

**Sylvi Finger
Puschkinalle 15 / Hausboot
12435 Berlin
Tel.: 0176 / 21214207
e-mail: s_finger@arcor.de**

Diplomarbeit

**vorgelegt im Januar 2007
am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin**

Thema:

Evaluative Betrachtungen des Weglaufhauses „Villa Stöckle“ in Berlin

Gutachter:

**Prof. Dr. Ernst v. Kardorff
Dr. Bernd Stefanides**

Dank

Ich danke den beiden geduldigen Betreuern der Arbeit, Herrn Stefanides und Herrn von Kardorff, ohne deren Bereitschaft ich dieses Thema nicht hätte wählen können.

Ich danke dem Team des Weglaufhauses.

Vielen Dank den ehemaligen BewohnerInnen des Weglaufhauses, die Mühe und Vertrauen für ein Interview aufbrachten.

Ich danke meinem Freund und Gefährten Frank, der sich so intensiv um unsere Kinder kümmerte, sodass ich genug Zeit für diese Arbeit finden konnte.

Dank auch Evi meiner Tochter, die die Arbeit unermüdlich korrigierte.

Ich danke meinem Freund Gunner, der hilfreiche Makros programmierte für diverse Tests, Diagramme und die Formatierung des Dokuments.

Sylvi Finger

Gegenstand der Arbeit ist eine Betrachtung des Weglaufhauses „Villa Stöckle“ in Berlin im Sinne summativer Evaluation aber auch entdeckender Forschung.

Das Weglaufhaus ist eine Kriseneinrichtung der Wohnungslosenhilfe.

Hier können psychiatriebetroffene Wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Krisen aufgenommen werden. Das Weglaufhaus ist speziell für Menschen, die den Anspruch/ Wunsch haben, Verantwortung für sich und ihr Leben zu übernehmen, die auf der Suche nach einem alternativen Umgang mit Verrücktheit und ihren Krisen – außerhalb psychiatrischer Diagnosen sind.

Die BewohnerInnen kommen oft mit einer Vielzahl von Problemen ins Weglaufhaus, wie z.B. keine Ausbildung, kein Einkommen und Schulden, soziale Isolation, häufige Psychiatrieaufenthalte, gesundheitliche Probleme als Folge der schlechten Lebensbedingungen, extreme und belastende Gefühls- und Wahrnehmungszustände, juristische Schwierigkeiten (Strafanzeigen, Probleme mit gesetzlichen BetreuerInnen), Missbrauchserfahrung, Gewalterlebnisse.

Bis auf wenige Stunden am Tage arbeiten rund um die Uhr zwei MitarbeiterInnen im Haus, zumeist SozialarbeiterInnen und PsychologInnen. Mindestens die Hälfte der MitarbeiterInnen sind Psychiatriebetroffene. Die eigene Psychiatriebetroffenheit wird als Qualifikation in der Arbeit betrachtet.

Die Grundsätze der Arbeit sind zum Teil voneinander ableitbar und bedingen einander. Sie können in ihrer Gesamtheit als antipsychiatrisch charakterisiert werden.

Im Weglaufhaus wird der psychiatrische Krankheitsbegriff als Grundlage der Unterstützung von Menschen abgelehnt. Arbeitsgrundlage sind vielmehr die Selbstbeschreibungen der Betroffenen und der Begriff der Krise.

Die BewohnerInnen bleiben für ihre Äußerungen und Handlungen selbst verantwortlich. Das Weglaufhaus ist kein therapeutischer Ort. Es ist ein Raum, in welchem selbstbestimmt mit Verrücktheit und deren Krisen umgegangen wird, diese durchlebt werden können und begleitet werden. Die Rolle der MitarbeiterInnen als strukturierte professionelle Hilfe ist dabei keine führende, leitende, den Prozess dominierende.

Die Anwesenheit von zwei MitarbeiterInnen in der Nacht und in der meisten Zeit des Tages soll, wenn nötig, eine 1:1 Krisenbegleitung im Sinne des Dabeiseins ermöglichen.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit, als zentrales Moment des Kontaktes, sind ausführliche Einzelgespräche entsprechend dem Bedarf der BewohnerInnen. Dieser persönliche Kontakt ist das Instrument der Bewältigung der Krise im Weglaufhaus. Es wird sehr viel Zeit und Aufmerksamkeit darauf verwandt.

Was die MitarbeiterInnen für die BewohnerInnen tun, geschieht in deren Auftrag und sämtliche, die einzelnen BewohnerInnen betreffenden Dokumentationen dieser Arbeit, sei es als interne Notiz oder ein Bericht für ein Amt, sind den BewohnerInnen zugänglich. Es werden nur mit ihrer ausdrücklichen Zustimmung Informationen an Dritte weitergegeben. Wenn die Mitarbeiter über die BewohnerInnen sprechen, sei es in den wöchentlichen Teamsitzungen oder den täglichen Dienstübergaben, können diese auf Wunsch dabei sein, wenn es um ihre Person geht. Durch diese Praxis soll das „Prinzip der vollständigen Transparenz“, wie es in der Konzeption des Weglaufhauses gefordert ist, umgesetzt werden.

Im Weglaufhaus wird mit den Selbstbeschreibungen der BewohnerInnen gearbeitet. Sie werden in ihrem Begehren, mit dem sie im Haus Hilfe suchen, ernst genommen. Eine Besonderheit des Weglaufhauses ist die konsequente Ausrichtung auf die individuellen Lebensentwürfe der NutzerInnen.

Die evaluierende Betrachtung orientierte sich an diesen individuellen Zielen der BewohnerInnen.

In der Fragestellung ging es darum, die Vorstellungen, Perspektivwünsche und Probleme der BewohnerInnen des Weglaufhauses zu erfassen und zu evaluieren, welche dieser Ziele zum Zeitpunkt des Auszuges verwirklicht werden konnten und welche nicht. Das Weglaufhaus als Einrichtung des Trägers des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt, hat wie beschrieben ein eigenes Selbstverständnis. Inwieweit ist das umsetzbar (lebbar) und schlägt sich in den Wünschen und Problematiken; mit denen die NutzerInnen ins Weglaufhaus kommen, aber auch in den erreichten Zielen als wirkliche Kompetenzen wieder?

Die Untersuchung besteht aus einem qualitativen und einem quantitativen Methodenteil.

Im quantitativen Methodenteil wurden die Perspektivwünsche zum Zeitpunkt der Aufnahme und die Situation zum Zeitpunkt des Auszuges von 102 ehemaligen BewohnerInnen erhoben.

Dabei wurden Variablen, wie ‚Dauer des Aufenthaltes‘ und ‚wiederholter Aufenthalt‘ sowie demographische Daten erfasst und in ihrer moderierenden Funktion betrachtet.

Ergänzend zur quantitativen Erfassung von Variablen bei Ein- und Auszug wurden 8 ExbewohnerInnen des Weglaufhauses über ihren Aufenthalt und dessen Bewertung in Form eines Leitfadeninterviews befragt.

Im Rahmen des Interviews wurden die Befragten zusätzlich gebeten, wesentliche Elemente der Weglaufhauspraxis (Transparenz, Dabeisein, 24h- Betreuung, Einzelgespräche, Hausgemeinschaft und antipsychiatrische Grundhaltung) zum einen in ihrer subjektiven Wichtigkeit und zum anderen in ihrer Umsetzung in Form eines Ratings einzuschätzen.

Im Wesentlichen ergab die Untersuchung folgende Ergebnisse

Die Mehrzahl der BewohnerInnen ist arbeitslos bzw. arbeitsunfähig, mit geringfügigem oder ohne Einkommen, ledig und allein lebend. Die meisten BewohnerInnen haben eine langjährige Psychiatriegeschichte hinter sich.

Die (Krisen-)situationen, aus denen heraus die NutzerInnen im Weglaufhaus um Aufnahme anfragen, sind zumeist sehr verschieden und komplex. Gemeinsam ist ihnen das Moment, die Situation ohne Hilfe von außen nicht mehr bewältigen zu können. Darüber hinaus ist diese oft mit einer drohenden Einweisung in die Psychiatrie und der Ablehnung psychiatrischer Hilfe verbunden.

Ein großer Anteil der Aufenthalte wird seitens des Weglaufhauses oder durch den/ die BewohnerIn vorzeitig beendet (in vorliegender Stichprobe jeweils 27%). Das bedeutet, dass im einen Fall die MitarbeiterInnen des Weglaufhauses nicht bereit sind, den Aufenthalt weiter zu tragen und zu verantworten und im anderen Fall der/ die BewohnerIn den Aufenthalt nicht (mehr) als hilfreich empfindet und das Weglaufhaus verlässt.

Es wurde versucht, über die Erkundung von Zusammenhängen zwischen den Umständen der Beendigung des Aufenthaltes sowie der Aufenthaltsdauer und einigen demographischen Daten NutzerInnen zu identifizieren, für die ein Weglaufhaus passender oder hilfreicher ist als für andere. Solche Zusammenhänge konnten nicht aufgespürt werden. Es ist also nicht an die Merkmale Geschlecht, Alter, Staatsbürgerschaft gebunden, ob das Weglaufhaus der passende und hilfreiche Ort für einen Menschen ist.

In den Interviews beschrieben zwei BewohnerInnen, warum für sie das Weglaufhaus in der Krisensituation nicht passend war. Sie sind beide im Anschluss an den Weglaufhausaufenthalt, wenn auch nicht explizit auf ihren Wunsch, so doch auf ihre Initiative in die Psychiatrie eingewiesen worden. Beide erklärten, dass sie im Weglaufhaus zu wenig Struktur ge-

funden haben. Sie hätten in ihrem Realitätsverlust mehr angeleitete Tätigkeit oder Beschäftigung gebraucht.

Die Ziele der BewohnerInnen sind in der Mehrzahl Ausdruck des Wunsches nach Stabilisierung, „Normalität“, Integration, Selbstbestimmung und einem selbständigen Leben.

In der Voruntersuchung zur Kategoriengenerierung und auch in den späteren Interviews tauchten in diesem Sinne immer wieder Wendungen auf wie „zur Ruhe kommen“, „Schutz“, „normales Leben“, „wieder in geordneten Verhältnissen leben“. Die Kategorien des quantitativen Untersuchungsteils 'eigene Wohnung', 'Beschäftigung/ Tätigkeit finden', 'Psychiatrieaufenthalt vermeiden', 'Schulden regulieren' und 'Psychopharmaka absetzen' wurden am häufigsten genannt.

In den Interviews wurden ehemalige BewohnerInnen gefragt, warum sie gerade das Weglaufhaus wählten. Wesentliche Gründe, das Weglaufhaus aufzusuchen sind die Niedrigschwelligkeit des Angebotes und die Ausschlusskriterien alternativer Einrichtungen. Viele BewohnerInnen kommen erklärtermaßen des antipsychiatrischen Ansatzes wegen in das Weglaufhaus. Den Interviews ist zu entnehmen, dass die Befragten vom Weglaufhaus erwarteten, dass ihre Interessen und Ziele ernst genommen werden und ihre Selbstbestimmung gewahrt wird.

Dem Weglaufhaus scheint seitens der NutzerInnen eine Art Vertrauensvorschuss gewährt zu werden.

Eine statistische Beantwortung der Frage, welche NutzerInnen vorrangig welche Wünsche äußern, ergab sich aus der untersuchten Stichprobe wie folgt:

Die Mehrzahl der BewohnerInnen wollte lieber in einer eigenen Wohnung leben als in einer betreuten Einrichtung. Der Wunsch nach einer eigenen Wohnung wurde jedoch von Männern im Weglaufhaus (69%) häufiger geäußert als von Frauen (45%). Und drei Mal so viele Frauen (34%) wie Männer (10%) konnten sich eine betreute Wohnform als Perspektive vorstellen.

Frauen wünschten sich häufiger Kontakt zu ihren Kindern.

Der Wunsch nach Vermeidung eines Psychiatricaufenthaltes wurde eher von älteren BewohnerInnen geäußert.

Jüngere BewohnerInnen wandten sich häufiger mit der Zukunftsvorstellung an das Weglaufhaus, eine Ausbildung zu beginnen oder eine bereits angefangene Ausbildung zu beenden.

Darüber hinaus wünschten sich jüngere BewohnerInnen häufiger, eine geeignete Therapie zu finden. Der Therapiewunsch wurde vor allem auch von Abiturienten geäußert, während keineR der BewohnerInnen mit Hochschulabschluss eine Therapie anstrebte.

Es wurde vermutet, dass Nichtberliner eher wegen der antipsychiatrischen Ausrichtung das Weglaufhaus aufsuchen. In den erfassten Wünschen wurde diese Annahme nicht bestätigt.

Im Rating gaben alle befragten NutzerInnen an, dass ihnen die antipsychiatrische Grundhaltung des Weglaufhauses und das Angebot von Einzelgesprächen sehr wichtig war.

Die Bewertung der subjektiven Wichtigkeit aller anderer Elemente der Weglaufhauspraxis variierte über die ehemaligen BewohnerInnen. Jedoch wurde keines durchgängig als bedeutungslos bewertet, sondern war zumindest für einige der Befragten jeweils sehr wichtig. Der Mittelwert liegt für alle Elemente im oberen Bewertungsbereich. Die Ergebnisse des Ratings deuten darauf hin, dass die Idee des Angebotes somit den Bedürfnissen der NutzerInnen entspricht.

Die Betrachtung, in welchem Maße die Ziele der BewohnerInnen umgesetzt wurden, kann sich nur auf die operationalisierbaren Variablen der quantitativen Analyse beziehen. Inwiefern den BewohnerInnen beispielsweise Stabilisierung oder Ruhe gelungen ist, konnte in dieser Untersuchung nicht erfasst werden. Man kann aber annehmen, dass die Umsetzung der meisten Wünsche ein Mindestmaß an Stabilisierung erfordert und nicht in einer akuten Krisensituation möglich ist.

Die Aussagekraft der Ergebnisse ist dadurch begrenzt, dass die Umsetzung zum Zeitpunkt des Auszugs aus dem Weglaufhaus erhoben wurde und, bis auf wenige Ausnahmen, keine Daten für die Zeit danach vorliegen, sei es auch nur für einen Tag später. Nur exemplarisch

schilderten acht ehemalige BewohnerInnen in den Interviews, wie es ihnen nach dem Aufenthalt im Weglaufhaus ergangen ist.

Die Gründe für eine hohe vs. niedrige Umsetzungsrate eines bestimmten Wunsches können zum einen in der Natur des Wunsches selbst, im Widerstand der "Außenwelt" (außerhalb des Weglaufhauses) und in der Kompetenz des Weglaufhauses im engeren Sinne liegen. An dieser Stelle muss bedacht werden, dass das Weglaufhaus Menschen in Krisen aufnimmt und dass diese Krisensituationen Ausnahmestände mit eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten sind. Menschen kommen oft ohne Geld, ohne Bleibe, ohne Papiere, in Situationen großer Angst oder Ver-rückung ins Weglaufhaus. Trotzdem sind sie schnell gefordert, sich um die Sicherung ihrer Existenz zu kümmern: in relativ kurzer Zeit müssen sie zum Bezirksamt, zum Jobcenter, zur Meldestelle... Den BewohnerInnen wird dabei vom Weglaufhaus soviel wie möglich abgenommen. Auf der einen Seite bedeutet das notwendige Tätigwerden zur Durchsetzung eigener Interessen einen Kraftaufwand, der Bedürfnissen nach Ruhe und Erholung entgegenwirkt, auf der anderen Seite ist die erfolgreiche Umsetzung aber auch eine Quelle von Entlastung, Stabilität und Selbstwert.

In Sinne ganzheitlicher Hilfe ist die Umsetzung von Zielen der engeren Krisenintervention zeitlich nicht nachgestellt oder ihr entgegenwirkend, sondern kann bereits als Teil davon betrachtet werden.

Am routiniertesten werden im Weglaufhaus die finanziellen Ansprüche der BewohnerInnen gegenüber den zuständigen Behörden durchgesetzt. Dass einE BewohnerIn das Weglaufhaus ohne Einkommen verlässt, kommt nur bei sehr kurzen Aufenthalten vor.

Die Hälfte aller BewohnerInnen, die eine Schuldenregelung wünschten oder neue Ausweispapiere benötigten, konnten das im Weglaufhaus erledigen. Die BewohnerInnen empfinden diese Unterstützungsleistung in juristischen und finanziellen Routineangelegenheiten, sei es in Form von Telefonaten oder Begleitung zu Ämtern, als Entlastung. Der Effekt für die einzelne Person, die wieder über ein regelmäßiges Einkommen oder Ausweispapiere verfügt, kann beträchtlich sein.

41% der BewohnerInnen hatten nach dem Aufenthalt eine neue Wohnperspektive gefunden, wobei 33% in eine Wohnform ihrer Wahl ziehen konnten. Die BewohnerInnen werden vom Weglaufhaus in ihren individuellen Lebensentwürfen unterstützt und auch darin,

diese überhaupt (wieder) zu entwickeln. Wie und wo jemand mit welcher Art von Hilfe wohnt, ist dabei ein zentrales Element.

Einige BewohnerInnen wünschten sich, zurück in ihre alte Wohnung zu gehen. Ein Zurückgehen in die alte Wohnung ist leichter und schneller umsetzbar, wurde in den Interviews jedoch mehrmals als problematisch und wenig nachhaltig geschildert. Aussagen darüber, ob der Erfolg einer neuen Wohnung oder die Entscheidung für betreute Einrichtungen nachhaltiger ist leistet die Untersuchung nicht.

Den meisten BewohnerInnen, die in das Weglaufhaus kommen, um sich vor einer erneuten Psychiatrisierung zu schützen, gelingt das (in der Stichprobe: 29 von 39 BewohnerInnen, das sind 74%). Allerdings gibt es einen Anteil von BewohnerInnen, die das Weglaufhaus verlassen, ohne dass die MitarbeiterInnen Angaben über ihren Verbleib haben (in der Stichprobe: 6) und somit auch keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob der Weglaufhausaufenthalt in der Psychiatrie mündete.

Psychopharmaka wurden von der Hälfte der BewohnerInnen, die das anstrebten, auch erfolgreich abgesetzt bzw. reduziert. Ein Absetzen/ Reduzieren der Psychopharmaka führte nicht zu einer erhöhten Gefahr einer erneuten Psychiatrisierung.

Jeweils ungefähr die Hälfte aller BewohnerInnen, die sich Kontakt zu ihren Kindern wünschten oder eine Therapie beginnen wollten, konnten das erreichen.

Entgegen der bereits diskutierten Ziele und Wünsche wenden sich die BewohnerInnen auch mit Anliegen an das Weglaufhaus, die dort in den seltensten Fällen umgesetzt werden.

Die ausgeprägteste Diskrepanz zwischen den Wünschen der BewohnerInnen und der Umsetzung findet sich im Bereich Ausbildung und Beschäftigung. Während sich die Hälfte aller BewohnerInnen eine Ausbildung oder Beschäftigung wünschten, haben nur 4 BewohnerInnen der Stichprobe tatsächlich eine Ausbildung begonnen oder eine Tätigkeit gefunden (8%). Es ist möglich, dass die Struktur, die eine Ausbildung oder eine Tätigkeit mit begrenzter Stundenzahl bietet, stabilisierend wirkt. Dass dieses Ziel so wenig umgesetzt wird, kann daran liegen, dass die Realisierung einerseits eine Überforderung für einen Menschen in einer Krisensituation darstellt, andererseits die Möglichkeiten des relativ kurzen Aufenthaltes in einer Kriseneinrichtung sprengt, insbesondere, wenn vordringlichere Ziele, wie

beispielsweise Klären einer Wohnperspektive oder finanzielle Sicherung, in dieser Zeit zu bewältigen sind.

Es ist den BewohnerInnen im Weglaufhaus eher selten gelungen, ihre gesetzliche Betreuung aufzuheben oder zu wechseln. Die Aufhebung oder auch nur der Wechsel der Betreuung erfordert viel Kraft und Kontinuität seitens des Bewohners, den häufigen Widerstand der Gerichte und Betreuer gegen diesen Wunsch zu überwinden. Darüber hinaus beinhaltet diese Prozedur eine ausgiebige Konfrontation mit der eigenen Psychiatriegeschichte, oft einer Biographie, gefüllt mit Diagnosen und Gutachten. Das alles bedarf einer Stabilität, die aus einer gerade überwundenen Krisensituation schwer zu leisten ist. Trotzdem ist naheliegend, warum dieser Wunsch gerade im Weglaufhaus so dringend ist: erfährt er doch gerade hier Verständnis, Bestätigung und Unterstützung.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Zusammenhang zwischen der Umsetzung der einzelnen Ziele und der Aufenthaltsdauer betrachtet.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass jede Umsetzung eine bestimmte Zeit benötigt, was trivial ist, aber auch dass eine lange Aufenthaltsdauer in keiner Weise eine Garantie für das Erreichen bestimmter Ziele ist. Es gibt BewohnerInnen, die viele Monate im Weglaufhaus verbringen und dann ohne Wohnperspektive ausziehen, ohne auch nur einen ihrer Wünsche umgesetzt zu haben. Das ist möglich, weil das Weglaufhaus ein hohes Maß an Selbstverantwortung der NutzerInnen voraussetzt. Die MitarbeiterInnen werden im Auftrag der BewohnerInnen tätig. Die Unterstützungsleistung kann, wenn jemand klar kommunizieren kann, was er möchte, sehr hoch sein. Ist ein solcher Auftrag, aus welchen Gründen auch immer, nicht möglich, passiert oft nichts. Der Aufenthalt im Weglaufhaus wird immer dann schwierig, wenn der Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen und dem/r BewohnerIn abbricht, und die MitarbeiterInnen ohne jeglichen „Auftrag“ sind, wobei auch „lasst mir zwei Wochen Ruhe, ich will in dieser Zeit einfach nur herumliegen und nichts tun.“ als Auftrag gilt.

Betrachtet man die Aufenthaltsdauer im Einzelnen, ist festzustellen, dass es sehr schnell möglich ist, in die alte Wohnung zurückzugehen, aber in sehr kurzer Zeit in der Regel keine neue Wohnperspektive umgesetzt werden kann. Zumeist dauert es mindestens fünf Wo-

chen bis zwei Monate eine Wohnung zu finden, eine Einzelfallhilfe zu installieren oder den Auszug in eine betreute Wohnform vorzubereiten.

Eine finanzielle Grundsicherung wurde, wie beschrieben, in den meisten Fällen und in kurzer Zeit erreicht.

Die Ziele Ausweispapiere für Ausländer, eine Therapie und eine Aufhebung bzw. ein Wechsel der Betreuung wurden jeweils von nicht mehr als fünf BewohnerInnen umgesetzt: ihr Aufenthalt dauerte jeweils länger als 2-3 Monate. Die wenigen BewohnerInnen, die im Bereich Ausbildung und Beschäftigung erfolgreich waren, lebten 4 bis 6 Monate im Weglaufhaus.

Betrachtet man die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen, deren Aufenthalt mit einer Psychiatrisierung endete, so ist auffällig, dass BewohnerInnen, die sich für die Psychiatrie entschieden, das innerhalb der ersten zehn Wochen taten.

Die Untersuchung konnte zeigen, dass BewohnerInnen, die im Weglaufhaus ihre Psychopharmaka erfolgreich abgesetzt oder reduziert haben, im Mittel viel länger im Weglaufhaus geblieben sind als die, die dieses Ziel nicht umsetzen konnten, aber auch länger als BewohnerInnen, die nicht die Absicht hatten, ihre Medikation zu verändern. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Stabilisierung nach Reduktion und Absetzen viel Zeit beansprucht.

Fazit: für die Umsetzung der meisten untersuchten Ziele ist eine Aufenthaltsdauer von mindestens 2 Monaten nötig.

Verallgemeinerte Aussagen sind nur in die Richtung einer „Mindestaufenthaltsdauer“ möglich. Es kann keine Prognose abgeleitet werden, wie lange ein einzelner Bewohner benötigt, da für die Umsetzung vieler Ziele ein Minimum an Stabilisierung notwendig ist.

Im qualitativen Teil der Untersuchung sollte evaluiert werden, was NutzerInnen als Unterstützung im Weglaufhaus empfinden und was ihnen fehlt.

Der persönliche Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen und den BewohnerInnen wird im Weglaufhaus als das zentrale Instrument der Krisenarbeit verstanden. Es wurde beschrieben, dass der Aufenthalt im Weglaufhaus gefährdet ist, wenn dieser Kontakt völlig abreißt. In den Interviews haben ehemalige BewohnerInnen beschrieben, welche Schwierigkeiten sich für sie ergaben, wenn sie nicht mehr reden und sich vermitteln konnten.

Die Bedingungen im Weglaufhaus sind darauf ausgerichtet, eine hilfreiche und gleichberechtigte Begegnung zu ermöglichen. Die bewusste Abwesenheit einer verbindlichen Methode und Arbeitsweise gestaltet die Begegnung zwischen MitarbeiterIn und BewohnerIn authentischer und damit transparenter. Die Begegnung zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen wurde von der Mehrzahl der Befragten in den Interviews als unterstützend beschrieben.

Die Abwesenheit einer Methodik kann aber zwei Nebeneffekte beinhalten, die zum Teil gegenläufig sind, meines Erachtens aber nebeneinander bestehen. Zum einen hat einigen BewohnerInnen in diesem Kontakt Verbindlichkeit und Kontinuität gefehlt. Die Ursache kann zum einen an dem umfangreichen Team liegen, das nötig ist, eine 24h-Betreuung in Doppelschichten zu gewährleisten und zum anderen daran, dass sich jedeR MitarbeiterIn als Person in die Arbeit einbringt und daher die Arbeitsweise in hohem Maße variiert.

Zum anderen kann man vermuten, dass, wenn auch nicht verbindlich und explizit, sich doch implizit eine Arbeitsweise und so etwas wie Methodik aus den verschiedenen Stilen der MitarbeiterInnen herausbildet und durchsetzt, ihres impliziten Charakters wegen aber weniger transparent ist.

Die konsequente Orientierung an dem Willen der BewohnerInnen und das Prinzip der Transparenz sollen den BewohnerInnen einen eigenen Lebensentwurf ermöglichen und ihnen die Kontrolle (zurück) geben.

Transparenz wurde im Rating von den Befragten zumeist als wichtig eingestuft. Die Umsetzung wurde zum Teil niedrig bewertet.

Wesentlich dafür, ob das Auffangen einer Krise gelingt, ist auch immer wieder die aktuelle Zusammensetzung der Hausgemeinschaft. Diese kann im günstigsten Fall Unterstützung und Entlastung sein. Die Akzeptanz des Weglaufhauses als Institution gegenüber verrücktem Verhalten ist damit verbunden, dass das Leben in der Hausgemeinschaft für den einzelnen Bewohner, der diese Akzeptanz und Toleranz Tag und Nacht mittragen muss (zusätzlich zu seiner eigenen Problematik), sehr anstrengend sein kann. Inwieweit das für jeden einzelnen möglich ist, ist sehr verschieden. Die MitarbeiterInnen, die letztendlich die Entscheidungen darüber treffen, wann ein Verhalten nicht mehr toleriert wird und jemand das Haus verlassen muss, können möglicherweise die tatsächliche Belastung nicht gut einschätzen, weil sie nach einigen Stunden Dienst zu Hause Erholung und Abstand finden und die Art ihrer Belastung nicht der der BewohnerInnen entspricht. In jedem Fall kann die Akzeptanz einem/r BewohnerIn gegenüber auch bedeuten, dass andere BewohnerInnen wiederum stärker belastet sind und das Haus im Extremfall verlassen. In der Regel wird in solchen Fällen eine Mediation und Kompromisslösung versucht, die aber nicht immer ge-

lingt und voraussetzt, dass die BewohnerInnen ihre Grenzen und Belastungen auch kommunizieren (können). Diese Art von Vermittlung ist auch in Bereichen wie Mahlzeiten und Sauberkeit im Haus von Bedeutung, auch hier gehen die Bedürfnisse der BewohnerInnen oft weit auseinander. Die BewohnerInnen fühlen sich mit der Lösung dieser Widersprüche zum Teil allein gelassen, zum anderen können zu umfangreiche Reglementierungen einzelne Menschen als BewohnerInnen des Weglaufhauses ausschließen.

Wenn die Bedeutung der Hausgemeinschaft für den einzelnen Bewohner auch sehr variierte, so wurde ihre Umsetzung von den interviewten ehemaligen BewohnerInnen neben der 24h Betreuung und der antipsychiatrischen Grundhaltung am höchsten bewertet.

Den interviewten BewohnerInnen war auch die Abwesenheit von Diagnosen wichtig. Ein ehemaliger Bewohner beschrieb im Interview, dass er jedoch zum Teil andere Kategorien bei den Mitarbeitern spüren konnte, die ähnlich stigmatisierend wirken und ebenso wenig hilfreich sind, weil sie einem wirklichen Verständnis entgegenwirken.

Das Angebot des Weglaufhauses ist an einen hohen personalen und zeitlichen Aufwand gebunden, was zum Teil im Widerspruch zu den Interessen der zahlenden Ämter steht. Die Begleitung einer zugespitzten Krisensituation bedeutet für die MitarbeiterInnen einen hohen Zeitaufwand der angesichts des steigenden geforderte Rechtfertigungsaufwandes immer schwerer zu leisten ist. In den Interviews beschrieben einige der Befragten, dass die Mitarbeiter oft nur mit dem "Papierkram" beschäftigt seien, und dass zu viele Bewohner mit ihren Anliegen und Problemen im Haus wären. Die Umsetzung der Praxiselemente ‚Dabeisein‘ und ‚Einzelgespräche‘, die laut Konzeption des Weglaufhauses zentrale Methoden der Krisenintervention sind, wurde im Rating von den Befragten zum Teil sehr niedrig bewertet. Die große Schwankungsbreite der Bewertung der Umsetzung gerade dieser Elemente lässt vermuten, dass bei dieser Art von Unterstützung viel davon abhängt, wie dringlich und massiv einE BewohnerIn intensive Begleitung einfordern kann.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
1 Anliegen und Aufbau der Arbeit.....	4
2 Gegenstand der Evaluation.....	5
2.1 Das Weglaufhaus.....	5
2.2 (M)Ein Arbeitstag im Weglaufhaus.....	7
3 Theoretische Vorüberlegungen.....	12
3.1 Der Begriff ‚Verrücktheit‘.....	12
3.2 Dimensionen von Verrücktheit.....	14
3.2.1 Beschreibung von Verrücktheit auf der biologischen Dimension.....	14
3.2.2 Beschreibung von Verrücktheit auf einer individuellen Dimension.....	15
3.2.3 Beschreibung von Verrücktheit auf der ökologischen / soziokulturellen Dimension.....	16
3.3 Hilfe für Verrückte – ein historischer Überblick.....	19
3.4 Warum wirkt ein Weglaufhaus? (ausgewählte Theorien und Ansätze).....	25
4 Beschreibung der Methodik.....	35
4.1 Konzeption und Zielsetzung der Untersuchung- eine Einleitung.....	35
4.1.1 Evaluation.....	35
4.1.2 Qualitative und quantitative Methodik in der Sozialforschung.....	37
4.1.3 Evaluative Betrachtung des Weglaufhauses.....	38
4.2 Allgemeiner Aufbau der Untersuchung.....	39
4.3 Quantitativer Teil der Untersuchung.....	40
4.3.1 Die Methode.....	40
Entwicklung einer Datenerfassungsvorlage für die Auswertung der BewohnerInnenordner.....	40
4.3.2 Die Stichprobe.....	42
4.3.3 Die Auswertung.....	43
4.3.3.1 Die Daten.....	43
4.3.3.2 Statistische Methoden.....	46
4.3.3.3 Hypothesen.....	49
Hypothesen zur Stichprobe.....	50
Hypothesen zu Beendigung und Aufenthalt.....	51
Hypothesen zu Finanzen und Ausweispapiere.....	53
Hypothesen zu Wohnen.....	54
Hypothesen zu Psychiatrisierung.....	56
Hypothesen zu Psychopharmaka.....	59
Hypothesen zu Therapie.....	61
Hypothesen zu Beschäftigung / Ausbildung.....	62
Hypothesen zu Betreuung.....	63
4.3.3.4 Datensicherheit.....	64
4.3.3.5 Problem 'keine Angabe' zu einem Merkmal.....	64

4.4 Qualitativer Teil der Untersuchung.....	66
4.4.1 Die Methode.....	66
4.4.2 Die Stichprobe.....	67
4.4.3 Die Auswertung.....	67
5 Ergebnisse der Untersuchung.....	68
5.1 Ergebnisse der quantitativen Erhebung	68
5.1.1 Vergleich der Stichprobe mit den Weglaufhausstatistiken der Jahre 2002 -2005.....	68
5.1.2 Wer wendet sich an das Weglaufhaus / die Stichprobe.....	70
5.1.3 Mit welchen Wünschen wenden sich die BewohnerInnen an das Weglaufhaus ?.....	74
5.1.4 Allgemeine Ergebnisse zu Aufenthalt und Beendigung	76
5.1.5 ‚Umsetzung der Wohnperspektive‘	79
5.1.6 ‚Vermeidung eines Psychiatrieaufenthaltes‘	87
5.1.7 ‚Absetzen bzw. Reduzieren der Psychopharmaka‘	91
5.1.8 ‚Finanzielle und juristische Situation‘	97
5.1.9 ‚Beschäftigung und Ausbildung‘	99
5.1.10 ‚Vermittlung in eine Therapie‘	103
5.1.11 ‚Betreuung‘	105
5.1.12 ‚Kontakt zu den Kindern/ Familie/ Freunden‘	109
6 Ergebnisse der Interviews.....	111
6.1 Die interviewten BewohnerInnen.....	111
6.2 Ausgewählte Auszüge aus den Interviews.....	111
6.2.1 Warum bist du gerade in das Weglaufhaus gegangen?.....	111
6.2.2 Was wolltest du im Weglaufhaus erreichen?.....	113
6.2.3 Beendigung	114
6.2.4 Unterstützung	117
6.2.5 Kritik.....	118
6.3 Zusammenfassung der Interviewergebnisse.....	121
6.4 Ergebnisse des Ratings.....	123
7 Wichtige Ergebnisse der Untersuchung und Diskussion.....	126
7.1 Die BewohnerInnen/ NutzerInnen des Weglaufhauses.....	127
7.2 Die Wünsche und Ziele mit denen sich die NutzerInnen an das Weglaufhaus wenden.....	128
7.3 Die Umsetzung der Wünsche und Ziele.....	131
 <i>Die Anhänge sind in der downloadbaren Version nicht verfügbar</i>	
Anhang A Literatur.....	141
Anhang B Datenerfassungsvorlage.....	144
B.1 Erkundung von Zielen mit welchen die BewohnerInnen in das Weglaufhaus kommen	144
B.2 Datenerfassungsvorlage original.....	147
B.3 Datenerfassungsvorlage erläutert.....	152

B.4 Datenerfassungsvorlage mit Häufigkeiten.....	160
B.5 Rating.....	165
Anhang C Tabellen.....	168
C.1 Tabellenverzeichnis.....	168
C.2 Aufnahme / Stichprobe.....	171
C.3 Beendigung des Aufenthalts.....	182
C.4 Bereich Wohnen.....	188
C.5 Bereich Psychiatisierung	206
C.6 Bereich Psychopharmaka.....	223
C.7 Bereich Finanzen und Ausweis.....	233
C.8 Beschäftigung.....	237
C.9 Therapie.....	242
C.10 Betreuung.....	250
C.11 Kontakt.....	255
Anhang D Die Interviews.....	257
D.1 Interview mit Annett.....	257
D.2 Interview mit Birgit.....	265
D.3 Interview mit Christian.....	268
D.4 Interview mit David.....	273
D.5 Interview mit Erik.....	277
D.6 Interview mit Fred.....	283
D.7 Interview mit Grit.....	289
D.8 Interview mit Hans.....	303
Anhang E Konzeption und Hausordnung des Weglaufhauses	308
E.1 Konzeption	308
E.2 Hausordnung.....	359

1 Anliegen und Aufbau der Arbeit

Ich habe über fünf Jahre als Praktikantin, Springerin und Honorarkraft im Weglaufhaus „Villa Stöckle“ in Berlin gearbeitet. Diese Arbeit war regelmäßig von Gedanken über die Konzeption, diese Art von Hilfe, die Auseinandersetzung mit Erfolgen und Misserfolgen begleitet. Und natürlich kam oft die Frage auf, wie nützlich dieses Projekt ist. Eingebunden in den Weglaufhausalltag ist die Beantwortung dieser Frage eher ein situatives Gefühl als eine objektive Bewertung. Das Anliegen dieser Arbeit ist die Beantwortung dieser Frage, aber auch die Diskussion darüber, wie eine solche Antwort zu schaffen ist und beschaffen sein kann.

Diese Evaluation soll das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ als ein Projekt betrachten, dessen Selbstverständnis sich aus einer Historie und einem Bedürfnis der Betroffenen entwickelte, als eine antipsychiatrische Insel im und als Gegenentwurf zum psychiatrischen System des Umgangs und Verständnisses von Verrücktheit.

Diese Arbeit ist nicht zuletzt auch begrenzt durch meine Ressourcen und den Rahmen, den eine Diplomarbeit bietet.

Zunächst wird das Weglaufhaus als Evaluationsgegenstand umfassend in seiner Ausstattung und Konzeption dargestellt. Um den Gegenstand für die folgenden Betrachtungen und Untersuchungen fassbarer zu machen, beinhaltet dieses Kapitel abschließend eine Schilderung eines Dienstes im Haus.

Es folgen theoretische Vorüberlegungen, die den Begriff „Verrücktheit“ (er-)klären, wie er in dieser Arbeit verwendet wird. Es wird der gesellschaftliche Umgang und die Hilfe für Verrückte historisch skizziert und anschließend eine Auswahl an Theorien knapp dargestellt, die geeignet sind, die Wirkungsweise eines Weglaufhauses zu begründen.

Danach wird der gesamte Weg von der Auseinandersetzung mit Evaluation und geeigneter Methodik, der Entwicklung von Evaluationskriterien bis zu einer Aussage beschrieben. Die Entscheidung für Design und Kriterien wird umfassend begründet.

Entsprechend des Aufbaus der Untersuchung werden zunächst erst die Ergebnisse des quantitativen und anschließend die des qualitativen Teils dargestellt. Anschließend werden beide gemeinsam diskutiert.

2 Gegenstand der Evaluation

2.1 Das Weglaufhaus

Das Haus:

Das Weglaufhaus ist eine Villa am Stadtrand von Berlin. Von dort sind die Felder und die S-Bahn gut zu erreichen. Die Villa kann maximal 13 BewohnerInnen aufnehmen in ihren 9 Ein- bis Zweibettzimmern. Daneben gibt es verschiedene Gemeinschaftsräume wie Wohn- und Esszimmer, Fernsehraum, Wohnküche, Waschküche, Sportraum und auch einen Garten.

Die BewohnerInnen:

Das Weglaufhaus ist eine Kriseneinrichtung der Wohnungslosenhilfe.

Hier können psychiatriebetroffene Wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Krisen aufgenommen werden. Nicht aufgenommen werden Menschen, die in der Psychiatrie gerichtlich untergebracht sind und deren Unterbringung sich auch nicht verhandeln lässt. Erfahrungsgemäß ist für Menschen, die abhängig von Alkohol oder Drogen sind, das Weglaufhaus keine geeignete Perspektive, es sei denn, diese Problematik ist eine sekundäre und handhabbare, während andere psychosoziale Schwierigkeiten im Vordergrund der Krise stehen. Das Weglaufhaus ist speziell für Menschen, die den Anspruch/Wunsch haben, Verantwortung für sich und ihr Leben zu übernehmen, die auf der Suche sind nach einem alternativen Umgang mit Verrücktheit und ihren Krisen – außerhalb psychiatrischer Diagnosen. Wichtig ist auch die Bereitschaft, den Alltag der Hausgemeinschaft entsprechend den individuellen Möglichkeiten mitzugestalten und mit zu bewältigen.

Die BewohnerInnen kommen oft mit einer Vielzahl von Problemen ins Weglaufhaus, wie z.B. keine Ausbildung, kein Einkommen und Schulden, soziale Isolation, häufige Psychiatrieaufenthalte, gesundheitliche Probleme als Folge der schlechten Lebensbedingungen, extreme und belastende Gefühls- und Wahrnehmungszustände, juristische Schwierigkeiten (Strafanzeigen, Probleme mit gesetzlichen BetreuerInnen), Missbrauchserfahrung, Gewalterlebnisse.

Die MitarbeiterInnen:

Bis auf wenige Stunden am Tage arbeiten rund um die Uhr zwei MitarbeiterInnen im Haus, zumeist SozialarbeiterInnen und PsychologInnen. Mindestens die Hälfte der MitarbeiterInnen sind Psychiatriebetroffene. Die eigene Psychiatriebetroffenheit wird als Qualifikation in der Arbeit betrachtet.

Im Trägerverein des Weglaufhauses, dem Verein zum Schutz vor Psychiatrischer Gewalt e.V., besteht ein Vetorecht der psychiatriebetroffenen Mitglieder.

Bestimmte berufliche Qualifikationen werden von der Berliner Senatsverwaltung für Soziales gefordert. Der offizielle Personalschlüssel ist für das Weglaufhaus verbindlich und Grundlage für den Tagessatz.

Für das Team des Weglaufhauses sind vor allem MitarbeiterInnen für die Arbeit qualifiziert, die eigene Erfahrungen mit Krisen und schwierigen Lebenssituationen und deren Bewältigung haben.

Die Grundsätze der Weglaufhausarbeit (was für ein Ort ist das Weglaufhaus?)

Die Grundsätze sind zum Teil voneinander ableitbar und bedingen einander. Sie können in ihrer Gesamtheit als antipsychiatrisch charakterisiert werden.

Im Weglaufhaus wird der psychiatrische Krankheitsbegriff als Grundlage der Unterstützung von Menschen abgelehnt. Arbeitsgrundlage sind vielmehr die Selbstbeschreibungen der Betroffenen und der Begriff der Krise, wobei letztere innerer oder äußerer Natur sein kann und mit ihren Gefahren und Ressourcen als zum Leben gehörend (vs. pathologisch) verstanden wird.

Die BewohnerInnen bleiben für ihre Äußerungen und Handlungen selbst verantwortlich. Das Weglaufhaus ist kein therapeutischer Ort. Es ist ein Raum, in welchem selbstbestimmt mit Verrücktheit und deren Krisen umgegangen wird, diese durchlebt werden können und begleitet werden. Die Rolle der MitarbeiterInnen als strukturierte professionelle Hilfe ist dabei keine führende, leitende, den Prozess dominierende. Ihre Anwesenheit und das Angebot der Begleitung soll eher die Möglichkeiten und den Raum mit seinen Grenzen weiten. Die Anwesenheit von zwei MitarbeiterInnen in der Nacht und in der meisten Zeit des Tages soll, wenn nötig, eine 1:1 Krisenbegleitung im Sinne des Dabeiseins ermöglichen.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit, als zentrales Moment des Kontaktes, sind ausführliche Einzelgespräche entsprechend dem Bedarf der BewohnerInnen. Dieser persönliche

Kontakt ist das Instrument der Bewältigung der Krise im Weglaufhaus. Es wird sehr viel Zeit und Aufmerksamkeit darauf verwandt.

Bis auf existenzielle Regeln, welche das Zusammenleben ermöglichen (Organisation von Einkauf, Hausputz) und den Einzelnen und die Gemeinschaft schützen (keine Gewalt, keine Drogen und kein Alkohol im Haus), gibt es keine Vorgaben. Die Hausordnung, die alle BewohnerInnen zum Einzug unterschreiben, ist im *Anhang* zu finden.

Was die MitarbeiterInnen für die BewohnerInnen tun, geschieht in deren Auftrag und sämtliche, die einzelnen BewohnerInnen betreffenden Dokumentationen dieser Arbeit, sei es als interne Notiz oder als Bericht für ein Amt, sind den BewohnerInnen zugänglich. Es werden nur mit ihrer ausdrücklichen Zustimmung Informationen an Dritte weitergegeben. Wenn die Mitarbeiter in den wöchentlichen Teamsitzungen oder den täglichen Dienstübergaben über die BewohnerInnen sprechen, können diese auf Wunsch dabei sein, wenn es um ihre Person geht. Durch diese Praxis soll das „Prinzip der vollständiger Transparenz“, wie es in der Konzeption des Weglaufhauses gefordert ist, umgesetzt werden.

Die Konzeption des Weglaufhauses, in der Grundsätze, Ziele und Methoden dargestellt werden, findet sich im *Anhang*.

2.2 (M)Ein Arbeitstag im Weglaufhaus

Die Arbeit im Weglaufhaus ist im Schichtdienst organisiert. Bis auf Ausnahmen arbeiten alle MitarbeiterInnen in allen Schichten. Es gibt die Arbeitszeit am Tage von 8.30 Uhr bis 17.30/ 18.00 Uhr und die in der Nacht von 17.00 Uhr bis morgens.

Tagsüber werden die BewohnerInnen zu wichtigen Terminen begleitet, und es finden viele für den Aufenthalt oder die finanzielle Sicherung der BewohnerInnen notwendige telefonische Kontakte statt. Dabei geht es vor allem um die Durchsetzung der juristischen und finanziellen Interessen der BewohnerInnen. Dieser Teil der Arbeit scheint im Lauf der Zeit immer aufwendiger und mühsamer zu werden.

Ein intensiverer Kontakt mit den BewohnerInnen ist oft erst am Abend oder in der Nacht möglich und daher viel mehr Inhalt des Spätdienstes.

Ich arbeite viel lieber in diesen Diensten, und so soll ein solcher auch Gegenstand dieses Versuches einer Beschreibung werden. Die Namen sind natürlich meiner Phantasie entsprungen.

Die Arbeitsweise im Weglaufhaus ist sehr von der Person des/r jeweiligen MitarbeiterIn und natürlich von der ganz speziellen und sich ständig ändernden Situation im Haus abhängig, sodass immer auch alles ganz anders sein kann.

Aber fast immer findet zu Beginn des Dienstes eine Dienstübergabe statt. Sie dauert meist eine Stunde. In dieser werden allgemeine Informationen sowie Informationen zu ehemaligen und zukünftigen BewohnerInnen weitergegeben. Der Hauptteil ist natürlich den aktuellen BewohnerInnen gewidmet, ihrem Befinden, jüngsten Ereignissen und zukünftigen Erledigungen. Die beiden MitarbeiterInnen des neuen Dienstes versuchen eine vorläufige „Aufteilung der Arbeit“ im Sinne von: Wer redet mit wem, wer schreibt/ tut was.

Oft wenden sich die BewohnerInnen direkt nach der Übergabe mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Anliegen an uns, oft auch direkt an den/ die MitarbeiterIn ihrer Wahl. Das ist manchmal ein stürmisches Überrennen und manchmal eine vorsichtige Zurückhaltung, manchmal sehr verschwommen und manchmal sehr konkret. Schon während der Übergabe kommt Cornelia schimpfend und aufgeregt in das Büro: Jemand hat ihr etwas in den Kaffee getan, sie hat Angst vor Genmanipulation, verlangt, dass wir endlich etwas unternehmen. Wir bitten um noch etwas Zeit für die Übergabe, denn vorher kann die Vorschicht nicht nach Hause. Wir versprechen, dass nachher Zeit sein wird. Cornelia schließt die Tür und es funktioniert eine Weile. Aber noch ein weiteres mal müssen wir das im Lauf der Übergabe erklären, bevor wir sie beenden.

Ich gehe in die Küche, um zu sehen, wie die aussieht und ob es ein Abendbrot geben kann. Manfred sitzt schon am Tisch und schält Kartoffeln, es wird viele Steaks geben, denn die „Berliner Tafel“ war da und hat Massen von Fleisch gebracht. Keine Freude für meine Kollegin, die Vegetarierin ist, aber ich habe großen Appetit. Es gibt keine Regeln für die Mahlzeiten. Manche BewohnerInnen schlagen sich ein Spiegelei in die Pfanne, andere kochen viel und gern für alle, bei den MitarbeiterInnen ist es ähnlich. Ich koche nur, wenn es sehr trist aussieht und auch oft, wenn mir die Stimmung im Haus sehr verrückt vorkommt. Seit Manfred im Haus ist, geht es den BewohnerInnen kulinarisch sehr gut, doch es gibt auch andere Zeiten.

