmenschen kann das archaische Leib-Selbst größer werden und reifen, wodurch ein positiv funktionierendes Ich und eine prägnante Identität entsteht. Aus diesem Grund ist es in der Arbeit mit Drogenabhängigen von immenser Bedeutsamkeit herauszufinden, in welcher vergangenen Epoche es zu Schädigungen der Entwicklung gekommen ist (vgl. Petzold, 2004, S. 525f.).

## 4. Beschreibung des Begriffes Jugend

Um eine Annäherung an den Begriff der *Jugend* zu gestalten, ist es eine Notwendigkeit, die geschichtliche Entstehung und den historischen Verlauf dieser zu betrachten. Zuvor wurde erwähnt, dass die Gesetzeslage hierzu eindeutiger ist. Dies stellt sich schließlich nur als teilweise wahr heraus. Es existiert kein Gesetz, welches besagt ab wann die Altersstufe eines Jugendlichen erreicht ist. Im Volksmund wird der Eintritt in das Jugendalter jedoch an der Strafmündigkeit des Menschen fixiert. Mit dem Beginn des 15. Lebensjahres wird diese durch den § 19 des Strafgesetzbuches (StGB) festgehalten. „§ 19 *Schuldunfähigkeit des Kindes* Schuldunfähig ist, wer bei Begehung der Tat noch nicht vierzehn Jahre alt ist. [H.i.O.]“ (Stascheit, 2009, S. 1681) Im Werte- und Normbereich der deutschen Gesellschaft gilt der Mensch somit durch die Strafmündigkeit ab 14 Jahren als jugendlich. Wie ist jedoch das Jugendalter entstanden? Zur Beantwortung zeigt eine Abbildung die Strukturierung der Lebensphasen kurz auf:

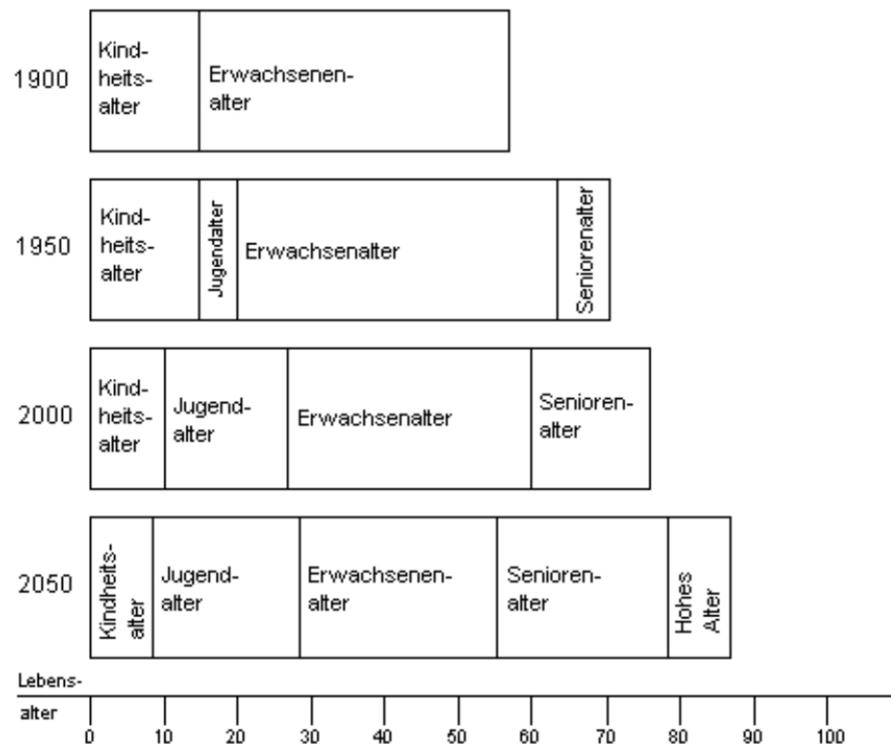


Abb. 3: Strukturierung von Lebensphasen zu vier historischen Zeitpunkten (Hurrelmann, 1985, S. 17).

Wie aus der eben angeführten Abbildung zu entnehmen ist, existierte ein Jugendalter - wie wir es heute kennen - vor über hundert Jahren nicht. Es entstand zeitgeschichtlich erst nach dem 2. Weltkrieg. Ebenfalls ersichtlich ist die zeitliche Ausdehnung des Jugendalters sowie das Schrumpfen des Erwachsenenalters. Die Quantität, das heißt die Zahl der Jugendlichen, verhält sich dem gegenüber komplementär. Da die Menge der Geburten sinkt und sich das Sterbealter erhöht, wird die Anzahl der Jugendlichen geringer, wohingegen sich die der Senioren erhöht. Da keine biologische Definition des Begriffes Jugend vorhanden ist, sind kulturelle, wirtschaftliche und generationsbezogene Faktoren Schlüsselkomponenten in diesem Falle (vgl. Hurrelmann, 1985, S. 13.).

Jugendliche können unter anderem als *gesellschaftliche Seismographen* verstanden werden. In der heutigen Zeit gelten sie als „...Vorreiter einer modernen Lebensführung...“ (Ebd., S. 8). Menschen, die sich in ihrer Jugend befinden, besitzen einen immens großen Entscheidungsspielraum für ihre selbstbestimmten Verhaltensweisen. Dies erstreckt sich über den Freizeit- und Konsumbereich, Medien, Verbrauchsgüter, Genussmittel, hin zu der Auswahl der befreundeten Gleichaltrigen und ihren politischen sowie religiösen Entscheidungen. Dadurch entsteht eine frühe, breite Entfaltungsmöglichkeit für ihren Lebensabschnitt, wobei die ökonomische Selbstständigkeit hinaus gezögert wird. Begründet werden kann dieses Zustandekommen an der sich stetig ausdehnenden Zeit, welche in den Abschluss einer Schul- und Berufsausbildung investiert wird. Aus diesem Grund verliert die Jugend immer mehr ihren Charakter der Übergangsphase. Jugendliche und junge Erwachsene erleben für sich ein ambivalentes Verhalten bezüglich des Autonomiebedürfnisses und den ökonomischen Hemmnissen, die zur Bewältigung dieser Autonomie beitragen. Aus der Sicht der Soziologie betrachtet, herrscht bei der Jugend eine *Statusinkonsistenz*. Diese rührt daher, da „...eine Ungleichzeitigkeit und Unausgewogenheit von sozialen Positionen und Rollen...“ (Ebd., S. 9) existiert.

Zur detaillierten Annäherung an den Begriff der Jugend und deren Expansion sind, wie bereits angedeutet, weitere Aspekte wie ökonomische, kulturelle und soziale Faktoren zu betrachten. Deutlich sichtbar sind Tendenzen ab den 1980er Jahren, die zeigen, dass die schulischen, beruflichen sowie hochschulischen Laufbahnen absichtlich ausgedehnt werden, damit potentielle neue Arbeitskräfte von dem Arbeitsmarkt längst möglich fern gehalten werden. Dies schafft eine Entlastung für die rar gewordenen Berufssysteme, indem das Erziehungssystem für einen immer größer werdenden Zeitraum seine Zuständigkeit erhält. „Das Bildungssystem wurde zu einem biografischen Warteraum auf dem Wege zum Erwachsenenalter.“ (Hurrelmann, 1985, S. 22)

Aus der sozialen Perspektive ist die verlängerte Lebenszeit und die ständig sinkende Erwerbsarbeitszeit hingegen der Grund für einen Wandel im Verhältnis von Arbeit und Freizeit. Dies erfolgt unter anderem aus dem immer vordergründiger in Erscheinung tretenden späteren Berufseintritt. Somit verliert der Arbeitsplatz oder Betrieb die Möglichkeit, eine Identitätsbildung und Lebensorientierung quantitativ für den Jugendlichen oder jungen Erwachsenen zu stiften. Qualitativ behält ein Arbeitsplatz aufgrund des finanziellen Status jedoch sein Sozialprestige. Die ständige Abnahme der vollwertigen Arbeitsstellen verringert dennoch auch dieses soziale Ansehen (vgl. Hurrelmann, 2000, S. 25). Ebenfalls ist die biologische Entwicklung ein weiterer, nicht unbedeutender Faktor. Hierbei ist die Vorverlagerung der Sexualreife der Auslöser des Dezimierens der Kindheit und somit der Grund für die Ausdehnung des Jugendalters. In der Phase der Sexualreife entsteht eine *Neuprogrammierung* des Menschen in physiologischer und psychologischer Art und Weise. Neue Regulierungs- und Bewältigungsmechanismen reifen notwendiger Weise, um mit den veränderten Bedingungen der inneren Eigenwelt und der äußeren Umwelt zurecht zu kommen (vgl. Hurrelmann, 1985, S. 26).

#### **4.1 Historie und heutiger Standpunkt der Jugend**

Kinder leben heutzutage als *kleine Erwachsene*, ähnlich wie im Mittelalter, jedoch mit stark veränderten sozialen, kulturellen, ökologischen und ökonomischen Bedingungen. Die offene mittelalterliche Gesellschaft in Mitteleuropa zerfiel aufgrund wandelnder wirtschaftlicher Auslagen und entstehender pädagogischer Vorstellungen. Infolge dessen wurde es notwendig, die Lebensphasen zu deklarieren und die Kindheit und das Jugendalter wurden geboren. Jedoch ist der Hiatus zwischen der damaligen und heutigen Kindheit, beziehungsweise des Jugendalters, exorbitant. Kinder wuchsen damals direkt nach dem Säuglingsalter in den gleichen Verhältnissen wie Erwachsene auf, indem sie gleiche Kleider zur Auswahl hatten, die selben Tätigkeiten ausübten und ihnen keine explizit kindlichen Beschäftigungsmöglichkeiten zu Verfügung standen. Die Kluft schmälerte sich erst im 15. Jahrhundert, als die Institution Familie sich langsam in ihrer heutigen Form entfaltete. Die Familie wurde zur Erziehungsinstanz und befand sich nun in der Aufgabe, das Kind auf die Gesellschaft vorzubereiten, indem die Zentrierung auf der Persönlichkeitsentwicklung des jungen Menschen lag. In voranschreitender Zeit wurde die Familie als Pol für die Kindheit und die Schule für die Jugend. Erst im 20. Jahrhundert fingen Schulen und Kindergärten an, Aufgaben in der Erziehung und Bildung aller Kinder und Jugendlichen zu übernehmen (vgl. Hurrelmann, 2009, S. 129f.).

Nach W. Klawe kristallisieren sich für Jugendliche fünf Prozesse in ihrer Lebensphase heraus: *Pubertät und Reifung*, *Ablösung vom Elternhaus*, *Berufseinstieg*, *Statusunsicherheit* und *Identitätsbildung*. Die Pubertät ist so individuell wie es auch die Menschen sind. Sie wird biologisch bestimmt, Dauer, Zeitpunkt und Intensität sind geschlechtsspezifisch und einzigartig (vgl. Klawe, 1986, S. 28f.). J. Raithel teilt die Jugendphase in drei Einheiten, die sich über einen Zeitraum von ca. einen Jahrzehnt bewegen. Die *frühe Adoleszenz*, die sich zwischen dem 12. und dem 15. Lebensjahr vollzieht, die *mittlere Adoleszenz*, die sich ab dem 16. bis zum 18. Lebensjahr erstreckt sowie die *späte Adoleszenz*, die sich schließlich vom 19. bis in das 22. Lebensjahr entwickelt (vgl. Raithel, 2004, S. 14).

Der heutige Standpunkt der Jugendlichen, welcher auch die Lebens- und die Werteorientierung der jungen Generation sein kann, ist deutlich definiert durch vier unterschiedliche Typen von Jugendlichen. Es sind die *selbstbewussten Macher*, die *pragmatischen Idealisten*, die *robusten Materialisten* und die *zögerlichen, unauffälligen, resignativen und skeptischen Jugendlichen*. Die Macher bilden die Leistungselite und stellen ca. ein Drittel aller Jugendlichen dar. Sie besitzen eine Synthese aus alten und neuen Werten der Gesellschaft sowie ihren eigenen, infolgedessen repräsentieren sie die aufstiegsorientierte Gruppe. Die Geschlechterverteilung ist in dieser Population ausgewogen. Sie fabrizieren Selbstverwirklichung durch Selbstdisziplin und können treffend als *Egotaktiker* tituiert werden (vgl. Hurrelmann, 2009, S. 137). Die Idealisten sind ebenfalls eine tonangebende Gruppe und bilden ein weiteres Drittel der Jugendpopulation. Der überwiegende Anteil dieser Gruppe besteht aus jungen Frauen. Diese Gruppierung hebt sich dadurch von den Machern ab, dass zwischenmenschliche Ziele für eine soziales Miteinander im Vordergrund stehen. Sie besitzen eine konzentrierte Lebensführung, begleitet durch ein hohes Selbstbewusstsein. „Die tonangebende Mentalität ist eine Mischung aus wacher Umweltwahrnehmung und beherztem Ergreifen von Chancen der Umweltgestaltung“ (Ebd.).

Das letzte Drittel, welches überwiegend aus männlichen jungen Menschen besteht, gliedert sich in die resignative Jugend und die Materialisten. Durch geringen Erfolg in Schule und Ausbildung lernen die Resignativen duldsam mit ihren Ressourcen und Möglichkeiten hauszuhalten, da sie gleichermaßen nach einem positiven Lebensstandard und Macht eifern. Meist bleibt nur ein Abfinden mit der gegebenen Situation als Ausweg. Die Materialisten hingegen wollen Lebensgenuss mit Lebensstandard gleichsetzen, obwohl ihnen bewusst ist, dass sie zu geringe Performanzen diesbezüglich bieten. In dieser Gruppe kursieren häufig negative Gefühle der Selbsteinschätzung und somit herrscht geringes bis nicht vorhandenes Engagement für die Gesellschaft. Hierbei kommen häufig Dispositionen für Gewalt, Fremdenfeindlichkeit und Rechtsextremismus auf (vgl. Ebd., S. 138).

Nun tritt die Frage in Vordergrund, wie diese Risiken entstehen können und welche Chancen für die Jugend existieren, diesen nicht zu erliegen.

## **4.2 Risiken und Chancen der Jugend von heute**

Jugendliches Verhalten ist im Gegensatz zu dem Verhalten Erwachsener risikoreicher und kann mit vielerlei Problemen behaftet sein. Das rührt daher, dass das Austesten von Handlungskompetenzen für die Jugend vordergründig ist. Somit begeben sie sich oft in gesundheitsgefährdende Situationen, in Übertretungen des moralisch Erlaubten der Gesellschaft und kommen aufgrund von delinquenten Verhaltens mit dem Gesetz in eine Kalamität. Hauptaugenmerk im riskanten Gesundheitsverhalten dieser Jugend liegt im möglichen Substanzkonsum, welcher auf dessen Gefährdungspotential zurück zu führen ist. Die meist konsumierten Substanzen sind Alkohol und Tabak, der Konsum von illegalen Drogen und Medikamenten ist als eher gering zu verzeichnen. Die Lage ist bezüglich des Gewichts der Jugendlichen bedrohlicher. Gründe hierfür können im unregelmäßigen und ungesunden Essverhalten gesehen werden. Bei den weiblichen jungen Menschen ist es das Untergewicht, welches überwiegend außerhalb der Norm liegt, bei den Männlichen gleicht sich das Über- und Untergewicht weitestgehend aus. Bis zu 70% aller Jugendlichen fallen in den Bereich derjenigen mit Über- bzw. Untergewicht. Ein weiteres Gesundheitsrisiko wird durch das Hören lauter Musik erzeugt. Es existieren derzeit jedoch zu wenig zu beachtende, epidemiologische Befunde, die sich auf das Verhalten der Lautstärke der Musik beziehen, welche sich aber in Zukunft anhäufen werden. Hierdurch kann gegebenenfalls ein weiteres gesundheitsgefährdendes Verhalten aufgezeigt werden (vgl. Raithel, 2004, S. 9f.).

In der Dentalhygiene hingegen lässt sich eine positive Bewertung aufstellen. Zwar säubern sich junge Frauen kontinuierlicher den oralen Bereich, dennoch sind es 97% aller Jugendlichen, die diese Aufgabe mindestens einmal Täglich bewältigen. Bei der Sonnenexposition ist der Trend außerdem negativ. Unter den Jugendlichen existiert kein melanomartiger Todesfall, wohingegen die Anzahl bei den Erwachsenen sich fast verdoppelt hat. Jedoch ist eine derartige Habitualisierung bei den Jugendlichen zu beob-

achten, was zu den eben angeführten Todesfällen beitragen kann. Im sportlichen Gebiet ist der Leistungssport eventuell problematisch, da durch diesen psychosoziale Belastungen auftreten können. Bei den Risiko-, Abenteuer- oder Extremsportarten allerdings ist die Gefahr allgegenwärtig. Das Gefährliche ist ein zentraler Bestandteil der Aktivität, denn es stellt den Reiz der Sportart dar. Anerkennung und Ruhm bei Mitstreitern und Gruppenmitgliedern vorzuzeigen, ist häufig Ziel einer solchen Aktivität. Im Sexualverhalten verhütet fast jeder 5. Jugendliche nicht beim ersten Koitus, was bei steigenden Zahlen von HIV-Infizierten eine bedenkliche Situation darstellt. Andererseits ist das Treueverhalten in den jugendlichen Partnerschaften angestiegen, was positiv zu bewerten ist (vgl. Raithel, 2004, 11f.).

Das delinquente Verhalten der Jugend hat sich laut der Statistik des Bundeskriminalamts verbessert. Im Jahre 2002 waren fast 300.000 deutsche und nichtdeutsche Jugendliche als Täter identifiziert worden. Diese Zahl zeigt allerdings nur das Hellfeld auf, die Dunkelziffer ist in der Regel weitaus höher. Der am meisten getätigte Delikt war der Diebstahl ohne erschwerende Umstände gefolgt von Körperverletzungen, Sachbeschädigungen, Rauschgiftdelikten und schließlich der Diebstahl unter erschwerenden Umständen (vgl. Ebd., S. 12). Die Reihenfolge der Delikte trifft ebenso auf das Jahr 2011 zu, jedoch ist das Körperverletzungsdelikt nun nur knapp hinter dem leichten Diebstahl zu verzeichnen. Grund dafür kann sein, dass der Gewaltakt immer weniger einen Grund der Bereicherung von Gütern oder Bargeld beinhaltet, sondern lediglich die Demonstration von Macht und Männlichkeit impliziert (vgl. Ebd., S. 41).

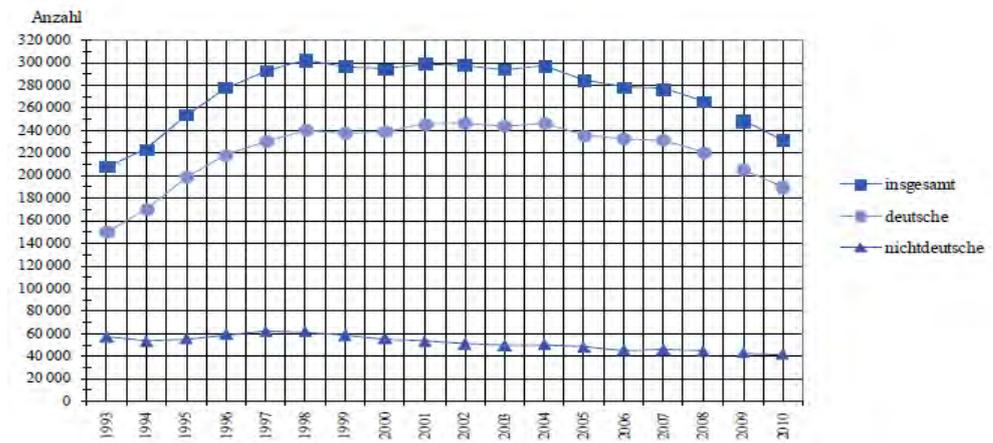


Abb. 4: Entwicklung tatverdächtiger Jugendlicher (BKA, 2011, S. 88)

Straftaten(gruppen)	deutsche Jugendliche		Veränderung		nichtdeutsche Jugendliche		Veränderung	
	2010	2009	absolut	in %	2010	2009	absolut	in %
Straftaten insgesamt	189 907	205 775	-15 868	-7,7	41 636	42 927	-1 291	-3,0
Rauschgift delikte BtMG	14 696	14 987	-291	-1,9	2 148	2 130	18	0,8
-Cannabis und Zubereitungen	13 057	13 305	-248	-1,9	1 982	1 920	62	3,2
Ladendiebstahl insges.	46 489	49 364	-2 875	-5,8	10 537	10 211	326	3,2
"schwerer" Diebstahl	17 730	20 456	-2 726	-13,3	3 972	4 351	-379	-8,7
Bedrohung	6 643	7 689	-1 046	-13,6	1 367	1 485	-118	-7,9
Beleidigung	12 189	12 845	-656	-5,1	2 046	2 119	-73	-3,4
Sachbeschädigung	32 956	38 713	-5 757	-14,9	3 450	3 955	-505	-12,8
Körperverletzung insges.	45 967	49 702	-3 735	-7,5	11 017	11 817	-800	-6,8

Tab. 2: Entwicklung tatverdächtiger Jugendlicher in einzelnen Deliktsbereichen  
Bereich: Bundesgebiet insgesamt (BKA, 2011, S. 89).

Die angeführte Abbildung zeigt den Verlauf aller Straftaten der Jugend von 1993 bis 2010 und die anschließende Tabelle veranschaulicht die einzelnen Delikte im Jahr 2011. Die Kurven der Abbildung haben eine Unterbrechung zwischen dem Jahr 2008 und 2009, was darauf zurückzuführen ist, dass ab 2009 die *echten* erfassten Fälle angeführt werden und nicht nur die Verdachtsfälle (vgl. BKA, 2011, S. 89). Des Weiteren ist ein umfassender Auszug dieser Statistiken im Anhang der vorliegenden Arbeit vorzufinden.

Gelingt es dem jungen Menschen von heute die Entwicklungsaufgaben der Jugendphase ohne nennenswerte Schäden zu durchlaufen, so ergibt sich für ihn die Chance, nicht delinquent zu werden. Die zuvor erwähnten Phasen des Jugendalters ähneln denen Hurrelmanns. Seine Phasen lauten *psychische und soziale Ablösung vom Elternhaus, Entwicklung von*

*sozialem Bindungsverhalten mit Gleichaltrigen und eine heterosexuelle Partnerbeziehung*, wobei die heutige Perspektive keine unbedingte heterosexuelle Beziehung vorschreibt. Des Weiteren ist eine *Entwicklung intellektueller Kompetenz und sozialer Verantwortungsbereitschaft* sowie der *Aufbau eines eigenen Werte- und Normensystem mit einem ethischen und politischen Bewusstsein* Teil der Stadien des Jugendalters (vgl. Hurrelmann, 1991, S. 10). Dabei sind die erlernten Handlungskompetenzen die Basis für ein autonomes Selbstgefühl und eine prägende Ich-Identität. Die Chancen der Jugend liegen somit darin, eine Ziel gebende Förderung in dieser Phase der Jugend zu erhalten, welche ihnen dennoch genügend Spielraum zugesteht, um eine autonome Lebensgestaltung in ihre Entwicklung einbetten zu können. „Entwicklungen und Entscheidungen in dieser Phase sind somit konstitutiv und prägend für das gesamte spätere Leben eines Individuums.“ (Ebd., S. 11)

Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass die Jugendlichen eine verbesserte Ausgangslage als diese von vor ungefähr 30 Jahren haben. Durch die Vielfalt an aufgekommene Ausbildungsangeboten und einer Aufweichung tradierter Lebensverläufe sind die heutigen jungen Menschen in der Lage, ihr Leben individueller zu gestalten. Diese Pluralisierung beinhaltet allerdings nicht nur Vorteile, da für manche Jugendlichen dadurch der *rote Faden*, verloren geht. Die Entscheidungen und Optionen, die aufgrund der Sicherung der Existenz getroffen werden müssen, überfordern leicht durch ihre Vielfalt. Dennoch ist die Pluralisierung als äußerst positiv einzustufen, denn dadurch trägt die Vorherbestimmung der sozialen Lage, welche mit der Herkunftsfamilie mitgegeben wird, keine starke Gewichtung mehr. Die Jugend, die in einem Prekariat aufwächst, hat unter diesen Umständen größere Chancen weitreichende Möglichkeiten wahrzunehmen und höhere soziale Lebenslagen zu erreichen. Diese Alternative ist vorhanden, ist allerdings, wie zuvor erwähnt, schwer abhängig von der Förderung des Jugendlichen durch die Eltern und das soziale Umfeldes. Der abschließende zu erörternde Blickwinkel bezieht sich auf das Rollenverhalten. Die Vielfältigkeit der Pluralisierung ruft zudem eine Menge verschiedener Rollen hervor, die Jugendliche in ihrer Reife besetzen können. Diese Errungenschaft der Jugend ist ebenfalls eine zwei-

schneidige Angelegenheit, indem einerseits eine große Auswahlmöglichkeit existiert, andererseits ein äußerst flexibles Rollenverständnis gefragt ist. Ferner muss eine höhere psychische und soziale Fertigkeit vorhanden sein, um Fehlentscheidungen bezüglich einer Rollenauswahl kompensieren zu können (vgl. Hurrelmann, 1991, S. 11f.).

## 5. Einführung in die Kinder- und Jugendhilfe

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), welches im VIII. Sozialgesetzbuch (SGB VII) festgehalten ist, wurde 1990 in den neuen Bundesländer eingeführt und löste 1991 das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) in den alten Bundesländer ab (vgl. Petermann/Scheithauer, 2005, S. 73). Folgend werden kurz die geschichtlichen Eckdaten mit ihren Ereignissen zur Entstehung des KJHG angeführt. Die ersten Ansätze einer kommunalen Kinder- und Jugendhilfe wurden von Casper Voght (1752 – 1839) durch die Hamburger Armenreform eingeleitet. Für die Stadt Hamburg wurde eine Einteilung in mehrere Pflegebezirke unternommen, wodurch mehr als 200 ehrenamtliche Armenpfleger geordnet für die Bevölkerung tätig sein konnten. Die Reform setzte, anstatt an den von der Kirche herstammenden sittlich-moralischen Aspekten, an den wirtschaftlich-ökonomischen Aspekten der Stadt an (vgl. Lambers, 2008, S. 96f.).

In der *Centralverfügung* [sic], die 1824 im deutschen Kaiserreich eingeführt wurde, wurde ein Gesetz entworfen, welches ein Arbeitsverbot für Kinder unter 12 Jahren beinhaltete. Allerdings ist erst ein halbes Jahrhundert später, durch die Verzahnung von Erziehung und Staatsgewalt, eine pädagogische Absicherung der Standardrisiken in der Arbeitspolitik entstanden. Mit der Weimarer Reichsverfassung (WRV) wurden die ersten evidenten Grundsteine des heutigen KJHG gelegt. Durch die Artikel 120 – 122 der WRV ist unter anderem der Schutz der Jugend als ein Grundrecht in den Verfassungsauftrag gehoben worden. Artikel 7 der WRV verlieh der Republik ausdrücklich die Kompetenz der Umsetzung diesbezüglich. Schließlich kam es mit dem in Kraft treten des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes (RJWG) am 01.04.1924 zur Gründung des ersten Gesetzes für die Jugend. Diese organisatorische und rechtliche Gestalt des Gesetzes ist heute noch im KJHG vorhanden. Erziehung und Institutionalisierung sind seit dem in Kooperation, dabei ist das Gesetz aus dem Polizeirecht (Pflegekinderschutz) und Strafrecht (Fürsorgeerziehung) entsprungen (vgl. Gedrath/ Schröder, 2002, S. 863ff.).

Nach dem Nationalsozialismus, welcher wie für alle Menschen unmenschliche Sitten auch für die Jugend bereit hielt, wurde in den alten Bundesländern das RJWG in seiner ersten Verfassung wieder eingeführt. In den neuen Bundesländern trat es ebenfalls in Kraft, wurde jedoch mit einer Abgrenzung der Jugendfürsorge von der Armenpflege ergänzt. 1953 wurde es letztendlich in das JWG unbenannt. Nach der deutsch-deutschen Teilung im Jahre 1961 erfuhr das JWG seine erste Novellierung im Westen Deutschlands. Das Gesetz bot nun mehr Rechte für die Kinder und Jugendlichen. Des Weiteren ergaben sich daraus neue Erziehungsmaßnahmen, gekoppelt mit verschärften Kontrollen öffentlicher Erziehungsanstalten. Durch den Befehl 156 der sowjetischen Militäradministration wurde im Osten Deutschlands die Einheitsschule gegründet, welche für die Betreuung aller Kinder und Jugendlichen verantwortlich war. 1965 wurde der erste Kinder- und Jugendbericht in den alten Bundesländern verfasst. Insbesondere erwähnenswert ist der dritte Kinder- und Jugendbericht aus dem Jahre 1972, da dort erstmals der konkrete Leistungskatalog für alle Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe eingeführt wurde. 1966 trat in den neuen Bundesländern die Jugendhilfeverordnung (JHVO) in Kraft, welche 1990 im Zuge der Wiedervereinigung von dem KJHG abgelöst wurde (vgl. Jordan, 2005, S. 53ff.).

„Die Kinder- und Jugendhilfe hat sich in den letzten Dekaden zu einem eigenen Leistungsbereich der öffentlichen Grundversorgung – neben Bildungswesen und Gesundheitssystem – entwickelt.“ (Petermann/Scheithauer, 2005, S. 73). Der Aufbau des SGB VIII ist in zehn Kapitel untergliedert, welche aufsteigend wie folgt benannt sind: 1. Allgemeine Vorschriften, 2. Leistungen der Jugendhilfe, 3. Andere Aufgaben der Jugendhilfe, 4. Schutz von Sozialdaten, 5. Träger der Jugendhilfe, Zusammenarbeit, Gesamtverantwortung, 6. Zentrale Aufgaben, 7. Zuständigkeit, Kostenerstattung, 8. Kostenbeteiligung, 9. Kinder- und Jugendhilfestatistik und 10. Straf- und Bußgeldvorschriften (vgl. Stascheit, 2009, S. 1175ff.). Die Relevanz des SGB VIII für die vorliegende Arbeit bezieht sich überwiegend auf das erste und zweite Kapitel. Ebenso angeführt werden kann der erste Paragraph des dritten Kapitels (§ 42 SGB VIII *Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen*).

Die Inhalte des KJHG werden im folgenden detailliert betrachtet. Im zweiten Kapitel werden unter dem vierten Abschnitt die *Hilfen zu Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfen für junge Volljährige* angeführt. Dieser Abschnitt ist wiederum in vier Unterabschnitte eingeteilt, wobei der erste von §§ 27 - 35 gegliedert ist und mit *Hilfe zur Erziehung* betitelt ist, der zweite mit dem § 35a versehen ist und *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche* heißt, der dritte sich von §§ 36 - 40 erstreckt und *Gemeinsame Vorschriften für die Hilfe zur Erziehung und die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche* genannt wird und der vierte den § 41 beinhaltet und *Hilfe für junge Volljährige* lautet (vgl. Stascheit, 2009, S. 1187ff.).

Nach dem SGB VIII dürfen keine Hilfen ohne die Zustimmung der Eltern unternommen werden. Suchen sie selbst eine Behörde auf, ist diese Maxime vorausgesetzt. Zwar gilt das SGB VIII bundesweit gleich, dennoch ist es zuweilen regional unterschiedlich verwirklicht. Wird die Auffälligkeit eines Kindes oder Jugendlichen bei der Polizei bekannt, kann diese erzieherischen Bedarf ermitteln. Darauf hin folgt eine Meldung beim Allgemeinen Sozialen Dienst oder dem Jugendamt der Region. Die zuständige Behörde wiederum erkundigt sich bei den Eltern, damit eine Kooperation nach § 1 SGB VIII *Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe* entsteht. Erst dann kann § 36 SGB VIII *Mitwirkung, Hilfeplan* eingesetzt werden, der für die Indikationsstellung, Koordination und Durchführung von Hilfen verantwortlich ist (vgl. Petermann/ Scheithauer, 2005, S. 73).

Der zuvor erwähnte erste Unterabschnitt (§§ 27 - 35 SGB VIII) ist mit seinen pädagogischen und therapeutischen Hilfemaßnahmen, basierend auf einem differenzierten Angebot von ambulanten, teil- und stationären Leistungen, maßgebend für das angesprochene Klientel der vorliegenden Arbeit. Diese Hilfen müssen am „... Einzelfall orientiert sein und das soziale Umfeld des Kindes beziehungsweise Jugendlichen einbeziehen.“ (Ebd., S. 74) Dadurch ist zuerst eine psychosoziale Diagnose von Nöten, bevor sich das Spektrum der Indikation widmen kann. Danach sollten die Hilfemaß-

nahmen ausgewählt werden, die dem Kind oder Jugendlichen unter der Berücksichtigung seines Elternhauses und seines sozialen Umfeldes zu seiner regelrecht verlaufenden Entwicklung verhelfen können. Hierbei kann das Leistungsspektrum als institutionelle Beratung (Erziehungs-, Jugend- und Suchtberatung), Sozialpädagogische Familienhilfe, Einzelbetreuung (Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer und soziale Gruppenarbeit) und Erziehungshilfen außerhalb des Elternhauses (Tagesgruppen, Vollzeitpflege, Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform und intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung) in Anspruch genommen werden (vgl. Petermann/Scheithauer, 2005, S. 74).

Um das Kapitel der Kinder- und Jugendhilfe abzuschließen, gilt es den 13. Kinder- und Jugendbericht anzuführen, welcher aus der Legislaturperiode 2004 – 2008 (16. Wahlperiode) stammt und mit dem Untertitel *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland* versehen ist. Ein Auszug ist im Anhang vorzufinden. Im Rahmen der gegenwärtigen Legislaturperiode wird der 14. Bericht 2013 veröffentlicht werden. Die Sachverständigenkommission des Berichtes messen einen extrem bedeutsamen Teil der Auseinandersetzung der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Bereich der gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung bei. Dies wird drängender als zuvor deutlich. Des Weiteren führt der Bericht viele Fakten und Zahlen an, unter anderem, dass in Deutschland 590 kommunale Jugendämter und 17 Landesjugendämter, die eine Besonderheit in der Kommunalverwaltung darbieten, existieren. Zudem erwähnenswert ist, dass die Gelder der Kinder- und Jugendhilfe aus den öffentlichen, im wesentlichen kommunalen Haushalten finanziert werden, anstatt aus den Direktzahlungen und Kostenerstattungen der Krankenkassen (vgl. bmfsfj, 2009, S. 155).

## 6. Angaben zur Einrichtung par-ce-val Jugendhilfe und Suchthilfe im Verbund

Die par-ce-val Jugendhilfe und Suchthilfe im Verbund ist eine Einrichtung für Jugendliche, die Entwicklungsstörungen, deviantes oder delinquentes Verhalten, Alkoholprobleme oder eine Drogenabhängigkeit vorweisen, respektive das Risiko besteht, dass sich eine Manifestation dessen bildet. Ebenfalls ist eine ko-Morbidität, zum Beispiel ein selbstverletzendes Verhalten, kein Ausschlusskriterium. Durch eine *rund-um-die-Uhr* Betreuung und eine klar gestaltete Struktur erhalten die jungen Menschen die Möglichkeit, ihre Ressourcen zu entdecken und zu entfalten (vgl. par-ce-val, 2011, S. 3). Die Einrichtung gehört der freien Jugendhilfe gemäß § 2 Absatz 2, Ziffern 2, 4 und 6 SGB VIII an und bietet Hilfe zu Erziehung und ergänzende Leistungen nach §§ 27ff. SGB VIII, Stationäre Erziehungshilfe nach §§ 34 und 35 SGB VIII, Intensivleistung nach § 35a SGB VIII und Hilfe für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII. Das Leistungsangebot ist speziell für Kinder und Jugendliche ab den 14. Lebensjahr bis hin zu jungen Volljährigen im Sinne vom § 7 SGB VIII konzipiert. Die Betreuung erfolgt in altersgemischten Gruppen und koedukativ, darüber hinaus werden beide Geschlechter aufgenommen. Aufnahmen geschehen vordergründig aus dem Raum Berlin und Brandenburg, wobei sie aus dem gesamten Bundesgebiet möglich ist. Einziges und vorrangiges Ausschlusskriterium ist, wenn eine starke körperliche oder geistige Behinderung vorliegt, aufgrund dessen die kognitiven und bewegungstherapeutischen Angebote nicht wahrgenommen werden können (vgl. Ebd, S. 13f.).

