

# GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"  
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit  
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

03/2005

## Integrative Beratung in der stationären Wohnungslosenhilfe - ein Weg zwischen Kontrolle und Angebot \*

eingereicht von:

*Renate Kreye\*\**

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von  
Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen

e-mail: [Forschung.EAG@t-online.de](mailto:Forschung.EAG@t-online.de)

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale 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>)

\*\* Renate Kreye, Bortfelder Str. 25, 38176 Wendeburg

1. Einleitung
2. Umgang mit Wohnungslosigkeit und Armut
  - kurzes Schlaglicht auf Vergangenes
3. „Wohnen und Beraten“ in Kästorf
  - eine stationäre Einrichtung für Wohnungslose
4. Beratung als ein spezifisches Hilfeangebot und die verschiedenen Aufträge von Hilfesuchenden, Leistungsträgern, Leistungserbringern und professionell Helfenden
  - 4.1 *Leistungsträger und Leistungserbringer*
  - 4.2 *Aufträge der Klientinnen und Klienten*  
*Beratungsbeispiele*
  - 4.3 *Persönliche Aufträge der professionell Helfenden und das reale Aufgabenfeld*
  - 4.4 *Beratungsresistenzen und Beratungsunfähigkeiten in den stationären Bezügen*
5. Beratung und ihre Folgen...
  - oder von der Schwierigkeit der praktischen Umsetzung theoretischer Beratungskonzepte unter subjektiver Wahrnehmung stationärer Realität wohnungsloser Menschen
  - 5.1 *Ziele integrativer Beratungsarbeit mit wohnungslosen Menschen*
    - 5.1.1 *Restitution, Bewältigung, Entwicklung, Repräsentation...*

- 5.1.2 *Gewinn und Zuwachs von Identität und Sinn*
- 5.2 *Beratungsbeziehung*
- 5.3 *Beratungshaltung, Beratungsstile – Indikation und Wirkweisen*
  - 5.3.1 *...von Konfrontation, Druck und Kontrolle*
  - 5.3.2 *...von Annahme, Stützung und Angeboten*
- 6. Integrative Beratung in der stationären Wohnungslosenhilfe  
–abschließende Bemerkungen
- 7. Anmerkungen
- 8. Literatur

## 1. Einleitung

Die Weiterbildung zum Verfahren der Integrativen Therapie einerseits und die berufliche Praxis im Arbeitsfeld stationärer Wohnungslosenhilfe andererseits, bilden den Hintergrund für den Prozess meiner eigenen Auseinandersetzung mit der Frage nach der Anwendbarkeit Integrativer Beratung für wohnungslose Menschen in stationären Bezügen.

Das Spannungsfeld von scheinbar vordefinierten Hilfezielen für die Klientel, von Anpassung und Eigenverantwortung, von Abhängigkeit und Autonomie, von Fördern und Fordern, Freiwilligkeit und Kontrolle, Institution und Individuum, von Resignation und Hoffnung, von Integration und Ausgrenzung fordern mich täglich zur eigenen aktiven Stellungnahme auf. Dabei stellen sich mir mit zunehmender Eindringlichkeit die Fragen:

- was ist für wohnungslose Menschen Hilfe und wird auch als solche empfunden ?
- kann integrative Beratung die Verständigung über Bedürftigkeit, über wirksame Hilfe und die Kooperation für die praktische Umsetzung von Hilfesritten zwischen Beratenen und Beratenden fördern ? und
- lassen die stationären Rahmenbedingungen genügend Raum für integrative Beratung als ein stützendes Beziehungsmodell, auch im konfliktbelasteten Hilfesetting?

Einer Beantwortung suche ich mich in den nachfolgenden Kapiteln zu nähern.

## 2. Umgang mit Wohnungslosigkeit und Armut

### - kurzes Schlaglicht auf Vergangenes

Formen massiver Armut in Verbindung mit Obdachlosigkeit und dem Mangel an Mitteln zur Sicherung der elementarsten Grundbedürfnisse, wie Verpflegung, Bekleidung, Hygiene und sozialer Beziehungen, gibt es seit „Menschengedenken“.

Der Umgang mit Armut in menschlichen Gesellschaften hat sich gewandelt im Verlauf der Jahrhunderte – entsprechend dem jeweilig herrschenden Zeitgeist. Zum Verständnis stationärer Wohnungslosenhilfe unserer Zeit möchte ich, in Anlehnung an einen Vortrag von Dr. Wolfgang Ayaß anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung der

Evangelischen Obdachlosenhilfe 2001 in Hannover, ein kurzes Schlaglicht auf die Epochen im Umgang mit Menschen in Armut und ohne Unterkunft werfen.

Im Mittelalter traten mittellose Menschen ohne gesichertes Obdach als Bettler in Erscheinung. Ihnen wurden, auf der Grundlage christlich-religiöser Glaubensregeln, Almosen zuteil. Insbesondere das Matthäus-Evangelium (25, 35 – 40) beschreibt einen Aufgabenkanon an die Armen: Kranke besuchen, Fremde beherbergen, Hungernde speisen, Dürstenden zu trinken geben, Nackte kleiden und Gefangene besuchen. Klöster und ihre Hospitäler versahen die Dienste der Barmherzigkeit an Armen. Die Geber von Almosen hatten vordringlich die Erlangung ihres eigenen Seelenheils im Blick, nicht jedoch die Rettung der Empfänger.

Die Hospitäler sind als Vorläufer von Anstalten späterer Jahrhunderte zu verstehen. Allerdings war es ortsfremden Bettlern besonders erschwert, Zugang zu diesen Häusern zu erhalten, die auch wiederum nur Minderheiten Hilfe zuteil werden lassen konnten.

Im 17. Jahrhundert entstanden sogenannte Zucht- und Arbeitshäuser, in die Bettler und „Landstreicher“ zur „Besserung“ gebracht wurden. Bettelei, Müßiggang und Obdachlosigkeit wurden als faul und verwerflich gebrandmarkt. Als Erziehungsmittel wurden körperliche Misshandlung und Arbeitszwang eingesetzt. Die Armen- und Zuchthäuser vertraten das gesellschaftlich tolerierte Interesse an der Nutzung der so verfügbar gemachten Arbeitskraft. War im Mittelalter der Bettler und Obdachlose noch Objekt von Barmherzigkeit, so ist er im 17. Jahrhundert Erziehungsobjekt, mit dem Risiko der Kriminalisierung und der Freiheitsberaubung.

Im Jahr 1871 legte das Reichsstrafgesetzbuch Betteln, Obdachlosigkeit, Landstreicherei und Prostitution als Übertretungsdelikte unter Haftstrafe bis zu sechs Wochen. Dies war in dieser Zeit der häufigste Anklagegrund vor den Strafgerichten überhaupt. Nach den Inhaftierungen wurden die Betroffenen häufig noch zur „korrekzionellen Nachhaft“ in die bereits bekannten Arbeitshäuser zur „ununterbrochenen Beschäftigung“ als „sicherstes Besserungsmittel“ gesperrt.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstand die „Wanderfürsorge“, die sich als Hilfe mobiler Wanderarbeiter verstand und nach heutigem Maßstab organisierte Abschiebung betrieb. In dieser Zeit entstanden die vollstationären Arbeiterkolonien,

in denen Unterkunft und Verpflegung nur gegen Arbeitsleistung (hauptsächlich in der Landwirtschaft) gewährt wurde, und in denen der Aufenthalt sich auch über mehrere Monate erstrecken durfte. Bekanntester und einflussreichster Vertreter der organisierten Wandererfürsorge, unter dem Leitgedanken: *Arbeit statt Almosen*, war Friedrich von Bodelschwingh. Die Wandererfürsorge bewirkte keine Integration in die bürgerliche Gesellschaft.

Die Weimarer Republik ließ durch die Reichsfürsorgepflichtverordnung größere und leistungsfähigere Fürsorgeträger entstehen. Allmählich wuchs die Überzeugung, dass ein erheblicher Teil der mobilen Obdachlosen eine von der Norm abweichende, krankhafte Persönlichkeit aufweisen müsse und einem Wandertrieb unterläge. Die Forderung nach zwangsweiser *Dauerbewahrung* der Betroffenen etablierte sich. Die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates, von Versicherungssystemen gegen Arbeitslosigkeit und organisierter staatlicher Arbeitsvermittlung, veränderte das System des „geordneten Wanderns“ in dieser Zeit.

Der Nationalsozialismus betrieb die organisierte Vernichtung obdachloser, wanderarmer Menschen, als abgestempelte „Asoziale“ und „Volksschädlinge“. Die von Arbeits- und Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen konnten nunmehr, von der öffentlichen Meinung legitimiert, zwangsweise untergebracht werden „so lange es der Zweck erfordert“, das hieß: ggf. lebenslänglich. Unter Billigung und teils aktiver Unterstützung der Vertreter der Wandererfürsorge, fanden erstmals 1933 nationalsozialistische Großrazzien gegen „Bettler und Vagabunden“ statt. Ziel der Nationalsozialisten war die Ausmerzung „gewöhnheitsmäßiger Trinker, Bettler, Landstreicher und Asoziale ohne festen Wohnsitz“ als erwachsene „Minderwertige“ aus der Gesellschaft. Ab 1938 kam es zu großangelegten, systematischen Verhaftungsaktionen, die unter dem Namen „Aktion Arbeitsscheu Reich“ bekannt wurde und etwa 11 000 „Arbeitsscheue“ in die Konzentrationslager verschleppen ließ und so deren Ermordung betrieb. Vertreter der Wandererfürsorge und der Arbeiterkolonien beteiligten sich auch hierbei teils aktiv.

Die Beurteilung wohnungsloser (mobiler) Menschen als „abnorme, nichtseßhafte Persönlichkeiten“, findet in dieser Zeit ihren menschenverachtenden Höhepunkt.

Die Wurzeln eines bis heute gültigen Konzeptes der „Sesshaftmachung“ sind in der leidvollen Geschichte wohnungsloser Menschen zu suchen.

Auch in der Bundesrepublik Deutschland blieb Betteln und „Landstreicherei“ zunächst strafbar, mit einem verhängten Strafmaß von 2 bis zu verlängerten 4 Jahren (bei wiederholter Unterbringung). Erst 1967 wurde auf Antrag der hessischen Landesregierung und des Hamburger Senats durch höchstrichterlichen Beschluß die Zwangsunterbringung von „Gefährdeten“ gemäß § 73, Abs. 2, Abs. 3 BSHG, für verfassungswidrig erklärt: „Der Staat habe nicht die Aufgabe, seine Bürger zu bessern und habe deswegen auch nicht das Recht, ihnen die Freiheit zu entziehen, nur um sie zu bessern, solange sie sich nicht selbst oder andere gefährden“ (Ayaß, 2001).

Weitere gesetzliche Veränderungen wurden beschlossen von 1969 bis 1975:

die Abschaffung der Arbeitshaushaft, die zwangsweise Arbeitshausunterbringung von „arbeitsscheuen“ Sozialhilfeempfängern und seit 1975 kann das „Platte machen“ und Betteln nicht mehr strafrechtlich verfolgt werden.

Die Praxis in den Städten und Gemeinden, Wohnungslose zu diskriminieren und zu vertreiben, ist jedoch noch mancherorts Realität – wenn auch gesetzeswidrige.

Die Arbeitsausbeutung (Erwerbsarbeit auf Prämienbasis) von stationären Hilfeempfängern hatte bis weit in die 90iger Jahre Bestand und besteht teilweise bis heute fort. Anstelle von „Arbeit statt Almosen“ trifft vielfach das Motto „Arbeit für Almosen“ die Situation. Erst in den zurückliegenden 30 Jahren entstand eine veränderte Grundeinstellung zur Problematik von Armut und Wohnungslosigkeit als verfehlte Fürsorgepraxis und bewusst durchgeführter Ausgrenzungsstrategien.

Die bestehenden, insbesondere stationären Hilfesysteme, wurden einer kritischen Betrachtung unterzogen, erstmalig qualifizierte Fachkräfte der Sozialarbeit in ihren Einrichtungen beschäftigt und der neu entstandenen „Ambulanten Hilfe“, als lebensort-orientierter Hilfe, den Vorzug vor der stationären Hilfe gegeben.

Ziel der ambulanten Hilfe ist, Wohnungslosigkeit und damit verbundene soziale Schwierigkeiten möglichst bereits im Entstehen zu verhindern.

Die Versorgung mit Wohnraum als Ziel der Wohnungslosenhilfe ist verblüffend neu. Ebenso die noch „pflegebedürftige“ Einsicht, dass auch Wohnungslose, BürgerInnen mit (Menschen-)Rechten sind, eben BürgerInnen ohne Wohnung.

### **3. „Wohnen und Beraten“ in Kästorf** **- eine stationäre Einrichtung für Wohnungslose**

Kästorf ist ein kleiner Ortsteil des südostniedersächsischen Provinzstädtchens Gifhorn in der Nähe Wolfsburgs und bestimmt durch den Standort der *Diakonischen Heime in Kästorf e. V.*, dem die stationäre Wohnungslosenhilfe „Wohnen und Beraten“, mit zusätzlichen Außenstellen in Gifhorn Stadt und in Göttingen, angehört.

Die Diakonischen Heime in Kästorf e. V. wurden 1883 als „Verein für Arbeiterkolonien“ gegründet und unter dem Namen „Kästorfer Anstalten der Inneren Mission“ bekannt. Die Einrichtung verfolgt gemeinnützige Zwecke und ist Mitglied des Diakonischen Werkes der ev.-luth. Landeskirche Hannovers e. V., sowie im Diakonischen Werk der Ev. Kirche in Deutschland und der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Wohnungslosenhilfe. Der Verein gibt im Rahmen öffentlicher Verpflichtung zur Jugend-, Wohnungslosen-, Arbeitslosen-, Alten- und Pflegehilfe, sowie Behindertenhilfe, Menschen in benachteiligten und schwierigen Lebensverhältnissen einen Platz in seinen Wohnstätten und Einrichtungen, sowie seinen Arbeits- und Ausbildungsstätten. Das Angebot umfasst Versorgung, Beratung, Arbeit, Beschäftigung, Wiedereingliederung und Nachsorge. Wenn nötig, werden diese Hilfen auch langfristig gewährt. Der stationäre Bereich für wohnungslose Frauen und Männer in besonderen sozialen Schwierigkeiten und Lebensverhältnissen, bietet sogenannte Eingliederungshilfen gemäß § 72 BSHG, oder zukünftig ab 2005, gemäß den §§ 67 – 69, SGB XII an. Die Zielgruppe dieser Hilfe sind Menschen ohne Wohnung, bei ungesicherter Lebensgrundlage und unter benachteiligenden Lebensumständen und für diejenigen, die zudem nicht über die notwendigen Selbsthilfekräfte verfügen, um ein Leben in der Sozialgemeinschaft für sich zu erlangen. Für Menschen, die diese Problemlage weder allein, noch mit ambulanter Hilfe überwinden können, ist die stationäre Hilfe in Kästorf vorgesehen.

Die Unterbringung der BewohnerInnen erfolgt in einzelne Wohnbereiche, die sich unterscheiden in Senioren- und Gruppenbezogenes Wohnen, Suchtkrankenhilfe, Aufnahmebereich, Junge Erwachsene und dem Einzel- und Paar-wohnen in stationären Kleinwohnungen. Die BewohnerInnen haben jeweils eine (der insgesamt 21) SozialarbeiterInnen als persönliche Bezugs- und AnsprechpartnerIn. Die MitarbeiterInnen der Sozialarbeit und der Verwaltungsfachdienste sind 5 Dienstgruppen mit



jeweiliger Dienstgruppenleitung zugeordnet. Die Einrichtung kann im sog. Akutverfahren rund um die Uhr Hilfesuchende aufnehmen und betreuen.

Die Wohnform unterscheidet sich durch Einzelzimmer in Gruppenzusammenhängen, mit gemeinsamer Nutzung von Küche und Sanitärbereich, oder separaten Kleinwohnungen. Die 417 Plätze für Hilfesuchende verteilen sich hauptsächlich in Kästorf auf 24 Häuser. Es besteht die Möglichkeit eine Schrebergartenparzelle zu nutzen, der Haustierhaltung, der Sporthallennutzung und Sportveranstaltungsteilnahme, sowie die Inanspruchnahme von Freizeitveranstaltungen, einer Selbsthilfegruppe und von Angeboten der evangelischen Anstaltsgemeinde (mit Anstaltskirche und Friedhof). Die Einrichtungsstruktur umfasst als weitere Hilfe: Sozialarbeit und Beratung, einen ärztlichen Dienst (zwei AllgemeinmedizinerInnen, eine Fachärztin für Psychiatrie/Neurologie, eine Krankenstation mit 14 Betten), sozialversicherungspflichtige Erwerbsarbeitsmöglichkeiten (Diakonische Betriebe Kästorf, GmbH) in vielen verschiedenen Bereichen und entsprechender Arbeitsvermittlung, sowie Geldverwaltung (Treuhandkontoführung), Geld- und Schuldnerberatung, einen kleinen Lebensmitteladen, ein Bistro-Cafe, eine Kantine (Vollverpflegung mit verschiedenen Speiseangeboten), einen täglichen Fahrdienst für BewohnerInnen und die Verwaltungsfachdienste (Anträge, Behördenkorrespondenzen).

Auf dem Einrichtungsgelände besteht die Möglichkeit, Sozialwohnungen anzumieten, insbesondere für Menschen, welche die stationären Bezüge verlassen haben.

Ein Nachgehender Dienst (2 Sozialarbeiterinnen, 2 Sozialarbeiter) berät und begleitet für den Übergang von stationärer in ambulanter Hilfe und als Unterstützung in den neu gewonnenen „nach-stationären“ Wohn- und Lebensbezügen.

Die Diakonischen Heime in Kästorf, e. V. sehen sich gemäß ihrer Satzung zur Diakonie als „Lebens- und Wesensäußerung der christlichen Gemeinde“ verpflichtet.