Der Hausalltag in seiner Atmosphäre, die Sauberkeit des Hauses, die Gefülltheit der Kühlschränke usw. ist abhängig von der sich ständig neu zusammensetzenden Hausgemeinschaft, die das Weglaufhaus bewohnt und spiegelt zumeist das allgemeine Befinden wider. Auf dem Rückweg ins Büro fängt mich Adrian ab und bittet um einen Spaziergang. Ich sage, dass ich vorher gern etwas Zeit für Cornelia hätte, weil es ihr nicht gut geht, und wir verabreden einen Spaziergang um neun. Zunächst möchte ich noch Ludwig, einen neuen

Bewohner, begrüßen, ich habe mir vorgenommen, im Laufe des Abends den anspruchsbegründenden Bericht für das Bezirksamt zu beginnen, dazu muss ich mit ihm über seine Situation reden, er ist einverstanden. Ich frage, wann er denn ins Bett will, um das Gespräch bis dahin geschafft zu haben. Die MitarbeiterInnen haben sehr wenig Kontakt zu Britta: in der Übergabe und auch der letzten Teamsitzung wurde deutlich, dass dieser ganz abzureißen droht. Also ist es wichtig, an diesem Abend an ihre Tür zu klopfen. Zurück im Büro ist auch Cornelia schon da, unablässig schimpfend und sehr aufgeregt. Sie berichtet von dem verseuchten Kaffee. Wir hören ihr zu, ich frage, ob sie den getrunken oder weggekippt hätte. Sie hat ihn halb getrunken und ist deswegen so aufgebracht und voller Angst. Ich biete ihr einen Spaziergang an. In fünf Minuten sind wir nicht mehr in der Stadt, sondern laufen über die Felder. Es wird langsam dunkel. Wir reden zunächst viel über den Kaffee und über die Angst, ich höre zu, später gibt es auch ruhigere Pausen, in denen wir nur laufen, und noch später können wir auch über das Leben im Weglaufhaus und ein bisschen über die Zukunft reden.

Nach etwas über einer Stunde sind wir zurück im Haus, das Abendbrot ist fertig. Susanne, meine Mitarbeiterin, und Roland gehen durch das Haus und sagen den anderen BewohnerInnen auf ihren Zimmern und in den Gemeinschaftsräumen Bescheid. Wir sind zu siebt zusammen gekommen und sitzen an einem großen Tisch im Esszimmer. Cornelia geht mit ihrem Teller in ein anderes Zimmer, einige der Bewohner werden vielleicht erst später essen. Wir loben den Koch und erzählen.

Britta ist nicht zum Essen aus ihrem Zimmer gekommen. Nach dem Abendessen gehe ich in die Frauenetage und klopfe an ihre Tür. Ich mache mir Sorgen, weil wir sie schon eine Weile nicht gesehen und gesprochen haben. Ich sage ihr, dass ich besorgt bin und bitte sie, mit mir zu reden und die Tür zu öffnen - keine Reaktion. Ich versuche nochmals, meine Situation zu erklären, dass ich nicht wisse, was mit ihr los ist, dass ich, wenn sie nicht reagiert, die Tür mit dem Generalschlüssel öffnen würde um nachzusehen. Die Tür springt auf „Was wollt ihr denn von mir?“ schreit Britta „Ich bin euch doch scheißegal.“ - „Britta, du bist mir nicht egal und es tut mir leid, dass dir das so vorkommt. Wir wissen nicht, was los ist, du redest nicht mit uns.“ - „Weil euch doch eh nichts interessiert. Ihr seid so scheinheilig. Ich will nicht mit euch reden.“ Wumm, die Tür knallt mit aller Gewalt zu. Ich bitte Britta, dass sie die Tür wieder öffnet, damit ich noch zwei Minuten etwas sagen kann, das tut sie auch. Und ich kann erklären: „Vielleicht vertraust du uns nicht, vielleicht kannst du gerade nicht mit uns reden. Wir werden bestimmt versuchen, einmal am Tag nach dir zu sehen – wäre gut, wenn das möglich ist. Wenn du uns brauchst, melde dich bitte.“ Ein lei-

seres „Okay.“ und die Tür knallt endgültig zu. Ich bin nicht glücklich mit diesem Gespräch, schreibe einen Satz dazu ins Tagebuch und beschreibe den Kontakt ausführlicher in ihrem Bewohnerordner. Ich bin im Büro, als das Telefon klingelt, es klingelt oft. Während wichtiger Gespräche ignorieren wir es, manchmal sind wir auch nicht im Büro, dann springt einfach nur der Anrufbeantworter an. Jetzt ruft eine ehemalige Bewohnerin an, die vor wenigen Tagen ohne Ankündigung nicht mehr ins Weglaufhaus zurückgekehrt ist. Sie erzählt, wie es ihr seitdem ergangen ist und dass sie zunächst bei Freunden untergekommen ist. Ich frage sie, warum sie gegangen ist und ob sie zurückkommen möchte. Sie will nicht, sie erklärt, dass sie zu viel Stress mit den anderen Bewohnern hatte. „Ja, pass gut auf dich auf.“ „Mache ich.“ Das Weglaufhaus ist nicht für jeden Menschen in der Krise der richtige Ort, neben einem Bedauern kann ich auch die Beruhigung darüber spüren, dass solche Entscheidungen möglich sind.

Es ist auch schon neun Uhr und Adrian wartet darauf, dass wir spazieren gehen. Adrian geht nicht allein aus dem Haus. Er braucht immer eine Begleitung, weil er schnell Angst vor anderen Menschen hat und sich bedroht fühlt. Manchmal sind BewohnerInnen im Haus, zu denen er solcherart Kontakt hat, dass er mit ihnen unterwegs sein kann. Heute war er noch nicht draußen, so nehme ich mir viel Zeit. Adrian erzählt mir, was in der letzten Zeit passiert ist, seine quälenden Gedanken und Phantasien, seine Sorgen im Weglaufhausalltag. Ich weiß keine wirkliche „Lösung“ dafür, auch keine alles lösende kluge Entgegnung, ich kann es nur mit ihm teilen, nur manchmal eine Nachfrage, ab und zu fällt mir eine Situation ein, in welcher es mir ähnlich ging.

Zurück im Weglaufhaus, ein kurzer Kontakt mit Susanne. Ich lese im Bewohnerordner von Ludwig die bisherigen Aufzeichnungen und mache mir ein paar Notizen zu offenen Fragen. Ich bitte ihn dann zum Gespräch in das Büro. Wir setzen uns auf Couch und Sessel, ich stelle meine Fragen und mache mir Notizen. Wir reden über die Situation direkt vor dem Aufenthalt, über seine Pläne hier, über vergangene Verletzungen. Ich frage: „Wovon lebst du?“, „Hast du eine Ausbildung?“, „Hast du Kontakt zu deiner Familie?“

Das Gespräch hangelt sich ein bisschen an meinen Fragen entlang und schweift ab zu dem, was Ludwig wichtig ist zu erzählen – ein gutes Gemisch. Ludwig erzählt von seinem gesetzlichen Betreuer und der Schwierigkeit, seine Interessen mit diesem zu verhandeln, von seiner Wut auf die Familie, die ihn für krank hält. „Weißt, ich will einfach mal zur Ruhe kommen, ich will wieder ein ganz normales Leben ... eine Wohnung und Arbeit und eine Frau. Ich kann immer nur anstrengende Sachen denken, ich kann kein Buch mehr lesen. Mir tut alles weh. Warum geht bei anderen Menschen so vieles und bei mir nichts?“ Noch

im Eindruck des Gesprächs setze ich mich sofort an den Computer und beginne den Bericht, nicht ohne Ludwig vorher versichert zu haben, dass er ihn lesen wird, wenn er fertig ist und wir keine Informationen an das Amt weitergeben, mit denen er nicht einverstanden ist. Meine Kollegin Susanne und ich sind abwechselnd mit Cornelia im Gespräch, die noch immer sehr aufgeregt ist.

Neben dem Kontakt mit den BewohnerInnen ist während des nächtlichen Dienstes noch der morgige Tag mit seinen Begleitungen und Telefonaten vorzubereiten.

Gegen ein Uhr machen Susanne und ich nochmals eine Dienstübergabe. Dieser Austausch ist notwendig, weil nur der „lange“ Dienst bis zur morgendlichen Übergabe bleibt. Der „lange“ Dienst, den ich an diesem Abend übernommen habe, schläft oben im Büro und ist damit Ansprechperson für die BewohnerInnen während der Nacht, der „kurze“ Dienst schläft relativ ruhig im Keller und muss nur in Notsituationen zur Verfügung sein. Spät klingelt das Telefon, eine Frau ruft aus der Psychiatrie an, bittet um Hilfe und Rat. Sie kann nicht schlafen, ist aufgeregt, die Schwestern ignorieren ihre Bedürfnisse, so erzählt sie. Sie hätte schon mehrfach die Polizei angerufen, aber nichts würde passieren. Ich versuche die Situation zu begreifen, rate ihr, mehr Ruhe zu versuchen, um weniger aufgeregt, in versuchter Normalität mit dem Personal ihr Anliegen zu verhandeln, weil ich glaube, dass das wirksamer ist. Ich sage ihr, dass die Polizei nicht auf Anrufe von Patienten aus der Psychiatrie reagiert, wahrscheinlich, weil sie Psychatriepatienten nicht ernst nehmen...

Cornelia ist noch immer voller Angst und Aufregung, es gelingt mir weder mit Tee noch mit Reden, sie so sehr zu beruhigen, dass sie in ihrem Bett schlafen kann, ich biete ihr an, die Nacht bei mir im Büro zu verbringen. Wir tragen ihr Bettzeug in das Büro und nach zwei Uhr liegen wir in den Betten. In der Nacht kann ich schlafen, niemand klopft mehr an die Tür. Erst gegen sieben klingelt wieder der Wecker, weil Roland mich gebeten hat, ihn um diese Zeit für einen Termin zu wecken.

Es gibt sehr viel geladenere Zeiten, Dienste, in welchen wir alle Kraft in eine/n BewohnerIn stecken und uns trotzdem zu ohnmächtig finden. Ich habe aber auch schon wenige Dienste erlebt, in welchen ich mit einer Kollegin fast allein im Haus war, in unglaublicher Ruhe. Meistens bin ich jedoch erschöpft, erfüllt und glücklich nach Hause gegangen.

3 Theoretische Vorüberlegungen

3.1 Der Begriff ‚Verrücktheit‘

An dieser Stelle wird der Begriff „Verrücktheit“ erklärt, so wie er in dieser Arbeit verwendet wird.

Verrückte sind sowohl aus ihrer eigenen Mitte als auch aus der ihres Umfeldes verrückt.

Es gibt die Wahrnehmung von Verrücktheit aus zweierlei Positionen heraus: Verrücktheit, wie sie von ‚außen‘ anzusehen ist und wie sie von ‚innen‘ von Menschen in verrückten Krisen beschrieben wird.

Von außen werden Verrückte als fremd, ängstigend und irritierend empfunden. Verrücktes Verhalten ist von außen zumeist nicht nachvollziehbar. „Mit oft nur schwer versteh- und einfühlbarer Kommunikation, widersprüchlichem und unvernünftig erscheinendem Handeln sowie unangemessenen Reaktionen oder Beeinträchtigungen ihrer Leistungsfähigkeit fallen sie [die Verrückten] aus den Erwartungshorizonten alltäglichen Handelns wie der gesellschaftlichen Ordnung insgesamt heraus“ (Kardorff 2005; S.256). Verrücktheit ist „ein besonderer (oder ‚absonderlicher‘), weder von der Gemeinschaft noch von der in ihr geltenden Realität legitimer Geistes- oder Gemütszustand eines einzelnen, vereinzelter oder sich vereinzelter Menschen“ (Kempker 1991; S.8).

Von ‚innen‘ können verrückte Krisen ebenfalls als beängstigend und irritierend erlebt werden, das für die Umwelt nicht nachvollziehbare Verhalten kann sich aber auch „subjektiv aus einer selbstverständlichen inneren Evidenz“ (Thilo von Trotha) entwickeln.

Auf der Internetseite des Verbandes Psychiatrieerfahrener NRW (www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de) wird eine verrückte Krise beschrieben:

„Bei vielen psychischen Effekten gibt es in einer seelischen Krise einen bestimmten Punkt der inneren Erregung, der, wenn er überschritten wird, zu dem führt, was als Psychose, Wahnsinn, Ver-rücktheit usw. bezeichnet wird. Diese Art von Zuständen unterscheidet sich von anderen Krisenformen dadurch, dass der Sprung aus der Realität geschehen ist.

Wenn es aus welchen Gründen auch immer passiert ist und man im Chaos der eigenen Gefühle, Ideen, Gedanken drinhängt, die Welt sich um 180 Grad gedreht hat, nichts mehr so ist, wie es war, alles vorher wichtige unwichtig geworden ist, dann geht es in erster Linie darum das Überleben abzusichern.“

Unter „WENN MAN ‚DRINHÄNGT‘, VER-RÜCKT, PSYCHOTISCH, WAHNSINNIG IST“ beschreiben Psychiatrieerfahrene auf der obengenannten Website, wie es sich anfühlen kann, „abzudrehen, überzukaken, aufzudrehen, ins Loch zu fallen... [...] obwohl dies bei jedem unterschiedlich ist“.

Beispiele für Ver-rückung:

„1. Ein plötzlich auftretendes Gefühl der Erleichterung im Rahmen einer schweren Krise. Vorher da gewesene Ängste, usw. sind plötzlich wie weggefegt. Man fühlt sich im siebten Himmel und hat erleuchtende Erkenntnisse am laufenden Meter. Jede Form des Zweifels ist verschwunden.

Vielleicht nimmt man noch undeutlich wahr, dass die anderen Menschen nicht so begeistert auf die eigenen genialen Ideen reagieren.

2. Man kommt überhaupt nicht mehr aus dem Bett, jede Bewegung wird zur Qual, man kommt sich vor wie der schlimmste Mensch auf Erden oder einem ist alles völlig gleichgültig, das Zeitgefühl verschwindet, die Wohnung verwaorlost, die Post sammelt sich ungeöffnet in irgend einer Ecke, usw.

3. Man wird gejagt von Stimmen und Bildern, möglicherweise hört man Stimmen, die einem Befehle geben sich umzubringen oder ähnliches. Es gibt keine Pausen mehr zwischen den einzelnen Visionen und man hat keinerlei Kraft und/oder Interesse mehr für andere Dinge. Man zieht sich völlig zurück und verlässt die Wohnung überhaupt nicht mehr.

4. Vorher da gewesene Ideen und Vorstellungen, wie z.B., dass man von einer fremden Macht ausspioniert wird, werden zur unumstößlichen Gewissheit. Jeden Tag findet man scheinbar neue ‚Beweise‘ für diese Tatsache.“

Im Weglaufhaus wird mit solchen oder ähnlichen Selbstbeschreibungen der Betroffenen gearbeitet.

3.2 Dimensionen von Verrücktheit

Verrücktes und abweichendes Erleben und Verhalten ist ein Phänomen, dem sich zahlreiche Forscher, Ärzte, Psychologen widmeten und widmen. Es existieren verschiedenste Ansätze, Schulen, Sichtweisen, um Verrücktheit zu beschreiben und zu erklären, die in sofern von grundsätzlicher Bedeutung sind, da sie zumeist eine Theorie der Pathogenese enthalten und vor allem einen bestimmten Umgang (Therapie, Heilung) mit Verrücktheit mehr oder weniger zwingend ableiten.

Verhalten, so auch verrücktes Verhalten, kann auf mehreren Dimensionen (in verschiedenen Bedingungsbeziehungen) beschrieben werden:

- einer biologischen Dimension
- einer individuellen Dimension
- einer ökologischen / soziokulturellen Dimension

3.2.1 Beschreibung von Verrücktheit auf der biologischen Dimension

Menschliches Verhalten bedarf organischer Voraussetzungen.

Die biologische Dimension beschreibt die internen physikalischen Kräfte und Gesetzmäßigkeiten, die unserem Verhalten, einschließlich Denken und Fühlen, zugrunde liegen. Im Bedingungsbeziehung für Verhalten können neben aktuell situativen Bedingungen und den Bedingungen individueller Lernerfahrungen auch die durch den Körper gesetzten Randbedingungen betrachtet werden.

Die philosophischen Positionen, die beschreiben, wie Gehirn/ Körper mit psychologischem Erleben und Verhalten zusammenhängen, sind in ihrer Konzeption entweder eher materialistisch oder eher mentalistisch (Birbaumer, Schmidt, 1996; S.7). „Während die einen die vollständige Abhängigkeit psychischen Erlebens von neuronalen Prozessen betonen oder aber die Existenz mentaler Prozesse leugnen, behaupten die anderen die eigenständige Existenz psychischen Erlebens: psychisches Erleben könne auf die neuronalen Prozesse wirken.“ (ebd.)

Im biologischen Paradigma der klinischen Psychologie wird abweichendes/ abnormes Verhalten in gleicher Weise beschrieben, erklärt und letztendlich auch therapiert wie organische Störungen. Sie werden in medizinischen Diagnosesystemen des DSM oder ICD klassifiziert. Es wird angenommen, dass psychische Krankheiten durch abnorme biologische Prozesse verursacht werden.

Zwei Forschungsrichtungen dominieren das Gebiet: die Biochemie und die Verhaltensgenetik.

Es gibt zahlreiche Forschungsergebnisse, die biologische Faktoren zu psychischen Störungen in Beziehung setzen. So wird untersucht, ob erblich bedingte biologische Fehlfunktionen schizophrene Erkrankungen prädisponieren, ob Depressionen durch ein chemisches Ungleichgewicht im neuronalen Stoffwechsel verursacht werden, ob Ängste auf einen Effekt im autonomen Nervensystem zurückzuführen sind etc.

Derzeit gibt es jedoch noch keine widerspruchsfreien Befunde, die biologische Sachverhalte als hinreichende oder notwendige Bedingungen für psychische Krankheiten identifizieren konnten.

3.2.2 Beschreibung von Verrücktheit auf einer individuellen Dimension

Entwicklung ist natürlich nicht denkbar ohne Einflüsse von außen, doch die unsichtbaren, nur bedingt und vermittelt durch Verhalten beobachtbaren internen Gegebenheiten eines Menschen sind nicht linear Ergebnis einer Formung von Außen und haben eine eigene Dynamik. Verschiedene insbesondere psychoanalytisch ausgerichtete Wissenschaftler haben Modelle dieser inneren Gegebenheiten, genannt Psyche, entworfen. Diese Entwürfe bleiben modellhaft und spekulativ, insofern die dazugehörige Realität nicht direkt beobachtbar ist. Die Entwicklung der Psyche wird als interne, dynamische, zumeist unbewusste Auseinandersetzung mit widersprüchlichen Bedürfnissen beschrieben. Spätere psychische Probleme sind somit Ergebnis einer solchen Entwicklung.

Es gibt ein Leben vor der verrückten Krise und eines danach. Die Krise kann als Folge einer Biographie begriffen werden. Die Auslöser und die Krise selbst haben die individuellen Momente einer ganz speziellen Situation und Belastung und einer speziellen Reaktion.

3.2.3 Beschreibung von Verrücktheit auf der ökologischen / soziokulturellen Dimension

Menschliche Ökosysteme enthalten neben der Natur immer auch Kultur als Umwelt. Jede Tätigkeit, jedes Handeln findet in einer konkreten biophysiologischen (natürlichen), soziokulturellen Umwelt statt. Die Beziehung des Subjekts zur Umwelt ist eine Wechselwirkung.

Sue E. Estroff schrieb in ihrer Einleitung zu Krankheits- und Selbstdarstellungen: „Wahnsinn ist eine intensive private Erfahrung und gleichzeitig eine zutiefst gesellschaftliche Kategorie, ein Gemisch aus sozialen Prozessen“ (Estroff, 2002).

Wenn wir von der Subjekt – Umwelt Beziehung als einer Wechselwirkung reden, so bedeutet das, dass zum einen das Subjekt seine Umwelt sowohl verändern, schaffen, zerstören als auch wahrnehmen und mental konstruieren kann, zum anderen, dass die Umwelt sowohl physikalisch als auch soziokulturell durch Begrifflichkeit und Normen auf ein Subjekt wirkt.

Verrücktheit könnte gesellschaftlich produziert sein

- als totales Vorhanden- oder Nichtvorhandensein oder
- als das relative Vorliegen von etwas für jemanden, z.B. als wissenschaftliches Konstrukt der psychischen Krankheit oder im mythischen Gegenentwurf als Besessenheit

In der Schizophrenieforschung gab es vor allem in den siebziger Jahren unzählige Untersuchungen, die eine Verursachung von Schizophrenie durch die Umwelt (Familie und/oder Gesellschaft) belegen sollten. In kulturellen, aber auch familiären Zwillingsstudien sollte die Kontroverse „genetischer Defekt“ oder „produziert durch eine schädliche Umwelt“ geklärt werden. Es ist nicht gelungen, Umwelteinflüsse als die dominante, das Phänomen von verrücktem Verhalten produzierende Ursache zu identifizieren.

Die Befunde zu Inzidenz und Langzeitverläufen in verschiedenen Gesellschaften und Kulturen von Schizophrenie sind widersprüchlich. Betrachtet man Verrücktheit als Handeln, Erleben, Denken, welches den Betroffenen selbst, aber vor allem auch den Mitmenschen irritierend, fremd, eigentümlich anders erscheint, eben verrückt, so kann man dieses Phä-

nomen mit ähnlicher Inzidenzrate an allen (einer Untersuchung zugänglichen) Orten der Welt finden. Bestimmte gesellschaftliche oder soziale Bedingungen scheinen abweichendes verrücktes Verhalten nicht monokausal hervorzubringen, aber dennoch zu moderieren. So konnten in der Expressed Emotion Forschung nachgewiesen werden, dass ungünstige emotionale Kommunikation Rückfälle begünstigt. Kulturelle Studien ergaben, dass Verrücktheit in ihrer konkreten Ausprägung mit dem soziokulturellen Kontext variiert. „Die ‚korrekte‘ Art wahnsinnig zu sein unterscheidet sich also je nach Kultur“ (Jaccard, 1983; S.32).

Bezüglich des relativen Vorliegens für jemanden sollen an dieser Stelle Begrifflichkeit und Normen diskutiert werden.

Eine soziokulturelle Gemeinschaft (Glaubensgemeinschaft, Interpretationsgemeinschaft) produziert und verändert "etwas" durch Begrifflichkeit. „Die Konstitution eines Phänomens beginnt dort, wo eine Interpretationsgemeinschaft es lernt, ein Konglomerat von Sachverhalten nicht mehr als Summe eben dieser Sachverhalte aufzufassen, sondern als ‚etwas‘“ (Leferink, 1997).

Diese Übereinstimmung kann zum einen Menschen/ Menschengruppen mit einem Label oder Stigma, wie z.B. psychiatrischen Diagnosen versehen und dieses Label zum anderen an bestimmte Rollen/ Verhaltenserwartungen knüpfen. Paul Watzlawick verbindet psychiatrische Diagnosen mit dem Begriff der „selbsterfüllenden Prophezeiung“. Selbsterfüllende Prophezeiungen sind Voraussagen/ Annahmen, die ihre eigene Erfüllung in der Interaktion verursachen und somit ihre eigene Richtigkeit bestätigen. Watzlawick schreibt, dass ein wesentlicher Teil der selbsterfüllenden Wirkung psychiatrischer Diagnosen auf unserer felsenfesten Überzeugung beruht, dass alles, was einen Namen hat, deswegen auch wirklich existiert (Watzlawick, 1981; S. 91).

Normen im Sinne von Regeln und einem definiertem Standard – inklusive der daran gebundenen Sanktionsmacht - sind in einer bestimmten Kultur und Zeit gemacht und gültig. Normalität und Werte werden definiert und von einer Masse gelebt.

Zu Phänomenen wie Abweichung, Norm- und Regelverletzung werden immer mindestens zwei Menschen gebraucht, derjenige, der zu einem bestimmten Verhalten verpflichtet ist und der, welcher ein bestimmtes Verhalten erwartet und fordert (Marc Rufer, 1991; S.52). Damit beinhaltet die Postulierung einer Norm auch immer die einer Abnorm und damit einer Ausgrenzung.

Beängstigendes, irritierendes Anderssein schließt sich selbst aus und wird ausgeschlossen. Verrückte werden ausgeschlossen, weil sie unseren gesellschaftlichen Normalitätserwartungen „bezogen auf alltägliche Kommunikationsfähigkeit und bezogen auf die ökonomische Leistungsfähigkeit als nützliche Arbeitskraft und zur eigenen Existenzsicherung sowie auf die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung“ nicht entsprechen (von Kardorff 2005; S.256). Jedoch bestimmen Gesellschaften nicht nur, wer ausgeschlossen wird, sondern auch, unter welchen Bedingungen Ausgeschlossene leben.

Wie beschrieben konstruieren wir nicht nur die Umwelt, sondern sind wir auch der Konstruktion der Umwelt von uns unterworfen. So sind Verrückte davon betroffen, wie sie von einer Gesellschaft definiert werden.

Heute und hier ist wissenschaftliches Denken (vs. Mythen) zur wesentlichen (nicht zur einzigen) Quelle des Common Sense in der Gesellschaft geworden. Das bedeutet, dass verrücktes Erleben und Verhalten zumeist als Krankheit verstanden wird.

Zaumseil und Leferink haben sich dem Thema Lebensalltag und Identität verrückter Menschen in der Moderne gewidmet. Sie diskutieren die Möglichkeiten und Forderungen, die unsere heutige Zeit Menschen mit Einschränkungen bringt. Sie postulieren die heutige Gesellschaft als toleranter gegenüber Verschiedenheit und Abweichung und untersuchten, ob sich daraus mehr Möglichkeiten für Menschen mit der Diagnose Schizophrenie ergeben, selbstbestimmter entsprechend eigener Entwürfe zum Beispiel in gesellschaftlichen Nischen zu leben. Zaumseil konstatiert, dass „gesellschaftliche Zonen oder Lebensräume, in denen man sich als aktiv gestaltendes Subjekt auch unter den Bedingungen eingeschränkter Möglichkeiten erfahren kann“ fehlen (Zaumseil, 2002; S.145). Von Kardorff betont in diesem Zusammenhang, dass diese Reforminseln nur wenige der Verrückten betreffen, dass diese aber wesentlich zur „Entdiskriminierung und einer neuen Rolle“ der Verrückten beigetragen haben (von Kardorff, 2005; S.267). „Man könnte sogar davon sprechen, dass die Gesellschaft an ihren Rändern das Gespräch mit den Verrückten wieder aufnimmt.“ (ebd.) Als positive Momente der aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen für Betroffene können die Selbsthilfebewegung, Interessenvertretungen und eine Machtzunahme im Sinne des Empowerments genannt werden.

An dieser Stelle soll auch auf Resolutionen und Gesetzeswerke hingewiesen werden, die sicherlich Text und keine umgesetzte Realität, aber doch nicht zu unterschätzende offizielle Statements/ Willenserklärungen sind. Ein internationaler Konsens über die Rechte psy-

chisch Kranker ist in der Resolution der Vereinten Nationen (1991) über die „Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung“ formuliert. In dieser sind die Förderung der persönlichen Autonomie und individuellen Entscheidungsfreiheit gefordert. Es war lange Zeit keine Selbstverständlichkeit, dass Verrückte - unter dem gesellschaftlichen Konstrukt psychisch Kranker - international bürgerliche Rechte zugesprochen bekommen.

Betrachtet man das Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe Behinderter“ (2001) so findet sich darin eine Orientierung an Bürgerrechten, an Konzepten wie Selbstbestimmung, Selbständigkeit, Selbstverantwortung.

3.3 Hilfe für Verrückte – ein historischer Überblick

Es soll der sich verändernde Hilfebegriff in Bezug auf „Irre“, „Verrückte“, „Wahnsinnige“, „Unvernünftige“, „psychisch Kranke“ zu verschiedenen Zeiten skizziert werden. Dieser Hilfebegriff ist an bestimmte Konzepte von Verrücktheit und der sich daraus zum Teil ableitenden Reaktion sowie gesellschaftlichen pragmatischen Forderungen gebunden. Die Darstellung erfolgt zum Teil exemplarisch anhand einzelner Personen und Strömungen, ihrer Ansätze und Ideen und der Beschreibung einer dazugehörigen Praxis.

Ein Problem jedes historischen oder auch kulturellen Vergleiches ist die Identität des Gegenstandes. Wir können nicht genau wissen, ob die Tollen, Narren, Besessenen und Hexen vergangener Jahrhunderte unsere „modernen Verrückten“ sind. Das, was in der jeweiligen Zeit unter Vernunft oder Unvernunft verstanden wird, wem eine Behandlung zuteil wird, welche und warum, wird in einer bestimmten sozialgesellschaftlichen Situation ausgehandelt.

Eine Gesellschaft reagiert zumeist auf Störung und Probleme.

Im 17. Jahrhundert zeichnete sich erstmals die Ablösung der religiösen durch die weltliche Macht ab. Merkantilistische Denkweisen prägten zunehmend die Zeit. Bettler, Vagabunden, Idioten, Sonderlinge, politisch Auffällige wurden undifferenziert interniert. Diese Menschen sollten durch Zwangsarbeit vom Müßiggang abgehalten werden im Sinne der Erwirtschaftung des größtmöglichen Reichtums aus dem Besitz an Land und Leuten. Zunehmend diente die Internierung nicht nur einem direkten ökonomischen Nutzen, sondern

auch als Erziehungsmaßnahme gegenüber der übrigen Bevölkerung. Die Zwangshäuser dienten der Abschreckung vor ungenügender Arbeitsamkeit.

Weiterhin gingen im Verlauf des 18. Jahrhunderts im Zuge der Rationalisierung der Gesellschaft herkömmliche Aufenthaltsorte für „nicht selbsterhaltungsfähige“ Menschen, wie Klöster, familiäre, zunft- und nachbarschaftliche Versorgungsformen, verloren.

Zunehmend erschien unter ökonomischen Erfordernissen eine undifferenzierte Internierung nicht mehr als ausreichend. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wurden die Menschen nach den Kriterien arbeitsfähig und freiheitsfähig differenziert behandelt.

„Arme Irre“ waren arbeitsunfähig und, indem ihre „unvernünftigen“, „unberechenbaren“ und „störenden“ Verhaltensweisen als gefährlich betrachtet wurden, auch freiheitsunfähig. Die Verrückten wurden von den übrigen Internierten getrennt und in Tollhäusern untergebracht.

Es kam die Diskussion auf, ob Irre als böse, arbeitsunwillig, arbeitsunfähig oder krank anzusehen sind. Es entstanden einige Ansätze von Reformen mit Heilungsmotiven, die zunächst daraus bestanden, dass Zwang als Behandlungsmethode uminterpretiert wurde. Zunehmend wurden Irre mit Kranken gleichgestellt. In der Behandlung kamen ärztliche Elemente zur Anwendung.

Es folgte eine Zeit des Philosophierens und Nachdenkens über die Behandlung von Seelenkrankheiten, ohne dass dies praktische Auswirkungen hatte. Die Diskussion über eine gesellschaftliche Verursachung von Leiden kam auf.

Anfang des 19. Jahrhunderts entstanden die ersten Heilanstalten, in denen zumeist mit sehr drastischen Methoden des mechanischen Zwangs gearbeitet wurde. Die damalige Vorstellung von Behandlung war sehr auf Durchsetzung von Ordnung, Führung, Disziplin, Leitung ausgerichtet, die der in den Kranken vermuteten Unordnung entgegengesetzt werden sollte. Ein wesentlicher Bestandteil der jeweiligen Vorstellung von Behandlung war die Beschäftigung, sei es mit ökonomischen Vorteilen oder als Erziehung zum Gehorsam begründet.

Mit der Wende zum 20. Jahrhundert kam es zur Anerkennung der Psychiatrie als medizinische Disziplin. Diese Anerkennung war Folge der Euphorie, die die Entdeckung des Zusammenhanges zwischen progressiver Paralyse und Syphilis hervorrief. Ebenso würde man, so der Glaube, für alle psychischen Auffälligkeiten körperliche Ursachen identifizieren können. Dieser Optimismus hat sich bis in die heutige Zeit nicht bestätigen können. Aus Mangel an wirkungsvollen Therapiemethoden oblag der Psychiatrie weiter vor allem die Verwahrungsfunktion, so die psychiatrische Praxis – in der Theorie wurden immer dif-

ferenziertere Klassifikationen versucht, die partiell bis heute angewandt werden. Die Behandlungsformen wandelten sich von mechanischen Zwangsmitteln zu Isolation in gepolsterter Zelle, Bettbehandlung und Dauerbädern, später zu Elektroschocks und Lobotomie. Diese Situation änderte sich nicht wesentlich bis zur Entdeckung der Psychopharmaka in der Mitte des 20. Jahrhunderts.

Einschränkende Maßregeln hatten keine erzieherische Funktion mehr, sondern die, den geistig Erkrankten und die Umgebung zu schützen.

In Deutschland erschütterte die Rolle der Psychiatrie im Faschismus das Ansehen der deutschen Psychiatrie extrem und bewirkte in der Nachkriegszeit eine Art des Rückzugs und der Stagnation.

Außerhalb Deutschlands (vor allem in den USA, Italien, den skandinavischen Ländern) war die Nachkriegszeit die Zeit der Anfänge der Kritik an dem medizinischen Modell der Geisteskrankheit und der Verwahrung in Anstalten. In Folge der Analyse einzelner Anstalten wurde die Kritik formuliert, dass diese einen Großteil der Krankheitsbilder erst geschaffen hätten, die sie vorgaben zu therapieren. Mittels empirischer Studien wurde die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Diagnosen als Kernideologie der psychiatrischen Theorie angezweifelt (wobei viele dieser Studien zunächst nicht extra zu diesem Zweck angeregt wurden), bis hin zur radikalen Infragestellung des medizinischen Modells. Einige Psychiater und Sozialwissenschaftler forderten nicht weniger als die Aufgabe des medizinischen Modells. So stellte Thomas Szasz 1961 die Theorie auf, dass Konzepte wie psychische Normalität und Verrücktheit willkürliche Definitionen seien. Anders als Krankheiten, die auf biologischen Ursachen basieren, ließen sich für die meisten psychiatrischen Erkrankungen keine eindeutigen Ursachen finden. Er bezeichnete das medizinische Modell der Geisteskrankheiten als einen Mythos, der sich durch sprachliche Konventionen (beispielsweise Klassifikationssysteme) selbst erhält.

Ein radikaler Angriff auf die Psychiatrie erfolgte unter dem Begriff der Antipsychiatrie. Die Antipsychiatrie ist keine einheitliche Ideologie oder Bewegung, ihren Vertretern gemein ist die Kritik an der Psychiatrie. Folgend werden exemplarisch einige von ihnen vorgestellt. Die Ausführungen können nicht vollständig sein.

Die Antipsychiatriebewegung nimmt in England als Praxis einer antipsychiatrischen Alternative von den Psychiatern Ronald Laing (1927- 1989) und David Cooper (1931- 1986) ihren Anfang. Beide initiieren eine Gruppe von Betroffenen („Network“), „die in Erfahrung bringen wollten, wie man außerhalb psychiatrischer Behandlung mit der eigenen Verrücktheit leben kann“ (Cooper 1971; S.106). „Network“ gründete in London mehrere Wohnge-

meinschaften: „Wir haben kein Personal und darum keine Patienten. Es sind Leute, die vielleicht traurig sind, denen es nicht gut geht oder die unglücklich, verwirrt oder unsicher sind, aber sie sind nicht Patienten. Sie sind menschliche Wesen, die aus diesen oder jenen Gründen nur schwer oder überhaupt nicht in der Lage waren, das Leben zu meistern, und die unserer Meinung nach einen Ort brauchen, wo sie bleiben und sich ihrer Erfahrung bewusst werden können“ (ebd. S. 104).

1962 eröffnete David Cooper die „Villa 21“, eine Station mit 19 Männern auf dem Gelände eines psychiatrischen Großkrankenhauses (2000 Betten) und leitete es bis 1966. Dieses Projekt startete mit Strukturen, die den konventionellen Vorstellungen nicht zu weit entfernt waren und entwickelte sich daraus. Um Entwicklungen und Veränderungen möglich zu machen bedurfte es „einer Atmosphäre [...], bei der eine Ablehnung eines „gut gemeinten“ aber wenig nützlichen Angebots nicht nur wieder zur erneuten Bestätigung eines „Krank-Seins“ des so genannten Patienten herangezogen wird“ (Kapmann, Wenzel, 2004; S.300). Den Betroffenen wird ein Expertentum in eigener Sache zugestanden.

Kernmomente der „Villa 21“ waren entsprechend Coopers Vorstellungen von Hilfe

- die Gemeinschaft, „in der Menschen in der Weise miteinander leben, dass sie einander auch tatsächlich allein lassen können“ (Cooper 1967; S. 103), wobei die Beziehungen in der Gemeinschaft so beschaffen sein sollen, dass das Alleinsein unangetastet bleibt und gleichzeitig Gemeinschaft im Sinne eines Kontaktes zwischen Innen und Außen besteht, und
- familientherapeutische Elemente, die darauf wirken sollten „die in der Familie bestehenden Interaktionsmuster zu modifizieren, [...] dass das als Patient definierte Mitglied einen wachsenden Bereich autonomen Handelns für sich entdeckt, während gleichzeitig die übrigen Familienangehörigen ‚selbstgenügsamer‘ werden“ (ebd. S.64).

Je weiter sich dieses Projekt in seiner Praxis von der lokal benachbarten klassischen Psychiatrie entfernte, umso mehr geriet es in Auseinandersetzungen und Rechtfertigungsdruck. Unter diesem Druck und diesen Bedingungen konnte Cooper seine Vorstellungen von Hilfe nur unvollständig verwirklichen. Er schlussfolgerte, dass eine zur Psychiatrie alternative Praxis nur außerhalb der Psychiatrie umgesetzt werden kann.

Ronald Laing kritisierte vor allem die Voreingenommenheit der psychiatrischen Begrifflichkeit, welche schon die ersten Begegnungen zwischen Helfern und Hilfesuchenden in der Psychiatrie dominierte, und welche seiner Meinung nach einem Verstehen des Gegenübers und einem einfachen Zuhören entgegenstand. Die Voraussetzung von Hilfe ist nach

Laing, „sich selbst in des anderen Schema der Dinge orientieren zu können, anstatt den anderen nur als Objekt innerhalb des eigenen totalen Bezugssystems zu sehen“ (Kampmann, Wenzel 2004; S. 266).

Ähnlich wie Coopers Projekt war auch die praktische Alternative Laings an der Idee der „Therapeutischen Gemeinschaft“ orientiert. Anders als die „Villa 21“ setzte Laing seine Vorstellungen von Hilfe jedoch an einem Ort in London außerhalb der Psychiatrie, genannt Kingsley Hall, um. Dort konnten zeitgleich 15 Menschen wohnen. Diese nicht nur konzeptionelle, sondern auch räumliche Trennung von der Psychiatrie ermöglichte eine größere Toleranz gegenüber gesellschaftlich unüblichen und fremden Verhaltensweisen. In dieser Wohngemeinschaft lebten nicht nur Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, sondern auch andere, darunter Psychiater wie Laing, die außerhalb des Projekts ihr Geld verdienten.

Umfassender, weil nicht nur auf die Psychiatrie als bestimmte Methode der Hilfe, sondern auch auf ihre gesellschaftliche Funktion bezogen, war die Kritik von Franca Basaglia-Ongaro und Franco Basaglia. Beide arbeiteten 11 Jahre lang (1960- 1971) basierend auf ihren Vorstellungen von Hilfe an der Umgestaltung einer psychiatrischen Anstalt in Italien. Dieses „Basaglia- Konzept“ nahm erheblichen Raum in der öffentlichen Diskussion ein. Basaglia und Basaglia-Ongaro wiesen die Übereinstimmung von Norm in der Industriegesellschaft mit den Anforderungen der Wirtschaft nach. Unnormal ist, wer für den Produktionsprozess und als Konsument unbrauchbar ist. Die Umgestaltung der 500 Insassen fassenden „Irrenanstalt“ in der italienischen Provinz Görz begann mit dem Anliegen - als Voraussetzung von Heilung - den Patienten ihre Freiheit (im Sinne von Wahlmöglichkeiten) wiederzugeben. Viele Patienten lebten schon über vierzig Jahre dort. Das Autoritätsprinzip wurde als Ganzes in Frage gestellt. Der nächste Schritt der Umgestaltung war der Prozess der Zielsetzung. An dieser Stelle stellten die Beteiligten fest, dass ein solcher Prozess nicht möglich ist, ohne über die Anstaltsgrenzen hinaus die gesellschaftliche und psychiatrische Ideologie in Frage zu stellen. Die Erkenntnis, „dass auch eine sich zur Sozialpsychiatrie reformierende Psychiatrie dazu abgeordnet war, das durch die systemimmanenten Widersprüche entstehende Leid zu verwalten und somit in erster Linie derart konzipiert wurde, dass sie sich als funktional für das Wirtschaftssystem erweisen konnte“ (Kampmann, Wenzel, 2004; S.304), führte letztendlich dazu, dass die gesamte Belegschaft von Görz zurücktrat. „Die Beendigung des Projekts in Görz wird von Basaglia und Basaglia-Ongaro als die konsequente Weigerung der Techniker betrachtet, bei einem klassenspezifischen Ausson-

derungsprozess, den die Wissenschaft durch das Alibi der Kontrolle psychischer Devianz legitimiere, den Komplizen zu spielen.“ (ebd.)

Während die Antipsychiatrie der Nachkriegsjahre vor allem von Psychiatern vertreten wurde, die Kritik formulierten und wie dargestellt z.T. eine Gegenpraxis versuchten, besteht die neue antipsychiatrische Bewegung, die Anfang der achtziger Jahre entstand, vor allem aus Betroffenen. In Deutschland wurde diese Bewegung hauptsächlich von der 1980 gegründeten „Irrenoffensive“ in Berlin getragen. Inzwischen gibt es mehrere Vereinigungen von Psychiatriebetroffenen, deren Anliegen es ist, selbstbestimmte Wege zu öffnen, mit der Verrücktheit zu leben. Von dem aus der „Irrenoffensive“ hervorgegangenen „Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt“ wurde 1996 in Berlin das Weglaufhaus nach zu dieser Zeit bereits in Holland existierenden Vorbildern, den Wegloophuisern, gegründet.

Die Bedeutung, die der antipsychiatrischen Bewegung eingeräumt wird, wird kontrovers diskutiert. Von einigen Autoren wird ihnen nicht mehr als eine Kritik zugestanden, die zwar eine Entwicklung anzustoßen vermochte, aber in einer Antiposition stecken blieb und keine funktionierende Alternative bot. Einige Betroffene empfinden die Diskussion um ihre Schmerzen und Zustände zu abstrakt und eine Auseinandersetzung beispielsweise darüber, ob ihre Krise eine Krankheit ist oder nicht, als nicht hilfreich.

Es geht in der neuen antipsychiatrischen Bewegung daher vor allem darum, Alternativen zum medizinischen Hilffsystem außerhalb und unabhängig von diesem und damit eine Situation wirklicher Wahlfreiheit zu schaffen. Dazu ist eine Umverteilung von Macht und Geldern notwendig und die Einsicht, dass es die Lösung und den einen Weg für Verrückte, wie für alle anderen Menschen auch, nicht gibt.

Die unzureichenden Zustände in den Anstalten in der Nachkriegszeit provozierten ein Auflehnen auch in Kreisen der Fachkräfte. Das führte 1969 zu einer Psychiatrie- Enquête im Auftrag der Bundesregierung, deren Abschlussbericht 1975 vorlag. In Folge dieser Kritik war man bestrebt, das psychiatrische System nach Vorbildern in den USA und Großbritannien zu modernisieren. Anstalten sollten verkleinert und ein gemeindenahes Versorgungsnetz (Sozialpsychiatrische Dienste, therapeutische Wohngemeinschaften, Tagesstätten ...) aufgebaut werden. An den Reformen nach dem Vorbild der amerikanischen Community Psychiatry wurde von Betroffenen und Kreisen der Sozialwissenschaften die Kritik geäußert, dass sie bürgerrechtliche Aspekte vernachlässigen würde und die Gefahr der Ausbreitung der Institution Psychiatrie in verschiedene gesellschaftliche Bereiche (nach Castel „Psychiatisierung der Gesellschaft“) bestünde.

Auf den vorangegangenen Seiten wurde ausführlich eine Situation des Aufbruchs und der Veränderungsbemühungen beschrieben. Diese Situation war spätestens Anfang der neunziger Jahre vorbei. „Die Psychiatrie ist – auf modernisiertem Niveau – zur Normalität zurückgekehrt“ (von Kardorff 2005; S.262). Dass Diskussionen um die demokratische Psychiatrie in Italien, die Entwürfe von Laing und Cooper, die Theorien von Szasz (siehe oben) abgebrochen wurde, führt Kardorff auf „säkulare gesellschaftliche Entwicklungen und einen Mentalitätswandel“ (ebd.) zurück.

Bereits Anfang der 60er Jahre begann - auch forciert durch die Entdeckung der Psychopharmaka - die Ablösung der zum Teil phänomenologischen Sicht durch eine verstärkt naturwissenschaftliche Orientierung.

3.4 Warum wirkt ein Weglaufhaus? (ausgewählte Theorien und Ansätze)

Das Weglaufhaus ist nicht Produkt einer wissenschaftlich begründeten therapeutischen Schule, sondern pragmatisches Ergebnis der Selbsthilfebewegung. Trotzdem gibt es Ansätze und Theorien, die sowohl begründen, warum es eines Weglaufhauses bedarf, als auch warum es „funktionieren“ kann.

Die folgenden Ansätze sind nicht auf eine Pathologie bezogen, auch nicht speziell auf Menschen in Krisen. Sie sollen folgende Fragen beantworten:

Was brauchen Menschen, was macht/ hält sie gesund?

Welche Bedeutung hat ein Ort, der Sicherheit, Schutz, Nahrung und Unterkunft bietet? Wieso wirkt das Angebot einer unvoreingenommenen, unmittelbaren, akzeptierenden Beziehung, in welcher die Erfahrung des anderen Menschen als gültig und in seinem individuellen biografischen Kontext verständlich angenommen wird?

Es wird eine Auswahl von Theorien und Ansätzen vorgestellt, die in Abwandlungen und unterschiedlichster Begrifflichkeit postulieren, dass Lebenssinn, Kontrolle über das eigene Leben, Selbstgefühl und ein eigener identitätsstiftender und gelebter Lebensentwurf zentrale Momente einer seelischen Gesundheit sind.

Begonnen werden soll mit dem Modell der Salutogenese von Antonovsky, als Entwurf einer Alternative zum kategorialen Diagnoseverständnis:

Das Konzept der Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese geht auf Aaron Antonovsky (1923-1994) zurück

Eine der wesentlichsten Implikationen des Konzepts besteht in der Aufhebung der Dichotomie gesund – krank. Dieser Dichotomie wird ein Kontinuum mit den Polen Health -ease und Dis -ease entgegengesetzt. Eine wichtige Leistung des Konzepts der Salutogenese ist meines Erachtens jedoch die Beschreibung von und damit der Fokus auf Bedingungen, unter denen sich Gesundheit entwickelt und erhält, auf heilsamen Faktoren, die den Organismus im Sinne des Modells in Richtung Gesundheit bewegen. Die Position eines Menschen auf diesem Kontinuum wird wesentlich durch sein Kohärenzgefühl bestimmt. Es wird angenommen, dass Menschen mit einem stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl besser gesund werden und bleiben können. Das Kohärenzgefühl als generelle Lebenseinstellung beinhaltet die Komponenten: Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness). Es ist eine Art Überzeugung das Leben betreffend, die Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darauf ausdrückt, dass

- die Ereignisse im Leben strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (kognitiver Aspekt),
- Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen gerecht zu werden (pragmatischer Aspekt),
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Interventionen und Engagement lohnen (emotionaler Aspekt).

