

Petra Gromann (Hg.)
**Schlüsselkompetenzen für
die psychiatrische Arbeit**
Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 3

Psychiatrie
Verlag 



Petra Gromann ist Diplom-Soziologin und Professorin für Rehabilitation an der Hochschule Fulda. Sie ist Studiengangsleiterin für den B.A. Soziale Arbeit online und den M.A. Soziale Arbeit Gemeindepsychiatrie.

Petra Gromann (Hg.)

Schlüsselkompetenzen für die psychiatrische Arbeit

Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 3

Psychiatrie
Verlag 

Petra Gromann (Hg.)

Schlüsselkompetenzen für die psychiatrische Arbeit

Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 3

1. Auflage 2013

ISBN-Print: 978-3-88414-563-0

ISBN-PDF: 978-3-88414-798-6

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Störungen und ihrer Behandlung im Internet unter: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2013

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln unter Verwendung eines Fotos von Stephan Brenn, Berlin/www.stephan-brenn.de/VG Bild-Kunst

Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck und Bindung: SDL – Schaltungsdienst Lange, Berlin

**Schlüsselqualifikationen für sozialpsychiatrisches Handeln –
gibt es das? 7**

Petra Gromann

**Ungewissheit und Ohnmacht 15
Professionelle Beziehungskompetenz in der Sozialen Arbeit**

Regina Dahm, Tjark Kunstreich

**Schlüsselkompetenzen von Mitarbeitern,
die »Need Adapted Treatment« umsetzen 43
Ein Vergleich zwischen England und Deutschland**

Vera Dangel

Protektive Faktoren von Mitarbeitern bei Klientensuiziden 72

Franziska Boes

**Spezifische Bedarfe erkennen: Junge Erwachsene
mit Doppeldiagnose im Betreuten Wohnen 100**

Katrin Janssen

Schlüsselqualifikationen für sozialpsychiatrisches Handeln – gibt es das?

Petra Gromann

Die hier zusammengestellten Forschungsarbeiten beschäftigen sich im Kontext unterschiedlicher Forschungsfragen mit den Anforderungen an Mitarbeiter. Diese Anforderungen – so die allen Arbeiten zugrunde liegende Hypothese – haben sich durch sozial- bzw. gemeindepsychiatrische Arbeitsweisen deutlich verändert.

Die Umsetzung von Konzepten wie Home Treatment, Integrierte Versorgung, Alltags- und Prozessbegleitung, Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen ist ohne eine patienten- und recoveryorientierte Grundhaltung nicht möglich. Doch was bedeutet das konkret?

In der allgemeinen Diskussion um berufliche (Hochschul-)Bildung hat der Begriff Grundhaltung Synonyme wie »soft skills«, »emotionale Intelligenz«, »Beziehungskompetenz« und »Grundhaltung« hervorgebracht. Seit etwa Mitte der 70er-Jahre wird gefordert, dass mit der raschen Weiterentwicklung fachlichen Wissens ein Vorrang der Vermittlung instrumenteller Fähigkeiten einhergehen müsse. Zentral für die Ausbildung von Fachkräften (auch in der Psychiatrie) sei Kompetenzorientierung, mehr »Gewusst-wie« und weniger Wissensvermittlung für eine erfolgreiche Bewältigung der Anforderungen von beruflicher Praxis (vgl. MERTENS 1974).

Im Bologna-Prozess der letzten Jahre wurde aber immer deutlicher, dass die strukturelle Reform der beruflichen Bildung – insbesondere die der Hochschulbildung – zwar in ihrer Umstellung auf kompetenzorientierte Wissensmodule erfolgreich war, aber nicht mit einer veränderten beruflichen Didaktik und veränderten Curricula einhergegangen ist. Der »heimliche Lehrplan« der Hochschulen ist unverändert im Wesentlichen wissensbasiert und das Wissen wird weiter formalisiert abgeprüft. Schlüsselqualifikationen sind jedoch nicht einfach »vermittelbar«, sondern Ergebnis von Aneignungsprozessen.