Eine Leitlinie und ihren Auftrag sieht die Einrichtung in einem verlässlichen Hilfeangebot, dass den Hilfesuchenden die Möglichkeit zur Teilhabe an einem Leben in der Gemeinschaft mit ihren Gütern und unter Achtung ihrer Würde, ermöglicht. <sup>1)</sup>

„Das eigentliche Problem scheint mir das nicht verstandene Selbstverständliche vor der Theoriebildung gewesen zu sein, dass nämlich der soziale Definitionsprozess nicht schon ein objektiver Erkenntnisprozess (gleich einer Diagnose) ist, dass die gesellschaftliche Definition eines Menschen als *Nichtsesshaften* ihn, indem sie ihn als solchen kennzeichnet, gerade dadurch nicht zu erkennen gibt.“

(Albrecht 1990,497)

#### **4. Beratung als ein spezifisches Hilfeangebot und die verschiedenen Aufträge von Hilfesuchenden, Leistungsträgern, Leistungserbringern und professionell Helfenden**

Die Ziele von Beratung allgemein sind die Hilfe, die Förderung, die Befähigung, die Leistungssteigerung, die Entwicklung, die Orientierung etc. – so auch in der stationären Wohnungslosenhilfe. Die AuftraggeberInnen, die Auftragsinhalte und die Auftragshandhabung unterscheiden sich jedoch im Blick auf die Ziele. Die professionelle Koordination der den AuftraggeberInnen entsprechenden Hilfevorstellungen gestaltet sich zumeist schwierig und macht die Kenntnis und Auseinandersetzung mit der Verschiedenheit der Aufträge notwendig. Die gesellschaftlich beauftragte Hilfestellung formuliert sich beispielsweise in einer administrativen, objektivierten Sprache in Gesetzestexten und Durchführungsverordnungen und Verwaltungsordnungen; das Hilfebegehren der KlientInnen und das professionelle Hilfeangebot der BeraterInnen äußert sich dagegen subjektiv, persönlich und situativ. Diese Voraussetzungen bergen in sich Konfliktstoff in den Maßnahmen, die als Hilfe verstanden werden, in den Mitteln der Zielerlangung und in den verschiedenen Interessen und Beweggründen. Diese möchte ich versuchen darzulegen im folgenden Kapitel.

Der gesellschaftliche Auftrag zur Hilfe für wohnungslose Menschen findet sich in der Sozialgesetzgebung. Das Bundessozialhilfegesetz verpflichtet örtliche, sowie überörtliche Sozialhilfeträger, wohnungslosen Menschen durch Sozialhilfeleistungen bei der Bewältigung einer akuten Notlage, die sich in Form von Mittel-, Arbeits- und Wohnungslosigkeit äußert, zu helfen; oder zumindest die Folgen der Notlage zu lindern über die Absicherung des Existenzminimums, und mit dem Ziel der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Welche Leistungen in der Praxis gewährt werden,

hängt von der individuellen Notsituation des Hilfesuchenden ab und der jeweiligen Verwaltungspraxis der Hilfestellung.

In der Regel erhalten Wohnungslose entweder die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ gemäß §§ 11,12 BSHG oder die „Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“ gemäß § 72 BSHG oder zukünftig die §§ 67 – 69 SGB XII.

Der Gesetzgeber sagt pauschal, die Hilfestellung in stationären Einrichtungen setzt voraus, dass der/die Hilfesuchende nicht in der Lage ist, sich aus eigenen Kräften zu helfen und keine Hilfen von Angehörigen, von anderen Stellen oder Personen, oder von anderen Sozialleistungsträgern erhält. KlientInnen in stationären Einrichtungen für Wohnungslose werden als Hilfesuchende in „besonderen sozialen Schwierigkeiten“ verstanden, mit länger andauernden erheblichen Problemlagen, die von der Norm abweichen und alle relevanten gesellschaftlichen Bereiche berühren. Als Folge daraus beeinträchtigen Isolation und Ausgrenzung eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erheblich. Es spielt keine Rolle, ob die äußeren Umstände, oder die Person selber ursächlich für die Notsituation sind. Die Macht der Definition so beschriebener Voraussetzungen in der Praxis, in der individuellen, hoch komplexen Lebenssituation von hilfesuchenden KlientInnen liegt bei den Hilfeinstitutionen und den dort verwaltenden Menschen, die zumeist nach Aktenlage über die Gewährung finanzieller Mittel entscheiden.

#### 4.1 *Leistungsträger und Leistungserbringer*

Als „öffentliche Agenturen der Hilfeleistung, Unterstützung, Beratung...für die Bürger,...“ (Petzold, 2003 b) treten die *Leistungsträger* (z.B. Sozialämter, Agenturen f. Arbeit) und *Leistungserbringer* (Beratungsstellen, Einrichtungen) auf. Entsprechend der amtlichen, verwaltungstechnischen Sprache werden die Aufgabenfelder beschrieben. Die Hilfe der Leistungsträger, oder auch „Kostenträger“ umfasst, der Situation und den individuellen Bedarfen entsprechend, finanzielle und materielle Hilfen, Beratung und persönliche Unterstützung, (noch) Hilfen zur Arbeit und dies alles im Rahmen einer stationären oder teilstationären Unterbringung in einer Einrichtung für Wohnungslose.

Der Auftrag der leistungserbringenden Einrichtung durch die Leistungsträger lautet demzufolge, dem oben beschriebenen Personenkreis die Hilfe zur Überwindung der

sozialen Schwierigkeiten, oder zumindest zu deren Linderung und der Verhütung einer Verschlimmerung zu gewähren; Auftrag ist des weiteren die Mobilisierung der Selbsthilfekräfte und die (Re-)Integration in die Sozialgemeinschaft - wenn möglich in Verbindung mit der Beendigung des Sozialleistungsbezuges.

Mittel zur Verfolgung dieser Ziele sind die Gewährleistung von Unterkunft, Abdeckung der Grundbedürfnisse, sowie insbesondere Beratung und persönliche Hilfen.

So weit die offiziellen gesetzestextlich fixierten Aufträge.

Nun gibt es aber neben den offiziellen auch inoffizielle, geheime, oder einem verbreiteten gesellschaftlichem Meinungsbild entsprechende Aufträge. Für den Sozialhilfeträger, bzw. Leistungsträger kann das heißen: Vermeidung von Kosten, Gewährung von Sozialhilfeleistungen nur unter (Rechtsmittel-)Druck und Hilfestellung mit dem gewollten Effekt der vertreibenden Hilfe (d.h. an die Hilfestellung werden Bedingungen geknüpft, wie z.B. Müll auf Gehwegen sammeln, um den Tagesatz zu erhalten, oder etwa eine maximale Befristung der Sozialhilfestellung auf 3 Tage, etc.).

Leistungserbringende Einrichtungen stehen jedoch auch immer jeweils unter dem Druck der Wirtschaftlichkeit, der Arbeitsplatzsicherung, etc.. So existiert neben dem offiziellen Ziel der Reintegration und Wiederverselbständigung des/der KlientIn, das paradoxe Interesse: *Betten zu belegen*, also KlientInnen möglichst lange in der stationären Hilfe zu halten mit der verhängnisvollen Wirkung der Hospitalisierung, Stigmatisierung und Problemmanifestierung bei den Hilfesuchenden.

Einer verbreiteten gesellschaftlichen Meinung entsprechend gehören Wohnungslose – im gängigen Sprachgebrauch noch immer Obdachlose, Nichtsesshafte und Landstreicher – „...aufgeräumt und weg aus dem öffentlichen Blickfeld, in Einrichtungen, die für eine ordentliche Unterbringung und Betreuung Sorge tragen und... dass die Sozialhilfe nicht versoffen wird ..“.

Beratung, welche für die Wohnungslosen Partei ergreift, muß sich distanzieren können von so verstandener Beratungsverordnung, durch Diskrimination und Ressentiments, denn ... „Beratung gerät dann in die Gefahr, zu einer Anpassungs- und Disziplinierungsapparatur zu verkommen, die alleine darauf gerichtet ist, Menschen auf gesellschaftlich akzeptierte Verhaltensformen zu orientieren...“ (Petzold 1993 a,1287). “...Beratung erfordert deshalb politisches Bewusstsein und eine kritische Reflexion des Settings, der Beratungsinstitution und des gesellschaftlichen Auftrags an Beratung, eine Aufgabe, vor die sich Berater, Psycho- und Soziotherapeuten in

ihrer täglichen Arbeit mit ihren Klienten und Patienten immer wieder gestellt sehen. Sie müssen eine „engagierte Parteilichkeit“ (Petzold 1993 a, 1288) für die Betroffenen aus Mitbetroffenheit über deren Schicksal entwickeln und zu Formen persönlicher und professioneller Solidarität finden.“ (ebd.)

Parteinahme für die KlientInnen ist jedoch erst möglich, wenn es nicht nur um prinzipielle Rechtsverwirklichung und/ oder Anpassung an gesellschaftliche Normen geht, sondern wenn „Das In-Beziehung-Setzen“ (Petzold (Hrsg)1996, 243) gelingt, „mit dem Ziel der Konstituierung von Sinn, Identität und Intersubjektivität...“ (ebd).

#### 4.2 Aufträge der Klientinnen und Klienten

Die zentralen Auftraggeber sind die wohnungslosen KlientInnen.

Hier entscheidet die Verständigung im Alltagsgeschäft zwischen Beratenden und Beratenen, ob Angebot und Nachfrage zueinander passen, oder ob eine Passung gemeinsam erreicht werden kann. Meist kommen die sogenannten *Hilfesauftraggeber* (KlientInnen) in die stationäre Einrichtung für Wohnungslose mit einem komplexen Hilfebedarf. Zunächst geht es bei allen Hilfesuchenden in diesem Bereich um die Notwendigkeit der Unterkunft, der existenziellen Grundversorgung, d.h. Verpflegung, Bekleidung, Hygienemöglichkeiten, ggf. der medizinischen Versorgung.

Daran anschließen sich Wünsche und Bedarfe nach finanzieller Ausstattung, Arbeit, Lohn<sup>2)</sup> und soziale Kontakte.

Erst nachdem dieser Bedarf gedeckt ist, wird auch um BeRatung und Hilfe gebeten für Bereiche der Schuldenberatung und –regulierung, der Unterstützung bei Anträgen auf Leistungen, bei Behördenkorrespondenzen, bei anstehenden und/ oder laufenden Rechtsverfahren, bei der Vermittlung in komfortableren stationären Wohnraum, oder in das selbständige außerstationäre Wohnen.

Ein Bedarf nach allgemeiner, psychosozialer Beratung wird in der stationären Einrichtung selten von den Klientinnen und Klienten geäußert und wenn, wie schon beschrieben, erst nach dem alle anderen Bedarfe abgedeckt sind. An dieser Stelle werden die häufig diskrepanten Vorstellungen von Hilfe zwischen Hilfesuchenden und Beratenden, sowie zwischen gesetzlichem Auftrag und tatsächlichem Bedarf deutlich.

Günter Albrecht kommentiert die Studien zur Hilfe für Wohnungslose so:

„Geradezu drastische Unterschiede gibt es bei den Vorstellungen über die zu leistenden Hilfen. Während Helfer und Klienten über den Sinn organisatorischer Hilfen ziemlich übereinstimmen, scheiden sich die Geister bei der Beurteilung von Gesprächshilfen: sie werden nur von ca. 12 % der Klienten, dagegen von ca. 36 % der Helfer genannt. Daß die Helfer manchmal (wenngleich auch nur zu ca. 7 %) therapeutisches Vorgehen für angemessen halten, nicht jedoch die Klienten, ist nicht erstaunlich – wohl aber, dass mehr als 40 % der Klienten gar keine Hilfe für erforderlich halten, dagegen nur ca. 16% der Helfer . Aus all dem muß man folgern: nahezu die Hälfte der Klienten von ambulanten Einrichtungen muß den Eindruck haben, dass ihnen Hilfe aufgedrängt wird... Hier prallen Helferkonzept des Mittelschichttherapeuten und Realität des Nichtsesshaftenlebens hart aufeinander; eine Konfrontation, die sich auch an der Hierarchie der präferierten Maßnahmen und Hilfen ganz deutlich ablesen lässt. Wenn die Klienten überhaupt Hilfe haben wollen, dann (meistens) Hilfe in konkreten Dingen, keine „Gespräche“.“ (Albrecht 1990, 88/89).

Diese Aussage von *ALBRECHT* trifft sicher ebenso auf die stationären Einrichtungen zu. Damit ist jedoch ein Beratungsbedarf der Wohnungslosenklientel generell nicht in Frage zu stellen. Vielmehr gilt es das potentielle Feld für Beratung zu erschließen und die Voraussetzungen zu schaffen, Beratung entsprechend den Hilfekoooperierenden als gemeinsamen und fortschreitenden Prozess zu entwickeln. Ein mögliches Theoriekonzept hierfür bietet das Verfahren der Integrativen Therapie nach *PETZOLD* mit den vier Schritten in einer „hermeneutischen Spirale“ (Petzold, 1991a) in: *wahrnehmen, erfassen, verstehen und erklären*.

Diesen Schritten entsprechend, geht es im Rahmen eines jeglichen Hilfeprozesses und den darin gestellten Aufgaben um ein gemeinsames, differenziertes *wahrnehmen* der Personen, der Situationen, der Atmosphären, etc., *erfassen* der Situation, der Szene, der Persönlichkeit, des Sachverhaltes, etc., *verstehen* der Zusammenhänge, Hintergründen, Motive, Entwicklungen, etc. und sodann *erklären*, d.h. Klarheit gewinnen, eine Basis für Schlussfolgerungen, Entscheidungen und auf die Problembewältigung bezogenes Handeln, Verändern, Kreieren, Sinnengewinn, etc. (ebd.).

## Beratungsbeispiele

Welche Aufträge erteilen nun Wohnungslose KlientInnen in einer stationären Einrichtung und wie erfolgt die Auftragsvergabe ?

Beispiele für die schon aufgezählten ganz praktischen und auf die materiellen Bedürfnisse gerichteten Aufträge finden sich in der täglichen Aufnahmepraxis :

Klient (bei Aufnahme): „...habt ihr einen Platz für mich?“

meint Unterkunft, Verpflegung, Bekleidung, Bargeldbetrag – also die Abdeckung wichtiger Grundbedürfnisse.

Oder:

Klient: „...ich habe hier ein Schreiben vom Arbeitsamt...und ich weiß jetzt auch nicht...die haben mir das Geld gekürzt!“

Oder:

Klient: „Vor einigen Tagen wurde mir mein Fahrrad geklaut, ich benötige dringend ein neues...habe aber kein Geld dafür...“

Die Hilfesuchenden der stationären Wohnungslosenhilfe haben überwiegend Erfahrungen massiver „Abwärtsmobilität“ (Albrecht 1990, 476) machen müssen in allen zentralen Lebensbereichen: der Leiblichkeit, dem sozialen Netzwerk, im Bereich der Arbeit und Leistung, der materiellen Sicherheit und der Wertesysteme. *PETZOLD* hebt diese fünf Lebensbereiche als *Säulen der Identität hervor*; auf sie wird im Kapitel 5.1.2 näher eingegangen (Petzold 1985 a, 143).

Resignation in Bezug auf persönliche Pläne und Wünsche, sich fügen ins gegebene Schicksal, sich einrichten in die jeweilige Not-Situation, sowie deren Interpretation und Handhabung, sind kennzeichnend für die Lage dieser Menschen. Aufträge zu erteilen ist ein Begriff aus der Markt- und Leistungsgesellschaft, in der Wohnungslose gescheitert sind. Die schlichte Frage, welchen Auftrag der/die Hilfesuchende der stationären Einrichtung, beziehungsweise der beratenden Person erteilt, stößt daher zunächst auf Unverständnis und ist so auch deplaziert.

Wenn also überhaupt Auftragsvergabe stattfindet, dann ist diese auf die unmittelbare Bewältigung konkreter tagesaktueller Erfordernisse bezogen.

Die über die rein materiellen Wünsche hinausgehenden „Aufträge“ um Unterstützung und Beratung setzen daher eine Basis von Vertrauen, das Bemühen um Verständnis und die Vermittelbarkeit des Angebots voraus. Die auf diesem Hintergrund

gewollte Hilfe kann erst dann als Rückenstärkung zur Bewältigung von Krisensituationen wahrgenommen werden. Ein Beispiel hierfür ist das Beratungsgespräch mit Herrn R.. Klient R. ist 58 Jahre alt und seit 6 Jahren in der stationären Einrichtung. Hier hat er mit Beginn seines Aufenthaltes eine Arbeitsstelle im Reinigungsdienst inne. Die Arbeit ist Herrn R. von zentral wichtiger Bedeutung. Außerhalb der Arbeitsbezüge lebt Herr R. sehr zurückgezogen und ohne Kontakt, weder innerhalb noch außerhalb der Einrichtung. Bei Konflikten am Arbeitsplatz, bei nicht bewältigten administrativen Erfordernissen und bei jeglicher Form von Enttäuschung konsumiert Herr R. in erheblichem Maß und missbräuchlich Alkohol. Eine Suchtproblematik liegt seit vielen Jahren vor und ist ein Faktor der vorhandenen Wohnungslosigkeit und seiner sozialen Schwierigkeiten.

Der Klient R. sucht meine Beratung aus einem ihm aktuellen Anlaß auf. Er betritt mein Büro in Arbeitskleidung.

Beraterin: „Hallo Herr R.!“

Klient (schaut mich aufgebracht an): „Tach....!“

B.: “Was ist los mit Ihnen? Sie schau’n so aufgebracht aus....“

K.: “Ja! ...Scheiß! ...da geht alles drunter und drüber...!“

B.: „Bei Ihnen auf der Arbeit?“

K.: „Ja, klar!...der Neue vor zwei Wochen eingestellt...und gleich am dritten Tag krank gemacht! ...bis jetzt! ...und ich arbeite schon das zweite Wochenende für den mit!“

B.: „Haben Sie schon mit Ihrer Chefin gesprochen ? ...dass Sie auch Ihre Freizeit benötigen?“

K.: „Die steht ja selber aufn’ Schlauch...“

B.(Herr R. lebt z. Zt. eigentlich trocken als Alkoholiker): „Haben Sie Alkohol getrunken aus Ärger?“

K.: „Ja! Sie (Beraterin) warn’ ja nicht da gestern....da bin ich auf meine Bude, Stöpsel (Hörgerät) raus und peng!“

B.: „Möchten Sie, dass ich mit Ihrer Chefin spreche?“

K.: „Ja“

B.: „Sie sollten mit dabei sein Herr R.. Ich verabrede einen Termin mit Frau W. Und dann setzen wir drei uns zusammen.“

K.: „Gut. Mach das!“



Häufig gibt es auch Aufträge hinter den Aufträgen. Also vordergründige Aufträge mit denen der Ratsuchende zunächst kommt, die er benennt. Im Verlauf des Beratungskontaktes scheinen jedoch alsbald weitere, zunächst versteckte Aufträge durch, oder werden erst allmählich bewusst wie bei dem Klienten H., dessen vorerst benannter Auftrag der Gesprächstermin und die Rückmeldung zur Stellenbewerbung war, dann aber auch der Wunsch nach Zustimmung und Anerkennung durchscheint. Herr H. ist seit 3 ½ Jahren in der stationären Einrichtung. Er ist 43 Jahre alt. Unmittelbar vor seiner Aufnahme befand sich Herr H. zweimal kurz hintereinander in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung eines Landeskrankenhauses in NRW. Hintergrund für diesen Umstand waren Körperverletzung und massive Bedrohung gegenüber dem Vater, unter erheblichem Alkoholeinfluss. Herr H. datiert den Beginn seiner Alkoholsüchterkrankung in die frühe Jugendzeit. Sein Elternhaus hat Herr H. nie als nährend, Nähe und Liebe gewährende Familie empfunden.