Für die Entwicklung des Kohärenzgefühls sind nach Antonovsky frühkindliche Erfahrungen entscheidend. Das Kohärenzgefühl konstituiert sich nach seiner Auffassung im Wesentlichen innerhalb der ersten 10 Lebensjahre und ist spätestens im frühen Erwachsenenalter stabil etabliert. Einer psychotherapeutischen Veränderungsmöglichkeit steht Antonovsky eher skeptisch gegenüber. Große Veränderungen des Kohärenzgefühls sind seiner Meinung nach selten. Wenn sie sich dennoch ereignen, dann resultieren sie aus der konkreten Änderung gesamter Lebensumstände und der Entwicklung neuer Muster der Lebensbewältigung. In Studien wurde der Frage nachgegangen, ob das Kohärenzgefühl durch Psychotherapie zu beeinflussen ist, entgegen Antonovskys Skepsis – „Es ist utopisch zu erwar-

ten, eine Begegnung oder eine Serie von Begegnungen zwischen Klient und Therapeut könne eine signifikante Änderung des Kohärenzgefühls bewirken“ (Antonovsky, 1987; S.124). Die Ergebnisse der Studie stehen zum Teil im Widerspruch zur Annahme der Zeit- und Behandlungsstabilität des Kohärenzgefühls.

Dem Modell der Salutogenese sind andere Konzepte vorausgegangen und diesem zum Teil verwandt, wie das Konzept der Selbstwirksamkeit von Albert Bandura oder Betrachtungen zu Kontrollüberzeugungen und Hilflosigkeits-, Hoffnungslosigkeitstheorien:

Konzept der Selbstwirksamkeit von Albert Bandura

Selbstwirksamkeit wird definiert als eine personale Überzeugung, Ereignisse, die einem im Leben zustoßen, kontrollieren zu können. Nach Bandura wirkt sich Selbstwirksamkeit auf die menschliche Leistungsfähigkeit, auf das Wohlbefinden und auf die psycho-physische Regulation im Organismus günstig aus.

Kontrollüberzeugungen

Die Art und Weise, wie wir Ereignisse in unserem Leben erklären, kann sich in Attributionsstilen in Form von Kontrollüberzeugungen niederschlagen. Dabei werden internale von externalen Kontrollüberzeugungen unterschieden, also ob Menschen annehmen, dass die Ergebnisse ihrer Handlungen Resultat dessen sind, was sie tun oder das Resultat von Umweltfaktoren. Menschen, die eine internale Kontrollüberzeugung erwerben, die dazu führt, dass sie sich Ziele setzen, und Mittel zu deren Erreichung erwerben, können als selbstwirksame Personen betrachtet werden.

Hilflosigkeits-, Hoffnungslosigkeitstheorien

Nach Seeligman (1972) führen unkontrollierbare aversive Ereignisse in Form eines Lernprozesses zu einem Gefühl der Hilflosigkeit, das sich in Passivität und dem Gefühl, unfähig zu Handlungen und zur Kontrolle des eigenen Lebens zu sein, äußert. Diese Theorie wurde später um attributionstheoretische Annahmen erweitert.

Konstruktivistische Theorien

Interessant sind auch die Beziehungen zu konstruktivistischen Denkweisen und zur Biogenetik, in deren Annahmen die Welt nicht gespiegelt, sondern konstruiert und interpretiert wird. Die Repräsentation im Sinne von Konstruktionen stellt eine stabile Beziehung zwischen Umwelt und Organismus sicher. Erkenntnis als Konstruktion in diesem Sinne heißt aber nicht, die Wirklichkeit als beliebige, willkürlich zuzurichtende phantastische Konstruktion zu begreifen, sondern als Konstruktion, die von der Widerständigkeit der Welt nicht negiert wird und insofern „passt“, als sie funktioniert.

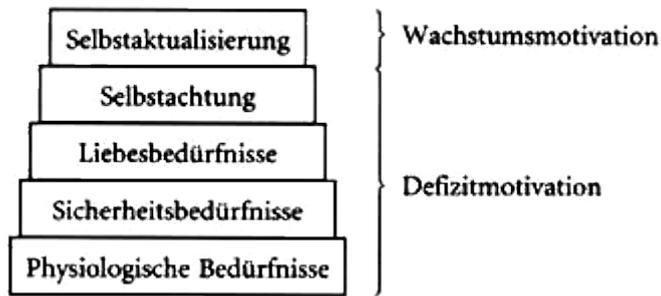
Die Überzeugung, wie handhabbar, sinnhaft, wie kontrollierbar die Umwelt ist, ist natürlich auch eine bestimmte Art von Konstruktion.

Die maslowsche Bedürfnispyramide

Maslow ist einer der Gründerväter der Humanistischen Psychologie, die eine Psychologie menschlicher Gesundheit anstrebte. Maslow entwickelte ein Modell menschlicher Bedürfnisse. Diese Bedürfnisse bilden die „Stufen“ der Pyramide und bauen nach dieser eindimensionalen Theorie aufeinander auf.

1. Physiologische Bedürfnisse: Die wichtigsten sind Hunger, Durst und Sexualität.
2. Sicherheitsbedürfnisse: Bedürfnis nach Sicherheit, Stabilität, Ordnung, Schutz, Struktur, Ordnung, Gesetz, Freiheit von Angst und Chaos. Wenn die physiologischen Bedürfnisse befriedigt sind, die Sicherheitsbedürfnisse aber nicht, bestimmen diese weitgehend unser Verhalten. Menschen wünschen sich eine vorhersagbare Welt, Inkonsistenz und Ungerechtigkeit verunsichern sie.
3. Zugehörigkeits- und Liebesbedürfnisse: Ergebnisse soziologischer Studien bestätigen die negativen Auswirkungen von Entwurzelung aus Bezugsgruppen.
4. Wertschätzungs- und Geltungsbedürfnis: Das Bedürfnis umfasst zum einen den Wunsch nach Stärke, Leistung und Kompetenz, zum anderen das Bedürfnis nach Prestige, Status, Ruhm und Macht.
5. Bedürfnis nach Selbstverwirklichung (Wachstumsbedürfnis, Selbstaktualisierung): Streben nach der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit. Die konkrete Umsetzung dieses Strebens ist von Person zu Person sehr unterschiedlich.

Hierarchie der Bedürfnisse nach Maslow



Bildquelle: http://www-public.tu-bs.de:8080/~wedelman/seminare/motivation_v.1/abb/maslow.jpg (02-09-10)

Der Mensch ist bestrebt, zuerst die Bedürfnisse der niedrigen Stufen zu befriedigen, bevor die nächsten Stufen Bedeutung erlangen.

Die Befriedigung höherer Bedürfnisse ist ein wichtiger Schutzfaktor für die Gesundheit.

Soteria – Dabeisein in einem optimalen therapeutischen Milieu

Soteria kommt aus dem Griechischen und bedeutet Befreiung und Geborgenheit.

Soteria ist keine allgemeine Theorie, sondern eine Praxis, die von der Macht und Bedeutung interpersoneller Beziehungen ausgeht und diesen Begegnungen die Hauptrolle in ihrem Konzept einräumt. Alle inszenierten Bedingungen (beispielsweise Atmosphäre und Arbeitsweise) sind darauf ausgerichtet, dauerhafte und intensive Interaktionen zu fördern. Zentraler Gedanke der Soteria ist der Einfluss des Milieus auf die Befindlichkeit eines Menschen und die kontinuierliche Stützung durch tragende zwischenmenschliche Beziehungen.

Kern der Soteriapraxis ist Dabeisein, als eine verlässliche kontinuierliche 1:1 Begleitung rund um die Uhr in der akuten Krise.

Die ursprüngliche Idee ist, dass Menschen über Wochen in einem intensiven Kontakt durch ihre psychischen Krisen begleitet werden, ohne spezielle therapeutische Techniken und ohne Psychopharmaka. Ihre Therapeuten leben und wohnen mit ihnen gemeinsam in einem Haus.

Es folgt eine Auflistung der Merkmale eines optimalen therapeutischen Milieus als Entgegnung auf innere Zustände, zusammengestellt von Uta Wehde nach Ciompi (Wehde, 1991). Dabei betont sie, dass „nahezu alle Attribute Selbstverständlichkeiten im gewöhnlichen menschlichen Miteinander sein sollten und daher die Verwendung des Begriffs 'therapeutisches Milieu' banal ist.“

Pathologisches Milieu	Psychopathologische Störung bei Patient	Optimal therapeutisches Milieu
Spannung, Angst, Unruhe, zu viel Stimuli	Spannung, Angst, Erregung, produktiv psychotische Symptome	Entspannung, Ruhe Sicherheit, Gelassenheit, Reduktion von Stimuli
Komplexe, unklare, unübersichtliche Umgebung Anonymität, zu viel Wechsel, Großgruppe	Derealisation Verwirrung	Einfache, klare, übersichtliche Umgebung Personifizierung, wenig Wechsel, Kleingruppe
Labilität, Diskontinuität, Unberechenbarkeit Unfähigkeit, Aufmerksamkeitsfokus zu teilen	Labilität, Sprunghaftigkeit, Inkonsistenz Unaufmerksamkeit, Zerstreuung	Stabilität, Kontinuität, Verlässlichkeit Klare Fokalisierung der Aufmerksamkeit
Misstrauen, Devaloisierung, Intoleranz Verständnislosigkeit, Kälte, Gleichgültigkeit, fehlendes Engagement	Misstrauen, Spannung, Ärger, Wut, niedriges Selbstwertgefühl Enttäuschung, Dysphorie, affektiver Rückzug, Verflachung	Vertrauen, Validierung von Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühlen, Toleranz Verständnis, Wärme, Unterstützung, Engagement, Dialog, Erklärungen
Symbiotisch- narzistische Beziehung, erzwungener Konsens, Verleugnung von Unterschieden Irrationalität, Mystifizierung, Vagheit, Zweideutigkeit, Unklarheit	Unschärfe Ich- Grenzen, Überempfindlichkeit, Konfliktunfähigkeit, Verneinung, Verleugnung Irrationalität, Unklarheit, Vagheit, Verzerrung	Klare Demarkation der Personen, Anerkennung von Unterschieden in Meinungen, Gefühlen, Verhalten Rationalität, Klarheit, Eindeutigkeit
Infantilisierung, Abhängigkeit, mangelnde Verantwortung	Regression, Infantilismus, Abhängigkeit, Inkompetenz	Autonomisierung, Verantwortlichkeit, Vertrauen

Die Theorien im Bezug zur Konzeption der Weglaufhauspraxis

Anschließend sollen die dargestellten Theorien zur Konzeption des Weglaufhauses in Beziehung gesetzt werden. Beides, die theoretischen Ansätze und Auszüge aus der Konzeption werden in folgender Tabelle nebeneinander gestellt:

Theorie	Inhalt der Theorie	Auszüge aus der Konzeption des Weglaufhauses
<u>Theorie der Salutogenese</u>	<p>Resourcenorientierte Theorie</p> <p>Das Kohärenzgefühl als Lebensgefühl bezüglich Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit ist wesentlich für die Gesundheit eines Menschen.</p>	<p>Das Weglaufhaus ist in seiner Arbeit resourcenorientiert (Handhabbarkeit).</p> <p>„Zur Förderung der Selbsthilfe gehört auch, die Krise zu bearbeiten, zu reflektieren und in einen biographischen Bezug zu setzen.</p> <p>Die MitarbeiterInnen motivieren dazu, das der Krise innewohnende Potential zu mobilisieren und die Krise als Chance für Veränderung zu sehen.“ (Sinnhaftigkeit)</p> <p>„Ziele: „Aktivierung von Selbsthilfemöglichkeiten und Ressourcen, Entwicklung von Strategien zur Bewältigung eventueller zukünftiger Krisen.“</p>
<u>Theorien zu Selbstwirksamkeit ± Kontrollüberzeugungen</u>	<p>Die personale Überzeugung, Ereignisse, die einem im Leben zustoßen (internale Kontrollüberzeugung), kontrollieren zu können, wirkt sich nach Bandura auf die menschliche Leistungsfähigkeit, auf das Wohlbefinden und auf die psychophysische Regulation im Organismus günstig aus.</p>	<p>„Die BewohnerInnen gelten weder als krank noch als fremdbestimmt, sondern bleiben für ihre Handlungen und Äußerungen selbst verantwortlich.“ „Maßgeblich für die Unterstützung, die die BewohnerInnen des Weglaufhauses erfahren, sind die jeweils individuellen Vorstellungen darüber, welche Formen der Beratung, der Hilfe und des Schutzes den Betroffenen wünschenswert erscheinen.“</p> <p>„Antipsychiatrie bedeutet, dass im Weglaufhaus der Schwerpunkt auf der Wahrnehmung, Entwicklung und Stärkung der Selbstbestimmung von Psychiatrie-Betroffenen Menschen liegt.“</p>

Theorie	Inhalt der Theorie	Auszüge aus der Konzeption des Weglaufhauses
<u>Hilfs- und Hoffnungslosigkeitstheorien</u>	Unkontrollierbare aversive Ereignisse führen in Form eines Lernprozesses zu einem Gefühl der Hilflosigkeit, zu Passivität.	„Das Weglaufhaus entspricht dem Wunsch nach einem Ort ohne Zwangsmaßnahmen.“
<u>Bedürfnishierarchie nach Maslow</u>	Hierarchisches Modell menschlicher Bedürfnisse. Es müssen die Bedürfnisse der unteren Stufen befriedigt sein, bevor die nächsten Stufen Bedeutung erlangen. Ein Individuum, dessen Verhalten durch höhere Bedürfnisse bestimmt ist, ist seltener krank, schläft besser und lebt länger.	Die Hilfe, die das Weglaufhaus bietet ist ganzheitlicher Natur, von Existenzsicherung bis Umsetzung individueller Lebensperspektiven (Ziele, die in der Konzeption formuliert sind)
<u>Soteria</u>	Zentraler Gedanke der Soteria ist der Einfluss des Milieus auf die Befindlichkeit eines Menschen und kontinuierliche Stützung durch tragende zwischenmenschliche Beziehungen. Dabeisein ist der Kern der Soteriaidee, als eine verlässliche kontinuierliche 1:1 Begleitung rund um die Uhr in der akuten Krise. Die ursprüngliche Idee ist, dass Menschen über Wochen in einem intensiven Kontakt durch ihre psychischen Krisen begleitet werden ohne spezielle therapeutische Techniken und ohne Psychopharmaka.	„Das Weglaufhaus bietet eine 24-Stunden-Betreuung mit überwiegend doppelt besetzten Schichten, was in Krisensituationen eine besonders intensive Begleitung und Unterstützung möglich macht.“ „Die Grundlage der Krisenarbeit ist der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung.“ „Entscheidend ...ist die Methode des Dabeiseins, eine Unterstützungsleistung, die durch einen intensiven und kontinuierlichen Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen und BewohnerInnen gekennzeichnet ist und die individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen eingeht.“ „Wichtiger als die konkrete Handlung ist dabei, ein höchstmögliches Maß an Toleranz und Akzeptanz gegenüber ungewöhnlichen Verhaltens- und Erlebensweisen zu vermitteln.“ (Milieu)

Es gibt inzwischen eine vernetzte Selbsthilfebewegung. Dieses Kapitel wird abgeschlossen mit Auszügen der Internetseite des Vereins Psychiatrieerfahrener NRWs und drückt aus, was Betroffene in bisherigen verrückten Krisen als hilfreich empfanden.

Unter den Überschriften:

- Wege zur Selbststabilisierung
- Selbsthilfekonzent für Psychose-Erfahrene
- Tipps und Tricks um Ver-rücktheiten zu steuern

findet man selbstverständliche Dinge wie

- für körperliches Wohlbefinden sorgen (Ernährung, Entspannung, Bewegung)
- sich öfter mal etwas Gutes gönnen und sich auf die positiven Dinge im Leben konzentrieren
- dafür zu sorgen, dass das zwischenmenschliche Klima einigermaßen stimmt
- für ausreichende menschliche Kontakte sorgen, sich nicht isolieren
- dafür sorgen, dass man glücklich ist (sehen, was man noch kann und hat, und nicht was man nicht mehr kann - positiv denken)
- erforschen, was einem gut tut und was einem nicht gut tut
- sich um eine realistische Selbstwahrnehmung bemühen, und seine Gedanken und Pläne auf Wirklichkeitsnähe überprüfen
- Probleme nicht verdrängen, sondern mit vertrauten Personen besprechen
- möglichst eine Arbeit/ Beschäftigung suchen, die einen interessiert und dabei nicht über- oder unterfordert
- mit sich selbst und anderen pfleglich umgehen
- die Nutzung kreativer Medien wie Malen, Modellieren und Schreiben um die Inhalte der Ver-rückungen auszudrücken
- Lesen
- Träumen

Bezüglich medizinischer Unterstützung wird geraten

- einen Arzt/ eine Ärztin suchen, der/die umfassend aufklärt, der/die sich Zeit für Gespräche nimmt, einem Eigenverantwortung zugesteht, zu Verhandlungen bereit ist und einen partnerschaftlichen/ selbstbestimmten Umgang ermöglicht

Erfahrungen in der akuten Krise:

- Informiere mindestens eine Person deines Vertrauens, wie es dir geht und bitte sie um Hilfe.
- Sorge für einen Schutzraum, bis die Ver-rückung abgeklungen ist
- Suche Menschen, die begleiten

(vgl. www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de)

Auch an dieser Stelle ist die Überlegung wiederzufinden, dass Menschen mit psychiatrischer Diagnose ähnliche Umstände und Situationen als hilfreich und heilsam empfinden wie alle anderen Menschen auch.

4 Beschreibung der Methodik

4.1 Konzeption und Zielsetzung der Untersuchung- eine Einleitung

Gegenstand der Arbeit soll eine Betrachtung des Weglaufhauses „Villa Stöckle“ in Berlin im Sinne summativer Evaluation aber auch entdeckender Forschung sein.

4.1.1 Evaluation

Einem Definitionsversuch von Evaluation sollen folgende einleitenden Gedanken von Wottawa vorangestellt werden: Evaluation „umfasst eine Menge möglicher Verhaltensweisen und entzieht sich somit prinzipiell einer abstrakten, die Wirklichkeit gleichzeitig voll umfassenden Definition“ (Wottawa, 1990; S.9). Trotz dieser Einschränkung wurden verschiedene Definitionen versucht, die darin übereinstimmen, dass

- Evaluieren eine Bewertung von Handlungsalternativen im weitesten Sinne ist,
- eine Evaluation ziel- und zweckorientiert ist und primär dazu dient, praktische Maßnahmen zu überprüfen, zu verbessern oder über sie zu entscheiden.

Es wird gefordert, dass Evaluationsmaßnahmen dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Techniken und Forschungsmethoden angepasst sein sollten (etwa in Biefang, Bortz und Döring, Cronbach, Hellstern und Wollmann, Wottawa).

Evaluation kann sich sowohl auf den Kontext, die Struktur, den Prozess als auch das Ergebnis beziehen.

Der ursprünglich aus dem pädagogisch/ sozialwissenschaftlichen Bereich stammende Gedanke der Evaluation wurde in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts in der Industrie aufgegriffen, um einerseits Herstellungsprozesse - und damit auch die Qualität der Produkte - zu bewerten und andererseits diese Herstellungsprozesse zu optimieren. Inzwischen wurden dort allerlei Normen geschaffen, sowohl internationale als auch spartenabhängige (bisher vor allem im Automobilbereich, in letzter Zeit z.B. inflationär im Lebensmittelbereich durch verschiedenste private und staatliche 'Bio'-Labels). Unternehmen, die diese Normen erfüllen, verschaffen sich dadurch erhebliche Wettbewerbsvorteile. Der Nachweis

der Normerfüllung geschieht normalerweise über sogenannte 'Audits', die – wenn bestanden – zum Erwerb eines 'Zertifikats' führen, das wiederum das Produkt aufwertet.

Das sog. 'Qualitätsmanagement' ist inzwischen zu einem erheblichen Wirtschaftsfaktor geworden.

Durch die Privatisierung sozialer Einrichtungen hält Evaluation Einzug in den sozialen Bereich – als Prozessoptimierung, aber auch als Auflage zu Transparenz und Ergebnismachweis.

Nach von Kardorff ist Evaluation die wissenschaftliche Antwort auf den Bedarf und die Forderungen nach Nachweisen der Wirksamkeit, Effizienz, Qualität und Akzeptanz von Programmen und Maßnahmen sowie nach entscheidungsrelevanten Informationen, Planungshilfen und Bewertungen (von Kardorff, 2000). Dieser Bedarf begründet sich zumeist aus gesellschaftlichen Veränderungen und auch aus der Knappheit öffentlicher Ressourcen und dem damit verbundenen Bedürfnis nach Kontrolle über Kosten und Effizienz.

Und Evaluation soll auch „im Sinne entdeckender Sozialforschung neue Erkenntnisse zu einem vertieften Verständnis der untersuchten Bereiche beisteuern“ (von Kardorff, 2000; S.239).

Die Besonderheiten der Evaluation als Spezialfall von Forschung sind:

Evaluation ist unbedingt anwendungsbezogen. Sie wird in ihrer Fragestellung, in ihren Ressourcen (Zeit, Material, methodischen Möglichkeiten), in der Gesamtheit ihrer Bedingungen von einer Pragmatik dominiert. Evaluation findet mehr als andere Forschung unter Bedingungen statt, die von Machtkonstellationen und Interessenlagen geprägt sind.

Die Bewertung von Maßnahmen ist abhängig vom Forscher. Sie ist eine Frage des Interessenstandpunktes, von welchem aus Kriterien für Erfolg, Effizienz und Qualität definiert werden.

4.1.2 Qualitative und quantitative Methodik in der Sozialforschung

Die Kontroversen der Theorie der Evaluationsforschung bewegen sich in den Paradigmen der qualitativen vs. quantitativen Sozialforschung. Dabei geht es um die Rolle des Forschers, die Beteiligung der Betroffenen, um angemessene Forschungsdesigns und gesicherte Standards.

In der quantitativen Forschung hat die Unabhängigkeit des Beobachters vom Forschungsgegenstand einen zentralen Stellenwert. Die vergleichende statistische Auswertung erfordert ein hohes Maß an Standardisierung der Datenerhebung. Die Grundsätze und Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) orientieren sich am Modell der Naturwissenschaften als nomothetische Wissenschaft.

In Abgrenzung dazu ist die subjektive Wahrnehmung des Forschers in der qualitativen Forschung Teil der Erkenntnis: Realität lässt sich als interaktiv hergestellt verstehen. Soziale Wirklichkeit ist somit kein statisches Gebilde, vielmehr wird ihr Prozesscharakter, ihre Reflexivität und Rekursivität betont. Ausgangspunkt qualitativer Forschung als idiographische Wissenschaft sind hermeneutische und textinterpretatorische Ansätze.

Qualitative und quantitative Methodik können als verschiedene Paradigmen der Forschung verstanden werden, deren unterschiedliche Theorietraditionen eine Inkompatibilität nahe legen.

In der Forschungspraxis sind jedoch viele Arbeiten zu finden, die durchaus beide Methodologien miteinander kombinieren, in verschiedenster Funktion und Gewichtung.

Für den Einsatz quantitativer Methodik ist ein umfangreiches Vorwissen erforderlich. Qualitative Forschung kann erkundend genutzt werden, um Hypothesen zu generieren. Die Attraktivität qualitativer Forschung besteht vor allem in ihre Nähe zum Gegenstand. Es gibt Fragen, die einer stark standardisierten Datenerhebung nicht zugänglich sind. Quantitativ erhobene Ergebnisse können mittels qualitativer Daten differenziert und vertieft werden.

Es gibt unter den Begriffen Triangulation und mixed-methodology design zunehmend Ansätze, theoretische Grundlagen zur Integration beider Methodentraditionen als „third methodological movement“ zu begründen (Denzin 1987; Flick 1991).

Der Begriff der Triangulation ist der Navigation und Landesvermessung entlehnt und meint die Bestimmung eines Ortes durch Messungen von mindestens zwei bekannten Punkten aus. Die Idee der Übertragung auf sozialwissenschaftliche Forschung ist in dem Kontext quantitativer Methodik, der Multitrait-Multimethod-Validierung, entstanden. Später wurde das Konzept der Triangulation im Sinne von Maximierung der Validität (verschiedene Methoden messen ein Phänomen) noch um das Anliegen der gegenseitigen Ergänzung (verschiedene Methoden messen verschiedene Aspekte eines Phänomens oder verschiedene Phänomene) zum Zwecke umfassenderer Betrachtung des Gegenstandsbereiches erweitert. Triangulation im Sinne von Ergänzung lässt auch zu, dass die Ergebnisse der quantitativen vs. qualitativen Methodik verschieden sein können, ohne Ausdruck einer geringen Validität zu sein.

4.1.3 Evaluative Betrachtung des Weglaufhauses

Ausgangspunkt/ eine Art Standpunkt:

Im Weglaufhaus wird mit den Selbstbeschreibungen der BewohnerInnen gearbeitet. Sie werden in ihrem Begehren, mit dem sie im Haus Hilfe suchen, ernst genommen. Das bedeutet, dass das Weglaufhaus als professionelle Institution nicht den Anspruch erhebt, zu wissen, was gut für die Betroffenen ist und welche Ziele zum Ende des Aufenthaltes anzustreben sind. Die Zielstellungen eines Aufenthaltes die in der Konzeption des Weglaufhauses formuliert sind, sind vielmehr sehr weit gefasst: „Ziel ist dabei eine individuell angepasste Hilfe, um den Kreislauf von Wohnungslosigkeit und Psychiatrisierung zu durchbrechen, eine erneute Psychiatrisierung zu verhindern und die BewohnerInnen auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben vorzubereiten“ (aus der Konzeption des Weglaufhauses). Eine Besonderheit des Weglaufhauses ist die konsequente Ausrichtung auf die individuellen Lebensentwürfe der NutzerInnen.

Bei der Aufnahme wird in einem ersten ausführlichen Gespräch geklärt, mit welchen Vorstellungen und Wünschen (die Ziele und auch den Aufenthalt betreffend) die NutzerInnen ins Weglaufhaus kommen und ob sie darin eine Unterstützung und Begleitung erfahren können.

Die geplante evaluierende Betrachtung soll sich an diesen individuellen Zielen der BewohnerInnen orientieren.

Fragestellung:

Es geht darum, die Vorstellungen, Perspektivwünsche und Probleme der BewohnerInnen des Weglaufhauses zu erfassen und zu evaluieren, welche dieser Ziele zum Zeitpunkt des Auszuges verwirklicht werden konnten und welche nicht. Das Weglaufhaus, als Einrichtung des Trägers des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt, hat, wie beschrieben, ein eigenes Selbstverständnis. Untersucht werden soll, inwieweit dieses umsetzbar (lebbar) ist und sich in den Wünschen und Problematiken, mit denen die NutzerInnen ins Weglaufhaus kommen, aber auch in den erreichten Zielen als wirkliche Kompetenz niederschlägt.

4.2 Allgemeiner Aufbau der Untersuchung

Die Untersuchung besteht aus einem qualitativen und einem quantitativen Methodenteil.

In der Literatur wird die Frage, ob eine quantitative Auswertung von Outputvariablen geeignet sein kann, die Ergebnisqualität eines sozialen Projektes zu bewerten, und ob damit eine Aussage über tatsächliche Erfolge oder Misserfolge möglich ist, kontrovers diskutiert. Angesichts dieser Diskussion ist mir wichtig, ergänzend zur quantitativen Erfassung von Variablen bei Ein- und Auszug ExbewohnerInnen des Weglaufhauses über ihren Aufenthalt und dessen Bewertung in Form eines Leitfadenterviews (s. 4.4.1) zu befragen.

Die Interviews sollen Hinweise liefern, welche Aspekte eines Aufenthaltes in harten Erfolgskriterien vs. Misserfolgskriterien nicht erkennbar und doch wesentlich sind.

Im Rahmen des Interviews werden die Befragten zusätzlich gebeten, wesentliche Elemente der Weglaufhauspraxis zum einen in ihrer subjektiven Wichtigkeit zum anderen in ihrer Umsetzung in Form eines Ratings einzuschätzen (s. *Anhang*). Diese Elemente sind eng mit dem Anspruch des Weglaufhauses, die Selbstbestimmung der BewohnerInnen und ihre Verantwortlichkeit für sich selbst zu wahren, und dem auf einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung liegenden Schwerpunkt verbunden.

4.3 Quantitativer Teil der Untersuchung

4.3.1 Die Methode

Zunächst werden die Perspektivwünsche zum Zeitpunkt der Aufnahme und die Situation zum Zeitpunkt des Auszuges in Form kategorialer Daten erhoben.

Dabei werden Variablen, wie ‚Dauer des Aufenthaltes‘ und ‚wiederholter Aufenthalt‘ sowie demographische Daten erfasst und in ihrer moderierenden Funktion betrachtet.

Die Daten für die quantitative Analyse werden den BewohnerInnen entnommen, die sehr umfassend den Aufenthalt dokumentieren. Insbesondere können den Protokollen der Aufnahmegespräche, den Anfangs- wie auch den Abschlussberichten sowohl die Ziele und die Aufnahmesituation wie auch die Situation zum Zeitpunkt des Auszuges entnommen werden.

Entwicklung einer Datenerfassungsvorlage für die Auswertung der BewohnerInnenordner

In einer Phase der Vorerkundung habe ich zunächst alle in den Dokumenten genannten Ziele von 15 ehemaligen BewohnerInnen gesammelt, um dann eine Auswahl zu treffen (*s. Anhang*). Diese Auswahl ist Ergebnis folgender Überlegungen:

Einige Ziele sind mit Aufnahme im Weglaufhaus bereits faktisch erfüllt, wie die Entlastung von Obdachlosigkeit.

Andere, wie psychosoziale Stabilisierung, sind in der Krisenliteratur als zentrales Moment von Krisenintervention beschrieben und tatsächlich in dieser Komplexität auch von den NutzerInnen als Ziel in einem ersten Kontakt genannt. Hierbei ist die Messbarkeit (insbesondere Operationalisierung) problematisch.

Es ist zu diskutieren, ob beispielsweise bei gelungener Vermeidung eines Psychriaufenthaltes, dem Auszug in die gewünschte Wohnform etc. davon auszugehen ist, dass die aktuelle Notlage und psychosoziale Krisensituation erfolgreich überwunden wurde.

Bei geplanter Untersuchung soll es sich um eine summative Evaluation handeln. In dieser können nur Ziele betrachtet werden, die zum einen summativer Natur (vs. Prozessmomente) und zum anderen messbar sind.

Ziele, die, wie oben beschrieben, faktisch mit Aufnahme im Weglaufhaus erfüllt sind, werden nicht berücksichtigt.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich folgende Ziele, die in ihrer Auftretshäufigkeit sowohl als Wunsch als auch in ihrer Umsetzung erfasst werden:

- ❖ Sicherung der finanziellen Grundversorgung
- ❖ Schuldenregelung
- ❖ Ausweispapiere beschaffen für Deutsche
- ❖ Ausweispapiere beschaffen für Ausländer
- ❖ Aufbau des Kontaktes zu Kindern
- ❖ Aufbau des Kontaktes zur Familie
- ❖ eigene Wohnung finden
- ❖ eine Einzelfallhilfe
- ❖ eine betreute Wohnform finden
- ❖ in eine Wohngemeinschaft ziehen
- ❖ Wohnperspektive außerhalb von Berlin
- ❖ Erhalt des alten Wohnraumes
- ❖ Vermittlung in eine Therapie
- ❖ Beschäftigung beginnen/ regelmäßige Tätigkeit
- ❖ Abitur nachholen
- ❖ Hauptschulabschluss nachholen
- ❖ Studium beenden
- ❖ Betreuung einrichten
- ❖ Betreuung aufheben
- ❖ Betreuung wechseln
- ❖ Vorsorgevollmacht
- ❖ Vermeidung eines Psychiatrieaufenthaltes
- ❖ Vermeidung einer Zwangsunterbringung
- ❖ Absetzen von Psychopharmaka
- ❖ Reduzieren der Psychopharmaka

Diese Ziele wurden zunächst zu Gruppen zusammengefasst. Anschließend wurde speziell für diese Untersuchung daraus eine Datenerfassungsvorlage entwickelt, in die die Daten der Bewohnerordner übertragen werden (*s. Anhang*).

Es werden drei Messzeitpunkte berücksichtigt:

t0 – zur Aufnahme: In der Datenerfassungsvorlage wird die Kategorie angekreuzt, wenn im Aufnahmegespräch oder in der ersten anpruchsbegründeten Stellungnahme an das jeweilige Bezirksamt (als Ergebnis der Spezifizierung der Perspektive) der jeweilige Wunsch geäußert wird.

t1 – während des Aufenthaltes: In der Datenerfassungsvorlage wird die Kategorie angekreuzt, wenn sich aus Anträgen zur Verlängerung des Aufenthaltes ergibt, dass sich Wünsche/Perspektiven geändert haben oder hinzugekommen sind.

t2 – Auszug: In der Datenerfassungsvorlage wird die Kategorie angekreuzt, wenn die gewünschte Perspektive umgesetzt wurde. Wann ein Ziel als umgesetzt gilt, ist, wenn nötig, erklärend auf der Datenerfassungsvorlage vermerkt.

Im Anhang ist auch eine erläuterte Version der Datenerfassungsvorlage zu finden, in der an den entsprechenden Stellen erklärt wird, unter welchen Umständen der jeweilige Eintrag zustande kommt (*s. Anhang*).

4.3.2 Die Stichprobe

Stichprobe: BewohnerInnen der Jahre 2002 bis 2006, für die ein Abschlussbericht zur Verfügung stand. Ich habe mich für die Wahl einiger Jahrgänge entschieden vs. einer Zufallsstichprobe aller bisherigen Bewohnerinnen seit 1995, weil sich das Weglaufhaus in seiner Arbeitsweise und seinem Geist während der letzten 10 Jahre wohl geändert hat. Diese Veränderung ist sicherlich auch einer Betrachtung wert, wird aber in geplanter Arbeit nicht ausreichend bedacht und kontrolliert. Eine Wirkung dieses Effektes in der Untersuchung soll auf diese Weise vermieden werden.

Für die Datenerhebung waren die abschließenden Berichte an die Ämter als ausführliche Dokumentation des Aufenthaltes und der Auszugssituation nötig. Aus diesem Grunde

konnten nur BewohnerInnen in die Stichprobe aufgenommen werden, bei denen ein Abschlussbericht zur Verfügung stand. Es werden im Weglaufhaus nur für ca. 20 -30 % der BewohnerInnen Abschlussberichte von den Ämtern angefordert. Deshalb war trotz des oben begründeten Bestrebens ein untersuchter Zeitraum von beinahe fünf Jahren notwendig, um die angestrebte Stichprobengröße zu erhalten. In einem Vergleich der allgemeinen Weglaufhausstatistik der Jahre 2002-2005 mit den Daten der Stichprobe hinsichtlich demographischer Daten (Alter, Geschlecht) und Daten des Aufenthaltes (Beendigung, Dauer) wird geprüft, ob es sich bei der Stichprobe der BewohnerInnen mit Abschlussbericht um eine für alle BewohnerInnen dieser Jahrgänge repräsentative Stichprobe handelt.

4.3.3 Die Auswertung

4.3.3.1 Die Daten

Die erfassten Daten lassen sich in 4 Gruppen einteilen:

- allgemeine demographische Daten:
 - Geschlecht
 - Alter
 - Staatsangehörigkeit
 - Zugehörigkeit zu Stadt Berlin
- Daten, die die Lebenssituation zu den Zeiten vor und zum Teil nach dem Weglaufhausaufenthalt beschreiben:
 - Familienstand (nur t0)
 - Ausbildung (nur t0)
 - Tätigkeit
 - Einkommen
 - Wohnsituation
 - Lebenssituation (nur t0)
 - Psychiatrisierung
 - Betreuung
 - Psychopharmaka

- Daten, die den Aufenthalt im Weglaufhaus selbst betreffen:
 - Aufenthaltsdauer
 - Umstand der Beendigung des Aufenthalts
- die bereits oben genannten von den Bewohnern genannten Ziele und deren Umsetzung, die sie während ihres Weglaufhausaufenthaltes erreichen wollten, eingeteilt in die Kategorien:
 - finanzielle und juristische Sicherung
 - sozialer Kontakt
 - Wohnen
 - Therapie
 - Ausbildung und Beschäftigung
 - Betreuung
 - Psychiatrievermeidung
 - Psychopharmaka

Die zu den Zeiten t_0 und t_1 genannten Wünsche werden zu jeweils einer Variablen (,Wunsch ... t_0 / t_1 ‘) zusammengefasst. Wenn zu beiden Zeiten verschiedene Wünsche geäußert wurden, gibt der zuletzt genannte, also der Wunsch zur Zeit t_1 , den Ausschlag.

Aus den erhobenen Merkmalen werden außerdem folgende weitere Variablen, die für verschiedene Fragestellungen sinnvoll sind, abgeleitet:

abgeleitete Variable	Merkmale	Berechnung
Wohnperspektive umgesetzt	ja	Ein die Kategorie Wohnen betreffender Wunsch ist direkt erfüllt ODER der/ die BewohnerIn ist -in eine eigene Wohnung (auch in ihre alte) ODER -in betreutes Einzelwohnen ODER -in eine betreute Einrichtung gezogen
	nein	alles andere

abgeleitete Variable	Merkmale	Berechnung
nach Aufenthalt in die Psychiatrie	ja	der/ die BewohnerIn kam nach dem Aufenthalt in die Psychiatrie (alle diesbezüglichen ‚Wege‘ aus der Variablen ‚Psychiatisierung t2‘ zusammengefasst)
	nein	nicht in der Psychiatrie
Wunsch Psy allg t0/t1	ja	Wünsche ‚Psychiatrieaufenthalt vermeiden‘ und ‚Zwangsunterbringung vermeiden‘ zusammengefasst
	nein	nicht gewünscht
Psychopharmaka t0/t2	keine Angabe	keine Angabe zu ‚Psychopharmaka t2‘
	ja	Angabe ‚ja‘ bei ‚Psychopharmaka t0‘ UND ‚Psychopharmaka t2‘
	abgesetzt / reduziert	(Angabe bei ‚Psychopharmaka t0‘ ‚ja‘ ODER ‚abgesetzt‘ ODER ‚reduziert‘) UND (Angabe bei ‚Psychopharmaka t2‘ ‚nein‘ ODER ‚reduziert‘)
	Psychopharmaka frei	Angabe ‚nein‘ bei ‚Psychopharmaka t0‘ UND ‚Psychopharmaka t2‘
Wunsch Psychopharmaka allg t0/t1	ja	Wunsch Psychopharmaka absetzen ODER reduzieren zusammengefasst
	nein	nicht gewünscht
Psychopharmaka t2 gelungen	nicht gewünscht	NICHT (‚Wunsch Psychopharmaka allg t0/t1‘)
	gelungen	(‚Wunsch Psychopharmaka allg t0/t1‘) UND (‚Psychopharmaka abgesetzt t2‘ ODER ‚Psychopharmaka reduziert t2‘)
	nicht gelungen	(‚Wunsch Psychopharmaka allg t0/t1‘) UND NICHT (‚Psychopharmaka abgesetzt t2‘ ODER ‚Psychopharmaka reduziert t2‘)
Psychopharmaka t2 erfolgreich	nicht gewünscht	wie ‚ Psychopharmaka t2 gelungen‘
	erfolgreich	‚Psychopharmaka t2 gelungen‘ UND NICHT ‚nach Aufenthalt in die Psychiatrie‘
	nicht erfolgreich	‚Psychopharmaka t2 nicht gelungen‘ ODER (‚Psychopharmaka t2 gelungen‘ UND ‚nach Aufenthalt in die Psychiatrie‘)
Wunsch nach Beschäftigung t0 / t1	ja	Beschäftigung / regelmäßige Tätigkeit beginnen gewünscht
	nein	alles andere
Wunsch Ausbildung t0 / t1	ja	Wünsche -Schulabschluss nachholen -Abitur nachholen -Studium beenden -Berufsausbildung beginnen zusammengefasst
	nein	alles andere
Wunsch Betreuung aufheben / reduzieren / wechseln	ja	entsprechende Wünsche zusammengefasst
	nein	alles andere

abgeleitete Variable	Merkmale	Berechnung
Ergebnis Betreuung t2	nicht gewünscht	kein Wunsch nach Änderung der Betreuungsverhältnisse
	erfolgreich	<ul style="list-style-type: none"> - Wunsch ‚Betreuung einrichten t0/t1‘ UND ‚Betreuung eingerichtet t2‘ ODER - Wunsch ‚Betreuung aufheben / reduzieren / wechseln t0/t1‘ UND (Betreuung aufgehoben ODER reduziert ODER gewechselt t2‘) ODER - ‚Wunsch Betreuung verhindern t0/t1‘ UND ‚Betreuung verhindert t2‘
	nicht erfolgreich	alles andere

4.3.3.2 Statistische Methoden

Nominale Daten:

Die Mehrzahl der erfassten Daten sind nominal. Die Darstellung von Häufigkeiten zweier kombinierter nominaler Merkmale erfolgt durch Kontingenztafeln (Kreuztabellen).

Die Hypothese der Unabhängigkeit zweier nominaler Merkmale wird mittels des Chi-Quadrat-Tests geprüft. Trotz der relativ großen Stichprobengröße von $N \approx 100$ dürften für viele Kombinationen der untersuchten Merkmalsausprägungen die Voraussetzungen für einen asymptotischen Test (80% der unter der Annahme von Unabhängigkeit erwarteten Zellhäufigkeiten müssen > 5 sein) nicht erfüllt sein, weshalb prinzipiell exakt getestet wird.

Werden zur Untersuchung entsprechender Hypothesen aus einer Kontingenztafel, die die Merkmalskombinationen der Gesamtstichprobe repräsentiert, Teiltafeln 'herausgelöst', wird die bei Bortz/ Lienert/ Boehnke beschriebene Methode der Kontingenztabelle angepasst verwendet, die allerdings nur asymptotisch durchgeführt werden kann (Bortz, Lienert, Boehnke, 2000; S.144ff, Gl. 5.74).

Zur Untersuchung spezieller Hypothesen bei kxm-Felder-Tafeln ($k, m > 2$) werden gegebenenfalls Einfelder-Binomialtests durchgeführt, wobei das Signifikanzniveau entsprechend angepasst wird (ebd. S.155ff und S.51 Gl. 2.15).

Ordinale Daten:

Die Merkmale ‚Psychiatisierung t0‘, ‚Psychopharmaka t0‘, ‚Psychopharmaka t2‘ und ‚Ausbildung‘ können nur dann ordinal betrachtet werden, wenn man die Ausprägung ‚keine Angabe‘ außer Acht lässt und auch dann nur eingeschränkt (außer ‚Psychiatisierung t0‘), sie werden also in der Regel nominal behandelt.

Die metrischen Merkmale ‚Alter‘ und ‚Aufenthaltsdauer‘ werden dagegen in der Regel ordinal behandelt, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie normalverteilt sind, sich parametrische Tests wie die Varianzanalyse also nicht anwenden lassen, und die angewandten nichtparametrischen Tests nur von der Ranginformation Gebrauch machen (s.u.).

Metrische Daten:

Metrisches Skalenniveau haben nur die Merkmale ‚Alter‘ und ‚Aufenthaltsdauer‘.

Zur grafischen und tabellarischen Darstellung werden diese Merkmale in Klassen eingeteilt. Die Klassen ‚Alter‘ werden äquidistant ab 18 Jahren in 10-Jahresschritten gewählt. Die ‚Aufenthaltsdauer‘ wird normalerweise ebenfalls äquidistant in 5-Wochen-Abstände eingeteilt. Oft wird aber auch eine annähernd logarithmische Klasseneinteilung verwendet, vor allem um bei niedrigen Aufenthaltsdauern eine bessere Auflösung zu erreichen. Diese Einteilung wird wie folgt vorgenommen:

Klasse i	Klassengrenze G_i / Tage
1	7 (1 Woche)
2	14 (2 Wochen)
3	21 (3 Wochen)
4	28 (4 Wochen)
5	35 (5 Wochen)
6	60 (2 Monate)
7	90 (3 Monate)
8	120 (4 Monate)
9	180 (6 Monate)
10	270 (9 Monate)

Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die beiden metrischen Merkmale normalverteilt sind, was die Voraussetzung für die gängigen parametrischen Tests ist, wird prinzipiell verteilungsfrei getestet:

- Whithney-Mann-U-Test für Abhängigkeit von einem dichotomen Merkmal (hier wird bei Signifikanz ergänzend ein parametrischer t-Test durchgeführt, da dieser gegenüber Verletzungen der Voraussetzung robust ist: die Nullhypothese wird nur dann abgelehnt, wenn beide Tests signifikant sind)
- Kruskal-Wallis-H-Test für Abhängigkeit von einem nominalen nichtdichotomen Merkmal
- zur Untersuchung spezieller Hypothesen: Rang-Einzelvergleiche nach Bortz/ Lienert/ Boehnke (Bortz, Lienert, Boehnke, 2000; S.230, Gl. 6.33)
- lässt sich eine über alle Ausprägungen eines (nichtdichotomen) nominalen Merkmals gerichtete Alternativhypothese formulieren, wird der Jonkheere-Trendtest angewandt

Korrelationskoeffizienten:

Zur Übersicht und Überprüfung der Testergebnisse und um eventuell den Einfluss von Drittvariablen abzuschätzen, werden für alle jeweils betrachteten Variablen untereinander bivariate Korrelationskoeffizienten berechnet, wobei nominale, nichtdichotome Merkmale gemäß ihrer Ausprägungen in neue, dichotome Variablen umcodiert werden.

Ergeben sich hierbei Auffälligkeiten, die eine untersuchte Hypothese betreffen, werden unter Bezugnahme auf die Hypothese partielle Korrelationskoeffizienten berechnet, um den Einfluss der angenommenen Drittvariablen näherungsweise auszuschalten. Sollte sich ein zunächst angezeigter Zusammenhang als durch eine andere Größe vermittelt herausstellen, wird dieser Zusammenhang in der Auswertung nicht angegeben.

Die Korrelationskoeffizienten sind nur dann wirklich aussagekräftig, wenn zwei originär dichotome Variablen korreliert werden¹, in allen anderen Fällen ist das Ergebnis ausdrücklich nur als Hinweis auf mögliche Zusammenhänge zu verstehen!

¹ oder natürlich zwei metrische, was aber in dieser Untersuchung nur einmal vorkommt

4.3.3.3 Hypothesen

Die zentralen Fragen der Untersuchung sind, mit welchen Wünschen und Zielen sich die BewohnerInnen an das Weglaufhaus wenden und ob diese umgesetzt werden können. Dabei wird betrachtet, ob diese Ziele und auch deren Umsetzung abhängig von verschiedenen demographischen Daten, wie Geschlecht, Alter, zum Teil Ausbildung und Staatsbürgerschaft sind.

Die Hypothesen sind zum Teil auf die Frage ausgerichtet, ob bestimmte Menschen (hinsichtlich Geschlecht, Alter, Staatsbürgerschaft) mit bestimmten Anliegen ins Weglaufhaus kommen, und so mögliche Profile zu identifizieren. Es wird weiterhin angenommen, dass bestimmte Wünsche, die dem Angebot des Weglaufhauses entsprechen und die in anderen Einrichtungen seltener unterstützt werden, von Nicht-Berlinern häufiger geäußert werden. Es ist denkbar, dass diese eher der antipsychiatrischen Ausrichtung wegen im Weglaufhaus um Aufnahme bitten.

Weitere Überlegungen, die hinter den verschiedensten Hypothesen stehen, sind auf die Annahme gerichtet, dass einige demographische Variablen wie Geschlecht und Staatsbürgerschaft zusätzlich zum Etikett einer psychiatrischen Diagnose stigmatisierend wirken und die Umsetzung verschiedener Ziele erschweren.

Es wird der Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und der Umsetzung der Ziele betrachtet. Es wird angenommen, dass Ziele und Perspektiven nur in einer bestimmten Zeit und zumeist erst nach Überwindung der akuten Krisensituation umsetzbar sind.

Zusätzlich wird die Stichprobe der BewohnerInnen des Weglaufhauses beschrieben und welche Konstellationen darin zu finden sind. Bestimmte Zusammenhänge werden unabhängig vom Aufenthalt im Weglaufhaus schon zum Zeitpunkt der Aufnahme vermutet.

Eine umfassende Betrachtung wird der Beendigung gewidmet. Die gesellschaftlichen Mechanismen, wie intolerablem Verhalten begegnet wird, gelten im Weglaufhaus, wenn auch mit einer anderen Schwelle, ebenso wie an anderen Orten. Aus der Betrachtung der Umstände der Beendigung und der Aufenthaltsdauer in Zusammenhang mit den demographischen Daten werden Hinweise darüber erhofft, welche Menschen das Weglaufhaus als Hilfsangebot annehmen und welche sich nach relativ kurzer Zeit dagegen entscheiden.