Die par-ce-val Jugendhilfe und Suchthilfe im Verbund besteht zur Zeit aus drei gGmbH's und einer türkischen Limited. Diese lauten par-ce-val Jugendhilfe Berlin-, Brandenburg-, Sachsen gGmbH und ASH Sosyal Hizmet Ltd. Der *gemeinnützige Verein zur Förderung und Entwicklung anthroposophisch erweiterter Heilkunst e.V.* besitzt alle Geschäftsanteile aller gGmbH's und ist im Paritätischen Wohlfahrtsverband sowie im Vereinsregister beim Amtsgericht Charlottenburg eingetragen (vgl. Bayram, 2009, S. 220). Die Standorte sind aus dem im Anhang befindlichen Auszug

der *Leistungs- und Qualitätsbeschreibung der PAR-CE-VAL Jugendhilfe Brandenburg gGmbH*, auf der Seite 4 zu entnehmen. Des Weiteren ist die in Gründung stehende Einrichtung Gohlitzsee bereits im Betrieb. Somit besitzt die par-ce-val Jugendhilfe Brandenburg gGmbH summa summarum drei Standorte mit jeweils zweimal sieben stationäre Plätze, wobei alle drei Standorte mit 12 pädagogischen Vollzeitfachkräften besetzt sind (vgl. par-ce-val, 2011, S. 15ff.). Gegenwärtig sind 51 Jugendliche ambulant, teil- und vollstationär bei der par-ce-val Jugendhilfe Brandenburg und Sachsen integriert. Werden alle pädagogischen und therapeutischen Fachkräften, die Lehrer, die in der Verwaltung tätigen Mitarbeiter, die Fachkräfte der Hauswirtschaft und der Hausmeisterei sowie der Fahrdienst addiert, sind über 60 Mitarbeiter zu verzeichnen.

Individuelle und flexible Angebote werden in allen par-ce-val Einrichtungen angewendet: Gruppengespräche; Einzelgespräche; Familien- und Bezugspersonenarbeit; Kunstprojekte, z. B. Plastizieren; Malen, Steinmetzen, Sprachgestaltung, Eurythmie und Musik als Einzel- und Gruppenarbeit; Biographiearbeit; Freizeit- und erlebnispädagogische Projekte; Auslandsprojekte; kulturpädagogische Projekte; Sportpädagogik; Theaterpädagogik; Arbeitspädagogik; Interventionsprojekte mit sozialpädagogischer Betreuung; Bezugspersonenarbeit und Familientherapie sowie Lernbegleitung bzw. Ausbildungsbegleitung (vgl. Ebd., S. 5f.). Die Arbeitspädagogik besitzt einen hohen Stellenwert und dient der Förderung und Entwicklung von Fertigkeiten und Performanzen. Ebenfalls von Bedeutung für die jungen Menschen ist es, eine realistische und angemessene Arbeitshaltung zu entfalten. „Arbeit ist ein wesentliches Moment seiner Selbstverwirklichung und zugleich Dienst am anderen Menschen.“ (Bayram, 2009, S. 224) Die par-ce-val Jugendhilfe Brandenburg gGmbH steht in enger Kooperation mit dem direkt gegenüberliegenden Bio-Bauernhof und bietet dadurch optimale Konditionen für einen arbeits-therapeutischen Rahmen. Des Weiteren befindet sich an diesem Standort eine Außenstelle der Waldorfschule Potsdam, wodurch die Jugendlichen die Möglichkeit erhalten, hausintern den Haupt-, erweiterten Haupt- sowie den Realschulabschluss zu absolvieren (vgl. par-ce-val, 2009, S. 12).

Im Folgenden geschieht eine historische Einsicht in die relevanten Fakten bezüglich der Einrichtung par-ce-val. Der jetzige Geschäftsführer Haci Bayram ist einer der Initiatoren, die bereits 1999 die par-ce-val Jugendhilfe im Verbund ins Leben gerufen haben. Die damaligen Erkenntnisse und Referenztheorien, die bis heute Bestand haben, basieren auf einer Kombination der Anthroposophie und der Integrativen Therapie. Ergänzungen aus den Konzepten der klinischen Sozialtherapie und der klinischen Psychologie wurden als eine Neuorientierung in die gewurzten therapeutischen und heilpädagogischen Traditionen der Anthroposophie eingebettet. Die Fertigkeit einer konzeptuellen Anschlussfähigkeit und ihr ganzheitlicher Ansatz wurden von der Integrativen Therapie, insbesondere im Bereich der Suchttherapie, dargeboten. Eine Besonderheit entstand daraus, dass die Qualitäten einer strukturierten klinischen Einrichtung mit denen einer Jugendhilfeeinrichtung verbunden wurden. Es wurde angenommen, dass dies nur über einen beziehungsorientierten und engagierten Ansatz der Sozialen Arbeit erfolgreich ist, was mittels der langjährigen Praxis und der durchgeführten Erhebungen bezüglich der *therapeutischen Wirkfaktoren* bestätigt werden konnte (vgl. Bayram, 2009, S. 219).

„Tatsächlich wird den Jugendlichen durch einen hohen Partizipationsgrad die Möglichkeit zur Mitgestaltung und damit auch zur Verbindung und Identifikation mit der Einrichtung bzw. dem Träger gegeben.“ (Ebd.) Das Kapitel abschließend werden zwei Bedeutungen des Begriffes par-ce-val erläutert, welche beide zur Entstehung des Namens beitrugen. Die erste ist ein Wortspiel aus der französischen Sprache, da dort *par ce val durch dies Tal* bedeutet. Drogenkonsum oder andere negative Erlebnisse - vor allem in der Phase der Jugend - können starke, einschneidende Erfahrungen eines jungen Menschen darstellen und ihn durch eine Talsohle seines Schicksals führen, welche zu durchlaufen ist. Die zweite Bedeutung liegt in der Anlehnung an die Parzival-Legende aus der Artusepik. Jeder Mensch begibt sich auf die Suche nach seiner eigenen Individualität, so auch Parzival. Diese Darstellung bietet sich als Metapher an, die den Jugendlichen vermittelt werden kann (vgl. Ebd.).

Eine kurze Zusammenfassung der Parzival-Legende:

„Parzival ist ein junger Mensch, dessen Mutter ihn vor der Welt beschützen möchte, vor allem weil sie ihn nicht genauso wie seinen Vater verlieren möchte. Er jedoch verspürt einen starken Drang, in die Welt zu ziehen. Die Mutter versucht dies erfolglos zu verhindern, sie stattet ihn nur schlecht aus, damit er verzagt und zu ihr zurück kehrt. Parzival löst sich von der Mutter. Eine lange Odyssee beginnt, Parzival macht viele `Fehler`, begeht Taten, die er bereut, er unterlässt bestimmte Taten, was er ebenfalls bereut, er ist oft verzweifelt. Parzival geht `seinen Weg`, ohne zu wissen wohin. Die Begegnung mit anderen Menschen und deren Hinweise helfen ihm, die richtigen Fragen an das Leben und an sich selbst zu entwickeln, um somit auch seinen Platz in der Welt zu finden“ (Bayram, 2009, S. 219f.).

## 7. Annäherung an die Integrative Therapie

Was wird unter der Integrativen Therapie verstanden? Woher stammt sie und wer gilt als ihr Begründer? Dies sind wohl möglich Fragen, die den Leser beschäftigen, wenn er die Wörter Integrative Therapie liest. Dieses Kapitel wird im Rahmen einer Annäherung an die Therapieform das Grundverständnis dieser vorstellen. Im Zuge dessen werden verschiedene Bereiche, die für die Integrative Therapie eine Relevanz tragen, angeführt. Darüber hinaus folgt anschließend der Bezug zur Thematik der vorliegenden Arbeit. Abschließend findet die Theorie des praxisrelevanten Teil der Ausarbeitung ihren Raum, welcher sich im nächsten Kapitel befindet.

### 7.1 Gründung und Aufbau der Integrativen Therapie

1965 prägte und begründete Hilarion Gottfried Petzold, „... unterstützt von *Johanna Sieper*,... [H.i.O.]“ (Ebert/Könnecke-Ebert, 2004, S. 173) die Integrative Therapie als eine Therapieform, die eine theoretische Fundierung und eine praxeologische Ausformung besitzt. Sie entstand aus dem Zeitgeist der kritischen Aufklärung, des Experimentellen, der Erlebnisentdeckung und der Innovation mitten in Paris (vgl. Ebd.). Unter anderem aus historischen, theoretischen und allgemein-pragmatischen Gründen wurde diese Methode so benannt. Aus der Historie heraus beruht sie „...auf wesentlichen Konzepten der klassischen Gestalttherapie (*Fritz und Lore Perls, Paul Goodman*), des Psychodrama (*Jakob, Zerka und Florence Moreno*) und der Psychoanalyse (insbesondere *Sandor Ferenczi, Michael Balint und Vladimir Iljine*). [H.i.O.]“ (Bosse/Otte/Rahm/Ruhe-Hollenbach, 1993, S. 17). Des Weiteren haben *Adorno, Bakhtin, Bourdieu, Derrida, Foucault, Levinas, Marcel, Ricœur, Sarte, Deleuze und Althusser* Einfluss auf die Entstehung der Therapie genommen, wobei sich Anlehnungen an die bereits existierten Modelle von *Pierre Janet, Maurice Merleau-Ponty und Georges Politzer* ergaben (vgl. Ebert/Könnecke-Ebert, 2004, S. 173).

All diese Einflüsse wurden mit dem übergreifenden Konzept der Ko-respon-  
denz erweitert, welches bedeutet, dass ein Mensch immer in einer Bezie-  
hung steht, auch wenn er allein scheint. Es ist daher nötig, ihn als Wesen  
mit Beziehungen zu verstehen. Mit der Integration von verdrängten und ab-  
gespaltenen Gefühls- und Erfahrungsbereichen in den Therapieverlauf,  
welche die Integrative Therapie in Theorie und Praxis bewältigt, ist zudem  
die theoretische Namensgründung gegeben. Aus der pragmatischen Sicht  
ist das integrieren von einer Mehrperspektivität gemeint, welche die ver-  
schiedenen Blickwinkel auf eine Person richtet und dieser aufgrund dessen  
mit unterschiedlichen Methoden begegnen kann (Bosse et al, 1993, S. 17.).

Da die Integrative Therapie eine – in ihrer Entwicklung nicht abge-  
schlossene – Humantherapie ist, welche mit Hilfe der integrativen Fach-  
kräfte und deren in ihren Ausbildungen erlernten eigenen Erfahrungen und  
Kreativität gemeinsam mit ihrem Klientel stetig weiterentwickelt wird, erhält  
diese Therapieform das Profil eines *nie endenwollenden Wandels*. Hierbei  
wird eine Offenheit sichtbar, welche für die Integrative Therapie eine hohe  
Relevanz trägt (vgl. Leitner, 2010, S. 1). Ein Widerspruch entsteht, wenn  
infolge des Integrationsparadigmas, welches für Offenheit und prozessuale  
Entwicklung steht, sich die Integrative Therapie als eine geschlossene  
Schule deklarieren würde. Des Weiteren wurde niemals angedacht, weitere  
existente Therapiemodelle und Formen aufzuheben und die Integrative  
Therapie als die *einzig Wahre* darstellen zu wollen. Vielmehr ist der nicht  
vorhandene Perfektionsanspruch ein Alleinstellungsmerkmal und bildet mit  
der Methode der Metahermeneutik einen Pool, um bereits existierende  
Ansätze kritisch zu reflektieren (vgl. Ebert/Könnecke-Ebert, 2004, S. 174f.).

Die Metahermeneutik schließt den Weg der Hermeneutik ein, welche sich  
auf das Verstehen und Erklären, mit der Betrachtung auf die Sinnschöpfung  
richtet. Einbezogen ist ebenfalls der Weg der Phänomenologie, um die  
Wesen mit allen Sinnen zu erreichen. Unter Zuhilfenahme des hermeneu-  
tischen Erkenntniswegs der Philosophie werden emphatisches Einfühlen,  
Auslegungen und Interpretationen als wertvoll anerkannt, wodurch sich die  
Metahermeneutik einerseits mit Reflexionen der Historie und Umwelt, und

andererseits mit neurobiologisch-systemischen, zerebralen und entwicklungspsychobiologischen Voraussetzungen bildet (vgl. Leitner, 2010, S. 44f.).

Es kristallisierte sich heraus, dass die traditionellen Psychotherapieverfahren keine hinreichenden Möglichkeiten für das große Spektrum der Drogenarbeit darboten. Der integrative Ansatz hält jedoch auch für diesen Arbeitsbereich komplexe Erfordernisse bereit. Sie bleibt eine mühevoll Arbeit und keine Therapieschule kann beanspruchen, den *Stein der Weisen* diesbezüglich gefunden zu haben (vgl. Petzold/Scheiblich/Thomas, 2006, S. 41). „Die Integrative Therapie versteht sich als eine Psychotherapie, die bewährte Konzepte unterschiedlicher Therapieeinrichtungen mit Erkenntnissen aus der Evolutions- und Neurobiologie verbindet.“ (Leitner, 2010, S. 2). Das konzeptplurale Verständnis dieser Therapieform verweist auf das hohe Hintergrundverständnis von wissenschaftlichen Forschungen – insbesondere für die Bereiche Psychotherapie, Sozialtherapie und Suchttherapie – welches in der heutigen transversalen Moderne unentbehrlich geworden ist (vgl. Petzold, 2006, S. 357).

Der beschriebene Überblick könnte den Anschein der Beliebigkeit des sich stetig wandelnden, integrierenden Prozesses darstellen. Betont werden kann jedoch, dass dies nicht zutreffend ist. Begründet werden kann dies in der klaren, unmissverständlichen meta- theoretischen Fundierung, welche die Therapieform besitzt. Darüber hinaus wird von den Praktizierenden akribisch darauf geachtet, dass die Bestimmung ihres philosophischen Standortes gewahrt wird (vgl. Bosse et al, 1993, S. 18). Des Weiteren gibt diese Therapieform Antworten auf die sich permanent verändernden Lebensbedingungen von betroffenen Menschen und ist in der Lage, ihnen kompetente Hilfestellung diesbezüglich leisten zu können. Diese wiederum sind möglich, indem verschiedene Wissens- und Erfahrungsbestände, Theoriegebäude und Referenzsysteme genutzt werden und eine enge Vernetzung von Theorie und Praxis vorherrscht (vgl. Ebert/Könnecke-Ebert, 2006, S. 177).

Der *Tree of Science*, das Gründgerüst der Integrativen Therapie, ist eine ordnende und gleichzeitig offene Systematik der beinhalteten Theorien. Er eröffnet die Möglichkeit, systematische Reflexionen, Problematisierungen, Diskussionen und eventuell Revisionen bisheriger Theorie- und Wissensbeständen im Bereich der Integrativen Therapie, Beratung und Supervision zu strukturieren. Methodenbewusstes, forschungsbegründetes und theoriegeleitetes Integrieren wird durch den *Tree of Science* gefördert und unterstützt. Dabei schützt er die Integrative Therapie, indem wahlloses kombinieren und ausprobieren verschiedener Theorien, Konzepte, Methoden oder Techniken keinen Raum finden, da grundsätzliche Differenzierungsmöglichkeiten und zentrale Integrationspunkte existieren und eingehalten werden. Seit 1988 besteht der *Tree of Science* durch Petzold und ist seither weiterentwickelt worden, sodass er seit 2002 als ein komplexes Gerüst vorhanden ist. Er besteht aus vier übergeordnete Bereichen: den Theorien größerer Reichweite (*Metatheorien*), den Theorien mittlerer Reichweite (*Realexplikative Theorien*), der *Praxeologie* und der *Praxis*.

Eine *Metatheorie* ist eine Theorie über eine bereits vorhandene Theorie. Sie beziehen sich zum Beispiel auf das Wesen eines Menschen, auf die Geheimnisse der Welt oder auf den Sinn des Lebens. Dazu gehören die Erkenntnistheorie, die Wissenschaftstheorie, die Kosmologie, die Anthropologie, die Gesellschaftstheorie, die Ethik und die Ontologie. *Realexplikative Theorien* beziehen sich auf konkrete Situationen, die in den angewandten Humanwissenschaften vorkommen. Sie besitzen eine spezielle Eignung für eine empirische Überprüfbarkeit ihrer Annahmen und Aussagen, sind andererseits jedoch nicht für alle Bereiche anwendbar. Hierzu gehören die allgemeine Theorie der Beratung und Therapie, weitere pädagogische Konzepte, die Persönlichkeitstheorie, die Psychotherapieforschung, die Entwicklungstheorie, die Gesundheits- und Krankheitslehre sowie die Theorie der Institutionen, Praxisfelder und Zielgruppen. Im Rahmen der angewandten Humanwissenschaften ist die *Praxeologie* die Wissenschaft der systemischen Praxis. Sie ermöglicht ein, die Entwicklung übergreifendes, Integrationsprinzip der Praxisebene und hebt dieses wiederum konträr auf die Theorieebene. Hierzu zählen die Prozesstheorien, die Interventionslehre, die Theorie der Settings, die Theorien zu

spezifischen Klienten- oder Patientensysteme, die Theorien zu spezifischen Feldern, die Formen der Beratung oder Therapie wie zum Beispiel Fokal-, Kurzzeit- oder Langzeittherapie, die intermittierende Karrierebegleitung, die Lehre von den Methoden, Techniken und Medien, die Theorien über kritische Lebensereignisse, die protektiven Faktoren sowie die Resilienzen, Copingstile, Ressourcen und Potentiale. Die *Praxis* findet in Dyaden, Gruppen, Organisationen und Institutionen statt. Sie findet in verschiedenen Feldern, Patienten- und Klientensystemen, Netzwerken und Sozialräumen Anbindung (vgl. Ebert/Könnecke-Ebert, 2004, S. 184f.).

„Integrative Therapie ist ein ‚WEG angewandter Anthropologie‘, eine Ermutigung, immer wieder auch *neu anzusetzen*. [H.i.O.]“ (Orth/Petzold/Sieper, 2006, S. 628) Ein weiterer, bedeutender Bereich dieser Therapieform ist die *heraklitische Spirale*. Sie gilt als eine Orientierung in der Integrativen Therapie und stammt aus dem Gedankengut Herakleitos von Ephesos, einem griechischen Philosoph, der um 500 vor Christus lebte (Ebert/ Könnecke-Ebert, 2004, S. 174). Er deutete darauf hin, das *alles fließt* (*panta rhei*), *nichts bleibt, noch ist es je das selbe*.

Die heraklitische Spirale setzt sich aus der hermeneutischen, agogischen und der therapeutischen Spirale zusammen folgt dem Aufbau des tetradischen System. Dieses System besteht aus vier Phasen: der Initialphase, der Aktionsphase, der Integrationsphase und der Phase der Neuorientierung. Sie sind bei individuellen Prozessen, gruppalen Arbeitsprozessen oder Beratungs-, Betreuungs- und Entwicklungsprozessen vorzufinden. Die Reihenfolge ist nicht als stringent linear verlaufend zu verzeichnen. So kann beispielsweise die Integrationsphase abermals in die Initialphase umschlagen. Die Initialphase besitzt eine diagnostisch-anamnestiche, die Aktionsphase eine psychokathartische, die Integrationsphase analytisch-kommunikative und die Neuorientierung eine verhaltensmodifizierte Zielsetzung (vgl. Ebert/ Könneck-Ebert, 2004, S. 204).

Zur Veranschaulichung wird die heraklitische Spirale, mit allen in diese Perspektive einfließenden Spiralen angeführt.

	I. Phase	II. Phase	III. Phase	IV. Phase
Tetradisches System	Initialphase	Aktionsphase	Integrationsphase	Neuorientierung
Hermeneutische Spirale	Wahrnehmen	Erfassen	Verstehen	Erklären
Agogische Spirale	Explorieren	Agieren	Integrieren	Reorientieren
Therapeutische Spirale	Erinnern	Wiederholen	Durcharbeiten	Verändern

Tab. 2: Aufbau der heraklitischen Spirale (vgl. Petzold, 1993a, S. 499).

Den Gliederungspunkt der Annäherung an die Integrative Therapie abschließend, werden folgend für den weiteren Verlauf der Ausarbeitung unerlässliche Begrifflichkeiten in einen definitorischen Rahmen gesetzt.

*Heuristiken* sind Modellvorstellungen von Lebensprozessen. Durch ein Raster von Fragen kann die systemische Heuristik den Behandlungsweg bestimmen und erweitern.

*Perspektiven* sind selbst hervorgebrachte Aufnahmen von Situationen, die von Individuen, Beziehungen oder Institutionen stammen. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bilden eine zeitliche Perspektive.

*Tiefenhermeneutik* ist das Selbst des Menschen, welches durch seinen Leib die Analyse, Interpretation und das Sinnverstehen der eigenen Wahrnehmung vornimmt. Gefühle und Atmosphären werden leiblich erfasst.

Die *Triplereflexion* ist eine Mehrebenenreflexion. Zur Klärung einer Situation wird das Geschehene unterschiedlich betrachtet, die eigene Wahrnehmung verschiedenartig beleuchtet. Anschließend werden beide Reflexionsverfahren im Hinblick auf ihre Entdeckung abermals evaluiert.

*Atmosphären* sind im Kontext und Kontinuum nicht eingegrenzte, aber durchaus existierende Gefühlskräfte, welche zu verspüren sind und mitreißen können (vgl. Leitner, 2010, S. 102ff.).

*Exzentrizität* ist eine Selbstreflexion, bei deren Anwendung geistig aus sich heraus getreten wird, um sich und seine Situation und Lage von außen betrachten zu können und dabei sich selbst zu erkennen.

*Konnektivierung* ist eine Vernetzung unterschiedlicher Wissensbestände, welche durch kreatives Prozedere einen neuen Sinne herbeibringen kann. Die Vorstufe sind Synopsen, eine Zusammenschau von Unterschiedlichkeiten.

*Transversalität* ist Denken in einer Vielfalt. Diese geschieht offen, nichtlinear, pluriform und prozessual. Dabei ist das mehrperspektivische Reflektieren und Metareflektieren wichtig, um durch beständiges Überdenken eine Innovation aufrecht zu erhalten (vgl. Ebert/Könnecke-Ebert, 2004, S. 178f.).

Das Repertoire der Integrativen Therapie ist immens. Die Annäherung kann aufgrund dessen nur einzelne Aspekte der Therapieform enthalten. Es folgt im anschließenden Kapitel ein Ausschnitt dieser Therapie, der für die weitere Ausarbeitung sowie den Praxisteil eine hohe Relevanz trägt.

## **7.2 Integrative „4 WEGE“ bezogen auf die Themenrelevanz**

Eine der bedeutendsten Heuristiken in der Integrativen Therapie sind die *Vier Wege der Heilung und Förderung*. Sie besitzen einen engen Zusammenhang mit den vier Wirkprinzipien von Grawe, woraus sich der Grund der Kategorisierung und Beschreibung derer darlegt. Außerdem entwickeln sich aus diesen die 14 Heilfaktoren, wobei vier davon dem Praxisteil der vorliegenden Arbeit die Theorie zugrunde legen. Doch zuvor wird sich der wichtigen Grundregel der Integrativen Therapie kurz gewidmet und ebenfalls der hervorzuhebende Begriff der Ko-respondenz erörtert.

Die Ko-respondenz ist ein Axiom der Integrativen Therapie. Die Welt ist eine leiblich-sinnlich realisierte, indem sie durch Handlungen und Wahrnehmungen von Menschen so gesehen wird. Von Beginn an findet ein primordialer Austauschprozess mit ihr und anderen Menschen statt. Frühe Beziehungserfahrungen, auch primordiale Ko-respondenzen, können von negativen Erfahrungen getrübt werden, wodurch die Gefahr besteht, dass sich eine intersubjektive Ko-respondenz nicht entwickeln kann. Diese ist von Bedeutung für zum Beispiel Begegnungen, Beziehungen oder Bindungen, für einen offenen und freimütigen Kontakt von Person zu Person. Die Existenz eines Menschen ergibt sich erst aus seinem *Mit-* Sein. Dieses *Mit-* Sein bedeutet, dass jedes Individuum selbst in der größten Gruppierung – der Menschheit – seine Zugehörigkeit findet, obgleich im selben Augenblick der unaufhebbare Moment der Unterschiedlichkeit vorhanden ist. Jeder lebt somit in einer Gemeinschaft, er ko-existiert (vgl. Leitner, 2010, S. 84f.).

Die Grundregel „... wurzelt ganz zentral im `Ko-respondenzmodell`, dem Herzstück der Integrativen Therapie.“ (Petzold, 1993b, S. 1050) Sie umfasst den vollständigen Fundus der Integrativen Therapie, der Anthropologie, der Intersubjektivitätstheorie, der Referenztheorien sowie der Erfahrungen aus der Praxis. Die Basis der Regel konstatiert sich in zwei Qualitäten, der Konvivialität und der Partnerschaftlichkeit. Sie ist „...gegründet auf dem Klima einer *Konvivialität*, eines guten `gastlichen` Miteinanders als gemeinsames Unterfangen... [H.i.O.]“ (Ebert/Könnecke-Ebert, 2004, S. 210). Die Konvivialität ist somit ein gastlicher Raum den der Therapeut gestaltet, indem ein willkommenes Gefühl für Patienten deutlich wird und eine Zugehörigkeit zum Setting exploriert kann. Die Partnerschaftlichkeit deutet in diesem Sinnzusammenhang darauf hin, dass ein gemeinsames Ziel angestrebt wird, mit den Bedingungen eines ordentlichen Miteinanders.

Daraus entsteht die Grundregel samt ihrer fünf einzuhaltenden Punkte. Der erste Punkt bezieht sich auf den Patienten. Er muss die grundlegende Bereitschaft mitbringen, in die Auseinandersetzung mit sich, dem Therapeuten, den Problemen oder seinem Umfeld zu gehen. Dies geschieht auf dem Level der vorhandenen Kompetenzen und Fähigkeiten des Patienten,

sowie seinen Fertigkeiten und Performanzen. Er muss Verantwortung für das Erreichen des Ziels übernehmen und die Integrität des Therapeuten wahren. Der zweite Punkt betrifft den Therapeuten. Er bietet dem Patient eine engagierte Bereitschaft für den gesamten Verlauf der gemeinsam zu durchlaufenden Entwicklung und fördert gleichzeitig die Gesundung professionell und forschungsgestützt. Er erreicht somit die bestmögliche Gewährung der Hilfeleistungen. Der dritte Punkt bezieht sich auf beide Parteien. Sie müssen die doppelte Expertenschaft anerkennen. Dies bedeutet, dass der Patient als Experte seiner Lebenslage und der Therapeut der Experte der professionellen Hilfestellung akzeptiert wird. Des Weiteren gilt es, den Respekt der Andersartigkeit und der jeweiligen Souveränität zu tragen. Der vierte Punkt liegt im Umfeld des Settings. Die Patientenrechte und seine Würde müssen von dem gegebenen Setting durch gesetzliche Bestimmungen oder fachverbandliche Regelungen eingehalten werden. Der Therapeut muss die Bereitschaft vorweisen, sich gegebenenfalls fachlich durch Supervision unterstützen zu lassen, natürlich nur unter der Zustimmung des Patienten. Der fünfte Punkt gilt der Methode. Sie ist für die Flexibilität verantwortlich, wodurch prozessual veränderbare Regeln der Beziehungsarbeit begründbar sind und existieren können. Dieses Aushandeln ist die Basis für eine polylogisch bestimmte, sinnvolle therapeutische Arbeit. Die detailliert beschriebene Grundregel muss, wie bereits erwähnt, unter dem ständigen Duktus der Ko-respondenz vorhanden sein. Sie bildet gemeinsam mit dem Schwerpunkt der Integrität die Basis der Psychotherapie und somit ins Zentrum der Arbeit (vgl. Petzold, 1993b, S. 1050).

Die WEGE der Integrativen Therapie werden Mesoheuristiken genannt, da sie aus metaphorischer Sicht einen prozessualen Charakter besitzen und WEGE sind, die es vordergründig durch den Therapeuten zu bestreiten gilt (Orth et al, 2006, S. 686).

Die *Vier Wegen der Heilung und Förderung* sind auf der Interventionsmesoebene zu sehen und beziehen sich nicht auf einzelne Verhaltensweisen oder Einstellungen, sondern auf den als ganzheitliches Wesen und das *personale Leibsubjekt im Kontext und Kontinuum* mit ihm. Die vier

WEGE können auch als „...*heuristische klinische Strategien*... [H.i.O.]“ oder als „...*Maximen heilsamer Lebensführung*... [H.i.O.]“ (Orth et al, 2006, S. 693) verstanden werden. Sie sind letztendlich „...Strategien der Entwicklung...“ und somit „... Wege der Selbsterfahrung...“ (Ebd., S. 694).

Jeder Mensch besitzt positive und negative Interiorisierungen, einverlebte Erfahrungen. Negative Erfahrungen hinterlassen durch fehlende Fertig- und Fähigkeiten entstandene Schädigungen, die geheilt werden sollten. Um diese zu fördern oder zu entwickeln, sind die vier WEGE differentiell ausgearbeitet worden. „Heilung und Förderung geschieht *n i c h t* durch Applikation von Faktoren, sondern Faktoren kommen spontan emergierend als Expression von Selbstorganisationsdynamik in *heilsamen Prozessen* zum Tragen... [H.i.O.]“ (Petzold et al, 2012, S. 24). Eine nicht geschehene Reflexion darüber mit dem Klienten hindert immens die Nachhaltigkeit der Lebensstilveränderung und nimmt ihm die Lernerfahrung, auf benigne Lebensvollzüge zu achten (vgl. Ebd.). Allerdings ist zu beachten, dass einzelne Faktoren oder Heuristiken, wie die der vier WEGE, die 14 Heilfaktoren oder Grawe- Heuristiken, nicht den gesamten Prozess einer Therapie ausmachen (vgl. Orth et al, 2006, S. 695). Die vier WEGE wurden mittels langjähriger Arbeit weiterentwickelt und präzisiert. Sie wurden ebenfalls in unterschiedlichen Kontexten der Praxeologie dargestellt, wodurch eine spezifizierende Akzentsetzung entstand (vgl. Ebd. S. 697). Über die Jahre hinweg wurden viele Statements zum Thema des Integrativen Ansatzes aus Therapien, Supervisionen, Lehrtherapien, Behandlungsjournalen und Abschlussarbeiten von Therapeuten gesammelt und ausgewertet, welche die Charakteristiken der jeweiligen WEGE ausmachen. Daraus konnten folgende vier salutogenetische Leitsätze formuliert werden, worüber jeder Einzelne meditieren und nachsinnen kann (vgl. Petzold et al, 2012, S. 25):

**„1. Weg – Bewusstseinsarbeit → Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation: `Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen´ [H.i.O.]“** (Orth et al, 2006, S. 698).

**„2. Weg – Nach- und Neusozialisation → Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: *‘Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden’* [H.i.O.]“ (Ebd. S. 700).**

**„3. Weg – Erlebnis- und Ressourcenaktivierung → Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung: *‘Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Begegnungen und Beziehungen entfalten’* [H.i.O.]“ (Ebd., S. 704).**

**„4. Weg – Förderung von Exzentrizität und Solidaritätserfahrungen → Metaperspektive, Solidarität, Souveränität: *‘Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, die Ohnmacht zu verabschieden, gemeinsam Zukunft gewinnen’* [H.i.O.]“ (Ebd., S. 707).**

Diese Leitsätze sind selbst aussagend und bedürfen keiner expliziten Erklärung. Dennoch sind sie für eine gewollte Ausführlichkeit im Anhang als Auszug vorzufinden.

### **7.2.1 Vorstellung der vier Wirkprinzipien nach K. Grawe**

Wie bereits zu Anfang dieses Kapitels erwähnt, ist zwischen den Wirkprinzipien von Klaus Grawe (1943 – 2005) und der Integrativen Therapie mitsamt der beschriebenen vier WEGE eine enge Verbindung zu ziehen (vgl. Orth et al, 2006, S. 696). Nicht allein aus diesem Grund wird eine Anführung dieser geschehen. Insbesondere wird auf diese Darstellung aufbauend die durch den Autor vorgenommene Kategorisierung der 14 Heilfaktoren in die vier Wirkprinzipien veranschaulicht. Im Rahmen einer Umfrage bei par-cerval wurde dies Untergliederung realisiert, welche schlussendlich die Auswertung der Umfrage deutlich erleichterte (vgl. Hohmeier, 2011, S. 19ff.).

Die Wirkprinzipien werden in der Integrativen Therapie Grawe-Heuristiken genannt, dennoch werden sie in dieser Ausarbeitung als Wirkprinzipien tituliert. Die bedeutsamen Werke von Grawe, *Psychologische Therapie* 1998 und *Neuropsychotherapie* 2004, sind nicht als eine neue Schulbildung zu verstehen. Vielmehr sind sie ein Programm, welches den Fundus der Psychologie und der Neurowissenschaften heranzieht, da diese als unverzichtbar zum Rahmen der Therapieforschung gehören. Petzold betont, dass die Integrative Therapie stets völlig übereinstimmend mit diesem Programm war und ist. Dies erklärte er bereits bevor Grawes Ausarbeitung diesbezüglich die Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausstellte. Grawe stellte 1998 folgende vier Wirkprinzipien auf: die Intentionserrealisierung, die Intentionsveränderung, die prozessuale Aktivierung und die Ressourcenaktivierung. In vielen anderen Literaturen, wie auch von Petzold, werden die ersten beiden zudem als motivationale Klärung und Problembewältigung benannt. In der neueren Ausarbeitung von Grawe wurde die therapeutische Beziehung als 5. Faktor benannt. Zuvor wurde sie als Metafaktor in allen Wirkprinzipien gesehen. Aufgrund dessen bezieht sich die vorliegende Arbeit ebenfalls nur auf die vier Prinzipien. Petzold stellt darüber hinaus drei weiteren Metafaktoren auf: die Selbsterfahrung, das konstruktiv kooperierende Netzwerk und die hinlänglich konsolidierte Lebenslage (vgl. Orth et al, 2006, S. 679f.). Diese werden allerdings nicht näher erläutert, da sich der weitere Verlauf dieses Unterkapitels ausschließlich auf die vier Wirkprinzipien von Grawe konzentriert.

Die *Intentionserrealisierung* setzt voraus, dass die Realisierbarkeit und Wünschbarkeit gegenüber eines Klienten stets in Beobachtung steht. Der Therapeut muss in der Lage sein, Reaktionserwartungen des unwillkürlichen Handelns und Selbstwirksamkeitserwartungen des willkürlichen Handelns vorweg einzuschätzen, da dies positiven als auch negativen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Therapie ausüben kann. Darüber hinaus sollten durch die Induktion von Besserungserwartungen Veränderungen von störenden Erwartungen möglich sein. Dies erfordert eine immens hohe professionelle Fähigkeit des Therapeuten, wodurch dieses Prinzip zu einer der wichtigsten der Psychotherapie empor gehoben wird. Dem Klienten eine *Realisierung* des Vorhandenen zu ermöglichen und

durch therapeutische Vorgehensweisen eine *Intention* hervorzurufen, trägt zur Nachhaltigkeit bei und kann aus diesem Grund, weit über das vorhandene Problem hinaus, positive Effekte erreichen. Dabei ist dieses Prinzip als mehr als eine schlichte Problembewältigung zu verstehen, da es weiter reicht und nicht ausschließlich auf Probleme bezogen werden kann. Durch eine realisierungsorientierte Vorgehensweise nehmen Befürchtungen ab und kreiert ein neues Areal, mithilfe welchem neue Intentionen und Wahlmöglichkeiten gebildet werden können (vgl. Grawe, 1998, S. 87ff.).