Die Mutter ist bereits vor einigen Jahren verstorben. In der stationären Einrichtung blieb Herr H. nach zwei stationären Entgiftungen für 9 Monate abstinent, in denen er voller Elan und Eigeninitiative eine Ausbildung zum Fachinformatiker begann, jedoch kurz vor dem Betriebspraktikum und der Prüfung alkoholrückfällig wurde und die Ausbildung abbrechen musste, wie schon mehrfach zuvor in seiner Biographie. Seither wurden die Zeiten der Alkoholabstinenz, der beständigen Rückfälle und der sich daran anschließenden Entgiftungsmaßnahmen immer kürzer. Suchttherapien lehnt Herr H. vehement ab. Von seinem Vater erhält Herr H. finanzielle Unterstützung für ein Kfz. und für Weiterbildungsbemühungen, nachdem es zu einer Annäherung zwischen beiden kam. Insgesamt ist Herr H. abhängig von der finanziellen Unterstützung des Vaters. Der Klient H. hatte tags zuvor um einen Gesprächstermin gebeten.

Klient.: „Also ich habe mir was überlegt...Ich habe im Stellenteil der Zeitung diese Ausschreibung gefunden; und das ist exakt auf meine Fähigkeiten zugeschnitten.“

Beraterin.: „Sie wollen sich bewerben?“

K.: „Ja. Ich denk' ich lasse es darum auch zunächst mit der Arbeitsaufnahme hier in der Einrichtung...wenn ich dann womöglich die Stelle bekomme und habe hier gerade erst angefangen zu arbeiten...“

B.: „Ich glaube, das wäre kein Problem. Sie können, wenn Sie wollen, die Stelle hier in der Einrichtung antreten und trotzdem dann kündigen wenn Sie eine Anstellung auf dem sog. 1. Arbeitsmarkt erhalten. Dafür hätte jeder Verständnis und Sie ein Stück Sicherheit...“

K.: „Aber ich benötige auch noch viel Zeit für meine Weiterbildung Zuhause an meinem Computer...“

B.: „Mein Gedanke ist, dass eine kurzfristige Arbeitsaufnahme hier in der Einrichtung Ihnen Tagesstruktur und Halt zur Aufrechterhaltung der momentanen Alkoholabstinenz vermitteln könnte...(Herr H. hat in den zurückliegenden Monaten 7 stationäre Entgiftungen gehabt mit anschließend jeweils nur wenigen „trockenen“ Tagen dazwischen) Sie hätten verschiedene Aspekte in einem: etwas Tagesstruktur, eine kleine finanzielle Verbesserung und auch noch Zeit am PC zu arbeiten.“

K. (zögert): „Hmm...“

B.: „Es ist Ihre Entscheidung. Vielleicht gibt es noch andere Gründe für Sie...“

K.: „Ich kann ja mal unverbindlich zur Arbeitsvermittlerin der Einrichtung hier gehen...“

B.: „Das ist möglich“

H.: „Können Sie sich mein Bewerbungsschreiben auf die Stellenanzeige durchlesen?“

B.: „Ja. Die Bewerbung ist wichtig für Sie...?“

K.: „Und ob! Ich habe die Entgiftung diesmal alleine geschafft“

B.: „Ja, das ist eine Leistung. Und Sie haben ein neues lohnendes Ziel vor Augen...“

K.: „Ja. Das ist ganz wichtig für mich!“

Manche Klienten haben keine konkreten Veränderungen (mehr) als Ziel im Blick, sondern suchen lediglich Entlastung, Zuwendung als Support (vgl. *Petzold* 1996, 217) und zur Bewältigung und Handhabung ihrer stationären Lebenssituation, wie z.B. im Fall von Herrn B.. Herr B. wünscht regelmäßige Beratungszeit. Ihm sind dabei Rahmenbedingungen wichtig wie: Regelmäßigkeit, Verlässlichkeit der Zeit- und Terminabsprache und die Ungestörtheit des Gesprächsangebotes. Die Lebenshaltung von Herrn B. ist generell von Enttäuschung und Resignation, auch hinsichtlich der Zukunftserwartungen, gekennzeichnet. Herr B. arbeitet für ein sehr geringes Entgelt (Prämienbasis) im Bereich der Müllentsorgung auf dem Einrichtungsgelände. Herr B. kommt niedergeschlagen zum gewohnten, regelmäßigen Gesprächstermin und beginnt:

Klient: „Ich weiß es ja eigentlich besser....-bin ja selbst schuld !....

Schauen Sie einen großen Idioten an...!“

Beraterin: „Was ist geschehen, Herr B. ?“

K.: „Ich habe Herrn O. gesagt, ich arbeite diesen Monat nicht mehr...!

Ich sollte mich nur noch um meinen eigenen Scheiß kümmern...!“

B.: „Sie haben sich geärgert – worüber ?“

(Herr B. erzählt von dem konkreten Anlaß: die Gleichgültigkeit und Faulheit der Vollzeitbeschäftigten im Reinigungsdienst – ein Umstand an dem sich Herr B. stets aufs Neue aufreibt)

K.: „Und wenn ich dann noch im Fernsehen Berichte von Ungerechtigkeiten an....sehe, ...dann fühle ich mich so erinnert an meine Kindheit, die ja keine war...“

(Herr B. erzählt immer wieder von Mangel und Enttäuschung seiner eigenen Kindheit)

B.: „Es gibt für Sie viele ungute Erinnerungen wenn Sie heute aktuell neu enttäuscht werden...“

K.: „Ja...(Herr B. erzählt von seinen Erinnerungen). Ich will so vieles...aber ich schaffe nichts !“

B.: „Was hält Sie ab ?“

K.: „Ich müsste meine Wohnung aufräumen, aber wenn ich damit anfangen will und sehe mir das Chaos an....es ist alles so sinnlos !“

B.: „Sie wissen nicht, wofür Sie sich Mühe machen sollen...?“

K.: „Ja !....früher, mit meiner Frau und den Kindern...“(erzählt von positiver Erinnerung)

B.: „Mir stellt sich häufig die Frage angesichts Ihrer Erzählungen, was kann ich für Sie tun ? Ich würde Sie gerne unterstützen.“

K.: „Das tun Sie schon, indem Sie mir zuhören...

Ich gehe nach den Gesprächen meist mit besserer Stimmung, als ich gekommen bin...“

Herr B. benennt Angst vor Veränderung, die ihn hindert initiativ zu werden, sich aus dem sicheren (wenn auch erlittenen) aber bekannten stationären Lebensrahmen herauszuorientieren und Angst vor Enttäuschung als Grund für Rückzug und die Verweigerung neue Außenkontakte zu suchen.

Der ausgesprochene Auftrag lautet: ich möchte regelmäßige, ungestörte Zeit, in der Sie mir zuhören. Der unausgesprochene Auftrag könnte lauten: ich benötige Sicherheit, Anerkennung für meine Leistungen und die Vermittlung von Lebenssinn.

Wie schon zu Beginn des Kapitels erwähnt, kommen die meisten KlientInnen nicht von sich aus in die Beratung, sondern erfüllen eine Hilfeaufgabe (Erstellung von Hilfeplänen, die zur Bewilligung an die Kostenträger weitergeleitet werden) im Rahmen ihrer sogenannten *Mitwirkungspflicht*. Das Reaktionsspektrum auf stationäre Beratung in der Wohnungslosenhilfe liegt demnach in der Spannbreite von Gleichgültigkeit und ausdrücklichem Widerstand.

Wenn der eigene Wille, bzw. die Freiwilligkeit bei gelingenden Hilfeprozessen vorausgesetzt wird, handelt es sich folglich in den stationären Hilfeeinrichtungen um schwierige Beratungsvoraussetzungen.

„Hieraus ergibt sich, dass zu Anfang der Beratung sowohl klärend-informative, als auch motivierende Arbeit (...) geleistet werden muß“ (Rahm 2000,43).

In der Regel betrachtet ein Großteil der Hilfesuchenden die widrigen Lebensumstände und die erfahrene Ungerechtigkeit als ursächlich für die eigenen psychosozialen Missstände und die materiellen Schwierigkeiten. Es ist tatsächlich auch notwendig, gesellschaftliche Bedingungen, die Armut, Wohnungs-, Arbeits- und Mittellosigkeit verursachen, offen zu legen und nicht, wie allgemein gerne praktiziert, die Ursachen in der Unfähigkeit und in die spezifischen Bedingungen des Individuums zu delegieren (vgl. Albrecht 1990 , 131 ff).

Dennoch: der eigene Anteil an und das Verständnis für Problemzusammenhänge kann erst in einer vertrauensvollen, angstfreien und von Annahme gekennzeichneten Gesprächspartnerschaft im Rahmen eines echten Beratungsangebotes erkannt werden.

Erst nach Verwirklichung dieser Voraussetzungen, können Beratungsprozesse gelingen, kann Beratung glaubwürdig als Hilfeangebot verstanden und die Aufträge hinter den Aufträgen erkennbar und lösbar werden.

#### 4.3 Persönliche Aufträge der professionell Helfenden und das reale Aufgabenfeld

Sozialarbeitende in den stationären Wohnungslosenhilfeeinrichtungen sind von ihrem Selbstverständnis HilfeanbieterInnen in Agenturen der Hilfevermittlung.

Die ideelle Grundmotivation ist meist unter dem schwammigen Metamotiv „Helfen wollen“ zusammengefasst.

Das Verständnis von Hilfe und Hilfezielen ist durch verschiedene Faktoren bedingt, wie „familiale Biographie, (...)Erfahrungen der Kindheit und Jugendzeit...“ (Petzold 2003 b), Schicht- und soziale Gruppenzugehörigkeit mit den entsprechenden Wertevorstellungen, sowie durch Bildung und Weiterbildung.

In der Begegnung mit den Hilfesuchenden werden die professionellen Hilfeanbieter unmittelbar konfrontiert mit der offenkundigen und kompakten Not anderer, im Kontrast zur eigenen, besseren Gesamtlebenssituation. Die Lebensqualitätsvorstellungen der Helfenden sind zugleich Modell und Motor der Hilfe zur Verringerung der Not der KlientInnen und mithin der Diskrepanz dieser verschiedenen Lebenswelten. In diesem Zusammenhang werden mitunter pauschal die Motive der Helfenden verurteilt und als sog. Helfersynndrome kritisch reflektiert. Jedoch, die altruistischen Wurzeln der HelferInnenmotivationen sind grundsätzlich –entgegen mancher Theorien – nicht als unseriös oder narzisstisch abzustempeln.

„Helfer sind zumeist kompetent, nicht hilflos, engagiert, nicht narzisstisch-ausbeuterisch, altruistisch, nicht egoman (Zah-Wachsler et. al. 1991, Sober 1998)“ (Petzold 2003 b).

Die Frage nach dem Hilfeverständnis, auf Seiten der Hilfesuchenden und der Hilfe anbietenden, ist jedoch relevant und nicht vorschnell zu beantworten, denn die Gefahr liegt in dem „...schon wissen was gut ist für die Klientel...“.

Was fördert diese Voreingenommenheit bezüglich *passender Hilfeangebote*?

Schon der Umstand den Wohnungslosen in die stationäre Einrichtung für Wohnungslose aufgenommen zu haben, klassifiziert den Hilfesuchenden eben als Mangelhabenden, nämlich ohne Wohnung, ohne ausreichende Selbsthilfemöglichkeiten, bzw. –fähigkeiten.

Diese spezifische Ausgangslage entspricht den Aufnahmebedingungen der stationären Einrichtungen gemäß § 72 BSHG/ §§ 67 – 69 SGB XII.

In der Regel sind die Hilfesuchenden des weiteren von Mittel- und Arbeitslosigkeit und dem Verlust der sozialen Netzwerke betroffen. Die stationäre Hilfe wird als sog. „letztes Mittel“ verstanden zur Behebung der besonderen sozialen Probleme .

„Die wesentlichen Strategien, um zu beweisen bzw. zu verdeutlichen, dass diese Bedingungen erfüllt sind (zum Einsatz der sog. letzten Mittel, R. Kreye), bestehen darin, im Detail und möglichst eindrucksvoll die Schwere der Problematik des Klienten

bzw. seines abweichenden Verhaltens darzustellen oder aber darzulegen, welche Vielzahl von konventionellen Mitteln und Maßnahmen mit immer mehr zunehmender Strenge oder Härte schon angewendet wurde, die aber alle wegen der Merkmale bzw. Verhaltensweisen des Klienten keinen Erfolg hatten.“ (Albrecht 1990, 81)

Diese Ausgangssituation vermittelt ohne die Kenntnis der äußeren Umstände und Ursachen der Notentstehung ein Bild des Nicht-Habens (eben: Wohnung, Geld, Arbeit, Beziehungen...) und verleitet zu Schlussfolgerungen des Nicht-Könnens (kann keine Wohnung finden/ halten, nicht mit Geld wirtschaften, nicht Arbeit finden/ durchhalten, nicht Beziehungen knüpfen/ pflegen...). Das heißt, die Notsituation wird eher der defizitären Persönlichkeit des Hilfesuchenden als den Folgen spezifischer Umstände und Rahmenbedingungen zugeschrieben.

Oder anders ausgedrückt: die Helfenden haben die Tendenz, Ursachen der Notsituation von Wohnungslosen „internal zu attribuieren“ im Gegensatz zur „externalen Attribuierung“ (ebd., 89), welche eher der Sichtweise der von Wohnungslosigkeit Betroffenen entspricht. Externale Ursachen sind z.B. Umstände wie Schicksal, Diskriminierung, Krankheit.

Unreflektierte persönliche Aufträge der professionell Helfenden können dazu führen, die Hilfesuchenden genau in diesen Fertigkeiten anzupassen, zu konditionieren, entsprechend ideologischer Normen und Werte und deren Rangfolge, wie beispielsweise Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, spez. Hygieneauflagen, Selbständigkeit, äußeres Erscheinungsbild, etc..

Befragungen in der betroffenen Gruppe stationärer Wohnungsloser haben jedoch ergeben, dass Wohnungslose selber ihren Hilfebedarf anders beurteilen als die HelferInnen. Hilfebedarf und Hilfeangebot finden in der Praxis der Wohnungslosenhilfe scheinbar wenig Entsprechung und gründen auch in der häufigen Neigung zu „interpretieren“ und „zuzuschreiben“ (ebd., 87).

Ein zu hoher Beratungsschlüssel (Klientenzahl), Zeitmangel, Rollenkonflikte<sup>3)</sup>, Mangel an ungestörten Beratungszonen, Mangel an professionell begleiteter Reflexionsmöglichkeiten und fachlicher Weiterbildung, befördern zudem die Situation der *Hilfevergegnung* statt fruchtbarer *Hilfebegegnung*.

Die persönliche Auftragstellung bewegt sich bei den professionellen HelferInnen in der Spannbreite zwischen Sozialarbeit als Beratung, Unterstützung und Vertretung in Bezug auf die materiellen, praktischen und konkreten Hilfebedarfe der KlientInnen

einerseits und in dem soziotherapeutischen Angebot einer Beratung mit Blick auf die individuellen, persönlichkeitspezifischen Problemstellungen und deren Veränderung der KlientInnen andererseits. Hierbei orientiert sich die Gewichtung der persönlichen Auftragstellung sicher auch an der präferierten Zuordnung von Ursachen der Wohnungslosigkeit, entweder in den Situations- und Strukturfaktoren, oder in der Wirkung individueller Persönlichkeitsfaktoren. Die Vermittlung der KlientInnen in Wohnraum, in Unterstützungsbezüge außerhalb des stationären Hilfeangebotes und ggf. in Arbeit (z.B. noch durch die Möglichkeit der *Hilfe zur Arbeit* gem. § 19 BSHG) könnten bei einer Ursachenzuordnung in Situations- und Strukturfaktoren als erfüllter persönlicher Auftrag der Helfenden verstanden werden. Kommen diese KlientInnen jedoch nach kurzer Zeit zurück in die stationäre Einrichtung, weil sie erneut Wohnung, Arbeit und Hilfebezüge verloren haben, muß sich die persönliche Auftragstellung neu orientieren. Die Rigorosität einer Ursachenzuordnung birgt die Gefahr der Ideologisierung und der Neutralisierung möglicher Hilfeansätze und Hilfekonzepte in sich. Aber es sind beide Blickwinkel unerlässlich, der in Richtung Wohnungslosigkeit produzierender Strukturen und jener in Richtung individueller persönlichkeitspezifischer Faktoren, um den Hilfesuchenden gerecht zu werden und den Helfern Orientierung zu bieten. Eine mehrperspektivische Sichtweise der Ursachen und Zusammenhänge (Petzold 1993 , 1298 ff) und daraus resultierender Strategien einer wirksamen Bewältigung sollte Grundlage der persönlichen Auftragstellung sein. Persönliche Aufträge ergänzen und verändern sich entsprechend der jeweiligen Entwicklung der Helfenden (und der Hilfesuchenden) und deren Erfahrungen im Praxisfeld mit den Hilfesuchenden. Der andauernde Mangel an Hilfeverständigung und Übereinstimmung in den Hilfezielen führt zur frustrierenden Erfahrung des Scheiterns, der Vergeblichkeit von Hilfebemühungen und schließlich zu Resignation auf beiden Seiten.

Der Verlust der persönlichen Aufträge dokumentiert die Abnutzung der Hilfemotivation und kennzeichnet das *Ausgebrannt-sein* (burn-out) der Helfenden.

Persönliche Aufträge sind überlebensnotwendige Grundlagen der Helfermotivation und bedürfen neben der kritischen Hinterfragung, ebenso der positiven Bestätigung durch die Hilfesuchenden, die Mitarbeitenden, der Vorgesetzten und der Institutionen. Der Erfolg in der Verständigung zwischen persönlichen Aufträgen der Helfenden und den realen Aufträgen der Hilfesuchenden ist also nicht nur in der jeweiligen Hilfebeziehung entscheidend für die Hilfewirksamkeit, sondern auch maßgeblich für

die Aufrechterhaltung der HelferInnenmotivation. Nur über die gelingende Beziehung der verschiedenen Auftraggeber, verstanden als Kooperation, als fruchtbaren Dialog und fortschreitend als Polylog (vgl. *Petzold* 2003 b) verschiedener repräsentierter Lebenswelten, ist eine positive Wirksamkeit der angelegten institutionellen Hilfestrukturen überhaupt möglich.