Die einzelnen Hypothesen und deren Begründung sind zum Teil aus Fragen entstanden, die sich in der praktischen Arbeit ergaben.

In folgenden Tabellen sind die Hypothesen und gegebenenfalls ihre Begründung im Einzelnen dargestellt.

Aus den erhobenen Merkmalen abgeleitete und hier verwendete Variablen sind in 4.3.3.1 ausführlich erklärt

Hypothesen zur Stichprobe

An dieser Stelle werden Hypothesen zu Zusammenhängen formuliert, die vor einem Weglaufhausaufenthalt bestehen könnten. Sie dienen der Beschreibung der Stichprobe und der Identifikation eventueller Drittvariablen für die weitere Untersuchung.

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Die Häufigkeit der Psychiatrieaufenthalte vor dem Aufenthalt im Weglaufhaus (Psychiatisierung t0) ist abhängig vom Geschlecht.	Frauen sind zum Teil 'sanfter' verrückt: Männer erscheinen aggressiver, sodass ein höheres gesellschaftliches Bedürfnis / massiverer Druck vorhanden ist, sie 'wegzuschließen'. Es ist aber auch denkbar, dass Männer besser 'draußen' leben können: Männer haben ein höheres Durchsetzungsvermögen und viele Einrichtungen, z.B. Obdachlosenasylo kommen für Frauen gar nicht in Frage, sodass Frauen vielleicht öfters aus einem Mangel an Alternativen in die Psychiatrie kommen.	Psychiatisierung t0; Geschlecht	χ^2 der Teiltafel ohne 'Psychiatisierung t0' = 'k. A.'; gegebenenfalls (bei Signifikanz auf 10%-Niveau) Rang-Einzelvergleiche und Jonckheere-Test

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Die Häufigkeit der Psychiatrieaufenthalte vor dem Aufenthalt im Weglaufhaus (Psychiatisierung t0) ist abhängig von Betreuung t0: mehrmals Psychiatisierte sind öfters unter gesetzlicher Betreuung.		Psychiatisierung t0; Betreuung t0	χ^2 der Teiltafel ohne 'Psychiatisierung t0' = 'keine Angabe'; bei Signifikanz auf 10%-Niveau U-Test unter Fortlassen von 'Psychiatisierung t0' = 'keine Angabe'
Die generelle Psychopharmakaeinnahme ist abhängig von der Psychiatisierung: mehrmals Psychiatisierte nehmen eher Psychopharmaka, nie Psychiatisierte nehmen eher keine Psychopharmaka.		Psychiatisierung t0; Psychopharmaka t0	χ^2 der Teiltafel ohne 'keine Angabe'; bei Signifikanz auf 10%-Niveau Einfeldertests für die Hypothesen: <ul style="list-style-type: none"> - gleichviel oder weniger als die beobachtete Zahl der mehrmals Psychiatisierten nehmen keine Psychopharmaka, - gleichviel oder mehr als die beobachtete Zahl der nie Psychiatisierten nehmen keine Psychopharmaka.

Hypothesen zu Beendigung und Aufenthalt

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Die Aufenthaltsdauer ist vom Geschlecht abhängig.		Aufenthaltsdauer; Geschlecht	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test
Die Aufenthaltsdauer ist von der Staatsangehörigkeit abhängig.		Aufenthaltsdauer; Staatsangehörigkeit	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Die Aufenthaltsdauer ist vom Wohnort Berlin abhängig.		Aufenthaltsdauer; Berliner	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test
Die Aufenthaltsdauer ist vom Alter abhängig		Aufenthaltsdauer; Alter	Korrelationskoeffizient; lineare Regressions-schätzung
Beendigung durch Weglaufhaus betrifft eher Männer.	Männer zeigen eher ein Verhalten, welches in der Gesellschaft und auch in Einrichtungen schwerer zu tolerieren ist (beispielsweise Aggressivität).	'Beendigung des Aufenthalts' ; Geschlecht	χ^2 -Test; Einfeldertest
Frauen verlassen eher aus eigener Initiative das Weglaufhaus.	Speziell junge Frauen finden auch leichter die Möglichkeit, woanders unterzukommen.	'Beendigung des Aufenthalts' ; Geschlecht	χ^2 -Test; Einfeldertest
Beendigung durch Weglaufhaus betrifft eher Ausländer.	Fremde Kultur und Sprache gestalten die Kommunikation und Verhandlungen den Aufenthalt und das Verhalten betreffend zusätzlich schwierig.	'Beendigung des Aufenthalts' ; Staatsangehörigkeit	χ^2 -Test; Einfeldertest
Der Aufenthalt wird eher von älteren BewohnerInnen ‚regulär‘ beendet.	Jüngere Menschen sind unangepasster, weshalb sich mehr Konflikte ergeben (Beendigung durch Weglaufhaus). Jüngere Menschen kommen auch oft 'spontan' ins Weglaufhaus weil das Angebot niedrigschwellig ist und aus Mangel an Angeboten für „junge Verrückte“ – im Gegensatz zu Älteren, die eher bewusst des antipsychiatrischen Ansatzes und der speziellen Angebote wegen ins Weglaufhaus gehen.	'Beendigung des Aufenthalts' ; Alter	H-Test, Rang-Einzelvergleiche

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
'Reguläre' Beendigungen finden eher nach 'mittlerer' Aufenthaltsdauer statt; ganz kurze und ganz lange Aufenthalte enden eher irregulär.		'Beendigung des Aufenthalts' ; Aufenthaltsdauer	H-Test, Rang-Einzelvergleiche
Beendigungen auf eigenen Wunsch finden eher nach kurzer Aufenthaltsdauer statt.	Die Entscheidung, dass das Weglaufhaus nicht der richtige Ort ist, kann nach relativ kurzer Zeit getroffen werden.	'Beendigung des Aufenthalts' ; Aufenthaltsdauer	H-Test, Rang-Einzelvergleiche

Hypothesen zu Finanzen und Ausweis-papiere

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Die Umsetzung der finanziellen Grundsicherung ist nur bei sehr kurzen Aufenthalten nicht gewährleistet.		Ergebnis 'finanzielle Grundversorgung'. Aufenthaltsdauer	H-Test; Rang-Einzelvergleiche
Der Erfolg bei Schuldenregelung ist abhängig von der Aufenthaltsdauer.		Ergebnis 'Schuldenregelung'; Aufenthaltsdauer	H-Test; Rang-Einzelvergleiche
Ausweis-papiere – besonders für Ausländer - zu beschaffen ist an eine lange Aufenthaltsdauer gebunden.		Ergebnis 'Ausweis-papiere für Deutsche' und 'Ausweis-papiere für Ausländer' t2; Aufenthaltsdauer	H-Test; Rang-Einzelvergleiche

Hypothesen zu Wohnen

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Den Wunsch nach einer eigenen Wohnung (mit und ohne EFH) äußern eher Männer.	Männern fällt die Anpassung an Einrichtungen deren Gegebenheiten und Reglementierungen schwerer.	Wunsch nach eigener Wohnung t0 / t1 (ohne und mit EFH zusammengefasst); Geschlecht	χ^2 -Test
Im Gegensatz dazu äußern den Wunsch nach einer betreuten Wohnform (ohne BEW) eher Frauen.		Wunsch nach betreuter Wohnform t0 / t1; Geschlecht	χ^2 -Test
Den Wunsch nach einer eigenen Wohnung (mit und ohne EFH) äußern eher ältere BewohnerInnen.		Wunsch nach eigener Wohnung (ohne und mit EFH zusammengefasst); Alter	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test
Im Gegensatz dazu äußern den Wunsch den Wunsch nach einer betreuten Wohnform (ohne BEW) eher jüngere BewohnerInnen.		Wunsch nach betreuter Wohnform t0 / t1; Alter	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test
Frauen können den Wohnwunsch ‚eigene Wohnung‘ eher umsetzen als Männer.	Viele Wohnungseigentümer vermieten lieber an Frauen.	Ergebnis eigene Wohnung t2; Geschlecht	χ^2 der Teiltafel ohne ‚eigene Wohnung nicht gewünscht‘
Deutsche können den Wohnwunsch ‚eigene Wohnung‘ eher umsetzen als Ausländer.	Ausländische Staatsbürgerschaft ist gesellschaftlich eine zusätzliche Stigmatisierung, die die Anmietung einer Wohnung schwieriger gestaltet.	Ergebnis eigene Wohnung t2; Staatsangehörigkeit	χ^2 der Teiltafel ohne ‚eigene Wohnung nicht gewünscht‘

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
<p>Die Umsetzung einer Wohnperspektive² ist abhängig von der Aufenthaltsdauer:</p> <p>1. wird keine Wohnperspektive gewünscht, ist der Aufenthalt nur sehr kurz;</p> <p>2. eine Wohnperspektive umzusetzen benötigt eine längere Aufenthaltsdauer.</p>	<p>1. Als Obdachloseneinrichtung taucht im Weglaufhaus der Wunsch nach Klärung der Wohnperspektive zwangsläufig auf, wenn der Aufenthalt nicht sehr kurz ist.</p> <p>2. Die Vermittlung in eine Wohnung oder geeignete Einrichtung benötigt Zeit.</p>	<p>'Wohnperspektive umgesetzt'² ;</p> <p>Aufenthaltsdauer</p>	<p>H-Test;</p> <p>Rang-Einzelvergleiche;</p> <p>Jonckheere-Test mit: Dauer(nicht gewünscht) < Dauer(nicht umgesetzt) < Dauer(umgesetzt)</p>
<p>Die Umsetzung einer Wohnperspektive² ist abhängig von der Einnahme von Psychopharmaka:</p> <p>1. wer noch nie PP genommen hat, ist in der Umsetzung einer Wohnperspektive erfolgreicher als der Rest;</p> <p>2. wer PP abgesetzt / reduziert hat, ist in der Umsetzung einer Wohnperspektive weniger erfolgreich als der Rest.</p>	<p>Der Absetz- oder Reduktionsprozess von Psychopharmaka ist zumeist sehr belastend, sodass es schwierig ist, zusätzliche Ziele gut umzusetzen.</p>	<p>'Wohnperspektive umgesetzt';</p> <p>'Psychopharmaka t0/t2'</p>	<p>χ^2 der Teiltafel ohne 'Wohnperspektive umgesetzt' = nicht gewünscht' und 'Psychopharmaka t2' = 'keine Angabe';</p> <p>Einfeldertests</p>

² Nicht immer wurde das angestrebte Ziel umgesetzt. Betrachtet wird jedoch in verschiedenen Zusammenhängen, ob überhaupt gelungen ist, eine Wohnperspektive zu entwickeln, oder ob die BewohnerInnen nach ihrem Auszug aus dem Weglaufhaus wieder gezwungen waren auf der Straße oder in Pensionen und Obdachlosenunterkünften zu leben, bei Freunden oder Familie unterkommen mussten, in die Psychiatrie gegangen sind, bzw. eingewiesen wurden, oder sich der Auszug so gestaltete, dass der Aufenthalt danach nicht bekannt ist. Eine Wohnperspektive umgesetzt (vs.. Obdachlosigkeit) gilt in den Fällen, in welchen die BewohnerInnen in eine eigene Wohnung (auch in ihre alte) gezogen sind, in betreutes Einzelwohnen oder eine betreute Einrichtung.

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Die Umsetzung einer Wohnperspektive ² ist abhängig von vorangegangener Psychiatrisierung: je häufiger jemand in der Psychiatrie war, desto weniger wird eine Wohnperspektive umgesetzt.	Zum einen verursacht Psychiatrisierung kausal eher Folgeproblematiken, zum anderen ist anzunehmen, dass Leute, die Probleme haben, mit dem Leben zurecht zu kommen, sowohl mehr psychiatrisiert werden, als auch weniger in der Lage sind, Perspektiven zu entwickeln bzw. umzusetzen.	'Wohnperspektive umgesetzt'; 'Psychiatrisierung t0'	χ^2 -Test der Teiltafel ohne 'Wohnperspektive umgesetzt' = nicht gewünscht' und 'Psychiatrisierung t0' = 'keine Angabe'; Einfeldertests
Ob eine Wohnperspektive umgesetzt ² wurde, ist abhängig vom Ziel des/r BewohnerIn.	es soll a posteriori festgestellt werden, ob es eventuell Ziele gibt, die leichter bzw. schwerer umzusetzen sind als andere	Wohnwunsch T0/T1; 'Wohnperspektive umgesetzt'	Gesamttafel - χ^2 ; Einfeldertests

Hypothesen zu Psychiatrisierung

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Der allgemeine Wunsch nach Vermeidung der Psychiatrisierung ist vom Geschlecht abhängig.		Wunsch Psy allg t0/t1 (Vermeidung eines Psychiatrieaufenthaltes' und 'Vermeidung einer Zwangseinweisung' t0 / t1 zusammengefasst); Geschlecht	χ^2 -Test
Der allgemeine Wunsch nach Vermeidung der Psychiatrisierung ist vom Alter abhängig: der Wunsch wird eher von älteren BewohnerInnen geäußert.	Älteren BewohnerInnen wird an dieser Stelle mehr Bewusstheit bei der Entscheidung für das Weglaufhaus unterstellt und auch aus Erfahrung eine klarere Position zur Psychiatrie.	Wunsch Psy allg t0/t1 Alter	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Der allgemeine Wunsch nach Vermeidung der Psychiatrisierung wird von 'Berlinern' häufiger geäußert.	Spezielles Angebot des Weglaufhauses: Nicht-Berliner, die z.T. von weit her kommen um im Weglaufhaus zu sein, haben eher Weglaufhaus-spezifische Wünsche.	Wunsch Psy allg t0/t1 Wohnort	χ^2 -Test
Ob ein/e BewohnerIn direkt im Anschluss an den Aufenthalt im Weglaufhaus psychiatrisiert ist, ist abhängig vom Geschlecht.		nach Aufenthalt in die Psychiatrie („Psychiatriisierung t2“ zusammengefasst); Geschlecht	χ^2 -Test
Die Umsetzung des speziellen Wunschs nach Vermeidung der Psychiatrisierung ist vom Geschlecht abhängig.		Vermeidung der Psychiatriisierung t2; Geschlecht	χ^2 der Teiltafel ohne 'nicht gewünscht'
Die Umsetzung des speziellen Wunschs nach Vermeidung einer Zwangseinweisung ist vom Geschlecht abhängig.		Vermeidung einer Zwangseinweisung t2; Geschlecht	χ^2 der Teiltafel ohne 'nicht gewünscht'
Die Umsetzung des speziellen Wunschs nach Vermeidung der Psychiatriisierung ist vom Alter abhängig.		Vermeidung von Psychiatriisierung t2; Alter	H-Test; Rang-Einzelvergleich für erfolgreich vs.. nicht erfolgreich
Die Umsetzung des speziellen Wunschs nach Vermeidung einer Zwangseinweisung ist vom Alter abhängig.		Vermeidung einer Zwangseinweisung t2; Alter	H-Test; Rang-Einzelvergleich für erfolgreich vs.. nicht erfolgreich
Das Absetzen bzw. Reduzieren von Psychopharmaka geht mit der erhöhten Gefahr der Psychiatriisierung einher.		nach Aufenthalt in die Psychiatrie; Psychopharmaka t0/t2 (enthält unter Berücksichtigung von Psychopharmaka t0 die Merkmale 'k.A.', 'PP frei', 'PP abgesetzt /reduziert' und 'PP ja')	χ^2 der Teiltafel ohne 'k.A.'

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
<p>Verschiedene „Wege“ in die Psychiatrie zu kommen sind abhängig von der Psychopharmakaeinnahme:</p> <p>1. BewohnerInnen, die Psychopharmaka abgesetzt / reduziert haben, kommen eher auf Initiative des Weglaufhauses in die Psychiatrie;</p> <p>2. BewohnerInnen, die Psychopharmaka nehmen, gehen eher auf eigenen Wunsch in die Psychiatrie.</p>		<p>Psychiatisierung t2; Psychopharmaka t0/t2</p>	<p>χ^2 der Teiltafeln für 'nicht in der Psychiatrie', 'Psychiatrie auf eigenen Wunsch' und 'auf unsere Initiative in die Psychiatrie'; und ohne 'k.A.'; Einfeldertests</p>
<p>Verschiedene „Wege“ in die Psychiatrie zu kommen sind abhängig vom Geschlecht: Männer werden eher auf Initiative des Weglaufhauses psychiatrisiert und Frauen auf eigenen Wunsch.</p>		<p>Psychiatisierung t2; Geschlecht</p>	<p>χ^2 der Teiltafeln für 'Psychiatrie auf eigenen Wunsch' und 'auf unsere Initiative in die Psychiatrie'; Einfeldertests</p>
<p>Verschiedene „Wege“ in die Psychiatrie zu kommen sind abhängig vom Alter.</p>		<p>Psychiatisierung t2; Alter</p>	<p>H-Test; Rang-Einzelvergleiche</p>
<p>Verschiedene „Wege“ in die Psychiatrie zu kommen sind abhängig von der Aufenthaltsdauer:</p> <p>1. BewohnerInnen, die auf Initiative des Weglaufhauses in die Psychiatrie eingewiesen werden, haben eine längere Aufenthaltsdauer.</p> <p>2. BewohnerInnen, die auf eigenen Wunsch in die Psychiatrie gehen, tun dies nach kürzerer Zeit.</p>	<p>1. BewohnerInnen werden erst auf Initiative des Weglaufhauses in die Psychiatrie eingewiesen, wenn 'alle Mittel ausgeschöpft sind, sich nichts mehr tut und wir die Situation nicht mehr halten können.</p> <p>2. Die Entscheidung, dass die Psychiatrie der Ort ist, an welchem man eher Hilfe erwartet kann oft schnell getroffen werden.</p>	<p>Psychiatisierung t2; Aufenthaltsdauer</p>	<p>H-Test; Rang-Einzelvergleiche</p>

Hypothesen zu Psychopharmaka

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Der Wunsch nach Absetzen/ Reduzieren ist vom Geschlecht abhängig.		Wunsch Psychopharmaka allg t0/t1 (Wünsche zusammengefasst); Geschlecht	χ^2 -Test
Nicht-„Berliner“ wenden sich häufiger mit dem Wunsch nach Unterstützung beim Absetzen/ Reduzieren von Psychopharmaka an das Weglaufhaus.	Nicht-Berliner äußern den Wunsch häufiger, da es sich bei diesem Angebot um ein für das Weglaufhaus spezifisches handelt	Wunsch Psychopharmaka allg t0/t1; Wohnort	χ^2 -Test
Zusammenhang zwischen Wunsch nach Absetzen/ Reduzieren und Alter.		Wunsch Psychopharmaka allg t0/t1; Alter	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test
Zusammenhang zwischen erfolgreicher (s. „Variablen“) Umsetzung des Wunsches nach Absetzen/ Reduzieren und Geschlecht.		Psychopharmaka t2 erfolgreich (entspricht Psychopharmaka t2 gelungen', wobei 'gelungen' mit anschließendem Psychiatrieaufenthalt als 'nicht erfolgreich' gewertet wird !); Geschlecht	χ^2 -Test
Zusammenhang zwischen erfolgreicher Umsetzung des Wunsches nach Absetzen/ Reduzieren und Alter.	Der Wunsch kann in jedem Alter bestehen, ist aber bei Älteren gegenüber Jüngeren qualitativ verschieden, daher eventuell Unterschiede in der Umsetzung. Ältere haben eher Erfahrung mit früheren Absetzversuchen.	Psychopharmaka t2 erfolgreich; Alter	H-Test; Rang-Einzelvergleiche;

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
<p>Gelungenes bzw. nicht gelungenes Absetzen/ Reduzieren von Psychopharmaka korrespondiert mit Psychiatisierung t2.</p>		<p>Psychopharmaka t2 gelungen ('absetzen / reduzieren' zusammengefasst); nach Aufenthalt in die Psychiatrie</p>	<p>χ^2 der Teiltafeln abgesetzt vs. nicht gewünscht reduziert vs. nicht gewünscht nicht gelungen vs. nicht gewünscht; Einfeldertests für ,gelungen, 'nicht gelungen und 'nicht gewünscht'</p>
<p>Gelungenes bzw. nicht gelungenes Absetzen/ Reduzieren von Psychopharmaka korrespondiert mit verschiedenen 'Wegen' in die Psychiatrie zu kommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Absetzen / Reduzieren nicht gelungen korrespondiert häufiger mit Beendigung auf eigenen Wunsch; 2. Absetzen / Reduzieren gelungen korrespondiert häufiger mit Beendigung durch Weglaufhaus. 		<p>Psychopharmaka t2 gelungen; Psychiatisierung t2</p>	<p>χ^2 der Teiltafel ohne 'nicht gewünscht'; Einfeldertests für die genannten Hypothesen</p>

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
<p>Ein erfolgreiches Absetzen bzw. Reduzieren ist abhängig von der Aufenthaltsdauer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BewohnerInnen, die nicht erfolgreich abgesetzt / reduziert haben, haben eine kürzere Aufenthaltsdauer als der Rest; 2. BewohnerInnen, die erfolgreich abgesetzt / reduziert haben, haben eine längere Aufenthaltsdauer als der Rest. 	Absetzen / Reduzieren braucht Zeit.	'PP t2 erfolgreich'; Aufenthaltsdauer	H-Test; Rang-Einzelvergleiche

Hypothesen zu Therapie

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Der Wunsch nach einer Therapie ist abhängig vom Geschlecht.		Wunsch nach Vermittlung in eine Therapie t0 / t1; Geschlecht	χ^2 -Test
Der Wunsch nach einer Therapie ist abhängig von der Staatsangehörigkeit.		Wunsch nach Vermittlung in eine Therapie t0 / t1; Staatsangehörigkeit	χ^2 -Test
Der Wunsch nach einer Therapie ist abhängig vom Alter.	Ältere BewohnerInnen haben eher schon Therapieversuche hinter sich und sind desillusionierter.	Wunsch nach Vermittlung in eine Therapie t0 / t1; Alter	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Der Wunsch nach Therapie ist von der Ausbildung abhängig.		Wunsch nach Vermittlung in eine Therapie t0 / t1; Ausbildung	χ^2 der Teiltafel ohne 'keine Angabe'; Einfeldertests für: Leute ohne Abschluss / mit Schulabschluss wünschen weniger, Leute mit Abitur / Hochschulabschluss wünschen häufiger die Vermittlung in eine Therapie
Die Umsetzung ist abhängig von der Aufenthaltsdauer	Eine geeignete Therapie zu finden braucht Zeit	Vermittlung in eine Therapie t2; Aufenthaltsdauer	H-Test; Rang-Einzelvergleiche

Hypothesen zu Beschäftigung / Ausbildung

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Der Wunsch nach Beschäftigung ist vom Geschlecht abhängig.		Wunsch nach Beschäftigung; Geschlecht	χ^2 -Test
Der Wunsch nach Beschäftigung ist von der Staatsangehörigkeit abhängig.		Wunsch nach Beschäftigung; Staatsangehörigkeit	χ^2 -Test
Der Wunsch nach Beschäftigung ist vom Alter abhängig.		Wunsch nach Beschäftigung; Alter	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test
Der Wunsch nach Ausbildung ist vom Geschlecht abhängig.		Wunsch nach Ausbildung (Merkmale Schule / Abitur / Studium / Berufsausbildung beginnen bzw. abschließen zusammengefasst); Geschlecht	χ^2 -Test

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Der Wunsch nach Ausbildung ist von der Staatsangehörigkeit abhängig.		Wunsch nach Ausbildung; Staatsangehörigkeit	χ^2 -Test
Der Wunsch nach Ausbildung wird vor allem von jüngeren BewohnerInnen geäußert.		Wunsch nach Ausbildung; Alter	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test

Hypothesen zu Betreuung

Hypothese	Überlegungen	Variablen	Testmethode
Zusammenhang zwischen 'negativem' Wunsch (=Vermeidung, Aufhebung, Reduktion, Wechsel) und Geschlecht.		Wunsch nach Betreuung vermeiden / aufheben / reduzieren / wechseln t0 / t1 (zusammengefasst); Geschlecht	χ^2 -Test
Zusammenhang zwischen 'negativem' Wunsch und Wohnort: Nicht-Berliner äußern den Wunsch häufiger.	Weglaufhaus- spezifischer Wunsch.	Wunsch nach Betreuung vermeiden / aufheben / reduzieren / wechseln t0 / t1; Wohnort	χ^2 -Test
Zusammenhang zwischen Wunsch und Alter: ältere BewohnerInnen äußern den Wunsch häufiger.	Ältere BewohnerInnen haben mehr Erfahrung mit bisherigen Betreuungsverhältnissen und sind in ihren Wünschen diesbezüglich klarer.	Wunsch nach Betreuung vermeiden / aufheben / reduzieren / wechseln t0 / t1; Alter	U-Test; bei Signifikanz ergänzend t-Test
Zusammenhang zwischen Umsetzung und Aufenthaltsdauer: vor allem erfolgreiches Wechseln oder erfolgreiche Aufhebung sind an eine längere Aufenthaltsdauer gebunden.	Die Veränderung von Betreuungsverhältnissen entsprechend den Wünschen der Betreuten und vor allem die Aufhebung einer Betreuung benötigt viel Zeit.	Ergebnis Betreuung t2; Aufenthaltsdauer	H-Test; Rang-Einzelvergleiche

4.3.3.4 Datensicherheit

Bei der gewählten Stichprobengröße von ca. 100 BewohnerInnen, den 17 dichotomen Merkmalen der allgemeinen Daten und den 8, nur gegebenenfalls - dafür aber mit möglichen Mehrfachangaben - auszufüllenden Wunschmerkmalen, müssen überschlüssig mindestens 2000 Einzeldaten zunächst aus den Bewohnerordnern in die Datenerfassungsbögen und anschließend von dort in eine SPSS-Datei übertragen werden. Die bei dieser Menge mit hoher Wahrscheinlichkeit entstehenden Übertragungsfehler werden ausfindig gemacht (und korrigiert) durch:

- Prüfung der Datenkonsistenz: die im Datenerfassungsbogen angelegte Redundanz wird zur Fehlerprüfung benutzt. Es wird getestet, ob folgende Angaben keinen Widerspruch ergeben (im Zweifelsfall wird der BewohnerInnenordner nochmals mit den Angaben im Erfassungsbogen abgeglichen):
 - 'Psychiatisierung zur Zeit tx' und 'Wohnsituation zur Zeit tx'
 - 'Beendigung des Aufenthalts' und 'Wohnsituation t2'
 - 'Beendigung des Aufenthalts' und 'Psychiatisierung t2'
 - 'Wunschäußerung (zur Zeit t0) eines Items und Ist-Zustand (t0) des Items
 - 'Wunscherfüllung (zur Zeit t2) eines Items und Ist-Zustand (t2) des Items
 - Wunscherfüllung und Wunschäußerung eines Items
- nachträgliche Überprüfung der Übereinstimmung der Datenerfassungsvorlagen mit den Einträgen in die SPSS-Datei von mindestens 75% der Bögen durch eine Zweitperson.

4.3.3.5 Problem 'keine Angabe' zu einem Merkmal

Ein Problem bei der Auswertung von Daten, die die Lebenssituation betreffen, stellen solche Fälle dar, bei denen in den Bewohnerordnern keine Angaben zu dem jeweilig betrachteten Merkmal zu finden waren. Die Gründe dafür sind zu den Zeiten der Aufnahme (t0) und der Beendigung des Aufenthalts (t2) teilweise verschiedener Natur:

Da es im Weglaufhaus nur vage Vorgaben für die Durchführung eines Aufnahmegesprächs gibt, bleibt es dem/r jeweiligen MitarbeiterIn überlassen, welche Daten er/sie erfragt und

dokumentiert. Das Fehlen von Angaben kann für den Zeitpunkt t_0 also als zufällig angesehen und die entsprechenden Fälle bei der statistischen Betrachtung einfach fortgelassen werden.

Im Regelfall soll aber in der vorliegenden Untersuchung ‚keine Angaben‘ als eigene Merkmalsausprägung geführt werden und ein Fortlassen nur dann erfolgen, wenn

- die Ausprägung ‚k.A.‘ nur sehr schwach besetzt ist und
- zu befürchten ist, dass die Beibehaltung des Merkmals das Ergebnis eines Tests mehr verzerrt (etwa durch die Erhöhung der Freiheitsgrade) als das Fortlassen.

Betrachtet man den Zeitpunkt der Beendigung, sind zwar prinzipiell die Informationen, die nachträglich den Bewohnerordnern zu entnehmen sind, ebenfalls abhängig von der Genauigkeit der Dokumentation, jedoch ist der Sachverhalt, welche Informationen über den jeweiligen Bewohner zum Zeitpunkt der Beendigung des Aufenthaltes tatsächlich bekannt sind, zumeist Ausdruck der Art und Weise des Auszuges.

Das bedeutet für verschiedene Merkmale zum Zeitpunkt t_2 verschiedene regelmäßige Ursachen/ Interpretationen für den Eintrag ‚keine Angabe‘. Insbesondere

- dass für das Merkmal ‚Wohnsituation bei Beendigung (t_2)‘ oft dann keine Angaben vorliegen wenn der Aufenthalt nicht regulär beendet wurde,
- dass für das Merkmal ‚Psychopharmaka bei Beendigung (t_2)‘ vor allem dann keine Angaben vorliegen, wenn kein Wunsch nach Absetzen/Reduzieren der Psychopharmaka geäußert wurde,
- dass für das Merkmal ‚Psychiatisierung bei Beendigung (t_2)‘ davon ausgegangen wird, dass einE BewohnerIn nicht in der Psychiatrie ist, wenn keine anders lautenden Angaben vorliegen. Die Ausprägung ‚keine Angaben‘ taucht hier also nicht auf.

Für den Zeitpunkt t_2 wird ‚keine Angaben‘ also prinzipiell als eigene Merkmalsausprägung geführt.

Bei der Untersuchung der Abhängigkeit zweier nominaler Merkmale werden gegebenenfalls Teiltafeln, die die Merkmalsausprägung ‚keine Angabe‘ ausschließen, mit der Methode der Kontingenzanpassung ausgewertet.

Eine Untersuchung der Abhängigkeit eines metrischen und eines nominalen Merkmals, das die Ausprägung ‚keine Angaben‘ enthält, kommt in dieser Untersuchung nicht vor.

4.4 Qualitativer Teil der Untersuchung

4.4.1 Die Methode

Es werden 10 ehemalige BewohnerInnen des Weglaufhauses interviewt.

In diesen Interviews soll erfragt werden, wie der Aufenthalt erlebt wurde und welche Ergebnisse im weitesten Sinne er den BewohnerInnen brachte.

Der Interviewleitfaden hat zunächst folgende Schwerpunkte:

- *Warum bist du gerade in das Weglaufhaus gegangen?
(vs. anderer Kriseneinrichtungen/Notunterkünfte)*
- *Was wolltest du im Weglaufhaus für dich erreichen?
(eventuell nachfragen: wie wirklich und gültig waren die Perspektiven, die im ersten Gespräch genannt wurden ?)*
- *Wie lang warst du im Weglaufhaus?*
- *Wodurch wurde der Aufenthalt beendet?
Auch: hättest du länger bleiben wollen?
Hättest du dann anderes erreichen können?*
- *Was ist in der Zeit nach dem Weglaufhaus passiert?*
- *Hast du das Weglaufhaus und sein Angebot als unterstützend für dich empfunden?
Welcher Art war die Unterstützung (gab es bestimmte beispielhafte Situationen)?*
- *Was war schwierig/ schwer zu ertragen/ in irgendeiner Form nicht richtig/ passend für dich? (Situationen)*

Das Interview wird mit einem Fragebogen ergänzt, in welchem die InterviewpartnerInnen gebeten werden, wesentliche Konzepte der Weglaufhauspraxis in ihrer Bedeutsamkeit und Umsetzung in Form eines Ratings einzuschätzen (s. Anlage). Diese Konzepte sind: Transparenz, Dabeisein, 24 Stunden –Betreuung, Einzelgespräche, Leben in der Hausgemeinschaft, Antipsychiatrische Grundhaltung wie sie dargestellter Weise im Weglaufhaus verstanden werden (s. 2.1).

4.4.2 Die Stichprobe

Es sollen 10 ehemalige BewohnerInnen interviewt werden. Im Weglaufhaus existiert eine 'Exbewohnerliste', in welcher ehemalige BewohnerInnen freiwillig ihre Kontaktdaten (z.B. zum Nachsenden von Post) hinterlassen können. Diese Liste kann für eine erste Anfrage benutzt werden.

Man kann davon ausgehen, dass die Bedingungen zur Durchführung eines Interviews - zum einen die Interviewbereitschaft der ExbewohnerInnen und zum anderen die Verfügbarkeit der Kontaktdaten - selektiv wirken und es sich daher nicht um eine für alle BewohnerInnen des Weglaufhauses repräsentative Stichprobe handelt. Dazu sind es auch zu wenige.

4.4.3 Die Auswertung

Da es Ziel dieses Untersuchungsteils ist, ergänzend jenseits messbarer Fakten ehemalige BewohnerInnen hinsichtlich einer Bewertung ihres Aufenthaltes im Weglaufhaus zu Wort kommen zu lassen, werden die Kernaussagen der Interviews in Form uninterpretierter Auszüge thematisch entsprechend des Leitfadens geordnet dargestellt. Es folgt eine Zusammenfassung auch in Beziehung zu den Ratingdaten.

In der Diskussion und Ergebnisdarstellung werden die Ergebnisse der quantitativen Analyse und die Interviews einschließlich des Ratings zusammengeführt um die Fragen der Evaluation zu beantworten.

5 Ergebnisse der Untersuchung

5.1 Ergebnisse der quantitativen Erhebung

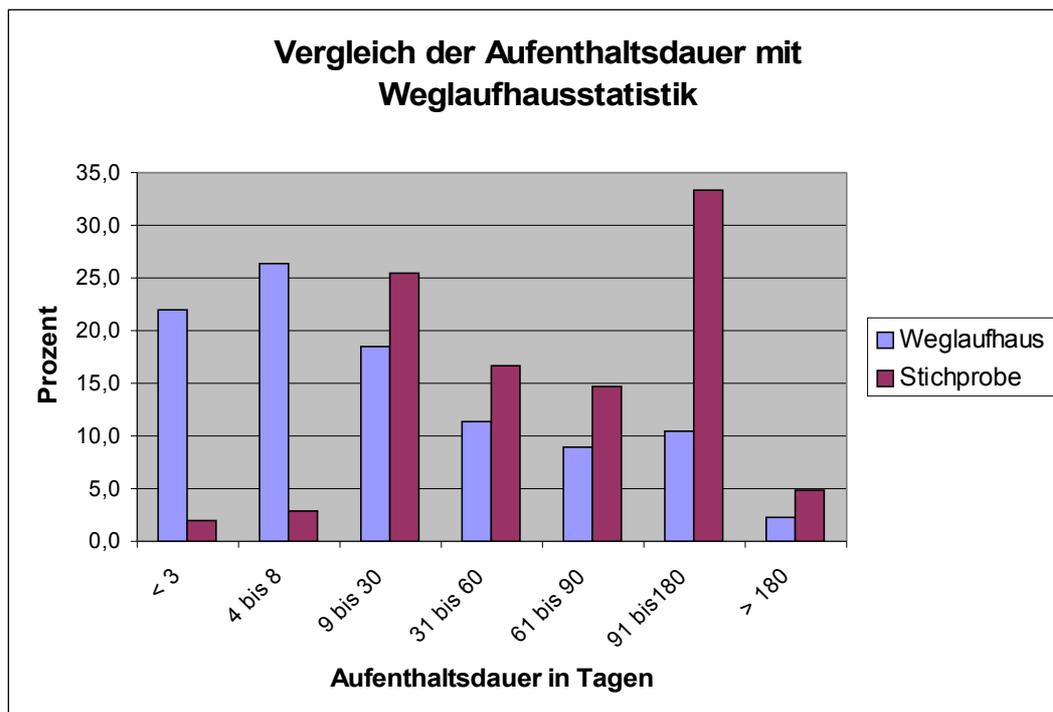
(Im Folgenden wird auf die Prozentangabe in der Regel verzichtet, wenn nicht eine andere Bezugsgruppe als die Gesamtstichprobe von 102 BewohnerInnen betrachtet wird.)

5.1.1 Vergleich der Stichprobe mit den Weglaufhausstatistiken der Jahre 2002 -2005

Die Stichprobe wurde auf ihre Repräsentativität geprüft, indem sie mit der Weglaufhausstatistik der Jahre 2002 bis 2005 hinsichtlich der Daten: Geschlecht, Alter, Aufenthaltsdauer, Beendigung und Wohnen t2 („wohin gingen die Bewohner“) verglichen wurde. Die Datensätze stimmten für die Merkmale Aufenthaltsdauer, Beendigung, und Wohnen t2 signifikant nicht überein.

Wie bereits beschrieben, sind ausschließlich BewohnerInnen in die Stichprobe aufgenommen worden, für die ein Abschlussbericht vorlag. Für sehr kurze Aufenthalte und Notübernachtungen werden in der Regel keine Abschlussberichte angefordert. Diese BewohnerInnen gehen jedoch ebenfalls in die Statistik des Weglaufhauses ein. Entsprechend der Weglaufhausstatistik sind 47% aller BewohnerInnen weniger als 9 Tage im Weglaufhaus gewesen. Im Falle von Notübernachtungen enden die Aufenthalte zumeist regulär und oft mit einer Rückkehr in die eigene Wohnung, was die Unterschiede für die Merkmale ‚Wohnen t2‘ und ‚Beendigung‘ erklären könnte.

Das folgende Diagramm verdeutlicht die große Diskrepanz zwischen allen BewohnerInnen des Weglaufhauses und den BewohnerInnen mit Abschlussbericht (Stichprobe) bezüglich der Aufenthaltsdauer:



Insofern ist die vorliegende Stichprobe tatsächlich nicht für alle BewohnerInnen des Weglaufhauses repräsentativ. In der Untersuchung werden vor allem BewohnerInnen betrachtet, die länger im Weglaufhaus wohnten, was für die Fragestellung der Evaluation auch Sinn macht.

Die demographischen Daten der Weglaufhausstatistik und der Stichprobe stimmen dagegen gut überein, sodass man davon ausgehen kann, dass die hier gefundenen Aussagen zumindest für BewohnerInnen mit längerer Aufenthaltsdauer (> 1 Woche) verallgemeinert werden können.

Die Weglaufhausstatistik gibt an, dass 15,5% keine Kostenübernahme vom Amt erhielten. In unserer Stichprobe waren das nur 4%. Auch das ist darauf zurückzuführen, dass ein Amt, das die Bezahlung des Weglaufhauses verweigert, in der Regel auch keinen Abschlussbericht anfordert. Für den Inhalt der Untersuchung spielt das allerdings keine Rolle, weil das eher vom zuständigen Amt als von der Person des/r BewohnerIn abhängig ist.

5.1.2 Wer wendet sich an das Weglaufhaus / die Stichprobe

Entsprechend der Stichprobe wenden sich annähernd gleich viele Männer wie Frauen an das Weglaufhaus. Die BewohnerInnen des Weglaufhauses sind vor allem deutscher Staatsbürgerschaft und Berliner. Die Mehrzahl ist arbeitslos bzw. arbeitsunfähig, ledig und lebte vor dem Aufenthalt allein.

Sie erhalten in der Regel nur ein geringfügiges Einkommen (in Form von Sozialhilfe, Grundsicherung, Arbeitslosenhilfe) oder gar keines. Die überwiegende Mehrzahl der BewohnerInnen war vor ihrem Aufenthalt bereits mehrmals in der Psychiatrie und ungefähr die Hälfte steht unter gesetzlicher Betreuung.

Die genauen Häufigkeiten der Stichprobe sind folgendem Auszug des Datenerfassungsbogens zu entnehmen (der gesamte Datenerfassungsbogen mit den eingetragenen Häufigkeiten findet sich im *Anhang*):

Allgemeine Daten													
	t0 t2												
Geschlecht	44 weiblich 58 männlich												
Alter	<table border="1"> <caption>Altersverteilung</caption> <thead> <tr> <th>Altersklasse</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18-27</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>28-37</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>38-47</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>48-57</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>58-67</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Altersklasse	Count	18-27	34	28-37	30	38-47	25	48-57	11	58-67	2
Altersklasse	Count												
18-27	34												
28-37	30												
38-47	25												
48-57	11												
58-67	2												
Staatsangehörigkeit	90 Deutsche 12 Ausländer												
Berliner	81 ja 21 nein												

Beruf/ Tätigkeit (aktuell)	1 keine Angaben 0 berufstätig 3 geringfügig beschäftigt 0 geschützter Arbeitsplatz 4 in Ausbildung 72 arbeitslos 22 arbeitsunfähig	2 keine Angaben 0 berufstätig 2 geringfügig beschäftigt 0 geschützter Arbeitsplatz 1 in Ausbildung 75 arbeitslos 22 arbeitsunfähig
Ausbildung	33 keine Angaben 13 kein Abschluss 17 Schulabschluss 15 Abitur 17 Berufsausbildung 7 Hochschulabschluss	
Einkommen	7 keine Angaben 19 kein Einkommen 0 eigenes Erwerbseinkommen 0 Alg I 9 Alg II 16 Rente/ Pension 3 Ausbildungsvergütung 0 Grundsicherung 5 Partner/ Familie/ Freunde 39 Sozialhilfe/ Arbeitslosenhilfe 4 sonstiges	13 keine Angaben 2 kein Einkommen 0 eigenes Erwerbseinkommen 0 Alg I 17 Alg II 17 Rente/ Pension 0 Ausbildungsvergütung 0 Grundsicherung 1 Partner/ Familie/ Freunde 47 Sozialhilfe/ Arbeitslosenhilfe 4 sonstiges
Familienstand	4 keine Angaben 87 ledig 1 verheiratet 3 getrennt lebend 7 geschieden 0 verwitwet	
Lebenssituation	0 keine Angaben 80 allein 4 mit (Ehe-) partner 2 mit Eltern (teil) 1 mit Kind (ern) 3 mit anderen Verwandten 12 mit nichtverwandten Personen	
Psychiatisierung	2 keine Angaben 6 nie 11 einmalig 83 mehrmals	83 nicht in der Psychiatrie 0 Unterbringung 9 Psychiatrie auf eigenen Wunsch 3 Psychiatrie 7 Psychiatrie auf Initiative des Weglaufhaus
Psychopharmaka	3 keine Angabe 42 ja 39 nein 15 abgesetzt 3 reduziert	17 keine Angabe 9 ja 70 nein 6 reduziert
Betreuung	55 nein 47 ja	56 nein 46 ja

Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Die Häufigkeit der Psychiatrieaufenthalte vor dem Aufenthalt im Weglaufhaus (Psychiatisierung t0) ist abhängig vom Geschlecht.	Hypothese wird abgelehnt (s. Anhang , Tabelle 4)
Die Häufigkeit der Psychiatrieaufenthalte vor dem Aufenthalt im Weglaufhaus (Psychiatisierung t0) ist abhängig von Betreuung t0: mehrmals Psychiatisierte sind öfters unter gesetzlicher Betreuung.	Hypothese wird angenommen (χ^2 : 2%; U-Test: 0,6%) (s. Anhang , Tabelle 5)
Die generelle Psychopharmakaeinnahme ist abhängig von der Psychiatisierung: mehrmals Psychiatisierte nehmen eher Psychopharmaka, nie Psychiatisierte nehmen eher keine Psychopharmaka.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 6)

BewohnerInnen, die vor dem Weglaufhausaufenthalt häufiger in der Psychiatrie waren, stehen öfter unter gesetzlicher Betreuung. 53% der mehrmals Psychiatisierten befinden sich in Betreuung gegenüber 27% der einmalig Psychiatisierten gegenüber keinem der nie Psychiatisierten.

Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass BewohnerInnen, die häufiger in der Psychiatrie waren, häufiger Psychopharmaka nehmen. Allerdings ist auffällig, dass keiner der 'nie Psychiatisierten' Psychopharmaka nahm, wobei dies in der untersuchten Stichprobe allerdings nur 6 BewohnerInnen waren.

Von den BewohnerInnen, die vor dem Aufenthalt im Weglaufhaus bereits mehrmals in der Psychiatrie waren, nahmen dagegen 45,8% Psychopharmaka und weitere 20,5% gaben an, diese kurz vor der Aufnahme ins Weglaufhaus abgesetzt oder reduziert zu haben.

Betrachtung der Korrelationskoeffizienten:

- Die Ergebnisse obiger Hypothesen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen der Häufigkeit der Psychiatrieaufenthalte t0 und dem Geschlecht bzw. der Betreuung werden bestätigt.
- Die Korrelationskoeffizienten für die Hypothesen, dass mehrmals Psychiatrisierte eher Psychopharmaka und nie Psychiatrisierte eher keine Psychopharmaka nehmen, weisen im Gegensatz zu den durchgeführten Tests signifikante Werte auf. Diese Diskrepanz kann daran liegen, dass mehrere Merkmale in verschiedene dichotome Variable kodiert wurden und dass die hier benutzten Tests in der Regel eher konservativ sind.
- Die Korrelationskoeffizienten weisen a posteriori auf einen Zusammenhang zwischen Alter und Geschlecht hin: Männer, die ins Weglaufhaus kommen, sind jünger als Frauen (Männer sind im Schnitt 31,4 Jahre alt, Frauen 36,9).
- Die Korrelationskoeffizienten weisen a posteriori auf einen Zusammenhang zwischen Wohnort und Psychopharmakaeinnahme hin: Nicht-Berliner, die ins Weglaufhaus kamen, nahmen weniger Psychopharmaka als Berliner (46,9% der Berliner nahmen Psychopharmaka, dagegen nur 19% der Nicht-Berliner).
- Die Korrelationskoeffizienten weisen a posteriori auf einen Zusammenhang zwischen Psychopharmakaeinnahme und Alter hin: ältere BewohnerInnen nahmen eher keine Psychopharmaka (53,9% derer, die keine Psychopharmaka nehmen, sind älter als 37, dagegen sind 76,2% derer, die angaben, Psychopharmaka zu nehmen, und 73,4% derer, die angaben, die Psychopharmaka kurz vor dem Weglaufhausaufenthalt abgesetzt zu haben, unter 38).

Eine weitere a-posteriori-Betrachtung der Korrelationskoeffizienten, die aber für die vorliegende Untersuchung nicht interessant sind:

- Nicht-Berliner hatten häufiger eine Berufsausbildung (38,1% der Nicht-Berliner hatten eine Berufsausbildung, dagegen nur 11,1% der Berliner).
- Jüngere BewohnerInnen hatten eher keine Ausbildung (84,6 % der BewohnerInnen ohne Abschluss waren jünger als 28).
- Ältere Bewohner hatten eher eine Berufsausbildung (64,7% der BewohnerInnen mit Berufsausbildung waren älter als 37).

5.1.3 Mit welchen Wünschen wenden sich die BewohnerInnen an das Weglaufhaus ?

Voruntersuchung

In einer Voruntersuchung wurden zur späteren Auswahl der Kategorien, die in die quantitative Analyse eingegangen sind, sämtliche genannten Wünsche von einer Anzahl von ehemaligen BewohnerInnen wortwörtlich erfasst. Neben „zur Ruhe kommen“, „Schutz und Pause“, „Überwindung der Krise“ und „Stabilisierung“ fiel auf, dass viele Formulierungen den Wunsch nach einem „normalen Leben“, nach Integration beinhalteten:

Die Menschen, die in das Weglaufhaus kamen wünschten sich:

„wieder in geordneten Verhältnissen zu leben“, „wieder selbstbestimmt leben“, „lernen das Leben zu organisieren“, „lernen, sich als Mensch zu verhalten“, „mal wieder ein Buch lesen“, „wieder Freude an der Gemeinschaft entwickeln“, „ein warmes Bett“, „Leben wieder in den Griff bekommen“, „normales Leben“ (Arbeit, Wohnung, Beziehung, Papiere, keine Krise)“.

Das spiegelt sich auch in der quantitativen Analyse der Häufigkeiten wieder.

Quantitative Auswertung

Fast alle BewohnerInnen (98 von 102) wandten sich mit dem Plan an das Weglaufhaus, eine Wohnperspektive umzusetzen. Das ist insofern naheliegend, da es sich beim Weglaufhaus um eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe handelt. Beachtlich ist jedoch, dass beinahe die Hälfte davon (47) wünschte, in eine eigene Wohnung zu ziehen (siehe genauer 5.1.5 Ergebnisse im Bereich ‚Umsetzung einer Wohnperspektive‘).