Aus der *Intentionsveränderung* geht hervor, dass eine Intentionsrealisierung statt gefunden hat. Des Weiteren muss der Therapeut das professionelle Handeln in diesem Maße erlernen, dass der Klient durch einen motivationellen Klärungsprozess geleitet werden kann. Hierbei liegt die Gewichtung auf dem Wahlprozess und dessen Prämissen, wie den Gefühle oder Wünsche des Klienten an eine Situation. Infolgedessen erhält der Klient die Möglichkeit, seine Entscheidung gründlich zu überprüfen und abzuwägen und eine bewusstere Intention als die bisherige zu erschaffen. Prozessual wird ein Abwägungs- und Wahlprozess impliziert, in welchem der Klient zudem neue prozessuale Fähigkeiten erlernt. Ein positives Ergebnis des Klärungsprozesses kann dazu führen, dass weitere Intentionen selbstständig realisiert werden können. Ein Schritt zur Selbsthilfe wurde somit erlangt (vgl. Ebd., S. 89f.).

Folgendes Zitat zeigt die Verbundenheit der bisher angeführten Prinzipien. „Bewältigung/Realisierung setzt Klärung voraus und Klärung führt ohne Realisierung zu keiner Wunscherfüllung.“ (Ebd., S. 93)

*Prozessuale Aktivierung* ist mit dieser Bezeichnung auf der Seite des Klienten zentriert und bedeutet ebenfalls, dass sich nicht-problematisches Verhalten im Prozess verändert. Der Begriff der Problemaktualisierung würde allein das Problem fokussieren und stellt den Therapeuten in den Vordergrund. Dies sollte jedoch nicht der Fall sein. Dieses Prinzip hebt die

innere Werte eines Klienten hervor, die im Moment des Prozesses vorhanden ist. „Änderung realisiert sich im aktuellen Erleben und Verhalten. Gespräche über Erleben und Verhalten, ohne dass dies gerade prozessual stattfindet, können nützlich sein, um solche Veränderungen vorzubereiten, aber die Veränderung realisiert sich im Moment des aktuellen Erlebens.“ (Grawe, 1993, S. 94) Dieses Prinzip hat nur zusammen mit der Realisierung und der Veränderung eine Bedeutung und ist kein Selbstzweck. Es hat vielmehr eine Moderatorfunktion für die zwei Prinzipien. Sie können nach dem Wirkprinzip von Alexander und French auch als korrektive emotionale Erfahrungen betitelt werden. Jedoch umfasst dieser Begriff allein drei der vier Wirkprinzipien von Grawe und somit fehlt darin die Genauigkeit, die in der therapeutischen Praxis existieren muss (vgl. Ebd., S. 93ff.).

Das letzte anzuführende Prinzip ist die *Ressourcenaktivierung*. Hierbei wird deutlich, in welchem hohem Maße die Genesung oder Problembewältigung geschieht, indem die Selbstwirksamkeitserwartung gefördert wird. Wenn der Klient lernt, sich selbst für die positiven Veränderungen verantwortlich zu sehen, können erfolgreiche Therapieergebnisse erzielt werden. Aus der Problemperspektive demgegenüber kann keine Veränderung hervortreten, da nicht der Therapeut den Klienten verändert, sondern dieser ausschließlich Anstöße für den Klienten geben kann, sich selbst zu verändern. Zur Realisierung der Ressourcenaktivierung ist die Einnahme einer Ressourcenperspektive von Nöten. Die Problemperspektive ist wichtig für die Gewinnung von Verständnis für das vorhandene Problem, jedoch ist mit ihr keine Veränderung möglich. Ausdrückliches Ansprechen der Ressourcen kann ebenfalls einen positiven Effekt der Selbstaufwertung erzeugen (vgl. Ebd., S. 96f.). „Die Problemperspektive bestimmt das **Was** der Veränderung, die Ressourcenperspektive bestimmt das **Wie**. [H.i.O.]“ (Ebd., S. 99)

Durch die Anführung der vier Wirkprinzipien von Grawe kann die nun folgende Kategorisierung der 14 Heilfaktoren von Petzold deutlicher nachvollzogen werden.

## 7.2.2 Darlegung der 14 Heilfaktoren nach H.G. Petzold

Zuvor sind die WEGE der Integrativen Therapie als Mesoheuristiken vorgestellt worden, nun werden die 14 Heilfaktoren als Mikroheuristiken angeführt. Sie kommen in den Behandlungen zum Tragen und sind unter anderem aus verschiedenen Forschungsliteraturen, Therapiekasuistiken, Behandlungsberichten und Kurzinterviews ausgearbeitet worden (vgl. Orth et al, 2006, S. 687f. sowie Petzold, 1993b, S. 1037). Die Heilfaktoren wurden aus den therapeutischen Prozessen extrahiert und sind in den WEGEN vorhanden. Daher entstehen aus den WEGEN drei klinische und drei salutogenetische Handlungsstrategien als Oberbegriffe, die für die Heilfaktoren maßgeblich sind. Zu den Klinischen gehören Curing/Heilen, Coping/Bewältigen und Supporting/ Stützen und unter die Salutogenetischen werden Enlargement/Weitung, Enrichment/Bereicherung und Empowerment/Ermächtigung gezählt. Aus ihnen entsteht eine Gewährleistung zur Überschreitung des bisherigen. Sie bilden somit Vertiefungen oder Innovationen (vgl. Petzold et al, 2012, S. 24).

„Die `Kunst` der Therapeuten liegt bei der adäquaten Faktorenkombination `im Prozess`... [H.i.O.]“ (Orth et al, 2006, S 690). Bei der praxisorientierten Nominierung der Heilfaktoren stellen sich das Störungsbild des Klienten sowie dessen Kontextfaktoren als bedeutend heraus. Für Klienten mit psychosomatischen Beschwerden wird ein jeweils anderer Heilfaktor bedeutend, als dies bei Jugendlichen, Alterspatienten oder aber Suchtpatienten der Fall ist. Die Faktoren eins bis sieben tragen, wie in einer Vielzahl von Petzolds durchgeführten Studien zu entnehmen ist, die Hauptgewichtung. Dennoch kann ein Therapieerfolg zumeist erst durch das Beimischen weiterer Faktoren erreicht werden. Die Heilfaktoren sind genauer betrachtet angenehme Verhaltensweisen, welche in einer positiven zwischenmenschlichen Beziehung gelebt werden und stets kultiviert werden sollten. Aufgrund dessen sind sie Ingredienzen für effektive Behandlungsmodalitäten. In der Integrativen Therapie sind sechs Modalitäten tragend. Diese werden als Multimodalität betitelt. Es sind die übungszentriert-funktionale Modalität, die erlebniszentriert-stimmulierende Modalität, die konflikt-zentrierte und

störungsspezifische Modalität, die supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, die netzwerk- und lebenslagenorientierte Modalität und die medikamentengestützte Modalität. Sie finden unter anderem Anklang in den Meso- und Mikroheuristiken (vgl. Orth et al, 2006, S 690ff.).

Wie bereits erwähnt, sind die Heilfaktoren ein heuristisches Zusammenfassen der Wirkungen aus den vier WEGEN der Heilung und Förderung. Dies rührt daher, dass für Kurzzeittherapien eine immens wichtige zeitökonomische Perspektive vorherrscht. Aus diesem Grund sind Wirkungen notwendig, die in kurzer Zeit ein hohes Potential der Heilung freisetzen. Durch gezieltes Einsetzen der Faktoren transformieren sie sich von unspezifischen zu spezifischen Faktoren (Petzold, 1993b, S. 1036f.). Sie werden nun ausführlich angeführt.

#### *1. Einführendes Verstehen, Empathie (EV)*

Hierunter wird Mitgefühl, Takt und Wertschätzung verstanden. Der Therapeut erschafft eine Atmosphäre, in welcher sich der Klienten wohl und verstanden fühlt und bedingungslos akzeptiert wird. Dieses Erleben birgt positive Sozialisationserfahrungen, die für den Klienten korrigierende emotionale Erfahrung sein können. Daraus entsteht eine Mutualität, infolgedessen ein Therapeut jedoch dazu bereit sein muss, sich empathieren zu lassen. Dies ist handhabbar mithilfe selektiver Offenheit, partieller Teilnahme und der Aushandlung von Grenzen (vgl. Ebd., 1037f.).

#### *2. Emotionale Annahme und Stütze (ES)*

Dazu zählt Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung und positive Zuwendung. Hierbei wird das Selbstwertgefühl, das Selbstvertrauen, die Selbstsicherheit, und die Selbstakzeptanz des Klienten gefördert sowie Minderwertigkeitsgefühle, Schuldgefühle und die erlernte Hilflosigkeit gemindert. Der Faktor befindet sich mit dem Vorherigen in unlösbarer Verbindung. Jedoch ist er mit der Schwierigkeit versehen, dass hervorgerufene Momente der Erfüllung Verwirrung und Verwicklungen sein können. Des Weiteren können vorangegangene ähnliche Erfahrungen die aktuelle Wahrnehmung trüben, welche eine Fehlempathierung auslöst (vgl. Ebd., S. 1038).

### *3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH)*

Dieser Faktor besitzt aufgrund der Unmittelbarkeit der praktischen Lebenshilfe eine hohe Bedeutung in Kurzzeittherapien. Hinzu kommen die Erschließungen von Ressourcen, die Beratung sowie die tätige Hilfe zur Bewältigung von Lebensrealitäten und Problemen. Das ernst Nehmen von Problemen und das Geben von Hilfestellung ist für das Gelingen von therapeutischen Beziehungen stark verantwortlich. Dieser Faktor baut Realitätssinn auf und bekräftigt ihn (vgl. Petzold, 1993b, S. 1039).

### *4. Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft (EA)*

Hierunter ist das Zeigen von Gefühlen sowie das Sprechen über diese und die individuellen Willensregungen zu verstehen. Durch ein erlebnisaktivierendes Verfahren ist dieser Faktor zwar mit der emotionalen Stütze eng verbunden, muss jedoch von dieser unterschieden werden. Der adäquate Umgang mit Emotionen ist häufig eine zentrale Aufgabe in einer Kurzzeittherapie, da eine Beeinflussung der Grundstimmung meist von Nöten ist (vgl. Ebd., S. 1039f.).

### *5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen (EE)*

Dies bedeutet zu Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge, beziehungsweise Krankheitsbedingungen zu gelangen. Hierbei gilt es zunächst, eine Unterscheidung zwischen der Einsicht, dem Aha-Erleben ohne Emotionen und der Evidenzerfahrung, die mit Emotionen gekoppelt ist, zu treffen. Das Ursache und Wirkung in umfassender Weise verstanden werden ist wichtig. Hierbei sollte explizit darauf geachtet werden, in welcher Form eine Horizonterweiterung für den Klienten konstruktiv ist und in welchem Ausmaß er die Komplexität kognitiv fassen kann (vgl. Ebd., S. 1040).

### *6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit (KK)*

Einschränkungen in der Kommunikation mit anderen, in der sozialen Wahrnehmung und in der Rollenflexibilität erfordern den Aufbau sozialer Kompetenzen. Hierfür bedarf es einer *Hier-und-Jetzt-Interaktionen*. Durch diese kann jedoch die Gefahr entstehen, in negative erlernte Muster oder

Sprachlosigkeit zu verfallen. Bei der Bewältigung dieser Aufgaben wird ein immenser Teil zur Heilung und zur Lebensbewältigung beigetragen. Ein tiefgründiges Gespräch mit einem Therapeuten dient als Modellfunktion, da er dem Klienten darüber hinaus ein Feed-back erteilen kann (vgl. Petzold, 1993b, S. 1040f.).

*7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB)*

Waches und bewusstes Fühlen des eigenen Leibes, dessen Regungen und Empfindungen sind gesundheitsfördernde und krankheitsvermindernde Faktoren. Dabei müssen Verspannungen und Verkrampfungen vermieden werden, da sie die Selbstregulation verhindern. Ausdauersport und ein bewegungspassiver Lebensstil sind förderlich (vgl. Ebd., S. 1041).

*8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)*

Das Leben geschieht anhand permanenten Lernens, welches sich in der Auseinandersetzung mit dem Kontext des Individuums vollzieht. Wenn Lerninteressen und Möglichkeiten eingeschränkt oder gar enthalten werden, entstehen Probleme, die auch milieubezogen und schichtspezifisch untersucht werden müssen. Keineswegs ist ausschließlich das schulische Lernen zu betonen, dass des Lebensalltag, in welchem konstruktive Potentiale existieren, muss Betrachtung finden (vgl. Ebd., S. 1041f.).

*9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)*

Die Sequenz eines schöpferischen Akts lautet Wahrnehmen→Resonanz→Erleben→Resonanz→Ausdruck→Resonanz→Gestalten. Bei Einschränkungen der Wahrnehmung sind zudem die Möglichkeiten, die Welt zu erfahren, begrenzt. Landschaften, Musik oder sonstiges Inspirierende wird verstellt und verschwommen wahrgenommen. Salutogene Erfahrungen der Vergangenheit zu eröffnen und zu aktualisieren besitzt heilendes Potential. Dies kann mithilfe der Kunst und weiterer Medien verwirklicht werden (vgl. Ebd., S. 1042).

10. *Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten (PZ)*

Sicherheit und Hoffnungen zu bekräftigen sowie Befürchtungen und Katastrophenerwartungen abzubauen kann die Auseinandersetzungen mit Plänen, Zukunftsvisionen und Lebenszielen vorantreiben. Dabei darf nicht vergessen werden, dass der Mensch nicht nur aus seiner Vergangenheit besteht, sondern darüber hinaus aus seiner Zukunft. Fehlende Lebensziele werfen eine schmerzliche innere Leere auf und können in Krisen führen. Bereits zusammengebrochene Horizonte müssen über eine Selbstreflexion in neue Erkenntnisse übertragen werden (vgl. Petzold, 1993b, S. 1042).

11. *Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PW)*

Die Auseinandersetzung mit Werten und Normen beinhaltet eine große Bedeutung und sind nicht nur in theoretischen Überlegungen wichtig. Da die Welt und alles in ihr eine Bewertung besitzt, gilt es für das Handeln eines Menschen ebenso. Ein positives gefestigtes Wertesystem ist heilsam und der Therapeut muss eine enorme Exzentrizität bilden, damit er dem Klienten gerecht wird (vgl. Ebd., S. 1042f.).

12. *Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserlebens, Souveränität (PI)*

Dieser verfahrensspezifische Faktor bedient ebenfalls eine zentrale Rolle in der Integrativen Therapie, da er im Identitätskonzept verankert ist. Die Persönliche Souveränität ist hierbei zu fördern. Der Mensch gelangt aus dem Leib-Selbst, über das Ich zur Identität. Identitätsattributionen aus dem Umfeld werden durch Selbstattributionen und Internalisierungen dieser Zuschreibungen bewertet, wodurch sich eine Identität synthetisiert. Die Geschlechtsidentität ist für einen männlichen Therapeuten von Wichtigkeit, damit weibliche Selbstdefinitionen des Identitäts- und Rollenthemas rezepiert werden können (vgl. Ebd., S. 1043).

13. *Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN)*

Dieser Faktor hat die Bedeutung der supportiven und ressourcenreicher Netzwerkgestaltung. Es ist bekannt, dass ein positives Netzwerk die Gesundheit und deren Nachhaltigkeit immens beeinflusst. Gerade in der

Einzelarbeit ist der Gedanke für einen Therapeuten bedeutsam, dass er nicht einer Einzelperson gegenüber sitzt, sondern einem ganzen Netzwerk. Fehlende Netzwerkperspektiven für den Klienten erschweren die Aufrechterhaltungen von Beziehungen. Daher ist die therapeutische Beziehung auch ein zentraler Aspekt für Klienten in defizitären Netzwerken (vgl. Petzold, 1993b, S. 1044).

#### 14. *Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierten Partnerschaften (SE)*

In Selbsthilfe- oder Therapiegruppen trägt dieser letzte Faktor Gewichtung, obwohl er in der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung nicht angeführt wird. Soziotherapeutische Perspektiven werden von Therapeuten selten reflektiert, dabei ist ein engagiertes Eintreten für den Anderen immens signifikant, insbesondere dort, wo einem Menschen Unrecht widerfuhr oder widerfährt. Durch das professionelle Verhältnis zwischen Therapeuten und Klienten stellt sich diese Solidarität ebenfalls als ein Dilemma dar, da es zum Beispiel in einem abstinenteren Diskurs nur in geringem Maße ausgeübt werden kann. Als einer der WEGE muss dieser Faktor handlungskonkret in Therapien umgesetzt werden (vgl. Ebd., S. 1045).

### **7.2.3 Kategorisierung der Heilfaktoren in den Wirkprinzipien**

In der nachfolgenden Tabelle ist die Kategorisierung der 14 Heilfaktoren in die vier Wirkprinzipien angeführt. Des Weiteren gilt zu erwähnen, dass die Kategorisierung nicht stringent angeführt werden muss, wie dies in dieser Arbeit der Fall ist. Der eine oder andere Faktor kann durch enge Überschneidungsgebiete eventuell differenziert eingeteilt werden, jedoch ist dies die Vorgabe der vorliegenden Ausarbeitung.

Heilfaktoren ↓	Wirkprinzipien →	Intentionsrealisierung	Intentionsveränderung	Prozessuale Aktivierung	Ressourcenaktivierung
1. Einführendes Verstehen			X		
2. Emotionale Annahme und Stütze			X		
3. Hilfe bei den realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung	X				
4. Förderung emotionalen Ausdrucks					X
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Effizienzerfahrungen				X	
6. Förderung kommunikativer Kompetenzen und der Beziehungsfähigkeit					X
7. Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung					X
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen					X
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und der Gestaltungskräfte					X
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven	X				
11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs			X		
12. Förderung einer prägnanten Selbst- und Identitätserlebens				X	
13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke			X		
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen			X		

Tab. 3: Übersichtstabelle einer Kategorisierung der 14 Heilfaktoren nach Petzold in den vier Wirkprinzipien von Grawe

Eine Umfrageforschung bei par-ce-val, die bereits seit 2006 durchgeführt wird, war der Anlass einer Kategorisierung. Dies brachte eine Auffrischung in das Umfrageverständnis und diente der Vereinfachung der anschließenden Auswertung. Mit dieser Kategorisierung und den Umfrageergebnissen konnte die Einrichtung spezifischer herausfiltern, wo Qualitäten, Stärken und Schwächen liegen. Damit wurde ein Beitrag zur Qualitätssteigerung geleistet. Des Weiteren wurden mit dieser Einteilung die Fragen weitere Fragebögen erstellt. Die Probanden waren die Mitarbeiter, Ehemalige und die Angehörigen der Jugendlichen (vgl. Hohmeier, 2011, S. 19ff).

### 7.3 Zusammenfassung des Kapitels

An dieser Stelle folgt nun eine Zusammenfassung dieses Kapitels. Da dieser Gliederungspunkt umfangreich ist und wichtige Elemente der Integrativen Therapie anführt, dient sie ebenfalls als ein Aufschluss dessen. Der Umfang liegt vor allem darin Begründet, dass die Integrative Therapie bereits über 45 Jahre eine Existenz erfährt und dass Petzold mit allen seinen Mitarbeitern und den Menschen, die der Integrativen Therapie nahe stehen oder diese praktizieren, stetig das Repertoire verstärkt und ergänzt. Des Weiteren ist eine hohe Anzahl an Literatur diesbezüglich vorhanden, wodurch eine Themenauswahl in diesem Gebiet Eingrenzungen benötigt.

Aus diesem Grund ist die Themenauswahl auf die vier WEGE gefallen, da aus ihnen die Heilfaktoren extrahiert sind. Sie sind in der Integrativen Therapie ein leitendes Modell. Andere wesentliche Modelle sind das Ko-respondenzmodell, was zuvor kurz angeführt wurde, ebenso wie das tetradische System. Darüber hinaus ist das Modell der fünf Säulen der Identität aufgrund der benötigten Eingrenzung in dieser Ausarbeitung nicht angeführt worden. Weitere Modelle wurden ebenfalls außer Acht gelassen, da die Kapazität der vorliegenden Arbeit begrenzt ist. Schlussfolgernd betont nun jeweils ein Zitat die Wichtigkeit des Ko-respondenzmodell und des teradischen System sowie deren Verbundenheit zum vorhandenen Thema.

„Diese **empathische Grundfunktion ko-respondierender Mutualität in affiliativer Performanz**´ kann als der **therapeutische Megafaktor**´ – schulenübergreifend – für jede Form klinischer Praxis angesehen werden... [H.i.O.]“ (Orth et al, 2006, S. 665).

„Wir hatten mit dem **tetradischen System**´ (Petzold 1974j, 313) schon sehr früh ein integrierendes, differentielles Model für solch einen **Gesamtprozess** vorgelegt, das [sic] die wichtigen Faktoren, die später als die **14 Heilfaktoren**´ präzisiert wurden, und die Strategien der **vier WEGE**´ in ein – nicht-linear zu verstehendes – Verlaufsmodell fasst... [H.i.O.]“ (Ebd., S. 696).

In diesem Kapitel wurde zunächst die Gründung und die Abstammung der Integrativen Therapie angeführt. Danach wurden wesentliche Inhalte zum Grundverständnis der Therapieform aufgezeigt, welche schließlich in den Tree of Science mündeten. Des Weiteren ist das tetradische System durch die heraklitische Spirale erörtert worden. Dieser Abschnitt wurde mit den Definitionen wichtiger Begriffe der Integrativen Therapie abgerundet. Im nächsten Unterkapitel wurden die vier WEGE aufgezeichnet. Hierbei wurden zunächst kurz die Ko-respondenz und die Grundregel der Integrativen Therapie beschrieben. Im Anschluss daran sind die vier Wirkprinzipien von Grawe und die 14 Heilfaktoren von Petzold ausführlich festgehalten worden. Die Kategorisierung des einen in die anderen zusammen mit einer Übersichtstabelle schlossen mit dieser Zusammenfassung das Kapitel ab.

Nun wird übergegangen in den praxisrelevanten Teil dieser Ausarbeitung, in welchem vier Heilfaktoren angeführt und mit Erfahrungen und Reflexionen des Verfassers belegt werden.

## **8. Relevanz der Heilfaktoren verdeutlicht anhand von Praxisbeispielen**

Dieser Teil der vorliegenden Arbeit widmet sich den Erfahrungen und Reflexionen des Verfassers, die in der Arbeit mit Jugendlichen aufgetreten sind. Durch die Erarbeitung eines Wissensstandes bezüglich der Heilfaktoren und der Wirkprinzipien ist dies ein Versuch, diese Erfahrungen wissenschaftlich und professionell anzuführen und sie dem entsprechenden Heilfaktor zuzuordnen. Die Anführungen sind nicht nur an eine einzige Situation gebunden, sodass mehrere Begegnungen mit dem jeweiligen Jugendlichen zur Beschreibung des Heilfaktors dienen. Eventuell können gewisse Zuordnungen aus einem anderen Blickwinkel betrachtet eine leichte Dissonanz hervorrufen, dennoch sollte ein *roter Faden* darin erkennbar sein, wodurch der Versuch eine Legitimität erhält. Es wurden daher vier Heilfaktoren ausgewählt, weil sie jeweils einem anderen Wirkprinzip zugeordnet werden können. Aus rechtlichen Gründen des Datenschutzes wurden die Namen und Daten der Jugendlichen verändert.

### **8.1 Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven aufgezeigt an Maximilian**

Zunächst war die Zusammenarbeit mit dem 17 jährigen Maximilian von geringer Intensität geprägt. Die Kontaktaufnahme geschah zumeist innerhalb von Gruppensituationen, individuelle Berührungspunkte waren aufgrund dessen nur wenig vorhanden. Dies änderte sich allerdings dadurch, dass Maximilian zur Gruppe der Nachhilfeschüler dazu stoß. Durch einen unregelmäßigen Schulbesuch vor der Hilfemaßnahme wies er große Wissensdefizite auf, welche er durch den regulären internen Schulbesuch nicht ausgleichen konnte. Mit der Nachhilfe wurde der Kontakt häufiger, wodurch ein Beziehungsaufbau stattfand. Schnell wurde herausgefunden, warum der reguläre Schulbesuch nicht ausreichte, um einen Schulabschluss zu absolvieren: Maximilian fehlten Zukunftsperspektiven, die dem Gang in die Schule einen Sinn geben und ihn zu lernen motivieren.

Aus den vergangenen schulischen Krisen sind die Hoffnung und Sicherheit bezüglich seines Könnens geschwächt worden. Vorhandene gesellschaftskonforme Zukunftspläne waren sehr niedrig eingestuft und kamen etwas höhere auf, wurden sie durch geringes Selbstbewusstsein niedergeschmettert, beziehungsweise waren sie nicht in der Norm der Gesellschaft. Die Priorität der Hilfeleistung lag dennoch in der Nachhilfe, welche sich als geeignetes Medium für das Erarbeiten von positiven Zukunftsperspektiven herausstellte. Jedoch gilt zu erwähnen, dass dies keine leichte Aufgabe war. Kleine und größere Widerstände mussten zunächst überwunden werden. Zum Beispiel war der Wissensstand Maximilians in dem Bereich der Mathematik so gering, dass eine leichte Dyskalkulie vermutet werden kann. Er war sich zwar seiner Schwächen bewusst, konnte jedoch auch im Rahmen der Nachhilfe in den mathematischen Rechenoptionen keine Sinn für sein späteres Leben erkennen.

Daraufhin wurden plausible, ihm nahegelegene Beispiele angeführt, die belegten, dass Tätigkeiten in den von ihm als interessant angesehenen Berufen simpelste Mathematik benötigten. Des Weiteren wurde der Wissenshorizont über Berufsfelder erweitert, wodurch stetig das Interesse diesbezüglich proportional zu den schulischen Leistungen anstieg. Das führte soweit, dass sich sogar die innere Perspektive einer Ausbildung zum Elektriker festigen konnte, wodurch der Ansporn zum Erreichen des Schulabschlusses an hohe Qualität gewann. Die Nachhilfe verlief intensiv über einen Zeitraum von drei Wochen an bis zu 5 Werktagen in der Woche, wobei die Fächer Mathematik und Englisch hauptsächlich im Vordergrund standen. Das Wichtigste in dieser Begleitung beobachtbare war der Wechsel des inneren Standpunktes, welchen Maximilian vollzog. Zunächst waren seine schulischen Aktivitäten von den Gedanken geprägt, er würde die Anforderungen trotz größten Anstrengung nicht bewältigen können. Schließlich jedoch gewann er an Selbstbewusstsein und traute sich das Schaffen der gestellten Aufgaben zu. Dabei gingen die eben angeführten Dinge der Horizonterweiterung voraus, die auf das Wecken des Interesses zurück geführt werden können. Abschließend kann festgehalten werden, dass Maximilian seinen erweiterten Hauptschulabschluss absolvieren konnte. Diese Bestätigung seiner Selbst ermutigte ihn, weiterhin positive

Zukunftsperspektiven zu verfolgen. Er selbst strahlte infolge dessen Zufriedenheit und Erleichterung aus, was seiner anfangs großen Hoffnungslosigkeit und Unsicherheit darüber hinaus entgegenwirkte.

## **8.2 Einführendes Verstehen veranschaulicht an Caroline**

Caroline ist ein 14 jähriges, introvertiertes, zurückhaltendes und leicht ängstliches Mädchen. Diese Schilderung beschreibt das Bild, welches sie bei dem ersten Kontakt auslöste. Dadurch entstand die unwillkürliche innerliche Grundhaltung, ihr bei jeder Begegnung einen virtuellen Schutzraum zu erschaffen. Zudem sprach sie immer in einem sehr leisen Ton, welcher diese Haltung noch verstärkte. Um sie und ihre Anliegen voll und ganz zu verstehen, wurde ihr gegenüber eine sensible, wertschätzende Beziehung aufgebaut. Nach und nach entwickelte sich eine vertrauenswürdige Basis, indem versucht wurde, jeglichen Schutzraum einzuhalten und zu bestärken. Daraus ergab sich, dass sie sich mehr und mehr zeigte und sie sich sichtlich wohler fühlte.

Die gesamten häuslichen Arbeiten, die den Wohnbereich betreffen, müssen die Jugendlichen eigenständig erledigen. Über einen Zeitraum von einer Woche fiel die Aufgabe der Müllentsorgung schließlich auf Caroline. So geschah eine Situation, welche besondere Empathie erforderte. Sie fürchtete sich, nach dem Abendbrot ihren Dienst zu erledigen, da sich der Komposthaufen in einiger Entfernung zur Wohngruppe befindet und ihr das Gehen dieses Weges in der einsetzenden Dämmerung unangenehm erschien. Die Dienste nicht ordnungsgemäß zu erledigen zieht jedoch Konsequenzen für die Jugendlichen nach sich. Montags geschehen die Dienstwechsel, wodurch ihr bereits an einem Dienstag Unstimmigkeiten durch andere Jugendliche mitgeteilt wurden. Aufgrund ihrer Befürchtung, dass ihr die anderen Bewohner mit fehlendem Takt- oder Mitgefühl entgegen treten könnten, mied sie die Konfrontation und suchte kein Gespräch.

Dies wurde rechtzeitig bemerkt und auf behutsame Art und Weise mit ihr ein Gespräch darüber eingeleitet. Darin wurde die von ihr wahrgenommene unveränderbare Regel bezüglich des Dienstes vorerst neu verhandelt. Außerdem wurden weitere Lösungsstrategien aufgezeigt, sodass sich verstanden fühlte. Im Zuge eines Strukturpunktes, bei welchem alle Jugendlichen des Wohnbereiches zusammenkommen, wurde ihr Problem erörtert und behandelt. Sie erfuh in diesen Moment nicht nur Mitgefühl und Akzeptanz von den Professionellen, sondern auch von den anderen Jugendlichen, die bereit waren, ihr jegliche Form von Unterstützung zu geben. Danach war aus ihrer Befindlichkeit Freude durch Wertschätzung und Entlastung wahrzunehmen.

Eine weitere Situation mit ihr ergab sich durch eine infantile Handlung, die sie des öfteren wiederholte. Sie versuchte Aufmerksamkeit zu erlangen, indem sie eine leichte Provokation hervorrief. Während der Arbeitstherapie fragte sie ständig nach der aktuellen Zeit. Dies führte dazu, dass sich anfangs eine leichte Abneigung bezüglich des ständigen Fragens entwickelte, da es sich über einem Zeitraum von einer Woche erstreckte. Das Fragen wurde zunächst ausschließlich negativ, als Provokation, Zeitschändung oder Arbeitsunlust interpretiert. Jedoch wurde aus einem anderen Blickwinkel, der der Situation neutraler entgegen trat, ein anderes Verständnis hervorgerufen. Es wurde sichtbar, dass das ständige Fragen keine böse Absicht darstellen musste. Vielmehr kann bei Caroline eine zeitliche Orientierungslosigkeit vorliegen, welche ihre Unsicherheiten begründen könnte. Dies veranlasste, dass sich ein empathieren lassen diesbezüglich anbahnte. Um das Entstehen von Willkür zu verhindern wurden ihr zwar Grenzen aufgezeigt, allerdings manifestierte sich zudem eine neue professionelle Haltung über das Geschehen und das Gefühl einer Provokation verstrich in der restlichen Woche. Das Bedeutendste in dieser Situation war, dass durch das empathieren lassen eine Art Vertrauen ihrerseits entstand, sodass sich ihre infantile Handlung peu a peu in ein normales Geschehen wandeln konnte. Sie fragt zwar dennoch häufiger als andere Jugendliche nach der aktuellen Zeit, das Ausmaß des Fragens blieb jedoch in einem vertretbarem Rahmen.

### **8.3 Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung festgehalten an Goran**

Dieser Faktor wurde besonders in einer Begebenheit mit Goran erfahren, einem 17-jährigen Jugendlichen, der ein sehr aufgeschlossener junger Mensch ist und eine extrovertierte Rolle in der Gruppe einnimmt. Sehr bedürfnisorientiert bringt er positive Wahrnehmungen, aber auch eingrenzende Regeln des Öfteren ins Gespräch. Jedoch verschließt er sich vor seiner Gefühlswelt und lässt diesbezüglich keinen Versuch der Annäherung zu. Es kam zu der Situation, dass bei ihm in der Familie die Besorgnis um seinen Großvater entstanden war. Des Weiteren wurde zur gleichen Zeit eine Partnerbeziehung aus der Vergangenheit wieder vordergründig, indem die junge Frau Kontakt zu seiner Familie aufnahm. Goran war in der Zeit dieses Geschehens sehr hin und her gerissen. Dies führte dazu, dass er eine nicht geplante Heimfahrt im Gesprächskreis anführte und beanspruchen wollte. Dies tat er aber erst am Ende der Gesprächskreiszeit. Da sich der Sachverhalt als sehr komplex darstellte und aufgrund dessen die gesamte Struktur zu kippen drohte, wurde das Gespräch zur Würdigung der Situation vertagt. Eine tiefgründigere Beleuchtung seines Anliegens sollte dabei ermöglicht werden. Er fasste diesen Beschluss als eine Ablehnung auf, wodurch er eine wütende Haltung einnahm und sich pikiert zurück zog.

Der nächste Gesprächskreis folgte zwei Tage darauf. In dieser Zwischenzeit entstand aus einem Tür und Angel Gespräch heraus eine sehr intensive Unterhaltung. In diesem Gespräch eröffnete Goran erstmals die ganze Tragweite seiner Situation und ließ Emotionen in einem Ausmaß wie nicht zuvor zu. Es wurde ihm ein Verständnis seines jetzigen Verhaltens entgegen gebracht, wodurch dem Gespräch ein veränderter Inhalt zugekommen ist. Nach und nach wurde deutlich, dass seine Wut nicht auf die Vertagung und auch nicht auf eine eventuelle Ablehnung seines Anliegen zurück zu führen war, sondern auf seine Befürchtungen bezüglich des Ausgangs seiner familiären und häuslichen Gesamtsituation. Dadurch ergab sich ein Ansatzpunkt, um die Vertagung und sogar eine eventuelle

Ablehnung seines Anliegen nicht etwa zu legitimieren, sondern deren vielmehr einen höheren Sinn beizumessen.

Eine Evidenzerfahrung zu evozieren ist eine schwierige Aufgabe, da das Gelingen dieses Vorhabens fast voll und ganz bei dem Klienten liegt. Dennoch gelang es einen Blickwinkelwechsel hervorzurufen, worin die Sicht des Koordinators des Gesprächskreises und somit der Einrichtung vorhanden war. Langsam bahnte sich in ihm eine Horizonterweiterung bezüglich des Schutzauftrages der Einrichtung ihm gegenüber an. Immer mehr wurden ihm Ursache und Wirkung der Gesamtsituation bewusst. Er sah ein, dass voreilige Entschlüsse meist eine Gefahr beinhalten. Dies führte dazu, dass gegen Ende des Gesprächs eine Entschlossenheit aufkam, auftretende Problemlagen und innere Konflikte nicht ohne eine eigene Reflexion zumindest zu bewerten oder gar zu beantworten. Es war von enormer Wichtigkeit für diesen Entschluss das zu erkennen. Eine sehr wertvolle Atmosphäre war in diesen Moment zu spüren. Dieses Gespräch verhalf zu einem wichtigen Schritt in einer Evidenzerfahrung, wobei sie nicht allein dadurch vollzogen wurde. Es galt nun, diese Erkenntnis zu bestärken und eine hohe positive Bewertung zu geben. Das geschah unter anderem dadurch, dass Goran anschließend an die Erkenntnis bereits bei Problemen mit geringer Intensität auf seinen Entschluss zurück griff und infolgedessen stetig mehr und mehr positive Erfahrungen sammeln konnte. Diese bekräftigten ihm in seinem Entschluss.