#### 4.4 Beratungsresistenzen und Beratungsunfähigkeiten in den stationären Bezügen

Als letzten Abschnitt im Kapitel der verschiedenen Beratungsaufträge wende ich mich den Beratungsresistenzen und –unfähigkeiten zu und knüpfe damit an den Abschnitt über die Aufträge der KlientInnen an.

Beratung in der stationären Wohnungslosenhilfe bedient sich hauptsächlich der verbalen Interaktionsform – eben des Gespräches, des Gedanken- und Meinungs austausches, der Informationsver- und –ermittlung und des Rates. Diese Ausgangssituation erschwert den Zugang für dieses Hilfeangebot unter bestimmten Voraussetzungen der Beratungszielgruppe. Zu den KlientInnenmerkmalen die Beratung erschweren, bzw. nicht möglich erscheinen lassen, gehören Ablehnung, Hospitalisierung, psychische Störung, geringe oder geminderte Intelligenz.

##### *Ablehnung:*

Wenn der Beratungsauftrag durch die Klienten nicht vorliegt, gibt es die Möglichkeit motivierend Beratungsaufträge zu erschließen. Anders ist die Ausgangssituation bei deutlicher Ablehnung gegenüber dem Beratungsangebot. Hier fehlen schlicht die Voraussetzungen für die Beratungsarbeit und das zeigt sich, wenn die Klienten ausdrücklich und ausschließlich konkrete Hilfe wünschen: die Vertretung der Kostenübernahme für den Einrichtungsaufenthalt vor dem Leistungsträger, die Gewährung von Unterkunft, Verpflegung, medizinischer Versorgung und Arbeit in den stationären Bezügen. Aufgedrängte Beratung führt im harmlosen Fall zu Verständnislosigkeit (Klient fragt BeraterIn: “Was kann ich für Sie tun ?“) und folgenschwerer auch zu erheblichem Widerstand und zu Hilfeabbrüchen.

##### *Hospitalisierung:*

„Beratung als Kommunikation ist aber, ganz umgekehrt auch deshalb problematisch, weil Kommunikation in unserer Kommunikationsgesellschaft auch benützt wird, um



Handeln zu vermeiden. Es gibt eine zunehmend größere Gruppe von kommunikationserfahrenen Menschen, vor allem auch von beratungs- und therapieerfahrenen Menschen, die darin sehr versiert sind, sich in Kommunikation gegen wirkliche Veränderung zu immunisieren.“ (Nestmann, Engel (Hrsg.) 2002 , Thiersch , 157)

In den stationären Hilfebezügen leben KlientInnen über sehr lange Zeiträume, oft bis zum Lebensende. Die traditionellen *Herbergen zur Heimat* und Anstalten bergen „das Verbleiben“ schon in ihrer Bezeichnung und verfügen, wie in Kästorf, über einen Friedhof als letzter Ruhestätte für ehemalige BewohnerInnen.

Die langen Verweildauern der Hilfesuchenden führen zu negativer Anpassung an die soziale Welt der Anstalt und mithin zur Abstumpfung und dem Verlust von Initiativekraft und Selbständigkeit.

Diese Gruppe von KlientInnen kennt sich sehr gut aus in den Spielregeln und Gepflogenheiten, der administrativen Erfordernisse der Einrichtung und den Erwartungen der HilfeanbieterInnen. Die verschiedenen Modelle des Hilfeangebotes und der Beratung kennt diese Klientengruppe durchweg gut und wissen diese zu handhaben. Sie haben gelernt die Ursachen ihrer *besonderen Lebenslage und ihrer sozialen Schwierigkeiten* selber zu deuten und diese Deutung darzustellen.

Kennzeichnend für die negative Anpassung der stationären HilfeauftraggeberInnen ist das Arrangement mit der Notsituation, dem heimisch werden im Heim, trotz restriktiver, kritisierte Lebensbedingungen, Kontrolle, Stigmatisierung, Randgruppenverfestigung. Für Beratung scheinen diese KlientInnen resistent, indem sie zwar Beratung in Auftrag geben, aber diese dazu benutzen, ihre Situation und ihr Verhalten zu sichern – zu verknöchern. Das tätige Handeln als Folge von Beratungs- und Hilfeprozessen erfolgt nicht.

Auch Beratungsresistenzen können als Formen der Abwehr und des Widerstandes verstanden werden, als Schutz gegen die gesammelten Erfahrungen verfehlter, aufgenötigter Beratung und schädigender, statt fördernder Hilfestrukturen.

Hospitalismus ist jedoch der verfestigte, dysfunktional gewordene Widerstand, der „notwendige Veränderungen verhindert (...) oder eine Auseinandersetzung mit der Realität verstellt (...).“ (Petzold 1993 , 1131)

*Psychischen Störungen, geringe oder geminderte Intelligenz:*

Als vierte und fünfte Personengruppe der Beratungsresistenten und –unfähigen in den stationären Wohnungslosenhilfeeinrichtungen sind die wachsende Gruppe der

Menschen mit psychischen Störungen und die Menschen mit geringer (Oligophrenie, Debität) und/ oder geminderter Intelligenz (Demenz) zu nennen.

Die oft zusätzlich hospitalisierten, psychisch gestörten, wohnungslosen Menschen sind aufgrund ihrer Krankheitssymptome und der erheblich veränderten Realitätswahrnehmung und ohne die vorangestellte medizinische Behandlung nicht zugänglich für das verbale Angebot einer Beratung. Häufig verfügen diese Menschen über Psychiatrieerfahrungen und weigern sich der Zuführung psychiatrischer und therapeutischer Behandlung.

Geistig stark minderbegabte oder abgebaute Menschen verfehlt Beratung mit ihrer Hilfeabsicht. Dieser Personenkreis verfügt zwar über die Fähigkeit der basalsten Alltagsbewältigung, jedoch vorausschauende Lebensplanung und-organisation, die Bewältigung sozialer Aufgaben und die Übernahme von eigenverantwortlichem Handeln sind nur eingeschränkt möglich. Dieser Personenkreis bedarf der Begleitung, Hilfe und Versorgung, unter Berücksichtigung ihrer individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten und ihres Willens.

Abschließend sind noch die Beratungsresistenzen bei den BeraterInnen zu erwähnen. Beispielhaft sei hier das Burn-out-syndrom genannt. Dieser Themenbereich wird von mir jedoch in dieser Arbeit nicht näher behandelt.

## **5. Beratung und ihre Folgen...**

### **oder von der Schwierigkeit der praktischen Umsetzung theoretischer Beratungskonzepte unter subjektiver Wahrnehmung stationärer Realität wohnungsloser Menschen**

Im folgenden Kapitel gehe ich der Frage nach, wie sich Beratung für die Klientel der stationären Wohnungslosenhilfe erschließt und gelingen kann, als verstandenes und gewolltes Hilfeangebot .

Beratung für die Beratenden, d. h. Supervision fördert die Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung zur Reduzierung verfehlter, vergeblicher, oder gar schädigender Beratungsbemühungen. Welche grundlegenden Beratungsziele gilt es im Blick zu behalten und welche Faktoren der Zielrealisierung gilt es dabei zu berücksichtigen ?

Beratung ist in seiner unüberschaubaren Variationsbreite ein modernes und zentrales Dienstleistungsangebot der Konsum- und Industriegesellschaften geworden.

Für eine Orientierung der Verwendung des Beratungsbegriffes in diesem Kapitel zur Auseinandersetzung mit dem Arbeitsfeld der stationären Wohnungslosenhilfe, lege ich Definitionsbeispiele von SICKENDIEK/ ENGEL/ NESTMANN und von PETZOLD zugrunde. Nach SICKENDIEK/ ENGEL/ NESTMANN (2002,13) ist:

„Beratung (ist) zunächst eine Interaktion zwischen zumindest zwei Beteiligten, bei der die beratende(n) Person(en) die Ratsuchende(n) – mit Einsatz von kommunikativen Mitteln – dabei unterstützen, in bezug auf eine Frage oder auf ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen. Die Interaktion richtet sich auf kognitive, emotionale und praktische Problemlösung und –bewältigung von KlientInnen oder Klientensystemen (Einzelpersonen, Familien, Gruppen, Organisationen) sowohl in lebenspraktischen Fragen wie auch in psychosozialen Konflikten und Krisen. Beratung kann präventive, kurative und rehabilitative Aufgaben erfüllen, also im Vorfeld der Entstehung manifester Probleme ansetzen, bei aktuell bestehenden Schwierigkeiten in Anspruch genommen oder in bezug auf den Umgang mit Folgen von Beeinträchtigungen nachgesucht oder angeboten werden.“

Und nach PETZOLD (2003 b) wird der Begriff *Beratung* erläutert als:

„... eine person- und sachbezogene, ziel- und ergebnisorientierte Methodologie für dialogische bzw. polylogische, interpersonale Prozesse in dyadischen und Mehrpersonensettings, die kognitive, emotionale, volitive und sozial-kommunikative Dimensionen einbeziehen. Im Beratungsgeschehen als fachlicher Dienstleistung arbeitet ein Berater als *'Experte vom Fach'* mit besonderen personalen, sozialen und professionellen Fähigkeiten/Kompetenzen, Fertigkeiten/Performanzen und spezifischen Ressourcen an Wissen und Methoden korrespondierend und partnerschaftlich mit einem/mehreren *Ratsuchenden* (Klienten, Kunden) zusammen, die als *'Experten für ihre Situation'*, für ihre Bedürfnisse, Probleme und Potentiale relevante Fragen und Interessen, Vorschläge und Impulse in einen kooperativen Arbeitsprozess einbringen. Dieser hat zum Ziel, Wissensstände und Informationen bereitzustellen, Zielfindungen und Entscheidungen zu fördern, Handlungsfolien und Innovationsstrategien gemeinschaftlich durch Koreflexion und Metareflexion zu erarbeiten, so dass die Probleme gelöst und Entwicklungsaufgaben gemeistert werden können. Beratung kann dabei auch die Umsetzung von Zielen und die Implementierung von Entscheidungen

vorbereiten sowie ressourcen- und lösungsorientiert Prozesse der Problembewältigung und Zielrealisierung begleiten.

Ein Klima der wechselseitigen Wertschätzung, der Partnerschaftlichkeit und fundierten Kollegialität durch positive Affiliation, der gradlinigen Offenheit (gr. *parrhesia*) und Transparenz, der Förderung von Selbstwirksamkeit und Souveränität kennzeichnet Beratungsprozesse (1994 q)“.

### 5.1 Ziele integrativer Beratungsarbeit mit wohnungslosen Menschen

Neben der vorangestellten Definition von Beratung, wird hier benannt, was sie bewirken soll – also welche Ziele sie verfolgt, nämlich: Vermittlung von Wissen, Unterstützung zur Orientierung, Gewinn von Problemlösungskompetenz, Angebot von Zielfindungs- und Entscheidungshilfen, sowie die Förderung von Selbstwirksamkeit und Souveränität.

Angesichts der in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen vielschichtigen und oft unklaren Auftragslagen, sowie der gängigen Zuordnung von Problemursachen in äußere schicksalhafte Umstände durch die Betroffenen selber, der Manifestation von Problemlagen über lange Zeiträume und den Abhängigkeitsstrukturen in den stationären Einrichtungen, bedürfen die o. a. Ziele für die KlientInnen stationärer Einrichtungen der Vorarbeit (Motivation, Verstehbar machen) und der Übersetzung und Anpassung in ihre von Abhängigkeit geprägten Lebenswelten. Beratende Hilfe in Anspruch zu nehmen, entspricht oft nicht einer zielgerichteten Bewältigungsstrategie, sondern eher dem Griff nach dem sog. Strohalm in empfundener Ausweglosigkeit. Den Hilfesuchenden der stationären Einrichtungen bleibt daher die Heimunterbringung nur als letztes Mittel zur Abwehr ihrer Notsituation. Die Erfahrung der Abwärtsmobilität und Stigmatisierung in Bezug auf den Sozialstatus, die materielle Situation, dem Gesundheitszustand, dem äußeren Erscheinungsbild und die Infragestellung der Selbsthilfekräfte beschädigen das Selbstwertgefühl nachhaltig (vgl. *Petzold* 1985 a ,143). Randständigkeit in ihrer negativen Bewertung ist häufig voll und ganz verinnerlicht, wenn Wohnungslose von sich sagen: „Ich bin eben ein Penner, ein Taugenichts“ und Lebensgeschichte und erlittene Notsituationen aus Scham verschwiegen werden. Und so gilt es vor jedweder Zielbestimmung die Frage nach der inneren Haltung der Beratenden gegenüber den Beratenen zu stellen.

Menschen die aufgrund lebensbiographischer Ereignisse und Entwicklungen grundlegend in ihrer Würde und ihrem Ansehen verletzt sind, bedürfen der wachen Aufmerksamkeit in der gemeinsamen Suche nach Bewältigungsstrategien und vor allem der grundsätzlichen Wertschätzung ungeachtet der gesellschaftlichen Normen zur Wiedererlangung ihrer Würde.

„Genau diese Haltung wird auch erforderlich werden, wenn wir verschüttete Begegnungsfähigkeit wieder aktualisieren wollen. Wenn wir beschädigte Beziehungsfähigkeit heilen wollen, werden wir darauf abzielen **Wachheit** zu wecken, den Boden für neue **Wurzeln** zu bereiten, so dass **Wertschätzung** und **Würde** wachsen können“ (Petzold 1993 , 1080 , 1094 , 1054).

Der wesentliche Nährboden der Hilfe in der Beratungstätigkeit ist die Beratungsbeziehung, in der Beratene und Beratende als gleichwertige PartnerInnen, als Subjekte in einem Prozess der Hilfestellung kooperieren. So verstandene Intersubjektivität als praktizierte Haltung und als grundlegendes Ziel ermöglicht durch gegenseitige Annahme, Wertschätzung und Akzeptanz der Andersartigkeit des Anderen, gleichermaßen helfende Begegnung und Auseinandersetzung, als auch gemeinsames Entwicklungsgeschehen.

Beschädigte Identität und Persönlichkeit bei den Hilfesuchenden benötigt allerdings die oftmals vorgeleistete oder unterstellte Intersubjektivität, das heißt ein Beziehungsangebot, das Heilung und Wachstum von Beziehungsfähigkeit ermöglicht.

### *5.1.1 Restitution, Bewältigung, Entwicklung, Repräsentation*

Restitution, Entwicklung und Bewältigung kennzeichnen die Art der helfenden Intervention und die allgemeine Zielrichtung in der Unterstützung der Selbsthilfekräfte der Hilfesuchenden. Die Zielbestimmungen im einzelnen lauten:

#### *Restitution*

*Restitution* hat „reparative, bzw. rehabilitative Interventionen zur Behebung oder Verbesserung geminderter, bzw. gestörter Kompetenzen und Performanzen“ zum Ziel (Petzold 1993 a , 1277). Zeitüberdauernde Überlastungssituationen, nicht bewältigte Krisen, fehlende Bewältigungsstrategien und Mangel an Unterstützung gehören zu den lebensbiographischen Negativfaktoren, die zur Beschädigung, bzw. dem Verlust des sozialen Netzwerkes, zur psychosozialen Labilität, zum Kontrollver-

lust bei der Alltagsproblembewältigung und insgesamt zu Erkrankung und zum sozialen Abstieg im Leben von wohnungslosen Menschen führen.

Grundsätzliche Ziele zur Restitution basaler Selbsthilfekräfte, bzw. Fähigkeiten und Fertigkeiten, im Rahmen angebotener Beratung und Unterstützung sind:

- Wieder-Aufbau von Selbstvertrauen
- Rück-Gewinn der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit (Wohnungslose KlientInnen erzählen häufig von lebensbiographischen Ereignissen, wie z.B. der Tod naher Menschen, Scheidung, Erkrankungen, Suchterkrankung, traumatische Erlebnisse etc. als Auslöser für Rückzug und Beziehungsverlust ).
- Abbau von Resignation und Ohnmachtgefühlen im Umgang mit Behörden (wohnungslose Menschen haben teilweise eklatante Erfahrungen von Diskriminierung und Erniedrigung).
- Förderung des Bewusstseins MitbürgerIn zu sein, sowohl mit Rechten und Ansprüchen, als auch mit Verpflichtungen und Eigenverantwortlichkeiten ( meines Erachtens geht es hier um die Erlangung eines Empfindens für Ausgewogenheit.).
- Abbau von erworbener Unselbständigkeit und Teilnahmslosigkeit, d.h. Wiederaneignung von Fertigkeiten, wie z. B. Übernahme von Initiativen, Interesse und Offenheit für neue Erfahrungen mit dem Risiko enttäuscht zu werden, mit dem Ziel der positiven Veränderung und des Wachstums.
- Rück-Gewinn von sinnvoller Tagesstruktur, ggf. durch Übernahme von Aufgaben, Arbeitstätigkeit
- Rück-Gewinn des positiven Bezuges zur Eigenleiblichkeit, d. h. Gesundheitspflege (Ernährung), Körperbewusstheit, Körper- und allgemeine Hygiene, Auseinandersetzung mit Abhängigkeitserkrankungen, ggf. Schritte zur Bewältigung

Wie ist Integrative Intervention mit dem Ziel der *Restitution* realisierbar?

Grundsätzlich sind vermittelnde Maßnahmen situations- und personenspezifisch einzusetzen. Zentrale Bedeutung kommt hier der Beratungsbeziehung als fördernder Nährboden zu, deren Mittel und Ziel der Aufbau und der Rückgewinn von Vertrauen, der Bestätigung und der Förderung vorhandener Fähigkeiten, Fertigkeiten und Qualitäten, also der (Re-)Aktivierung (noch) vorhandener Ressourcen ist.

Methoden können hier Freizeit- (Sport, Ausflüge) und Kreativitätsangebote (Mal-, Schach-, Kochgruppe), Förderung von (Eigen-)Initiativen zu geselligen Veranstaltungen, Angebote psychosozialer Beratung, Förderung und Unterstützung zum Kon-

taktaufbau über das Wohnungslosenmilieu hinaus, ggf. zu Freunden und Angehörigen sein.

Es gehört jedoch auch zur Hilferealität, dass die Wiederherstellung von Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht mehr möglich, oder nicht mehr gewollt ist.

Dann bleibt die *Bewältigung (Coping)* der vorhandenen Lebenssituation und der bestmögliche Umgang mit den ggf. irreversiblen Störungen und Schädigungen.

*Bewältigung, bzw. Daseinsbewältigung/ Coping*

*Daseinsbewältigung/ Coping* hat „supportive Interventionen als Hilfen beim Umgang mit irreversiblen Störungen und Minderungen von Kompetenzen und Performanz“ zum Ziel (Petzold 1993 a, ebd.).