27 BewohnerInnen der Stichprobe begaben sich in das Weglaufhaus, um einen Psychiatrieaufenthalt, 14 um eine Zwangsunterbringung zu vermeiden (Doppelnennungen nicht berücksichtigt).

31 BewohnerInnen der Stichprobe, also beinahe jeder Dritte, hatte den Wunsch, wieder eine regelmäßige Beschäftigung zu beginnen und 14 strebten eine Berufsausbildung an (Doppelnennungen möglich).

24 hatten die Absicht, im Weglaufhaus ihre Psychopharmaka abzusetzen und 8 diese zu reduzieren.

20 BewohnerInnen der Stichprobe kamen ohne ein geregeltes Einkommen in das Weglaufhaus und baten um Unterstützung ihre finanzielle Sicherung betreffend. Viele Betroffene

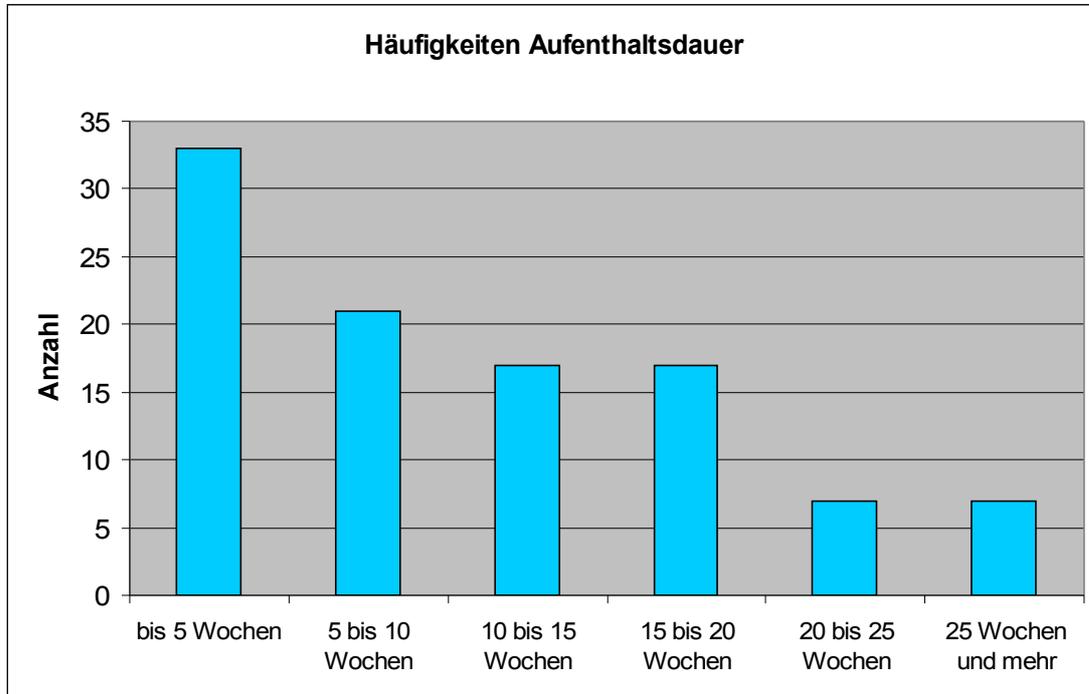
sind verschuldet. In der vorliegenden Stichprobe wollten 25 den Aufenthalt im Weglaufhaus auch zu ihrer Schuldenregelung nutzen (Doppelnennungen möglich).

47 BewohnerInnen der Stichprobe hatten eine gesetzliche Betreuung. 11 hatten den Wunsch diese aufzuheben und 5 wollten den gesetzlichen Betreuer wechseln (Doppelnennungen möglich).

Häufigkeiten der Wünsche	
	Anzahl gewünscht
eigene Wohnung t0	38
Beschäftigung/regelmäßige Tätigkeit t0	31
Vermeidung eines Psychiatrieaufenthaltes t0	27
SchuldenregelungT0	25
Absetzen der Psychopharmaka t0	24
Sicherung der finanz. Grundversorgung t0	20
betreute Wohnform t0	18
eigene Wohnung mit EFH t0	16
Berufsausbildung t0	14
Vermeidung einer Zwangseinweisung t0	14
Wohnperspektive klären t0	12
Erhalt des alten Wohnraums t0	11
Vermittlung in eine Therapie t0	11
Betreuung aufheben t0	11
Ausweispapiere für DeutscheT0	8
Reduzieren der Psychopharmaka t0	8
Kontakt zu den Kindern t0	7
Wohngemeinschaft t0	7
Schulabschluss nachholen t0	7
BEW T0	6
Betreuung wechseln t0	5
Ausweispapiere für Ausländer t0	4
Wohnperspektive nicht in Berlin t0	4
Studium beenden t0	3
Kontakt zur Familie t0	2
Abitur nachholen t0	2
Betreuung einrichten t0	2
Kontakt zu Freunden t0	1
Betreuung reduzieren t0	1
Betreuung verhindern t0	1
Vorsorgevollmacht t0	0

5.1.4 Allgemeine Ergebnisse zu Aufenthalt und Beendigung

Zusammenhang zwischen demographischen Daten und Aufenthaltsdauer

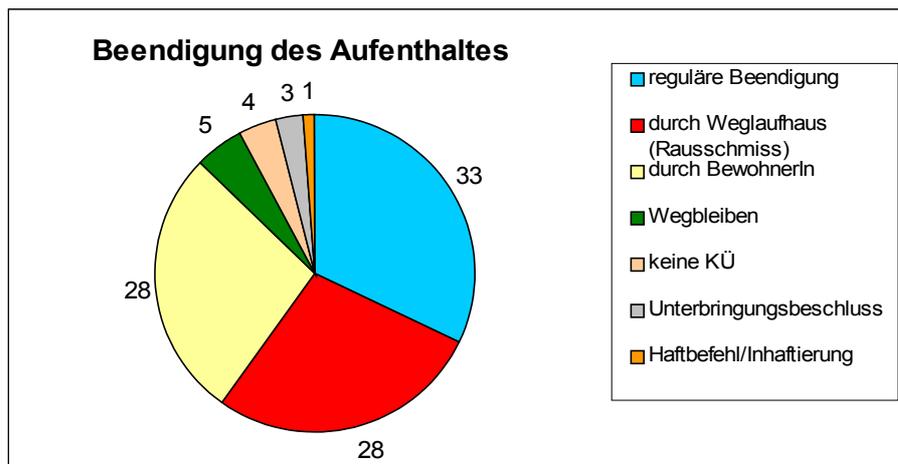


Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Die Aufenthaltsdauer ist vom Geschlecht abhängig.	Hypothese wird abgelehnt (s. Anhang , Tabelle 7)
Die Aufenthaltsdauer ist von der Staatsangehörigkeit abhängig.	Hypothese wird abgelehnt (s. Anhang , Tabelle 8)
Die Aufenthaltsdauer ist vom Wohnort Berlin abhängig.	Hypothese wird abgelehnt (s. Anhang , Tabelle 9)
Die Aufenthaltsdauer ist vom Alter abhängig.	Hypothese wird abgelehnt (s. Anhang , Tabelle 10)

Ein Zusammenhang zwischen den demographischen Daten Geschlecht, Staatsbürgerschaft, Wohnort und Alter und der Aufenthaltsdauer konnte nicht nachgewiesen werden.

Beendigung des Aufenthaltes



Es folgen Erklärungen zu den verwendeten Kategorien.

- *reguläre Beendigung*: ist eine Art Konsens zwischen dem Weglaufhaus und dem/r BewohnerIn. In der Regel sind dann die wesentlichsten Ziele erreicht. Der/ die BewohnerIn hat dann zumindest eine Bleibe und ein Einkommen und die akute Krisensituation ist überstanden. Das sind zum Teil vage Kriterien. Im Zweifelsfall ist es eine „Restkategorie“ – wenn nicht das Weglaufhaus oder der/ die BewohnerIn den Aufenthalt einseitig abgebrochen hat, der Aufenthalt nicht durch ein fehlende Kostenübernahme oder juristische Zwänge wie Haftbefehl und Unterbringungsbeschluss beendet wurde, handelt es sich um eine reguläre Beendigung.
- *durch Weglaufhaus*: Wenn das Verhalten eines Bewohners für die Mitbewohner oder die MitarbeiterInnen nicht mehr tragbar ist, wird der Aufenthalt seitens des Weglaufhauses beendet. Das ist oft bei - zumeist wiederholten - Regelverletzungen (keine Gewalt, keine Drogen und kein Alkohol im Haus, kein Zugang für Männer zur Fraueneta-ge) der Fall, aber auch wenn jemand willentlich den Regeln des Hausalltags der Gemeinschaft (Putzen, Einkaufen, Essenskasse) nicht gerecht wird.
- *durch BewohnerIn / Wegbleiben*: Der Aufenthalt wird einseitig seitens des/r BewohnerIn beendet, weil er/sie nicht mehr im Weglaufhaus sein will/ kann. Das kann angekündigt passieren oder einfach durch ‚Wegbleiben‘.

- *keine KÜ* (Kostenübernahme): meint, dass das Bezirksamt unter keinen Umständen bereit ist, den Aufenthalt (weiter) zu finanzieren. Oftmals werden in einem solchen Fall Widersprüche versucht. Es ist immerhin eine Entscheidung darin enthalten, ob die MitarbeiterInnen einen Aufenthalt unbedingt für notwendig halten und zu wie viel Kampf sie unter diesem Aspekt bereit sind.
- *Unterbringungsbeschluss/ Haftbefehl*: Wenn für einE BewohnerIn ein Haftbefehl oder ein Unterbringungsbeschluss nach dem Psychischkrankengesetz (PsychKG) vorliegt, muss der/ die Betreffende das Weglaufhaus verlassen. Das führt dann zur ‚irregulären‘ Beendigung des Aufenthaltes. Ob es tatsächlich zu einer Unterbringung oder Inhaftierung kommt, liegt dann in den Händen des/r BewohnerIn und der Vollzugsgewalt.

Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Beendigung durch Weglaufhaus betrifft eher Männer.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 13)</i>
Frauen verlassen eher aus eigener Initiative das Weglaufhaus.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 13)</i>
Beendigung durch Weglaufhaus betrifft eher Ausländer.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 14)</i>
Der Aufenthalt wird eher von älteren BewohnerInnen ‚regulär‘ beendet.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 15)</i>
‚Reguläre‘ Beendigungen finden eher nach ‚mittlerer‘ Aufenthaltsdauer statt; ganz kurze und ganz lange Aufenthalte enden eher irregulär.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 16)</i>
Beendigungen auf eigenen Wunsch finden eher nach kurzer Aufenthaltsdauer statt.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 16)</i>

Den einzelnen Tabellen im Anhang kann entnommen werden, dass bezüglich der Beendigung des Aufenthaltes das Geschlecht keine Rolle spielt. Entgegen der Hypothese verlassen sogar eher Männer das Haus aus eigener Initiative oder bleiben unangekündigt weg (der Unterschied ist aber geringfügig).

Ebenfalls entgegen der Hypothese haben in der Stichprobe BewohnerInnen mit ausländischer Staatsbürgerschaft prozentual seltener die Einrichtung auf Initiative des Weglaufhauses verlassen müssen als Deutsche – wobei der Gesamtanteil der Ausländer zu klein ist, um eine Aussage hinsichtlich der verschiedenen Kategorien der Beendigung zu treffen.

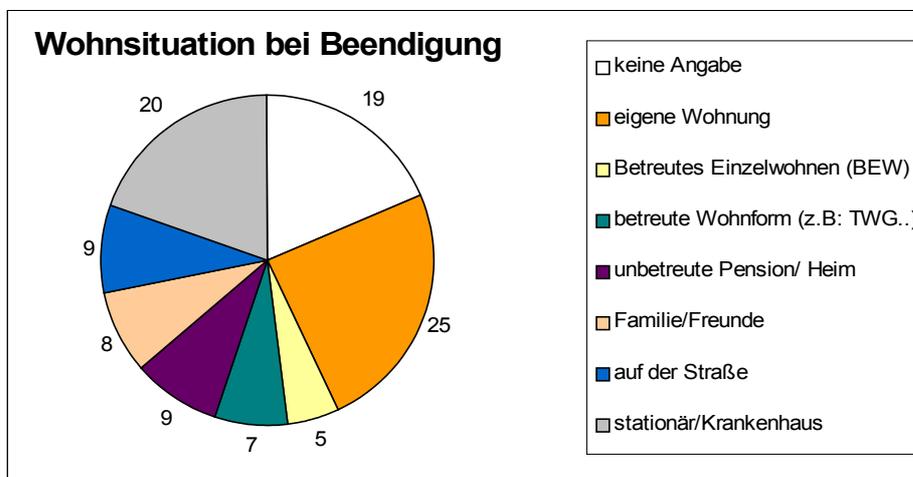
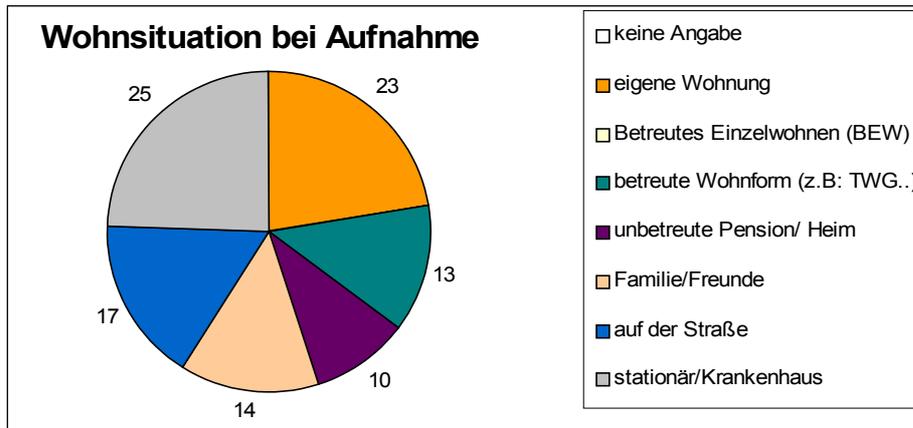
Die Hypothesen über die Aufenthaltsdauer, insbesondere über Formen der Beendigung bei sehr geringer Aufenthaltsdauer, konnten anhand der Stichprobe nicht bestätigt werden. In der Stichprobe sind zu wenig BewohnerInnen mit geringer Aufenthaltsdauer zu finden, weil für diese zumeist kein Abschlussbericht vorliegt und sie daher nicht in die Stichprobe aufgenommen wurden (vgl. 4.3.2). Dass sehr lange Aufenthalte eher irregulär enden, konnte nicht bestätigt werden.

Die Betrachtung der Korrelationskoeffizienten bestätigt die obigen Testergebnisse.

5.1.5 ‚Umsetzung der Wohnperspektive‘

Wie in Abschnitt 5.1.3 dargestellt und begründet wurde, ist die Umsetzung einer Wohnperspektive der Wunsch, mit dem sich die meisten BewohnerInnen an das Weglaufhaus wenden. Damit stehen in diesem Bereich die umfangreichsten Daten zur Verfügung. Es ist auch ein Bereich, der im Leben eines Menschen hinsichtlich seiner Identität und seines Lebensentwurfes eine zentrale Position einnimmt. Wie jemand wohnt und wohnen möchte ist eng verbunden mit seinen Möglichkeiten und Bedürfnissen der Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit.

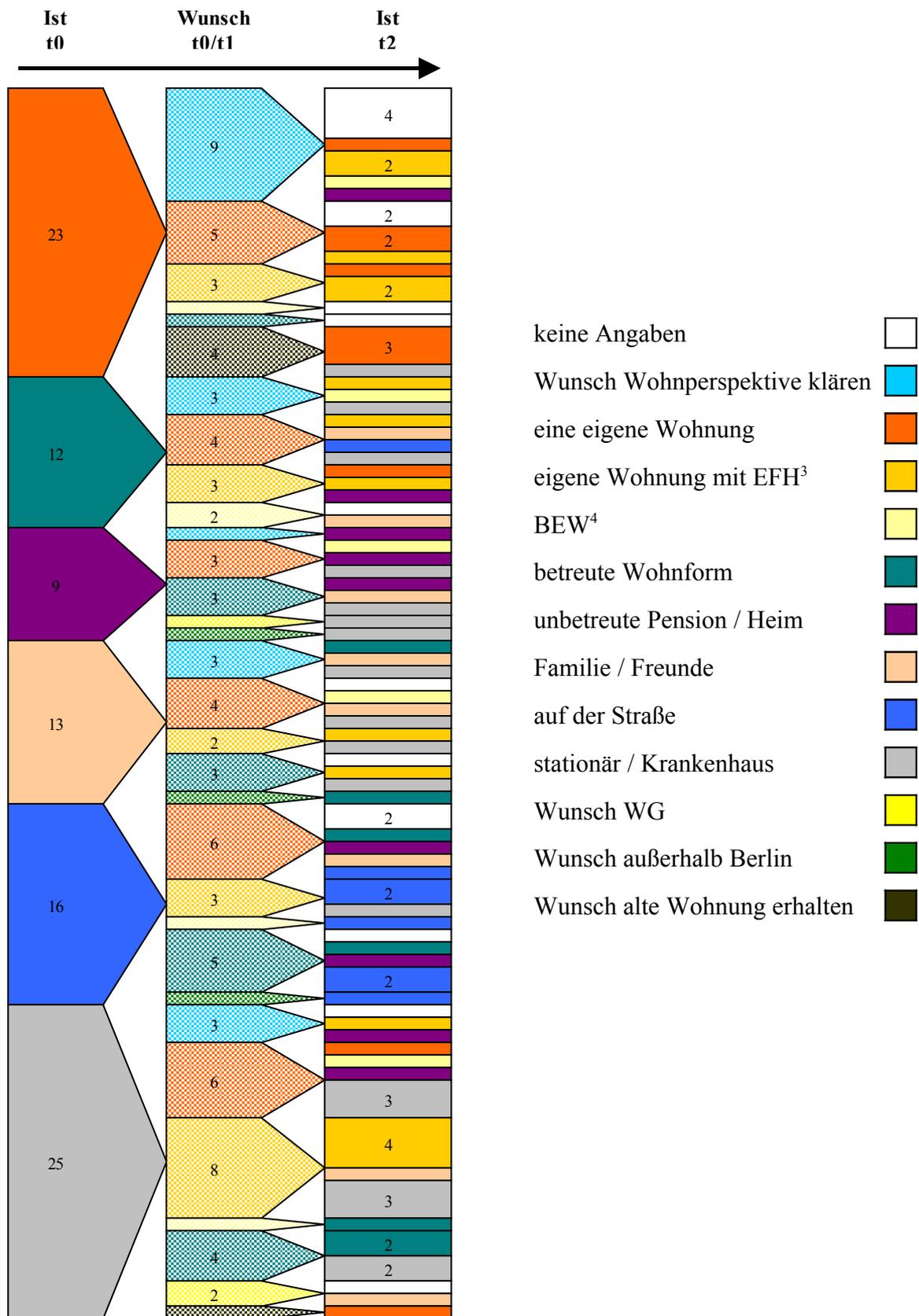
Wohnsituation zum Zeitpunkt der Aufnahme und zum Zeitpunkt des Auszuges



Die Ziele und ihre Umsetzung

Beim Vergleich der oben dargestellten Kreisdiagramme der Wohnsituation bei Aufnahme und Auszug ist zunächst, bis auf einen großen Anteil 'keine Angabe' für den Zeitpunkt der Beendigung, keine bedeutende Veränderung zu erkennen.

Das nachfolgende Diagramm, in dem differenziert dargestellt ist, woher die BewohnerInnen kamen (Ist t0), was sie sich wünschten (Wunsch t0/1) und inwieweit diese Perspektive umgesetzt wurde (Ist t2), zeigt jedoch die Fluktuation zwischen den 'Wohnformen' (dargestellt wird nur die Gruppe der BewohnerInnen, die mit dem Ziel, eine Wohnform zu finden, in das Weglaufhaus kamen, wobei das beinahe alle (98) waren):



³Einzelfallhilfe

⁴betreutes Einzelwohnen

Die Wünsche

98 BewohnerInnen der Stichprobe haben sich mit einem die Wohnperspektive betreffenden Wunsch an das Weglaufhaus gewandt.

47 wollten in einer eigenen Wohnung wohnen, 19 davon mit Unterstützung einer Einzelfallhilfe. Damit war das Wohnen in einer eigenen Wohnung der meistgeäußerte Wunsch.

5 nannten die Perspektive betreutes Einzelwohnen. 16 BewohnerInnen hatten das Ziel, nach dem Aufenthalt im Weglaufhaus in eine betreute Wohnform zu ziehen. Jeweils drei beabsichtigten eine Wohngemeinschaft oder eine Wohnperspektive außerhalb Berlins zu finden. Die alte Wohnung wollten 5 erhalten. Für 19 waren mehrere Wohnformen vorstellbar oder die Wohnperspektive war grundsätzlich zu klären.

...und deren Umsetzung

56 BewohnerInnen der Stichprobe, welche sich mit einem Ziel bezüglich Wohnen an das Weglaufhaus wandten, sind ohne eine Anschlussperspektive gefunden zu haben wieder ausgezogen. Die BewohnerInnen, die in betreutes Einzelwohnen und in betreute Wohneinrichtungen ziehen wollten konnten ihren Wunsch in den wenigsten Fällen umsetzen. Nur einer von fünf (BEW) bzw. 3 von 16 (betreute Einrichtung) konnten hier ihren Wunsch verwirklichen.

Für 42 der 102 untersuchten BewohnerInnen konnte die Wohnsituation geklärt werden.

Die Wohnperspektive eigene Wohnung mit Einzelfallhilfe wurde am häufigsten entsprechend dem individuellem Ziel umgesetzt: 8 der 19, die diesen Wunsch äußerten, konnten ihn auch verwirklichen.

Allen fünf BewohnerInnen, die das Ziel verfolgten, nach einer Phase der Stabilisierung und Klärung wieder in ihre alte Wohnung zurückzukehren, ist das gelungen.

Der Prozentsatz der BewohnerInnen, die letztendlich ohne Anschlussperspektive das Haus verlassen hatten, ist bei denen, die in ihrer Perspektive weniger klar waren, meist kleiner als bei KlientInnen, die eine klare Perspektive verfolgten. 6 dieser KlientInnen ohne festgelegte Perspektive sind zurück in ihre alte Wohnung gegangen, vier sind in eine neue Wohnung oder Wohngemeinschaft gezogen und einer in eine betreute Wohnform.

Ein Bewohner, der ein eigenständiges Leben in einer eigenen Wohnung anstrebte, wurde in eine betreute Wohnform vermittelt. Von denjenigen, die im betreuten Einzelwohnen leben wollten, ist ebenfalls eine Bewohnerin in eine betreute Einrichtung gezogen (*s. Anhang , Tabelle 20*).

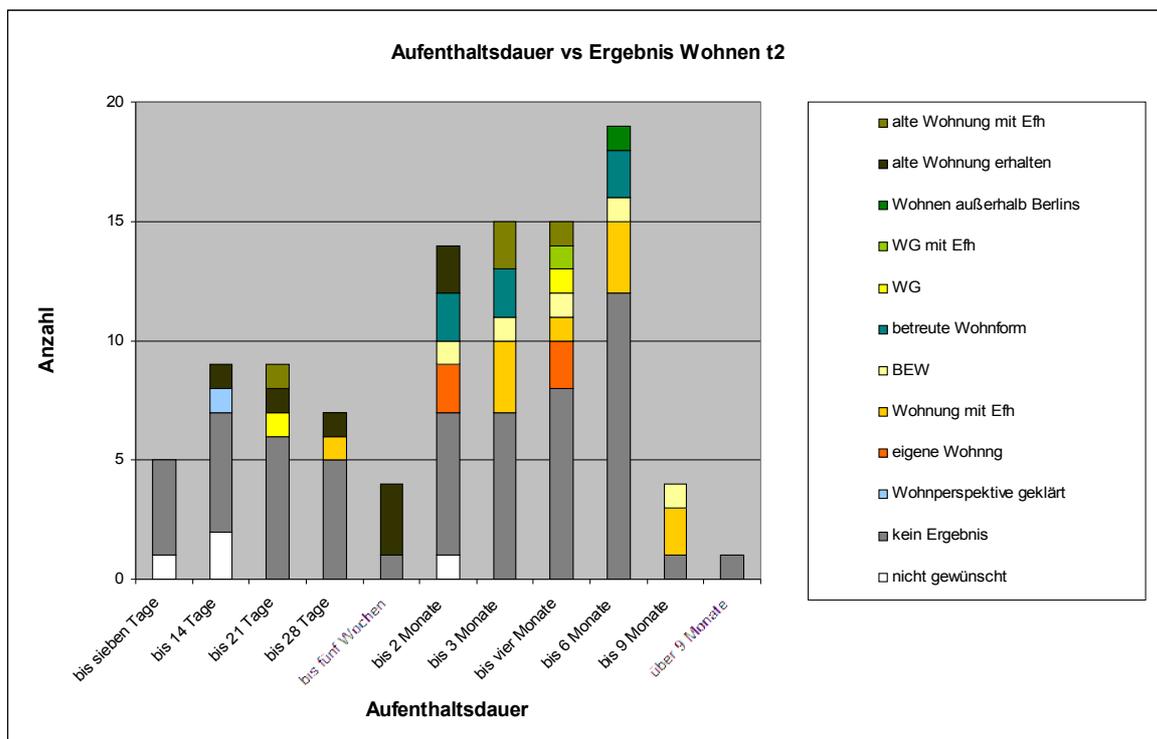
Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Den Wunsch nach einer eigenen Wohnung (mit und ohne EFH) äußern eher Männer.	Hypothese wird angenommen. (χ^2 : p = 2,5%) (s. Anhang , Tabelle 21)
Im Gegensatz dazu äußern den Wunsch nach einer betreuten Wohnform (ohne BEW) eher Frauen.	Hypothese wird angenommen.: (χ^2 : p = 0,6%) (s. Anhang , Tabelle 22)
Den Wunsch nach einer eigenen Wohnung (mit und ohne EFH) äußern eher ältere BewohnerInnen.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 23)
Im Gegensatz dazu äußern den Wunsch nach einer betreuten Wohnform (ohne BEW) eher jüngere BewohnerInnen.	Hypothese wird abgelehnt (s. Anhang , Tabelle 24)
Frauen können den Wohnwunsch ‚eigene Wohnung‘ eher umsetzen als Männer.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 25)
Deutsche können den Wunsch ‚eigene Wohnung‘ eher umsetzen als Ausländer.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 26)
Die Umsetzung einer Wohnperspektive (s. Fußnote 2, S. 55) ist abhängig von der Aufenthaltsdauer: 1. wird keine Wohnperspektive gewünscht, ist der Aufenthalt nur sehr kurz; 2. eine Wohnperspektive umzusetzen benötigt eine längere Aufenthaltsdauer.	Hypothese wird abgelehnt (H-Test p = 3,1%; aber Jonkheere-Test p = 6,7% und Rang-Einzelvergleich für <‘umgesetzt‘ vs. nicht umgesetzt‘> sind nicht signifikant) (s. Anhang , Tabelle 29)
Die Umsetzung einer Wohnperspektive ist abhängig von der Einnahme von Psychopharmaka: 1. wer noch nie PP genommen hat, ist in der Umsetzung einer Wohnperspektive erfolgreicher als der Rest; 2. wer PP abgesetzt/ reduziert hat, ist in der Umsetzung einer Wohnperspektive weniger erfolgreich als der Rest.	Hypothese wird abgelehnt (Tendenz ist gegenteilig) (s. Anhang , Tabelle 30)
Die Umsetzung einer Wohnperspektive ist abhängig von vorangegangener Psychiatrisierung: je häufiger jemand in der Psychiatrie war, desto weniger wird eine Wohnperspektive umgesetzt.	Hypothese wird abgelehnt (s. Anhang , Tabelle 31)
Ob eine Wohnperspektive umgesetzt wurde, ist abhängig vom Ziel des/r BewohnerIn.	Hypothese wird abgelehnt. (χ^2 = 1,5%; aber Einfelder-Binomialtests sind auch auf 5%-Niveau nicht signifikant) (s. Anhang , Tabelle 33)

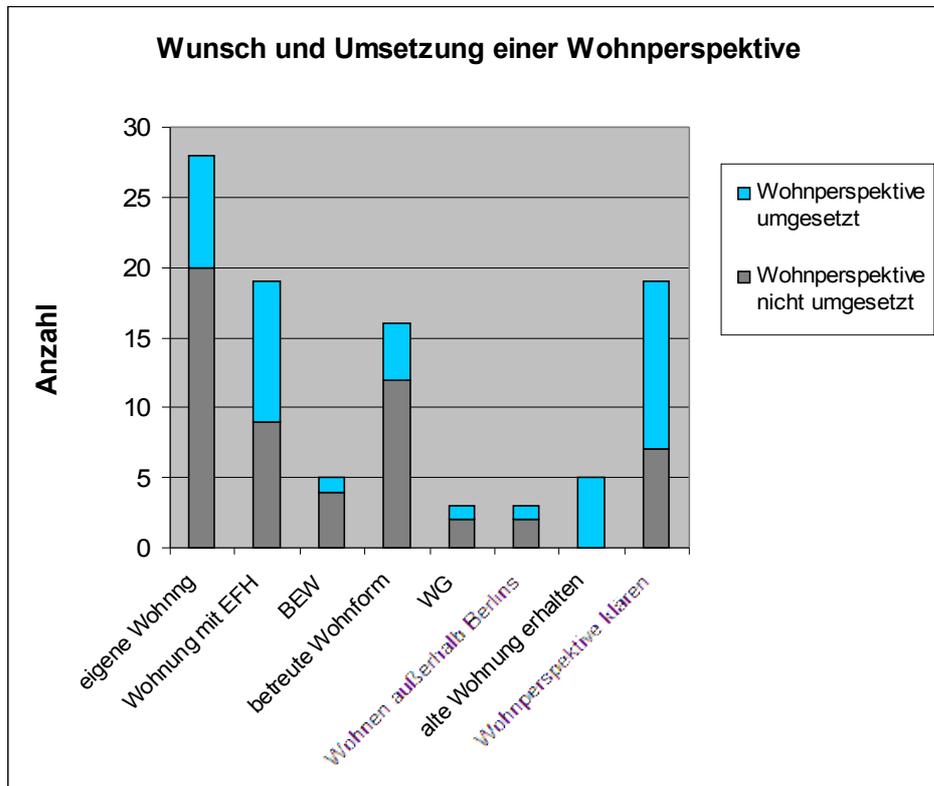
Der Wunsch nach 'eigener Wohnung' vs. 'betreuter Wohnform' ist abhängig vom Geschlecht. 45% der Frauen und 68% der Männer wünschten sich, nach dem Aufenthalt im Weglaufhaus in eine eigene Wohnung zu ziehen. Der Geschlechtsunterschied in den Wünschen ist noch deutlicher beim Wunsch nach einer betreuten Wohnform. 34% der Frauen und nur 10% der Männer streben diese Perspektive an.

Die Hypothese der Abhängigkeit der Umsetzung einer Wohnperspektive von der Aufenthaltsdauer muss abgelehnt werden, obwohl der H-Test signifikant ist: der Jonkheere-Test und vor allem der Rang-Einzelvergleich für 'Wohnperspektive umgesetzt' gegen 'Wohnperspektive nicht umgesetzt' waren auf 5%-Niveau nicht signifikant.

Dennoch ist in sehr kurzer Zeit in der Regel keine neue Wohnperspektive umzusetzen. Zumeist dauerte es länger als zwei Monate, eine Wohnung zu finden, eine Einzelfallhilfe zu installieren oder den Auszug in eine betreute Wohnform vorzubereiten. Lediglich der Sicherung der alten Wohnung ließ sich in kürzerer Zeit bewerkstelligen, wie das folgende Diagramm zeigt:



Für die Hypothese, dass die Umsetzung einer Wohnperspektive abhängig vom Ziel ist, war zwar der χ^2 -Test, jedoch keiner der Einfelder-Binomialtests signifikant.



'Erhalt der alten Wohnung' ist der einzige Wunsch, der immer und, wie oben gezeigt, in kurzer Zeit umgesetzt werden konnte.

Die BewohnerInnen, die mit dem Wunsch ins Weglaufhaus kamen, in eine eigene Wohnung ohne EFH zu ziehen und diejenigen, die in betreutes Einzelwohnen oder in eine betreute Wohnform ziehen wollten, sind am häufigsten ohne eine Wohnperspektive umgesetzt zu haben aus dem Weglaufhaus ausgezogen.

Betrachtung der Korrelationskoeffizienten:

Bestätigt werden – auch nach Betrachtung der partiellen Korrelationskoeffizienten - die Ergebnisse zu den Hypothesen, dass der Wunsch nach einer eigenen Wohnung bzw. der nach einer betreuten Wohnform abhängig vom Geschlecht, aber nicht abhängig vom Alter ist (*s. Anhang , Tabelle 27 und Tabelle 28*).

Bestätigt wird auch, dass alle anderen oben genannten Hypothesen abgelehnt werden müssen.

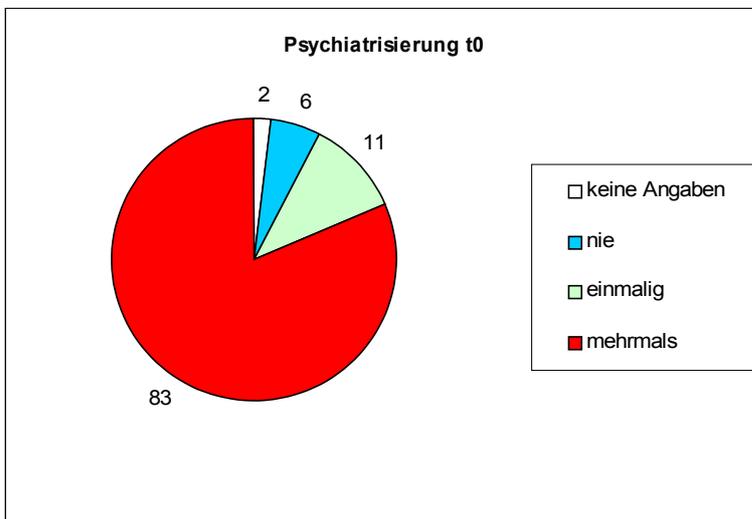
Desweiteren ergeben sich a posteriori Hinweise auf folgende Zusammenhänge innerhalb der Stichprobe (*s. Anhang , Tabelle 34*):

- BewohnerInnen, die eine eigene Wohnung oder betreutes Einzelwohnen gewünscht haben, hatten eine längere Aufenthaltsdauer.
- BewohnerInnen, die den Erhalt der alten Wohnung gewünscht haben, hatten eine kürzere Aufenthaltsdauer.
- BewohnerInnen, die die Psychopharmaka abgesetzt oder reduziert hatten, wünschten sich häufiger, die Wohnperspektive allgemein zu klären und häufiger eine WG.
- Der Wunsch nach Wohnen außerhalb Berlins wurde häufiger von BewohnerInnen geäußert, die weder vor noch nach dem Weglaufhausaufenthalt Psychopharmaka nahmen.

5.1.6 ‚Vermeidung eines Psychiatrieaufenthaltes‘

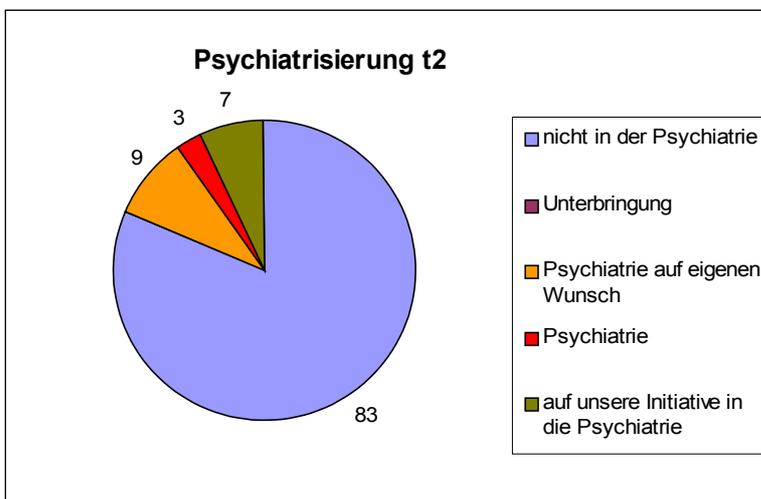
Das Weglaufhaus als Kriseneinrichtung für Psychiatrie- Betroffene wurde aus dem Bedürfnis und der Notwendigkeit nach einer Alternative zur stationären psychiatrischen Akutbehandlung heraus geschaffen, sowie nach einem Ort, der Schutz vor erneuter Psychiatisierung - sei es durch Zwangseinweisung oder aus Not und Mangel an Alternativen - darstellt. Das Weglaufhaus definiert sein Angebot als speziell an Menschen gerichtet, „die in Krisensituationen einen Psychiatrieaufenthalt ablehnen“ (Konzeption des Weglaufhauses, s. *Anhang , S.).*

Die ‚Psychiatriegeschichte‘ der BewohnerInnen



25 BewohnerInnen der Stichprobe kamen direkt aus der Psychiatrie in das Weglaufhaus.

Situation zum Zeitpunkt des Auszuges



Die Ziele und ihre Umsetzung

39 BewohnerInnen der Stichprobe kamen mit dem Ziel einen Psychiatrieaufenthalt zu vermeiden in das Weglaufhaus. Davon wollten 29 einen Psychiatrieaufenthalt vermeiden und 15 (auch) speziell einen Unterbringungsbeschluss nach PsychKG.

Ziel	Situation zum Auszug				Total
	in der Psychiatrie	Psychiatrieaufenthalt vermieden	Zwangsunterbringung vermieden	Psychiatrieaufenthalt und Unterbringung vermieden	
Psychiatrieaufenthalt vermeiden	7	17	0	0	24
Unterbringung vermeiden	1	0	9	0	10
Psychiatrieaufenthalt und Unterbringung vermeiden	2	1	1	1	5
Total	10	18	10	1	39

Bemerkung: Die Situationen 'Unterbringung vermieden aber Psychiatrieaufenthalt nicht' und 'Psychiatrieaufenthalt vermieden aber Unterbringung nicht' sind Ausnahmen, die aber in der Praxis vorkommen: BewohnerInnen können freiwillig in die Psychiatrie gehen, um eine Unterbringung, die zumeist länger dauert, zu vermeiden. Ein Unterbringungsbeschluss kann bewirken, dass die BewohnerIn das Weglaufhaus verlässt bevor der Beschluss umgesetzt wird.

Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Der allgemeine Wunsch nach Vermeidung von Psychiatisierung ist vom Geschlecht abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 37)
Der allgemeine Wunsch nach Vermeidung von Psychiatisierung ist vom Alter abhängig. Der Wunsch wird eher von älteren BewohnerInnen geäußert.	Hypothese wird angenommen (U-Test, $p=4.1\%$); (bei Betrachtung im Einzelnen ist NUR der Wunsch nach Vermeidung Psychiatrie, nicht aber der nach Vermeidung Zwangsunterbringung signifikant) (s. Anhang , Tabelle 38)
Der allgemeine Wunsch nach Vermeidung von Psychiatisierung wird von 'Berlinern' häufiger geäußert.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 39)
Ob ein/e BewohnerIn direkt im Anschluss an den Weglaufhaus-Aufenthalt psychiatrisiert ist, ist abhängig vom Geschlecht.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 36)

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Die Umsetzung des speziellen Wunschs nach Vermeidung der Psychiatrisierung ist vom Geschlecht abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 40)</i>
Die Umsetzung des speziellen Wunschs nach Vermeidung einer Zwangseinweisung ist vom Geschlecht abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 41)</i>
Die Umsetzung des speziellen Wunschs nach Vermeidung der Psychiatrisierung ist vom Alter abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 42)</i>
Die Umsetzung des speziellen Wunschs nach Vermeidung einer Zwangseinweisung ist vom Alter abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 43)</i>
Das Absetzen bzw. Reduzieren von Psychopharmaka geht mit der erhöhten Gefahr der Psychiatrisierung einher.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 44)</i>
Verschiedene „Wege“ in die Psychiatrie zu kommen sind abhängig von der Psychopharmakaeinnahme: 1. BewohnerInnen, die Psychopharmaka abgesetzt / reduziert haben, kommen eher auf Initiative des Weglaufhauses in die Psychiatrie; 2. BewohnerInnen, die Psychopharmaka nehmen, gehen eher auf eigenen Wunsch in die Psychiatrie.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 45)</i>
Verschiedene „Wege“ in die Psychiatrie zu kommen sind abhängig vom Geschlecht: Männer werden eher auf Initiative des Weglaufhauses psychiatrisiert und Frauen auf eigenen Wunsch.	Hypothese wird abgelehnt <i>(s. Anhang , Tabelle 46)</i>
Verschiedene „Wege“ in die Psychiatrie zu kommen sind abhängig vom Alter.	Hypothese wird abgelehnt <i>(s. Anhang , Tabelle 47)</i>
Verschiedene „Wege“ in die Psychiatrie zu kommen sind abhängig von der Aufenthaltsdauer: 1. BewohnerInnen, die auf Initiative des Weglaufhauses in die Psychiatrie eingewiesen werden, haben eine längere Aufenthaltsdauer. 2. BewohnerInnen, die auf eigenen Wunsch in die Psychiatrie gehen, tun dies nach kürzerer Zeit.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 48)</i>

Ältere BewohnerInnen wenden sich öfters mit dem Wunsch nach Vermeidung eines Psychriaufenthaltes an das Weglaufhaus: BewohnerInnen, die diesen Wunsch äußern, sind im Mittel 36,5, die den Wunsch nicht äußern 32,0 Jahre alt.

Andere erhobene demographische Daten zeigen keinen Zusammenhang zu diesem Anliegen.

Zwischen Aufenthaltsdauer und Psychiatisierung direkt nach dem Weglaufhausaufenthalt konnte ebenfalls kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Auch hier ist jedoch im Sinn der Hypothese bemerkenswert, dass von den 9 BewohnerInnen, die auf eigenen Wunsch in die Psychiatrie gingen, 4 das Weglaufhaus innerhalb der ersten fünf Wochen verließen und keineR davon länger als zehn Wochen blieb. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in dieser Gruppe betrug nur 32,9 Tage gegenüber 81,0 Tagen für die restliche Stichprobe. Von den drei BewohnerInnen die im Zusammenhang mit Wegbleiben in die Psychiatrie eingewiesen wurden, sind zwei weniger als fünf Wochen geblieben.

Die Hypothese, dass Männer eher auf Initiative des Weglaufhauses, Frauen dagegen eher auf eigenen Wunsch in die Psychiatrie kommen, konnte nicht bestätigt werden. Es ist eher eine umgekehrte Tendenz zu erkennen als vermutet. Mehr Männer sind auf eigenen Wunsch in die Psychiatrie gegangen, während mehr Frauen auf Initiative des Weglaufhauses eingewiesen wurden.

Teststatistisch konnten wenige der Hypothesen bestätigt werden. Das kann zum Teil an der geringen Anzahl der BewohnerInnen, die direkt im Anschluss an den Weglaufhausaufenthalt in der Psychiatrie waren, und damit an der geringen Zellstärke in den Kreuztabellen liegen (die wiederum ein positives Fazit für die Weglaufhauspraxis sind).

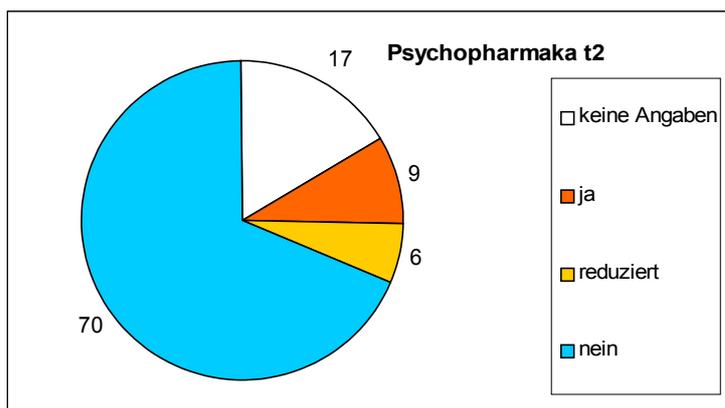
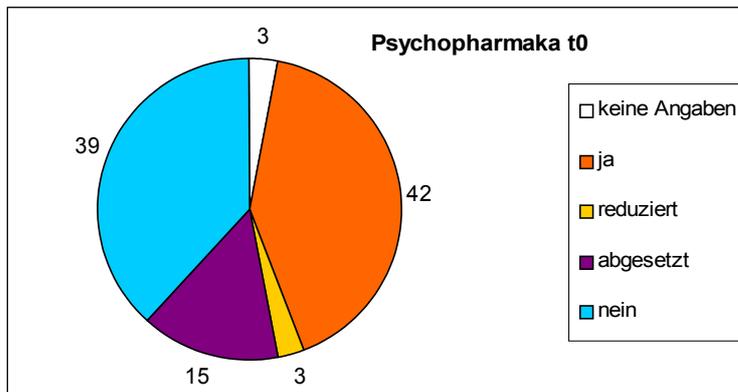
Betrachtung der Korrelationskoeffizienten: (s. Anhang, Tabelle 49)

- Das Ergebnis für die Hypothese, dass sich ältere BewohnerInnen öfters mit dem Wunsch nach Vermeidung eines Psychriaufenthaltes an das Weglaufhaus wenden, wird bestätigt.
- Signifikant erscheint im Gegensatz zu den durchgeführten Tests hier auch die Hypothese, dass BewohnerInnen, die auf eigenen Wunsch in die Psychiatrie gehen, eine kürzere Aufenthaltsdauer haben. Die Diskrepanz lässt sich darauf zurückführen, dass eine dichotome und eine (zudem nicht normalverteilte) metrische Variable gegenübergestellt werden.

5.1.7 ‚Absetzen bzw. Reduzieren der Psychopharmaka‘

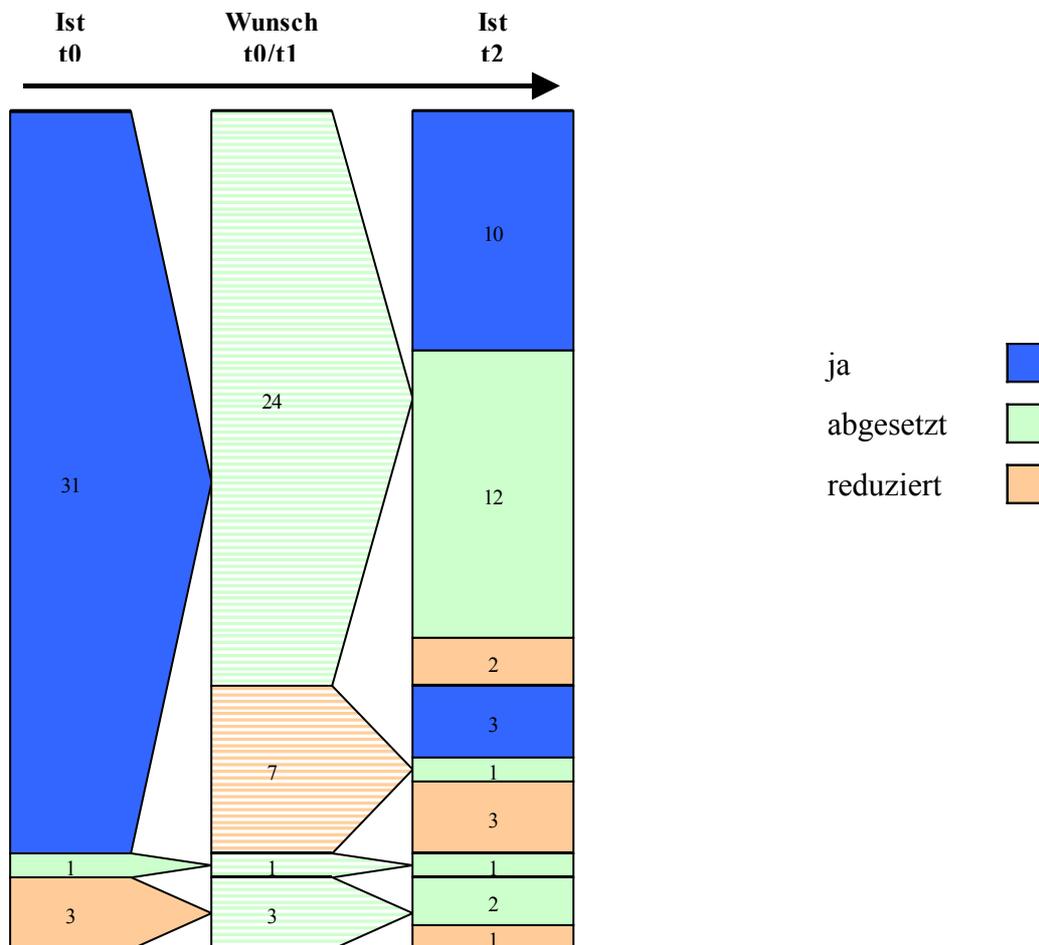
Entsprechend des dominierenden biologisch klinischen Verständnisses von Verrücktheit wird den meisten Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose die Einnahme von Psychopharmaka nahegelegt. PatientInnen, denen die Diagnose einer Psychose oder einer psychoseähnlichen Erkrankung zugewiesen wurde, werden oft massiv unter Druck gesetzt oder im Rahmen von Betreuungsverhältnissen zur Einnahme von Psychopharmaka gezwungen. Das Weglaufhaus räumt den BewohnerInnen einen selbstbestimmten Umgang mit Psychopharmaka ein und begleitet sie auch in dem Wunsch, Psychopharmaka abzusetzen oder zu reduzieren.