#### **8.4 Förderung emotionalen Ausdrucks beschrieben an Ben**

Ben ist 16 Jahre alt und in seiner Grundstimmung meist sehr distanziert. Er ist ebenfalls sehr stark an seinen Bedürfnissen orientiert und blendet seine Mitmenschen diesbezüglich häufig aus. Dies geschah teils in solch einer Intensität, dass ihn andere Jugendliche als gefühlscalt titulierten. Der Kontakt zu ihm war zu Anfang aufgrund der gelebten Distanzierung von ihm nur sehr sporadisch. Dennoch gelang es nach und nach, in einen engeren Kontakt zu ihm zu treten, zum Beispiel über Gesellschaftsspiele oder über

den Sport. Hierbei war sehr auffällig, dass die stattgefundenen Gespräche während dessen stark oberflächlich gehalten wurden und jeder Versuch, eine tiefgreifendes Thema anzusprechen, sofort ausweichend beantwortet wurde. Des Weiteren fiel auf, dass sein Wortschatz bezüglich der Beschreibung aller existierenden Gefühle sehr dezimiert war. Daher wurde der Fokus in seiner Lernzeit darauf gerichtet.

Ein Gesprächsvorsatz, welcher ihm auferlegt, zu einer gewissen Zeit des Tages mit anderen Jugendlichen in den Austausch zu treten, war bereits vorhanden. Zudem ist ihm eine Gefühlsvorsatz aufgetragen worden, der beinhaltete, dass er in der Abendreflexion fünf Gefühle mit Hilfe eines Auszugs mit verschiedenen Gefühlsbeschreibungen benennt, die er über den Tag erlebt hatte. Somit wurde vorerst das Wissensrepertoire bezüglich der Beschreibungen verbessert. Nach und nach wurde, obwohl der Gefühlsvorsatz anfänglich nur lakonisch verlief, mehr Regung und Intensität von ihm in das Geschehen gelegt. Darüber hinaus war ersichtlich, dass er die Gefühlswelten der anderen Jugendlichen bedeutend besser als zuvor vernahm. Ebenfalls konnten ihm manche Jugendlichen reflektieren, dass seine tägliche Gesprächszeit an Intensität und Bedeutung gewann.

Um ein erlebnisaktivierendes Verfahren einzuleiten, wurden Ben beziehend auf das Thema weitere konstruktive Aufgaben erteilt. Er sollte unter anderem die Verantwortung über die Gestaltung der Abendreflexion übernehmen. Dies ist teils ein strapaziöses Unterfangen, da in dieser Reflexion eben diese Gefühlswelt jedes einzelnen Jugendlichen Raum hat und nun er als eine Art Moderator für diese zuständig war. Anfangs entstanden im Rahmen der Reflexion schwierige Situation, aufgrund dessen Ben die Unterstützung durch andere Jugendliche oder einen professionellen Helfer heran zog. Allerdings ist nach einem längeren Zeitraum von ca. einem halben Jahr eine kontinuierliche Verbesserung zu verzeichnen. Er ist nun in der Lage, auch ohne Aufforderung über seine Gefühle zu sprechen.

## 9. Abschließende Zusammenfassung

Abgeschlossen wird diese Bachelorarbeit mit einer Zusammenfassung, welche sich an der Forschungsfrage orientiert. Diese lautete: Können Heilfaktoren bei bewusster und direkter Anwendung gegen ein spezifisches Defizit eines suchterkrankten Jugendlichen wirksam werden? Ausgehend von dieser Fragestellung wurden verschiedene Themenkomplexe betrachtet, welche zur Beantwortung beitragen.

Nach der Einleitung und der formalen Methodik wurde sich zunächst an die Definition der Sucht angenähert. Hierbei sind kurze Anführungen über den neuronalen Bereich beschrieben worden, unter anderem mit dem Belohnungs- und Bestrafungssystem, die im Gehirn aller Menschen vorzufinden sind. Danach ist ein sozialer Raum des Süchtigen und dessen Umfeldes mit dem Wechselspiel von Nähe und Distanz sowie den Übergängen des Konsumverhaltens dem Leser nahe gelegt worden. Im Anschluss fand die diagnostische Seite Anklang mit der Beschreibung des DSM-IV und der ICD-10, wobei eine Abgrenzung zur ICF angeführt wurde. Zum Abschluss des dritten Kapitels ist Sucht aus der Sichtweise Petzolds erörtert worden. Petzold stellt diese Definition auf der Basis eines anthropologischen Menschenbildes mit einem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie auf. Das Menschenbild enthielt fünf Themen und die Theorie wurde als selbstständiger Themenkomplex dargestellt. Hieraus war letztendlich zu entnehmen, welches Klientel vorhanden sein kann.

Im vierten Kapitel ist der Begrifflichkeit der Jugend auf den Grund gegangen. Nach einer Übersicht der letzten 100 Jahre und ihrer Entwicklung diesbezüglich ist der geschichtliche Verlauf und der heutige Standpunkt beschrieben worden. Des Weiteren wurden verschiedene Jugendstile angeführt und mit ihren Chancen und Risiken der heutigen Zeit festgehalten. Hinzukommend sind Fakten und Zahlen aus dem Polizeibericht des Bundeskriminalamtes geschildert.

In den weiteren zwei Kapiteln wurde die Gesetzeslage der Kinder- und Jugendhilfe und eine Beschreibung der Einrichtung par-ce-val Jugendhilfe niedergeschrieben. Das KJHG (SGB VIII) ist detailliert angeführt worden, wobei es zusätzlich mit Information aus dem aktuellen Kinder- und Jugendbericht bestückt wurde. Par-ce-val wurde historisch, konzeptionell und faktisch dargelegt und mit einem kleinem Exkurs in die Artusepik abgerundet.

Anschließend erhielt die Integrative Therapie ihren Raum. Diese stellte sich als das komplexeste Thema der vorliegenden Arbeit heraus. Dennoch bedarf es hier keiner weiteren Anführung, da diese Therapieform bereits im Kapitel 7.3 ausführlich zusammengefasst wurde. Somit wird nun ein kurzes Resümee des letzten Kapitels, dem der Praxisbeispiele, erörtert. Es wurden vier Praxisbeispiele angeführt, die jeweils einem Wirkprinzip zugeordnet war. Diese waren ausschließlich aus den eigenen Erfahrungen und Reflexionen ausgearbeitet worden.

Diese Praxisbeispiele zeigen deutlich die Beantwortung der eingehenden Forschungsfrage auf. Heilfaktoren sind heilsam, da ein ko-existierendes Wesen eine ko-respondenz, in dieser Form der Heilfaktoren benötigt, um zu gesunden. Ein wertschätzende und kongruente Grundhaltung trägt zum Verstehen und Umsetzen der Heilfaktoren bei. Ebenfalls zeigten die Beispiele die verschiedenen WEGE auf, wo und mit welchem Jugendlichen was geschah. Bei einem war es der Einzelkontakt, bei einem anderen ein einzelnes Gespräch. Wiederum stellte sich ein Prozess zum einen durch eine Veränderung, zum anderen mittels der Nutzung einer einfachen Methode als erfolgreich heraus.

Nun könnte interessant sein, welche Kombination und Nominierung der diversen Faktoren zu einem spezifischen Defizit eines Jugendlichen eine hoch konzentrierte Heilung hervorruft.

**Zusammenfassung: „Ausarbeitung spezifischer Heilfaktoren nach H.G. Petzold anhand von Praxisbeispielen in der Suchthilfe mit Jugendlichen“**

Diese Ausarbeitung gibt einen, auf Jugendliche fokussierten, umfassenden Einblick in die Suchtproblematik. Den Kern bildet die Integrative Therapie mit den „Vier Wegen der Heilung und Förderung“ und die daraus entwickelten 14 Heilfaktoren, welche in die vier Wirkprinzipien von K. Grawe kategorisiert sind und für ein leichteres Verständnis und eine Übersicht sorgen. Durch die Arbeit in der Jugend- und Suchthilfeeinrichtung „par-ce-val“ erschließt sich ein praxisorientierter Bezug, wodurch die Heilfaktoren direkt an der Person erlebbar wurden und festgehalten sind.

**Stichwörter:** Heilfaktoren, Vier WEGE der Heilung und Förderung, Integrative Therapie, Suchthilfe, Jugendliche, Wirkprinzipien

**Summary: "Formulation of certain healing factors from H.G. Petzold and these indicated with practice examples during the addiction help with teens"**

This elaboration gives a comprehensive View about the problems of addiction, which is based on the teenager. The core builds the Integrative Therapy with the “Four Ways of Healing and Fostering” and out of these developed 14 Healing Factors, which are categorized in the four active principles from K. Grawe, to give an easier understanding and overview. Because of the employment at the youth- and addiction care facility “par-ce-val” is an opening to a practical reference whereby an experience from the Healing Factors is directly on a person and written down.

**Keywords:** Healing Factors, Four WAYS of Healing and Fostering, Integrative Therapy, addiction Help, Teenager, active principle

## Literaturverzeichnis

Bayram, H.: PAR-CE-VAL (durch dies Tal) – Drogenkonsum im Jugendalter als eine überwindbare Talsohle des Lebens. IN: Feuchtner, C., König, G., Petzold H.G. (Hrsg.): Für Kinder engagiert – mit Jugendlichen auf dem Weg. Integrativ-systemische Arbeit mit Kindern – Biopsychosoziale Therapie mit Jugendlichen – Gesellschaftliches Engagement in Zeiten des Umbruches. Verlag Krammer, Wien 2009 (S. 219-229)

Bosse, S., Otte, H., Rahm, D., Ruhe-Hollenbach, H.: Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1993 (4. Auflage 1999)

Böning, J.: Zur Neurobiologie und Psychopathologie süchtigen Verhaltens. IN: Bühringer, G., Wanke, K. (Hrsg.): Grundstörung der Sucht. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1991 (S. 3-27)

Ebert, W., Könnecke-Ebert, B.: Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. Grundlegungen des Integrativen Konzeptes der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. IN: Ebert, W., Petzold, H., Schay, P. (Hrsg.): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2004 (S. 173-220)

Gedraht, V., Schröer, W.: Die Sozialgesetzgebung und die Soziale Arbeit im 20. Jahrhundert: Erläuterung am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. IN: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2002 (4. Auflage 2012) (S. 863-882)

Grawe, K.: Psychologische Therapie. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1998

Hohmeier, D.: Umfrage bei par-ce-val anhand den 14 Heilfaktoren nach H. Petzold kategorisiert in die 4 Wirkprinzipien nach K. Grawe. Gera 2011

Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa Verlag, Weinheim und München 2000 (4., völlig überarbeitete Auflage von „Sozialisation und Gesundheit“)

Hurrelmann, K.: Kindheit, Jugend und Gesellschaft. Identität in Zeiten des schnellen sozialen Umbruchs. IN: Feuchtner, C., König, G., Petzold H.G. (Hrsg.): Für Kinder engagiert – mit Jugendlichen auf dem Weg. Integrativ-systemische Arbeit mit Kindern – Biopsychosoziale Therapie mit Jugendlichen – Gesellschaftliches Engagement in Zeiten des Umbruchs. Verlag Krammer, Wien 2009 (S. 129-146)

Hurrelmann, K.: Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Juventa Verlag, Weinheim und München 1985 (8. Auflage 2005)

Hurrelmann, K., Mansel, J.: Alltagsstress bei Jugendlichen. Eine Untersuchung über Lebenschancen, Lebensrisiken und psychosoziale Befindlichkeiten im Statusübergang. Juventa Verlag, Weinheim und München 1991 (2. Auflage 1994)

Jordan, E.: Kinder- und Jugendhilfe. Einführung in die Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen. Juventa Verlag, Weinheim und München 2005

Kindermann, W.: Drogen. Abhängigkeit, Missbrauch, Therapie. Ein Handbuch für Eltern und Erzieher. Droemersche Verlagsanstalt Th. Knauer Nachf., München 1991

Klawe, W.: Arbeit mit Jugendlichen. Einführung in Bedingungen, Ziele, Methoden und Sozialformen der Jugendarbeit. Juventa Verlag, Weinheim und München 1986 (5. Auflage 2000)

Lambers, H.: Wie aus Helfen Soziale Arbeit wurde. Die Geschichte der Sozialen Arbeit. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbronn 2010

Leitner, A.: Handbuch der Integrativen Therapie. Springer-Verlag, Wien 2010

Müller, A., Tretter, F. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2001

Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J.: Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. IN: Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W. (Hrsg.): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2006 (S. 627-713)

Petermann, F., Scheithauer, H.: Versorgungsstrukturen bei Jugendlichen mit aggressiv-dissozialem Verhalten. IN: Frank, R. (Hrsg.): Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2005 (S. 65-91)

par-ce-val Jugendhilfe Brandenburg gGmbH: Leistungs- und Qualitätsbeschreibung der par-ce-val Jugendhilfe Brandenburg gGmbH. Berlin 2011

Petzold, H.G.: Drogenabhängigkeit als Krankheit. Anthropologische, persönlichkeits-theoretische, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven. IN: Ebert, W., Petzold, H., Schay, P. (Hrsg.): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2004 (S. 513-532)

Petzold, H.G.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band 2: Klinische Theorie. Lifespan Developmental Therapy. Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1993a (2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2003)

Petzold, H.G.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band 3: Klinische Praxeologie. Lifespan Developmental Therapy. Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1993b (2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2003)

Petzold, H.G.: Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit – programmatische Überlegungen. IN: Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W. (Hrsg.): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2006 (S. 357-391)

Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G.: Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und „der Integrative Ansatz“. IN: Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W. (Hrsg.): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2006 (S. 41-94)

Raithel, J.: Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung. Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2004

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1996

Sonntag, G., Tretter, F.: Grundaspekte der Suchtkrankentherapie. IN: Müller, A., Tretter, F. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2001 (S. 329-361)

Stascheit, U.: Gesetze für Sozialberufe. Textsammlung. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden, 2009 (17. Auflage)

## Internetquellenverzeichnis

Bundeskriminalamt, BKA: „Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2010“ Wiesbaden, 2011 (58. Ausgabe) [Internet]  
Verfügbar unter URL:  
[http://www.bka.de/nn\\_193236/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/PksJahrbuecher/pksJahrbuecher\\_\\_node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bka.de/nn_193236/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/PksJahrbuecher/pksJahrbuecher__node.html?__nnn=true)  
[Abruf: 28.07.2012]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, bmfsfj:  
„13. Kinder und Jugendbericht“ Berlin, 2009 (2. Auflage) [Internet]  
Verfügbar unter URL:  
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>  
[Abruf: 12.05.2012]

Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI:  
„Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ Genf, 2005 [Internet]  
Verfügbar unter URL:  
[http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf)  
[Abruf: 31.05.2012]

Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI:  
„International statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10 Revision – German Modification –“ Köln, 2011 [Internet]  
Verfügbar unter URL:  
<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2012/systematik/x1gbp2012.zip>  
[Abruf: 31.05.2012]

Hautzinger, M., Thies, E.:  
„Klinische Psychologie. Psychische Störungen Kompakt. Übersicht Diagnosekriterien“ Weinheim, 2009 [Internet]  
Verfügbar unter URL:  
<http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/downloads/kompakt/127755-Diagnosekriterien.pdf>  
[Abruf: 02.06.2012]

Petzold, H.G.:

Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. IN: Textarchiv Petzold H.G. et al. Jahrgang 2012. FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen, 2012 [Internet]

Verfügbar unter URL:

<http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2012h-integrative-therapietransversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-14-wirkfaktoren.pdf>

[Abruf 28.07.2012]

## Anhangsverzeichnis

	Seite
Anhang 1: Auszug aus „13. Kinder und Jugendbericht“ .....	VII
Anhang 2: Auszug aus „ Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung“ .....	VIII
Anhang 3: Auszug aus „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ .....	IX
Anhang 4: Auszug aus „International statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10 Revision – German Modification –“ .....	X
Anhang 5: Auszug aus „Klinische Psychologie. Psychische Störungen Kompakt. Übersicht Diagnosekriterien“ .....	XI
Anhang 6: Auszug aus „Leistungs- und Qualitätsbeschreibung der par-ce-val Jugendhilfe Brandenburg gGmbH“ .....	XII
Anhang 7: Auszug aus „Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2010“ .....	XIII
Anhang 8: Auszug aus „Umfrage bei par-ce-val anhand der 14 Heilfaktoren nach H. Petzold kategorisiert in die 4 Wirkprinzipien von K. Grawe.....	XIV

## **Anhang 1**

**Auszug aus „13. Kinder und Jugendbericht“**

# **13. Kinder- und Jugendbericht**

**Bericht über die Lebenssituation junger  
Menschen und die Leistungen der Kinder-  
und Jugendhilfe in Deutschland**

## **Teil C Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe/Rehabilitation: eine erste Annäherung**

### **10 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem**

Dieser Bericht geht – wenn von Kinder- und Jugendhilfe gesprochen wird – entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vorrangig auf die im SGB VIII definierten Praxisfelder, Zuständigkeiten, Aufgaben und Leistungen ein. Allerdings stehen die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe in den beiden Feldern gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in einem Kontext, der nicht unabhängig von den Strukturen und Aufgaben des Gesundheitssystems, der Behinderten-, Eingliederungshilfe bzw. des Rehabilitationssystems gedacht werden kann.<sup>97</sup> Weil die vielfach geforderte Vernetzung und Kooperation zwischen diesen gesellschaftlichen Teilsystemen nur funktionieren kann, wenn wenigstens in Grundzügen, die Strukturen, Voraussetzungen und Aufgaben bekannt sind, soll ihnen jeweils ein kurzer darstellender Abschnitt gewidmet werden. In den folgenden Kapiteln werden deshalb die für diesen Bericht relevanten gesellschaftlichen Teilbereiche und wesentlichen Schnittstellen in ihren Grundstrukturen skizziert (vgl. ausführlich für die Kinder- und Jugendhilfe: Bissinger u. a. 2002; für das Gesundheitssystem: Bäcker u. a. 2008, S. 91–245; Simon 2008; Preusker 2007; Bengel/Koch 2000).

Für die Sachverständigenkommission steht es – wie nicht zuletzt dieser Bericht belegt – außer Zweifel, dass die zielführende Auseinandersetzung mit den Aufgaben und Herausforderungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung drängender ist als je zuvor. Sie interpretiert dies auch als Ausdruck der im Wandel begriffenen sozialstaatlichen Rahmenbedingungen, die das Verhältnis von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem immer auch wesentlich mit prägen (vgl. dazu Lessenich 2008; vgl. Kap. 21.2).

### **11 Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe**

#### **11.1 Kurzer Überblick über die wesentlichen Strukturen**

Die wichtigsten Behörden im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind die kommunalen Jugendämter. Von ihnen

<sup>97</sup> Der Begriff der Behindertenhilfe wird in diesem Bericht als Überbegriff für alle Angebote der Hilfen für Menschen mit Behinderung verwendet. Rehabilitation und Eingliederungshilfe werden entsprechend dem Sozialgesetzbuch IX (Behindertenhilfe) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) verwendet und stellen somit die Begriffe für gesetzliche Leistungen dar. Beide Gesetze beziehen sich auf Leistungen für Menschen mit Behinderung zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

gibt es derzeit rund 590 in Deutschland.<sup>98</sup> Kommunale Jugendämter stellen eine Besonderheit im Rahmen der Kommunalverwaltung dar. Sie bestehen aus ihren Verwaltungen und den sogenannten Kinder- und Jugendhilfeausschüssen und werden deshalb auch als zweigliedrig charakterisiert. Folgt man dem Gesetz, hat sich der Kinder- und Jugendhilfeausschuss „mit allen Angelegenheiten der Jugendhilfe zu befassen, insbesondere mit der Erörterung aktueller Problemlagen junger Menschen und ihrer Familien sowie mit Anregungen und Vorschlägen für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendhilfeplanung und der Förderung der freien Kinder- und Jugendhilfe“ (§ 71 (2) SGB VIII). Kinder- und Jugendhilfeausschüsse dienen vorrangig der Beteiligung sachkundiger Bürger und der verschiedenen gesellschaftlichen Akteure (zur Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfeausschüsse vgl. Pluto u. a. 2007, S. 319 ff.).

Den kommunalen Jugendämtern obliegt die Gesamtzuständigkeit und Letztverantwortung für die Kinder- und Jugendhilfe vor Ort. Der weit überwiegende Teil der Leistungen wird jedoch auf der Basis des Subsidiaritätsprinzips von nicht-staatlichen Trägern organisiert und erbracht. In den allermeisten Fällen handelt es sich dabei um freie gemeinnützige Träger. Systematisch betrachtet sind sie dem sogenannten „Dritten Sektor“ jenseits von Markt und Staat zuzurechnen und werden deshalb auch als „Non-Profit-Organisationen“ bezeichnet. Wichtige Träger sind beispielweise die Mitglieder der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Der Paritätische, Rotes Kreuz und die Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland). Daneben existieren ungezählte kleinere überregionale und regionale Träger und lokale Initiativen. Aktuell (Jahr 2006/2007) betreiben die nicht-staatlichen Träger rund 67 Prozent der Einrichtungen, verfügen über 61 Prozent der Plätze und beschäftigen etwa 61 Prozent des Personals in der Kinder- und Jugendhilfe.

Einen wichtigen Unterschied im Vergleich zum Gesundheitssystem markiert in der Kinder- und Jugendhilfe trotz des hohen Anteils nicht-staatlicher Verantwortung der geringe Anteil von markt- und gewinnorientierten privatgewerblichen Anbietern. In der Kinder- und Jugendhilfe unterhalten privatgewerbliche Träger lediglich 1,5 Prozent der Einrichtungen, verfügen über 2,8 Prozent der Plätze und beschäftigen 5,8 Prozent des Personals.

Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden – anders als die Leistungen des Gesundheitssystems, die durch Direktzahlungen, durch Kostenerstattungen über die privaten und gesetzlichen Krankenkassen sowie durch staatliche Zuschüsse finanziert werden (vgl. dazu Kap. 12) – vor allem durch die öffentlichen, im Wesentlichen kommunalen Haushalte finanziert.

<sup>98</sup> Auf Landesebene gibt es darüber hinaus 17 Landesjugendämter.

Tabelle 11.1

**Ausgaben der öffentlichen Hand (einschließlich Einnahmen) für ausgewählte Leistungsbereiche des SGB VIII in Euro (Deutschland, 1992 bis 2006)**

	Insgesamt	Jugendarbeit	Jugendsozialarbeit	Förderung der Erziehung in der Familie	Tageseinrichtungen für Kinder	Hilfen zur Erziehung und sonstige Hilfe	Jugendhilfeverwaltung	Sonstige Ausgaben
	<b>in 1.000 Euro</b>							
1992	14.284.341	1.116.804	193.066	70.469	8.490.895	2.968.614	592.323	852.170
1993	16.291.525	1.206.876	187.099	58.797	10.011.514	3.567.125	641.520	618.594
1994	16.631.045	1.238.695	169.879	67.155	9.979.929	3.822.083	704.148	649.157
1995	17.020.311	1.301.845	184.440	60.135	9.796.698	3.811.116	726.979	1.139.100
1996	17.517.213	1.254.208	248.911	65.156	10.037.736	3.966.150	733.793	1.211.258
1997	17.512.851	1.263.318	218.304	65.077	9.872.174	4.364.471	697.344	1.032.162
1998	17.709.618	1.297.277	211.102	65.423	9.892.003	4.436.775	707.778	1.099.261
1999	18.077.611	1.356.972	213.422	69.095	9.956.635	4.613.564	717.635	1.150.288
2000	18.464.958	1.411.459	219.067	72.430	10.035.690	4.857.443	773.471	1.095.398
2001	19.210.662	1.432.060	237.870	74.385	10.427.626	5.124.549	767.532	1.146.640
2002	20.176.896	1.459.099	253.236	121.959	10.951.366	5.476.958	705.232	1.209.046
2003	20.612.447	1.387.142	270.778	89.175	11.290.788	5.636.946	720.644	1.216.976
2004	20.671.147	1.349.776	260.582	76.965	11.430.891	5.634.389	708.391	1.210.154
2005	20.865.232	1.377.591	251.960	79.563	11.542.452	5.668.067	668.088	1.277.510
2006	20.924.286	1.400.846	241.923	85.104	11.638.762	5.650.389	635.935	1.271.327

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Ausgaben und Einnahmen, verschiedene Jahrgänge Wiesbaden; zusammengestellt und eigene Berechnungen. Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik 2008.

Im Kern gibt es in der Kinder- und Jugendhilfe zwei Typen von Leistungen:

- Leistungen, auf die die Betroffenen einen Rechtsanspruch haben. Dabei handelt es sich entweder um Ansprüche, die einer Altersgruppe gewährt werden (z. B. einen Kindergartenplatz für alle Kinder über drei Jahre und ab 2013 ein Angebot für alle Kinder unter drei Jahren), oder um Ansprüche, für die besondere Bedarfe gegeben sein müssen. So besteht z. B. ein individueller Rechtsanspruch auf Hilfe zur Erziehung in allen jenen Fällen, bei denen auf der Basis des sogenannten Hilfeplanverfahrens bei einem Heranwachsenden ein erzieherischer Bedarf festgestellt worden ist.
- Der zweite Typ von Leistungen sind sogenannte Soll- und Kann-Leistungen. Für diese besteht kein indivi-

dueller Rechtsanspruch, sondern das SGB VIII schreibt vor, dass auf der Basis fachgerechter Planung die Kommunen dafür zu sorgen haben, dass die zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages entsprechend SGB VIII notwendigen Einrichtungen und Angebote, z. B. der Kinder- und Jugendarbeit in ihren verschiedenen Formen, auf einem fachlich angemessenen Niveau im ausreichenden Umfang zur Verfügung stehen.

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen der Kinder- und Jugendhilfe ist ihre Personalstruktur. Diese ist geprägt durch das „heterogene Ineinander und Miteinander unterschiedlicher Mitarbeitergruppen, durch fachlich qualifiziertes Personal und Personen mit einer fachfremden oder geringfügigen Qualifikation, durch sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Honorarkräfte sowie Mitarbei-

terinnen und Mitarbeiter mit Sonderstatus“ (Bissinger u. a. 2002, S. 46).

Am Jahresende 2006 arbeiteten in den etwa 80 000 Einrichtungen, Diensten und Behörden der Kinder- und Jugendhilfe ca. 618 500 Beschäftigte. Im Vergleich mit der Beschäftigungssituation (gemessen in Form der Vollzeitbeschäftigten) im Jahr 2002 hat sich das Beschäftigungsvolumen (ohne das Personal mit hauswirtschaftlichen und technischen Arbeitsschwerpunkten) im Kern des pädagogischen Aufgabenfeldes um ca. 10 000 Beschäftigte (2,3 Prozent) verringert. Allerdings sind hiervon nicht alle Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe in gleichem Ausmaß betroffen: Während sich im Arbeitsbereich der Kindertageseinrichtungen im Vergleich der Erhebungsjahre 2002 und 2006 eine Zunahme der Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse um 1,9 Prozent verzeichnen lässt, ist in den übrigen Arbeitsbereichen zusammengekommen ein Rückgang der Vollzeitbeschäftigten um 11,3 Prozent zu verzeichnen. In besonderem Maße sind hiervon die Kinder- und Jugendarbeit, die Behinderten-

hilfe<sup>99</sup> sowie die Erziehungshilfen betroffen. Dieser Arbeitsplatzrückgang betrifft mit ca. 18 Prozent Ostdeutschland sehr viel stärker als Westdeutschland mit ca. 10 Prozent (vgl. Tabelle 11.2). Hinsichtlich der Qualifikationsstruktur der Beschäftigten (ohne das Personal mit hauswirtschaftlichen und technischen Arbeitsschwerpunkten) ist eine Zunahme der Fachkräfte mit sozialpädagogisch einschlägigem Berufs- bzw. Hochschulabschluss festzustellen (Rauschenbach/Schilling 2008).

<sup>99</sup> Der in der Kinder- und Jugendhilfestatistik aufgeführte Begriff der „Behindertenhilfe“ umfasst Einrichtungen – und in diesen Tätige –, die in den Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe fallen und nach § 45 SGB VIII eine Betriebserlaubnis für ihre Einrichtung haben. Hierzu gehören im Bereich der Behindertenhilfe beispielsweise Einrichtungen der Frühförderung oder auch Tagesheime für Heranwachsende mit Behinderungen. Bei diesen Angaben ist einschränkend zu beachten, dass es sich dabei nicht um bundesweit repräsentative Daten für diesen Bereich handelt. Da das Feld der Behindertenhilfe insgesamt sehr viel weiter ist als die entsprechenden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, sind die Daten auch nicht identisch mit den Angaben zur Behindertenhilfe in Kap. 13.

Tabelle 11.2

**Entwicklung der Vollzeitbeschäftigten in der Kinder- und Jugendhilfe nach Arbeitsfeldern  
(Deutschland, Ost- und Westdeutschland; 2002 und 2006;  
Angaben absolut und in Prozent).**

	31.12.2002	31.12.2006 <sup>100</sup>	Veränderung 2002–2006 <sup>101</sup>	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	In %
<b>Deutschland</b>				
Insgesamt				
Kindertageseinrichtungen	285.341	290.842	+5.501	+1,9
Kinder- und Jugendarbeit	27.541	19.814	-7.727	-28,1
Jugendsozialarbeit	4.739	4.448	-292	-6,2
Hilfen zur Erziehung (amb.-teilstationär)	17.435	15.261	-2.174	-12,5
Hilfen zur Erziehung (stationär)	33.604	31.687	-1.917	-5,7
Behindertenhilfe	10.953	9.013	-1.940	-17,7
Sonstige	26.453	25.520	-933	-3,5
Verwaltung	15.251	14.900	-351	-2,3
<b>Westdeutschland (einschl. Berlin)</b>				
Insgesamt				
Kindertageseinrichtungen	234.353	236.982	2.629	+1,1
Kinder- und Jugendarbeit	20.124	15.288	-4.836	-24,0
Jugendsozialarbeit	3.573	3.352	-221	-6,2
Hilfen zur Erziehung (amb.-teilstationär)	14.653	12.804	-1.849	-12,6
Hilfen zur Erziehung (stationär)	27.627	25.918	-1.708	-6,2
Behindertenhilfe	9.953	8.191	-1.761	-17,7
Sonstige	21.838	21.825	-553	-2,5
Verwaltung	12.600	12.714	114	0,9

	31.12.2002	31.12.2006 <sup>100</sup>	Veränderung 2002–2006 <sup>101</sup>	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	In %
<b>Ostdeutschland (ohne Berlin)</b>				
Insgesamt				
Kindertageseinrichtungen	50.988	53.860	2.872	+5,6
Kinder- und Jugendarbeit	7.418	4.526	-2.891	-39,0
Jugendsozialarbeit	1.166	1.096	-70	-6,0
Hilfen zur Erziehung (amb.-teilstationär)	2.782	2.457	-324	-11,7
Hilfen zur Erziehung (stationär)	5.977	5.768	-209	-3,5
Behindertenhilfe	1.000	822	-178	-17,8
Sonstige	4.615	4.235	-380	-8,2
Verwaltung	2.651	2.186	-465	-17,5

<sup>100</sup> Daten für den Bereich der Kindertageseinrichtungen laut Erhebung des Statistischen Bundesamtes vom 15. März 2007

<sup>101</sup> Daten für den Bereich der Kindertageseinrichtungen laut Erhebung des Statistischen Bundesamtes vom 15. März 2007

Quelle: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Einrichtungen und tätige Personen 2002 und 2006; Berechnungen der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik 2008

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind für die Adressatinnen und Adressaten freiwillig. Seine Umsetzung und fachlichen Niederschlag findet dieses Prinzip in den zentralen Standards der Kinder- und Jugendhilfe, allem voran in dem hohen Stellenwert, der der Beteiligung sowie der Orientierung an den Lebenswelten bzw. Sozialräumen der Adressatinnen und Adressaten zugeschrieben wird. Erscheinen vor allem im Rahmen des staatlichen Wächteramtes Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe als notwendig, zu denen keine Zustimmung der Betroffenen bzw. der Personensorgeberechtigten vorliegt, so sind diese nur möglich auf der Basis eines entsprechenden familienrichterlichen Beschlusses.

Doch auch jenseits dieser zugespitzten Konstellationen gilt für die gesamte Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, dass sie sich in einem Spannungsfeld zwischen individueller Betreuung, Unterstützung, Förderung, Erziehung und Anregung von Bildungsprozessen einerseits und vielfältigen Formen der Normierung, Sozialdisziplinierung und Kontrolle andererseits bewegt. Diese Gleichzeitigkeit, auch doppeltes Mandat von Hilfe und Kontrolle genannt, ist hier insofern von Bedeutung, als es unter den Vorzeichen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung eine weitere Variation erfährt (vgl. Kap. 21.2).

Im Verlauf der letzten 50 Jahre hat sich dieses Spannungsverhältnis als beständiger Stachel im Selbstverständnis der Kinder- und Jugendhilfe erwiesen (vgl. zuletzt im Kontext der Diskussion zum Kinderschutz: Schone 2008). Die beschriebene strukturelle Ambivalenz der Kinder- und Jugendhilfe trat dabei umso deutlicher hervor, je mehr sich die Kinder- und Jugendhilfe seit den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts von ihrer Jugendpflege- und Fürsorgetradition entfernte und sich zu einem in seinem fachlichen Selbstverständnis sozialpädagogisch

geprägten Praxisfeld entwickelte. Wie erfolgreich dieser Prozess der „Sozialpädagogisierung des Feldes“ war, lässt sich am nachhaltigsten an der Rezeption des Achten Jugendberichtes der Bundesregierung (Deutscher Bundestag 1990) und der etwa zur gleichen Zeit erfolgten Neufassung des *Jugendwohlfahrtsgesetzes* (JWG) von 1961 in Form des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* (KJHG = SGB VIII) nachvollziehen. Heute ist es unstrittig, dass in der Kinder- und Jugendhilfe sozialpädagogisches Denken und Handeln das fachliche Selbstverständnis dominieren und dies in jeder Hinsicht, also in Bezug auf die Qualifizierung und Rekrutierung des Personals, die Zugänge zum Praxisfeld, die disziplinären Hintergründe wie auch in Bezug auf die leitenden Kategorien, Reflexionsmuster und Arbeitsformen. Im Kontext dieses Berichtes ist festzuhalten, dass es das mittlerweile tief in den Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe verankerte sozialpädagogische Selbstverständnis ist, das immer wieder in Konkurrenzen und in Widersprüche zu einem störungs- und symptomorientierten, traditionell medizinisch geprägten Denken gerät, wenn es um Fragen gesunden Aufwachsens geht (vgl. Kap. 21.3).

## 11.2 Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zur Gesundheitsförderung – der gesetzliche Rahmen

Wie schon einleitend, u. a. mit Bezug auf den 11. Kinder- und Jugendbericht (Deutscher Bundestag 2002, S. 226 ff.), festgestellt wurde, hat die Kinder- und Jugendhilfe aufs Ganze gesehen bislang für sich kein allgemeingültiges Verständnis von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung ausgearbeitet. Dies findet seinen Ausdruck u. a. im SGB VIII, das bei der Benennung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im § 2 die Gesundheitsförderung

nicht nennt.<sup>102</sup> Ein expliziter Bezug zur Thematik findet sich im SGB VIII bislang an sechs Stellen:

- Im § 8a SGB VIII, der im Rahmen des *Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetzes* (KICK) im Herbst 2005 eingefügt wurde, wird im Absatz 4 festgelegt: „Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.“
- Erwähnt wird der Themenkomplex Gesundheit im § 11 (1.3) SGB VIII, in dem die gesundheitliche Bildung als ein Schwerpunkt der Jugendarbeit ausgewiesen wird.
- Im § 20 SGB VIII ist die Betreuung und Versorgung von Kindern in Notsituationen durch die Kinder- und Jugendhilfe geregelt, worunter entsprechend Absatz 1 und 3 auch der Ausfall der Eltern aus gesundheitlichen Gründen fällt.
- Der bislang vermutlich am meisten diskutierte und kommentierte Paragraph des SGB VIII im Kontext der Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem dürfte der zuletzt im Rahmen des *Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetzes* (KICK) von 2005 ergänzte § 35a sein. In ihm wird der Anspruch auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche geregelt. Demnach haben Kinder oder Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn „ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und (wenn) daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§ 35 a (1) SGB VIII). Von einer seelischen Behinderung betroffen oder bedroht sind Kinder oder Jugendliche im Sinne des Paragraphen, „bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist“ (ebd.). Der Paragraph regelt die Bedingungen und fachlichen Standards, die bei der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung durch das Jugendamt zu beachten sind (§ 35a (1a) SGB VIII), wie auch die Formen der Hilfe (§ 35a (2) SGB VIII; vgl. ausführlich zu diesem Paragraphen Kap. 17.5.3). Mit dem § 35a SGB VIII ist eine direkte Schnittstelle zum SGB IX („Teilhabe und Rehabilitation“) aus dem Jahr 2001 geschaffen, die für Kinder und Jugendliche sinnvoll gangbar gemacht werden muss.