In den stationären Einrichtungen für Wohnungslose leben BewohnerInnen über viele Jahre, oft bis zu ihrem Lebensende. Manche von ihnen haben sich bewusst für das Leben abseits der Normalgesellschaft in Dauerrandständigkeit entschieden und nehmen die einschränkenden und bevormundenden Einrichtungsbedingungen in Kauf. Für sie ist die Einrichtung nicht Heimat, jedoch Schutz- und Schonraum der übrigbleibt, wenn persönliche Zukunftserwartungen für das „Draußen“ mit Überlebensangst, Aussichtslosigkeit und Resignation behaftet sind.

Die z. T. stark abweichende Realitätswahrnehmung, der hohe Grad an Unselbstständigkeit und Trägheit, chronische Beeinträchtigungen und Demenzen aufgrund von chronischem Alkoholmissbrauch und andere erheblich gesundheitliche Einschränkungen, lassen es auch als aussichtslos erscheinen, auf ein Leben außerhalb der stationären Bezüge hin zu mobilisieren. Obgleich der Gesetzgeber ausdrücklich mit der Hilfe des § 72 BSHG nicht die dauerhafte Unterbringung meint, ist deren Gewährung bisherige Praxis.

Interventionen die sich auf den Erhalt, bzw. im stationären Sprachgebrauch, auf die „Verhinderung einer Verschlimmerung der Lebenssituation“ und auf die Bewältigung der gegebenen Lebensumstände mit den jeweilig vorhandenen Ressourcen zählen, sind:

- aufsuchende Beratung mit dem Angebot von Beziehung und Seelsorge, d. h. auch *small talk* im Alltagsgeschehen, mit Namen und Sie angesprochen zu werden in einer Einrichtung mit durchschnittlich 350 BewohnerInnen; Zeit um Lebensgeschichte erzählen und mitteilen zu können

- Lernen der Akzeptanz von Schwächen und Unfähigkeiten und Anregung zum Rückgewinn von Wünschen und Zielen in den Alltagsbezügen; Unterstützung bei kleinen Schritten der Umsetzung
- Motivation und Begleitung zur Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung
- Mobilisierung kreativer und kommunikativer Fähigkeiten - Anerkennung
- Förderung sinnvermittelnder Tagesstruktur
- Anregung zum Gewähr-werden der schönen Dinge im Lebensumfeld, der positiven Selbstverständlichkeiten und der noch eigenen Ressourcen
- Partizipation am außerstationären Alltag durch Relativierung der professionellen Distanz, d.h. partielle persönliche Mitteilungsbereitschaft durch die MitarbeiterInnen

### *Entwicklung*

Um *Entwicklung* anzuregen, sind „evolutive Interventionen zur Entfaltung und Förderung von potentieller Kompetenz und Performanz“ notwendig. (Petzold 1993 a, ebd.) Die zunehmende Zahl von jungen Erwachsenen, die eine Aufnahme in die Einrichtungen suchen, richtet die Aufmerksamkeit auf deren alltagspezifische Hintergründe und Motivlagen von Wohnungslosigkeit und sozialen Schwierigkeiten.

Viele dieser KlientInnen sind in Heimen aufgewachsen, haben noch nie selbständig in eigener Wohnung gelebt, gearbeitet und grundlegende Alltagserfordernisse erfolgreich gehandhabt. So ist es sinnvoll, alltagspraktische Fähigkeiten und Notwendigkeiten anzuleiten und zu trainieren, verkümmerte, oder nicht entwickelte Selbstwertempfindungen zu fördern durch Motivation und Interessenbildung und Unterstützung bei einer niedrigschwelligen Realisierung perspektivischer Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit.

Die stationäre Hilfe sollte hier so kurz wie möglich und so lange wie nötig angeboten werden. Interventionen mit Blick auf die zu entwickelnden Fähigkeiten und Fertigkeiten – unabhängig vom Lebensalter – können sein:

- Förderung/ Mobilisierung von Interessen, Zukunftsplänen, eigenen Willen, Zielvorstellungen. Zumeist sind diese Zukunftswünsche ganz unspektakuläre normalbürgerliche Ziele: eigene Wohnung, Freunde, LebenspartnerIn, Familie, Arbeit und den durchschnittlichen Alltagsluxus: Auto, etc., sowie Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung von altersgemäßen, bzw. altersverzögerten Entwicklungsaufgaben.



- Anregung und Förderung von größerer Autonomie, z.B. der wohnungslosen, milieugeprägten Frauen, die häufig in abhängigen und sie belastenden Männerbeziehungen leben
- Förderung und „ausschleichende“ Begleitung in der Vertretung eigener Belange, z. B. gegenüber Behörden, Arbeitsvorgesetzten, KollegInnen, MitbewohnerInnen
- Förderung des Bewusstseins und Erfahrung von Anerkennung über individuelle Fähigkeiten und der entsprechenden Fertigkeiten als grundlegende Basis von Leistungswillen (Als Beispiel: Ein junger intelligenzgeminderter Klient hat nach zwei kurzfristig gescheiterten Arbeitsversuchen, eine auf geringem Honorar basierende Aufgabe als Sargträger übernommen und bewältigt die mit dieser Tätigkeit verbundenen Anforderungen, wie Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Pietät, gut – Fertigkeiten, die ihm in den vorherigen Arbeitsstellen nicht gelangen, und für die er nun Anerkennung erfährt)
- Förderung der Fähigkeit vorhandene Wertmaßstäbe zu überprüfen und ggf. zu verändern, als Möglichkeit die Sicht auf aktuelle Lebensbezüge zu bereichern und zukünftige Handlungsspielräume zu erschließen. Dies kann auf der aktional erlebnisorientierten Ebene als gemeinschaftsbezogenes Freizeit- und Kreativangebot, als auch auf der verbal-einsichtszentrierten Ebene als Beratungsgespräch geschehen.

### *Repräsentation*

Die *Repräsentation* meint „politische Interventionen zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext“ (Petzold 1993 a, ebd.).

Für die wohnungslosen MitbürgerInnen bedeutet Repräsentation die Wendung der Blickrichtung von den individuellen, persönlichkeitspezifischen, sozialisationsbedingten, oder schicksalhaften Ursachen ihrer Notsituation und damit verknüpfter Devianz weg und hin zu den Strukturen, den politischen, den marktwirtschaftlichen und den gesellschaftlichen Normen, welche Wohnungslosigkeit, Armut, Ausgrenzung und Stigmatisierung produzieren.

Der konsequente Einsatz zum Abbau von Not und Ausgrenzung bedarf des öffentlichen, politischen Engagements, sowohl im Rahmen des unmittelbaren Wohn- und Lebensumfeldes – d. h. innerhalb der Einrichtungsbezüge und über die Region als Vertretung gegenüber Behörden, politischen RepräsentantInnen und der Bevölkerung als (oft ablehnendes) Umfeld von stationären Einrichtungen, wie auch auf bundespo-

litischer Ebene durch die Mitwirkung und Unterstützung in den Interessenverbänden der Wohnungslosenhilfe.

Die Interessenvertretung und Repräsentation durch die Betroffenen selber, zeigt sich u. a. in den BewohnerInnen- und MitarbeiterInnenvertretungen innerhalb der stationären Bezüge und in der Mitwirkung an Straßenzeitungs- und Wärmestubenprojekten. Die Bewertung über die Unabhängigkeit von Wohnungslosenselbsthilfeinitiativen ist erheblich gespalten und deutet auf eher geringe Repräsentationsaktivität.

Abschließend ist festzuhalten, dass Restitution, Bewältigung, Entwicklung und Repräsentation sich in den Hilfeinterventionen überschneiden (müssen), ergänzen und ablösen. Die globalen Interventionsziele sind nicht als Kategorisierung der Hilfeerfordernisse und noch viel weniger der Hilfesuchenden zu verstehen, sondern als Orientierung, den Hilfebedarf der KlientInnen angemessen und aufmerksam wahrnehmen zu können, oder ggf. gemeinsam mit ihnen zu erschließen.

### *5.1.2 Gewinn und Zuwachs von Identität und Sinn*

Während *Bewältigung, Restitution, Entwicklung und Repräsentation* die Funktion der Hilfe und den gesteckten Rahmen der Hilfemöglichkeiten für den einzelnen Hilfeempfänger beschreiben, ist die Entwicklung und Förderung von persönlicher Identität und der Rück-Gewinn an Lebenssinn wesentlicher und grundlegender Inhalt von Beratung der Menschen in umfassender Notlage.

Ausgeprägte Antriebslosigkeit der stationären BewohnerInnen wird mitunter kommentiert mit Äußerungen wie z.B.: „...ich habe kein Zuhause, niemand der mich vermisst und ich sehe keinen Sinn, meinen Alkoholismus einzustellen und etwas an meiner (Not-)Situation zu ändern...wofür denn auch...?!“

Mangel und/oder Verlust an Identität und Lebenssinn führen über die Zeitspanne zu reduzierter Lebensqualität, Orientierungslosigkeit, Verzweiflung,

(Selbst-)Ausgrenzung, ins Scheitern von Lebensbezügen, in die Krankheit und in den Tod. Wie aber ist der psychische Faktor „Identität“ im Zusammenhang beratender Hilfe zu verstehen und zu bewerten?

Die Ausprägung von Identität, als Zusammenspiel des Physischen, des Psychischen und des Sozialen, ist gekennzeichnet als das Empfinden in sich selber Zuhause zu sein; mit dem Bild von sich selber und dem der anderen über sich grundlegend über-

einzustimmen und damit einen Platz in der sozialen Gemeinschaft einzunehmen. Zur Konstitution der Identität schreibt PETZOLD:

„Identität wird gewonnen, indem sich ein Mensch durch die Akte des Ich in leibhaftigem Wahrnehmen und Handeln und auf dem Hintergrund seiner Geschichte als der erkennt, der er ist (Identifikation, d.h. Selbstattribution - ego identity) und indem er von den Menschen seines relevanten Kontextes auf dem Hintergrund gemeinsamer Geschichte als der erkannt wird, als den sie ihn sehen (Identifizierung, d.h. Fremdattribution - social identity).“ (Petzold 1988, 40)

Ausgrenzung und Stigmatisierung als allgemeiner Aspekt der Notlage wohnungsloser Hilfesuchender, zeigt den Bruch zwischen dem Selbstbild und der Sicht und Bewertung durch die soziale Gemeinschaft. In der Frage nach den stabilisierenden, wie auch den schädigenden Bedingungen von Identität bietet das Modell der *Fünf Säulen der Identität* von Petzold ein Konzept, welches menschliche Lebensbereiche auf fördernde oder schädigende Bedingungen des Identitätserlebens und seiner Entwicklung untersucht. Nachfolgende Lebensbereiche werden unterschieden:

#### 1. Der Bereich der Leiblichkeit

mit den Aspekten von Gesundheit, äußeres Erscheinungsbild, Körperempfinden, Mann-/Frauerleben, Sexualität, Wachstum und Zerfall, etc.

#### 2. Der Bereich des sozialen Netzwerkes

mit dem Blickwinkel: Kontakte, Beziehungen, Bindungen, Abhängigkeiten und Autonomie, Fähigkeiten und Fertigkeiten z.B. in Bezug auf Nähe und Distanz zu anderen, strukturelle Bedingungen, Status etc.

#### 3. Der Bereich der Arbeit und Leistung

mit den Gesichtspunkten Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und damit zusammenhängend Zufriedenheit, Status, Anerkennung, materielle und berufliche Sicherheit; Arbeit als Quelle der sozialen Bestätigung, oder als andauernder Belastungsfaktor; Leistungsselbstbild/ Leistungsfremdbild

#### 4. Der Bereich der Materiellen Sicherheit

mit der Sicht auf die finanzielle Situation, der materiellen (Un-)Abhängigkeiten, der Konsummöglichkeiten, der Wohnsituation, der erwarteten Zukunftsperspektiven

## 5. Der Bereich der Werte

mit der Frage nach dem tragenden persönlichen Wertesystem, Überzeugungen, dem Gewissen, dem Ich-Ideal, Spiritualität etc.

(siehe auch: *Rahm/Otte/Bosse/Ruhe-Hollenbach, 1993*)

Für die wohnungslosen Hilfesuchenden kann pauschal eine Beschädigung aller fünf Säulen der Identität angenommen werden.

Für den Bereich Gesundheit als ein Aspekt der Leiblichkeit belegen statistische Erhebungen einen überdurchschnittlichen Erkrankungszustand wohnungsloser Menschen. Ein Umstand, der angesichts der Belastungs- und Stresssituation von Obdachlosigkeit, antizipierter Existenzgefährdung und dem Mangel an medizinischer Versorgungsmöglichkeiten wenig erstaunt (*Kunstmann/Ostermann, 2002*)

Die ungesicherten Lebensbedingungen, der Mangel an Hygienemöglichkeiten und medizinischer Versorgung, ggf. Alkohol-, bzw. Suchtmittelmissbrauch bilden insgesamt schädigende Lebensumstände, die die Sinneswahrnehmungen negativ beeinträchtigen, versehren, verkümmern lassen, anästhesieren und insgesamt den Körper dem Leib entfremden (angesichts der Erkenntnis des Leibes als Körper-Seele-Geist-Wesen).

Das soziale Netzwerk ist als Ursache sowohl als auch als Folge massiv geschädigt, oder nicht (mehr) vorhanden. Überwiegend unterhält die Klientel der stationären Einrichtungen keine, oder wenn, nur vorsichtige ggf. neue Kontakte zu Familienangehörigen. Beziehungen und Kontakte zu Freunden außerhalb der stationären Bezüge scheinen selten vorhanden. Häufig extreme Zurückgezogenheit als Kondensat gesammelter unbewältigter Enttäuschungen, Ablehnungen und seelischer Verletzungen erschweren die stationäre Beratungsarbeit. Von sich selber sagen viele stationäre Bewohner, sie seien EinzelgängerInnen und wünschen keinen Kontakt zu anderen.

Aus den Beratungsgesprächen mit den wohnungslosen KlientInnen der stationären Einrichtung wird deutlich, dass der Säule *Soziales Netzwerk* eine zentrale Rolle im Modell der fünf Säulen zukommt: die Konstitution von Identität bedarf des anderen Menschen, des Gegenübers, der Kommunikation. Das defekte oder fehlende soziale Netzwerk ist Ursache von Mangel und Verlust an Identität und wirkt schädigend auch auf die anderen Bereiche:

- den Bereich der *Leiblichkeit*, als abnehmendes Interesse am äußeren Erscheinungsbild, körperlicher Selbstentfremdung, manchmal bis zu zerfallenden Sinnesvermögen im Hören, Riechen, etc
- den Bereich der *Arbeits- und Leistungsmöglichkeiten*, als Wegfall des Bekannten- und Informationsnetzes für Jobs<sup>4)</sup>, als zunehmende Unfähigkeit sich selber zu vermitteln an potentielle Arbeitgeber, als wachsende Konfliktunfähigkeit und abnehmendes Durchhaltevermögen in bestehenden Arbeitsbezügen
- den Bereich der *materiellen Sicherheit*, als Delegation der existentiellen Grundversorgung an Hilfeinstitutionen, als Konzentration auf das Tagesüberleben, als Ausblenden der perspektivischen Lebensbezüge und –wünsche, als Negativerwartung bezüglich der persönlichen Zukunft und schließlich auch auf
- den Bereich der Werte, als massive Infragestellung eigener Werte und Normen, erheblich gestörten Selbstwertempfindens, als Orientierungslosigkeit, bis hin zu isoliertem versteinertem und unbezogenem Lebensmuster/ Weltanschauung.

So bietet denn auch das *Soziale Netzwerk* das notwendige Potential für eine Heilung und Stärkung der Identität in ihren verbleibenden vier Säulen durch das Wiedereinweben und Pflegen in die soziale Gemeinschaft.

Die Identitätssäule *Arbeit und Leistung* wird neben der materiellen Sicherheit von der Mehrheit der stationären BewohnerInnen selber als wichtigste beurteilt. Eine abweichende Beurteilung erfährt Arbeit und Leistung bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen, bei denen ein Wertewandel erkennbar zu sein scheint (siehe auch Kapitel 4.2). Die Möglichkeit der Erwerbsarbeit wird von den Hilfesuchenden überwiegend als der Schlüssel für Integration, Anerkennung und materiellen Handlungsspielraum gewertet. Gleichwohl ist hier Ausgrenzung auf der Grundlage marktwirtschaftlicher, politischer und gesellschaftlicher Bedingungen am deutlichsten:

Wohnungslosigkeit und Arbeitslosigkeit stehen in einem engen Zusammenhang und bedingen sich gegenseitig. Zu den problematischen Voraussetzungen und Umständen die auf die Gruppe der Wohnungslosen häufig zutreffen, gehören Lebensalter (zu jung/ zu alt), Erkrankungen (psychischer Art/ Suchterkrankung), mangelnde Schul- und Berufsausbildung, Stigmatisierung (als Haftentlassener, Drogenabhängiger), kurzfristige, schlechte und häufig wechselnde Arbeitsplätze.

Der wachsende Druck, jegliche Arbeit zu fast beliebigen Konditionen anzunehmen, fördert Negativkarrieren und sozialen Abstieg, die Abwärtsmobilität und macht die Konkurrenz am Arbeitsmarkt unüberwindbar und sich selber schwer vermittelbar

(siehe auch: *Albrecht* 1990). Für das Identitätserleben ist Ausgrenzung aus der sog. Arbeits- und Leistungsgemeinschaft ein hoher Belastungsfaktor, zumal die Betroffenen hier wenig Einfluss und Handlungsspielraum haben. AnbieterInnen von Erwerbsarbeitskraft müssen sich einem wachsenden vorgegebenen Leistungsprofil anpassen und nicht etwa umgekehrt, den individuellen Fähigkeiten und Leistungsmöglichkeiten entsprechend werden passende Aufgaben als Erwerbsarbeit für die Arbeitssuchenden entwickelt... Selbst in den stationären Hilfebezügen, in denen eigens betriebliche Arbeitsmöglichkeiten geschaffen wurden zur „Qualifizierung von ArbeitnehmerInnen“, fallen ein Großteil der Wohnungslosenklientel heraus, weil sie den Leistungserfordernissen von Wettbewerb und Gewinn nicht genügen können.

Die Identitätssäule *Materielle Sicherheit* ist ebenso wie die von *Arbeit und Leistung* bei wohnungslosen Menschen nicht (mehr) vorhanden. „Das Unerreichbare“ ist der nüchterne Blickwinkel der materiellen Armut. Die materiellen Wünsche in Armut lebender Menschen beinhalten meist gewöhnliche Dinge, also den durchschnittlichen materiellen Wohlstand. Das permanente Nichterreichen solchen Normallebensstandards bringt Unsicherheit und Belastung für die Lebensperspektiven, grenzt aus, stigmatisiert, desorientiert und lässt Ziele und Wünsche und Anstrengungen zu deren Realisierung versiegen.