Situation zum Zeitpunkt der Aufnahme und zum Zeitpunkt des Auszuges



Ziele und ihre Umsetzung

In der folgenden Grafik ist nur die Gruppe derjenigen dargestellt, die den Wunsch nach Absetzen oder Reduktion der Psychopharmaka geäußert haben (35 der 60 BewohnerInnen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme oder bis kurz davor Psychopharmaka nahmen):



Die Wünsche

53,3% derer, die angaben, zum Zeitpunkt der Aufnahme oder bis kurz davor Psychopharmaka genommen zu haben, kamen mit dem Wunsch ins Weglaufhaus (t0), diese abzusetzen (24 von 60) oder zu reduzieren (8 von 60).

Alle, die ihre Psychopharmaka kurz vor ihrer Aufnahme reduziert hatten (3), wollten den Aufenthalt im Weglaufhaus dazu nutzen, die Psychopharmaka ganz abzusetzen.

Von den 15 BewohnerInnen, die bereits kurz vor dem Aufenthalt die Psychopharmaka abgesetzt hatten, kam nur einer mit dem expliziten Wunsch ins Weglaufhaus, dass dieser Prozess weiter begleitet wird.

Wunschwechsel

Bei 4 BewohnerInnen der Stichprobe entstand der Wunsch nach Absetzen der Psychopharmaka erst während ihres Aufenthalts im Weglaufhaus (t1):

Zwei von ihnen hatten bereits zur Zeit der Aufnahme (t0) den Wunsch nach Reduktion der Medikamente geäußert.

Ein weiterer Bewohner äußerte im Verlauf des Weglaufhausaufenthalts den Wunsch nach Reduktion der Psychopharmaka.

Umsetzung der Wünsche

Absetzen

Über die Hälfte der BewohnerInnen, die ihre Psychopharmaka absetzen wollten, haben, als sie das Weglaufhaus verließen, keine mehr genommen (16 von 28 = 57,1%). Immerhin noch 10,7% der BewohnerInnen mit Absetzwunsch (3 von 28) hatten zum Zeitpunkt des Auszugs die Medikamente reduziert.

Reduzieren

Zur Zeit ihrer Aufnahme gaben 8 BewohnerInnen an, ihre Medikamente reduzieren zu wollen.

Zwei davon haben bereits im Lauf ihres Aufenthalts dieses Ziel erreicht und in der Folge die Medikamente ganz absetzen wollen, was in einem Fall gelang, im anderen bei der Reduktion blieb.

Von den verbleibenden 6 BewohnerInnen, die zur Zeit der Aufnahme (t0) angaben, ihre Psychopharmaka reduzieren zu wollen, haben dies 4 auch erreicht, wobei eineR zum Zeitpunkt des Auszuges die Psychopharmaka ebenfalls ganz abgesetzt hatte.

Den 3 BewohnerInnen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme noch nicht den Wunsch nach Veränderung des Umgangs mit Psychopharmaka geäußert hatten, bei denen dieses Ziel also erst später entstanden ist, ist die Umsetzung nicht gelungen.

Insgesamt haben 62,9% der BewohnerInnen, welche den Umgang mit Psychopharmaka verändern wollten, dieses Ziel auch umgesetzt.

In der folgenden Betrachtung der Zusammenhänge wird von erfolgreichem ‚Absetzen/ Reduzieren‘ die Rede sein. Das bedeutet, die Psychopharmaka wurden zum Zeitpunkt t2 tatsächlich abgesetzt oder reduziert UND der/ die BewohnerIn ist nicht direkt im Anschluss an den Weglaufhausaufenthalt in die Psychiatrie gekommen, da in diesem Fall davon ausgegangen werden kann, dass die psychopharmakologische Behandlung sofort wieder einsetzt.

Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Der Wunsch nach Absetzen/ Reduzieren ist vom Geschlecht abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 52)</i>
Nicht- ‚Berliner‘ wenden sich häufiger mit dem Wunsch nach Unterstützung beim Absetzen/ Reduzieren von Psychopharmaka an das Weglaufhaus.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 53)</i>
Zusammenhang zwischen Wunsch nach Absetzen / Reduzieren und Alter.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 54)</i>
Zusammenhang zwischen erfolgreicher ⁵ Umsetzung des Wunsches nach Absetzen/ Reduzieren und Geschlecht.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 55)</i>
Zusammenhang zwischen erfolgreicher ⁵ Umsetzung und Alter.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 56)</i>
Gelungenes bzw. nicht gelungenes Absetzen/ Reduzieren von Psychopharmaka korrespondiert mit Psychiatisierung t2.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 57)</i>
Gelungenes bzw. nicht gelungenes Absetzen / Reduzieren von Psychopharmaka korrespondiert mit verschiedenen ‚Wegen‘ in die Psychiatrie zu kommen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Absetzen/ Reduzieren nicht gelungen korrespondiert häufiger mit Beendigung auf eigenen Wunsch; 2. Absetzen/ Reduzieren gelungen korrespondiert häufiger mit Beendigung durch Weglaufhaus. 	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 58)</i>

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
<p>Ein erfolgreiches⁵ Absetzen bzw. Reduzieren ist abhängig von der Aufenthaltsdauer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BewohnerInnen, die nicht erfolgreich abgesetzt / reduziert haben, haben eine kürzere Aufenthaltsdauer als der Rest; 2. BewohnerInnen, die erfolgreich abgesetzt / reduziert haben, haben eine längere Aufenthaltsdauer als der Rest. 	<p>Hypothese wird angenommen. (H-Test: $p = 1,5\%$)</p> <p>(s. Anhang , Tabelle 59)</p>

Die Hypothese, dass Nicht-Berliner sich häufiger mit dem Wunsch nach Absetzen/ Reduzieren der Psychopharmaka an das Weglaufhaus wenden, wird zunächst dadurch widerlegt, dass der Test in die gegenteilige Richtung signifikant ist: Berliner äußern häufiger diesen Wunsch.

Die Korrelationskoeffizienten für die Daten zur Lebenssituation bei der Aufnahme weisen jedoch darauf hin, dass auffällig viele Nichtberliner bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme keine Psychopharmaka nehmen (s. Anhang , Tabelle 11):

Von den 21 Nichtberlinern der Stichprobe nahmen nur 4 (=19%) Psychopharmaka, entgegen 47% der Berliner. Vier der Nicht-Berliner hatten die Medikamente kurz vor dem Aufenthalt abgesetzt und einer reduziert.

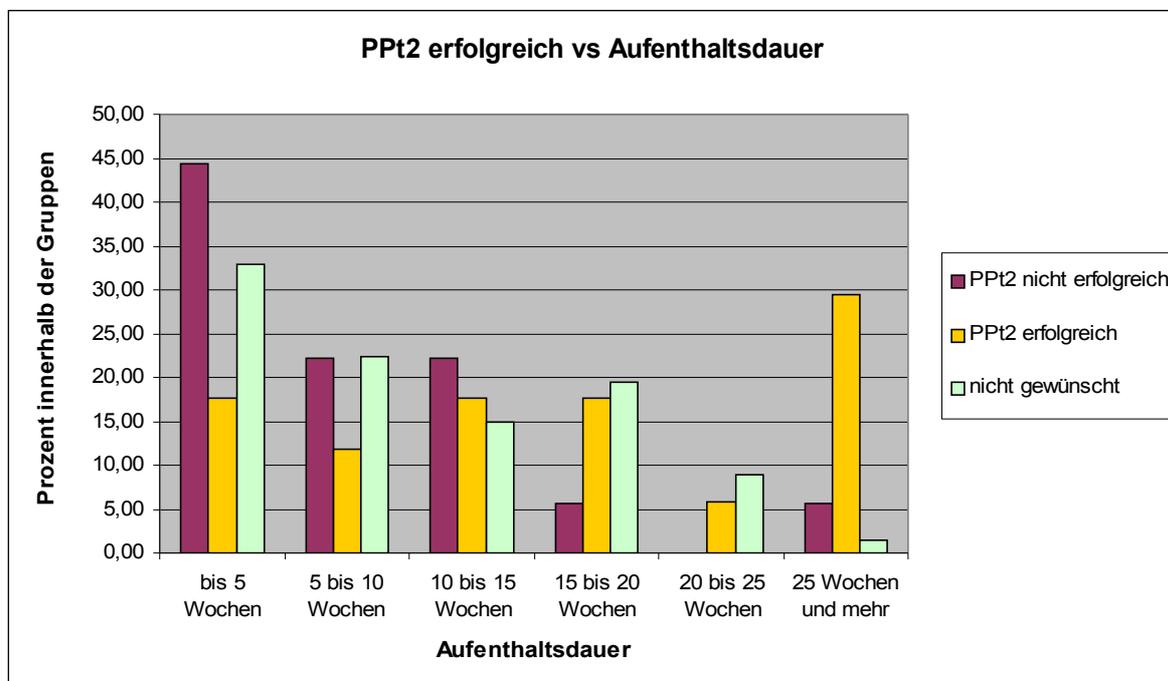
Betrachtet man die partiellen Korrelationskoeffizienten zur Eliminierung dieses Einflusses (s. Anhang , Tabelle 61), verschwindet die Signifikanz, es wird jedoch auch keine gegenteilige Tendenz im Sinn der Hypothese deutlich.

Die Hypothese zu einem Zusammenhang zwischen dem Absetzen/ Reduzieren von Psychopharmaka und der Einweisung in die Psychiatrie konnte nicht bestätigt werden. Von den 22 BewohnerInnen, die im Weglaufhaus den Wunsch nach Absetzen oder Reduzieren der Psychopharmaka geäußert haben und denen dies auch gelungen ist, sind 5 (22,7%) direkt vom Weglaufhaus aus in die Psychiatrie gekommen. Dagegen gingen von den 13 BewohnerInnen, denen dies nicht gelungen ist, 4 (30,8%) im Anschluss an den Weglaufhausaufenthalt in die Psychiatrie. Betrachtet man die gesamte Stichprobe, also auch diejenigen, die die Psychopharmaka abgesetzt oder reduziert haben, ohne einen entsprechenden Wunsch zu äußern, gingen nach dem Aufenthalt 21% derjenigen, die abgesetzt/ reduziert haben in die Psychiatrie, gegenüber 22% derer, die uneingeschränkt Psychopharmaka nahmen (vgl. Anhang , Tabelle 45).

Ebenfalls konnte kein Zusammenhang zwischen Absetzen/ Reduzieren von Psychopharmaka und verschiedenen ‚Wegen‘ in die Psychiatrie zu kommen nachgewiesen werden, wobei hier die Tendenz den Hypothesen entspricht:

- Von den 5 BewohnerInnen, denen das Absetzen oder Reduzieren der Psychopharmaka gelungen ist UND die im Anschluss des Aufenthalts in die Psychiatrie kamen, kamen 4 auf Initiative des Weglaufhauses dorthin.
- Von den 4 BewohnerInnen denen das Absetzen oder Reduzieren der Psychopharmaka nicht gelungen ist UND die im Anschluss des Aufenthalts in die Psychiatrie kamen, gingen 3 auf eigene Initiative dorthin.

Ein erfolgreiches⁵ Absetzen / Reduzieren ist abhängig von der Aufenthaltsdauer.



Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen, die Absetzen oder Reduzieren als Ziel formuliert haben und die darin auch erfolgreich waren, betrug 123,1 Tage, während diejenigen, welche dieses Ziel nicht erfolgreich umsetzen konnten, durchschnittlich nur 53,2 Tage blieben.

Die Einzelvergleiche sind zwar nur für ‚Reduzieren‘ vs. ‚nicht erfolgreich‘ signifikant (durchschnittliche Aufenthaltsdauer der ‚erfolgreichen Reduzierer‘: 166,0 Tage), jedoch unterscheidet sich auch die Aufenthaltsdauer der ‚erfolgreichen Absetzer‘ (109,9 Tage) deutlich von denen derer, die das Ziel nicht umsetzen konnten.

⁵ Gelungenes Absetzen / Reduzieren bei anschließendem Psychiatrieaufenthalt wird hier als 'nicht erfolgreich' gewertet

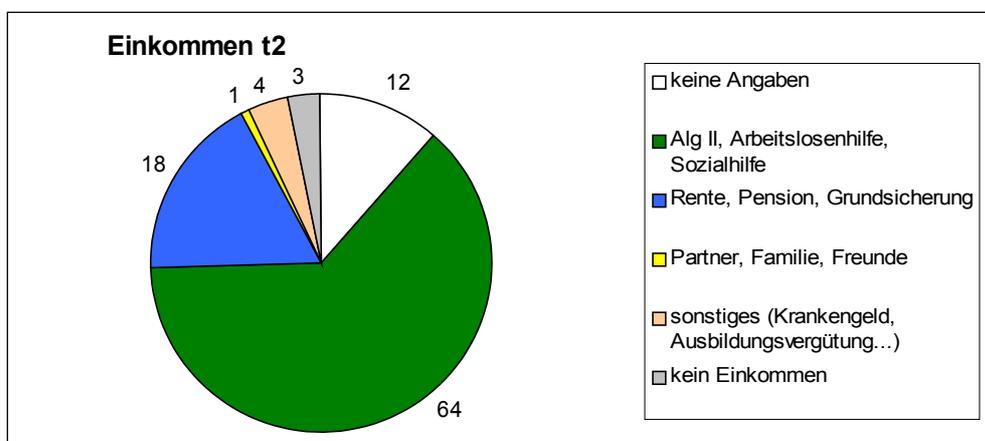
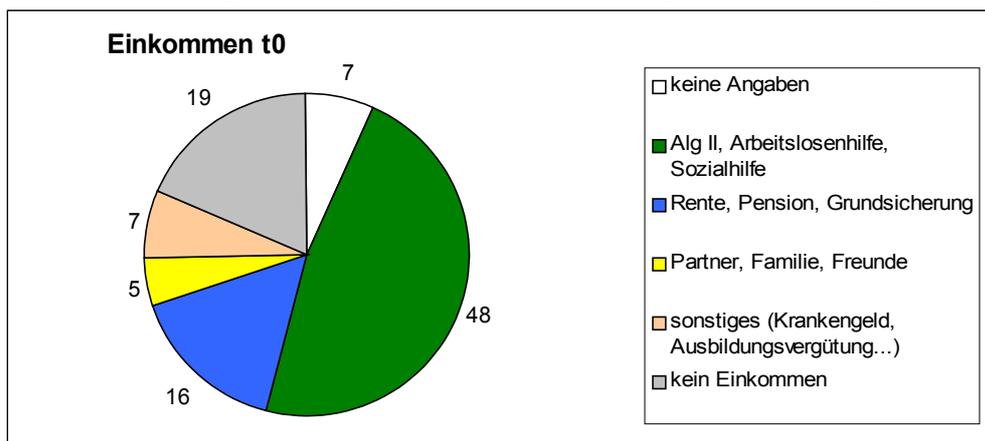
5.1.8 ‚Finanzielle und juristische Situation‘

Viele BewohnerInnen kommen ohne ein geregeltes Einkommen und/oder ohne gültige Ausweispapiere, zumeist weil sie die erforderlichen Formalitäten in der Krise nicht bewältigen. Oft empfinden sie die Situation auf den Ämtern als demütigend und emotional sehr anstrengend. Die daraus resultierende Sachlage, ohne ein geregeltes Einkommen und/oder ohne Ausweispapiere zu sein, wirkt wiederum verstärkend auf die Krisensituation. Das Weglaufhaus bietet eine Klärung der finanziellen Ansprüche und Unterstützung in deren Durchsetzung an.

Es kann für die BewohnerInnen eine Entlastung sein, wenn sie bei Behördengängen begleitet werden.

Finanzielle Situation

Situation zum Zeitpunkt der Aufnahme und zum Zeitpunkt des Auszuges



Die Zahl der BewohnerInnen ohne Einkommen hat sich von 19 auf 3 verringert. In der Mehrzahl konnten die finanziellen Ansprüche der BewohnerInnen durchgesetzt werden. Diese Aussage muss jedoch mit dem Hinweis auf die 12 BewohnerInnen, deren Bewohnerordnern keine Angaben zum Einkommen t2 entnommen werden konnten, eingeschränkt werden.

26 der BewohnerInnen der Stichprobe wünschten den Aufenthalt zur Regelung ihrer Schulden zu nutzen. Davon ist 14 ein Überblick über die Schulden, der Kontakt mit den „Gläubigern“ und/oder der Kontakt zur Beratungsstelle gelungen.

Ausweispapiere

Wunsch Ausweis t0 / t1	Ergebnis t2			
	nicht gewünscht	in Besitz eines Ausweises	kein Ergebnis	Total
nicht gewünscht	90			90
Ausweis für Deutsche		4	4	8
Ausweis für Ausländer		2	2	4
Total	90	6	6	102

Von den 102 BewohnerInnen der Stichprobe wollten 12 neue Ausweispapiere besorgen. Der Hälfte ist das auch gelungen. Den Daten ist kein Unterschied hinsichtlich der Umsetzung zwischen deutschen und ausländischen Staatsbürgern zu entnehmen.

Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Die Umsetzung der finanziellen Grundsicherung ist vor allem bei sehr kurzen Aufenthalten nicht gewährleistet.	Hypothese wird angenommen (H-Test: $p = 1,4\%$) Einzelvergleich signifikant für 'nicht gewünscht' vs. 'erfolgreich' (s. Anhang , Tabelle 63)
Der Erfolg bei Schuldenregelung ist abhängig von der Aufenthaltsdauer.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 64)
Ausweispapiere – besonders für Ausländer – zu beschaffen ist an eine längere Aufenthaltsdauer gebunden.	Test nicht sinnvoll, da Gruppe 'gewünscht' zu klein; Betrachtung der Einzelfälle (s. Anhang , Tabelle 65)

Nur drei BewohnerInnen der Stichprobe waren zum Zeitpunkt des Auszuges ohne Einkommen. 22, 10 und 6 Tage betrug deren Aufenthaltsdauer. In zwei Fällen wurde der Aufenthalt durch das Weglaufhaus beendet und ein Bewohner ist 'weggeblieben'.

Besorgen von Ausweispapieren: Erfolg und Aufenthaltsdauern der Einzelfälle									
gewünscht	Ergebnis	Aufenthaltsdauer							
Ausweis für Deutsche	Ausweis besorgt			19		57	173	233	
	kein Ergebnis	5	6		23				294
Ausweis für Ausländer	Ausweis besorgt		98	115					
	kein Ergebnis	10			121				

Die Daten lassen keine Aussage zu einem Zusammenhang zwischen Beschaffung von Ausweispapieren und Aufenthaltsdauer zu. Es ist lediglich ersichtlich, dass keiner der Ausländer der Stichprobe, die weniger als drei Monaten im Weglaufhaus wohnten, Ausweispapier besorgen konnte, während das für Deutsche auch innerhalb sehr kurzer Aufenthalte zu schaffen war.

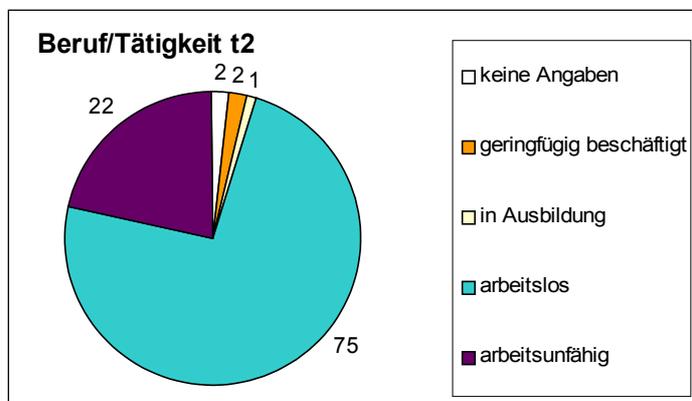
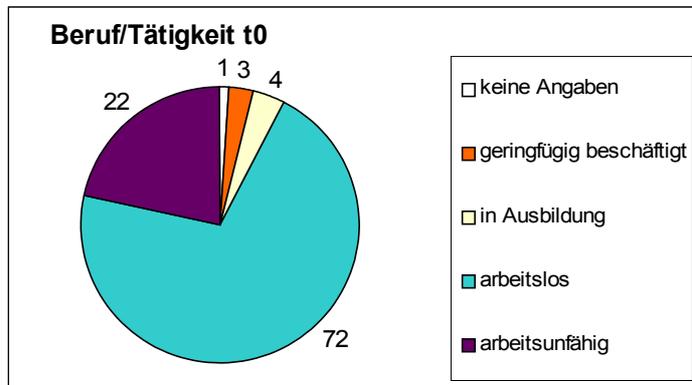
5.1.9 ‚Beschäftigung und Ausbildung‘

Wie oben in der Erfassung der Häufigkeit der Wünsche zu sehen war (Abschnitt 5.1.3), ist es das Ziel vieler BewohnerInnen, eine Beschäftigung aufzunehmen oder eine Ausbildung zu beginnen.

Eine Arbeit und Beschäftigung bedeutet mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit und einen höheren sozialen Status. In Abschnitt 3.2.3 wurde beschrieben, dass die gesellschaftlichen Normalitätserwartungen hinsichtlich ökonomischer Leistungsfähigkeit – zum einen nützliche Arbeitskraft, zum anderen zu selbständiger Lebensführung und eigener Existenzsicherung fähig zu sein - mit der Ausgrenzung von Menschen verbunden sind.

Berufliche Situation zum Zeitpunkt der Aufnahme und zum Zeitpunkt des Auszuges

.....diese hat sich zwischen beiden Zeitpunkten nicht wesentlich geändert



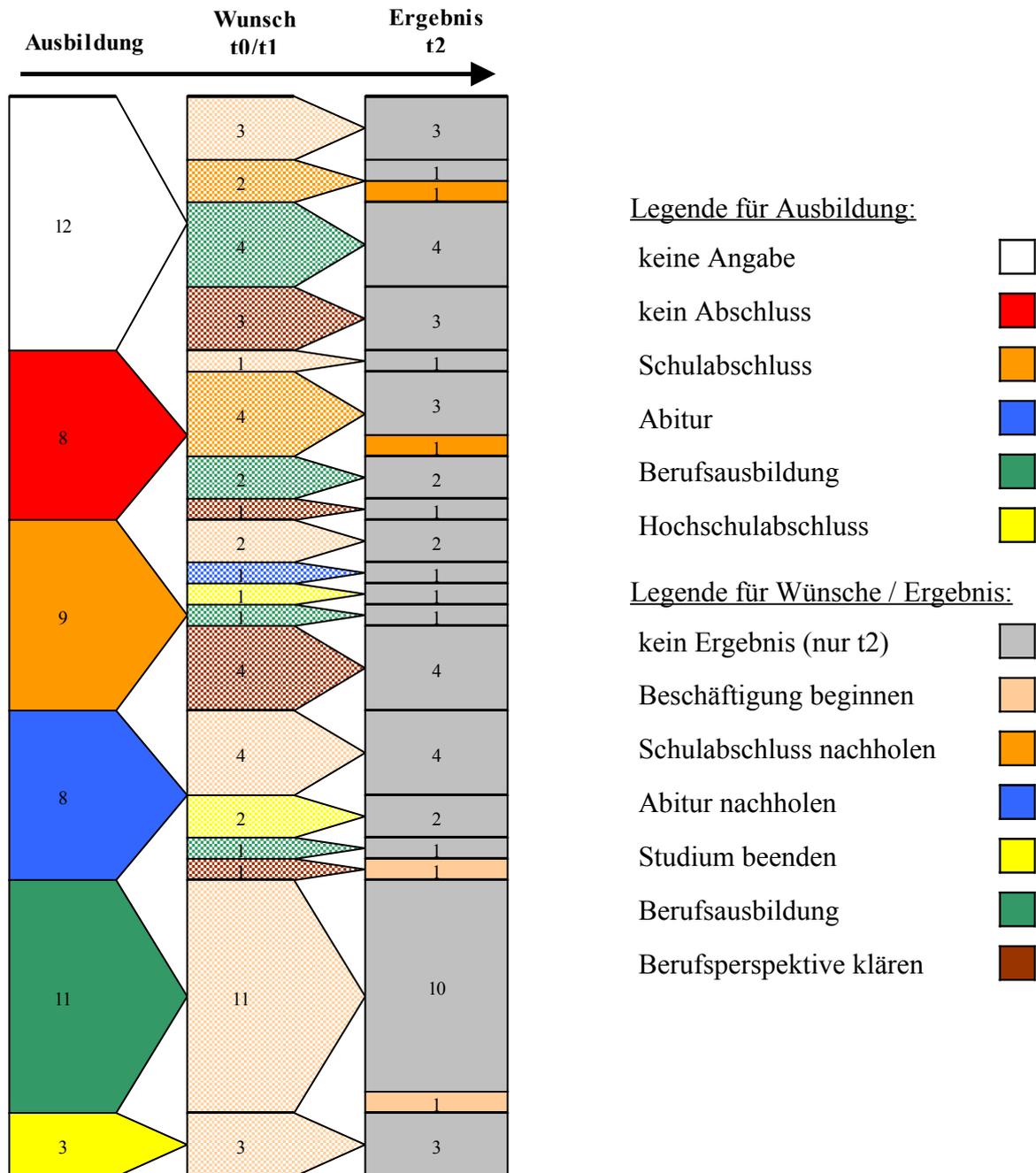
...wenn überhaupt eine Änderung der Situation ersichtlich ist, dann in die Richtung, dass mehr BewohnerInnen zum Zeitpunkt des Auszuges in Ausbildung waren und weniger arbeitslos. Diese Tatsache ist so zu erklären, dass BewohnerInnen, die sich in Krisensituationen in Ausbildungsverhältnissen befinden, meist überfordert damit sind. Sie sind formell noch in der Ausbildung, werden dieser aber seit einiger Zeit nicht mehr gerecht. In diesen Fällen brechen sie die Ausbildung regulär ab oder lassen sich beurlauben. Das kann eine Entlastung bewirken. Sie sind dann auch berechtigt, ALG II zu beantragen und somit finanziell abgesichert.

Die Ziele und ihre Umsetzung

Im folgenden Diagramm ist die Ausgangssituation hinsichtlich der Ausbildung, die Wünsche und Ziele, die sich aus dieser Situation ergaben und deren Umsetzung dargestellt.

Ein Ziel gilt als umgesetzt, wenn tatsächlich eine Ausbildung oder Beschäftigung begonnen wurde oder es einen verbindlichen Termin für den Beginn gab.

(Es ist nur die Gruppe derjenigen dargestellt, die einen Wunsch bezüglich Ausbildung oder Beschäftigung geäußert haben).



Es ist deutlich zu sehen, dass nur in den wenigsten Fällen eine den Wünschen entsprechende Veränderung stattgefunden hat.

Ergebnisse der Hypothesenprüfung

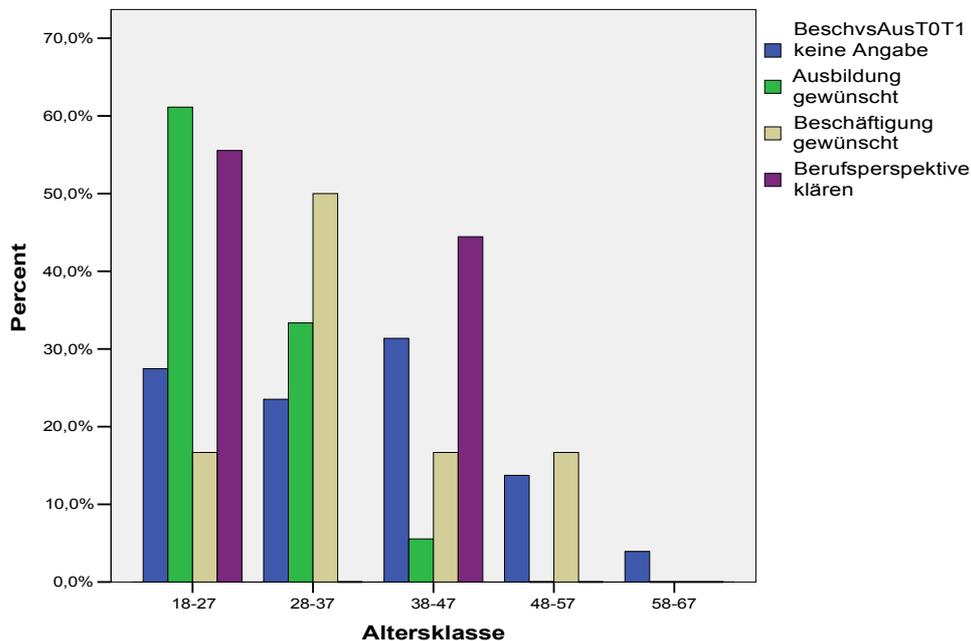
Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Der Wunsch nach Beschäftigung ist vom Geschlecht abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 68)</i>
Der Wunsch nach Beschäftigung ist von der Staatsangehörigkeit abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 69)</i>
Der Wunsch nach Beschäftigung ist vom Alter abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 70)</i>
Der Wunsch nach Ausbildung ist vom Geschlecht abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 71)</i>
Der Wunsch nach Ausbildung ist von der Staatsangehörigkeit abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 72)</i>
Der Wunsch nach Ausbildung wird vor allem von jüngeren BewohnerInnen geäußert.	Hypothese wird angenommen. (U-Test: $p < 0,1\%$) <i>(s. Anhang , Tabelle 73)</i>

Der Wunsch nach Beschäftigung steht mit keiner der erfassten demographischen Variablen im Zusammenhang.

Die Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und dem Wunsch nach einer Ausbildung, sowie der Staatsbürgerschaft und dem Wunsch nach einer Ausbildung konnten nicht angenommen werden.

Den Wunsch nach einer Ausbildung äußern vor allem jüngere Menschen. 62% (16) der 18-27 jährigen haben das Ziel eine Ausbildung zu beginnen oder zu beenden. Von den 28 – 37 jährigen streben nur noch 23% (6) und von den 38 – 47 jährigen noch 15% (4) eine Ausbildung an, in den späteren Jahrgängen niemand mehr.

Wie aus folgendem Diagramm ersichtlich ist, werden die anderen Wünsche der Kategorie Ausbildung und Beschäftigung auch von älteren BewohnerInnen genannt.



Für die Darstellung im Diagramm wurden alle Wünsche nach einer Ausbildung zusammengefasst. Einige BewohnerInnen nannten als Ziel mehrere Möglichkeiten (Beschäftigung oder Ausbildung. Diese BewohnerInnen tauchen im Diagramm unter ‚Berufsperspektive klären‘ auf.

5.1.10 ‚Vermittlung in eine Therapie‘

In der Weglaufhauspraxis sind, wie beschrieben, keinerlei therapeutische Elemente zu finden. Wenn BewohnerInnen eine Therapie wünschen, können sie einen geeigneten Therapeuten außerhalb des Weglaufhauses suchen. Wenn sie es wünschen, werden sie in diesem Therapiewunsch, sei es durch Beratung oder auch gegebenenfalls durch Begleitung, von den MitarbeiterInnen unterstützt.

Wunsch und Umsetzung

Von den 102 BewohnerInnen der Stichprobe wünschten sich 11 eine Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Therapie. Fünf von ihnen haben während ihres Aufenthaltes im Weglaufhaus auch eine Therapie begonnen (s. *Anhang*, *Tabelle 74*).

Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Der Wunsch nach einer Therapie ist abhängig vom Geschlecht.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 75)
Der Wunsch nach einer Therapie ist abhängig von der Staatsangehörigkeit	Hypothese wird abgelehnt (s. Anhang , Tabelle 76)
Der Wunsch nach einer Therapie ist abhängig vom Alter.	Hypothese wird angenommen. (U-Test: $p = 3,3 \%$) (s. Anhang , Tabelle 77)
Wunsch nach Therapie ist von der Ausbildung abhängig.	Hypothese wird abgelehnt. (χ^2 : $p = 4,6 \%$) aber Einfeldertests sind nicht signifikant. (für Abitur: $p = 2,4\%$ bei $\alpha_{adj} = 1,3\%$) (s. Anhang , Tabelle 78)
Die Umsetzung ist abhängig von der Aufenthaltsdauer.	Hypothese wird abgelehnt. (s. Anhang , Tabelle 80)

Der Wunsch nach einer Therapie ist nicht abhängig vom Geschlecht und nicht von der Staatsangehörigkeit. Es wünschten sich vor allem jedoch jüngere BewohnerInnen eine Therapie: alle 11 BewohnerInnen, die eine Therapie gewünscht haben sind jünger als 38. Zwar ist der χ^2 -Test für einen Zusammenhang von Therapiewunsch und Ausbildung signifikant, jedoch keiner der Einfeldertests. Allerdings sticht bei Betrachtung der Ausbildungsmerkmale im Einzelnen das Merkmal ‚Abitur‘ heraus: 1/3 der ‚Abiturienten‘ haben sich eine Therapie gewünscht - im Vergleich zu nur 5,6% der Nicht-‚Abiturienten‘. Anders betrachtet haben 45,5% (5 von 11) der BewohnerInnen, die sich eine Therapie wünschten als Ausbildung Abitur angegeben. Es kann aber nicht erkannt werden, dass der Wunsch nach Therapie allgemein von einem ‚höheren‘ Ausbildungsgrad abhängen könnte: keinE BewohnerIn mit Hochschulabschluss hatte den Wunsch nach einer Therapie geäußert.

Da die Merkmale ‚Alter‘ und ‚Ausbildung‘ nicht unabhängig voneinander sind, werden zur Abschätzung hier auch die partiellen Korrelationskoeffizienten betrachtet (s. Anhang , Tabelle 82).

Es zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen Alter und Therapiewunsch weiter besteht, auch wenn man den Einfluss der ‚Ausbildung‘ eliminiert.

Andererseits weist der partielle Korrelationskoeffizient unter Eliminierung des Einflusses von ‚Alter‘ weiter auf eine Abhängigkeit zwischen Therapiewunsch und ‚Ausbildung Abitur‘ hin.

Diese Betrachtung ist allerdings fragwürdig, da ‚Ausbildung Abitur‘ und ‚Alter‘ nicht linear korreliert sind, jedoch ein nichtlinearer Zusammenhang vermutet wird (10 von 15 ‚Abiturienten‘ befinden sich in der mittleren Alter 28-37 Jahre). Zur weiteren Abschätzung wird daher der Wunsch nach Therapie aufgeschlüsselt nach ‚Altersklasse‘ und ‚Ausbildung Abitur‘ betrachtet (vgl. *Anhang, Tabelle 79*):

- Keiner der drei ‚Abiturienten‘ in der Altersklasse 38 – 47 Jahre wünschte sich eine Therapie.
- In der Altersklasse 28-37 Jahre, der die Mehrzahl der ‚Abiturienten‘ angehört, wünschen sich 40% (4 von 10) der ‚Abiturienten‘ eine Therapie gegenüber nur 10% (2 von 20) der Nicht-‚Abiturienten‘.
- Von den 6 Nicht-‚Abiturienten‘ gehören 4 der Altersklasse 18-27 Jahre, die anderen 2 der Altersklasse 28 – 37 Jahre an.

Eine irgendwie geartete Vermittlung der Faktoren ‚Alter‘ und ‚Ausbildung Abitur‘ hinsichtlich des Wunsches nach Therapie ist also bei keiner Betrachtungsweise zu erkennen.

Im Test konnte die Hypothese, dass eine Umsetzung abhängig von der Aufenthaltsdauer ist nicht nachgewiesen werden. Das könnte durchaus an der zu geringen Stichprobengröße liegen: im Sinn der Hypothese ist auffällig, dass alle BewohnerInnen, die eine Therapie gefunden haben, länger als drei Monate im Haus wohnten.

Auch der Korrelationskoeffizient weist auf einen Zusammenhang im Sinn der Hypothese hin (mit den bekannten Einschränkungen).

5.1.11 ‚Betreuung‘

Viele BewohnerInnen stehen unter zumeist umfangreicher Betreuung. Das Betreuungsverhältnis wird häufig als entmündigend und einschränkend empfunden, sodass BewohnerInnen mit dem Wunsch in das Weglaufhaus kommen, dieses zu ändern. Dieses Anliegen stimmt mit dem Anspruch des Weglaufhauses, die Betroffenen bei der Wiedererlangung ihrer Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu unterstützen, überein.

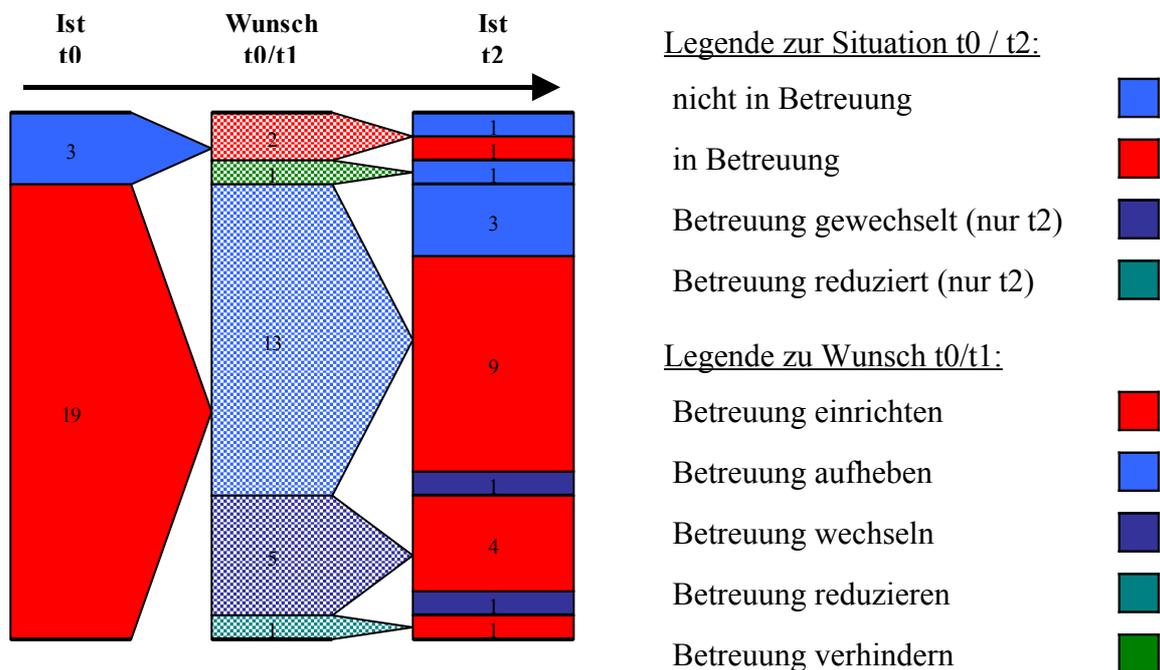
Die BewohnerInnen können im Weglaufhaus bei der Regelung ihrer Betreuungsverhältnisse, entsprechend ihrer erklärten Interessen, umfassend unterstützt werden, sei es durch Beratung, Unterstützung bei juristischen Formalitäten und Begleitungen zu Gerichtsterminen und Begutachtungen, nicht zuletzt auch durch Stellungnahmen seitens des Weglaufhauses.

Situation zum Zeitpunkt der Aufnahme und zum Zeitpunkt des Auszuges

Betreuung		
	t0	t2
nein	55	56
ja	47	46
Total	102	102

Die Ziele und ihre Umsetzung

Betrachtet werden an dieser Stelle nur die Gruppe der BewohnerInnen, die mit dem Ziel, ihre Situation hinsichtlich ihrer Betreuung verändern zu wollen, in das Weglaufhaus kamen. Das waren 22 BewohnerInnen der Gesamtstichprobe.



14 der BewohnerInnen, die ihr Betreuungsverhältnis aufheben/ reduzieren/ wechseln wollten, konnten ihre Situation nicht ändern. Das sind beinahe 74 %. Nur drei BewohnerInnen ist eine Aufhebung der Betreuung gelungen und zweien ein Wechsel.

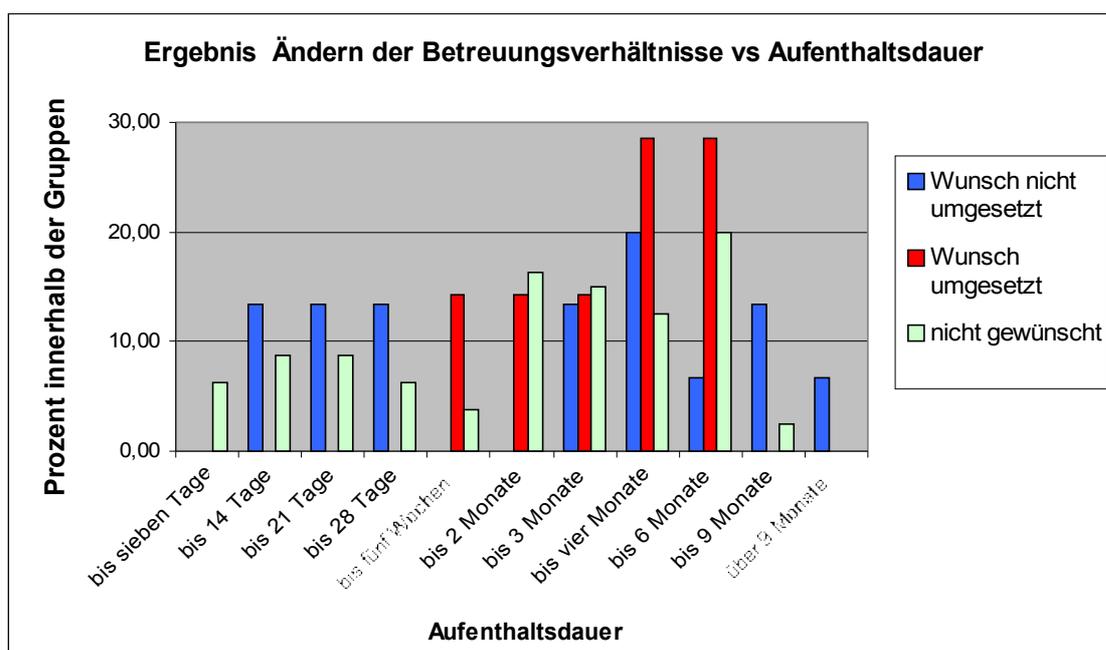
Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Hypothese	Ergebnis der Hypothesenprüfung
Zusammenhang zwischen 'negativem' Wunsch (=Vermeidung, Aufhebung, Reduktion, Wechsel) und Geschlecht.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 84)</i>
Zusammenhang zwischen 'negativem' Wunsch und Wohnort: Nicht-Berliner äußern den Wunsch häufiger.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 85)</i>
Zusammenhang zwischen Wunsch und Alter: ältere BewohnerInnen äußern den Wunsch häufiger.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 86)</i>
Zusammenhang zwischen Umsetzung und Aufenthaltsdauer: vor allem erfolgreiches Wechseln oder erfolgreiche Aufhebung sind an eine längere Aufenthaltsdauer gebunden.	Hypothese wird abgelehnt. <i>(s. Anhang , Tabelle 87)</i>

Keine der Hypothesen, die einen Zusammenhang zwischen demographischen Daten und dem Wunsch nach der Veränderung ihres Betreuungsverhältnisses betreffen, konnte angenommen werden.

Abgelehnt werden muss auch die Hypothese zu einem Zusammenhang zwischen Umsetzung des Wunsches nach Veränderung der Betreuungsverhältnisse und der Aufenthaltsdauer.

Auffällig ist jedoch, dass die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen, die mit Wünschen hinsichtlich ihrer Betreuung in das Weglaufhaus kamen, insgesamt länger ist, unabhängig davon, ob sie diese umsetzen konnten: die durchschnittliche Aufenthaltsdauer derjenigen, die einen Wunsch hinsichtlich Betreuung überhaupt geäußert haben, betrug 98,3 Tage gegenüber 70,8 Tage für die restlichen Stichprobe. Dieser Zusammenhang wird jedoch dadurch vermittelt, dass BewohnerInnen, die unter gesetzlicher Betreuung stehen, im Durchschnitt länger im Weglaufhaus sind: die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt für diese 87,6 Tage gegenüber 67,5 Tage für die nicht unter Betreuung stehenden *(s. Anhang , Tabelle 11 und , Tabelle 89)*.



Auch wenn die Veränderung von Betreuungsverhältnissen kein seltenes Anliegen der BewohnerInnen ist, ist die Umsetzung zumeist eine langwierige Angelegenheit, zumindest was eine Aufhebung oder einen Wechsel der Betreuung angeht: die BewohnerInnen, denen eine Aufhebung der Betreuung gelungen ist (3), waren zwischen 10 und 20 Wochen im Weglaufhaus. Und der Aufenthalt der beiden, die den Betreuer wechseln konnten, dauerte 15 und 25 Wochen. Die Einrichtung einer Betreuung geht schneller.

Wegen der geringen Umsetzung und der daraus resultierenden geringen Zellstärke ist ein Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und dem Ändern der Betreuungsverhältnisse teststatistisch hier jedoch nicht nachzuweisen.

Die Korrelationskoeffizienten (s. Anhang, Tabelle 88) bestätigen die Ablehnung sämtlicher Hypothesen.

5.1.12 ‚Kontakt zu den Kindern/ Familie/ Freunden‘

10 BewohnerInnen der Stichprobe kamen mit dem Wunsch in das Weglaufhaus, den Kontakt zu Kindern, der Familie oder zu Freunden wieder aufzunehmen. Mehr als der Hälfte der BewohnerInnen, die den Kontakt zu den Kindern aufnehmen wollten (4 von 7), ist das gelungen. Der gewünschte Kontakt zur Familie oder zu Freunden ist in der untersuchten Stichprobe nie umgesetzt worden.

In den folgenden Häufigkeitstabellen ist der Zusammenhang zwischen den Wünschen nach Kontakt und den Merkmalen Alter und Geschlecht dargestellt. Es ist zu erkennen, dass es vor allem Frauen sind, die Kontakt zu ihren Kindern wünschen. Ein Zusammenhang zwischen Kontaktwunsch und Alter ist nicht zu erkennen.

Wunsch nach Kontakt t0 / t1 vs Geschlecht				
Wunsch nach Kontakt t0 / t1		Geschlecht		Total
		weiblich	männlich	
nicht gewünscht	Anzahl	38	54	92
	% von Geschlecht	86,36	93,10	90,20
K. zu Kindern	Anzahl	5	2	7
	% von Geschlecht	11,36	3,45	6,86
K. zu Freunden	Anzahl	0	1	1
	% von Geschlecht	0,00	1,72	0,98
K. zu Familie	Anzahl	1	1	2
	% von Geschlecht	2,27	1,72	1,96
Total	Anzahl	44	58	102
	% von Geschlecht	100,00	100,00	100,00

Wunsch nach Kontakt t0 / t1 vs Alter							
Wunsch nach Kontakt t0 / t1		Alter					Total
		18-27	28-37	38-47	48-57	58-67	
nicht gewünscht	Anzahl	30	27	23	10	2	92
	% von Alter	88,24	90,00	92,00	90,91	100,00	90,20
K. zu Kindern	Anzahl	2	3	1	1	0	7
	% von Alter	5,88	10,00	4,00	9,09	0,00	6,86
K. zu Freunden	Anzahl	0	0	1	0	0	1
	% von Alter	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00	0,98
K. zu Familie	Anzahl	2	0	0	0	0	2
	% von Alter	5,88	0,00	0,00	0,00	0,00	1,96
Total	Anzahl	34	30	25	11	2	102
	% von Alter	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

6 Ergebnisse der Interviews

Die Namen der BewohnerInnen sind erfunden. Das jeweilige Geschlecht stimmt.