<sup>102</sup> Zur Praxis von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe vgl. Teil D dieses Berichtes.

- In dem wichtigen § 45 SGB VIII, in dem die Bedingungen geregelt sind, um die Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung zu erhalten, wird in Absatz 2 festgehalten, dass diese Erlaubnis u. a. zu versagen ist, wenn „in sonstiger Weise das Wohl der Kinder oder der Jugendlichen in der Einrichtung nicht gewährleistet ist; dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn bei der Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen a) ihre gesellschaftliche und sprachliche Integration oder b) die gesundheitliche Vorsorge und medizinische Betreuung erschwert wird“. Aufgenommen wurde die Konkretisierung im Rahmen der Ergänzungen durch das *Tagesbetreuungsausbaugesetz* (TAG) aus dem Jahr 2005 auf Anregung des zuständigen Bundestagsausschusses (vgl. Deutscher Bundestag 2005a, S. 26). Aus der Sicht des Ausschusses dienen die Beispielfälle dazu, die Praxis bei der oft schwierigen Auslegung des Begriffs der Kindeswohlgefährdung zu vereinheitlichen: „Sowohl die Integration von Kindern und Jugendlichen als auch die Sicherung einer angemessenen medizinischen Versorgung greifen existentielle Grundlagen der Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen auf“ (ebd.). Diese bislang in der Fachdiskussion wenig beachtete Ergänzung ist für die in diesem Bericht im Zentrum stehende Thematik insofern von Bedeutung, als gesundheitliche Vorsorge und medizinische Betreuung neben den beiden anderen Kriterien (gesellschaftliche und sprachliche Integration) als explizite Mindestanforderungen an alle Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ausgewiesen werden, die, wenn sie nicht gewährleistet sind, als Gefährdung des Kindeswohls interpretiert werden müssen, welche wiederum den Erlaubnisvorbehalt begründet.<sup>103</sup>
- Im § 81 SGB VIII wird schließlich die Zusammenarbeit der öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe mit Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes verbindlich vorgeschrieben.

Jenseits dieser expliziten Nennungen kann man allerdings, wie es der 11. Kinder- und Jugendbericht formulierte, „die zentralen Begriffe des KJHG ‚Entwicklung‘ und ‚Erziehung‘ so verstehen, dass sie auch die Förderung der Gesundheit umfassen. Deshalb bezeichnet § 11 (3.1) die ‚gesundheitliche Bildung‘ als einen Schwerpunkt der Jugendarbeit, deshalb gehört die Familienerholung nach § 16 zur allgemeinen Förderung in der Erziehung, und deshalb hat der Gesetzgeber die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche wegen ihrer Nähe zu den Entwicklungs- und Erziehungsaufgaben des KJHG als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe bestimmt und in § 10 (2) mit Vorrang vor der Sozialhilfe ausgestattet“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 227).

<sup>103</sup> „Der Erlaubnisvorbehalt dient der Abwehr von Gefahren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Aufgabe des Staates ist es deshalb nicht, optimale Bedingungen der Betreuung oder Unterkunftgewährung zu gewährleisten, sondern sicherzustellen, dass Mindestanforderungen beachtet werden“ (Wiesner 2006, S. 845 f.).

Die Interpretation der beiden zentralen Leitbegriffe des SGB VIII „Förderung der Entwicklung des jungen Menschen“ und „Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ im Sinne eines Auftrages, auch die Gesundheit junger Menschen zu fördern, rückt die Kinder- und Jugendhilfe in erkennbare Nähe zu den eingangs in diesem Bericht vorgestellten Konzepten. „Die strategischen Prinzipien der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung haben eine eindeutige Affinität zu den Grundlagen von Sozialer Arbeit“ (Franzkowiak 1998, S. 173). Mehr noch: Historisch betrachtet handelt es sich dabei um einen Fall von verdeckter Anleihe, wie ein Berater der WHO in den 80er- und 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts am Rande erwähnt: „Die Soziale Arbeit diene bei den Vorarbeiten und der Formulierung der Ottawa-Charta in vielfältiger Weise als verdeckter Bezug, etwa in der prinzipiellen Lebenswelt- und Alltagsorientierung. Im Zuge der Eingemeindung sozial-ökologischer Arbeitsprinzipien durch die Gesundheitsförderung wurde sie – gemeinsam mit der Gemeindepsychologie – teilweise als ‚ahnungslose‘ Leihmutter instrumentalisiert“ (ebd., S. 173).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich auf der einen Seite eine unmittelbare Anschlussfähigkeit, die man vereinfacht wie folgt formulieren kann: Gute Kinder- und Jugendhilfepraxis ist immer auch Gesundheitsförderung. In diesem Sinne sind Ansätze des Empowerments, der individuellen und kollektiven Befähigung, der Beseitigung sozialer Ungleichheiten und der Eröffnung von Teilhabechancen nicht nur fachliches Selbstverständnis Sozialer Arbeit, sondern ebenso Handwerkszeug der Gesundheitsförderung und sozialen Rehabilitation.

So richtig allerdings diese Feststellung auch ist, so läuft sie doch andererseits Gefahr, dass alles in eins gesetzt wird. Aus Sicht der Sachverständigenkommission muss man dieser Versuchung schon deswegen widerstehen, weil damit die Chancen für die Weiterentwicklung in diesen Bereichen vorschnell verspielt würden (vgl. Kap. 21.3).

## 12 Das Gesundheitssystem

Auftrag des Gesundheitssystems ist es, in seinen unterschiedlichen Handlungsfeldern und durch seine Einrichtungen und Maßnahmen „gesundheitliches Wohlbefinden der Bevölkerung oder einzelner Zielgruppen zu verbessern, Erkrankungsrisiken zu minimieren und durch professionelle Dienste und Einrichtungen der Erkennung und Therapie von Krankheiten zu dienen“ (Schwartz/Janus 2006, S. 73). Seine Finanzierungsgrundlage sind öffentliche und private Haushalte, aber auch Sozialversicherungen. Gesteuert wird das Gesundheitssystem über gesundheitspolitische Beschlüsse und Anreize.

Gesundheitspolitik ist im Sinne von *Rosenbrock* und *Gerlinger* beschreibbar „als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstel-

len oder auch nur die individuellen oder sozialen Folgen von Krankheit lindern“ (2006, S. 12).<sup>104</sup>

Das Gesundheitssystem selbst lässt sich in einer ersten Annäherung auf vier Ebenen abbilden:

- Staatliche Stellen sind gemäß der föderalen Struktur in Deutschland das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als gleichsam das politische Zentrum des Gesundheitssystems auf Bundesebene. Des Weiteren sind dies die Landesministerien, deren Bedeutung vor allem in der stationären Versorgung (z. B. Krankenhausplanung) und dem öffentlichen Gesundheitsdienst liegen, und schließlich die kommunalen Dezernate und Einrichtungen (z. B. Gesundheitsämter);
- Körperschaften und Verbände, die die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Selbstverwaltung organisieren (Krankenkassen und ihre Verbände, kassenärztliche Vereinigungen);
- Organisationen der Berufe im Gesundheitssystem (u. a. die Kammern der medizinischen Berufe, die Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände, der Verband der privaten Krankenversicherung und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung);
- in ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung tätige Fachpersonen, die psychotherapeutische, heilmittelbezogener (Krankengymnastik, Ergotherapie u. a.) und ärztliche Tätigkeiten leisten, bis hin zur Krankenhausversorgung und stationären medizinischen Rehabilitation.

Insgesamt ist das Gesundheitssystem hochkomplex verankert und gesteuert. Auf den einzelnen Regelungsfeldern hat es je eigene Steuerungssysteme hervorgebracht in Form einer Mischung staatlicher, verbandlicher und marktförmiger Elemente (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Zur Gewähr von Einheitlichkeit im Bundesgebiet hat der Bund u. a. Gesetzgebungskompetenz im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, SGB V), in der Bundesärzteordnung, im Arzneimittelgesetz, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Infektionsschutzgesetz. Die Ausführungen wiederum sind durch Landesgesetze geregelt (Waller 2007).

Im zurückliegenden Jahrhundert haben sich in den verschiedenen Nationalstaaten unterschiedliche Konzepte sozialer Sicherung entwickelt. Die für das deutsche Gesundheitssystem zentralen Eckpunkte sind auf die *Bismarck'sche* Sozialgesetzgebung des späten 19. Jahrhunderts zurückführbar. Die in der Krankenversicherung verankerten Strukturprinzipien aus der damaligen Zeit,

<sup>104</sup> Eine solche weite Fassung gesundheitspolitischen Verständnisses entspricht nicht der gegenwärtig praktizierten Gesundheitspolitik in Deutschland. Im zurückliegenden Jahrzehnt sind zunehmend die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems und die mit ihr verknüpften Fragen vor allem medizinischer Versorgung zu einem die Gesundheitspolitik bewegenden Thema geworden. Ökonomische Erwägungen bestimmen weitgehend die Gesundheitspolitik und in der Folge das Gesundheitssystem.

wie die GKV, die nach dem Solidaritätsprinzip organisiert ist (Waller 2007), haben weitgehend bis heute ihre Gültigkeit bewahrt. So ist die Mitgliedschaft in dieser Versicherung für alle Gehaltsempfänger bis zu einer bestimmten Gehaltsobergrenze verpflichtend, die Beitragshöhen sind gestaffelt nach Höhe des Einkommens und nicht nach Versicherungsrisiko, und die Arbeitgeber sind am Beitrag beteiligt (Böhnisch u. a. 1999). Im Prinzip haben somit alle dort Versicherten Anspruch auf gleiche Leistungen, wobei die Kosten von der Solidargemeinschaft der Versicherten aufgebracht werden.<sup>105</sup> Allerdings haben die Mitglieder der GKV in den letzten Jahren einen wachsenden Anteil der Kosten für bestimmte Leistungen selber zu tragen, was zu einem Verzicht auf nötige medizinische Leistungen führen kann. Zudem steht Selbständigen und Beschäftigten ab einer gewissen Gehaltsstufe neben der Mitgliedschaft in der GKV auch die Private Krankenversicherung (PKV) offen, bei der sich die Beiträge an Geschlecht, Alter und individuellem Gesundheitszustand der Versicherten und dem Umfang von ihnen gewünschten Versicherungsleistungen bemessen.

Festzuhalten ist: Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Eingriffen zum Schutz des Solidarprinzips, Zwängen wirtschaftlichen Handelns und individueller Freiheit (Hensen/Hensen 2008b). In den sich verschärfenden Verteilungskämpfen um finanzielle Mittel bei gleichzeitiger Implementierung markt- sowie wettbewerbsorientierter Steuerungsinstrumente in die GKV verschlechtert sich die gesundheitsbezogene Chancengleichheit vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Erstens ist schon das Erkrankungsrisiko in benachteiligten Lebenslagen ungleich höher (Dragano u. a. 2008), zweitens verschärft die Ausdehnung wettbewerblicher Elemente im Gesundheitssystem die gesundheitlichen Ungleichheiten (Bittlingmayer 2008), sodass sich drittens die gesundheitliche Unterversorgung noch einmal durch eine unzureichende Nutzung der gesundheitsbezogenen Versorgungsangebote erhöht (z. B. im Bereich der Vorsorge). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit verstärken sich somit wechselseitig (Mielck 2000, 2002).

Es sei darauf hingewiesen, dass schon seit einiger Zeit eine Reihe von grundlegenden Veränderungen des Gesundheitssystems diskutiert werden (vgl. z. B. Hensen/Hensen 2008a; Schroeder/Paquet 2009). Allerdings gehen die Meinungen, inwiefern der jeweilige Reformvorschlag einen tiefgreifenden Einschnitt in die bisher bestehende Struktur und Qualität der Versorgung darstellt, je nach Interessenslage weit auseinander. Es ist ein Kennzeichen dieser Debatte, dass ihre Details und die Implikationen der Vorschläge, auch z. B. im Hinblick auf die Auswirkungen für die Schnittstellen mit der Kinder- und Jugendhilfe mindestens für Außenstehende schon lange nicht mehr nachvollziehbar sind. Eine *abschließende*

<sup>105</sup> Damit unterscheidet sich diese Finanzierung von der der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe: Hier werden die Kosten aus Steuernmitteln der Kommunen und Gebietskörperschaften aufgebracht.

Darstellung und Würdigung des Krankenkassen- und Gesundheitssystems und der darauf bezogenen Reformbemühungen verbietet sich vor diesem Hintergrund deshalb aktuell von selbst.

## 12.1 Strukturen und Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche

Die Kinder- und Jugendmedizin ist seit über 100 Jahren ein eigenständiges Gebiet im fachärztlichen Zusammenspiel des Gesundheitswesens. Sie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, sowie von Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen der Heranwachsenden von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einschließlich pränataler Erkrankungen. Fachärztliche Spezifika sind dabei die Neonatologie<sup>106</sup>, Sozialpädiatrie<sup>107</sup> und die Amtsärztinnen und -ärzte der Gesundheitsämter für Schutzimpfungen. Die wichtigsten Aufgaben der Kinder- und Jugendmedizin sind u. a. die Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen, Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen sowie Erkennung und Bewertung von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen.

Eine eigenständige Kinderzahnheilkunde ist in Deutschland nicht etabliert; allerdings beziehen sich kieferorthopädische Maßnahmen in der Regel auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen. Es gibt aber eine eigenständige Kinderchirurgie, die sich aus der allgemeinen Chirurgie entwickelt hat.

Die Weiterbildung zum „Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ dauert nach dem Medizinstudium noch mindestens weitere fünf Jahre, die vorwiegend im stationären Bereich abgeleistet werden. Die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendmedizin sowie das Wissen über die im SGB VIII definierten Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe spielen in der Weiterbildung bislang eine untergeordnete Rolle. Der Umfang des vermittelten Wissens ist abhängig davon, in welchen Teilgebieten die Weiterbildung erfolgt. So werden angehende Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die ihre Weiterbildungszeiten unter anderem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ableisten, vermutlich am meisten über die Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe erfahren, weil diese hier am intensivsten erfolgt (so z. B., wenn es aufgrund des künftigen Bedarfs eines Patienten an Erziehungshilfen zu einer Hilfeplankonferenz kommt). Erfolgt die Weiterbildung in anderen Fach-

<sup>106</sup> Die Neugeborenenmedizin befasst sich mit den Erkrankungen und der Behandlung des Neugeborenenalters. Der Schwerpunkt liegt häufig auf der Behandlung von Frühgeborenen.

<sup>107</sup> Sozialpädiatrie ist ein Teilgebiet in der Kinder- und Jugendmedizin, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Krankheit und Entwicklung von Kindern und den äußeren Lebensbedingungen befasst.

gebieten, so haben die angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nur dann Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe, wenn sie bei ihrer Tätigkeit mit misshandelten bzw. vernachlässigten Kindern zu tun haben oder Eltern bei der Betreuung von chronisch kranken Kindern gefordert sind. Bei der Mehrzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte können aber genauere Kenntnisse über die Kinder- und Jugendhilfe sowie eigene Kooperationserfahrungen mit ihr nicht vorausgesetzt werden.

Kinder- und Jugendärzte sind in verschiedenen Organisationen zusammengeschlossen:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) als wissenschaftliche Fachgesellschaft,
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) als berufspolitische Vertretung,
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) als Vertreterin der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und der Kinder- und Jugendärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

Alle drei Fachgesellschaften sind in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) zusammengeschlossen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Deutschland seit 1969 als ein eigenes ärztliches Fachgebiet anerkannt. Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie beinhaltet die Erkennung, nicht-operative Behandlung, Prophylaxe, Rehabilitation und Psychotherapie von psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen/Störungen sowie von psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter (bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) sowie die Intervention bei akuten psychischen Krisen (z. B. suizidale Krisen, aggressive Impulsdurchbrüche oder durch Drogenkonsum ausgelöste akute Psychosen). Auch Entziehungskuren bei jungen Suchtkranken und die Erstellung von Gutachten über psychiatrisch relevante Störungen von Heranwachsenden für andere Instanzen gehört zu ihren Aufgaben. Dabei wird jeweils den Eigenheiten der kindlichen Entwicklung, der Wechselwirkung zwischen Kind, Familie und Umwelt sowie der Lebenssituation der Heranwachsenden Rechnung getragen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie unterhält enge Beziehungen zur Kinder- und Jugendmedizin sowie zur Erwachsenenpsychiatrie.

Ein bedeutsamer Bestandteil der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen ist die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, die über speziell auf verschiedene Entwicklungsstufen und Störungsformen abgestimmte Methoden und Gesprächsformen verfügt. Kinder- und Jugendlichenpsychiater/-psychotherapeuten arbeiten zudem mit Familien, Schulen und anderen Erziehungseinrichtungen wie z. B. der Erziehungs- und Familienberatung zusammen. Psychotherapie und Pädagogik verstehen sich dabei als komplementär zueinander.

Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sind in drei Organisationen zusammengeschlossen:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) als wissenschaftliche Fachgesellschaft,
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) als berufspolitische Vertretung in Deutschland,
- Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG).

### 12.1.1 Ambulante kinder- und jugendmedizinische und -psychiatrische Versorgung

Etwa 90 Prozent aller gesundheitlichen Probleme von Kindern und Jugendlichen werden im ambulanten Versorgungsbereich durch niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte abschließend behandelt. Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist die Prävention durch Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Während akute Infektionserkrankungen durch konsequentes Impfen, zunehmende Hygiene und einen besseren Lebensstandard in den letzten 25 Jahren abgenommen haben, ist die Bedeutung von Erkrankungen aus dem Spektrum der „neuen Morbidität“ (z. B. Verhaltensstörungen) erheblich angestiegen (vgl. Kap. 4). Kinder- und Jugendärzte sehen sich hier zunehmend mit Störungen konfrontiert, die durch soziale Probleme (mit)bedingt sind und im Wesentlichen nicht oder nicht allein mit dem medizinisch-therapeutischen Potenzial des Gesundheitswesens gelöst werden können. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit dem ÖGD, dem Rehabilitationssystem sowie der Kinder- und Jugendhilfe dringend erforderlich.<sup>108</sup> Umgekehrt sind die wichtigsten Ansprechpartner für die Kinder- und Jugendhilfe der BVKJ und die DGSPJ. Weitere Ansprechpartner sind die Unfallversicherungen der Gemeinden und Länder, die für die Regulierung von Kindergarten- und Schulunfällen, aber auch für die Prävention von Unfallgefahren in den Einrichtungen, in denen Kinder betreut werden, zuständig sind.

Wirft man einen Blick auf die medizinische Versorgungskapazität für Heranwachsende, so zeigt sich, dass die Zahl der in der Kinder- und Jugendmedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte sich im Zeitraum von Ende 1997 bis 2007 um +2 538 (22,9 Prozent; Thust 1998; Bundesärztekammer BÄK 2008) Erwerbstätige erhöht hat (vgl. Tab. 12.1). Zusätzlich zu den Fachärztinnen und -ärzten für Kinder und Jugendliche sind, ohne dass dies hier nach Prozentwerten aufgeschlüsselt werden kann, Allgemeinärztinnen und -ärzte, hausärztliche Internisten, Augenärztinnen und -ärzte, HNO-Ärztinnen und -Ärzte, Orthopäden etc. an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt.

<sup>108</sup> Ärztinnen und Ärzte und medizinische Fachkräfte, die in eigenen Praxen arbeiten, können allerdings nicht pauschal, sondern nur bezogen auf einzelne Patientinnen und Patienten abrechnen. So ist eine fallübergreifende Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe für sie nicht abrechenbar.

## **Anhang 2**

**Auszug aus „Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung“**

frühkindlichen Beziehungsformen ausgerichtet ist, findet sich nichts vom Reichtum phänomenologischer und hermeneutischer begegnungs- und beziehungstheoretischer Konzeptbildung (*Buytendijk* 1951; *Marcel* 1961, 1985; *Petzold* 1991b), in der die so wichtigen Qualitäten erwachsener Menschen thematisiert werden, wie Verbindlichkeit, zeittextendierte Zuverlässigkeit, Verantwortlichkeit, Treue, Unverbrüchlichkeit, Vertrauenswürdigkeit, die in der Gestalttherapie, aber auch in bindungstheoretisch unterfangener Tiefenpsychologie nicht thematisiert werden und unbeachtet blieben, u.a. wohl auch, weil sich diese Qualitäten – sie sind auch für Therapie von höchster Bedeutung (*Petzold* 2003 a, 781-808, 2012c) – erst in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter auszubilden vermögen (*Petzold* 2007d). In der Therapie ist man deshalb gut beraten, auf das natürliche Programm **affilialear Kooperation** in seiner jeweils lebensalterspezifischen Ausprägung zu setzen (*Petzold, Müller* 2005/2007).

### 3.2 Unterwegs auf „**WEGEN** der Heilung und Förderung“

Die Arbeit mit den **WEGEN** und **Faktoren** ist immer in Beziehungs- und Behandlungsprozesse mit den PatientInnen (KlientInnen, LehranalysandInnen, vgl. *Petzold, Leitner* et al. 2008) eingebettet und muss in diesem Beziehungsgeschehen und seiner Dynamik vor dem jeweils gegebenen Kontext verstanden und reflektiert werden. Heilung und Förderung geschieht **n i c h t** durch Applikation von Faktoren, sondern Faktoren kommen spontan emergierend als Expression von Selbstorganisationsdynamik in **heilsamen Prozessen** zum Tragen oder werden intentional aus einem mit der Patientin/dem Patienten gemeinsam korrespondierend erarbeiteten Prozessverständnis eingesetzt. Reflektiert bzw. metareflektiert man diese Prozesse mit den PatientInnen **n i c h t**, nimmt man ihnen diese wichtige Lernerfahrung, auf benigne Lebensvollzüge zu achten, die sie aus der Therapie mit in ihren Alltag nehmen sollen, und man verringert die Nachhaltigkeit der therapeutischen „**Lebensstilveränderung**“, denn um die geht es in den meisten Therapien (*Petzold* 2012a, 500ff., 527ff.). Wege und Faktoren sollten **psychoedukativ** den PatientInnen und natürlich auch KlientInnen oder LehranalysandInnen in der Eingangsphase der Therapie oder des Selbsterfahrungsangebots vermittelt werden, damit sie optimal genutzt werden können und um im Sinne einer Habitualisierung zur psychohygienischen und lebensstiloptimierenden Reflexion den Menschen zur Verfügung stehen. *Irmgard Handlir* (2009) konnte die Umsetzung des „Vier-Wege-Konzeptes“ in einer kleinen Untersuchung aus der Familienarbeit dokumentieren und stellte fest, dass deren „bewusste Anwendung den Familienalltag“ zu unterstützen und bereichern vermag (*ibid.*).

Solche fördernde Anwendung vermag positive **Interiorisierungen** in Familien zu fördern (*Petzold* 2012e) und diese beziehen sich nicht nur auf die Kindheit, sondern vollziehen sich über das Leben hin – auch noch im Erwachsenenalter und Senium, denn sonst könnten wir nicht durch gute Beziehungen glücklich und durch misslingende unglücklich, ja krank werden. Weil es durch Schädigungen auf dem Lebensweg zu **negativen Interiorisierungen** kommt, wird es therapeutisch darum gehen, genau diese **Fähigkeiten** und **Fertigkeiten**, die beeinträchtigt wurden, im Behandlungsprozess weitest möglich wieder herzustellen oder sie in Bereichen zu fördern und kompensatorisch zu entwickeln, wo Entwicklungsdefizite zum Tragen kamen. Dafür wurden die „**vier WEGE der Heilung und Förderung**“ differentiell ausgearbeitet (*Petzold* 1988d) und als **WEGE benigner Interiorisierungsmöglichkeiten** therapietheoretisch fundiert (*idem* 2012h; *Petzold, Orth* 2004b). Es wurden weiterhin die „**14 Wirk- und Heilfaktoren**“ aus therapeutischen Prozessen extrahiert (*Petzold* 1993p). Sie kommen auf den **WEGEN** in „**sechs Handlungsstrategien**“ zum Tragen: Drei **klinischen** – **Curing/Heilen**, **Coping/Bewältigen**, **Supporting/Stützen** –, sowie drei **salutogenetischen** – **Enlargement/Weitung**, **Enrichment/Bereicherung**, **Empowerment/Ermächtigung** (*Petzold* 1999p; *Petzold, Moser, Orth* 2012). Sie gewährleisten stets Transgressionen, ein Überschreiten von Bisherigem – sei es im Sinne einer **Vertiefung** oder einer Fortschritt eröffnenden **Innovation** oder sei es in einer Verbindung von beidem.

Über die Jahre meiner therapeutischen Arbeit mit den „Vier **WEGEN**“ in PatientInnenbehandlungen, in Lehrtherapien, in Supervisionen und in der Betreuung von Behandlungs-Journalen und akademischen Abschlussarbeiten haben wir Statements von PatientInnen und TherapeutInnen zu jedem **WEG** aus den „**therapeutischen Wegerfahrungen**“ gesammelt, denen ein Kernkonzept des „Integrativen Ansatzes“ zu Grunde liegt: Die Statements – 30 bis 40 zu jedem **WEG** – wurden geclustert und aus den Clustern dann repräsentative Aussagen ausgewählt, in denen sich die Charakteristik des jeweiligen **WEGES** ausdrückt. Es wurde so jeder Weg durch einen „**salutogenetischen Leitsatz**“ charakterisiert, den man sich auch als integrative Therapeutin und integrativer Therapeut von Zeit zu Zeit vorlegen und ihn meditieren kann, genauso wie man PatientInnen dazu anregt, über diese Leitsätze nachzusinnen.

### **3.2.1 - 1. WEG:** „Sich selbst verstehen, die Menschen, das Leben verstehen lernen.“

*Ziele dieses **WEGES** sind Förderung von Exzentrizität, Einsicht in Biographie, Übersicht über den Lebenskontext, Voraussicht auf Entwicklungen – insgesamt Sinnerleben und Evidenzerfahrungen (Petzold 2003a) sowie ein Bewusstwerden der eigenen Selbstsorge und Selbsttechniken der Subjektconstitution (Petzold, Orth, Sieper 2000).*

Bei diesem ersten **WEG** geht es um **Bewußtseinsarbeit**, u.a. durch Förderung wachsender **Sinnwahrnehmungs-, Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität**. Es geht um ein Überdenken des eigenen Lebens und der persönlichen Biographie in reflexiver, dialogischer und polylogischer Beziehungsarbeit, um ein Nachsinnen über das eigene Wesen, die eigene Persönlichkeit. Das sind Prozesse „im Fluss“ (Heraklit fr. B 91, vgl. Petzold, Sieper 1988), wie es für ein Bewusstwerden im verstehenden Miteinander therapeutischer Beziehung charakteristisch ist. – Bleibt man hier „auf dem **WEGE**“, so kann sich in der und durch die Therapie eine Dialektik von **Vertiefung** und **Innovation** entfalten, wie sie den gesamten Integrativen Ansatz kennzeichnet, und die Persönlichkeit wird weiter, reicher, stärker (*enlargement, enrichment, empowerment*, idem 1999p). Es geht um **Einsicht** in den eigenen Lebensvollzug, der damit nicht nur von unbewussten Dynamiken gesteuert wird (Eagleman 2012), sondern in dem ein Mensch in progredierenden, einsichtszentrierten Lernprozessen „mit sich selbst und mit Anderen über sich selbst“ zu Selbsterkenntnis, Lebenserfahrung, Sinnerleben kommt (Petzold, Orth 2005a). Soll für mich, für das Subjekt, eine „theory of my mind“ entstehen, erfordert das, dass ich feinhörig, feinspürig für mich selbst werde, zugleich natürlich auch für die Anderen, die ja Teil des Lebens sind, das ich verstehen, aufnehmen, **interiorisieren** und **mentalisieren** will (idem 2012h) mit beständig wachsender „**Sinnwahrnehmungs-, Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs-, Sinnschöpfungskapazität**“ (Petzold 2008b).

### **3.2.2 – 2. WEG:** „Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“

*Ziele dieses 2. **WEGES** sind Nach- und Neusozialisation, u.a. durch perzeptive, emotionale, volitionale Differenzierungsarbeit im Beziehungserleben, differentielles Parenting/Reparenting. Therapie findet im zwischenmenschlichen Raum statt, weil Menschen in guten zwischenmenschlichen Milieus sich positiv entwickeln können, mitmenschlichen, emotional erlebten Sinn (felt sense, perceived meaning) erfahren können, der sie heil werden lässt. In negativen Beziehungserfahrungen sind sie beschädigt worden, haben den **Abersinn** von Gewalt und Missbrauch erfahren müssen, was Spuren hinterlassen hat, die durch korrigierende kognitive und emotionale Erfahrungen verändert werden müssen.*

Im ersten **WEG** wird bald deutlich, dass man mit dem Selbstverstehen für sich *allein*, nur durch sich selbst an Grenzen kommt. (Die sogenannte Selbstanalyse *Freuds* unterlag vom Ansatz einem fundamentalen Erkenntnisfehler und musste ins Scheitern führen). Im **zweiten Weg** wird erlebbar, dass man verstanden werden muss. Man braucht einen „Anderen“, braucht Andere, um ein vertieftes persönlichkeitskonstituierendes Wissen über sich selbst zu gewinnen. Eine „theory of **my** mind“ erwirbt man – entwicklungspsychoökologisch betrachtet (*Nelson* 1989, 2007) – erst, wenn ein Mensch im intersubjektiven Nahraum empathisch erfasst worden ist und er Menschen in seinem Nahraum hat, denen er zugehört, die sich von ihm erfassen lassen, sich ihm öffnen, damit er sie empathisch erfassen darf, weil sie einander zugehören. In solchen zwischenleiblichen Austauschprozessen, wird schon *in utero* **Grundvertrauen** gebildet, wird man beziehungsfähig, bezogen zum Anderen hin. Wenn man von ihm, dem Anderen, vielfältige emotionale Ströme spürt, vor allem Liebe, und auf diese Liebe mit eigener Liebe zu antworten lernt, wird man beziehungsfähig und es entsteht ein **Selbstbezug** im Geschehen solcher sozialisatorischer **Wechselseitigkeit** durch „Differenzierungen“ des emotionalen Erlebens und Lebens, die in **integrativer Weise interiorisiert** werden (sensu *Vygotskij*, vgl. *Petzold* 2012e und *Jantzen* 2008). Zugleich entsteht von Kleinkindzeiten an ein zunehmend differenzierterer **Bezug zu Anderen** (plur., da in **polyadischen** Affiliationen bzw. Bindungen, *Petzold, Müller* 2005/2007). Dadurch kann ein Mensch sich selbst zum Freund werden, weil er – auf „friendly companionship“ genetisch disponiert (*Trevarthen* 2001; *Tronik* 2007) – nicht abgelehnt wurde (*Ferenczi* 1929), sondern freundliche Aufnahme in dieser Welt erfahren hat und erfährt. Das ist nicht nur in früher Kindheit wichtig, sondern über die Lebensspanne hin. Es ist schlimm, nicht geliebt zu werden, und furchtbar, niemanden lieben zu dürfen. Der Selbstbezug bedarf Erfahrungen der Bezogenheit, sonst verkümmert er.

### 3.2.3 – 3. WEG: „Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“

Beim 3. WEG geht es um ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung. Seine Ziele sind, den Erlebens- und Ausdrucksspielraum der PatientInnen u.a. durch **multiple Stimulierung** zu erweitern, das Ressourcenpotential zu vergrößern, Ressourcennutzung zu verbessern, Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die Kompetenzen und Performanzen des **Copings** und **Creatings** zu fördern (*Petzold* 1997p), schließlich neue Strukturbildung anzuregen.

Auf dem soliden Boden **interiorisierter positiver Beziehungserfahrungen** und **sicherer Bindungen** (*Grossmann, Grossmann* 2012), die wir – das sei nochmals unterstrichen – in Ausweitung der traditionellen Bindungstheorie, polyadischer, genderspezifischer und entwicklungsaltersspezifisch sehen, wird man in diesem **3. WEG** schöpferisch, ko-kreativ, kann beherzt mit der Welt vielfältige Kontakte aufnehmen, sich auf Situationen, Begegnungen mit Menschen einlassen. Man erlebt, wie man mit „**explorativer Neugier**“ – aus integrativer Sicht ein zentraler, überlebenssichernder menschlicher Grundantrieb (*Petzold* 2003e) – in die Welt hineingeht: auf der Suche nach Nahrung, Schutz und Schätzen, PartnerInnen und FreundInnen, was sich oft genug als eine Suche und ein Finden eigener Möglichkeiten erweist. Und was gefunden wird, kann gestaltet werden. Das „**poietische Gestaltungsstreben**“ ist ein weiterer zentraler Antrieb (ibid.). Er bezieht sich nicht nur auf Dinge der materiellen Welt, sondern auch auf Gegenstände, Themen der mentalen Welt (*Moscovici* 2001; *Petzold* 2008b) und damit auf die Möglichkeit der Selbstgestaltung – von Äußerem: Kleidung, Schmuck, Wohnraum, Garten, bis zu Innerem: Räume des Denkens, Fühlens, der Haltungen, Tugenden, der eigenen Persönlichkeit und ihres Lebensstils. Aus evolutionstheoretischer Sicht sind die „Mentalisierungen“ (sensu *Vygotskij*) aus konkretem Welterleben und poietischer Weltgestaltung hervorgegangen (*Petzold* 2010f). Der Mensch ist vom Wesen her „**creator**“ (*Moreno* 1990), ein „produktiver Realitätsgestalter“ (*Hurrelmann* 1995), der „sich selbst zum Projekt“ machen kann

(Hartz, Petzold 2010). Auf seine Kreativität bzw. **Kokreativität** greift der „dritte **WEG**“ der Integrativen Therapie zurück. Er setzt bei den **Ressourcen** und den **Potentialen** an (Petzold 1997p; Petzold, Sieper 2011), bei den „**alternativen Erfahrungen**“ (idem 2003a, 695f), die zu heilen vermögen, ohne dass es unbedingt immer Prozesse der „Aufarbeitung“ geben muss und zwar durch bloße Neubahnung aufgrund des Durchlebens neuer Erfahrungen.

#### **3.2.4 – 4. WEG: „Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen“**

Im „vierten **WEG**“ geht es um **Förderung von Solidaritätserfahrungen und von exzentrischer Überschau**. Ziele dieses Weges sind die Förderung von **Metareflexivität**, einer Überschau über das Leben, die die individualisierende Perspektive übersteigt, die Mitmenschen, das Zwischenmenschliche, die menschliche Gemeinschaften, gesellschaftliche und Weltzusammenhänge in den Blick nimmt und aus dieser Vielperspektivität durch Exzentrizität das Gefühl von „**Sinn in großen Zusammenhängen**“ vermittelt und eine „**altruistische Solidaritätsverpflichtung**“ in den Raum stellt: in **melioristischer** Absicht für die **Würde** von Menschen und die Gewährleistung ihrer **Integrität** einzutreten – ein Beschädigung verhinderndes und zugleich ein heilsames Tun, denn „**Menschenliebe heilt**“ (Petzold, Sieper 2011; Petzold, Orth, Sieper 2010, 2012; Sieper, Orth, Petzold 2010).