Die individuellen Werte, Überzeugungen und Ansprüche an das Leben und darüber hinaus, sind geprägt durch Familie, Soziales Umfeld, der Region, durch Gesellschaft und Kultur und durch den ethischen und politischen Zeitgeist und durch die Erfahrung von Erfolg und Niederlage, durch Bestätigung und Enttäuschung im Verlauf der Lebensbiographie. Die Erschütterung von Wertevorstellungen und Glauben betrifft einen Teil der stationären BewohnerInnen – diejenigen, die durch Schicksalsschläge, Verkettungen von belastenden, einschneidenden Lebensereignissen, wie z.B. Krankheit, Tod/Trennung geliebter Menschen und in nicht bewältigte Lebenskrisen abgestürzt sind und aus eigener Kraft keine ausreichende Kontrolle über ihr Leben zurückgewinnen können. Neukonstitution von Identität in diesem Bereich kann in den stationären Bezügen der „Anstalt“ zu einer Sub-Identität geraten, die sich orientiert an den Wertmaßstäben des exklusiven sozialen Umfeldes der Institution und die den Abstand nach „Draußen“ vergrößert und manifestiert. Wertevorstellungen und Glaubensüberzeugungen stellen sowohl Gerüst als auch Motor dar für den eigenen Willen, sind Beweggründe für Initiativen der Veränderung zum Besseren, zur Entwicklung, zum Austausch mit anderen und anderem, zur Neu-Orientierung und dem-

entsprechend zur Förderung einer prägnanten und stabilen Identität und leitendem Lebenssinn. Der Gewinn und Zuwachs von Sinn und Identität als Ziel integrativer Beratungsarbeit mit wohnungslosen Menschen, findet in der Förderung der *Fünf Säulen der Identität* ein Konzept und Orientierung für die Hilfe als Angebot und Intervention durch die stationäre Sozialarbeit. Neben der stationären Versorgung mit den existentiellen Mitteln wie: Essen, Bekleidung, Unterkunft, hygienischer und medizinischer Versorgung, werden Möglichkeiten der (wenn auch geringfügig bezahlten) Erwerbsarbeit, der Freizeitgruppenangebote, der praktischen Alltagsunterstützung angeboten. Die Sozialgesetzgebung will durch die stationäre Hilfe als letzte Sicherungsinstanz und als Notprogramm, die basalsten Grundbedürfnisse als minimaler materieller Sicherheit gewährleisten. Ein wesentliches Instrument zur Pflege und Begleitung der Identitätsentwicklung und von Sinnerfassungskapazitäten ist eine gelingende Beratungsbeziehung, mit den Aufgaben der Verständigung, der Akzeptanz und Wertschätzung, der Vermittlung von Hilfeangeboten und der Offenheit gegenüber Neuem und der Veränderung.

## 5.2 Beratungsbeziehung

Der Auseinandersetzung mit den Zielen von Beratungsarbeit in der Hilfe für wohnungslose Menschen schließt sich die Frage nach den wirksamen Mitteln ihrer Realisierung an. Was wirkt – und wie – in der stationären Beratung ?

Zentrale Bedeutung für das Gelingen oder Misslingen von beratender Hilfe kommt der *Beratungsbeziehung* als Grundlage und Ausgangs-setting möglicher Hilfeprozesse zu. Das In-Beziehung-kommen in der Beratung mit der Herstellung von Intersubjektivität vollzieht sich als Korrespondenz zwischen den Beteiligten zu einem oder mehreren Themen unter Berücksichtigung der „konkret vorfindlichen Situation mit all ihren Hintergrunddimensionen, d.h. des historischen, ökonomischen, politischen und ökologischen Kontextes.“ (Petzold 1996, 242)

Theoretischer Anspruch einer aufmerksamen, stabilen und professionellen Beratungsbeziehung ist die Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen.

Beratungskorrespondenz beschränkt sich hierbei zudem nicht auf die verbale Kommunikation, sondern beinhaltet ebenso den Blickkontakt, die Mimik, Gestik und Haltung. Unabhängig von diesem umfassenden Kontext, ist für das Gelingen einer Bera-

tungsbeziehung als sog. unspezifischer, jedoch hoher Wirkfaktor – jenseits aller Therapie/ bzw. Gesprächsverfahren und -techniken – das einführende Verstehen positiv wirksam für den Beratungsprozess. Allein die Erfahrung wohlwollender Aufmerksamkeit, das Interesse für ihre Person, die Situation, Gehör zu finden und gesehen zu werden, das Bemühen um Verstehen und ggf. verbunden mit praktischer Hilfeleistung, ist für die meisten Hilfesuchenden ein viel zu selten erfülltes Bedürfnis. In stationären Gruppensituationen ist daher eine häufig erlebte Konkurrenz um Aufmerksamkeit und Zuhörerschaft im Kontrast zu extremer Zurückgezogenheit, verständlicher auf diesem Hintergrund.

Neben dem einführenden Verstehen sind an anderer Stelle noch weitere Wirkfaktoren für einen positiv verlaufenden Beratungsprozess zu benennen.

Auch spezifische Rahmenbedingungen stationärer Hilfe müssen Berücksichtigung finden. Die Beratungsbeziehung wird in der stationären Einrichtung vorab konkret beeinflusst durch Umstände wie z.B. das setting, d. h. durch Zeit- und Räumlichkeiten, die Un-/ Freiwilligkeit der Beratung als stationäre Hilfskondition, die Wahl(un-)möglichkeit von Beratenden und Beratenen, die Altersstruktur, lebensbiographische Hintergründe, Bildungs- und Schichtzugehörigkeit, Status *Gesundheit*, u.a. und durch die Rollen der am Beratungsprozess Beteiligten.

Zu den Rollen am Anfang einer Beratung, kommen die im Verlauf einer Beratungsbeziehung neu entstehenden hinzu. Für die KlientInnen bedeutet die BeraterInnen-Rolle zunächst die der fremden, fragenden und zuhörenden Repräsentantin einer sozialen Hilfeeinrichtung, die Konditionen an die Hilfestellung stellt, klientelisiert, Probleme diagnostiziert, praktische Hilfe bereitstellt und leistet, meist einer anderen Schicht entstammt und für das Hilfeengagement bezahlt („...ohne mich hätten Sie diese Arbeit nicht!“) wird. Die Rollen der KlientInnen sind u.a. die der hilfebedürftigen, mittellosen Person in sozialen Schwierigkeiten, die der HilfeauftraggeberIn auf unbestimmte Zeit (ggf. nur kurzfristig und mit jähem Hilfeabbruch), die der Expertin bezüglich der eigenen Lebenssituation.

Beachtung und Auseinandersetzung muß ebenso das Machtgefälle zwischen EinrichtungsmitarbeiterInnen und BewohnerInnen im stationären Alltag und ihrer stationären Struktur finden. Die Verbindung von Sozialarbeit und Beratungsrolle beinhaltet auch die personale Repräsentanz der Einrichtung, ihrer internen Organisationsstrukturen, die Vertretung einer *Hausordnung*, welche ein Zusammenleben zu regeln versucht und damit die Möglichkeit der Sanktionsausübung (Heimplatzkündigung, Ver-



pflegungsgeldzahlungen, etc.). In den jeweiligen Bedarfsituationen ist es jedoch wichtig, den BewohnerInnen der Einrichtung in klarer situationsangemessener Rolle, d. h. eindeutig, zu begegnen. Für die KlientInnen muß transparent sein, ob ihr SozialarbeitIn, BeraterIn, HausherrIn, oder Privatmensch gegenübersteht.

Angesichts dieser Komplexität von Einflussfaktoren und Rollen im konfliktgeladenen stationären Kontext der Einrichtung, soll zum Thema der Beratungsbeziehung wiederholt auf die Notwendigkeit einer spezifischen Beratungshaltung hingewiesen werden (wie auch schon im Kapitel 5.1 Ziele integrativer Beratungsarbeit mit wohnungslosen Menschen), nämlich der grundsätzlich wachen, wertschätzenden Haltung und Beratungseinstellung zur Achtung der Würde gegenüber dem zu beratenden Mitmenschen, mit seiner jeweilig persönlichen Geschichte; wie schon gesagt, es bedarf also der Intersubjektivität als Voraussetzung von Heilung, Entwicklung und persönlichem Wachstum.

Intersubjektivität bedeutet die Begegnung in Korrespondenz und Kooperation von gleichwertigen, aufeinander bezogenen, sich als Subjekte achtenden Persönlichkeiten. KlientInnen mit Schädigungen und Mangelserfahrungen im Bereich der Kontakt- und Beziehungsfähigkeiten muß in der beginnenden Beratungsbeziehung vorerst eine sog. *unterstellte Intersubjektivität* (Petzold, 1993 a) entgegengebracht werden.

Die Subjekt-Beziehung als eine Sein-Relation, ist Anspruch und Aufgabe in der Beratungsbeziehung und durchaus nicht immer stationäre Alltagspraxis, wenn z. B. statt mit, über die KlientInnen Berichte abgefasst, Entscheidungen über Hilfeinhalte und -formen getroffen werden, beinhaltet die Beratungsbeziehung eher eine Objekt-Beziehung, als Haben-/ Besitz-Relation. Objekt-Beziehungen stehen den ethischen Grundsätzen beratender Hilfe entgegen, weil sie nicht Sinn- und Identität-stiftend, d.h. heilend und stabilisierend wirken können.

PETZOLD beschreibt diese Ebenen des zwischenmenschlichen Kontaktes als *Beziehungsmodalitäten* (siehe auch: Petzold 1996, 244), zu denen noch als weitere, die der sachlich-funktionalen Beziehung, als eine Machen-Relation hinzukommt.

Die gelingende, als Korrespondenzprozess verstandene Beratungsbeziehung, in der Beratende und Beratene sich gleichermaßen und gegenseitig als Lehrende und Lernende erfahren, ermöglicht Wirkfaktoren, die positive Ergebnisse beratender Hilfe fördern. Diese nachfolgend aufgeführten Wirkfaktoren hat PETZOLD (Petzold 1993 p,313 ff) als *Die 14 Heilfaktoren* zusammengefasst:

- „, einführendes Verstehen

- emotionale Annahme und Stütze
- Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/ Lebenshilfe
- Förderung emotionalen Ausdrucks
- Förderung von rationaler Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung
- Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
- Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
- Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
- Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
- Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven
- Förderung eines positiven persönlichen Wertebezuges
- Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens
- Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke
- Ermöglichung von Solidaritätserfahrung“

Die Beratungsbeziehung kann und sollte für wohnungslose Menschen in den stationären Hilfebezügen als Nährboden und Trainingsfeld der o. g. Heilfaktoren und insgesamt einer bereichernden Lebensgestaltung und –wahrnehmung dienen und für die Beratenden zum Maßstab glaubwürdig vertretener und praktizierter humanitärer Hilfe, und für beide ein Bewährungsfeld gelebter Mitmenschlichkeit werden.

### 5.3 Beratungshaltung, Beratungsstile – Indikation und Wirkweisen

Die Auseinandersetzung mit den jeweiligen Beratungsstilen wirft vorab eine Reihe von Fragen auf, deren Beantwortung sich das nachfolgende Kapitel widmet.

- In welcher Weise, für welche KlientIn und in welcher Situation und dem jeweilig spezifischen Hilfebedarf ist Beratung angemessen und positiv wirksam?
- Kann Beratung gar kontraindiziert sein ?
- Wie gelingt eine Passung von Ratsuchenden und Ratgebenden bezogen auf den spezifischen Bedarf und dem dafür entsprechenden Angebot ?
- Wann ist der richtige Zeitpunkt und wie die fördernde Umgebung ?
- Welche Beratungsstile und –interventionen sind hilfreich für die Beteiligten einer Beratung ?

Wie schon der genannte Begriff der sog. *Unspezifischen Wirkfaktoren* ausdrückt, sind trotz spezifischer Beratungsstile und –interventionen, Beratungsergebnisse wenig berechenbar. Erfolge von Beratung sind als solche schon unbestimmt und scheinen auch stark durch Zufälligkeiten und/ oder (un-)glücklichen Umständen beeinflussbar. In den akuten Notsituationen wohnungsloser Hilfesuchender entscheidet die Wirksamkeit von helfenden Interventionen nicht selten in dramatischer Weise über existenzielle Möglichkeiten. Dennoch kann ein vorhandenes Repertoire an Beratungsstilen und Hilfestrategien entsprechend der jeweiligen Beratungssituation, der Bedarfe und der Notlagen zu einer gelingenden Hilfebeziehung beitragen.

Die integrative Therapie unterscheidet verschiedene Therapie-, bzw. Beratungsstile und –strategien, als da sind: der *abstinente*, der *zugewandte*, der *direktive*, der *non-direktive*, der *stützende* und der *konfrontierende* Beratungsstil und die Haltung der *selektiven Offenheit* und des *partiellen Engagements*.

Der *abstinente* Beratungsstil entspringt der klassischen Psychoanalyse nach Sigmund Freud und wirbt für die konsequent neutrale Haltung der TherapeutIn/ der BeraterIn gegenüber den Beratungsanliegen der Klienten; die *Abstinenz* zeigt sich auch in der Zurückhaltung von Emotionen, Meinungen, Ratschlägen, etc. innerhalb des Beratungsgeschehens. Die Beratungsresonanz beschränkt sich auf das „Spiegeln“ von KlientInnenhaltungen und –aussagen. Ziel ist die „Selbstfindung“ der KlientIn.

Der *zugewandte* Beratungsstil beinhaltet die gezielte Kontakt- und Beziehungsaufnahme, den Blickkontakt, ggf. Berührung, die emotionale Resonanz, die Arbeit am Widerstand, mit der Übertragung und der Gegenübertragung. Die *zugewandte* Beratungshaltung ist die ausdrückliche, zwischenmenschliche, ganzheitliche Begegnung und Korrespondenz mit den Klienten.

Bei den Ansätzen *direktiver* Beratung werden den Klienten klare Anweisungen und Verhaltensvorschriften gegeben. Dies kann zu guten Beratungsergebnissen führen, wenn z.B. der Eigenantrieb der Klienten gemindert, die Angst vor Veränderung groß, oder nur sehr begrenzte geistige Fähigkeiten vorhanden sind. Der *direktive* Beratungsstil setzt eine gute Vertrauensbasis voraus und darf die Klienten in eigeninitiierten Bewältigungsschritten nicht bremsen, oder hemmen; er ist nicht gegen den KlientInnenwillen durch- und lediglich situativ einzusetzen.

Der *non-direktive* Stil setzt den bewussten Verzicht direkter Interventionen als Beratungsstrategie zur Mobilisierung und Unterstützung der Eigeninitiativen von Klienten ein, entsprechend der jeweiligen Persönlichkeit und Situation.

*Stützen*, oder auch *support* fördern, hat die Rückenstärkung, die Stabilisierung basaler psychischer Grundfunktionen im Blick in einem Klima von Vertrauen, Akzeptanz, Sicherheit und Wärme. Klienten die aufgrund ihrer persönlichen Lebensgeschichte, der Mangel Erfahrungen und durch unbewältigte Krisen in ihrem "self-support" brüchig und geschwächt sind, bedürfen zunächst der stützenden und entlastenden Beratungsintervention, mit dem Ziel des Rückgewinns eigener Quellen des supports.

*Konfrontieren* meint die Gegenüberstellung verschiedener subjektiver Realitäten, Wahrnehmungen von Problemen – die der Klienten und die der Beratenden – mit dem Ziel der Problemauseinandersetzung, dem Erkenntnis- und Konsensgewinn und der Möglichkeit zur Problembewältigung.

*Selektive Offenheit* und *partielles Engagement* schließlich sind therapeutische/ bzw. beratende Stile der Integrativen Therapie nach PETZOLD.

*Selektive Offenheit* beschreibt ein bewußtes und kontrolliertes Beteiligt-sein der BeraterIn als persönliches Sich-einbringen und Erzählen (Beispiele aus der eigenen Lebenserfahrung) innerhalb des Beratungsprozesses, in dem Maße wie es der KlientIn und ihrem (Problem-)Anliegen entgegenkommt und förderlich ist. *Selektive Offenheit* ist ein gezieltes Maß zwischen beraterischer Abstinenz und Selbstoffenbarung.

*Partielles Engagement* oder auch *partielle Teilnahme* bedeutet, dass die BeraterIn eigene Gefühle, Erinnerungen alter Szenen, Phantasien auf Themen oder Verhaltensweisen der KlientIn zulässt und sie bewusst als komplexe Signale zum Mitvollziehen der Lebenswirklichkeit und zum Verstehen der dargebotenen Szenen (siehe auch: *Petzold 1996*) der KlientIn einsetzt. Dies geschieht unter Beibehaltung der Fähigkeit, Nähe und Distanz in der Beratungsbeziehung professionell zu regulieren.

Stationäre Beratung und Sozialarbeit bewegen sich in einem Aufgabenfeld in dem neben dem Faktor Wohnungslosigkeit auch damit verknüpfte Problemkategorien auszumachen sind, wie z.B. Suchterkrankung, Selbstisolation, Psychische Störung, stigmatisierende Formen von Armut, oder allgemein deviantes Verhalten.

Einen gewichtigen Themenkomplex bilden beispielsweise die erheblichen bis zu massiven Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol und auch zunehmend bei der nachwachsenden Generation, mit der Abhängigkeit von illegalen Drogen und von Medikamenten; ein Großteil der BewohnerInnen ist als suchtkrank zu bezeichnen.

Viele von ihnen haben zahlreiche Entgiftungsbehandlungen und auch Entwöhnungskuren, d.h. Suchttherapien durchlaufen, teilweise mit sich anschließenden Suchtmittel-abstinenten Zeiten, aber auch häufig mit der Erfahrung von Vergeblichkeit aller Bemühungen für ein suchtmittelfreies Leben und der generellen Negativbewertung therapeutischer Behandlung. Bei der Aufnahme in die stationäre Wohnungslosenhilfeeinrichtung haben die meisten Klienten zudem bereits eine langjährige Geschichte mit wirtschaftlicher Not, Obdachlosigkeit, Krankheit, Diskriminierung und sozialer Isolierung hinter sich. Die stationäre Einrichtung bleibt dann als letzte Hilfeinstanz und zeigt sich für die Hilfesuchenden jedoch in großer Ambivalenz, als existenzielles Hilfeangebot mit unspezifischen, häufig undurchsichtigen Hilfesegmenten und betrachtet auf die verschiedenen HilfeanbieterInnen (ambulante, bzw. stationäre Sozialarbeit und Beratung) auch als diskontinuierlich und inkonsequent. Die Erleichterung durch die praktische Hilfe wird infrage gestellt durch die begründete Skepsis gegenüber der Einflussnahme, dem Anpassungsdruck und der sozialen Kontrolle auf die Hilfesuchenden. Und so findet der oben beschriebene Problemfaktor *Sucht* häufig keine Entsprechung im Hilfeangebot durch die Sozialarbeit der Einrichtung und dem Hilfebegehren der KlientInnen.