I : = Interviewer

B: = ExbewohnerIn

6.1 Die interviewten BewohnerInnen

Bis auf Grit habe ich alle BewohnerInnen von meiner Arbeit aus dem Weglaufhaus gekannt. Wir haben uns für das Interview zum Teil bei ihnen zu Hause (Annett und David), im Weglaufhaus (Birgit, Grit und Hans) oder in einem Café (Fred) getroffen. Die transkribierten Interviews sind im Anhang zu finden.

Wie lange waren die interviewten BewohnerInnen im Weglaufhaus?

"Also sechs, sieben Monate"(Annett)

„Na ungefähr vier Monate.“ (Birgit)

„Halbes Jahr war ich drin- sechs Monate.“(Christian)

„Drei Monate“ (David)

„Ziemlich genau ein halbes Jahr.“(Erik)

„Fast 3 Monate würde ich mal sagen, ja.“(Fred)

„Also vier Monate“(Grit)

„Ein viertel oder drittel Jahr.“ (Hans)

6.2 Ausgewählte Auszüge aus den Interviews

6.2.1 Warum bist du gerade in das Weglaufhaus gegangen?

Annett wurde aus der Klinik gegen ihren Wunsch entlassen und sollte in ein Wohnheim vermittelt werden. " Also, ich wollte auf keinen Fall dorthin in diese Meineckestraße. Und dann dachte ich, gehe ich eben erstmal ins Weglaufhaus. Weil das ja auch so 'ne Art Zuflucht ist." (Annett)

„I : Woher kanntest du das?

B: Da war ich schon mal. Das hatte ich von der Telefonseelsorge empfohlen bekommen. Da war ich schon mal kurze Zeit, da bin ich aber sofort wieder geflüchtet und bin sofort wieder auf die Straße gegangen, weil ich da auch irgendwie psychotisch war.“ (Annett)

Der Betreuer drohte, Birgit in die Psychiatrie einzuweisen, „weil ich die Befürchtung hatte, die Klappe schließt zu. Wenn sie dir 'nen Betreuer andrehen und du kannst aber dann mit dem nicht reden und der droht dir an gleich mit 'ner Einweisung, das ist schon 'ne Scheiß-Situation." (Birgit)
„Ich hab's im Internet gefunden, und gerade weil es antipsychiatrisch war und auch, mm, aus dem Internet wusste ich ja, dass der Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt dahinter steckt, und da war eigentlich die Richtung klar, das kann nur das Weglaufhaus sein.“ (Birgit)

„B: Also Weglaufhaus, das war eine spontane Idee von mir, das habe ich auch nur durch Zufall gesehen. Ja, und hab halt gedacht, rufst du halt da an, und hat geklappt.“

I: Und was wusstest du vorher vom Weglaufhaus?

B: Gar nichts.

I: Woher wusstest du von uns?

B: Von der Bahnstommission.“ (Christian)

„Das war so: ich war obdachlos. Ich hab bei einem Freund gewohnt, der hat mich dann rausgeworfen. Dann bin ich in so 'ne – in so 'n Haus – in so 'ne... Wohnung eingezogen, da ging's mir nicht gut, weiß auch nicht warum, da war ein böser Geist oder so was...

[...]na, ich kannte halt nur das Weglaufhaus, das war erst mal so die Sache. Aber wieso jetzt da genau... weiß ich jetzt auch nicht. Ich hab halt wie gesagt keine Wohnung grad gehabt. Ich hab vom Weglaufhaus gehört ... Ich wusste auch, dass man da Tabletten absetzt. Und deswegen bin ich da halt hingezogen, hauptsächlich wegen dem Tabletten absetzen.“ (David)

„Also, weil ich grad zu dem Zeitpunkt obdachlos war und nach jeder, die sich mir von außen als Angebot aufgetanen Gelegenheit gegriffen habe, und sie mir ausprobiert habe und geguckt habe, was dabei rauskommt. Und ich war da so positiv eingenommen, von meinem ersten Eindruck, dass ich da hängen geblieben bin.“ (Erik)

„Ja und zwar bin ich transsexuell und... ich ... wurde mehrfach von den Krankenhäusern abgewiesen, dass ich Operation... und... ich hab auch in meiner Vergangenheit sehr ... also sehr Psychiaterfahrung ... mehrfach in meiner Vergangenheit in der Psychiatrie und ... daran haben die sich auch festgehalten und gesagt, ja, mit meinen Problemen und so, und ich wüsste nicht, was ich da täte. Also, dass ich es nicht... dass ich die Tragweite nicht erkennen könnte, aha, und wurde mehrfach abge- ... abgelehnt. Darauf hab ich mit einer von der DGTI, das ist die deutsche Gesellschaft für Transsexualität und Intersexualität, also für Transidentität und Intersexualität ... 'n Klageverfahren gegen die Krankenkasse, gegen die Entscheidung, und ja, die 1. Instanz hab ich... verloren, bin dadurch so in Panik geraten und hab gedacht, jetzt ist alles vorbei, jetzt werd ich ... ja, gejagt von denen, jetzt... , ne.

Also ... war völlig... ich bin auch auf'n Freund von mir losgegangen, weil ich ... ich hab den angegriffen, weil ich dachte, der steckt mich wieder in die Psychiatrie, ne. Ich hatte so, ich hab angefangen... ja... mm... , also ich... ist für mich gerade nicht einfach, darüber zu sprechen, und... und ich wollte nie in die, also ich wollte dann nicht mehr in die Psychiatrie, weil ich am Anfang meines Weges, als ich diesen Weg gegangen bin, da war ich oft auch mal in Krisenstationen, also in Psychiatrie, und da wurde ich dann nicht verstanden von denen, und die haben der Krankenkasse recht gegeben, weil, die haben mich dann auch als unreif und ... für unreif gehalten und, und ... ja, dass ich erstmal reif werden, reif werden müsste. [...]

Und ... ja, dann erst wollt ich ja gar nicht ... telefonieren, weil ich so Angst hatte. Ich hab mich ja gar nicht getraut, und er [*der Einzelfallhelfer*] hat dann angerufen, und ... dann, hm, sollte ich auch mit denen sprechen, und ich wollte erst nicht, und dann haben se mich überreden können, dass ich doch ... den Hörer nehme. ... Und... und...ja, dann hab ich... mit einer ausm Weglaufhaus telefoniert, ne, ne ... Ja, und da hab ich ... ich - ich wollt mit der Psychiatrie nichts mehr zu tun haben, ne, ich hab, ich hab Angst gehabt - und hab denen gesagt, "ich möchte nicht, dass das jetzt mit Psychiatrie oder irgendwas in der Richtung ist", ne, und dann "nein, das ist antipsychiatrisch und so, wir arbeiten antipsychiatrisch" und da hab ich gesagt "das ist sehr gut" [...]"(Fred)

„Das war 'ne ganz komische Situation, komisch in Anführungsstrichen, ich kam aus der Klappe, in die ich also selber geflüchtet war, wirklich in Todesangst, kann man nicht anders sagen. Ich hatte damals sehr unangenehme Leute am Hals, die ich auch jetzt noch nicht losgeworden bin. [...]

– ich war da freiwillig, wusste nicht, wo ich mich sonst verstecken sollte, [...]

und ich hatte Angst, da eben wieder zurück in die Wohnung zu gehen, ist ja klar [...]

ich bin dann in'n Osten gefahren, ich weiß nicht, da gib'ts noch 'ne ähnliche Einrichtung, aber das ist hier viel besser. Also, und ... Die wollten mich da eh nicht haben und ... ich muss dazu auch sagen, jemand – die Sozialarbeiterin oder irgendjemand in der Klappe – die hatte mir schon so was von euch hier 'rübergereicht oder von dem Weglaufhaus, ne, ich hatte also einen Eindruck davon, mit Bild und so und ... na ja. Es klappte wunderbar, also ich war noch nicht dort [*aus der Psychia-*

trie] richtig ausgezogen, da hatte ich schon ein Interview hier, die brauchten grade Leute (*lacht*) – so wie jetzt – und ich bin also noch am gleichen Tag bin ich hier 'reingezogen.'“(Grit)

„I : *Warum bist du gerade ins Weglaufhaus gegangen und nicht meinetwegen in 'ne andere Einrichtung?*

B: Ich kannte keine anderen Einrichtungen. Also ich... Doch, ich war also kurz, bevor ich da in die Klappe gegangen bin, war ich kurzfristig im Frauenhaus, ein verlängertes Wochenende [...] gleich am ersten Abend kriegte ich also wieder Besuch und Steinchen und Sand und so wurden an mein Fenster geworfen und so, die wussten Bescheid. [...]

Das Problem bei dieser ganzen Sache war – also ich konnte mal wieder die Klappe nicht halten (*lacht*) ich hab das natürlich sofort da gesagt und das – ja, also die Wahrheit ist in diesem Land nicht so gern gesehen und gehört. [...]

Als sie mich dann am Anfang der nächsten Woche gegangen haben, sagten sie, ja, also ich brächte Unruhe ins Haus, indem ich das eben gesagt hatte und so. Also die Frau konnte meine Nase nicht leiden. Also die wollten mich da loswerden.“(Grit)

„Also das erste Mal habe ich nicht so wirklich, ...also da ist mir das quasi empfohlen worden. Und da kam ich von der Oranienetage⁶.“(Hans)

6.2.2 Was wolltest du im Weglaufhaus erreichen?

„Dass die mir helfen eine eigene Wohnung zu finden. Ich wollte halt 'ne eigene Wohnung, das haben die mir von der Klinik aber nicht zugetraut.“ (Annett)

„Ja, als Erstes mal überhaupt zur Ruhe zu kommen, wieder 'ne eigene Wohnung zu haben, aber in Ruhe. Und irgendwie in den Arbeitsmarkt wieder rein [...]“(Birgit)

„B: Mein Hauptziel war eigentlich, weg von der Straße, weil ich war ja damals obdachlos gewesen, hab in der Franklinstraße⁷ geschlafen, und da mir das sowieso nicht liegt mit der Straße und so und ich auch nicht mehr in die Psychiatrie wollte, war das dann halt mein Entschluss, da rein zu gehen.

I: *Und dann gab es ja ein Aufnahmegespräch, wo du ganz genau gefragt wurdest, was du willst, und da hast du das auch gesagt?*

B: ...weg von der Straße, nicht mehr in die Psychiatrie, von den Medikamenten weg.“ (Christian)

„Also eben, Medikamente absetzen...[...]

I: *Und 'ne Wohnung suchen?*

B: Ja, klar, das halt auch. Aber das ist nicht so problematisch wie das Tablettenabsetzen.“(David)

„Also, meine Ziele sind bei jeder Einrichtung, in die ich jemals gegangen bin, waren so kurz wie möglich mich da aufzuhalten, so schnell wie möglich ne eigene Wohnung zu finden, so realistisch oder unrealistisch das auch immer sein mag, aber das ist immer mein Ziel seit ich keine Wohnung habe, eigentlich.“(Erik)

„Mit den Ziel, dass ich verstanden werde, ja, ... ja, dass mir da geholfen wird, mm.

[...] was ich im Kopf hatte, so, dazubleiben bis das irgendwie ... Jedenfalls, damit ich sicher bin, an einem sicheren Ort, ne, wollt ich dableiben. Jedenfalls bis halt, ja, das mit den Kosten auch geklärt ist, wegen der OP, dass mir geholfen wird. Und dass ich mich da stabilisieren kann, ne, zur Ruhe kommen kann [...]“(Fred)

⁶ Einrichtung des Vereins für Suchtprävention und Therapie mit Drogenabhängigen e.V.:

„Krisenübernachtungswohnung für obdachlose junge Erwachsene mit und ohne Drogenproblematik“

⁷ Obdachloseneinrichtung der Berliner Stadtmission (Caritas);
s.a. <http://www.notuebernachtung-berlin.de>

„Also ich wollte mich immer weiter noch vor meiner Wohnung drücken, vor diesen Problemen dort, ne. Denn ich wusste, die würden nicht aufhören, so lange ja dieser Typ da war, der also mehrmals nachts in meine Wohnung kam, mit Schlüsseln, die ich ihm natürlich nicht gegeben hatte [...]
I : Also du wolltest zurück in die Wohnung, wie dachtest du löst sich das auf, also wie sich das Problem dort löst für dich?

B: das dachte ich eben, das hatte ich gehofft, vielleicht verliert der irgendwie das Interesse oder sonst was. [...]"(Grit)

„[...] dass ich hier etwas haben will, was ich mir nicht selber geben möchte und dafür das reintue, was ich geben kann [...]"

„also ich glaube, dass ich das Weglaufhaus auf jeden Fall damals gemocht habe, weil es ein Ideal hat und dass ich dazu beitragen kann das Ideal sozusagen zu mm lebendig zu machen

[...] also um auch auszudrücken, dass es nicht nur ein Ideal ist, sondern dass es ich auch ins Leben hineinartikuliert“(Hans)

6.2.3 Beendigung

(Wodurch wurde der Aufenthalt beendet/ hättest du länger bleiben wollen?/ Was hast du erreicht?/ Was ist in der Zeit nach dem Weglaufhaus passiert?)

„Also, ich bin... durch die Psychose bin ich dann aus dem Fenster gesprungen und dann in die Psychiatrie gebracht worden. Also, ich hatte auch vor dem, was da im Haus passiert ist, furchtbare Angst. Ich hab richtig halluziniert, und mir sonst was für schlimme Dinge vorgestellt und bin überhaupt mit der ganzen Situation nicht mehr fertig geworden und wusste nicht... Ich hab auch keinem mehr vertraut und wusste nicht mehr, an wen ich mich richten sollte oder wo ich hin sollte.“ (Annett)

I: Und wie ist das dann gekommen, dass du nach und nach wieder zu dir gekommen bist?

B: Na, ich war erstmal... Ich denke, die Medikamente haben das.... Nee, nicht die Medi..., ich weiß nicht, ob die Medikamente das waren. Ich denk schon, dass das an den Leuten lag, die mich, mm, ich hab dann nach und nach immer ein bisschen Ausgang bekommen. Mm, und dann ist ein Typ, so 'n Älterer, ist dann immer mit mir mitgegangen. Also, ich konnte kaum ein' Fuß vor den anderen setzen, und der ist immer mit mir spazieren gegangen, hat mich immer versucht, so für die Natur zu interessieren, hat mir die ersten Frühblüher gezeigt und so. Hat mit mir versucht, zu sprechen und hat mir immer so die Welt erklärt, und auch um meine ganzen Zweifel auszuräumen, wenn ich immer dachte, das ist so und so, dann hat er mir das immer ganz anders erklärt. Und irgendwie so nach und nach, dann immer wieder durch dieses wiederholte Rausgehen und Reden und so.

Und dann, in der Zeit hatte ich auch Ergotherapie, da habe ich dann auch langsam wieder angefangen, was zu machen. Das ging ganz, ganz langsam. Also das hat bestimmt zwei Monate gedauert, bis ich wieder fit war, also, bis wieder einigermaßen was kam von mir. Sprechen konnte ich auch nicht richtig und bewegen auch nicht mehr richtig.“ (Annett)

„Ich war erst einmal im ALG-Bezug wieder. Ich bin in eine eigene Wohnung gegangen, mit Einzelfallhilfe [...]"

„Ich bin jetzt ohne [Betreuung].“ (Birgit)

Christian hatte zum Ende des Aufenthaltes einen Platz in einer betreuten WG bei Prenzlomm⁸ und ist dann aber wieder zurück zu seiner Freundin gegangen.

„B: Ja, und alle anderen Mitarbeiter haben natürlich auch gesagt, äh, ich soll halt... wäre halt besser, wenn ich da nicht wieder zurückgehe, sondern Prenzlomm, erstmal und so... Und, na ja, was mach ich, verliebt über beide Ohren? – Wieder zurück.

I: Und dann? Was ist dann passiert?

B: Na ja, hat nicht lange gehalten dann, im Februar wieder die gleichen Probleme, dann hat sie mich wieder aus der Wohnung geschmissen, und wo bin ich im Endeffekt wieder gelandet? Wieder in der Psychiatrie ... drei Monate ... mit Zwangseinweisung.“ (Christian)

„*I: Zurück zu deinen Wünschen: Mit der Wohnung, das hat nicht geklappt - konntest du die Psychopharmaka im Weglaufhaus absetzen?*

B: Die hab ich absetzen können.“ (Christian)

B: Ja, ich bin halt ausgeflippt. Ich war der festen Überzeugung, dass ihr mit J. (*auch eine damalige Bewohnerin*) Gehirnwäsche macht.

I: Hattest du Angst vor uns, oder warum bist du dann gegangen?

B: Ja nee, ich hab halt gedacht, ihr seid alle böse, irgendwie...[...]

Bin ich dann losgezogen, durch Berlin gelaufen...[...] Ich hab kein Ziel gehabt. Ich wollte eigentlich zu meinem Freund gehen, aber irgendwie hat das nicht geklappt. Ich konnte nirgendwo anrufen. Keiner hat mir 'n Telefon mal schnell geliehen. Dann hab ich meinen Freund angerufen, der war nicht da. Dann bin ich zu ihm in die (*unverständlich*)-straße gekommen, irgendwie... Eins muss ich dazu erwähnen, dass ich diese psychotischen Sachen, die sind so schwer sich zu merken, irgendwie. Wenn man so im Rausch ist, irgendwie, man hat da tausend Gedanken im Kopf und man macht irgendwas, woran man sich dann später nicht mehr so richtig erinnern kann [...]... ich bin ziellos durch Berlin gelaufen. Irgendwann bin ich bei so 'nem Verein angekommen – sozialtherapeutisches Hilfswerk – ja, und die haben mich dann in die Klinik gebracht. [...]Wo ich die zwei Tage, drei, vier Tage nicht mehr geschlafen hab, durch Berlin gelaufen bin... da hab ich den Einbruch bekommen. Und ich weiß auch noch, da kam ein Krankenwagen, da bin ich reingegangen, ich hab richtig krass geheult. Da sind ja immer Polizisten dabei (*lacht*). Da war so einer, und ich hab ja da angefangen zu heulen. [...]Danach bin ich in die Klinik gekommen und dann hört's auf, dass ich mich da nicht mehr dran erinnern kann, weil da hab ich richtig krasse Sachen gekriegt. Diazepan hab ich gekriegt, Haldol hab ich gekriegt, ich glaub, Taxinal auch noch. Und irgendwie, da, was ich da gemacht hab, das weiß ich wirklich nicht mehr. Ich hab die Stationsärztin 'weißliche Nebelkrähe' genannt, das weiß ich noch. (David)

„*I: Wie wurde der Aufenthalt beendet?*

B: Schwierige Frage. (*lacht*) Mm, kann ich die Frage übergehen? (*lacht*)

I: Nee... (lacht) Wir werden die übergehen, wenn du sie nicht beantworten willst.

B: Jedenfalls völlig anders, als ich es da für möglich gehalten hätte, nach all den Erfahrungen, die ich in den ersten Wochen gesammelt habe. [...] Ich versteh's bis heute nicht, was da passiert ist, zum Schluss, und ich möcht's eigentlich nicht, da jetzt drüber reden.“(Erik)

„Also, wenn man es nicht ganz so abstrakt sieht, ging es mir hinterher aufgrund der ganzen Art und Weise, wie es abgelaufen ist, deutlich schlechter als vorher, das muss ich ganz klar sagen. Und es bleibt auch so in meinem Gedächtnis, mit all den Narben und Wunden, die es aufgerissen hat.“(Erik)

„*I: Mm, was ist nach dem Aufenthalt passiert?*

B: Seitdem bin ich in der offenen Obdachlosigkeit. Also seitdem habe ich keinen Tag irgendeine Bleibe gehabt, das ist jetzt ein halbes Jahr her.

Selbstmordversuche waren nicht dabei.“(Erik)

⁸ private Berliner Einrichtung; s.a. <http://www.prenzlomm.de>

„Na ja, ich habe mein ... meinen Zugang zu meinem eigenen Weg gefunden. Also... also, was ich ... na ja, dass ich jemand bin, ne, dass ich einen eigenen Weg auch habe [...]

Und weil, das Weglaufhaus trifft ja genau diesen Punkt. Also... ja, den ... den Menschen ... also dass man ... ja ... also, dass man... wie soll man denn das sagen... ...die Persönlichkeit wird da... ja... ernst genommen, sag ich mal, mm. So empfand ich das, ja.“(Fred)

„I : *Und wo bist du dann hingezogen?*

B: Danach bin ich wieder in meine alte Wohnung zurückgezogen. [...]

I : *[...]und was ist dann passiert? [...]*

B: [...]ja, das war dann erst mal 'n bisschen besser, ne, aber immer nicht so... gut, ne. Ja, bis ich dann auch mal gemerkt hab, dass es auch mit die Wohnung ist, ne.

[...] dann bin ich am 5. April 2006, bin ich... hab ich dann meine erste Operation...gemacht, ne.Ja und dann ging's mir erst mal sehr gut danach, ne. Und ja, bis dann halt die anderen Sachen wieder kamen und so. Erinnerungen von ... wo ich denke, dass... halt wo mir das dann wieder klar wurde mit, mit der Psychiatriemaßnahme, also, was die mir da angetan haben.“(Fred)

„Ugh... Eigentlich ganz normal, also es war 'n bisschen unangenehm für mich, als ich mich verpflichtet gefühlt habe oder verpflichtet fühlen sollte das Zimmer – also da oben in der Frauenetage, ja (*unverständlich*) schönste, ja – das also picobello zu hinterlassen, was ich sowieso gemacht hätte, aber ich wär am liebsten also erstmal nach Hause gefahren und dann zurückgekommen, um das sauberzumachen. Aber die wollten das eben andersrum und ich bin also wirklich ganz, ganz spät hier erst weg – duschen noch und so weiter, also kurz vor Mitternacht und ich hatte eh Angst vor der Wohnung, ne, ich dachte mir erst, wenn ich jetzt um Mitternacht da und noch später in die Wohnung komme – tja. Also ich hatte Angst, dass da jemand eben auf mich wartet, weil die eben auch hier waren – Spione und so weiter, also hier gab's auch einigen Stress dann anschließend, nachher, dann also im Laufe der Zeit. Und ich bin dann also – tja – wieder zu McDonalds (*lacht*) und hab mir die Nacht um die Ohren geschlagen, das kannte ich ja nun schon ... und zum Flugplatz und dann morgens mit dem ersten Hahnenschrei dann eben zurück in die Wohnung, ne. Das fand ich also nicht so toll [...]"(Grit)

„I : *Wie war das danach, konntest du dann wieder in deiner Wohnung leben, bist du am nächsten Tag dahin und war es dann für dich möglich dort zu sein?*

B: Na ja, also, ich meine ich hatte mehr Ruhe, nicht. Also hier waren nun allerhand Sachen gelaufen, das mit dem Mobbing und so weiter. Ich hatte mich dann sehr zurückgezogen in die Frauenetage. Also ich hatte schon mehr Ruhe da. [...]

Ich war eben auch darauf vorbereitet, dass ich da eben viel erleben würde und so weiter. Und ich hatte mich eben hier auch – psychisch, würd' ich sagen – erholt, nicht, also wenn man nicht ständig unter Druck ist... Ich hatte auch irgendwie ein bisschen von meiner Angst verloren [...]

So, und nachher dacht' ich: OK, das kennst du doch, ne. Was ist denn dabei? Hast du ja überlebt, ne. (*lacht*) und so'ne Sachen, ne. Also... Ja. Also gern war ich immer noch nicht da, nicht. Ja. [...]

Und ich konnte auch wieder arbeiten. Das war sehr wichtig.“(Grit)

„Also das war die eklige Geschichte mit der Essenkasse, dass ich kein Geld hatte da einzuzahlen, mich dadurch voll verschuldet hatte, weil ich grad wieder das virtuelle Geld aufgeessen hab, dass in der Essenkasse war, und nachher unterschreiben sollte dass, wenn ich dann wieder Geld bekomme, dass das dann über das Konto geht [*das Weglaufhauskonto*] wo man sich dann so viel Geld nehmen konnte, wie Schulden da waren [...]und im Weglaufhaus war das zumindest da so , dass das böse Weglaufhaus, oder die Regierung darin, also es gibt ja auch eine spezifische Regierungsform im Weglaufhaus- das Team, also dass die mir androhen konnten mich quasi aus dem Weglaufhaus rauszuschmeißen. [...]

I : *Man hat dich also vor die Wahl gestellt, die Vollmacht zu unterschreiben, dass dein nächstes Geld auf das Konto des Weglaufhauses geht oder das Weglaufhaus zu verlassen, so? Und was ist dann passiert?*

B: Ja. Also ich bin dann wieder in dieselbe Oranienetage gegangen, die mir das Weglaufhaus empfohlen hatten, ja ich kam dann quasi in eine Alternative, die ohne so'n Ideal auskommen musste, die halt helfen will und gute Sachen machen, ja [...]"(Hans)

6.2.4 Unterstützung

(Hast du das Weglaufhaus und sein Angebot als unterstützend für dich empfunden? / Welcher Art war die Unterstützung? / Was war im Weglaufhaus besonders gut für dich? / beispielhafte Situationen)

„Wenig. Na ja, so die... wenn man selbst... wenn man einigermaßen klar kommt, kann man da sicherlich ganz gut den Absprung schaffen.“ (Annett)

„Dass du überhaupt erst einmal als Mensch wieder ernst genommen wirst. Weißt du, dass es endlich im Prinzip mal um dich geht, nach deinen Bedürfnissen und nicht nach dem, was andere von dir wollen. So, wie du das ja auch viel in anderen Kriseneinrichtungen dann hast, die zu viel in'n psychiatrischen Bereich dann rein gehen und die sehen dann irgendwo eine Ecke, und da stellen sie dich rein und ... weil das gerade für sie irgendwie arbeitsmäßig gut hinkommt.“ (Birgit)

„[...] wenn du mal fertig bist oder mal durchhängst, dass du das einfach sagen kannst und das wird verstanden, dass dir kein Strick oder sonst was draus gedreht wird.“ (Birgit)

„Also, fürs Weglaufhaus habe ich sehr viel mitgenommen, also, weil das ist sozusagen 'ne Einrichtung, wo man den Mitarbeitern so richtig auf den Keks gehen kann, ohne dass sie gleich rummeckern. [...] Das ist das, was ich gut finde, grade auch so mit den Akteneinsichten, dass man halt in seine eigene Akte gucken kann, und wenn die Mitarbeiter halt schreiben – jetzt an die Bezirksämter oder so –, dass man mitbestimmen kann, was rein kann und was nicht.... Also, in der Psychiatrie, also, die schreiben irgendwas, die arbeiten mit Diagnosen, haste nicht gesehen, und im Weglaufhaus kann sich jeder geben, wie er ist, weil ich bin der Meinung, dass der Mensch nicht krank ist, sondern vielleicht nur anders ist ...“ (Christian)

„Also, in dem Moment hatte ich schon einige negative Erfahrungen hinter mir und kannte das überhaupt noch nicht, und mein erster Eindruck war einfach, dass irgendwie vom Flair, von der Umgangart, wie die Menschen da miteinander umgehen, für mich außergewöhnlich war, und das hatte ich so noch nie erlebt in irgendwas was sich Einrichtung nennt. Das war ... das fand ich im ersten Moment äußerst positiv und angenehm menschlich sozusagen.“ (Erik)

„Mm, gegeben hat es mir vielleicht noch ein bisschen mehr Realitätssinn für diese Gesellschaft, dass es eine Illusion ist, zu denken, es gibt irgendeinen in Anführungszeichen rechtsfreien Raum, wo alles anders läuft, auf allen Ebenen.“ (Erik)

„Also, ich kann nur noch mal betonen, dass ich Leute gesehen habe, im Laufe der Zeit, wo ich gemerkt habe, dass die da eine gute Unterstützung erfahren haben, die aus einer krassen Krise, die in der Art und Weise mit meiner nicht vergleichbar war, sondern ganz anders, wirklich schneller, als ich es je für möglich gehalten hätte, wieder in eine scheinbar relativ gute Situation entlassen wurden.“

Das kann nicht von ungefähr kommen, sage ich mal einfach, und für mein eigenes Empfinden kann ich eigentlich wirklich am Ehesten das anführen, was ich am Anfang gesagt habe: diese doch im Vergleich zu typischen Einrichtungen menschliche und barrierearme Umgehungsweise, dieses nicht "wir oben machen mal für euch klein- Doofies da jetzt irgendwas Tolles", sondern das Gefühl, dass man relativ, soweit das in so 'nem Umfeld möglich ist, auf 'ner gleichen Ebene miteinander geredet hat, Mitarbeiter und Bewohner.

Das fand ich am Anfang toll, und das ist auch was, was ich vom Prinzip her gut finde. Das ist was, was mir, mm, viel bedeutet, weil ich nichts damit anfangen kann, wenn Leute meinen, sie helfen, wenn sie auf ganz anderen Ebenen miteinander verkehren, also, wenn einer sagt, "ich mach jetzt was für dich, aber eigentlich muss dir klar sein, ich bin hier oben, du bist da unten". Das ist für mich nie hilfreich gewesen, das kann ich nicht, damit kann ich nix anfangen, und so würde ich auch niemals versuchen, jemand anders zu helfen ...Das find ich positiver als überall, wo ich sonst immer war, also der entscheidende Aspekt.“ (Erik)

„Reden war mir ne Hilfe. Ja. Dass ich reden konnte. Manchmal hab ich mich halt nicht so ... es dauerte halt, also dass ... auch dadurch, dass ich früher überhaupt nicht geredet, nicht reden konnte, weil mir Dinge nicht bewusst waren, so was mit mir ist, hab ich natürlich auch sehr viel in mich reingefressen. [...]

Und die Hilfe auch, mit Ämtern und so, da ist mir manchmal eine sehr große Last genommen worden, also das war ... dass ich mich um gar nichts weiter kümmern, also ... so zu dem Zeitpunkt, ne... Weil man ja dafür dann überhaupt keinen Kopf hat, ne.“(Fred)

„Es war aber auch schon ne ganz andere Situation, es war schon eine Art Vertrauensvorschuss, ja? Und das fand ich erstmal gut und damit konnte ich natürlich umgehen, nicht. Also man fühlte sich da nicht so als Objekt und als Untermensch oder irgendwie abgestempelt, ne. Die haben das also erstmal akzeptiert oder sie, ich hab nicht gemerkt, dass sie mich irgendwie komisch angeguckt haben oder so etwas. Die haben das also erstmal geschluckt.“(Grit)

„[...] es war eben immer jemand da, nicht. [...]Also einfach, dass man hier in Gemeinschaft war und dass man eben auch sich austauschen konnte mit Leuten, nicht. Es war ja interessant – Die sind ja nicht alle verrückt, ne. Ja. Das fand ich eben positiv.“ (Grit)

„Immer, wenn ich hier war, hab ich mich möglichst mit solchen Leuten [*die ähnliche Erfahrungen hatten*] unterhalten, ne, und wir hatten immer ganz ähnliche Sachen, wir haben manchmal Nächte durch unsere Erfahrungen ausgetauscht und so.“(Grit)

„[...] finde ich gut am Weglaufhaus, dass es nicht so durchgestylt ist, dass es sich noch nicht so abgeschliffen hat, dass es da seine Psychiatriekritik aufgibt und diese Idee nicht darauf reduziert wird, dass man sagt, OK wir sind jetzt ein Raum für die, die Psychiatrie nicht so gut finden oder schlechte Erfahrung damit haben und mm deshalb oder dadurch das einfach vereinnahmt werden könnte in dieses mm Lebewesen verwalten [...]“

„I : OK, weniger abstrakt, gibt es irgendeine Situation, die du hier im Weglaufhaus erlebt hast, die eine Unterstützung für dich waren?

B: Ja das war immer dann wenn irgendwann sich jemand so hat gehen lassen...[...]

Also von den Leuten die den anderen helfen. [...]die diesen Widerspruch gesehen haben, dass die Idee tot von dem Weglaufhaus wenn es das nicht mehr gibt und diesen Widerspruch aber nicht verdrängen mussten, das heißt nicht irgendwie so verdrängt haben, dass sie glauben konnten das Weglaufhaus ist gesellschaftskompatibel und keine Ahnung und deshalb diesen Widerspruch auf mich abgeschoben haben oder ich den auf mich abgeschoben gefühlt habe, weil man dann mit meiner Kritik nicht viel anfangen konnte, außer zu sagen, ja schön Kritik und eigentlich sollte man ja Kritik finden als was sehr schönes, also sag ich dir jetzt, das ist ja sehr gut, dass du das jetzt kritisierst aber mm wirklich zugehört habe ich dir jetzt nicht und das fände ich, oder dadurch bin ich ein bisschen weiter gekommen oder irgendwie dadurch habe ich meine Gehirnwäsche abgebaut oder so, wenn ich das Gefühl hatte ich kann das kommunizieren und jemand anders gibt mir dann halt eben eine Resonanz. [...]"(Hans)

6.2.5 Kritik

(Was war schwierig / schwer zu ertragen / in irgendeiner Form nicht richtig / nicht passend für dich? / beispielhafte Situationen)

„Aber ich denke, für Leute, die psychiatrische Probleme haben oder psychische Probleme haben, also, da fehlt einfach was. Die sind dann zu sehr auf sich selbst dann gestellt. Also, es ist einfach... es sind zu viele Leute dort gewesen.“ [...]

„Und die Mitarbeiter hatten gar nicht so viel Zeit, die hatten immer nur mit dem Papierkram zu viel zu tun gehabt. Also, Gespräche konnte man da kaum..., konnte man kaum in Anspruch nehmen. Also, konnte man schon, das wurde ja auch angeboten, das fand ich auch gut.

Aber gerade, wenn man so..., also bei mir war es eben so, dass ich gar nicht die Gespräche haben wollte. Ich hatte Angst vor jedem Wort, das ich ausgesprochen hab. Ich hab mir gar nicht getraut,

das auszusprechen, was da mit mir los ist. Ich konnte das auch gar nicht in Worte fassen, so schrecklich war das. Ja, meiner Meinung nach war man da zu sehr auf sich gestellt.“ [...]

„Nee, na ja – die Struktur: dass man wirklich jeden Tag zu 'ner gleichen Zeit, das klingt jetzt vielleicht komisch, aber man weiß einfach, jetzt, dann und dann, muss ich essen, dann und dann geh ich ins Bett und dass das alles funktioniert. Dass man weiß, erst einmal, die Welt um einen 'rum funktioniert irgendwie.“ [...]

„Also, ich fand das am Anfang ja auch alles toll, dass das alles so frei war da, so superfrei. Aber in meiner Situation, in die ich da reingerutscht bin, war es dann Gift, dass alles so frei war“ [...]

„Also 'ne Zeit lang hatte ich das Gefühl, da ist... da passt überhaupt keiner mehr auf, was da passiert, nur noch der Papierkram, unter dem die Leute ersticken.“ [...]

I: Was hättest du gebraucht [...]?

B: Ja, mehr Struktur und Kontakt mit Menschen, also Gespräche. Ja, mehr Beschäftigung... ja, nicht Beschäftigung... ja, mehr einfach soziale Kontakte.

Das hat mich dann am Ende ganz schön kaputt gemacht, dass ich mich so selbst isoliert hab und auch keiner so direkt gemerkt hat, was so... Die haben sich schon Sorgen gemacht, was so mit mir los ist und so, aber keiner hat jetzt gemerkt, das grad was ganz Akutes mit mir passiert, oder so. Dass gesagt wurde, "Annett braucht jetzt dringend Hilfe", sondern "ach, das wird schon irgendwie gehen" und "das wird schon wieder werden". Weiß nicht, was die gedacht haben.“

I: Ich versteh das so, du hättest mehr Führung und jemand der dich an die Hand nimmt gebraucht, in dem Moment, in dem du nicht mehr sagen kannst was du brauchst oder...

B: Ja genau.“ (Annett)

„Ja gut, jetzt der normale Knatsch oder was, der auch innerhalb von WGs und so ist?“ (Birgit)

„Wo ich Wahnsinnsstress hatte, ist von den Ämtern, weil da, durch dieses ganze von KÜ⁹ verschleppen und mit allem, hast du ja auch wieder diesen Druck. Auf der einen Seite möchtest du was, möchtest aufleben, du kannst es dann aber wieder nicht, weil du ja schon wieder den Druck dahinter siehst, dass ja nicht mal dein Aufenthalt bezahlt ist, weißte. [...] Und das ist natürlich 'ne Sache, ja bis zum bestimmten Grad verschließt du dich dann auch schon wieder.“ (Birgit)

„Na ja, das Einzige, was mich da immer gestört hat, war die Sauberkeit..... also das hat sich ja bis heute im Wesentlichen nicht ganz verändert, das is' ja bis heute immer noch das Problem da ...Ich hab's immer gehasst, wenn die Küche dreckig war und alles draußen stand, wenn nichts in'n Kühlschrank geräumt war ... und das ist, was mich da so'n bisschen gestört hat.

I: Und was würdest du dir da wünschen?

B: Ja, dass die Mitarbeiter halt 'n bisschen mehr drauf achten.

I: Und dann die Bewohner dazu zwingen, mehr sauber...

B: Nein! Also nicht zwingen, nein. Aber die Bewohner halt mehr ... zu mehr Eigenverantwortung zu bewegen [...]“ (Christian)

„Mm, das war schwierig, mit manchen Bewohnern soweit klar zu kommen, dass es mich nicht über alle Maßen körperlich gestresst hat. War schwierig, weil eben doch, mm, extreme Härtefälle von Leuten halt auch da sind.

Also, es ist vielleicht so, dass eben der anstrengende Aspekt unter dem ist, was eigentlich Gutes gedacht, dass eben völlig unterschiedliche Art von Leuten aufgenommen werden, ohne dass man da große Einschränkungen macht. Was eigentlich sehr gut und sehr menschlich ist, was aber dazu führen kann, dass im Umgang untereinander zwischen den Leuten - wenn gar nicht so sehr mitgekriegt wird von den Mitarbeitern, was da so passiert - dass da sehr extremer Stress entstehen kann.“(Erik)

„Und vom rein Strukturellen her war sicherlich anstrengend gewesen, oder ist sicherlich anstrengend, dass - so grad wenn man so 'n bisschen organisatorisch veranlagt ist, dass man so seine organisierten Sachen braucht, um klar zu kommen, wie ich - dass alles ein bisschen sehr konfus abläuft, im Sinne, dass viele Sachen, die man anspricht dann anders in den Übergaben laufen, oder gar nicht so richtig rüber kommen. Oder eben dreißig Mitarbeiter nicht das mitkriegen, was man sagt, sondern nur zwei und die anderen das vielleicht am Ende. Man denkt irgendwie, nach drei oder

⁹ Kostenübernahme

vier Tagen ist 'ne wichtige Mitteilung dann irgendwie überall angekommen, und man merkt aber, dass was ganz anderes - oder gar nichts - angekommen ist.“(Erik)

„Mm, also ich hab manchmal den Eindruck, als wenn, ich weiß es nicht, also das Gefühl was ich manchmal habe, ist, manche Mitarbeiter im Weglaufhaus sind so ... also die wollen ... weiß ich nicht, also die wollen antipsychiatrisch ... aber ich weiß nicht, also manchmal kommt es mir so vor, als wenn auch manche Mitarbeiter einen abstempeln, so. Also ... also manche, ne. [...]

OK, man kann auch versuchen, also darüber auch zu sprechen, aber wenn man, wenn man das anspricht, dann ... also bei manchen Mitarbeitern ist das so, dass sie auch da n bisschen ... komisch drauf reagieren und ... also ich hab das jetzt noch nicht anhand von mir selbst, aber von anderen Leuten mitgekriegt, na ja, dass, dass die da angefahren werden“(Fred)

„Und was ich als unangenehm empfand, war, dass die also so furchtbar faul waren hier. Also, als ich da war, ja. Und die haben also immer bloß Stulle mit Brot gegessen. Und das reichte also dann nicht zu mir, nicht und wenn ich was Anständiges essen wollte, musste ich selber kochen.“(Grit)

„Ja. Also diese Mobbingssache [zwischen den BewohnerInnen] hatte ich schon angesprochen, nicht und das fand ich also – wie soll ich das sagen, also negativ auf alle Fälle, dass sich keiner von den Mitarbeiter so richtig dafür interessiert hat. Also die haben – Es ist unmöglich, dass die es nicht mitgekriegt haben, ne. Es waren da mehrere Aktionen, also... Da kam mal eine Frau aus der unteren Etage – also aus der Mitteletage – hoch und hat bei uns geduscht und hat da alles dreckig gemacht und so – überall alles nass und so und die hat nie was saubergemacht. Und wenn man's sauber haben wollte, musste ich das machen und ich hab dann also mehrfach gesagt: „Nee, die hat sich nicht gerührt.“ Und die hat da auch Sachen an die Wand geschrieben usw. und mm na ja und die haben das nicht persönlich genommen, die Mitarbeiter, das war alles für die normal aber ich hab mich geärgert und ich fand mich da schlecht behandelt dass sie mich nicht unterstützt haben nicht in solchen Sachen.“(Grit)

„I : *Was hättest du dir an Unterstützung gewünscht, was hätten die Mitarbeiter machen sollen?*

B: Naja die hätten durchgreifen sollen, also wie nachher, die haben dann, diese Frau haben sie dann rausgeschmissen [...](Grit)

„die [MitarbeiterInnen] die waren träge, die haben sich nicht dafür interessiert oder weil das ist natürlich auch das System, weil die wechseln ja ständig. Wenn die Vertrauenspersonen dann nicht da sind, mit denen man dann sprechen konnte, die waren also zur gleichen Zeit, also der T. der war krank und die J. war zur gleichen Zeit im Urlaub und also die waren wochenlang weg, da war also niemand mit dem ich weiter groß gesprochen hätte. Also das fand ich nicht positiv, dass die das einfach haben so schleifen lassen. Da hätte ich mir etwas mehr Unterstützung gewünscht.“(Grit)

„[...] überall wo das Weglaufhaus irgendwie als Kapital begriffen wurde, das man mir wegnehmen kann und nicht mehr als Idee sondern als Haus, dass man beschützen muss und wo man die Elemente die nicht in die in die Essenskasse einzahlen entfernen kann oder auch die, die die Putzpläne boykottieren [...]

nee ich finde Essenskasse und dieser Putzdienst, das sind halt solche Sachen, die man im wirklichen Leben wieder findet, mm ja das , nein ich würde ohne Witz ich finde das sind eine der ekligsten widerlichsten Sachen inklusive der Hausversammlung, also ich meine die angeordnete Hausversammlung wo quasi dadurch, dass sie angeordnet ist und niemand Bock hat etwas zu sagen halt ein gutes Forum findet dass so irgendwie Teambeschlüsse oder keine Ahnung , ziemlich gut im öffentlichen Bewusstsein quasi durchgedrückt werden können, weil halt keiner Bock hat da zu sein und das deswegen quasi ganz gut protestlos hingenommen werden [...](Hans)

6.3 Zusammenfassung der Interviewergebnisse

Die interviewten ehemaligen BewohnerInnen des Weglaufhauses sind in all den erfragten Aspekten sehr verschieden. So soll an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen werden, dass ihre Auswahl ausschließlich über die Momente ihrer Verfügbarkeit/ Erreichbarkeit und ihrer Bereitschaft erfolgte.

Man kann den Interviews entnehmen, wie unterschiedlich die Beweggründe und Voraussetzungen waren, mit denen die BewohnerInnen in das Weglaufhaus kamen. Während einige bereits detaillierte Informationen über das Weglaufhaus hatten, sei es aus vorhergehenden Aufenthalten oder über Medien wie das Internet, kamen andere zum Aufnahmegespräch, die nicht mehr wussten als Telefonnummer und Adresse.

Ein wesentlicher Grund, das Weglaufhaus aufzusuchen, ist die Niedrigschwelligkeit des Angebots und die Tatsache, dass andere Projekte zu einer Aufnahme nicht bereit waren. In vielen Einrichtungen ist eine psychotische Symptomatik ein Ausschlusskriterium, oft sind andere Einrichtungen nicht bereit, eine akute Krisensituation zu tragen. Mehrere Interviewte, aber längst nicht alle, nannten explizit die antipsychiatrische Ausrichtung als Grund, das Weglaufhaus aufzusuchen. Sie erhofften sich einen Schutz vor erneuter Einweisung in die Psychiatrie. Ein Teil der Interviewten wählten deshalb das Weglaufhaus, weil sie sich hier Unterstützung in Anliegen und Wünschen erhofften, von denen sie erwarteten, dass sie in anderen Einrichtungen nicht ernst genommen würden.

In den Interviews wurden Ziele genannt, die auch in der Analyse der Bewohnerordner regelmäßig auftauchen: Eine eigene Wohnung, Schutz vor Einweisung in die Psychiatrie, Unterstützung beim Absetzen der Medikamente, Stabilisierung und Ruhe sowie ein Raum zur Selbsthilfe und gegenseitigen Hilfe.

Wie die Ziele umgesetzt und schließlich der Aufenthalt beendet wurde, war von BewohnerIn zu BewohnerIn sehr verschieden. Mehrere der interviewten BewohnerInnen sind direkt oder nach einiger Zeit wieder in die Psychiatrie eingewiesen worden und haben zum Teil in einer sehr zugespitzten Krisensituation das Weglaufhaus verlassen. Mehrere BewohnerInnen berichteten jedoch auch, dass sie sich im Weglaufhaus stabilisieren und zur Ruhe kommen konnten. Ein Bewohner, der sich in seiner speziellen Problematik der Transsexualität und dem Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung Verständnis und Unterstützung

im Weglaufhaus erhoffte, berichtete, dass er beides im Weglaufhaus finden konnte und das Haus dann viel klarer und fester in seinem individuellen Weg wieder verlassen hat. Einige Monate später konnte die erste Operation zur Geschlechtsumwandlung durchgeführt werden.

Ein Zurückgehen in eine alte Situation wurde mehrmals als problematisch geschildert.

Eine BewohnerIn konnte alle Ziele, mit denen sie das Weglaufhaus aufsuchte, auch umsetzen. Sie ist nach vier Monaten mit einem regelmäßigen Einkommen und Unterstützung durch eine Einzelfallhelferin in eine eigene Wohnung gezogen. Es ist ihr während des Aufenthaltes gelungen, ihre gesetzliche Betreuung aufzuheben.

Bei zwei der interviewten Bewohnern wurde der Aufenthalt seitens des Weglaufhauses beendet. Diese Maßnahme empfanden sie ungerechtfertigt und kritikwürdig. Beide schlossen aber einen erneuten Weglaufhausaufenthalt nicht aus.

Die Mehrzahl der Befragten fanden zunächst die Begegnung zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen positiv. Die BewohnerInnen fühlten sich im Weglaufhaus als Person akzeptiert und in ihrer Problematik ernst genommen. Die meisten Interviewten hatten bereits Erfahrungen mit anderen Einrichtungen und beschrieben das Weglaufhaus in dem Umgang von Helfern und NutzerInnen als einzigartig.