**Altruismus**, von Freud in „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930 StA 1988, 268) abklassifiziert, ist im Integrativen Ansatz ein wichtiges Moment des 4. **WEGES** – nicht als naiver Weltverbesserer-Impetus, sondern als besonnener, kritischer Ansatz der Kulturarbeit, des Unterfangens, die durchaus auch destruktiven und bellizistischen Seiten unserer Menschennatur zu kultivieren (Petzold, Orth, Sieper 2012).

„**Altruismus** ist die in kritisch-wertetheoretischer Reflexion gewonnene Entscheidung zu einem solidarischen Eintreten für Menschen in Not (ungeachtet ihrer Herkunft), um ihnen in Gefahr, Notlagen und Elend zu helfen, weil man das als menschenwürdig und gerecht ansieht und durch solche prinzipielle Hilfeverpflichtung auch für sich in Notsituationen Beistand erwarten darf. Damit sind Selbstsorge und Sorge für den Anderen in engagierter Praxis verbunden“ (Petzold, Sieper 2011, 4).

Mit einem solchen ethischen und sozialpolitischen Verständnis, das im Integrativen Ansatz seit seinen Anfängen vertiefend ausgearbeitet worden ist (idem 1978c, 2009d), erwächst die Verpflichtung solidarisch Hilfen zu geben. Es entsteht dabei zugleich die Möglichkeit, selbst durch solidarische Aktionen in Notsituationen Hilfe erhalten zu können. Hier, im vierten **WEG**, werden individualisierende Perspektiven überschritten und Akte der Solidarität eingefordert sowie die Bereitschaft, sich für bessere Lebens- und Weltverhältnisse melioristisch zu engagieren.

„**Meliorismus** ist eine philosophische und soziologische Sicht (philosophiegeschichtlich in vielfältigen Strömungen entwickelt), die danach strebt, die Weltverhältnisse, die Gesellschaften oder den Menschen zu ‚verbessern‘, in dem man sich für die Entfaltung und Nutzung von Potentialen engagiert. Meliorismus setzt dabei voraus, dass im Verlauf historischer Prozesse und kultureller Evolution Gesellschaften verbessert werden können, Fortschritt im Sinne einer kontinuierlichen Entwicklung zum Besseren möglich ist und mit Vernunft, wissenschaftlichen Mitteln, materiellen Investitionen und potentialorientiertem sozial-humanitärem und ökologischem Engagement vorangetrieben werden kann“ (Petzold 2009d).

Das verlangt aber auch, sich mit Fragen der Macht und des Unrechts auseinanderzusetzen, „Gewissensarbeit“ zu leisten (Petzold 2003d, 2009d) und sich mit praktischer Hilfeleistung einzubringen (Brühlmann-Jecklin 1996, 2003; Petzold, Ehrhardt, Josić 2006).

Die „Vier **WEGE**“ als transversale Wege des Erkenntnisgewinns, der Hilfeleistung und der Entwicklungsförderung sind **Prozesse** benigner, **integrativer Interiorisierung** im Therapieschehen

(idem 2012h) und wirken immer wieder zusammen. Sie bewirken **Vertiefung** und **Innovation** und bedürfen zugleich vertiefender und innovativer Aktivitäten – ein rekursives Geschehen. In den kreativen Prozessen der „Vier **WEGE**“ verbinden sich das PatientInnen- und das HelferInnensystem in einer **transversalen Kulturarbeit** (Petzold, Orth 2004b; Petzold, Orth, Sieper 2012), die dazu beiträgt, persönliche und gesellschaftliche Gesundheit zu bewahren und zu entwickeln.

## Synopsis der „vier WEGE“ der Heilung und Förderung

	Erster WEG	Zweiter WEG	Dritter WEG	Vierter WEG
<b>Ziele</b>	<b>Bewusstseinsarbeit</b>  ► Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation:  <i>„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen.“</i>	<b>Nach/Neusozialisation</b>  ► Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation:  <i>„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“</i>	<b>Erlebnis/Ressourcenaktivierung</b>  ► Persönlichkeitsentfaltung/gestaltung, Lebensstiländerung:  <i>„Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“</i>	<b>Exzentrizitäts/Solidaritätsförderung</b>  ► Metaperspektive, Solidarität, Souveränität:  <i>„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen.“</i>
<b>Inhalte</b>	Lebenskontext/kontinuumsanalyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebenszielanalysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch <i>korrigierende kognitive Einsicht</i>	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeitsstrukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungsfähigkeit, Neuwertungen (valuation), Änderung emotionaler Stile durch <i>korrigierende emotionale Erfahrungen</i>	Erschließung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netzwerk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstiländerung durch <i>alternative, kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische/multiexpressive Performanzen</i> .	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsarbeit, Lebensstiländerung durch <i>gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische/multiexpressive Performanzen</i>
<b>Methoden/Techniken</b>	Narrative Praxis, Beziehungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemlberatung	Emotionale Differenzierungsarbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/ top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netz-Werk-/Konvoiarbeit	Kreativ-, Sport-, Bewegungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeitaktivierung, Performanztraining, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfahrungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch	Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, CaseManagement, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empowerment Trainig, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit
<b>Modalitäten</b>	III. konfliktzentriert/störungsspezifisch, einsichtsorientiert, ggf. VI. medikamentengestützt	III. konflikt-/störungsspezifisch, II. erlebniszentriert/emotionsorientiert, ggf. V. netzwerk- u. VI. medikamentengestützt	II. erlebnis- u. I. übungszentriert, V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, ggf. VI. medikamentengestützt	V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, II. erlebnis- u. I. übungszentriert, ggf. VI. medikamentengestützt

## **Anhang 3**

**Auszug aus „Internationale Klassifikation der  
Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“**

# ICF

## Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Stand Oktober 2005

Herausgegeben vom  
Deutschen Institut für Medizinische  
Dokumentation und Information, DIMDI  
WHO-Kooperationszentrum für das  
System Internationaler Klassifikationen



World Health Organization  
Genf

ISBN

Die englischsprachige Originalausgabe wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht als *International Classification of Functioning, Disability and Health*  
© World Health Organization 2001

Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation hat die Übersetzungs-, Veröffentlichungs- und Verwertungsrechte für eine deutschsprachige Ausgabe an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information vergeben, das für die Übersetzung allein verantwortlich ist.

Durch einen Arbeitskreis um Herrn PD Dr. Schuntermann, der sich aus freiwilligen, unentgeltlich arbeitenden Mitarbeitern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zusammensetzt, wurden mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMA) und den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) bereits deutsche Übersetzungen der ICDH-2 Beta-1 und Beta-2 sowie die Anpassung und Ergänzung zur Endfassung der ICF vorgenommen.

Die Rechte an dieser deutschen Fassung wurden auf das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information übertragen.

Das Copyright für die deutsche Übersetzung der ICF liegt bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO):  
© World Health Organization 2005

Der Druck erfolgt unter Verwendung der maschinenlesbaren Fassung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Bibliografische Informationen Der Deutschen Bibliothek

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

Satz:

Druck:

## 2. Ziele der ICF

Die ICF wurde als Mehrzweckklassifikation für verschiedene Disziplinen und Anwendungsbereiche entwickelt. Ihre spezifischen Ziele können wie folgt zusammengefasst werden:

- Sie liefert eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und der Determinanten;
- Sie stellt eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern und der Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen, zu verbessern;
- Sie ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf;
- Sie stellt ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit.

Diese Ziele stehen miteinander in Beziehung, zumal der Bedarf an und die Anwendung der ICF die Entwicklung eines sinnvollen und praktikablen Systems erfordert, das von unterschiedlichen Anwendern auf den Gebieten der Gesundheitspolitik, Qualitätssicherung und Ergebnisevaluation in unterschiedlichen Kulturen genutzt werden kann.

### 2.1 Anwendungen der ICF

Seit ihrer Erstveröffentlichung im Jahr 1980 als Versuchsversion wurde die ICIDH zu verschiedenen Zwecken verwendet, z.B.:

- als statistisches Instrument - für die Erhebung und Dokumentation von Daten (z.B. in Bevölkerungsstudien und Erhebungen oder in Managementinformationssystemen);
- als Forschungsinstrument - für die Messung von Ergebnissen, Lebensqualität oder Umweltfaktoren;
- als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung - für die Beurteilung des Bedarfs, die Anpassung von Behandlungen an spezifische Bedingungen, die berufsbezogene Beurteilung, die Rehabilitation und die Ergebnisevaluation;
- als sozialpolitisches Instrument - für die Planung der sozialen Sicherheit, für Entschädigungssysteme sowie für die Politikgestaltung und -umsetzung;
- als pädagogisches Instrument - für die Curriculumentwicklung, die Schaffung von Problembewusstsein und als Anstoß für soziales Handeln.

Die ICF ist an sich eine Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängende Klassifikation, sie wird aber auch innerhalb anderer Gebiete angewendet, wie z.B. auf den Gebieten des Versicherungswesens, der sozialen Sicherheit, Arbeit, Erziehung/Bildung, Wirtschaft, Sozialpolitik und der Fortentwicklung der Gesetzgebung sowie der Umweltveränderung. Sie wurde als eine der sozialen Klassifikationen der Vereinten Nationen anerkannt. Die ICF bezieht sich auf und enthält die *Rahmenbestimmungen für die Herstellung von Chancengleichheit von Personen mit Behinderungen*.<sup>7</sup> Daher stellt die ICF ein

---

<sup>7</sup> Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. Beschlossen in der 48. Sitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 20.12.1993 (Beschluss 48/96). New York, NY, Abteilung für Öffentlichkeitsinformation, 1994.

geeignetes Instrument für die Umsetzung internationaler Aufträge bezüglich der erklärten Menschenrechte und für die nationale Gesetzgebung zur Verfügung.

Die ICF ist nützlich für ein breites Spektrum unterschiedlicher Anwendungen, wie z.B. im System der sozialen Sicherheit, bei der Evaluation von Managed Health Care (gesteuerte Gesundheitsversorgung) und in Erhebungen von Bevölkerungsdaten auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Sie bietet einen konzeptionellen Rahmen für Informationen, die auf die Gesundheitsversorgung des Einzelnen anwendbar sind, einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung sowie für die Verbesserung der Partizipation [Teilhabe] durch die Beseitigung oder Verringerung von gesellschaftsbedingten Hindernissen sowie durch Schaffung oder Verbesserung der sozialen Unterstützung und anderer, die Teilnahme oder Partizipation [Teilhabe] in Lebensbereichen fördernder, unterstützender oder erleichternder Faktoren. Sie ist darüber hinaus für die Untersuchung von Gesundheitsversorgungssystemen bezüglich Evaluation und der Formulierung von Richtlinien und Empfehlungen nützlich.

## **Anhang 4**

**Auszug aus „International statistische Klassifikation der  
Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10  
Revision – German Modification –“**

**ICD-10-GM**  
**Version 2012**  
**Systematisches Verzeichnis**

**Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten  
und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision**

**- German Modification -**

Herausgegeben vom  
Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI  
im Auftrag des  
Bundesministeriums für Gesundheit  
unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des  
Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG)

Stand 23. September 2011

Die vorliegende Ausgabe beruht

(1) auf der vollständigen amtlichen Fassung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, und

(2) auf der australischen ICD-10-AM, First Edition.

Die englischsprachige Originalausgabe zu (1) wurde 1992 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht als *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*, Geneva, WHO, Vol. 1, 1992; die englischsprachige Originalausgabe zu (2) wurde 1998 vom australischen National Centre for Classification in Health veröffentlicht als *Volume 1 of The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Australian Modification (ICD-10-AM). First Edition*.

© zu (1): Weltgesundheitsorganisation 1992

© zu (2): Commonwealth of Australia 1998

Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation hat die Übersetzungsrechte für eine deutschsprachige Ausgabe an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information vergeben, das für die Übersetzung allein verantwortlich ist.

Das Commonwealth of Australia hat die Übersetzungsrechte für eine deutschsprachige Ausgabe an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information vergeben, das für die Übersetzung allein verantwortlich ist.

Der Druck erfolgt unter Verwendung der maschinenlesbaren Fassung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Registrierungscode \_\_\_\_\_

Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

ISBN - angeben -

Druck NNNN (zutreffende Jahreszahl angeben)

#### **Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek**

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

- Verlagsinformationen eintragen -

- Satz: (Informationen eintragen) -

- Druck: (Informationen eintragen) -

## Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung). Die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder durch die vierte Stelle kodiert; diese können je nach Bedarf allen psychotropen Substanzen zugeordnet werden. Es muss aber berücksichtigt werden, dass nicht alle Kodierungen der vierten Stelle für alle Substanzen sinnvoll anzuwenden sind.

Die Identifikation der psychotropen Stoffe soll auf der Grundlage möglichst vieler Informationsquellen erfolgen, wie die eigenen Angaben des Patienten, die Analyse von Blutproben oder von anderen Körperflüssigkeiten, charakteristische körperliche oder psychische Symptome, klinische Merkmale und Verhalten sowie andere Befunde, wie die im Besitz des Patienten befindlichen Substanzen oder fremdanamnestic Angaben. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Die Hauptdiagnose soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im wesentlichen dazu beigetragen hat. Zusatzdiagnosen sollen kodiert werden, wenn andere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen wurden und Intoxikationen (vierte Stelle .0), schädlichen Gebrauch (vierte Stelle .1), Abhängigkeit (vierte Stelle .2) und andere Störungen (vierte Stelle .3-.9) verursacht haben.

Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft, oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll die Diagnose "Störung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.-)" gestellt werden.

**Exkl.:** Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55.-)

Die folgenden vierten Stellen sind bei den Kategorien F10-F19 zu benutzen:

### **.0 Akute Intoxikation [akuter Rausch]**

Ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab, ausgenommen in den Fällen, bei denen Gewebeschäden oder andere Komplikationen aufgetreten sind. Komplikationen können ein Trauma, Aspiration von Erbrochenem, Delir, Koma, Krampfanfälle und andere medizinische Folgen sein. Die Art dieser Komplikationen hängt von den pharmakologischen Eigenschaften der Substanz und der Aufnahmeart ab.

Akuter Rausch bei Alkoholabhängigkeit

Pathologischer Rausch

Rausch o.n.A.

Trance und Besessenheitszustände bei Intoxikation mit psychotropen Substanzen

"Horrortrip" (Angstreise) bei halluzinogenen Substanzen

**Exkl.:** Intoxikation im Sinne einer Vergiftung (T36-T50)

### **.1 Schädlicher Gebrauch**

Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

Missbrauch psychotroper Substanzen

### **.2 Abhängigkeitssyndrom**

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Chronischer Alkoholismus

Dipsomanie

Nicht näher bezeichnete Drogensucht

**.3 Entzugssyndrom**

Es handelt sich um eine Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor der Beendigung oder Reduktion des Konsums verwendet worden ist. Das Entzugssyndrom kann durch symptomatische Krampfanfälle kompliziert werden.

**.4 Entzugssyndrom mit Delir**

Ein Zustandsbild, bei dem das Entzugssyndrom (siehe vierte Stelle .3) durch ein Delir, (siehe Kriterien für F05.-) kompliziert wird. Symptomatische Krampfanfälle können ebenfalls auftreten. Wenn organische Faktoren eine beträchtliche Rolle in der Ätiologie spielen, sollte das Zustandsbild unter F05.8 klassifiziert werden.

Delirium tremens (alkoholbedingt)

**.5 Psychotische Störung**

Eine Gruppe psychotischer Phänomene, die während oder nach dem Substanzgebrauch auftreten, aber nicht durch eine akute Intoxikation erklärt werden können und auch nicht Teil eines Entzugssyndroms sind. Die Störung ist durch Halluzinationen (typischerweise akustische, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet), Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen (häufig paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen), psychomotorische Störungen (Erregung oder Stupor) sowie abnorme Affekte gekennzeichnet, die von intensiver Angst bis zur Ekstase reichen können. Das Sensorium ist üblicherweise klar, jedoch kann das Bewusstsein bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt sein, wobei jedoch keine ausgeprägte Verwirrtheit auftritt.

Alkoholhalluzinose

Alkoholische Paranoia

Alkoholischer Eifersuchtswahn

Alkoholpsychose o.n.A.

*Exkl.:* Durch Alkohol oder psychoaktive Substanzen bedingter Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (F10-F19, vierte Stelle .7)

**.6 Amnestisches Syndrom**

Ein Syndrom, das mit einer ausgeprägten andauernden Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses einhergeht. Das Immediatgedächtnis ist gewöhnlich erhalten, und das Kurzzeitgedächtnis ist mehr gestört als das Langzeitgedächtnis. Die Störungen des Zeitgefühls und des Zeitgitters sind meist deutlich, ebenso wie die Lernschwierigkeiten. Konfabulationen können ausgeprägt sein, sind jedoch nicht in jedem Fall vorhanden. Andere kognitive Funktionen sind meist relativ gut erhalten, die amnestischen Störungen sind im Verhältnis zu anderen Beeinträchtigungen besonders ausgeprägt.

Alkohol- oder substanzbedingte amnestische Störung

Durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingte Korsakowpsychose

Nicht näher bezeichnetes Korsakow-Syndrom

Soll ein assoziiertes Wernicke-Syndrom angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern (E51.2† G32.8\*) zu benutzen.

*Exkl.:* Nicht alkoholbedingte(s) Korsakow-Psychose oder -Syndrom (F04)

**.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung**

Eine Störung, bei der alkohol- oder substanzbedingte Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, des Affektes, der Persönlichkeit oder des Verhaltens über einen Zeitraum hinaus bestehen, in dem noch eine direkte Substanzwirkung angenommen werden kann.

Der Beginn dieser Störung sollte in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gebrauch der psychotropen Substanz stehen. Beginnt das Zustandsbild nach dem Substanzgebrauch, ist ein sicherer und genauer Nachweis notwendig, dass der Zustand auf Effekte der psychotropen Substanz zurückzuführen ist. Nachhallphänomene (Flashbacks) unterscheiden sich von einem psychotischen Zustandsbild durch ihr episodisches Auftreten, durch ihre meist kurze Dauer und das Wiederholen kürzlich erlebter alkohol- oder substanzbedingter Erlebnisse.

Alkoholdemenz o.n.A.

Chronisches hirnganisches Syndrom bei Alkoholismus

Demenz und andere leichtere Formen anhaltender Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten

Nachhallzustände (Flashbacks)

Posthalluzinogene Wahrnehmungsstörung

Residuale affektive Störung

Residuale Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens

Verzögert auftretende psychotische Störung durch psychotrope Substanzen bedingt

*Exkl.:* Alkohol- oder substanzbedingt:

- Korsakow-Syndrom (F10-F19, vierte Stelle .6)

- psychotischer Zustand (F10-F19, vierte Stelle .5)

**.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen**

**.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung**

- F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]
- F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]
- F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]
- F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]
- F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]
- F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]
- F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]
- F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]
- F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]
- F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen**  
[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

Diese Kategorie ist beim Konsum von zwei oder mehr psychotropen Substanzen zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat. Diese Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn nur eine oder keine der konsumierten Substanzen nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt sind, da viele Konsumenten oft selbst nicht genau wissen, was sie einnehmen.

**Inkl.:** Missbrauch von Substanzen o.n.A.

## **Anhang 5**

**Auszug aus „Klinische Psychologie. Psychische Störungen Kompakt. Übersicht Diagnosekriterien“**



Martin Hautzinger ·  
Elisabeth Thies  
**Klinische Psychologie:  
Psychische Störungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27755-6

## Übersicht Diagnosekriterien

### II Psychische Störungen

- 5 Substanzinduzierte Störungen
- 6 Schizophrenie
- 7 Affektive Störungen
- 8 Angst-, Zwangs-, Belastungs-, dissoziative und somatoforme Störungen
  - 8.1 Phobische Störungen**
  - 8.2 Generalisierte Angststörung**
  - 8.3 Zwangsstörung**
  - 8.4 Posttraumatische Belastungsstörung**
  - 8.5 Dissoziative Störungen**
  - 8.6 Somatoforme Störungen**
- 9 Essstörungen
- 10 Sexuelle Störungen
- 11 Persönlichkeitsstörungen
- 12 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter
- 13 Psychische Störungen im Alter



Martin Hautzinger ·  
Elisabeth Thies  
**Klinische Psychologie:  
Psychische Störungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27755-6

## 5 Substanzinduzierte Störungen

DSM-IV: Substanzmissbrauch	ICD-10: Schädlicher Gebrauch (F 1x.1)
<p>A) Muster von Substanzgebrauch, das Leiden oder Beeinträchtigungen verursacht, wobei bezogen auf ein Jahr mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wiederholter Substanzkonsum, der das Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen verursacht, z. B. Fernbleiben von der Arbeitsstelle oder Vernachlässigung der Kinder</li> <li>2. wiederholter Substanzkonsum, der zu Körperlicher Gefährdung führte, z. B. Bedienen von Maschinen oder Autofahren unter Drogeneinfluss</li> <li>3. wiederkehrend Konfrontationen mit dem Gesetz, z. B. Verhaftung wegen ungebührlichen Benehmens oder Verkehrsdelikten</li> <li>4. ständig oder wiederholt soziale oder zwischenmenschliche Probleme, z. B. Ehestreitigkeiten, wobei der Substanzkonsum trotzdem fortgesetzt wird.</li> </ol> <p>B) Eine Abhängigkeit von der entsprechenden Substanzklasse war nie vorhanden.</p>	<p>Muster von Substanzgebrauch, das eine körperliche oder psychische Gesundheits-schädigung bewirkt</p> <p><b>Leitlinien:</b> Es liegt eine Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit vor. Häufig wird der Substanzkonsum von anderen kritisiert und zieht negative soziale Folgen nach sich. Dies ist jedoch kein Beweis für das Vorliegen eines schädlichen Gebrauchs. Für die Diagnose reichen auch eine akute Intoxikation oder ein Kater nicht aus. Die Diagnose wird nicht gestellt, wenn ein Abhängigkeitssyndrom, eine psychotische Störung oder andere alkohol- oder substanzbedingte Störungen vorliegen.</p>



Martin Hautzinger ·  
Elisabeth Thies  
**Klinische Psychologie:  
Psychische Störungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27755-6

DSM-IV: Substanzabhängigkeit	ICD-10: Abhängigkeitssyndrom (F 1x.2)
<p>Muster von Substanzgebrauch, das Leiden oder Beeinträchtigungen verursacht, wobei bezogen auf ein Jahr mindestens drei der folgenden Merkmale vorliegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toleranzentwicklung, definiert durch               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um den erwünschten Effekt herbeizuführen, oder b) deutlich verringerte Wirkung bei weiterer Einnahme derselben Dosis.</li> </ol> </li> <li>2. Entzugssymptome, d. h. a) negative körperliche und psychische Wirkungen (je nach Substanz), bei Unterbrechung des Konsums oder Verringerung der Menge; oder b) dieselbe Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.</li> <li>3. Die Substanz wird in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.</li> <li>4. Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern</li> <li>5. Viel Zeit wird darauf verwendet, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren, oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.</li> <li>6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.</li> <li>7. Der Substanzkonsum wird fortgesetzt trotz psychischer oder körperlicher Probleme, die durch die Droge verursacht oder verstärkt werden.</li> </ol> <p>Bestimme, ob:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ mit körperlicher Abhängigkeit: Toleranzentwicklung oder Entzugerscheinungen liegen vor</li> <li>▶ ohne körperliche Abhängigkeit</li> </ul> <p><b>Verlauf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ früh voll- oder teilremittiert</li> <li>▶ anhaltend voll- oder teilremittiert</li> <li>▶ bei agonistischer Therapie</li> <li>▶ in geschützter Umgebung</li> </ul>	<p>Das Hauptmerkmal des Abhängigkeitssyndroms ist der starke Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren.</p> <p><b>Leitlinien:</b> mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. starker Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren</li> <li>2. mangelnde Kontrolle, was Beginn, Beendigung und Menge des Gebrauchs angeht</li> <li>3. körperliches Entzugssyndrom: entweder substanzspezifische Entzugssymptome bei Verringerung oder Beendigung des Konsums oder Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu verhindern</li> <li>4. Toleranz: Dosissteigerungen sind nötig, um die ursprüngliche Wirkung zu erleben.</li> <li>5. Vernachlässigung anderer Interessen und mehr Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum der Substanz und die Erholung von den Folgen.</li> <li>6. Der Substanzgebrauch hält an, obwohl schädliche Folgen eintreten, deren sich der Konsument bewusst ist, z. B. Leberschaden durch Alkohol.</li> </ol> <p><b>Unterteilung:</b></p> <p>F 1x.20: gegenwärtig abstinent          F 1x.21: gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung          F 1x.22: gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Abgabe- oder Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit)          F 1x.23: gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten          F 1x.24: gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)          F 1x.25: ständiger Substanzgebrauch          F 1x.26: episodischer Substanzgebrauch (Dipsomanie)</p>

## **Anhang 6**

**Auszug aus „Leistungs- und Qualitätsbeschreibung der  
par-ce-val Jugendhilfe Brandenburg gGmbH“**

## Leistungs- und Qualitätsbeschreibung der



Jugendhilfe Brandenburg gGmbH

### **Stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen**

#### **Groß Glienicke**

Potsdamer Chaussee 29, 14789 Potsdam OT Groß Glienicke

#### **Außenstelle Eichenhaus**

Hauptstraße 117, 14797 Kloster Lehnin OT Rädels

#### **Außenstelle Gohlitzsee (in Gründung)**

Hauptstraße 3, 14797 Kloster Lehnin OT Rädels

#### **Kooperationsprojekt „Reithof Truva“ (Türkei)**

Anbarseki Köyü, Bagarasi Mevkii No. 1, Karaburun / Izmir



### **PAR-CE-VAL**

#### **Jugendhilfe Brandenburg gGmbH**

Kladower Damm 221 / Haus 24  
14089 Berlin

Telefon: 030-36431373

Fax: 030-36431375

E-Mail: [gs@parceval.de](mailto:gs@parceval.de)

Internet: [www.parcival.de](http://www.parcival.de)

Amtsgericht Charlottenburg HRB 104042 B; St.-Nr. 27 / 602 / 53979

Geschäftsführer: Haci Bayram

## Inhaltsverzeichnis

Selbstverständnis .....	3
Übersicht über den Jugendhilfeverbund .....	4
1 Leistungsspektrum.....	5
1.1 Art der Einrichtungen .....	13
1.2 Leistungsangebot .....	13
1.3 Personelle Ausstattung .....	18
2 Konzeptionelle Grundlagen.....	19
3 Pädagogisches Leitbild .....	21
4 Fachliche Ausrichtung und methodische Grundlagen .....	22
5 Tagesstruktur und Wochenablauf .....	23
6 Kooperationen und Vernetzung im Verbund .....	26
7 Individuelle flexible Interventionen und Maßnahmen.....	26
8 Krisenverständnis und Krisenintervention .....	28
9 Leistungsbereich Betreuung .....	32
9.1 Leistungen in der Zusammenarbeit mit den jungen Menschen .....	32
9.2 Kooperation und Arbeit mit Eltern bzw. Sorgeberechtigten .....	33
9.3 Zusammenarbeit mit dem Jugendamt .....	34
10 Kooperationsprojekt „Reithof Truva“ .....	35
11 Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.....	40
11.1 Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung .....	40
11.2 Dokumentation.....	40

## Selbstverständnis

Die PAR-CE-VAL Jugendhilfe Brandenburg gGmbH verfolgt das Ziel, jungen Menschen, die in ihrer aktuellen Lebenssituation von Entwicklungsstörungen, Verhaltensproblemen, Straffälligkeit, Drogenabhängigkeit und Alkoholproblemen betroffen sind oder in der Gefahr stehen, eine Manifestation dieser Problematik zu entwickeln, Orientierung und einen geeigneten Rahmen zur individuellen Persönlichkeitsentwicklung zu bieten. Hierfür werden im Rahmen der Jugendhilfe Maßnahmen und Hilfestellungen entwickelt, die einem ganzheitlichen Ansatz und Menschenbild folgen. Dies erfolgt unabhängig von Geschlecht, Nationalität und Religion.

Wir verstehen Devianz, Gewalttätigkeit und Sucht als eine wesentliche Beeinträchtigung der sich entwickelnden Persönlichkeit.

Nicht selten stehen die beschriebenen Probleme in Wechselwirkung mit psychischen Störungen (Comorbidität), und/oder die jungen Menschen zeigen anderes abweichendes Verhalten, wie z. B. selbstverletzendes Verhalten. Solche Phänomene stellen daher keinesfalls ein Ausschlusskriterium für eine Aufnahme dar.

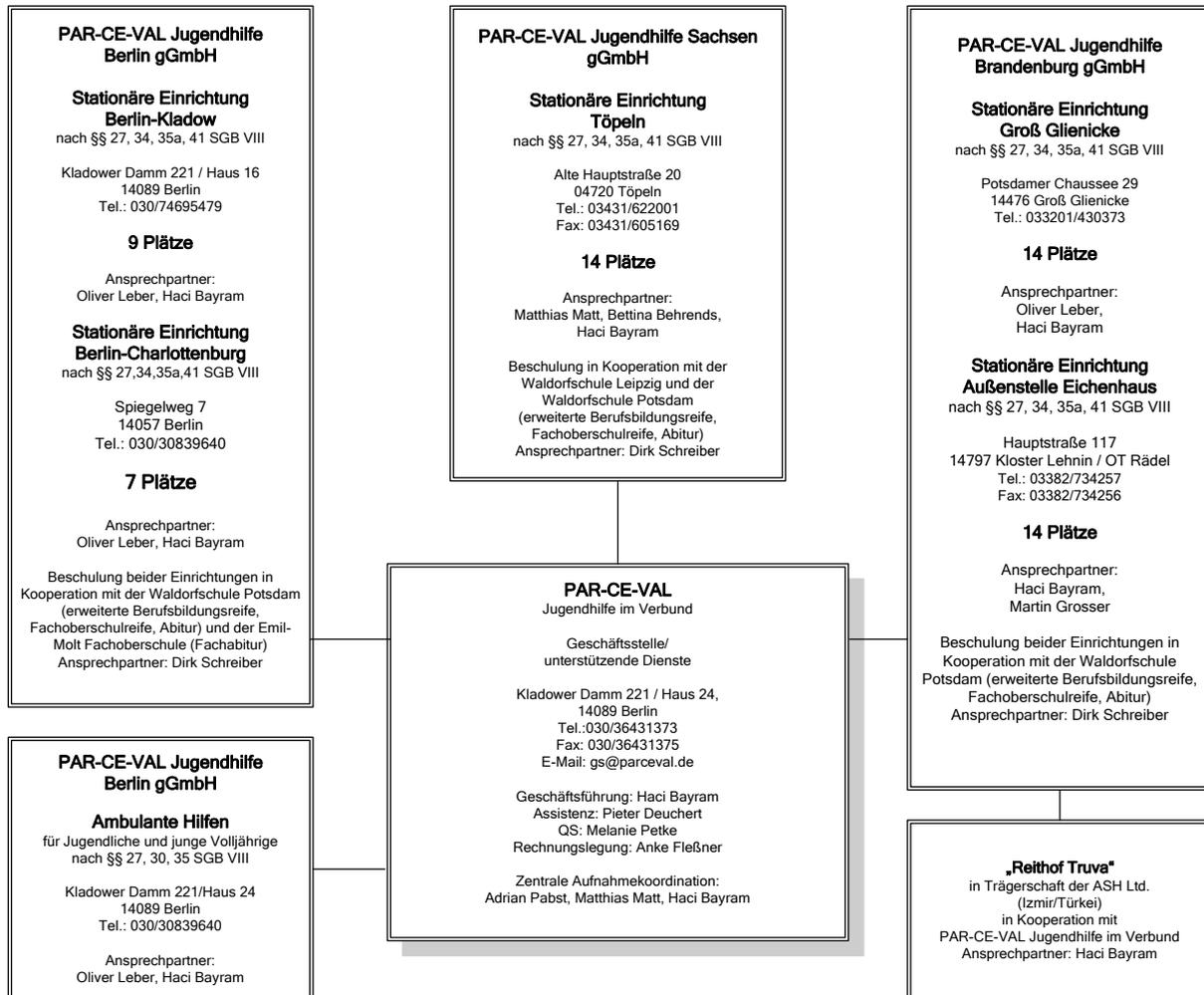
Die PAR-CE-VAL Jugendhilfe Brandenburg gGmbH bietet jungen Menschen in schwierigen Phasen ihrer Persönlichkeitsentwicklung durch eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ mit umfassenden heilpädagogischen, sozialpädagogischen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen Unterstützung an.

Durch einen klar strukturierten Rahmen erhalten die jungen Menschen Orientierung, um einen Weg aus der oft „gelernten Hilflosigkeit“ herauszufinden. Sie lernen, die Konflikte des Lebens zu handhaben, ihre Ressourcen schöpferisch zu entfalten und damit Aufgaben und Anforderungen besser zu bewältigen. Sie sollen ihre Sozialbeziehungen sinnvoller gestalten sowie ihre gesellschaftlichen Teilhabechancen ergreifen können. Daraus entwickeln sich Hilfestellungen, sich in eine geschlechtsspezifische, gesellschaftliche und berufliche Identität hinein zu finden.

Neben der PAR-CE-VAL Jugendhilfe Brandenburg gGmbH gehören zwei weitere freie Träger der Jugendhilfe, nämlich die *PAR-CE-VAL Jugendhilfe Berlin gGmbH* und die *PAR-CE-VAL Jugendhilfe Sachsen gGmbH*, die durch einen institutionellen Zusammenschluss weitere Angebote in Kultur- und Wertekontinuität als „PAR-CE-VAL Jugendhilfe im Verbund“ anbieten, zum Verbund. Durch diesen Verbund werden individuelle und flexible Angebote für junge Menschen umgesetzt, beispielsweise eine weiterführende

Betreuung für die nachhaltige Verselbständigung, bei Veränderung des Kostenzustandes oder der Indikation, um eine möglichst umfassende psychosoziale Unterstützung anzubieten.

## Übersicht über den Jugendhilfeverbund



## 1 Leistungsspektrum

Unser Leistungsspektrum umfasst 3 Standorte mit jeweils 2 Gruppen mit je 7 Plätzen, mit einer intensiven Eingangs- und Aufbauphase, um die jungen Menschen nachhaltig in die Verselbstständigung zu führen. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung bezieht sich auf alle drei Standorte.

Alle Einrichtungen haben das gleiche pädagogische Konzept und kooperieren in allen Bereichen. Dieser Umstand schafft Möglichkeiten für Synergien und ermöglicht zusätzliche pädagogische Ressourcen. Zum Beispiel können junge Menschen, die sich innerhalb ihrer Einrichtung aufgrund ihres Verhaltens ins soziale „Aus“ gestellt haben, ohne die Maßnahme abbrechen zu müssen, in der anderen Einrichtung einen sozialen Neustart erhalten. Kulturelle und besondere therapeutische Angebote können aufgrund der höheren Platzzahl besser refinanziert werden.

Durch das Netzwerk des „PAR-CE-VAL Jugendhilfe im Verbund“ (PAR-CE-VAL Jugendhilfe Berlin gGmbH, PAR-CE-VAL Jugendhilfe Brandenburg gGmbH, PAR-CE-VAL Jugendhilfe Sachsen gGmbH) können im Einzelfall flexible Betreuungsformen in den jeweiligen Einrichtungen angeboten werden. Eine Kooperation besteht zu den umliegenden örtlichen Krankenhäusern und Ärzten, wodurch für die jungen Menschen klinisch diagnostische Möglichkeiten zur gesundheitlichen Gesamtversorgung bestehen.