Die beratende SozialarbeiterIn repräsentiert dann eben auch die Gesellschaft, in der wohnungslose Menschen zuvor gescheitert sind und wird in den stationären Bezügen als „zur anderen Seite“ zugehörig empfunden, die mit Macht, wirtschaftlichem Wohlstand und gesellschaftlicher Anerkennung ausgestattet ist. Es gibt BewohnerInnen stationärer Einrichtungen, für die SozialarbeiterInnen schlechthin das Feindbild repräsentieren. Das alles sind schwierige Voraussetzungen für eine fruchtbare Beratungsbeziehung und den Einsatz hilfewirksamer Beratungsstile.

### 5.3.1 ...von *Konfrontation, Druck und Kontrolle*

Stationäre Beratung mit Aufgaben aus dem Themenbereich sozialer Brennpunkte unterscheidet sich demnach von Beratung in der ambulanten, mittelstandsklientel-

geprägten Beratungspraxis, die sich mit Hilfethemen der individuellen Selbstverwirklichung und –entfaltung befasst. In der stationären Wohnungslosenhilfe ist Beratung und Sozialarbeit untrennbar miteinander verquickt. Das Label der Freiwilligkeit von Beratung trifft hier nur sehr eingeschränkt zu (siehe auch Kapitel 4. Beratung und die verschiedenen Auftraggeber). Beratung ist hier weder unparteilich, noch unabhängig, sondern soll parteilich und aktiv für die Klientel und in Kooperation mit ihr sein und ist gleichzeitig abhängig:

- als Beratende von der Hilfe-anbietenden Institution und
- als Institution vom Kostenträger/ bzw. vom gesellschaftlichen Auftrag zur sozialen Integration, zur Herstellung von Konformität und zur sozialen Kontrolle

Stationäre Beratung wohnungsloser Menschen hat den Spagat zwischen der Mobilisierung der Selbsthilfekräfte, dem Zugewinn an Hilfeunabhängigkeit einerseits und der Herstellung von Anpassung und sozialer Funktionsfähigkeit andererseits zu bewerkstelligen. “So entsteht ein Spannungsfeld zwischen sozialer Integration/Anpassung und der Förderung individueller Autonomie und Stärke”( *Nestmann* 2002, 167).

Diese Rahmenbedingungen für die Hilfesuchenden beschreiben den Einsatz von Druck als Startkondition der Hilfe und nicht als Möglichkeit alternierender Beratungsstile.

Die Beratungspflicht wird hier zur Mitwirkungspflicht mit z.T. vorgegebenen konkreten Anweisungen für die Hilfesuchenden. Und trotzdem hat die Frage ihre Berechtigung, ob die Möglichkeit des positiven Hilfeprozesses und der gewünschten Problembewältigung, durch das Mittel *Druck* in der Beratung und durch die *Pflicht* zur Mitwirkung, grundsätzlich ausgeschlossen sind ? Jedenfalls ist die Offenlegung und Thematisierung dieser Hilfekonditionen zunächst wichtig.

Beispiel:

Der Klient E. ist von einer langjährigen Alkoholabhängigkeit betroffen und wohnungslos. Zahlreiche stationäre Entgiftungen und Therapien liegen bereits hinter ihm. Der Kostenträger seines stationären Aufenthaltes in Hamburg, hat an die Kostenübernahme für den Aufenthalt in den Diakonischen Heimen in Kästorf für die nächsten drei Monate und auch für weitere mögliche Bewilligungszeiträume die Bedingung der Alkoholabstinenz geknüpft. “...andernfalls könne der Klient auch in Hamburg weitertrinken...” Herr E ist mit dieser auferlegten Kondition einverstanden

(obwohl hier vermutlich rechtlich einem Widerspruch stattgegeben werden müsste). Die Abstinenz entspricht derzeit seinem eigenen Willen und den persönlichen Zielen, sowie dem Interesse, den stationären Arbeitsplatz zu erhalten, das stützende soziale Umfeld und die beratende Begleitung. Herr E kommt dreimal täglich zur Alkoholkontrollenkontrolle. Der Kostenträger kontrolliert diese Maßgaben und vereinbarten Zielsetzungen durch regelmäßige Berichterstattung der begleitenden SozialarbeitIn über die Rubriken: aktuelle Lebenssituation, Hilfezielen, Gründe für das Scheitern von Hilfezielen, Maßnahmen zur Zielerreichung, sowie der Darstellung des zeitlichen Rahmens in der Hilfedokumentation.

Diese verordnete, institutionsgebundene *Kontrolle* ist durch die stationäre Beratung entschärft, verschleiert, oder eben gerade akzentuiert gegenüber den Klienten handhabbar. *Druck* und *Kontrolle* in der Sozialarbeit sind nun allerdings nicht ausschließlich außenbestimmte Vorgaben, sondern auch Beratungsstrategie im einzelnen Fall.

Beispiel:

Herr W ist 40 Jahre alt, seit drei Jahren in der stationären Einrichtung in den Diakonischen Heimen in Kästorf. Er war vorher unterwegs, z.T. ohne festen Wohnsitz (o.f.W.), mit kurzfristigen Gelegenheitsjobs als Pferdepfleger, Melker o. ä. und mit verschiedenen kurzen Aufenthalten in anderen stationären Wohnungslosenhilfeeinrichtungen. Herr W ist schlicht in seiner Denkweise. Vor geraumer Zeit wurde bei ihm eine schwerwiegende Herzerkrankung diagnostiziert und so bedarf Herr W der regelmäßigen Medikamenteneinnahme. Zur täglichen Verabreichung der Medikamente kommt Herr W jedoch sehr unregelmäßig, mitunter über längere Zeiträume gar nicht.

Beraterin: „Herr W , es ist sehr wichtig, dass Sie Ihre Medikamente täglich abholen und einnehmen.“

Herr W : „Ach was, die machen mich dick !“

B : „Wenn Ihr Körpergewicht Ihnen Sorge bereitet, können wir gemeinsam überlegen, wie eine Gewichtsabnahme möglich ist...“

Hier geht es aber um überlebenswichtige Medikamenteneinnahme!“

W : „Das ist mein Leben! Mit dem mach ich, was ich will!“

B : „Das stimmt, so ungefähr...Sie sind hier aber in einer Hilfeeinrichtung und ich möchte nicht wissentlich zuschauen, wie Sie sich selber gefährden und Ihrer Gesundheit so massiv schaden...“

W : „Das geht Sie gar nichts an! Das ist mein Leben!“

Herr W hat diesen Dialog in Variationen, jedoch gleichen Inhalts, einige Male geführt. Scheinbar problemlos, oder sogar gerne, lässt er sich zu den Ermahnungsgesprächen der Beraterin bestellen.

B : „Herr W , ich habe den Eindruck, Sie betreiben ein kleines Spiel mit mir...

Kann es sein, dass Sie unsere sorgenvolle Aufmerksamkeit genießen...?“

Herr W lächelt breit und zustimmend, vergisst aber nicht alsbald seinen Standardsatz einzuwerfen:

W : „Das ist mein Leben!“

B : „Wir haben keine Möglichkeit Ihnen in dieser Einrichtung weiter zu helfen, wenn Sie der Einschätzung der Ärzte über die sehr notwendige Medikamenteneinnahme, keinen Glauben schenken und Sie ganz überlebensnotwendige Hilfeangebote von uns schlicht ablehnen. Daher müssen wir mit Ihnen zusammen schauen, wo Sie angemessenere Hilfe erhalten können, die Ihnen und Ihren Wünschen mehr entspricht.“

Herr W macht ein erschrecktes Gesicht, brummelt sich etwas in den Bart und geht fortan regelmäßig zur Medikamenteneinnahme und berichtet dieses bei jeder Gelegenheit mit einem strahlenden Lächeln.

In dem oben beschriebenen Beispiel wurde durch die Beraterin die Elternrolle für den Klienten übernommen. Herr W hatte offenbar nicht genügend Aufmerksamkeit und sorgende Zuwendung und mobilisierte diese auf seine Weise.

Können *Konfrontation* und *Druck* als strategisches Mittel zur Zielerreichung, oder zur Lockerung eingeschliffener, fixierter, schädigender Verhaltensweisen und Lebensmuster Positives bewirken ? Als Selbst-Strategie wird die Nutzbarmachung von *Druck* im allgemeinen als normal und gängig betrachtet. Zu bewältigende Aufgaben, die in der Umsetzung mit Unlustgefühlen verbunden sind, deren Realisierung jedoch durchaus gewünscht werden, veranlassen uns zu solchen Aussagen:...“ich brauche erst *Druck*, um damit anzufangen....“ oder „...erledigt auf den letzten Drücker....“ Auf die Frage der Beraterin: “was hat Sie nun eigentlich zur stationären Entgiftung gebracht, nachdem an Sie über einen längeren Zeitraum mehrfach und nachdrücklich appelliert wurde...?“ antworteten Klienten: „der XY hat mich am Kragen gepackt und hingebacht....“, oder der Rückblick eines abstinenten Alkoholikers zum Tag X der beginnenden eigenen Suchtkontrolle: „der Arzt hat damals zu mir gesagt, wenn ich weitertrinken würde, gäbe er mir noch drei Wochen....“



Ebenso häufig werden allerdings auch gegenteilige Voten abgegeben: „Ich laß' mich nicht zwingen!“ oder „ es war mein eigener Wille“, der entscheidende Zeitpunkt, eine eindruckliche Begegnung, oder die Ermutigung, es schaffen zu können waren wichtig.

Der Einsatz von *Druck* ist riskant, da er die Gefahr des nicht gelösten Widerstands provoziert, den Willen unberücksichtigt lässt und die Verantwortungsübernahme hindert. *Druck* als Not-Strategie in der Auseinandersetzung mit Situationen mit hohem Aufforderungscharakter, ist nicht gleichzusetzen mit Unterdrückung, in der die Unterdrücker keineswegs die Interessen und das Wohl der Unterdrückten zum Ziel haben. *Druck* als Hilfeintervention darf die grundsätzliche Autonomie, Entscheidungsfreiheit und die selbstgesteuerten Entwicklungsprozesse, d.h. letztendlich auch die Entscheidung zur Selbstschädigung, nicht infrage stellen.

Sein punktueller Einsatz kann jedoch eine Qualität der Beziehungskonstellation mobilisieren, die dem/der Hilfesuchenden über das gefühlte Engagement der HelferIn Ermutigung vermittelt, es schaffen zu können.

Konfrontation und *Druck* sind keine Ausnahme in stationären Hilfeprozessen. Ihrer Anwendung sollte jedoch die Abwägung von möglichen Alternativstrategien vorausgehen. Der Einsatz von *Konfrontation* und *Druck* setzt eine gewachsene gute Vertrauensbasis in der Beratungsbeziehung voraus, sowie Beratungserfahrung und die Offenlegung des Rollenwechsels von der Beratung zum direktiven, klare Vorgaben setzenden *Hilfelotsen*. Kann die Hilfesuchende den *Druck* als Hilfestrategie für sich positiv wirksam nutzen, muß die Verantwortungsübernahme bei solchem Vorgehen nachträglich bearbeitet und für zukünftige Situationen vermieden, d.h. ein Lern- und Entwicklungsprozess zur aktiveren Eigenverantwortlichkeit, und geleistet werden. Idealtypisch im Bild dargestellt heißt das: die Krücke *Druck* erübrigt sich in Zukunft. Es ist jedoch auch notwendig zu registrieren, wann *Druck* Selbsthilfeenergien blockiert und dann diesen Interventionsstil zu korrigieren.

Im dritten und letzten Fallbeispiel für den Einsatz von *Konfrontation*, *Druck* und *Kontrolle* geht es um die unterschiedliche Wahrnehmung von Realität und die Mobilisierung von Antriebskräften und des Veränderungswillens:

Beispiel:

Herr He ist bereits im Kapitel 4.2 beschrieben. Wie schon berichtet, war es ihm gelungen, über einen Zeitraum von 9 Monaten trocken zu leben. Als Motivation für die

abstinente Zeit gibt Herr He die Angst vor einer Verurteilung wegen Körperverletzung an.

In den Beratungsgesprächen, auch nach den ersten Rückfällen, bekundet Herr He immer wieder den Willen zur abstinenten Lebensweise, die Fortsetzung einer beruflichen Qualifikation und die Bemühungen um einen Arbeitsplatz, sowie einen außerstationären Lebensmittelpunkt. Allerdings geht Herr He in keiner Weise auf die erhebliche langjährige Suchterkrankung ein. Therapeutische Maßnahmen lehnt Herr He für sich ab. Etwa zeitgleich, mit dem Ende der Gefahr möglicher strafrechtlicher Folgen beginnt Herr He erneut das Alkohol-Trinken. Über einen Zeitraum von anderthalb Jahren erstrecken sich zunehmend längere Trinkphasen, stationäre und allein bewältigte Entgiftungen, sowie kürzer werdende abstinente Zeiten. Die Beratungsgespräche drehen sich im Kreis.

Herr He: „Ich hab ´ wieder Scheiß gemacht (meint Trinken). Aber ich höre jetzt wirklich auf damit !“

Beraterin: „Das haben Sie all die letzten Male auch gesagt...“

Herr He: „Ja, aber jetzt habe ich es mir fest vorgenommen!“

Beraterin: „Was ist anders als die vorherigen Male?“

Herr He: „Ich werde mir eine Arbeit hier auf dem Gelände suchen.“

Beraterin: „Auch dieses Vorhaben erwähnen Sie seit langem in unseren Gesprächen, ohne Erfolg bisher...Bei all Ihren Zielen und dargestellten Schritten übergehen Sie beständig Ihre Suchterkrankung...ich würde Sie und Ihre augenblickliche Situation gerne besser verstehen wollen...“

Herr He: „Ich weiß selber nicht...“

Über einen längeren Zeitraum wird von dem Klienten He versichert, dass es sein eigener Wunsch sei „trocken“ zu leben, berufliche, soziale und wirtschaftliche Integration zu erfahren, eben ein normales Leben außerhalb der stationären Einrichtung zu führen.

Durch die Beratung wird Herr He *konfrontiert* mit dem bisher stockenden Hilfeverlauf, der Wahrnehmung im Alkoholmissbrauch zu verharren und damit in der Realisierung seiner Wünsche nicht weiterzukommen. Die Beraterin hebt die Widersprüche und Diskrepanzen im Denken, Fühlen und im Handeln von Herrn He vor. Auch die *Konfrontation* innerhalb der Beratung vermag Herrn He jedoch scheinbar nicht zu mobilisieren. Die genannten Ziele und Wünsche bestätigt er aber auch weiterhin. Es

bleibt ungeklärt, ob durch die auffangende Wirkung der stationären Unterbringung der Leidensdruck abgemildert und die eigene Initiative verzögert wird.

Auf diesem Hintergrund werden Herrn He durch die Beraterin schließlich Bedingungen für das weitere stationäre Hilfeangebot gestellt: Herr He wird aufgefordert einen Abstinenzzeitraum und damit verbundene Auflagen und Hilfsmaßnahmen der Einrichtung/ bzw. der Beratung zu benennen. Andernfalls wird von Seiten der Einrichtung der Hilfevertrag gekündigt, dann allerdings mit dem Vermittlungsangebot in die veränderten Lebensbezüge, z.B. in die eigene Wohnung.

Diese Drucksituation veranlasst Herrn He dazu:

1. die Entscheidung zu treffen, das weitere stationäre Hilfeangebot zu wünschen
2. selber einen Abstinenzplan zu erstellen, mit nachfolgend begleitenden Unterstützungsmaßnahmen: 4 Monate durchgängige Abstinenz, die Aufnahme einer tagesstrukturierenden innerstationären Arbeitstätigkeit, tägliche Alkoholatemkontrollen und wöchentliche Beratungsgespräche

Dieser Plan wird in einem Hilfevertrag gemeinsam festgelegt. Die Beraterin legt die Heimplatzkündigung fest, bei Alkoholrückfall innerhalb der 4 Monate vereinbarter Abstinenz.

In dem vorab geschilderten Beratungsprozess verlässt die Beraterin das Feld der Beratung mit Angebotscharakter, das von dem Klienten bestimmten Hilfetempo und die Neutralität gegenüber der vom Klienten gesetzten Themen und greift zu einer *direktiven* sozialarbeiterischen Strategie – mittels klarer Auflagen, *Kontrollen* und Sanktionen. Diese Maßnahme versucht der akuten körperlichen Selbstgefährdung des Klienten zu begegnen, dem es über einen langen Zeitraum nicht gelingt, bekundeten Willen und reale Umsetzung zu verbinden, und der sich selber dem Suchtdruck ohnmächtig ausgeliefert sieht. Der eingesetzte *Druck* beabsichtigt den Rückgewinn von körperlicher und psychischer Stabilität, eine Frist der „nüchternen Besinnung“ und den Impuls zum Wiedererhalt von Selbstkontrolle.

Die Beraterin übernimmt hier stellvertretend für den Klienten Verantwortung, mit dem Ziel, eine vitale Grundlage für die Mobilisierung eigener Vorstellungen über Hilfe und Entwicklung zu öffnen, denn der „Ausgangspunkt ist die (Vermittlung der) Überzeugung einer Verantwortlichkeit für das Auswählen von Alternativen für die Entscheidung und die schließlich getroffene Wahl.“ (Nestmann 2002, 182)

Das Konzept der Integrativen Beratung bleibt auch in dieser Situation Orientierung und korrektive Folie für die genannten grundlegenden Beratungsziele, wie Intersub-

jektivität, Förderung des Sinnerlebens und der Entwicklung der Identität. Die Existenz gegenseitigen Vertrauens und die glaubhafte Atmosphäre wohlwollenden Hilfebemühens sind Voraussetzung für wirksame Hilfe .

Das Interventionsmittel *Druck* kann im günstigen Fall als Beziehungsmodalität verstanden werden, die eine glaubwürdige Parteinahme für das Leben der KlientIn und gegen die Zerstörung aus Krankheit vermittelt.

### 5.3.2 ...von *Annahme, Stützung und Angeboten*

„Warum ist diese KlientIn eigentlich in der stationären Wohnungslosenhilfe ?“ ist häufig die erste Irritation auf BeraterInnenseite. Vom ersten Eindruck her wird bei dieser oder jener Wohnungslosen kein Hilfebedarf signalisiert - außer dem nach einer Unterkunft. Aber dieser Bedarf allein erfüllt ja nicht die Hilfevoraussetzungen nach stationärer Wohnungslosenhilfe. In den ersten Beratungskontakten werden zumeist äußere schicksalhafte Umstände, besondere Ereignisse und andere Menschen als verantwortlich für die eigene Notsituation beschrieben. Kaum eine/r, die/der sich selber und ihr/sein Verhalten in den Mittelpunkt der Hilfebetrachtung stellt.