Die intensiven Gespräche mit den MitarbeiterInnen insbesondere den Vertrauenspersonen, die Art der Verfügbarkeit der MitarbeiterInnen und der Erfahrungsaustausch in der Hausgemeinschaft wurde als Unterstützung empfunden. Elemente, die sich speziell im Konzept des Weglaufhauses finden, wie Transparenz, Ablehnung von psychiatrischen Diagnosen und die Psychiatriekritik, wurden auch in den Interviews als hilfreich benannt. Für einen der befragten Bewohner war besonders wichtig, dass bestehende Widersprüche fair reflektiert und nicht im Sinne des Ausdrucks von Störungen und Defiziten auf die Betroffenen übertragen werden

Die Kritik an der Weglaufhauspraxis war sehr umfangreich. In verschiedenen Zusammenhängen wurde ein Mangel an Struktur und eine Art Chaos als schwierig empfunden. Diese Kritik betraf alltägliche Momente wie Mahlzeiten und die Sauberkeit im Haus, aber auch die Organisation des Teams hinsichtlich der Kommunikation untereinander, z.B. die Schwierigkeit, dass Informationen korrekt weiter gegeben werden und nicht verloren gehen. Eine Bewohnerin wünschte sich mehr Struktur im Sinne von Beschäftigung, Führung, Tagesstruktur und verbindlichen Kontakt. Sie bezeichnete die fehlende Struktur in zuge-

spitzten Krisensituationen als lebensgefährlich. Die wenige Struktur, die das Weglaufhaus zur Organisation des Hausalltags der Gemeinschaft installiert hat, wie Putzdienste, Essenskasse und Hausversammlung, wurde von einem Bewohner jedoch wiederum kritisiert und als überflüssig empfunden. Mehrere Befragte empfanden die MitarbeiterInnen als zu wenig zu ihrer Verfügung, sei es, weil sie zu sehr mit "Papierkram" beschäftigt waren, oder weil das Verhältnis von MitarbeiterInnen zu den BewohnerInnen unzureichend war. So konnte der intensive Kontakt, mit dem das Weglaufhaus arbeitet, nicht ausreichend geleistet werden. Manche BewohnerInnen fühlten sich allein gelassen.

Wenngleich im Weglaufhaus auch ohne Diagnosen gearbeitet wird, so beschrieb ein Bewohner, wie er dennoch die Verwendung anderer Kategorien spüren konnte, die „ähnlich stigmatisierend wirken und machen, dass man sich in seiner individuellen Problematik nicht verstanden fühlt“. Er beschrieb, dass zum Teil Kritik, die die BewohnerInnen äußerten, von einigen MitarbeiterInnen nicht angenommen wurde.

6.4 Ergebnisse des Ratings

Innerhalb der Interviews wurden die ehemaligen BewohnerInnen gebeten, einen Fragebogen in Form eines Ratings auszufüllen (s. *Anhang*). In diesem wurde erfragt, wie wichtig den Interviewten das jeweilige Element der Weglaufhauspraxis war und in welchem Maße sie dieses während ihres Aufenthaltes als umgesetzt empfanden. Bis auf Hans haben alle der Interviewpartner den Fragebogen ausgefüllt. Die einzelnen Ergebnisse und Mittelwerte sind der folgenden Tabelle zu entnehmen. Die Bewertung erfolgte jeweils über eine graphische stufenlose 10 cm Ratingskala mit den Polen 'nicht wichtig' – 'sehr wichtig' und 'war während meines Aufenthaltes nicht spürbar' – 'war während meines Aufenthaltes sehr spürbar'. Daher liegen die Werte zwischen 0 und 10.

Elemente		BewohnerIn							Mittelwert	Std.- abw.
		A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.		
Transparenz	wie wichtig	9,7	9,7	7,5	0,9	9,5	9,1	9,6	8,0	2,99
	Umsetzung	5,3	9,5	9,5	0,5	8,0	5,0	9,0	6,7	3,07
	Differenz	-4,4	-0,2	2,0	-0,4	-1,5	-4,1	-0,6		
Dabeisein	wie wichtig	9,8	9,5	7,4	1,5	8,9	9,5	1,0	6,8	3,59
	Umsetzung	0,9	8,7	8,0	2,4	7,8	7,4	9,5	6,4	3,09
	Differenz	-8,9	-0,8	0,6	0,9	-1,1	-2,1	8,5		
24-h-Betreuung	wie wichtig	9,8	8,9	9,7	0,2	4,9	9,3	0,6	6,2	3,98
	Umsetzung	6,8	8,5	9,7	8,4	4,7	5,5	9,9	7,6	1,87
	Differenz	-3	-0,4	0,0	8,2	-0,2	-3,8	9,3		
Einzelgespräche	wie wichtig	9,8	8,1	9,8	8,4	8,9	9,4	9,8	9,2	0,66
	Umsetzung	2,7	8,5	9,7	1,9	9,6	8,9	1,2	6,1	3,63
	Differenz	-7,1	0,4	-0,1	-6,5	0,7	-0,5	-8,6		
Hausgemeinschaft	wie wichtig	6,5	9	9,7	1,5	8,4	5,0	9,5	7,1	2,78
	Umsetzung	6,8	8,8	5,0	8,0	9,7	5,0	9,5	7,5	1,84
	Differenz	0,3	-0,2	-4,7	6,5	1,3	0,0	0,0		
antipsychiatrische Grundhaltung	wie wichtig	7,5	10,0	9,9	9,8	10,0	9,5	10,0	9,5	0,84
	Umsetzung	6,8	9,8	9,8	9,5	5,0	4,6	2,9	6,9	2,63
	Differenz	-0,7	-0,2	-0,1	-0,3	-5	-4,9	-7,1		
,Zufriedenheit' ¹⁰		4,7	9,0	8,6	5,7	7,6	6,2	5,7		

Allen Befragten waren die antipsychiatrische Grundhaltung und die Einzelgespräche sehr wichtig, während die anderen Elemente der Weglaufhauspraxis in ihrer Bedeutsamkeit für die BewohnerInnen sehr variierten.

Dies gilt auch für die Bewertung der Umsetzung. Für keines der Elemente gaben die BewohnerInnen eine annähernd einheitliche Bewertung ab. Die befragten NutzerInnen sind am ehesten bei der Bewertung der Umsetzung des Lebens in der Hausgemeinschaft und bei der 24h-Betreuung einer Meinung, wobei die Umsetzung dieser beiden Elemente auch am höchsten bewertet wird.

Auffallend ist, wie sehr vor allem die Bewertung der Umsetzung der Einzelgespräche, aber auch der Transparenz und der Krisenbegleitung in Form des Dabeiseins schwankt.

¹⁰ ‚Zufriedenheit‘ eines/ r einzelnen BewohnerIn als gewichteter Mittelwert $Z = \frac{\sum_{i=1}^N w_i \cdot u_i}{\sum_{i=1}^N w_i}$;

mit w_i: Wichtigkeit eines Elements; u_i: Umsetzung eines Elements

Keines der evaluierten Elemente wurde einheitlich als unwichtig oder nicht umgesetzt eingeschätzt.

Für jedes Element wurde zwischen den von den einzelnen BewohnerInnen abgegebenen Ratingwerten für Wichtigkeit und Umsetzung die Differenz gebildet. Wagt man, die negativen Werte dieser Differenz als Diskrepanz zwischen Bedürfnis und Befriedigung zu interpretieren, so sind die hohen negativen Einzelwerte bei den Elementen ‚Einzelgespräche‘ und zum Teil auch bei ‚antipsychiatrische Grundhaltung‘ auffällig.

Ergänzend wurde für jedeN BewohnerIn der mit den Gewichten ‚Wichtigkeit‘ gewichtete Mittelwert der ‚Umsetzung‘ berechnet, der zwar keine Aussage über die Elemente hinweg leistet, jedoch als Abschätzung der „Zufriedenheit“ der einzelnen Bewohner dienen kann. Auch diese Werte variieren, liegen aber zumeist im mittleren bis oberen Bereich.

Betrachtet man die Bewertung der einzelnen Befragten, so kann man darin in den meisten Fällen eine Beziehung zu den Interviews wiederfinden. Das soll an einigen BewohnerInnen demonstriert werden:

So hätte Annett (A.) sehr viel Unterstützung und Krisenbegleitung in Form von Einzelgesprächen und Dabeisein gebraucht. Die Struktur des Weglaufhauses war jedoch derart, dass sie das Angebot nicht für sich nutzen konnte.

Birgit (B.) hat in einer akuten Krisensituation im Weglaufhaus um Aufnahme gebeten. Sie konnte im Weglaufhaus ihre kurzfristigen Ziele erreichen. Im Rating und auch im Interview wird deutlich, in welchem hohem Maße das Angebot des Weglaufhauses Birgits Bedürfnissen entsprochen hat.

Die Passung von Angebot und Bedürfnis traf auch für Christian (C.) zu. Seine Kritik am Weglaufhaus betraf nur das Leben in der Hausgemeinschaft (Sauberkeit).

Erik bewertete die einzelnen Elemente der Weglaufhauskonzeption, sowohl in der Bedeutsamkeit für ihn als auch in der Umsetzung, überwiegend hoch. Im Rating ist weder seine Kritik am Haus noch die Tatsache, dass er das Angebot kaum für sich nutzen konnte, ersichtlich.

In Grits (G.) Rating ist ihre Kritik zu finden, dass sie zu wenig mit den MitarbeiterInnen reden konnte, weil beide Vertrauenspersonen gleichzeitig abwesend waren. Dass sie die antipsychiatrische Grundhaltung im Weglaufhaus als so wenig umgesetzt empfand, wurde im vorangegangenen Interview nicht deutlich.

7 Wichtige Ergebnisse der Untersuchung und Diskussion

Schwerpunkte der Untersuchung waren:

1. die BewohnerInnen
 - Wer wendet sich an das Weglaufhaus?
 - Warum und in welchen Situationen wenden sich die NutzerInnen an das Weglaufhaus?
 - Sind NutzerInnen zu identifizieren, für die ein Weglaufhaus "passender" ist als für andere?
2. die Wünsche und Ziele mit denen sich die NutzerInnen an das Weglaufhaus wenden
 - Entsprechen diese Wünsche und Ziele dem Selbstverständnis des Weglaufhauses?
 - Warum wenden sich die NutzerInnen mit ihren Anliegen an das Weglaufhaus und nicht an andere Einrichtungen?
 - Sind NutzerInnengruppen anhand der demographischen Daten zu identifizieren, die sich vorrangig mit bestimmten Wünschen an das Weglaufhaus wenden?
 - Welche Elemente der Weglaufhauspraxis sind den NutzerInnen wichtig?
3. die Umsetzung der Wünsche und Ziele
 - Können Kompetenzen des Weglaufhauses erkannt werden? In welchem Maße können welche Ziele im Weglaufhaus umgesetzt werden?
 - Können identifizierbare Gruppen von NutzerInnen bestimmte Ziele leichter umsetzen als andere?
 - Ist die Umsetzung der Ziele an eine bestimmte (Mindest-) Aufenthaltsdauer gebunden?
 - In welchem Maße werden die Elemente der Weglaufhauspraxis von den NutzerInnen als umgesetzt empfunden?
 - Was empfinden die NutzerInnen als Unterstützung im Weglaufhaus und was nicht? Was fehlt ihnen im Weglaufhaus?

7.1 Die BewohnerInnen/ NutzerInnen des Weglaufhauses

Das Angebot des Weglaufhauses richtet sich, entsprechend der Konzeption, an Menschen, die

- wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind UND
- von Psychiatrisierung betroffen sind oder waren oder von Psychiatrisierung bedroht sind UND
- sich in einer akuten Notlage/ Krisensituation befinden.

Die Wohnungslosigkeit ist mit einer Reihe anderer Problem eng verbunden. So ist die Mehrzahl der BewohnerInnen arbeitslos bzw. arbeitsunfähig, mit geringfügigem oder ohne Einkommen, ledig und allein lebend.

Die überwiegende Mehrzahl der BewohnerInnen hat eine langjährige Psychiatriegeschichte hinter sich.

Die (Krisen-)situationen, aus denen heraus die NutzerInnen im Weglaufhaus um Aufnahme anfragen, sind zumeist sehr verschieden und komplex. Gemeinsam ist ihnen das Moment, die Situation ohne Hilfe von außen nicht mehr bewältigen zu können. Darüberhinaus sind sie oft mit einer drohenden Einweisung in die Psychiatrie und der Ablehnung psychiatrischer Hilfe verbunden.

Ein großer Anteil der Aufenthalte wird seitens des Weglaufhauses beendet oder durch den/ die BewohnerIn (in vorliegender Stichprobe jeweils 27%)¹¹. Das bedeutet, dass im einen Fall die MitarbeiterInnen des Weglaufhauses nicht bereit sind, den Aufenthalt weiter zu tragen und zu verantworten - sei es den anderen BewohnerInnen, dem/r betreffenden BewohnerIn oder auch sich selbst gegenüber - und im anderen Fall der/ die BewohnerIn den Aufenthalt nicht (mehr) als hilfreich empfindet und das Weglaufhaus verlässt.

Es wurde versucht, über die Erkundung von Zusammenhängen zwischen den Umständen der Beendigung des Aufenthaltes sowie der Aufenthaltsdauer und einigen demographischen Daten NutzerInnen zu identifizieren, für die ein Weglaufhaus passender oder hilfrei-

¹¹ der Vergleich der Stichprobe mit den Weglaufhausstatistiken der Jahre 2002 – 2005 ergab bzgl. der ‚Beendigung durch das Weglaufhaus‘ und ‚Beendigung durch Verweigerung der Kostenübernahme‘ keine Übereinstimmung, was vermutlich auf das Auswahlkriterium ‚vorliegender Abschlussbericht‘ für die Stichprobe zurückzuführen ist. (vgl. Kapitel 5.1.1)

cher ist als für andere. Solche Zusammenhänge konnten nicht aufgespürt werden. Es ist also nicht an Merkmale wie Geschlecht, Alter, Staatsbürgerschaft gebunden, ob das Weglaufhaus der passende und hilfreiche Ort für einen Menschen ist.

In den Interviews beschreiben Annett und David, warum für sie das Weglaufhaus in der Krisensituation nicht passend war. Sie sind beide im Anschluss an den Weglaufhausaufenthalt, wenn auch nicht explizit auf ihren Wunsch, so doch auf ihre Initiative in die Psychiatrie eingewiesen worden. Beide haben im Weglaufhaus zu wenig Struktur gefunden. Sie hätten in ihrem Realitätsverlust mehr angeleitete Tätigkeit oder Beschäftigung gebraucht.

7.2 Die Wünsche und Ziele mit denen sich die NutzerInnen an das Weglaufhaus wenden

Die Ziele der BewohnerInnen sind in der Mehrzahl Ausdruck des Wunsches nach Stabilisierung, „Normalität“, Integration, Selbstbestimmung und einem selbständigen Leben.

In der Voruntersuchung zur Kategoriengenerierung und auch in den späteren Interviews tauchten in diesem Sinne immer wieder Wendungen auf wie „zur Ruhe kommen“, „Schutz“, „normales Leben“, „wieder in geordneten Verhältnissen leben“. Die Kategorien des quantitativen Untersuchungsteils 'eigene Wohnung', 'Beschäftigung/ Tätigkeit finden', 'Psychiatrieaufenthalt vermeiden', 'Schulden regulieren' und 'Psychopharmaka absetzen' wurden am häufigsten genannt. (vgl. 5.1.3).

In der Konzeption des Weglaufhauses sind die Ziele des Angebotes wie folgt formuliert:

- persönliche, soziale und psychische Stabilisierung
- Kreislauf von Wohnungslosigkeit und Psychiatisierung durchbrechen
- erneute Psychiatisierung verhindern
- Vorbereitung auf ein möglichst selbständiges Leben

Es wird an mehreren Stellen der Konzeption darauf hingewiesen, dass im Weglaufhaus die Möglichkeit besteht, einen selbstbestimmten Weg zu wählen und dass das Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka begleitet wird.

Die tatsächlich geäußerten Wünsche und Ziele der NutzerInnen stimmen mit der Konzeption und damit mit dem Selbstverständnis des Weglaufhauses überein.

Wenige BewohnerInnen (2 der Stichprobe) wandten sich mit Wünschen, die nicht aus der Konzeption hervorgehen/ der Konzeption entsprechen (beispielsweise eine Betreuung einzurichten), an das Weglaufhaus und fanden auch darin eine Unterstützung.

Einige Angebote des Weglaufhauses sind im Sinne der antipsychiatrischen Ausrichtung sehr speziell und einzigartig, wie Unterstützung beim Absetzen/ Reduzieren von Psychopharmaka oder Schutz vor Psychiatrisierung. Andere, wie Krisenintervention, Entlastung von Obdachlosigkeit, Erarbeitung von Perspektiven, werden dagegen von mehreren psychosozialen Einrichtungen angeboten.

In den Interviews wurden ehemalige BewohnerInnen gefragt, warum sie gerade das Weglaufhaus wählten. Ein wesentlicher Grund, das Weglaufhaus aufzusuchen, ist die Niedrigschwelligkeit des Angebotes oder die Ausschlusskriterien alternativer Einrichtungen. Einige Einrichtungen schließen entsprechend ihres Diagnoseverständnisses KlientInnen mit psychotischen Symptomen aus, machen die Einnahme von Psychopharmaka bei entsprechender Diagnose zur Bedingung oder sind nicht bereit, im selben Maße wie das Weglaufhaus akute Krisensituationen und verrücktes Verhalten zu tragen und zu begleiten. Viele BewohnerInnen kommen erklärtermaßen des antipsychiatrischen Ansatzes wegen in das Weglaufhaus. Den Interviews ist zu entnehmen, dass die Befragten vom Weglaufhaus erwarteten, dass ihre Interessen und Ziele ernst genommen werden und ihre Selbstbestimmung gewahrt wird.

Dem Weglaufhaus scheint seitens der NutzerInnen eine Art Vertrauensvorschuss gewährt zu werden. Auch wenn beispielsweise weder Annetts Wunsch nach einer Wohnung noch Freds nach einer Geschlechtsumwandlung ungewöhnlich oder Ausdruck einer antipsychiatrischen Denkweise sind, erfuhren sie in anderen Einrichtungen darin keine Unterstützung oder erwarteten, in anderen Einrichtungen darin nicht unterstützt zu werden.

Eine statistische Beantwortung der Frage, welche NutzerInnen vorrangig welche Wünsche äußern, ergibt sich aus der untersuchten Stichprobe wie folgt:

Die Mehrzahl der BewohnerInnen wollte, wie oben bereits dargestellt, lieber in einer eigenen Wohnung leben als in einer betreuten Einrichtung. Der Wunsch nach einer eigenen Wohnung wurde jedoch von Männern im Weglaufhaus (69%) häufiger geäußert als von Frauen (45%). Und drei Mal so viele Frauen (34%) wie Männer (10%) konnten sich eine betreute Wohnform als Perspektive vorstellen.

Frauen wünschten sich häufiger Kontakt zu ihren Kindern.

Der Wunsch nach Vermeidung eines Psychatrieaufenthaltes wurde eher von älteren BewohnerInnen geäußert.

Jüngere BewohnerInnen wandten sich häufiger mit der Zukunftsvorstellung an das Weglaufhaus, eine Ausbildung zu beginnen oder eine bereits angefangene Ausbildung zu beenden.

Darüberhinaus wünschten sich jüngere BewohnerInnen häufiger, eine geeignete Therapie zu finden. Dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass ältere BewohnerInnen bereits Therapieerfahrung hatten, die, aus welchen Gründen auch immer, dazu führte, dass sie keine Therapie mehr wünschten. Der Therapiewunsch wurde vor allem auch von Abiturienten geäußert, während keineR der BewohnerInnen mit Hochschulabschluss eine Therapie anstrebte. Es wurde vermutet, dass Nichtberliner eher wegen der antipsychiatrischen Ausrichtung das Weglaufhaus aufsuchen. In den erfassten Wünschen wurde diese Annahme nicht bestätigt. Die BewohnerInnen, die extra von außerhalb in das Weglaufhaus kamen, wünschten sich nicht, häufiger einen Psychiatrieaufenthalt zu verhindern, ein Betreuungsverhältnis zu verändern oder die Psychopharmaka abzusetzen, wobei von den 21 Nichtberlinern der Stichprobe nur vier (=19%) Psychopharmaka nahmen, gegenüber 47% der Berliner, was vielleicht im Sinn der Vermutung als Zeichen einer antipsychiatrischen Grundhaltung oder fehlender Kranken- bzw. Patientenidentität gedeutet werden kann.

Im Rating gaben alle befragten NutzerInnen an, dass ihnen die antipsychiatrische Grundhaltung des Weglaufhauses und das Angebot von Einzelgesprächen sehr wichtig war.

Die Bewertung der subjektiven Wichtigkeit aller anderer Elemente der Weglaufhauspraxis variierte über die ehemaligen BewohnerInnen. Jedoch wurde keines durchgängig als bedeutungslos bewertet, sondern war zumindest für einige der Befragten jeweils sehr wichtig. Der Mittelwert liegt für alle Elemente im oberen Bewertungsbereich. Gemäß dem Rating entspricht die Idee des Angebotes somit den Bedürfnissen der NutzerInnen. Bei der Diskussion der subjektiven Wichtigkeit der einzelnen Praxiselemente durch ehemalige BewohnerInnen ist jedoch zu beachten, dass diese Bewertung nach dem Aufenthalt im Weglaufhaus erfolgte. Es ist denkbar, dass eine Befragung zum Zeitpunkt der Aufnahme anders ausgefallen wäre und erst im Weglaufhaus eine Art Identifikation mit dessen Ideologie stattgefunden hat.

7.3 Die Umsetzung der Wünsche und Ziele

Die Betrachtung, in welchem Maße die Ziele der BewohnerInnen umgesetzt wurden, kann sich nur auf die operationalisierbaren Variablen der quantitativen Analyse beziehen. Inwieweit den BewohnerInnen beispielsweise Stabilisierung oder Ruhe gelungen ist, konnte in dieser Untersuchung nicht erfasst werden. Man kann aber annehmen, dass die Umsetzung der meisten Wünsche ein Mindestmaß an Stabilisierung erfordert und nicht in einer akuten Krisensituation möglich ist.

Die Aussagekraft der Ergebnisse ist dadurch begrenzt, dass die Umsetzung zum Zeitpunkt des Auszugs aus dem Weglaufhaus erhoben wurde und, bis auf wenige Ausnahmen, keine Daten für die Zeit danach vorliegen, sei es auch nur für einen Tag später. Nur exemplarisch schildern acht ehemalige BewohnerInnen in den Interviews, wie es ihnen nach dem Aufenthalt im Weglaufhaus ergangen ist.

Die Gründe für eine hohe vs. niedrige Umsetzungsrate eines bestimmten Wunsches können zum einen in der Natur des Wunsches selbst, im Widerstand der "Außenwelt" (außerhalb des Weglaufhauses), in der Kompetenz des Weglaufhauses im engeren Sinne und natürlich in jedem einzelnen Bewohner liegen. An dieser Stelle muss bedacht werden, dass das Weglaufhaus Menschen in Krisen aufnimmt und dass diese Krisensituationen Ausnahmezustände mit eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten sind. Menschen, die im Weglaufhaus ankommen, kommen wie beschrieben oft ohne Geld, ohne Bleibe, ohne Papiere in Situationen großer Angst oder Ver-rückung. Trotzdem sind sie schnell gefordert, sich um die Sicherung ihrer Existenz zu kümmern: in relativ kurzer Zeit müssen sie zum Bezirksamt, zum Jobcenter, zur Meldestelle... Den BewohnerInnen wird dabei vom Weglaufhaus soviel wie möglich abgenommen. Auf der einen Seite bedeutet das notwendige Tätigwerden zur Durchsetzung eigener Interessen einen Kraftaufwand, der Bedürfnissen nach Ruhe und Erholung entgegenwirkt, auf der anderen Seite ist die erfolgreiche Umsetzung aber auch eine Quelle von Entlastung, Stabilität und Selbstwert.

In Sinne ganzheitlicher Hilfe ist die Umsetzung von Zielen der engeren Krisenintervention zeitlich nicht nachgestellt oder ihr entgegenwirkend, sondern kann bereits als Teil davon betrachtet werden.

Am routiniertesten werden im Weglaufhaus die finanziellen Ansprüche der BewohnerInnen gegenüber den zuständigen Behörden durchgesetzt. Dass einE BewohnerIn das Weglaufhaus ohne Einkommen verlässt, kommt nur bei sehr kurzen Aufenthalten vor. Der Wi-

derstand der Außenwelt ist in diesem Fall oft nicht so hoch, prinzipiell herrscht die Ansicht, dass auch Verrückte ein Recht auf ein Einkommen haben. Das Maß an Mitwirkung des Bewohners ist gering. Das macht die Umsetzung relativ leicht.

Die Hälfte aller BewohnerInnen, die eine Schuldenregelung wünschten oder neue Ausweispapiere benötigten, konnten das im Weglaufhaus erledigen. Die BewohnerInnen empfinden diese Unterstützungsleistung in juristischen und finanziellen Routineangelegenheiten, sei es in Form von Telefonaten oder Begleitung zu Ämtern, als Entlastung. Der Effekt für die einzelne Person, die wieder über ein regelmäßiges Einkommen oder Ausweispapiere verfügt, kann beträchtlich sein.

41% der BewohnerInnen hatten nach dem Aufenthalt eine neue Wohnperspektive gefunden, wobei 33% in eine Wohnform ihrer Wahl ziehen konnten. Die BewohnerInnen werden vom Weglaufhaus in ihren individuellen Lebensentwürfen unterstützt und auch darin, diese überhaupt (wieder) zu entwickeln. Wie und wo jemand mit welcher Art von Hilfe wohnt, ist dabei ein zentrales Element.

Einige BewohnerInnen wünschten sich, zurück in ihre alte Wohnung zu gehen. Ein Zurückgehen in die alte Wohnung ist leichter und schneller umsetzbar, wurde in den Interviews jedoch mehrmals als problematisch und wenig nachhaltig geschildert. Aussagen darüber, ob der Erfolg einer neuen Wohnung oder die Entscheidung für betreute Einrichtungen jedoch nachhaltiger ist, oder ob ein hoher Prozentsatz der BewohnerInnen des Weglaufhauses nach einer bestimmten Zeit immer wieder von einer ähnlichen zur Krise führenden Problematik eingeholt wird, leistet die Untersuchung nicht.

Die BewohnerInnen, die in den Interviews zu Wort kamen, sind jedoch eine Weile in der Situation verblieben, in die sie vom Weglaufhaus aus gegangen sind, und haben diese fortgesetzt.

Den meisten BewohnerInnen, die in das Weglaufhaus kommen, um sich vor einer erneuten Psychiatrisierung zu schützen, gelingt das (in der Stichprobe: 29 von 39 BewohnerInnen, das sind 74%). Allerdings gibt es einen Anteil von BewohnerInnen, die das Weglaufhaus verlassen, ohne dass die MitarbeiterInnen Angaben über ihren Verbleib haben (in der Stichprobe: 6) und somit auch keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob der Aufenthalt im Weglaufhaus in der Psychiatrie mündet.

Psychiatrisierung als zu vermeidende Gefahr kann verschiedener Art sein. Es besteht das Risiko, dass die Außenwelt das Verhalten eines Menschen als zu befremdlich und zu bedrohlich empfindet und eine Einweisung in die Psychiatrie veranlasst. Eine Krisensituation kann aber auch in einen Ausnahmezustand münden, der mit Isolation und Lebensgefahr

des Betroffenen verbunden ist. Die Initiative, in die Psychiatrie zu gehen, geht dann oft vom Betroffenen selbst aus. Schutz vor erneuter Psychiatrisierung bedeutet in diesem Fall, einen solchen Ausnahmezustand zu vermeiden.

Das Weglaufhaus versucht eine hohe Toleranz und Akzeptanz gegenüber verrücktem und ungewöhnlichem Verhalten und Erleben und ist damit ein Ort, an dem Menschen in verrückten - auch grenzwertigen - Krisen sein können, ohne der Bedrohung ausgesetzt zu sein, von außen gegen ihren Willen in die Psychiatrie eingewiesen zu werden. BewohnerInnen werden ausschließlich nur dann auf Initiative des Weglaufhauses in die Psychiatrie eingewiesen (in der Stichprobe: 7), wenn der Schutz des Lebens der BewohnerInnen Maßnahmen erfordert, die im Weglaufhaus nicht zur Verfügung stehen (Freiheitsentzug, Zwangsernährung...), oder von dem/r BewohnerIn eine extreme Bedrohung für das Leben der anderen ausgeht.

Inwieweit das Weglaufhaus Stabilisierung und auch Normalisierung (Zurück-rückung) ermöglicht oder gar fördert, scheint sehr von dem/r jeweiligen BewohnerIn und seinen/ihren Bedürfnissen abhängig zu sein.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme werden die BewohnerInnen gebeten, ein 'Krisenpapier' mit folgenden Fragen zu beantworten:

- Wie äußerten sich bisherige Krisen? (Rückzug, Aggressivität ...)
- Was hat dir geholfen, was nicht?
- Was wünschst du dir dann von den MitarbeiterInnen? (sehr verkürzt)

Meines Erachtens sind diese Fragen im Vorfeld einer zugespitzten Krisensituation eine kluge Angelegenheit und könnten bewirken, dass das Weglaufhaus auf verschiedenste Bedürfnisse von Menschen in Krisen eine Antwort ist. In der Weglaufhauspraxis werden diese Papiere aber nur sehr ungenügend ausgefüllt und auch im weiteren Aufenthalt wenig benutzt. Ich denke, eine Begründung dafür liegt in der Aufnahmesituation selbst. Zumeist ist dieser Moment mit dem konstruktiven Gefühl, dass Hilfe in Aussicht ist, etwas getan oder verändert wird, auch mit Entlastung und Erleichterung verbunden. In den Interviews beschreiben die Befragten den Erstkontakt mit dem Weglaufhaus als sehr positiv. Menschen tendieren in angenehmen Situationen wohl dazu, sich ungern wirklich ernsthaft mit schmerzhaften vergangenen Erlebnissen zu beschäftigen. Vielleicht wäre an dieser Stelle die Aufgabe der MitarbeiterInnen, dringlicher um die Beantwortung der Fragen zu bitten und diese konzentrierter zu besprechen. Dann könnte dieses 'Krisenpapier' später ein wirkliches Hilfsmittel als Information und auch im Sinne einer Vereinbarung sein.

Wesentlich dafür, ob das Auffangen einer Krise gelingt, ist auch immer wieder die aktuelle Zusammensetzung der Hausgemeinschaft. Diese kann im günstigsten Fall Unterstützung und Entlastung sein. Wenn jedoch zu einem Zeitpunkt viele BewohnerInnen in extremen Angstzuständen und ver-rückten Zuständen im Haus sind, ist die Situation im Haus für den einzelnen Bewohner oft schwer auszuhalten.

Darüber hinaus bedeutet die Begleitung einer zugespitzten Krisensituation für die MitarbeiterInnen einen hohen Zeitaufwand, der mit höherem Anteil der BewohnerInnen in akuten Krisen und angesichts der alltäglichen Anforderungen, die zunehmend die Kommunikation mit den Ämtern erfordert, immer schwerer zu leisten ist. An dieser Stelle wäre zu diskutieren, ob dem Anspruch, den Schwerpunkt der Arbeit auf Kontakt und zwischenmenschliche Begegnung zu legen, aus dem sich ein Großteil des Selbstverständnisses und der Berechtigung des Weglaufhauses ableitet, unter den derzeitigen personellen Bedingungen noch Genüge getan werden kann. In den Interviews beschrieben einige der Befragten, dass die Mitarbeiter oft nur mit dem "Papierkram" beschäftigt seien, und dass zu viele Bewohner mit ihren Anliegen und Problemen im Haus wären. Die Umsetzung der Praxiselemente ‚Dabeisein‘ und ‚Einzelgespräche‘, die laut Konzeption des Weglaufhauses zentrale Methoden der Krisenintervention sind, wurde im Rating von den Befragten zum Teil sehr niedrig bewertet. Die große Schwankungsbreite der Bewertung der Umsetzung gerade dieser Elemente lässt vermuten, dass bei dieser Art von Unterstützung viel davon abhängt, wie dringlich und massiv einE BewohnerIn intensive Begleitung einfordern kann.

Psychopharmaka wurden von der Hälfte der BewohnerInnen, die das anstrebten, auch erfolgreich abgesetzt bzw. reduziert. Ein Absetzen/ Reduzieren der Psychopharmaka führte nicht zu einer erhöhten Gefahr einer erneuten Psychiatrisierung. Allerdings scheint die Gefahr erhöht, in eine Situation zu geraten, in welcher das Weglaufhaus eine Einweisung initiiert. Von den 7 BewohnerInnen, die auf Initiative des Weglaufhauses in die Psychiatrie eingewiesen wurden, haben 4 während des Aufenthaltes die Psychopharmaka abgesetzt (2) oder reduziert (2).

Jeweils ungefähr die Hälfte aller BewohnerInnen, die sich Kontakt zu ihren Kindern wünschten oder eine Therapie beginnen wollten, konnten das erreichen.

Entgegen der bereits diskutierten Ziele und Wünsche wenden sich die BewohnerInnen auch mit Anliegen an das Weglaufhaus, die in den seltensten Fällen umgesetzt werden.

Die ausgeprägteste Diskrepanz zwischen den Wünschen der BewohnerInnen und der Umsetzung findet sich im Bereich Ausbildung und Beschäftigung. Während sich die Hälfte al-

ler BewohnerInnen eine Ausbildung oder Beschäftigung wünschten, haben nur 4 BewohnerInnen der Stichprobe tatsächlich eine Schule begonnen oder eine Tätigkeit gefunden (8%). Die Häufigkeit, mit der dieser Wunsch genannt wurde, kann als Ausdruck eines Bedürfnisses nach „Normalisierung“ und Unabhängigkeit verstanden werden. Es ist möglich, dass die Struktur, die eine Ausbildung oder eine Tätigkeit mit begrenzter Stundenzahl bietet, stabilisierend wirkt. Dass dieses Ziel so wenig umgesetzt wird, kann daran liegen, dass die Realisierung einerseits eine Überforderung für einen Menschen in einer Krisensituation darstellt, andererseits die Möglichkeiten des relativ kurzen Aufenthaltes in einer Kriseneinrichtung sprengt, insbesondere, wenn vordringlichere Ziele, wie beispielsweise Klären einer Wohnperspektive oder finanzielle Sicherung, in dieser Zeit zu bewältigen sind.

Es ist den BewohnerInnen im Weglaufhaus eher selten gelungen, ihre gesetzliche Betreuung aufzuheben oder zu wechseln. Die Aufhebung oder auch nur der Wechsel der Betreuung erfordert viel Kraft und Kontinuität seitens des Bewohners, den häufigen Widerstand der Gerichte und Betreuer gegen diesen Wunsch zu überwinden. Darüberhinaus beinhaltet diese Prozedur eine ausgiebige Konfrontation mit der eigenen Psychiatriegeschichte, oft einer Biographie, gefüllt mit Diagnosen und Gutachten. Das alles bedarf einer Stabilität, die aus einer gerade überwundenen Krisensituation schwer zu leisten ist. Trotzdem ist naheliegend, warum dieser Wunsch gerade im Weglaufhaus so dringend ist: erfährt er doch gerade hier Verständnis, Bestätigung und Unterstützung.

Folgend soll der Zusammenhang zwischen der Umsetzung der einzelnen Ziele und der Aufenthaltsdauer diskutiert werden.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass jede Umsetzung eine bestimmte Zeit benötigt, was trivial ist, und dass eine lange Aufenthaltsdauer in keiner Weise eine Garantie für das Erreichen bestimmter Ziele ist. Es gibt BewohnerInnen, die viele Monate im Weglaufhaus verbringen und dann ohne Wohnperspektive ausziehen, ohne auch nur einen ihrer Wünsche umgesetzt zu haben. Das ist möglich, weil das Weglaufhaus ein hohes Maß an Selbstverantwortung der NutzerInnen voraussetzt. Die MitarbeiterInnen werden im Auftrag der BewohnerInnen tätig. Die Unterstützungsleistung kann, wenn jemand klar kommunizieren kann, was er möchte, sehr hoch sein. Ist ein solcher Auftrag, aus welchen Gründen auch immer, nicht möglich, passiert oft nichts. Der Aufenthalt im Weglaufhaus wird immer dann schwierig, wenn der Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen und dem/r BewohnerIn abbricht, und die MitarbeiterInnen ohne jeglichen „Auftrag“ sind, wobei auch „lasst mir

zwei Wochen Ruhe, ich will in dieser Zeit einfach nur herumliegen und nichts tun.“ als Auftrag gilt.

Die Zusammenhänge zwischen Umsetzung und Aufenthaltsdauer lassen lediglich Aussagen darüber zu, wie lange BewohnerInnen im Weglaufhaus waren, die bestimmte Ziele erreicht haben. Es stehen keine genaue Angabe darüber zur Verfügung, wann genau ein Ziel umgesetzt wurde. Beispielsweise kann einE BewohnerIn schon nach wenigen Tagen im Besitz eines neuen Ausweises sein und trotzdem noch einige Monate im Weglaufhaus wohnen.

Für ein bestimmtes Ziel kann theoretisch die kürzeste Zeit, die einE BewohnerIn, der/ die dieses Ziel umgesetzt hat, im Weglaufhaus verbrachte, als ‚Mindestaufenthaltsdauer‘ zur Umsetzung des Zieles angenommen werden. Dieser Schluss ist umso berechtigter je mehr BewohnerInnen betrachtet werden. In der vorliegenden Untersuchung ist die Anzahl der BewohnerInnen, die ein bestimmtes Ziel umgesetzt haben, wegen der Seltenheit oder der Schwierigkeit des Wunsches in einigen Bereichen so gering, dass allgemeingültige Schlussfolgerungen nur eingeschränkt möglich sind.

Betrachtet man die Aufenthaltsdauer im Einzelnen, ist festzustellen, dass es sehr schnell möglich ist, in die alte Wohnung zurückzugehen, aber in sehr kurzer Zeit in der Regel keine neue Wohnperspektive umgesetzt werden kann. Zumeist dauert es mindestens fünf Wochen bis zwei Monate eine Wohnung zu finden, eine Einzelfallhilfe zu installieren oder den Auszug in eine betreute Wohnform vorzubereiten.

Eine finanzielle Grundsicherung wurde, wie beschrieben, in den meisten Fällen und in kurzer Zeit erreicht.

Die Ziele Ausweispapiere für Ausländer, eine Therapie und eine Aufhebung bzw. ein Wechsel der Betreuung wurden jeweils von nicht mehr als fünf BewohnerInnen umgesetzt: ihr Aufenthalt dauerte jeweils länger als 2-3 Monate. Die wenigen BewohnerInnen, die im Bereich Ausbildung und Beschäftigung erfolgreich waren, lebten 4 bis 6 Monate im Weglaufhaus.

Betrachtet man die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen, deren Aufenthalt mit einer Psychiatrisierung endete, so ist auffällig, dass BewohnerInnen, die sich für die Psychiatrie entschieden, das innerhalb der ersten zehn Wochen taten. Dass das Weglaufhaus eine Einweisung veranlasste, ist zu jeder Zeit vorgekommen.

Die Untersuchung konnte zeigen, dass BewohnerInnen, die im Weglaufhaus ihre Psychopharmaka erfolgreich abgesetzt oder reduziert haben, im Mittel viel länger im Weglaufhaus

geblieben sind als die, die dieses Ziel nicht umsetzen konnten, aber auch länger als BewohnerInnen, die nicht die Absicht hatten, ihre Medikation zu verändern (wobei letzterer Unterschied im konservativen Rangeinzelvergleich nicht signifikant war). Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Stabilisierung nach Reduktion und Absetzen viel Zeit beansprucht.

Fazit: für die Umsetzung der meisten untersuchten Ziele ist eine Aufenthaltsdauer von mindestens 2 Monaten nötig.

Verallgemeinerte Aussagen sind nur in die Richtung einer „Mindestaufenthaltsdauer“ möglich. Es kann keine Prognose abgeleitet werden, wie lange ein einzelner Bewohner benötigt, da für die Umsetzung vieler Ziele ein Minimum an Stabilisierung notwendig ist.

In die bisher geleistete Diskussion ist zum Teil bereits eingeflossen, was NutzerInnen als Unterstützung im Weglaufhaus empfinden und was ihnen fehlt. Diese Diskussion soll nun ergänzt und ausgeführt werden.

Wählen wir als Ausgangspunkt der Diskussion die Elemente, die im Weglaufhaus praktisch zur Verfügung stehen, so sind das zum einen die Wirklichkeit des Gemeinschaftslebens im Haus mit ihren konkreten alltäglichen Anforderungen und zum anderen die Begleitung und Unterstützung durch die MitarbeiterInnen. Der persönliche Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen und den BewohnerInnen wird als das zentrale Instrument der Krisenarbeit verstanden. In verschiedenen Zusammenhängen wurde beschrieben, dass der Aufenthalt im Weglaufhaus gefährdet ist, wenn dieser Kontakt völlig abreißt. In den Interviews haben ehemalige BewohnerInnen beschrieben, welche Schwierigkeiten sich für sie ergaben, wenn sie nicht mehr reden und sich vermitteln konnten.

Die Bedingungen im Weglaufhaus sind darauf ausgerichtet, eine hilfreiche und gleichberechtigte Begegnung zu ermöglichen. Die bewusste Abwesenheit einer verbindlichen Methode und Arbeitsweise gestaltet die Begegnung zwischen MitarbeiterIn und BewohnerIn authentischer und damit transparenter. Es soll ein freier unbesetzter Raum zur Verfügung stehen, in welchem vieles möglich ist. Die Begegnung zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen wurde von der Mehrzahl der Befragten in den Interviews als unterstützend beschrieben.

Die Abwesenheit einer Methodik kann aber zwei Nebeneffekte beinhalten, die zum Teil gegenläufig sind, meines Erachtens aber nebeneinander bestehen. Zum einen hat einigen BewohnerInnen in diesem Kontakt Verbindlichkeit und Kontinuität gefehlt. Die Ursache kann zum einen an dem umfangreichen Team liegen, das nötig ist, eine 24h-Betreuung in

Doppelschichten zu gewährleisten und zum anderen daran, dass sich jedeR MitarbeiterIn als Person in die Arbeit einbringt und daher die Arbeitsweise in hohem Maße variiert. Das kann im Extremfall dazu führen, dass, was eben noch galt, eine Schicht später nicht mehr gültig ist und bei den BewohnerInnen ein Gefühl von Diskontinuität, Chaos und Unverbindlichkeit bewirken. Ausführliche Dienstübergaben, Teamsitzungen und das Modell der Vertrauenspersonen können diesen Effekt eindämmen.

Zum anderen kann man vermuten, dass, wenn auch nicht verbindlich und explizit, sich doch implizit *eine* Arbeitsweise und so etwas wie Methodik aus den verschiedenen Stilen der MitarbeiterInnen herausbildet und durchsetzt.

In der Einleitung der Arbeit wurden Theorien dargestellt, die aussagen, dass Kontrolle über das eigene Leben und ein eigener Lebensentwurf wichtig für die seelische Gesundheit eines Menschen sind. Die konsequente Orientierung an dem Willen der BewohnerInnen und das Prinzip der Transparenz sollen den BewohnerInnen einen solchen eigenen Entwurf ermöglichen und ihnen die Kontrolle (zurück) geben.

Transparenz wurde im Rating von den Befragten zumeist als wichtig eingestuft. Die Umsetzung wurde zum Teil niedrig bewertet.

Jeder Bewohner kann seinen Bewohnerordner einsehen und bei Dienstübergaben und auch Teamsitzungen dabei sein, wenn über ihn gesprochen wird. Von den beiden letzteren Rechten, insbesondere der begrenzten Teilnahme an Teamsitzungen, wird kaum Gebrauch gemacht. Die Teamsitzungen finden nicht im Haus statt, tatsächlich gäbe es dafür keinen Raum. So ist es für die BewohnerInnen aufwendig und in akuten Krisensituationen kaum möglich, daran teilzunehmen. In den Teamsitzungen werden wichtige Informationen einzelne BewohnerInnen betreffend ausgetauscht und für alle MitarbeiterInnen verbindliche und für eineN BewohnerIn eventuell folgenreiche Entscheidungen getroffen. Der Austausch über die BewohnerInnen im Team wird zwar in den Bewohnerordern protokolliert und auch mit den BewohnerInnen besprochen, trotzdem wäre oft hilfreich, wenn die BewohnerInnen bei diesen Diskussionen und Entscheidungen ihre Person betreffend zugegen wären.

In der Kritik zum Weglaufhaus haben manche Befragten geäußert, dass die MitarbeiterInnen zu sehr mit „Papierkram“ beschäftigt seien, andererseits wurde jedoch die ganzheitliche Auffassung von Hilfe, die über die engere Krisenintervention hinausgeht und auch pragmatische Unterstützung in Behördenangelegenheiten beinhaltet, als entlastend empfunden.

Die Akzeptanz verrückten Verhaltens ist damit verbunden, dass das Leben in der Hausgemeinschaft für den einzelnen Bewohner, der diese Akzeptanz und Toleranz Tag und Nacht mittragen muss (zusätzlich zu seiner eigenen Problematik), sehr anstrengend sein kann. Inwieweit das für jeden einzelnen möglich ist, ist sehr verschieden. Die MitarbeiterInnen, die letztendlich die Entscheidungen darüber treffen, wann ein Verhalten nicht mehr toleriert wird und jemand das Haus verlassen muss, können möglicherweise die tatsächliche Belastung nicht gut einschätzen, weil sie nach einigen Stunden Dienst zu Hause Erholung und Abstand finden und die Art ihrer Belastung nicht der der BewohnerInnen entspricht. In jedem Fall kann die Akzeptanz einem/r BewohnerIn gegenüber auch bedeuten, dass andere BewohnerInnen wiederum stärker belastet sind und das Haus im Extremfall verlassen. In der Regel wird in solchen Fällen eine Mediation und Kompromisslösung versucht, die aber nicht immer gelingt und voraussetzt, dass die BewohnerInnen ihre Grenzen und Belastungen auch kommunizieren (können). Diese Art von Vermittlung ist auch in Bereichen wie Mahlzeiten und Sauberkeit im Haus von Bedeutung, auch hier gehen die Bedürfnisse der BewohnerInnen oft weit auseinander. Die BewohnerInnen fühlen sich mit der Lösung dieser Widersprüche zum Teil allein gelassen, zum anderen können zu umfangreiche Reglementierungen einzelne Menschen als BewohnerInnen des Weglaufhauses ausschließen.

Wenn die Bedeutung der Hausgemeinschaft für den einzelnen Bewohner auch sehr variierte, so wurde ihre Umsetzung von den interviewten ehemaligen BewohnerInnen neben der 24h Betreuung und der antipsychiatrischen Grundhaltung am höchsten bewertet.

Den interviewten BewohnerInnen war auch die Abwesenheit von Diagnosen wichtig. Ein ehemaliger Bewohner beschrieb im Interview, dass er jedoch zum Teil andere Kategorien bei den Mitarbeitern spüren konnte, die ähnlich stigmatisierend wirken und ebensowenig hilfreich sind, weil sie einem wirklichen Verständnis entgegenwirken.

Das Angebot des Weglaufhauses ist an einen hohen personalen und zeitlichen Aufwand gebunden, was zum Teil im Widerspruch zu den Interessen der zahlenden Ämter steht.

Der geforderte Rechtfertigungsaufwand nimmt immer mehr Raum ein. Der Kampf um die Kostenübernahme und die für die BewohnerInnen damit verbundene Zeit der Ungewissheit (manchmal mehrere Monate) wirken einer Stabilisierung und erfolgreichen Krisenintervention entgegen.

Auf den vorangegangenen Seiten wurde versucht, die Leistungen des Weglaufhauses anhand der Ergebnisse der Daten aus den Bewohnerordnern, den Interviews und Ratings zu diskutieren. An einigen Stellen wurde deutlich, auf welche Weise eine Art von Leistung

wiederum auch Kritik oder eine unbeabsichtigte, zum Teil gegenläufige Nebenwirkung in sich birgt. Es wurde auch deutlich, dass es *das* Angebot oder *die* Leistung für alle NutzerInnen nicht gibt. Meines Erachtens ist wichtig, dass diese Widersprüche reflektiert werden und in der Arbeit des Weglaufhauses präsent und bewusst bleiben.

Die Analyse der BewohnerInnenorder, die Interviews und Ratings ergaben eine Unmenge von Daten, die in dieser Arbeit nur begrenzt ausgewertet werden konnten. Zu vielen der aufgestellten Hypothesen wurde im Datenmaterial eine zumindest tendenzielle Entsprechung gefunden, obwohl sie – vermutlich aufgrund des zu geringen Stichprobenumfangs – verworfen werden mussten. Eine Untersuchung des Einflusses von Drittvariablen auf gefundene (oder nicht gefundene) Zusammenhänge konnte allenfalls gestreift werden.

So können manche Ergebnisse der Untersuchung nur Hinweise auf eventuelle Zusammenhänge sein, die aber vielleicht geeignet sind, weitere Untersuchungen anzustiften.