Folgende individuelle und flexibel anpassbare Angebote können Anwendung finden:

- Gruppengespräche,
- Einzelgespräche,
- Familien- und Bezugspersonenarbeit,
- Kunstprojekte, z. B.
  - Plastizieren als Einzel- und Gruppenarbeit,
  - Malen als Einzel- und Gruppenarbeit,
  - Steinmetzen als Einzel- und Gruppenarbeit,
- Sprachgestaltung in Einzel- und Gruppenarbeit,
- Eurythmie in Einzel- und Gruppenarbeit,
- Musik in Einzel- und Gruppenarbeit,
- Biographiearbeit,
- Freizeit- und erlebnispädagogische Projekte,
- Auslandsprojekte,
- Kulturpädagogische Projekte,

- Sportpädagogik,
- Theaterpädagogik,
- Arbeitspädagogik,
- Interventionsprojekte mit sozialpädagogischer Betreuung,
- Bezugspersonenarbeit und Familientherapie sowie
- Lernbegleitung bzw. Ausbildungsbegleitung.

Entsprechend den erarbeiteten Entwicklungs- und Förderplänen kommen jeweils spezifische Maßnahmen zur Anwendung, über die wir in unserem Rahmenkonzept verfügen. Dadurch können wir ebenso auf den Suchtmittelmissbrauch, wie auch auf die bestehenden Entwicklungsstörungen heilend einwirken und die weitere altersgemäße Entwicklung fördern.

Der direkte Bezug zur Natur, eine bewusste Vollwerternährung und die harmonische Gestaltung von Wohn- und Lebensraum sowie rhythmische Kontinuität im Tageslauf bilden wichtige Säulen unserer Einrichtungskultur.

Nachfolgend beschreiben wir die oben genannten Maßnahmen genauer.

### Gruppen- und Einzelgespräche

Viele junge Menschen bringen empfindliche Störungen und Kränkungen ihrer jungen Persönlichkeit mit. Hierfür bedarf es an Raum, diese Themen mit den jungen Menschen zu bearbeiten. Gleichzeitig ist die intensive Gruppendynamik der Bezugsgruppen darauf angewiesen, begleitet und geführt zu werden, destruktive Tendenzen zu erkennen, diese aufzufangen und ins Positive umzulenken. Weiterhin muss gezielt Sozial- und Gemeinschaftsfähigkeit angelegt werden.

Mit den Einzelgesprächen soll die Möglichkeit geschaffen werden, über feste Bezugspersonen und „echte“ Begegnungen eine kontinuierliche, vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, die sozusagen als "pädagogisches Halteseil" die jungen Menschen bei der Bewältigung von Konflikten, Krisen und schwierigen Situationen begleitet. Mit jedem werden regelmäßige Einzelgespräche geführt. Je nach Alter und Entwicklungsstand können diese Gespräche eher beziehungsorientiert und auf Zuwendung ausgerichtet, oder mehr auf die Erkenntnisbildung zielend und konfliktzentriert-aufdeckend sein.

Die regelmäßig stattfindenden Gruppengespräche sind entweder themenzentriert, indikativ oder gehen allgemein auf die Gruppendynamik und -prozesse ein.

### Familien- und Bezugspersonenarbeit

Die Familien und Bezugspersonen der jungen Menschen werden in unsere Betreuung mit einbezogen. Ziel ist es hierbei, über regelmäßige Gespräche und Besuche der Familien und Bezugspersonen die Aufarbeitung von Kränkungen, den Erhalt und Ausbau von Ressourcen und die Entwicklung neuer Begegnungs- und Beziehungsqualitäten zu erreichen. Insbesondere, wenn als Ziel die Rückführung in die Herkunftsfamilie angestrebt wird, sollte regelmäßige familientherapeutische Arbeit stattfinden.

Einrichtungsübergreifend bietet PAR-CE-VAL Elternseminare an, in denen die Eltern und Angehörigen in die pädagogisch/therapeutischen Konzepte eingeführt sowie gemeinsame Erziehungsstrategien und Erziehungsziele erörtert und entwickelt werden.

### Arbeitspädagogik

Ein wichtiges Anliegen zur Entwicklung von Sozial- und Gemeinschaftsfähigkeit ist es, die Funktionsbereiche der Einrichtung aus der Gemeinschaft heraus abzudecken. In dem Prozess des Zusammenlebens ergeben sich für die jungen Menschen verschiedene Arbeits- und Verantwortungsbereiche, wie z. B. Küchenarbeit, Hauswirtschaft, Renovierungs- und Reparaturarbeiten, Gartenbau. Diese Einbindung und Selbstorganisation hilft in sehr positiver Weise, den Lebensraum und das eigene Umfeld zu ergreifen und zu strukturieren und sich durch die Selbstbeteiligung mit diesem über den üblichen Rahmen einer Institution hinaus zu identifizieren.

Ein Bewusstsein für die natürlichen Erfordernisse des Zusammenlebens und der Organisation dessen wird geschaffen. Die Übernahme von Verantwortung trägt hierzu bedeutend bei, da das Gefühl gebraucht zu werden und in einem Bereich wirksam sein zu können, gefördert wird und dies sinnstiftend ist.

Ziel der Arbeitspädagogik ist die Entwicklung und Förderung von Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie die Entwicklung einer realistischen und angemessenen Arbeitshaltung. Erfolgserlebnisse unterstützen die Verarbeitung von negativen Erfahrungen im Arbeits- und Berufsleben.

Arbeit ist ein wesentliches Moment der Selbstverwirklichung und zugleich Dienst am anderen Menschen. Für den Einzelnen ist es ein wichtiges Erlebnis, in einen Arbeitsprozess einbezogen zu sein und damit Wertschätzung und Wirksamkeit zu erfahren. Die besondere Bedeutung der Arbeit wird auch darin gesehen, die jungen Menschen in einem Prozess der

Stabilisierung zu unterstützen, der letztlich entscheidend zu einer Erhöhung des persönlichen Selbstwertes und des Gemeinschaftsgefühls beitragen kann.

Kennzeichen der Arbeit in unserer Einrichtung ist ihr ausgeprägter Bezug zur alltagspraktischen Realität. Die Arbeitsbereiche erfüllen wichtige Aufgaben und haben eine Bedeutung für die Gemeinschaft. Die jungen Menschen erleben ihre Tätigkeit als eine wirkliche Notwendigkeit. Sie erfahren das Gefühl, gebraucht zu werden, etwas Sinnvolles zu tun und Verantwortung zu haben. Bei der Arbeit kommt es oft zu verdienten Erfolgserlebnissen. Die jungen Menschen erleben dadurch, dass Wachstum möglich ist, sie lernfähig sind und unter Anleitung auch Aufgaben meistern können, die ihnen zuvor große Angst bereiteten. Ihnen wird deutlich, dass Arbeit mehr sein kann als eine lästige Pflichtausübung, bei der es nur darum geht, den Lebensunterhalt zu sichern - Arbeit kann Spaß machen und Befriedigung verleihen.

Der direkte Bezug zwischen Arbeit und Leben wird hergestellt und für die jungen Menschen direkt persönlich spürbar und nachvollziehbar (es wird z. B. selbst gebackenes Brot gegessen oder selbst angebautes Gemüse zubereitet). Durch den regelmäßig wiederkehrenden Arbeitsrhythmus sind zugleich eine förderliche Kontinuität und ein realitätsbezogenes Zeitgefühl vorhanden. Durch die körperliche Betätigung entsteht zunehmend auch ein gesundes Körpererleben, das sich wiederum positiv auf viele andere Bereiche auswirkt, wie z. B. auf den Appetit, auf das Schlafverhalten.

Neben den beschriebenen arbeitspädagogischen Bemühungen können die jungen Menschen, einen entsprechenden Entwicklungsstand vorausgesetzt, bei unseren Kooperationspartnern zur beruflichen Orientierung und als Belastungserprobung externe Praktika ableisten.

### Freizeitpädagogik und Erlebnispädagogik

Einer aktiven Freizeitgestaltung kommt in einem selbstbestimmten Leben eine wichtige Rolle zu, jedoch muss eine solche meist erst erlernt werden. Oft pflegen junge Menschen eine eher passive, aufnehmende Freizeitkultur, in der sie von äußerlichen Reizen berieselt oder überschüttet werden.

Den Künsten und anderen Angeboten unserer Einrichtung fällt in diesem Bereich daher eine große Bedeutung zu. Wir möchten den jungen Menschen im Sinne der Erlebnispädagogik die Möglichkeit bieten, eine breite Palette an aktiven Freizeitgestaltungsmöglichkeiten zu erfahren und die Fähigkeit zu entwickeln, ihre Freizeit bewusst gestalten zu lernen und

Hobbys auszubilden. Wir legen hierbei unter anderem Wert auf kulturelle Veranstaltungen wie Konzert-, Theater- und Museumsbesuche. Gezielte Freizeitprojekte, zum Beispiel Segeln, Klettertouren aber auch Kultur- und Studienreisen, werden gemeinsam geplant, durchgeführt und ausgewertet.

### Sport

Bewegung bzw. Sportpädagogik hat in unserem Konzept seinen festen Stand. Gerade im Bereich der Motivationsbildung können hier große Erfolge erzielt werden.

Im Jugendalter ist körperliche Betätigung von großer Bedeutung, da der sich besonders in der Pubertät verändernde Körper häufig als fremd erlebt wird. Sport, und vor allem Gruppensportarten wie Ballspiele sind an dieser Stelle besonders geeignet, diese erlebte Fremdheit zu überwinden und Ganzheitserlebnisse herbeizuführen.

In diesem Rahmen sind beispielsweise Leichtathletik, Gymnastik, Volleyball, Fußball, Schwimmen und Basketball einige der möglichen Angebote.

Einen herauszuhebenden Schwerpunkt bildet die Lauftherapie, deren Wirkweisen inzwischen empirisch gut belegt sind. Viele der betreuten Menschen nehmen im Rahmen der Lauftherapie auch an öffentlichen Marathonläufen teil.

### Heilende Kunst

Die Kunsttherapie gehört zu den ältesten Formen der heilenden Pädagogik. Die Anthroposophie hat eigene kunstpädagogische und kunsttherapeutische Formen hervorgebracht, die in eigenen staatlich anerkannten Fachhochschulen (z. B. Ottersberg) und Hochschulen (z. B. Witten Herdecke) gelehrt werden.

Das Ineinandergreifen von kreativem Ausdruck und den damit unmittelbar erfahrbaren Gestaltungsmöglichkeiten macht die Kunsttherapie zu einem sinnstiftenden Instrument eines ganzheitlichen Ansatzes.

Die Auseinandersetzung und das Erleben der eigenen Kreativität wirken stimulierend auf die gesamte Persönlichkeit. Künstlerisch tätig zu sein, bedeutet nicht nur, ein eigenes Kunstwerk zu gestalten, sondern dabei auch die eigene Individualität zu entwickeln. Durch die Kunst kann zum Ausdruck kommen, was sonst unerreichbar, verborgen bleibt. Schöpferische Kräfte werden frei und können sich zudem in der Umwelt und in der Gesellschaft entfalten.

Wenn dieses gestalterische Element fehlt, bzw. nie entdeckt wird, bleiben die menschlichen Erfahrungen unvollständig.

Schaut man zum Beispiel auf die „Abgestumpftheit“ vieler Drogen konsumierender junger Menschen, wird deutlich, wie sehr Erfahrungen notwendig sind, bei denen die kreativen Fähigkeiten angesprochen werden. Eine innere Öde oder Leere, die als Folge von Defiziterfahrungen bei jungen Menschen als Niedergeschlagenheit oder Tatenlosigkeit sichtbar werden kann, wird so mit alternativen Erfahrungen gefüllt.

Weiterhin wirkt der spezifisch anthroposophische Ansatz harmonisierend und heilend auf die Gesamtkonstitution ein.

In unserer Kunstpädagogik geht es nicht primär um das Schaffen von Kunstwerken, auch nicht so sehr um die Resultate, die „Produkte“. Es geht um die Prozesse des Gestaltens und um den jungen Menschen, der seine schöpferischen Kräfte wachrufen und nutzen lernen soll. Die Künste können zu „Heilkünsten“ werden, wenn man sie so ausübt, dass die Art der Technik, die Aufgabenstellung, die Arbeit am Prozess und mit den „Produkten“ auf bestimmte Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen zurückwirken.

Künstlerische Therapie ist ein Weg, durch praktische Übungen das Erleben neu anzuregen, sich selbst neu wahrzunehmen, Lebensprobleme auf einer kreativen Ebene zu gestalten und im Transfer eigene Schritte zu entwickeln. Jede dieser zur Heilform hin modifizierten Künste hat einen unterschiedlichen Anwendungsbereich, verschiedene Stimulierungsqualitäten, Gestaltungs- und Ausdrucksmöglichkeiten. Wir setzen in unserer Arbeit folgende Künste ein:

- Plastizieren als Einzel- und Gruppenarbeit,
- Malen und Zeichnen als Einzel- und Gruppenarbeit,
- Musik als Einzel- und Gruppenarbeit,
- Sprachgestaltung als Einzel- und Gruppenarbeit sowie
- Eurythmie als Einzel- und Gruppenarbeit.

Durch ihre künstlerische Eigenart und Verschiedenheit (man denke hier z. B. an die Verschiedenheit von Plastizieren und Musizieren) und durch verschiedene künstlerische Techniken (z. B. Plastizieren und Töpfern, Aquarellmalen oder Schwarz-Weiß-Zeichnen, Leier- oder Schlagzeug spielen) ergeben sich differenzierte Wirksamkeiten. Die verschiedenen künstlerischen Betätigungen haben gestaltende, aktivierende und lösende, entspannende Qualitäten. Gemäß dieser Unterschiede, die jeweils körperlichen oder seelischen Einseitigkeiten entsprechen (wie z. B. Formen und Auflösen, Ablagern und

Bewegen, Anspannen und Loslassen), können durch die Eigenaktivität des jungen Menschen gezielt Symptome angegangen, Probleme bearbeitet, Unausgeglichenheiten ausgeglichen und somit tiefgreifende Schwierigkeiten überwunden werden.

### Theaterpädagogik

Möglichst jeder junge Mensch nimmt im Laufe seines Aufenthaltes an einem Theaterprojekt teil. Schauspielerarbeit als heilendes Element hat in der anthroposophischen Bewegung eine lange Tradition. Der Betreute nimmt im Spiel hierbei eine aktive Bühnenrolle ein. Stücke werden später auch öffentlich aufgeführt.

Die Schauspielerarbeit als ein Element der darstellenden Künste kann in der Pädagogik gewinnbringend eingesetzt werden, um Isolierungstendenzen und Tatenlosigkeit entgegen zu wirken und das positive Selbsterleben zu steigern.

Oft ziehen sich problembelastete junge Menschen in sich selbst zurück, sondern sich von ihren Mitmenschen ab, vereinsamen und können nicht mehr ohne Weiteres in einen offenen, lebendigen Bezug zur Welt und zu den Menschen treten. Diese Tendenz kann man insbesondere bei verletzten und traumatisierten jungen Menschen beobachten, da diese häufig in ihrem Vertrauen in die Welt und die Menschen erschüttert wurden und keinen Zugang mehr finden können.

An diesem Punkt kann man mittels dramaturgischer Methoden und Mittel versuchen, solchen Rückzugstendenzen durch gezielte Konfrontation entgegen zu wirken. Durch die Interaktion in der Darstellung kommt der junge Mensch in die Situation, wirklich sichtbar zu werden, nicht nur auf der Bühne, sondern generell im Zusammenspiel mit anderen. Hier begegnet er seinen Ängsten, kann sie stückweise abbauen und erlebt, dass man durch intensives Arbeiten an seiner Rolle und am gemeinsamen Projekt seine ursprünglichen Grenzen erweitern und neu definieren kann. So wird persönliches und kollektives Wachstum möglich. Durch das Erleben, dass auch die anderen die gleichen Schwierigkeiten haben, aber man sich gegenseitig stützen kann und die Hindernisse gemeinsam überwindet, entsteht ein besonderes Gemeinschaftsgefühl, das dazu führt, dass der Einzelne sich mit seinen Schwächen besser annehmen und bejahen kann. Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Arbeit ist die soziale Gemeinschaft, die alle Teilnehmer zusammen bilden. Ein Theaterstück wird nur lebendig aus dem Zusammenwirken aller Beteiligten. Es ist ein Dienen des Einzelnen am Ganzen und umgekehrt. So wird soziales Verhalten eingeübt.

Auch die inhaltliche Auseinandersetzung mit den aufgeführten Stücken (z. B. Bertold Brecht, Thornton Wilder, Shakespeare etc.), bringt den jungen Menschen in eine intensive Beziehung zur Geschichte, Literatur, Kultur und zu großen Menschheitsfragen.

### Beschulung

Viele junge Menschen haben bei der Aufnahme aufgrund ihres jungen Alters und/oder ihres unregelmäßigen Schulbesuchs in der Vergangenheit keinen Schulabschluss oder trotz regelmäßigen Schulbesuchs erhebliche Wissensdefizite. Häufig liegen Konzentrations- und Lernstörungen vor, auch Legasthenie und Rechenschwäche sind keine Seltenheit.

Mit gezielten heilpädagogischen Angeboten möchten wir die genannten Bereiche unterstützen. Wir haben allgemein bildende, kulturgeschichtliche Arbeitsgruppen, die den jungen Menschen helfen, die Kultur und die Gesellschaftsform in der sie leben, zu verstehen. Nicht zuletzt haben auch viele unserer Angebote, wie z. B. die Künste, die Arbeitsbereiche und die Gruppengespräche, einen hohen Bildungscharakter.

Seit dem Schuljahr 2005/2006 haben wir den regulären Schulbetrieb als Außenstelle der Waldorfschule Potsdam aufgenommen, wodurch es für die jungen Menschen möglich ist, im Betreuungsrahmen den Hauptschulabschluss, erweiterten Hauptschulabschluss oder den Realschulabschluss zu erlangen.

## 1.1 Art der Einrichtungen

- Einrichtung der freien Jugendhilfe (gem. § 2 Abs. 2, Ziffern 2, 4 und 6 SGB VIII),
- Hilfe zur Erziehung und ergänzende Leistungen (§§ 27ff SGB VIII),
- Stationäre Erziehungshilfe (§§ 34 und 35a SGB VIII),
- Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII) sowie
- Intensivleistung (nach § 35a SGB VIII)

## 1.2 Leistungsangebot

### Zielgruppe:

Unser Leistungsangebot richtet sich an Kinder und Jugendliche ab 13 Jahren sowie an junge Volljährige im Sinne des § 7 KJHG, die aufgrund ihres Alters, ihrer besonderen Situation, des strapazierten Bindungsgeflechtes und/oder der Schwere der Auffälligkeit innerhalb der Familie nicht mehr gefördert werden können. Häufig ist dies begleitet von:

- Störungen in der sozialen Entwicklung,
- tief greifenden Verhaltens- und emotionalen Störungen,
- Verhaltensauffälligkeiten bis zur Straffälligkeit,
- reaktiven Störungen z. B. aufgrund familiärer Belastungen sowie
- Störungen im Bereich Sozial-, Arbeits- und Leistungsverhalten.

Die Einrichtungen verfügen konzeptionell und personell über besondere Kompetenzen im Umgang mit jungen Menschen bei denen akuter Suchtmittelmissbrauch, Suchtmittelabhängigkeit oder Abhängigkeitsgefährdung vorliegt.

Zur weiteren Erläuterung wird festgestellt, dass Indikationsstellungen für einen stationären Aufenthalt bei jungen Menschen insbesondere vorliegen können, wenn:

- ambulante Hilfen nicht oder nicht mehr greifen,
- kein stabiles soziales Umfeld und Netzwerk gegeben ist,
- die Dynamik der Herkunftsfamilie so belastend für den jungen Menschen ist, dass ein zumindest vorläufiges Loslösen aus dem Familiensystem notwendig wird, um eine weitere Manifestation der Problematik zu verhindern und/oder
- neben der Grundproblematik die psycho-soziale Situation des jungen Menschen eine intensive Hilfestellung erfordert.

Aufnahmealter:

- Kinder und Jugendliche ab 13 Jahren und junge Volljährige

Geschlecht:

Die jungen Menschen werden altersgemischt und koedukativ in der Gruppe betreut. Es handelt sich um Kinder, Jugendliche und junge Volljährige beider Geschlechter im Sinne des § 7 KJHG.

Ausschlusskriterien:

Junge Menschen mit starken geistigen oder körperlichen Behinderungen können nicht aufgenommen werden, sofern sie von den kognitiven und bewegungstherapeutischen Angeboten nicht profitieren können.

Einzugsbereich:

Vorrangig werden Kinder, Jugendliche und junge Volljährige aus dem Raum Brandenburg und Berlin aufgenommen. Darüber hinaus finden auch Kinder, Jugendliche und junge Volljährige aus dem gesamten Bundesgebiet Aufnahme.

Die Indikation für eine überregionale Aufnahme ergibt sich, wenn:

- es aus pädagogisch-therapeutischer Sicht ratsam erscheint, den jungen Menschen aus seiner gegebenen Verortung, seinem nahen und weiten Umfeld herauszuholen bzw.
- kein adäquates regionales Hilfsangebot verfügbar ist.

Platzanzahl:

*Groß Glienicke*

- 2 Gruppen mit jeweils 7 Plätzen in einer stationären Wohngruppe besonderer Prägung (Rund-um-die-Uhr) mit ergänzenden Leistungen in einem eher ländlichen Umfeld.

Potsdamer Chaussee 29  
14476 Potsdam OT Groß Glienicke

*Außenstelle Eichenhaus*

- 2 Gruppen mit jeweils 7 Plätzen in einer stationären Wohngruppe besonderer Prägung (Rund-um-die-Uhr) mit ergänzenden Leistungen in einem eher ländlichen Umfeld.

Hauptstraße 117  
14797 Kloster Lehnin OT Rädels

*Außenstelle Gohlitzsee (in Gründung)*

- 2 Gruppen mit jeweils 7 Plätzen in einer stationären Wohngruppe besonderer Prägung (Rund-um-die-Uhr) mit ergänzenden Leistungen in einem eher ländlichen Umfeld.

Hauptstraße 3  
14797 Kloster Lehnin OT Rädels

Räumliche Gegebenheiten der Wohnsituation in Groß Glienicke:

Der ehemalige Resthof in *Groß Glienicke* liegt wenige Kilometer von Berlin Spandau entfernt, auf der Wegstrecke von Berlin nach Potsdam. Die Verkehrsanbindungen in die Innenstädte von Berlin und Potsdam sind günstig (Busanschluss Potsdam Stadtmitte: ca. 20 Minuten, Busanschluss Spandau: ca. 20 Minuten).

Der Altbau mit dem zu Wohnzwecken umgebauten Schuppen bietet ca. 306 m<sup>2</sup> Nutzfläche. Der Neubau bietet ca. 310 m<sup>2</sup> Nutzfläche.

Das große Grundstück bietet ideale Möglichkeiten für milieuthérapeutische und arbeitspädagogische Ansätze. Die Unterbringung der Jugendlichen erfolgt in 4 Einzel- und

5 Doppelzimmern. Nassräume und Räume für Mitarbeiter, Gruppenangebote und künstlerische Angebote sind hinreichend vorhanden.



Einblicke in die Einrichtung Groß Glienicke

*Räumliche Gegebenheiten der Wohnsituation des Eichenhauses in Kloster Lehnin:*

In der Einrichtung *Eichenhaus* erfolgt die Unterbringung der jungen Menschen in 3 Einzel- und 6 Doppelzimmer. Nassräume und Räume für Gruppenangebote, Mitarbeiter und künstlerische Angebote sind hinreichend vorhanden sowie eine großzügig gestaltete und ausgestattete Küche mit Essbereich.

Das 422 m<sup>2</sup> große Gebäude befindet auf dem Gelände der „Alten Ziegelei Rädell“ und wurde in den letzten Jahren umfassend saniert und in standgesetzt.

Die Einrichtung ist gut mit dem Auto erreichbar und liegt ca. 40 km von Potsdam und 55 km von Berlin entfernt (A2: Abfahrt Kloster Lehnin). Desweiteren ist die Einrichtung auch durch eine Bahn-Bus-Verbindung nach Kloster Lehnin von Berlin, Potsdam und Brandenburg aus erreichbar.



Einblicke in das „Eichenhaus“

Räumliche Gegebenheiten der Wohnsituation der Einrichtung Gohlitzsee in Kloster Lehnin (in Gründung):

In der *Einrichtung Gohlitzsee* erfolgt die Unterbringung der jungen Menschen in 2 Einzel- und 6 Doppelzimmern. Nassräume und Räume für Gruppenangebote, Mitarbeiter und künstlerische Angebote sind hinreichend vorhanden sowie eine großzügig gestaltete und ausgestattete Küche mit Essbereich.

Das ca. 900 qm große Gebäude ist ein Neubau mit Erstbezug durch uns und befindet sich ebenfalls auf dem Gelände der „Alten Ziegelei Rädels“ direkt gegenüber dem Gohlitzsee. Die Gruppe ist in dem Obergeschoss untergebracht. Im Erdgeschoss befinden sich Schul-, Therapie- und weitere Gruppenräume.

Die Einrichtung ist gut mit dem Auto erreichbar und liegt ca. 40 km von Potsdam und 55 km von Berlin entfernt (A2: Abfahrt Kloster Lehnin). Desweiteren ist die Einrichtung auch durch eine Bahn-Bus-Verbindung nach Kloster Lehnin von Berlin, Potsdam und Brandenburg aus erreichbar.



Einblicke in die Einrichtung Gohlitzsee

Aufenthaltsdauer:

Die Dauer der Hilfe ist individuell abhängig von der jeweiligen Situation. Angelegt sind 6 – 18 Monate.

### 1.3 Personelle Ausstattung

#### Einrichtung in Potsdam OT Groß Glienicke:

Stellen	Qualifikation
8	Sozialpädagogische Fachkräfte
3	Therapeutische Fachkräfte
0,25	Gruppenübergreifend
0,75	Leitung

#### Außenstelle Eichenhaus / Kloster Lehnin OT Rädels:

Stellen	Qualifikation
8	Sozialpädagogische Fachkräfte
3	Therapeutische Fachkräfte
0,25	Gruppenübergreifend
0,75	Leitung

#### Außenstelle Gohlitzsee / Kloster Lehnin OT Rädels (in Gründung):

Stellen	Qualifikation
8	Sozialpädagogische Fachkräfte
3	Therapeutische Fachkräfte
0,25	Gruppenübergreifend
0,75	Leitung

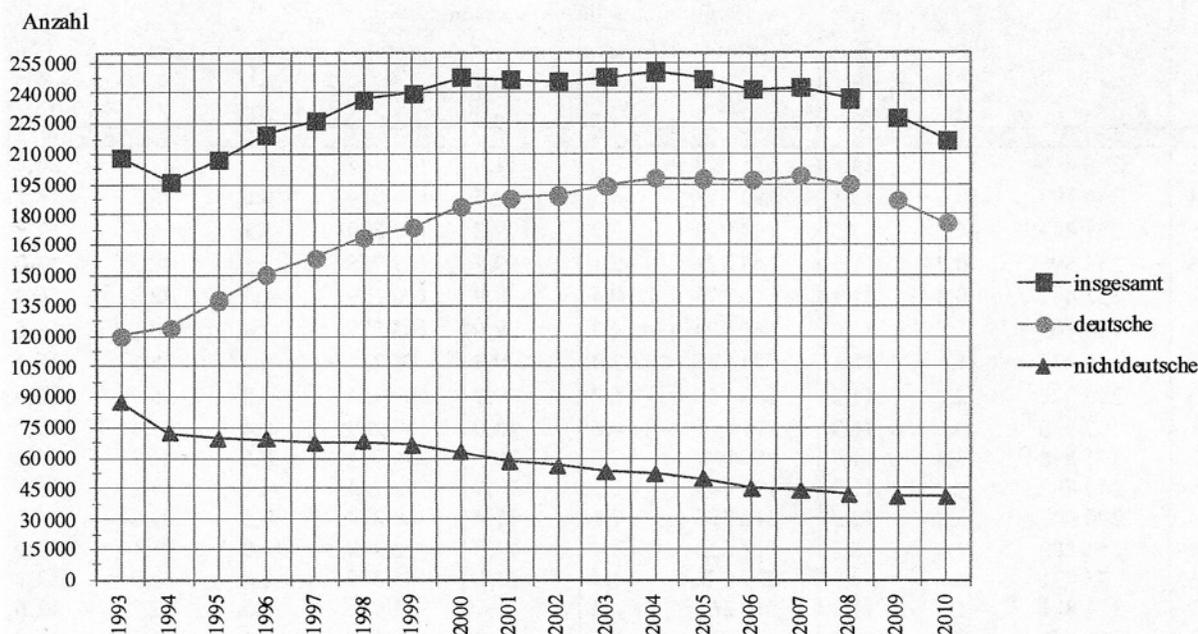
- Einmal in der Woche findet ein Teamgespräch aller MitarbeiterInnen der Einrichtungen (3 Stunden) statt.
- Das Team erhält im drei- bis vierwöchigen Rhythmus Supervision durch einen externen Supervisor (120 Minuten).
- Alle Fachkräfte nehmen an externen und internen Fortbildungen teil.
- Mitarbeiter werden darin unterstützt, geeignete therapeutisch/pädagogische Weiterbildungen zu absolvieren.
- Zu aktuellen Fragestellungen und zum Einrichtungskonzept finden einrichtungsinterne Fortbildungen statt.

## **Anhang 7**

**Auszug aus „Polizeiliche Kriminalstatistik  
Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2010“**

G13

### Entwicklung tatverdächtiger Heranwachsender



**Hinweis:** Tatverdächtige ab 2009 sind aufgrund der „echten“ Tatverdächtigenzählung nicht mit den Jahren vor 2009 vergleichbar.

### Entwicklung tatverdächtiger Heranwachsender in einzelnen Deliktbereichen

Bereich: Bundesgebiet insgesamt

T39

Schlüssel	Straftaten(gruppe)	deutsche Heranwachsende		Veränderung		nichtdeutsche Heranwachsende		Veränderung	
		2010	2009	absolut	in %	2010	2009	absolut	in %
----	Straftaten insgesamt	175 488	186 896	-11 408	-6,1	41 276	40 951	325	0,8
220000	Körperverletzung insges.	47 591	51 010	-3 419	-6,7	9 234	9 415	-181	-1,9
674000	Sachbeschädigung	22 444	26 566	-4 122	-15,5	2 149	2 290	-141	-6,2
4***00	"schwerer" Diebstahl	13 853	15 557	-1 704	-11,0	3 749	3 597	152	4,2
232300	Bedrohung	6 651	7 187	-536	-7,5	1 332	1 465	-133	-9,1
540000	Urkundenfälschung	3 159	3 271	-112	-3,4	1 206	1 289	-83	-6,4
*26*00	Ladendiebstahl insges.	13 737	14 617	-880	-6,0	5 632	5 061	571	11,3
730000	Rauschgiftdelikte BtMG	26 576	28 366	-1 790	-6,3	5 076	5 159	-83	-1,6
731800	-Cannabis und	20 560	22 015	-1 455	-6,6	4 245	4 312	-67	-1,6
+732800	Zubereitungen								
+733800									

Die Anzahl der tatverdächtigen Heranwachsenden ist 2010 insgesamt rückläufig. Stärkere Rückgänge waren bei den deutschen Tatverdächtigen bei Sachbeschädigung und „schwerem“ Diebstahl zu verzeichnen. Bei den nichtdeutschen Tatverdächtigen gingen Bedrohungen am stärksten zurück. Anstiege waren hingegen nur bei den nichtdeutschen Tatverdächtigen insbesondere beim Ladendiebstahl (11,3) festzustellen.

**Entwicklung tatverdächtiger Jungerwachsener (21 bis unter 25 Jahre)**

Bereich: Bundesgebiet insgesamt

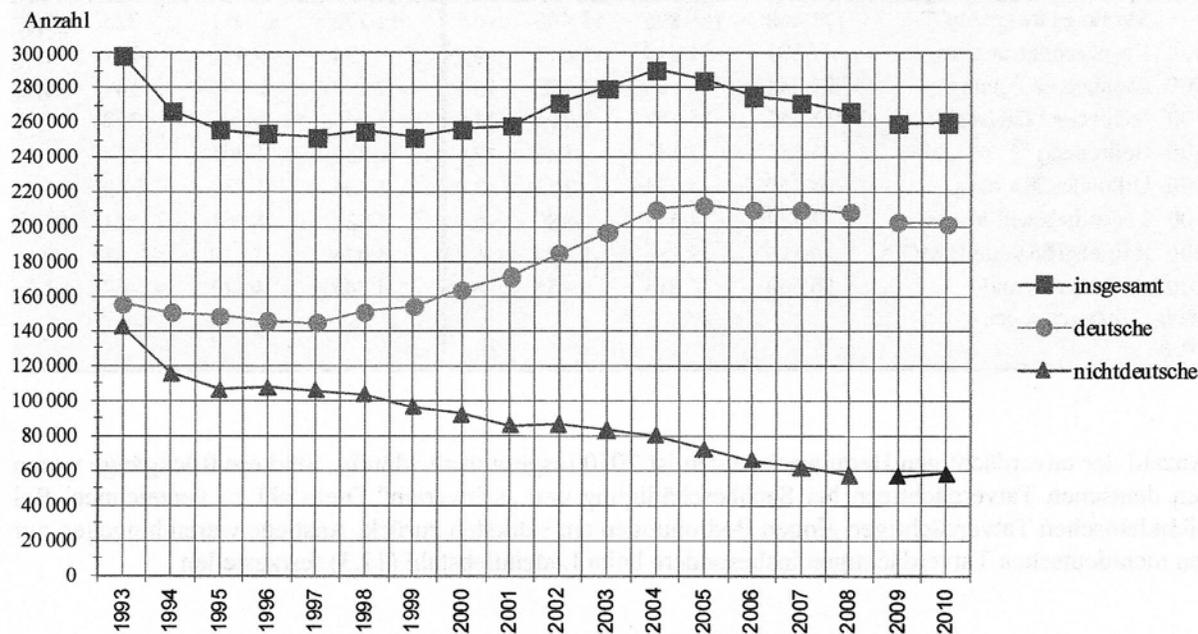
T40

Jahr	tatverdächtige Jungerwachsene									
	insgesamt	Veränderung in %	Anteil an allen TV in %	deutsche	Veränderung in %	Anteil an allen dt. TV in %	nicht-deutsche	Veränderung in %	Anteil in % an Sp. 2	Anteil an allen NDTV in %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1993	298 415	-	14,5	155 928	-	11,4	142 487	-	47,7	20,7
1994	266 797	-10,6	13,1	150 783	-3,3	10,6	116 014	-18,6	43,5	18,9
1995	255 483	-4,2	12,1	148 923	-1,2	9,8	106 560	-8,1	41,7	17,7
1996	253 596	-0,7	11,5	145 821	-2,1	9,2	107 775	1,1	42,5	17,2
1997	251 441	-0,8	11,1	145 272	-0,4	8,9	106 169	-1,5	42,2	16,8
1998	255 103	1,5	11,0	151 524	4,3	9,0	103 579	-2,4	40,6	16,5
1999	251 371	-1,5	11,1	154 535	2,0	9,3	96 836	-6,5	38,5	16,1
2000	256 322	2,0	11,2	164 166	6,2	9,7	92 156	-4,8	36,0	15,6
2001	257 930	0,6	11,3	171 661	4,6	10,0	86 269	-6,4	33,4	15,2
2002	271 818	5,4	11,7	185 077	7,8	10,5	86 741	0,5	31,9	15,3
2003	279 633	2,9	11,9	196 449	6,1	10,9	83 184	-4,1	29,7	15,0
2004	290 607	3,9	12,2	210 333	7,1	11,4	80 274	-3,5	27,6	14,7
2005	284 880	-2,0	12,3	212 632	1,1	11,9	72 248	-10,0	25,4	13,9
2006	275 471	-3,3	12,1	209 596	-1,4	11,8	65 875	-8,8	23,9	13,1
2007	271 881	-1,3	11,8	210 260	0,3	11,7	61 621	-6,5	22,7	12,6
2008	266 078	-2,1	11,8	208 804	-0,7	11,7	57 274	-7,1	21,5	12,2
2009	259 582	*)	11,9	203 034	*)	11,8	56 548	*)	21,8	12,2
2010	260 163	0,2	12,1	202 147	-0,4	12,0	58 016	2,6	22,3	12,3

\*) Wegen der „echten“ Tatverdächtigenzählung ab 2009 wurden keine Veränderungen berechnet.