Interessant ist hier eine Diskussion aus der allgemeinen Personalwirtschaft (vgl. FRISCHKNECHT und WOSCHNAK 2002), die deutlich macht, dass zwar bei Grundfähigkeiten (z. B. EDV, Texte verstehen, Texte schreiben, Sprachen, mathematische Fähigkeiten) und Fachwissen (psychiatrische Fachkenntnisse, methodische Fachkenntnisse, Wissenschaftsmethodik) eine hohe Vermittelbarkeit möglich ist – und diese auch im Zentrum der unterschiedlichen (Hochschul-)Ausbildungen steht, aber das, was im Besonderen im Bereich der Sozial- oder Gemeindepsychiatrie gefordert ist, nämlich

- fachübergreifendes Wissen (Problemlösen interdisziplinäre Kenntnisse, kritisches Urteilsvermögen),
- sozial-kommunikative Kompetenzen (Moderation, Präsentation, Teamarbeit, Berichte und Hilfepläne im Dialog schreiben, Kooperation mit Nichtfachleuten, andere Perspektiven einbeziehen) und vor allem
- persönliche Kompetenzen (Umgang mit Werten: Respekt vor der Person und den Belastungen einer psychischen Erkrankung, eigene Initiative entwickeln, flexibel reagieren können, Motivation) einer tendenziellen »Nichtvermittelbarkeit« unterliegen.

Neue Arbeitsweisen in allen Kontexten von Behandlung, Selbstsorge, Teilhabe an Arbeit und an der Gesellschaft (z. B. »first place than train«, Daheim statt Heim«) fordern aber vor allem die letztgenannten Qualifikationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Professionen in der Gemeindepsychiatrie.

Die alten Forderungen der Sozialpsychiatrie nach multiprofessionellen Teams beruhten noch auf der Idee verschiedener Perspektiven, die beim Verständnis der Person mit psychischen Störungen im Kontext stationärer Behandlung »zusammenkommen« sollten. Sie fokussieren damit auf einen Ort, an dem alle Berufsgruppen zusammenarbeiten und miteinander sprechen. Doch angesichts immer kürzerer Behandlungszeiten in der stationären Psychiatrie und der deutlich ausgeweiteten, aber fragmentierten Hilfen außerhalb der Klinik muss für jedes »gemeinsame« fachübergreifende Gespräch längerfristig ein Ort und ein Termin vereinbart werden.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit fordert fachübergreifende Fähigkeiten: Alle beteiligten Berufsgruppen müssen das Wesentliche an einer Problemstellung erkennen können, Lösungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven (psychisch-emotionaler,

sozialer, ökonomischer sowie die des persönlichen Umfeldes) erarbeiten und den Erfolg eingeleiteter Maßnahmen bewerten.

Auch die Anforderungen an die sozial-kommunikative Fähigkeiten verändern sich. Neben den breit diskutierten Folgen der Veränderung der Kommunikation mit Patienten/Klienten (vgl. WIENBERG 2007) ist auch eine Veränderung der kollegialen Kommunikation zu konstatieren. Je weniger Tätigkeiten an konstante »Teams« gebunden sind, desto präziser und oft auch formaler wird die Kommunikation.

Anforderungen an Teamarbeit, an Leitung haben sich mit den neuen Konzepten gewandelt: So sind die Verlässlichkeit von Absprachen, auch indirekter schriftlicher Kommunikation sowie die Zugänglichkeit von organisatorischen Strukturen (materielle Hilfen, Mobilität, Wohnraum, Arbeit) von wesentlich höherer Bedeutung in den Kontexten von flexiblen Organisationen – den »Komm-Strukturen« personenzentrierter Behandlung und Begleitung. Die Veränderung der Dienstleistungsorganisation führt zu eher flachen Hierarchien, teilautonomen Gruppen und der Tendenz zur »Unternehmerin der eigenen Arbeitskraft« zu werden, die flexible Betreuung und Begleitung unterschiedlicher Klientinnen und Klienten organisiert.