Und das ist verständlich, weil die normale Erwartung in unseren zwischenmenschlichen Alltagsbezügen am Erfolg, an Anpassungsfähigkeit, an Attraktivität, Funktionsfähigkeit und Stärke orientiert ist. Die Angst der stationären KlientIn, ihre Hilfebedürftigkeit zu zeigen – und häufig werden große Anstrengungen unternommen, um sich zu verbergen – verstärkt sich durch das Stigma der Nichtsnutze, Tagediebe, Penner, Säufer und Schmarotzer. Die Vorstellung der Gesellschaft über Hilfeerfolge, beinhaltet ausschließlich die Veränderung, d.h. Anpassung der Hilfesuchenden an die realen Gegebenheiten, wie z.B. Wohnfähigkeit, Suchtkontrolle, Vermittelbarkeit auf dem sog. 1. Arbeitsmarkt, Gesundheit und die Lebensform, welche die Allgemeinheit nicht stört. Die Erwartung an die stationären Hilfeanbieter nach strenger Reglementierung erstaunt daher wenig. Kein Gedanke an *Annahme* als notwendige Hilfeintervention.

Hilfe wird in der Regel nicht verstanden als Veränderungsangebot und Entgegenkommen der Gesellschaft auf die sog. „Schwachen“ und „Gescheiterten“, z.B. in Form von niedrighwelligen Arbeitsplatzprofilen, angepassten Mietkonditionen, (ggf. terminaler) Suchtbegleitung, etc.. Das Gefühl der *Annahme* und mithin von Selbstannahme ist also üblicherweise Mangelerscheinung, wenn nicht gar unbekannt

im Leben der stationären KlientIn. Aber eben dieses grundsätzliche Entgegenkommen, als zwischenmenschliche Haltung der Hilfe-anbietenden Person – der BeraterIn und der MitbewohnerIn – ist notwendig als erster Hilfeschritt.

MARTIN BUBER beschreibt *Annahme* als *dialogisches Grundprinzip* in der zwischenmenschlichen Beziehung:

„Die Hauptvoraussetzung zur Entstehung eines echten Gespräches ist, dass jeder seinen Partner als diesen, als eben diesen Menschen meint. Ich werde seiner inne, werde dessen inne, dass er anders, wesenhaft anders ist als ich, in dieser bestimmten ihm eigentümlichen einmaligen Weise wesenhaft anders als ich, und ich nehme den Menschen an, den ich wahrgenommen habe, so dass ich mein Wort in allem Ernst an ihn, eben als ihn, richten kann. ... ich bestätige sie (die Person, R.K.) als Kreatur und als Kreation, ich bestätige auch das mir entgegen Stehende als das mir gegenüber Stehende.“ (Buber 1962<sup>8</sup>, 283)

Wie aber gelingt die Vermittlung von *Annahme* der Hilfesuchenden als Anders-seiende, Anders-denkende und –fühlende und Anders-wollende (Petzold (Hrsg) 2001) in der unheiligen Praxis des stationären Alltags ?

Was heißt *Annahme*, wenn zunächst auf BeraterInnenseite impulsiv Abwehr mobilisiert wird, weil KlientInnen beispielsweise mit Körpergestank, mit wüsten Beschimpfungen, oder mit der Darstellung eigenen schweren Gewaltverhaltens die Beratungssituation prägen ? Im Sinne der von BUBER beschriebenen Authentizität, bzw. Echtheit im Zwischenmenschlichen, heißt *Annahme* durch die BeraterIn in dieser Situation eben nicht die Unterdrückung eigener Reaktionen und schlichtes Erdulden ihr widerstrebender Eindrücke, sondern die Gradwanderung der Gleichzeitigkeit von Akzeptanz der Person und des Widerspruchs in der Sache. *Annahme* ist hier auch möglich in Form eines Streites, einer *Konfrontation*, eines Konsens im Dissens (Petzold) und dann auch im sich gegenseitigen Ertragen.

Resonanz und Mitteilung der professionell Beratenden wird in der Integrativen Beratung auch als *partielles Engagement* und *selektive Offenheit* (Kap. 5.3 diese Arbeit) gehandhabt.

Die Fähigkeit der *annehmenden Haltung* (ebd.), setzt die eigene Erfahrung von *Annahme* durch Menschen meines relevanten Lebensumfeldes voraus, im Verlauf lebensbiographischer Entwicklung, Auseinandersetzung und der Weiterentwicklung von Identität und personaler Autonomie. *Annahme* ist dann ein Prozess des Verstehens und Begreifens eigenen Lebens und des (erzählten) Lebens der anderen.

Neben der *annehmenden Haltung* in der Beratungsbeziehung, hat die *Unterstützung*(ebd.) der KlientIn – oder auch den support gewähren – eine wesentliche Funktion für ein hilfewirksames Beratungsklima. Es ist nicht nur einseitig, den Hilfeblickwinkel auf Mängel, Defizite und das Scheitern zu richten, sondern auch zusätzlich belastend für das ohnehin beschädigte Selbstwertempfinden vieler KlientInnen.

*Unterstützung* bedeutet im stationären Hilfeangebot auch und besonders die Wahrnehmung, Bestätigung und Förderung vorhandener Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, der protektiven Umweltfaktoren und der ggf. noch vorhandenen sozialen Netzwerke. Allerdings ist der Beratungswille zur konkreten *Unterstützung* auch auf fördernde Angebotsstrukturen angewiesen; es bedarf auch der finanziellen Mittel für *Unterstützung*, die jedoch zunehmend beschnitten und eingespart werden. Beispielhaft kann hier der Identitäts-fördernde Bereich der Erwerbsarbeit benannt werden. Für viele KlientInnen spielt die Erwerbstätigkeit und –fähigkeit eine entscheidend große Rolle im erfolgreichen und stabilisierenden Hilfeprozess. Der Wegbruch von Arbeitsmöglichkeiten und die Tendenz, stationäre HilfeempfängerInnen grundsätzlich als arbeitsfähige und damit potentiell leistungsberechtigte Empfänger des Arbeitslosengeld II / Hartz IV auszumustern, würde für die Betroffenen zu einer folgenschweren und diskriminierenden sozialpolitischen Entscheidung und kontraproduktiv für die noch immer gesetzlich verankerte Hilfeabsicht an wohnungslosen Menschen.

*Unter-Stützung*, bzw. *support* gewähren in den Beratungsbezügen, ist nicht unabhängig von den so beschriebenen Rahmenbedingungen, aber dennoch auch im zwischenmenschlichen Bemühen als Gestaltung einer liebevollen, förderlichen Umgebung mit-verwirklichbar. Die Erfahrung von *Umwelt-support* ermöglicht der KlientIn die (erneute) Verinnerlichung von *Self-support* und bestärkt sie in ihrem Vermögen Krisen zu bewältigen und auf das *stützende* Verhalten der Umgebung weniger angewiesen zu sein (Petzold 1996, 280).

Die *Angebotspalette* der stationären Hilfe umfasst die Gewährung von Obdach, Verpflegung, Verwaltung, (noch) Erwerbsarbeit, Freizeitgestaltung, die Möglichkeit der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, die niedrigschwellig medizinische Versorgung, Beratung und Begegnung.

Das *Angebot* der Hilfe in der stationären Beratung wohnungsloser KlientInnen muß die Möglichkeit der eigenen Entscheidung, muß Freiraum und Nährboden zur Willensbildung für die Ratsuchenden beinhalten und als solcher zunehmend verteidigt werden. Die Alltagserfahrung der hilfeschuchenden KlientInnen entspricht auch eher der Einhaltung von Pflichten, der Erfüllung von Auflagen, Forderungen und Hilfebedingungen. Für die Beratung ergibt sich hieraus der Anspruch stationäre *Hilfeangebote* klar von stationären *Hilfeauflagen* zu unterscheiden und darzustellen.

*Angebote* können von KlientInnen häufig nicht in Anspruch genommen werden, weil sie Ängste auslösen, Verhaltensmuster und alte Vorstellungen infrage stellen. Die Teilnahme an Freizeitangeboten, Ausflügen und Gruppenangeboten beispielsweise, kann ein wichtiger Hilfeschnitt der KlientIn sein (auf dem Hintergrund vormaliger Isolation), wenn es gelingt, ihr dieses *Angebot* in seiner Bedeutung zu erschließen, und wenn es dann auch ihre Entscheidung ist daran teilzunehmen. Voraussetzung dafür, dass sich *Angebote* in ihrer Bedeutsamkeit für die Hilfeschuchenden eröffnen, ist die vertrauensvolle Atmosphäre in der Beratungsbeziehung.

Das zentralste und wesentlichste *Angebot* ist, das *B e z i e h u n g s a n g e b o t*, dessen gezielte ausdrückliche Vermittlung an die KlientInnen professionell gehandhabte Aufgabe der Beratung sein soll.

In solcher Weise vermag vielleicht das Beratungsangebot Entwicklungs- und Veränderungsräume schaffen, in denen Hilfeziele nicht schon vorab festgelegt sind und gemeinsames Wachstum, gemeinsames Wollen sich ergänzen und lebendige Vielfalt ermöglichen.

## **6. Integrative Beratung in der stationären Wohnungslosenhilfe**

### **- abschließende Bemerkungen**

Die Anwendung Integrativer Beratung ist für mich zunächst einmal mehr als die bloße Inanspruchnahme eines theoretischen Konzeptes und der Einsatz spezifischer Methoden zur Zielverfolgung im Arbeitsfeld beratender Hilfe.

Die berufs- und lebenslaufbegleitende Weiterbildung ist prägend für eigene Entwicklungs- und Auseinandersetzungprozesse geworden und hat einen gewichtigen Beitrag zum Menschenverständnis, zu Intersubjektivität, Begegnung, Beziehung, Mehr-

perspektivität, pluriformen Lebensweisen, etc. geleistet und findet Ausdruck – so hoffe ich zumindest – in meiner Haltung, in den beruflichen und privaten Bezügen. Für die Arbeit mit dem Klientel der stationären Wohnungslosenhilfe, die Reflexion der eigenen HelferInnenrolle und die Rahmenbedingungen stationärer Beratungsarbeit, bietet das theoretische Konzept der Integrativen Therapie und Beratung, eine Folie der Auseinandersetzung und der Erkenntnis, mit der Aussicht, Menschen und ihr Leben zu verstehen und damit Tauglichkeit zur empathischen WegbegleiterIn zu zeigen.

Die Fähigkeit zu Verstehen und schließlich Verständnis zu fördern, auch bei den stationären BewohnerInnen für sich selber und ihr Leben, ist zentrales Ziel Integrativer Beratung. Es ist notwendig, Ausgrenzung zu beleuchten als gesellschaftliche „Ersünde“ in Form von zeitüberdauernder Stigmatisierung, als aufrecht erhaltene Struktur, besonders auch in den (Hilfe-) Institutionen und als individuellen Rückzug in die Isolation und in die andauernde Randständigkeit.

Das Konzept Integrativer Beratung könnte eine positiv korrektive Funktion gegenüber der Verleitung repressiver, entmündigender Hilfevorstellungen wahrnehmen, zu wacher, sorgsamer Abwägung anhalten und den Hilfeblickwinkel nicht auf Defizite, Devianzen, aufs Scheitern und auf Unglück verharren lassen, sondern weiten auf die positiven Potentiale, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Hilfesuchenden.

Und schließlich ist Beratung lediglich eine Form helfender Kommunikation, vielleicht in Bezug auf das Klientel wohnungsloser, hilfesuchender Menschen, noch nicht einmal die beste; denn Beratung konzentriert sich einseitig aufs Verbale und das Modell der Integrativen Therapie bietet eine Anleitung zur ganzheitlichen lebendigen Begegnung und korrespondierender Wahrnehmung.

## **7. Anmerkungen**

- 1) Quelle: Wohnen und Beraten Kästorf, Juli 2004, Red.: B.Göcke  
Hauptstr. 51, 38518 Gifhorn, Tel.: 05371/721-216
- 2) Verbunden mit dem Wunsch nach Erwerbsarbeit, ist der nach Tagesstruktur, Anerkennung innerhalb der Erwerbsgemeinschaft, Selbstwertbestätigung.



Mit dem Willen zur Arbeit verbindet sich der Wunsch nach „Zugang zu einem anerkannten sozio-ökonomischen Status...und in hohem Maße Chancen zur sozialen Integration“ (Hanesch 2003, 43). Abweichend von dieser Prioritätenliste scheinen Jugendliche und junge Erwachsene in den Einrichtungen für Wohnungslose, keinen ausgeprägten Bedarf nach Erwerbsarbeit zu haben. Von 356 BewohnerInnen im April 2004 in den Diakonischen Heimen in Kästorf, haben von 17 jungen Erwachsenen bis zum 27 Lebensjahr (trotz des vorhandenen Angebots) lediglich 5 eine Arbeit aufgenommen. Es scheint möglich, dass die jüngere Generation bereits die gesellschaftliche Bewertung von Erwerbsarbeit nicht mehr teilt, bzw. in Bezug auf ihre persönlichen Möglichkeiten massiv desillusioniert ist.

- 3) Neben dem Beratungsauftrag delegiert die stationäre Einrichtung ebenso Funktionen der Kontrolle, wie beispielsweise bei der Einhaltung von Meldepflichten zur Beteiligung der KlientInnen an den Unterbringungskosten, oder der Abrechnung von Bekleidungs-geldvorschüssen, bei Aufsichtsdiensten an sensiblen, konfliktgeladenen Stellen stationärer Alltagsorganisation (Kasse o.ä.)
- 4) Stefan Klein, freier Autor und Journalist schreibt in der Zeitschrift *Brigitte* 16/04 zum Thema: “Der Zufall“ von „...einer inzwischen klassischen Studie des amerikanischen Soziologen Mark Granovetter darüber, wie Menschen Arbeit finden. Insgesamt sind etwas mehr als 55% aller Arbeitnehmer über private Verbindungen an ihre Stelle gelangt; dabei hat in mehr als 80% der Fälle eine Person vermittelt, die der Stelleninhaber nur gelegentlich oder selten sah“. Dies dokumentiert die hohe Bedeutung eines funktionierenden Netzwerkes von Freunden und Bekannten für den Joberhalt

Zusammenfassung: ***Integrative Beratung in der stationären Wohnungslosenhilfe – ein Weg zwischen Angebot und Kontrolle*** beschreibt eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen des *Integrativen Beratungskonzepts* im Praxisfeld des stationären Hilfealltags. Der reflektierende Blick versucht mit der Kenntnis vergangener Hilfeideologien die Hilfe-, bzw. Beratungsstrukturen für stationäre wohnungslose HilfeempfängerInnen und HilfeanbieterInnen zu prüfen. Dargestellt werden die verschiedenen Auftraggeber deren spezifische Interessen und Hilfeziele, die Mittel ihrer Umsetzung und ihre Kompatibilität. Integrative Beratung wird hierbei als

Möglichkeit einer Verständigung zwischen Hilfesuchenden und HelferInnen zur hilfe-wirksame Kooperation aufgezeigt. Dabei kommen der Beratungsbeziehung und die an ihre Qualität geknüpften Beratungshaltungen, -stile und –interventionen mit dem Spektrum von Konfrontation, Druck, Kontrolle und Angebot, Stützung, Annahme ein besonderes Augenmerk zu.

**Summary: Integrative consultation in the aid for homeless people in hospital – a way between offer and surveillance** describes a discussion with the possibilities and limitations of the integrative consultation concept in the practice of the daily routine of the aid in hospitals. The reflecting look tries to examine the aid or the consultation structures for homeless people in hospital who receive the aid and those who offer the aid with the knowledge of aid ideologies from the past. Various people who offer the aid and their particular interests and the aims of the aid they offer, the means of their realisation and their compatibility are shown here. Integrative consultation is presented as a possibility of communication between aid searching and aid offering people for effective co-operation. Especially the relation of the consultation and – attached to the relation – the consultation attitudes, styles and interventions with the range of confrontation, pressure, surveillance and offer, support, acceptance are examined in detail.

## 8. Literatur

*Albrecht, G., und Holtmannspötter, H., (Hg.), Lebensläufe – von der Armut zur „Nichtsesshaftigkeit“, VSH-Verlag Soziale Hilfe, Bielefeld, 1990.*

*Buber, M., Das dialogische Prinzip, Verlag Lambert Schneider, Heidelberg, 1962.*

*Grohall, K.H., Arme Alleinstehende ohne Wohnung und Arbeit, VSH Verlag, Bielefeld, 1987.*

*Hanesch, W., Modernisierung des Sozialstaates -..., in: wohnungslos, VSH, Bielefeld 02/ 2003.*

*Kunstmann, W., Ostermann, Th., Medizinische Versorgung Wohnungsloser...,in: wohnungslos 4/02, VSH, 2002*

*Nestmann, F., Die gesellschaftliche Funktion psychosozialer Beratung...,in: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 1/96, dgvt-Verlag, Tübingen, 1996*

*Nestmann, F., Engel, F. (Hg.), Die Zukunft der Beratung, dgvt-Verlag, Tübingen, 2002.*

*Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P., Gestalt-Therapie, Klett-Cotta, Stuttgart, 1979<sup>6</sup>.*

*Petzold, H.*, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn, 1980.

*Petzold, H.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Bd. 1 + 2, Junfermann, Paderborn, 1988<sup>3</sup>

*Petzold, H.*, Die neuen Kreativitätstherapien I,II, Junfermann, Paderborn, 1990<sup>2</sup>.

*Petzold, H.*, Integrative Therapie, Bd. 1-3, Junfermann, Paderborn, 1991a-1993a

*Petzold, H.*, Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik..., in: *Petzold, Sieper* 1993 a

*Petzold, H.*, (Hg.), Wille und Wollen, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2001.

*Petzold, H.*, (Hg.), Supervision: Theorie-Praxis-Forschung, 02/2003, [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision), Interdisziplinär beraten – sich ergänzen: Überlegungen..., FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen, 2003 b

*Rahm, D.*, Gestaltberatung, Junfermann, Paderborn, 2000.

*Schmitz, M. M. V.*, Wohnungslosenhilfe in Deutschland als pädagogisches Forschungsfeld, VSH-Verlag, Bielefeld, 1998.

*Schuch, H.W.*, Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie in: Integrative Therapie, Junfermann, Paderborn, 2001.

*Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann, F.*, (Hg.), Beratung- Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze, Juventa, Weinheim und München, 2002.

*Stimmer, F.*, Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit, Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln, 2000.

*Weber, R.*, Lebensbedingungen und Alltag der Stadtstreicher in der Bundesrepublik, VSH Verlag, Bielefeld, 1984.