G14

**Entwicklung tatverdächtiger Jungerwachsener**



Hinweis: Tatverdächtige ab 2009 sind aufgrund der „echten“ Tatverdächtigenzählung nicht mit den Jahren vor 2009 vergleichbar.

**Entwicklung tatverdächtiger Jungerwachsener in einzelnen Deliktbereichen**

Bereich: Bundesgebiet insgesamt

T41

Schlüssel	Straftaten (gruppen)	deutsche Jungerwachsene				nichtdeutsche Jungerwachsene			
		2010	2009	Veränderung absolut	in %	2010	2009	Veränderung absolut	in %
-----	Straftaten insgesamt	202 147	203 034	-887	-0,4	58 016	56 548	1 468	2,6
220000	Körperverletzung insges.	50 834	50 643	191	0,4	11 178	10 963	215	2,0
730000	Rauschgiftdelikte BtMG	35 410	36 813	-1 403	-3,8	7 786	7 985	-199	-2,5
731400	Allgemeine Verstöße (§ 29 BtMG) mit Amphetamin /Methamphetamin und deren Derivate in Pulver- oder flüssiger Form	5 989	5 586	403	7,2	438	392	46	11,7
510000	Betrug	56 971	55 619	1 352	2,4	13 959	12 866	1 093	8,5
515000	Leistungser schleichung	24 760	23 892	868	3,6	6 473	5 817	656	11,3
517000	Sonstiger Betrug	17 703	16 825	878	5,2	4 610	4 260	350	8,2
*26*00	Ladendiebstahl insges.	13 007	13 554	-547	-4,0	7 314	6 314	1 000	15,8

Bei den tatverdächtigen Jungerwachsenen im Alter von 21 bis unter 25 Jahren wurde bei den deutschen Jungerwachsenen ein leichter Rückgang und bei den nichtdeutschen Jungerwachsenen ein etwas deutlicherer Anstieg beobachtet. Bei den nichtdeutschen Jungerwachsenen wurde ein deutlicher Anstieg beim Ladendiebstahl (15,8 %) und bei der Leistungser schleichung (11,3 %) registriert. Bei beiden Gruppen stiegen die Zahlen der allgemeinen Verstöße gegen § 29 BtMG.

**Entwicklung tatverdächtiger Erwachsener (ab 21 Jahre)**

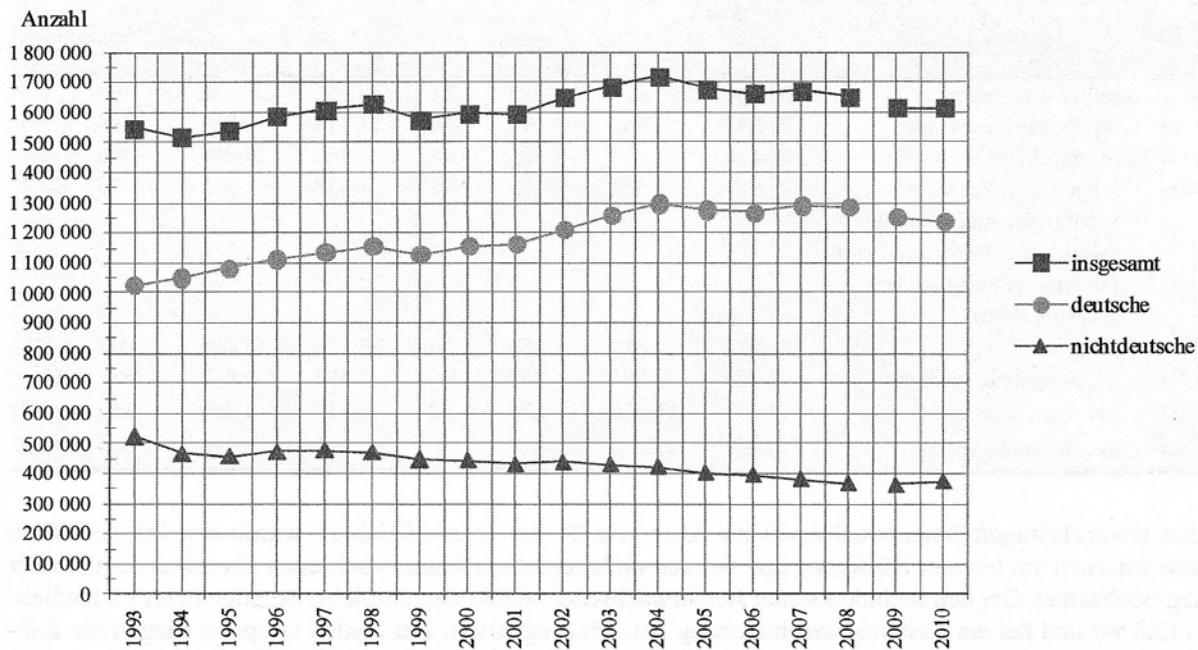
T42

Jahr	tatverdächtige Erwachsene										
	insgesamt	Veränderung in %	Anteil an allen TV in %	deutsche	Veränderung in %	Anteil an allen dt. TV in %	nicht-deutsche	Veränderung in %	Anteil in % an Sp. 2	Anteil an allen NDTV in %	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1993	1 547 515	-	75,4	1 024 198	-	75,2	523 317	-	33,8	75,9	
1994	1 517 664	-1,9	74,5	1 050 707	2,6	73,7	466 957	-10,8	30,8	76,2	
1995	1 540 020	1,5	72,7	1 083 651	3,1	71,5	456 369	-2,3	29,6	75,6	
1996	1 584 876	2,9	71,6	1 111 643	2,6	70,0	473 233	3,7	29,9	75,6	
1997	1 610 503	1,6	70,8	1 133 398	2,0	69,1	477 105	0,8	29,6	75,3	
1998	1 627 635	1,1	70,2	1 156 452	2,0	68,4	471 183	-1,2	28,9	75,0	
1999	1 575 624	-3,2	69,6	1 126 846	-2,6	67,8	448 778	-4,8	28,5	74,6	
2000	1 598 485	1,5	69,9	1 154 458	2,5	68,0	444 027	-1,1	27,8	75,4	
2001	1 591 871	-0,4	69,8	1 159 979	0,5	67,7	431 892	-2,7	27,1	76,0	
2002	1 647 962	3,5	70,8	1 210 560	4,4	68,8	437 402	1,3	26,5	77,2	
2003	1 687 439	2,4	71,6	1 258 205	3,9	69,8	429 234	-1,9	25,4	77,5	
2004	1 720 877	2,0	72,2	1 297 107	3,1	70,6	423 770	-1,3	24,6	77,5	
2005	1 678 100	-2,5	72,5	1 275 876	-1,6	71,1	402 224	-5,1	24,0	77,4	
2006	1 662 369	-0,9	72,8	1 267 714	-0,6	71,2	394 655	-1,9	23,7	78,5	
2007	1 672 546	0,6	72,9	1 290 047	1,8	71,5	382 499	-3,1	22,9	78,0	
2008	1 651 344	-1,3	73,2	1 284 282	-0,4	72,0	367 062	-4,0	22,2	77,9	
2009	1 614 041	*)	73,8	1 251 078	*)	72,5	362 963	*)	22,5	78,5	
2010	1 612 536	-0,1	74,9	1 238 426	-1,0	73,7	374 110	3,1	23,2	79,3	

\*) Wegen der „echten“ Tatverdächtigenzählung ab 2009 wurden keine Veränderungen berechnet.

G15

**Entwicklung tatverdächtiger Erwachsener**



Hinweis: Tatverdächtige ab 2009 sind aufgrund der „echten“ Tatverdächtigenzählung nicht mit den Jahren vor 2009 vergleichbar.

**Entwicklung tatverdächtiger Erwachsener in einzelnen Deliktbereichen**

Bereich: Bundesgebiet insgesamt

T43

Schlüssel	Straftaten(gruppe)	deutsche Erwachsene		Veränderung		nichtdeutsche Erwachsene		Veränderung	
		2010	2009	absolut	in %	2010	2009	absolut	in %
-----	Straftaten insgesamt	1 238 426	1 251 078	-12 652	-1,0	374 110	362 963	11 147	3,1
715000	Straftaten i.Z.m. Urheberrechtsbestimmungen	4 470	7 005	-2 535	-36,2	990	1 187	-197	-16,6
510000	Betrug	307 554	305 607	1 947	0,6	81 792	76 247	5 545	7,3
515000	Leistungerschleichung	77 848	76 373	1 475	1,9	26 206	23 918	2 288	9,6
511000	Waren-/Warenkreditbetrug	104 922	106 324	-1 402	-1,3	22 544	21 299	1 245	5,8
517000	Sonstiger Betrug	133 454	130 634	2 820	2,2	33 667	30 876	2 791	9,0
730000	Rauschgiftdelikte (BtMG)	110 609	111 239	-630	-0,6	31 519	31 550	-31	-0,1
673000	Beleidigung	124 657	120 061	4 596	3,8	21 607	20 652	955	4,6
143000	Verbreitung pornographischer Schriften (Erzeugnisse)	5 343	7 928	-2 585	-32,6	299	421	-122	-29,0
220000	Körperverletzung insges.	264 027	262 099	1 928	0,7	72 162	70 751	1 411	2,0
671000	Verletzung der Unterhaltspflicht	9 184	10 007	-823	-8,2	1 389	1 547	-158	-10,2
520000	Veruntreuungen	17 772	18 622	-850	-4,6	3 110	3 274	-164	-5,0
*26*00	Ladendiebstahl insgesamt	137 608	145 116	-7 508	-5,2	50 493	46 797	3 696	7,9

Insgesamt hat die Zahl der erfassten tatverdächtigen Erwachsenen nur geringfügig abgenommen. Auffällig sind die starken Rückgänge bei Verbreitung pornographischer Schriften, aber auch bei Straftaten i. Z. m. Urheberrechtsbestimmungen bei deutschen und nichtdeutschen tatverdächtigen Erwachsenen.

**Entwicklung der Tatverdächtigen insgesamt**

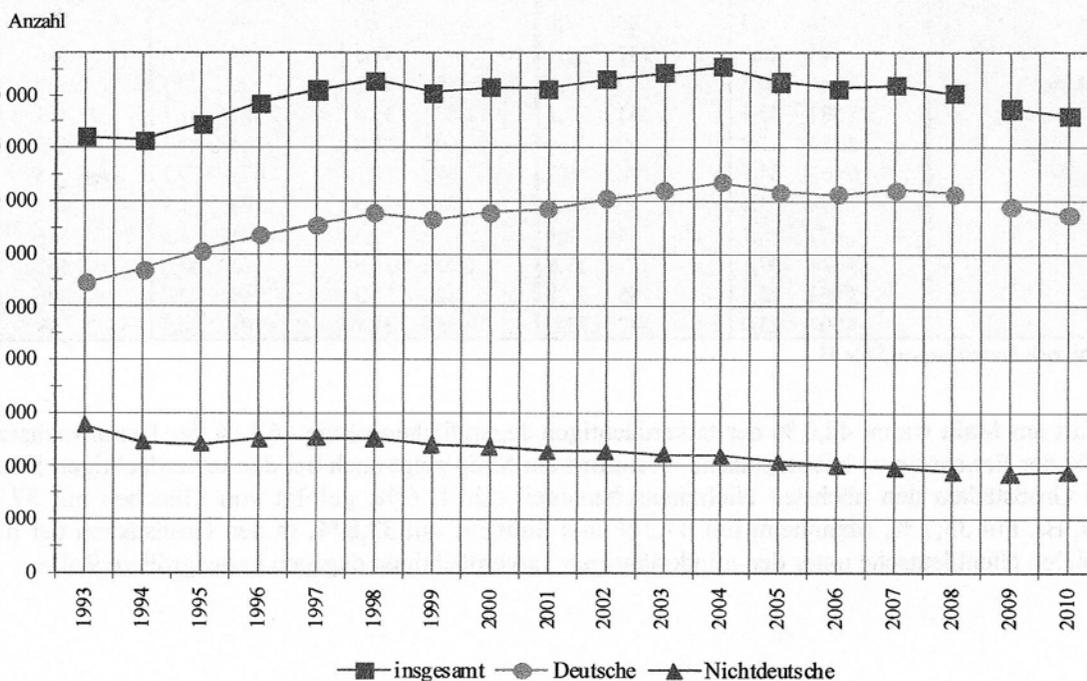
T44

Jahr	Tatverdächtige insgesamt						
	insgesamt	Veränderung in %	deutsche	Veränderung in %	nicht-deutsche	Veränderung in %	Anteil in % an Spalte 2
1	2	3	4	5	6	7	8
1993	2 051 775	-	1 361 855	-	689 920	-	33,6
1994	2 037 729	-0,7	1 424 738	4,6	612 991	-11,2	30,1
1995	2 118 104	3,9	1 514 602	6,3	603 502	-1,5	28,5
1996	2 213 293	4,5	1 587 708	4,8	625 585	3,7	28,3
1997	2 273 560	2,7	1 640 080	3,3	633 480	1,3	27,9
1998	2 319 895	2,0	1 691 418	3,1	628 477	-0,8	27,1
1999	2 263 140	-2,4	1 661 919	-1,7	601 221	-4,3	26,6
2000	2 286 372	1,0	1 697 263	2,1	589 109	-2,0	25,8
2001	2 280 611	-0,3	1 712 227	0,9	568 384	-3,5	24,9
2002	2 326 149	2,0	1 759 231	2,7	566 918	-0,3	24,4
2003	2 355 161	1,2	1 801 411	2,4	553 750	-2,3	23,5
2004	2 384 268	1,2	1 837 283	2,0	546 985	-1,2	22,9
2005	2 313 136	-3,0	1 793 563	-2,4	519 573	-5,0	22,5
2006	2 283 127	-1,3	1 780 090	-0,8	503 037	-3,2	22,0
2007	2 294 883	0,5	1 804 605	1,4	490 278	-2,5	21,4
2008	2 255 693	-1,7	1 784 626	-1,1	471 067	-3,9	20,9
2009	2 187 217	*)	1 724 839	*)	462 378	*)	21,1
2010	2 152 803	-1,6	1 680 991	-2,5	471 812	2,0	21,9

\*) Wegen der „echten“ Tatverdächtigenzählung ab 2009 wurden keine Veränderungen berechnet.

G16

**Entwicklung der Tatverdächtigen insgesamt**



Hinweis: Tatverdächtige vor 2009 sind aufgrund der „echten“ Tatverdächtigenzählung nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

**Entwicklung der Tatverdächtigen insgesamt in einzelnen Deliktsbereichen**

Bereich: Bundesgebiet insgesamt

T45

Schlüssel	Straftaten(gruppen)	deutsche				nichtdeutsche			
		Tatverdächtige insges.		Veränderung		Tatverdächtige insges.		Veränderung	
		2010	2009	absolut	in %	2010	2009	absolut	in %
-----	Straftaten insgesamt	1 680 991	1 724 839	-43 848	-2,5	471 812	462 378	9 434	2,0
220000	Körperverletzung insges.	372 333	378 401	-6 068	-1,6	95 920	95 824	96	0,1
674000	Sachbeschädigung	143 637	157 207	-13 570	-8,6	19 391	20 521	-1 130	-5,5
673000	Beleidigung	152 989	149 455	3 534	2,4	26 287	25 245	1 042	4,1
143000	Verbreitung pornographischer Schriften	6 513	9 324	-2 811	-30,1	387	549	-162	-29,5
4***00	"schwerer" Diebstahl	76 212	81 995	-5 783	-7,1	27 133	25 034	2 099	8,4
510000	Betrug	373 028	370 966	2 062	0,6	99 205	93 220	5 985	6,4
515000	Leistungerschleichung	113 657	112 346	1 311	1,2	36 722	34 397	2 325	6,8
511000	Waren und Warenkreditbetrug	117 115	119 019	-1 904	-1,6	24 735	23 437	1 298	5,5
520000	Veruntreuungen	18 341	19 139	-798	-4,2	3 262	3 410	-148	-4,3
730000	Rauschgiftdelikte BtMG	152 507	155 171	-2 664	-1,7	38 803	38 904	-101	-0,3
731800	Cannabis und	93 929	95 602	-1 673	-1,7	25 012	24 784	228	0,9
+732800	Zubereitungen								
+733800									
*26*00	Ladendiebstahl insges.	230 142	241 677	-11 535	-4,8	72 722	68 047	4 675	6,9

Insgesamt ist die Anzahl der Tatverdächtigen 2010 um 1,6 % auf 2 152 803 (2009: 2 187 217) zurückgegangen. Bei den deutschen Tatverdächtigen wurde ein Rückgang um 2,5 % auf 1 680 991 (2009: 1 724 839) registriert.

Die Anzahl Tatverdächtiger ohne deutsche Staatsangehörigkeit hat gegenüber dem Vorjahr um 2,0 % zugenommen (471 812). Ohne ausländerspezifische Delikte beträgt der Tatverdächtigenanteil Nichtdeutscher 20,0 % (2009: 19,2 %).

**Nichtdeutsche Tatverdächtige und ihre Anteile an den Tatverdächtigen insgesamt der jeweiligen Altersklasse**

T46

Land	Nichtdeutsche Tatverdächtige									
	insgesamt		Kinder		Jugendliche		Heranwachsende		Erwachsene	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Baden-Württemberg	65 778	28,6	2 774	24,4	6 935	24,1	6 277	26,4	49 792	29,9
Bayern	78 686	27,2	2 187	18,8	6 194	20,2	6 847	22,8	63 458	29,2
Berlin	45 138	33,3	1 234	23,0	3 583	30,0	3 705	32,3	36 616	34,2
Brandenburg	8 892	12,2	84	3,0	587	9,2	846	11,9	7 375	13,0
Bremen	7 394	26,8	189	19,8	629	22,0	664	22,8	5 912	28,3
Hamburg	21 898	31,0	652	24,4	2 004	28,7	1 834	27,0	17 408	32,2
Hessen	50 612	32,6	1 190	22,8	3 897	24,8	4 028	27,6	41 497	34,6
Mecklenburg-Vorp.	3 256	6,7	50	2,7	183	4,4	261	4,8	2 762	7,4
Niedersachsen	36 140	15,5	1 282	11,7	3 209	12,1	3 366	13,4	28 283	16,6
Nordrhein-Westfalen	114 012	23,0	3 698	17,5	10 761	18,3	10 407	19,9	89 146	24,6
Rheinland-Pfalz	22 890	19,4	712	15,0	1 894	15,0	2 140	17,6	18 144	20,5
Saarland	6 031	20,9	149	13,4	583	19,9	563	20,5	4 736	21,5
Sachsen	11 508	11,2	222	5,9	640	8,3	898	9,2	9 748	11,9
Sachsen-Anhalt	5 340	7,4	119	3,6	346	5,5	499	7,2	4 376	7,8
Schleswig-Holstein	11 307	14,3	313	9,5	1 306	13,4	962	11,1	8 726	15,3
Thüringen	3 538	6,0	59	2,7	196	4,3	286	4,7	2 997	6,5
Bundesgebiet insges.*)	471 812	21,9	14 790	16,1	41 636	18,0	41 276	19,0	374 110	23,2

\*) Addition entspricht wegen der „echten“ Tatverdächtigenzählung nicht der Summe der Bundesländerdaten.

**Nichtdeutsche Tatverdächtige und ihre Anteile an den Tatverdächtigen insgesamt der jeweiligen Altersklasse in den Großstädten ab 200 000 Einwohner**

T47

Städte	Nichtdeutsche Tatverdächtige									
	insgesamt		Kinder		Jugendliche		Heranwachsende		Erwachsene	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Aachen	3 678	37,0	81	24,7	387	32,7	454	38,0	2 756	38,1
Augsburg	3 513	28,5	110	23,4	385	27,9	343	24,9	2 675	29,4
Berlin	45 138	33,3	1 234	23,0	3 583	30,0	3 705	32,3	36 616	34,2
Bielefeld	2 812	25,9	77	21,3	269	21,4	302	25,0	2 164	27,0
Bochum	2 665	20,6	87	15,6	231	17,3	255	18,8	2 092	21,6
Bonn	2 700	25,0	73	18,1	267	20,0	220	19,4	2 140	26,9
Braunschweig	2 258	21,2	32	8,7	143	12,3	253	23,0	1 830	22,8
Bremen	6 406	28,0	168	23,2	557	24,0	579	24,0	5 102	29,3
Chemnitz	1 703	20,2	90	27,6	122	20,5	155	17,6	1 336	20,2
Dortmund	7 773	30,6	210	23,7	801	27,0	808	27,6	5 954	31,9
Dresden	2 005	12,1	33	6,1	93	8,6	158	9,3	1 721	12,9
Duisburg	5 385	28,9	176	27,2	503	24,9	533	25,9	4 173	30,0
Düsseldorf	9 749	36,4	161	25,2	674	27,2	791	30,4	8 123	38,5
Erfurt	801	9,1	16	4,4	66	9,0	77	7,3	642	9,6
Essen	4 491	24,3	146	20,7	407	19,0	447	22,3	3 491	25,5
Frankfurt a. M.	22 567	54,6	342	41,6	1 251	42,0	1 731	46,1	19 243	57,0
Freiburg i. Br.	2 810	28,9	168	35,7	275	22,7	279	24,5	2 088	30,3
Gelsenkirchen	2 276	25,1	109	24,2	232	23,5	199	22,5	1 736	25,8
Halle (Saale)	959	10,4	34	8,0	68	9,7	86	9,0	771	10,8
Hamburg	21 898	31,0	652	24,4	2 004	28,7	1 834	27,0	17 408	32,2
Hannover	7 889	25,4	194	22,5	681	23,3	704	20,6	6 310	26,5
Karlsruhe	3 515	33,1	58	19,0	325	26,0	382	30,1	2 750	35,3
Kiel	1 462	15,5	46	12,6	141	14,5	106	10,0	1 169	16,6
Köln	15 499	33,8	475	30,9	1 422	29,0	1 435	30,6	12 167	35,0
Krefeld	1 911	20,7	45	11,8	152	15,0	182	16,8	1 532	22,7
Leipzig	2 095	11,5	43	6,4	139	10,1	156	8,8	1 757	12,2
Lübeck	1 407	15,1	42	10,6	114	11,4	108	11,5	1 143	16,4
Magdeburg	946	9,2	40	7,6	77	7,0	96	9,7	733	9,6
Mannheim	4 341	36,5	137	34,2	432	32,5	406	34,6	3 366	37,5
Mönchengladbach	1 907	20,6	67	15,8	154	14,2	179	17,5	1 507	22,4
München	21 981	43,6	513	37,1	1 874	39,0	2 181	41,1	17 413	44,8
Münster	2 153	22,8	59	18,8	208	18,2	231	21,8	1 655	23,9
Nürnberg	6 661	34,1	178	26,7	675	30,1	673	29,2	5 135	35,8
Oberhausen	1 934	24,2	85	25,9	215	21,8	207	21,7	1 427	24,9
Rostock	631	8,3	4	1,8	36	7,2	45	4,8	546	9,3
Stuttgart	9 734	37,4	283	33,8	1 022	36,6	962	32,8	7 467	38,4
Wiesbaden	3 061	32,8	95	22,9	320	29,3	250	27,9	2 396	34,6
Wuppertal	3 503	25,0	147	25,6	354	21,7	303	20,5	2 699	26,1

Hinweis: Siehe auch Anmerkung auf Seite 63.

In Frankfurt am Main waren 42,0 % der tatverdächtigen Jugendlichen sowie 46,1 % der Heranwachsenden und 57,0 % der Erwachsenen Nichtdeutsche. Frankfurt am Main zeigt auch bei den tatverdächtigen Kindern unter den Großstädten den höchsten Nichtdeutschenanteil mit 41,6 %, gefolgt von München mit 37,1 %, Freiburg i. Br. mit 35,7 %, Mannheim mit 34,2 % und Stuttgart mit 33,8 %. In den Großstädten der neuen Länder spielen Nichtdeutsche unter den minderjährigen Tatverdächtigen dagegen keine größere Rolle.

## **Anhang 8**

**Auszug aus „Umfrage bei par-ce-val anhand der 14  
Heilfaktoren nach H. Petzold kategorisiert in die 4  
Wirkprinzipien von K. Grawe“**

gehörend ist seit 2009 die gemeinnützige *Kinder- und Jugendhilfe am Gohlitzsee gGmbH* in Kloster Lehnin, die aus den Wohnanlagen „blaue Gruppe“, „rote Gruppe“ und dem „Gärtnerhaus“ besteht. Alle vier gGmbH's von par-ce-val sind Gesellschafter des „Gemeinnützigen Verein zur Förderung und Entwicklung anthroposophisch erweiterter Heilkunst e.V. Berlin“, der 1991 gegründet wurde. Des Weiteren besteht auch eine dauerhafte Kooperation außerhalb Deutschlands, mit dem Reithof „Truva“ in der Türkei, der ca. 95 km. von der Stadt Izmir in der Nähe von Karaburun gelegen ist.

Alle in Anführungszeichen gesetzte Standorte sind jene, die dem entsprechend im Fragebogen aufgelistet sind. Zusätzlich existiert noch der „Neubau“ in Kloster Lehnin, der momentan nur zur Schulung der Jugendliche dient und über dies hinaus eine Wohnanlage bieten würde. Auch werden Klienten „Ambulant“ betreut, die in eigenen Wohnungen, meist in Berlin leben. Übergegangen wird nun in das Unterkapitel der Umfrage.

## **4.2 Umfragen**

Für den Rahmen dieser Projektarbeit diente eine Umfrage, welche in den verschiedenen Standorte der par-ce-val Jugendhilfe durchgeführt wurde. Die Umfragen wurden vom Autor selbst, dem Autor der Kooperationsarbeit und vom Geschäftsführer vollzogen. Es wurden insgesamt 49 Jugendliche in dem Zeitraum vom 20.07.2011 bis 10.08.2011 befragt. Vorgeschichtlich gilt zu erwähnen, dass diese Evaluation 2006 begann und bereits damals die Fragen anhand H. Petzolds 14 integrativen Heilfaktoren formuliert wurden. Somit ergibt sich eine Longitudinal Studie, die immer im Zuge einer Totalerhebung erfolgte. Als Erhebungsinstrument diente stets der gleiche Fragebogen, wobei die Fragen der jetzigen und der folgenden Umfragen zusätzlich nach den vier therapeutischen Wirkprinzipien nach K. Grawe

kategorisiert wurde. Dies führte zu einem besseren Verständnis der Fragen. Im späteren Verlauf der Arbeit werden die vom Verfasser durchgeführte Umfragen näher erläutert.

Da in 2.3 bereits die Kategorisierung der 14 integrativen Heilaktoren zu den vier therapeutischen Wirkprinzipien stattfand, folgt an dieser Stelle nun eine Auflistung der Fragen mit dem dazugehörigen Heilfaktor:

1. Frage 5: *Bei par-ce-val werde ich angenommen und verstanden.* Einführendes Verstehen (EV)
2. Frage 6: *Bei par-ce-val erfahre ich in für mich schwierigen Situationen Entlastung, Zuwendung und Ermutigung (Unterstützung).* Emotionale Annahme und Stütze (ES)
3. Frage 17: *In meiner schwierigen Lebenslage erfuhr ich Rat und tätige Hilfe.* Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/ Lebenshilfe (LH)
4. Frage 9: *Ich lerne, meine Gefühle den Umständen entsprechend zu zeigen und über sie zu sprechen.* Förderung emotionalen Ausdrucks (EA)
5. Frage 14: *Über die Zusammenhänge meiner Lebens- und Problemsituation kann ich mir bei par-ce-val Klarheit verschaffen und ich bin mir über die Ursache und Wirkung meines Handelns bewusst (Ich erkenne mich selbst).* Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen (EE)
6. Frage 10: *Ich lerne, auf andere in meiner Umgebung zuzugehen und Ihnen mit angemessenen Worten zu begegnen (mein Kontakt und Beziehungsfähigkeit nimmt zu).* Förderung kommunikativer Kompetenzen und der Beziehungsfähigkeit (KK)
7. Frage 13: *Seit par-ce-val bewege ich mich mehr, kann entspannen, fühle mich körperlich wohler.* Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB)
8. Frage 11: *Bei par-ce-val lerne und erfahre ich Neues.* Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
9. Frage 12: *Bei par-ce-val werde ich kreativ gefördert und ich nehme meine Umwelt, wie auch die Natur bewusst wahr.* Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und der Gestaltungskräfte (KG)
10. Frage 18: *Seit par-ce-val setze ich mich mit meinen Lebenszielen auseinander und sehe positiv in die Zukunft.* Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ)

11. Frage 16: *Grundsätzliche und auch kulturelle Werte (z.B. Freundschaft, Hilfsbereitschaft oder Ehrlichkeit etc.) sind mir seit par-ce-val wichtig.* Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs (PW)
12. Frage 15: *Ich kann erkennen wer ich bin und was ich will.* Förderung eines prägnanten Selbst und Identitätserlebens (PI)
13. Frage 7: *Über par-ce-val hinaus erlebe ich eine Gemeinschaft, die mich stützt und trägt (z.B. Familie oder Freunde).* Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
14. Frage 8: *Bei par-ce-val setzt man sich für mich ein, ich erlebe ein solidarisches Miteinander.* Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE)

Zusätzlich war in dem Fragebogen noch ein Frage enthalten, die nicht zur Abfrage eines spezifischen Heilfaktor diente, sondern zum Aspekt der Toleranz und Interkulturalität gehörig ist. Frage 19: *Durch par-ce-val entwickle ich ein Verständnis für das Anderssein der anderen (andere Kulturen, Nationalitäten, Religionen und politische Ansichten etc.)*

#### **4.2.1 Durchführung und Intentionen der Umfragen**

Als das Ziel des Themas der vorliegenden Arbeit mit dem Geschäftsführer gesetzt war, wurde vorerst die Kategorisierung der Fragen vollzogen. In diesem Zuge wurde der veraltete Fragebogen umgestaltet und in einem neuen Design angefertigt. Darüber hinaus, wurde der Fragebogen außerdem für Umfragen der Mitarbeiter und die Angehörige der Jugendlichen weiterentwickelt. Eine erste Abrundung des Vorhaben geschah mit der Erstellung einer Urne aus einem Karton, die zur Anonymität der Befragungssituation beisteuerte.

Darauf folgte eine Terminierung mit der Wohnanlage „Kladow“, sodass an diesem Standort die Umfrage mit den dortigen elf Jugendlichen durchgeführt werden konnte. Der Termin passte in den Abendstunden zum

Beginn der Abendreflektion am besten, da in diesem Zeitraum in der nach außen orientierten Einrichtung, aufgrund von Praktika oder externer Beschulung, alle Klienten vorhanden waren. Nun folgte das Briefing. Es wurde den Befragten genau erklärt, dass die Umfrage der Evaluation von par-ce-val dient und dass das gewissenhafte Ausfüllen von großer Bedeutung für die stetige Weiterentwicklung der Einrichtung ist. Des Weiteren wurde die Absicht des Autors, dass die Auswertungen im Rahmen einer Projektarbeit genutzt werden soll, bekannt gegeben. Danach wurde Frage um Frage des Fragebogens explizit erläutert und auf die anfallenden Fragen des Klientels direkt eingegangen. Dies hatte zu Folge, dass das Setting der Umfrage eine angenehme Atmosphäre besaß. Dieses Faktum war auch auf die Jugendlichen zurückzuführen, da die Aufenthaltsdauer bei par-ce-val eine Reife mit sich zieht und alle elf zum Zeitpunkt der Befragung bereits über 24 Monate bei par-ce-val lebten.

Eine weitere Umfrage fand gleichzeitig mit der Wohngruppe des „Eichenhauses“, der „roten Gruppe“ und der „blauen Gruppe“ statt. Der beste Zeitraum für einen Termin lag hier direkt nach dem Mittagessen, da alle intern beschulten Jugendlichen im „Neubau“ zusammen die Mahlzeit zu sich nehmen. In einem großen Saal fand dann das Briefing von 18 Klienten statt. Der Ablauf dieser Befragung ist in der Art der Durchführung ebenso vonstatten gegangen, wie der der vorherigen Umfrage. Allerdings stellte sich hier das Problem der hohen Anzahl der Probanden heraus, obgleich sich zwei Mitarbeiter vor Ort befanden. Die dortige Atmosphäre war turbulent, was auch auf den kurzen Aufenthalt der meisten der dort anwesenden Jugendlichen bei par-ce-val zurück zu führen ist. Dennoch gelang es die Umfrage nach ca. 45 Minuten zu absolvieren.

Im nächsten Unterkapitel findet die Auswertung der Umfragen statt. Ferner erhält es einen kurzen Abriss darüber, womit diese Auswertung bewerkstelligt wurde.

#### 4.2.2 Auswertung der Umfrageergebnisse

Nachdem alle Fragebögen in der Geschäftsstelle geordnet und abgeheftet wurden, ist jeder Fragebogen in das Internetprogramm „surveymonkey“, welches ein Datenerhebungs- und Auswertungsprogramm ist, eingegeben worden. Zuvor musste jedoch der Rohling des Fragebogens in das beschriebene Programm eingegeben werden. Des Weiteren ist es möglich, zukünftige Umfragen mittels des Internets online zu tätigen, was sich aber ohne das Briefing für die Jugendlichen als äußerst kompliziert herausstellen würde.

Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass vier fünftel aller Jugendliche männlich sind, zwei drittel zwischen 17 und 18 Jahre alt sind und dass ein drittel aller Befragten bereits länger als 24 Monate bei par-ce-val verweilen. Dies sind die jeweils angegebenen Höchstwerte.

Die auf die Heilfaktoren bezogenen Fragen haben alle, bis auf den Heilfaktor 2 Emotionale Annahme und Stütze (ES), 13 Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN) und 14 Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE) mindestens zu **80%** eine positive Zustimmung erhalten. Dabei wurden die Antwortmöglichkeiten „trifft voll zu“ und „trifft meist zu“ zusammen gewertet. Dies hat zu bedeuten, dass alle Heilfaktoren, bis auf die drei genannten Ausnahmen, bei par-ce-val einen gute bis sehr gute Umsetzung erfahren. Die drei Ausnahmen erfahren dennoch eine befriedigende bis gute Umsetzung bei mindestens **70%** positiver Zustimmung. Da alle drei Ausnahmen dem Wirkprinzip der Intensionsveränderung zugeschrieben wurde, bedarf es hier, um ebenfalls eine sehr gute Umsetzung zu erreichen, einer leichten Korrektur des Arbeitsgeschehen.

In allen Beantwortungen des zweiten Frageteils, die Mehrfachnennungen der jeweiligen Fragen des Heilfaktors, die dazu beitrugen, wie der Heilfaktor umgesetzt wird, wurden bis auf drei Ausnahmen immer der zwischenmenschliche Kontakt zum Mitarbeiter, Angehörigen oder Gruppenmitgliedern enorm benannt. Eine Ausnahme bildete die Frage 13: *Seit par-ce-val bewege ich mich mehr, kann entspannen fühle mich körperlich wohler*. Dort wurde hauptsächlich die Nennung „Sportangebote“ gewählt. Zu den Ausnahmen gehört ebenfalls die Frage 12: *Bei par-ce-val werde ich kreativ gefördert und ich nehme meine Umwelt, wie auch die Natur bewusst wahr*. Hier wurde die „Arbeitstherapie“ häufig benannt. Schließlich wurde auch Frage 11 anderweitig beantwortet: *Bei par-ce-val lerne und erfahre ich Neues*. Diesbezüglich wurden alle Nennungen sehr oft angekreuzt.

Daraus resultiert, dass der zwischenmenschliche Kontakt die wichtigste Komponente in der Therapie ist, danach Sport und Arbeit. Darüber hinaus stellte sich die vorhandene Vielfalt der Angebote als immenser Wichtigkeit heraus.