Edukative Kompetenzanforderungen nehmen in den neuen Behandlungs- und Begleitungskonzepten zu: Vermittlung von Informationen an Klienten: Präsentieren von Rückmeldungen, Aufgreifen individueller Motive, dialogisches Verfassen von Teilhabeplänen.

Ganz offensichtlich werden diese Fähigkeiten erst in der Praxis gelernt – und offensichtlich nicht nur aus Selbstlernprozessen. Die wenigen Gelegenheiten im Kontext ambulanter, zugehender Hilfen, in denen man mindestens in einer Tandemsituation zusammenarbeitet, sind Schlüsselsituationen für die Aneignung von Schlüsselqualifikationen. Der Zwang, individualisierte und personalisierte Begleitung im Rahmen von Teams vorzustellen, nach außen in Hilfeplankonferenzen oder Teilhabekonferenzen zu verteidigen und fachlich und ökonomisch zu begründen, ist unangenehm, aber offensichtlich der Ort der Aneignung dieser Kompetenzen.

Kolleginnen und Kollegen sind die Ressource, um den Umgang mit komplexen und nicht reduzierbaren Problemen zu üben, der viel gerühmte »Praxisschock« hilft, das eigene Fachwissen – auch aus therapeutischen Ausbildungen – zu realen Umweltproblemen von Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten in Bezug zu setzen.

Vor diesem Hintergrund ist die vorliegende Forschungsarbeit von Regina Dahms und Tjark Kunstreich interessant, in dem die Bedeutung der Teamkulturen und der Teamdiskurse für die »Schlüsselqualifikation« Beziehungsaufnahme zu Klienten herausgearbeitet wird. Folgt man ihnen, ist berufliche Kompetenz im Kontext der Gemeindepsychiatrie nicht allein mit »objektiven« beruflichen Qualifikationen zu beschreiben oder in Wissensparametern zu messen, sondern es ist mit HERRIGER und KÄHLER (2001, S. 5) eine stärkere Beachtung von personengebundenen Fähigkeiten für die im sozialen Feld handelnden Personen zu fordern.

Maja HEINER (2010) beschreibt die Schlüsselqualifikationen so:

Persönlichkeit, personale Ethik: Akzeptanz, Respekt vor der Persönlichkeit des anderen, Durchsetzungsvermögen, sicheres Auftreten, Wertschätzung, Frustrationstoleranz

Instrumentelle Kompetenzen: sozialrechtliches, sozialwissenschaftliches und sozialpsychiatrisches Fachwissen, Verwaltungs- und Organisationskompetenz, die Fähigkeit, den eigenen Arbeitsplatz nach unterschiedlichen Anforderungen von Klienten auszugestalten, konzeptionelle (Klientenbegleitung im Kontext eines Konzeptes zu verstehen) und methodische Kompetenzen (z.B. systemische und verhaltenspädagogische Zugänge)

Systemkompetenzen: Überblick über die verschiedenen Hilfe- und Unterstützungssysteme, Verständnis der jeweiligen Organisationslogiken und die Kompetenz, sich in diesen Systemen anwaltschaftlich zielführend für Klienten zu bewegen, Kenntnis und Verständnis der sozialen Räume, der Bedeutung von privaten und öffentlichen Netzwerken

Von besonderer Bedeutung sind jedoch die selbstreflexiven Kompetenzen: die Fähigkeit, Verknüpfungslinien zwischen der eigenen biografischen Entwicklung und der beruflichen Beziehungsarbeit herstellen, den Mut, die eigene Identität in der Ausgestaltung der Rolle spiegeln, und »zugleich Grenzen setzen, die möglich machen, dass Übertragung, Verstrickung und emotionale Kollusion kontrolliert werden können« (HERRIGER und KÄHLER 2001, S. 16). FRÖHLICH-GILDHOFF (2008) spricht davon, eine Person sein, »eine eigene Position einnehmen können«. Dazu gehören Authentizität und eigener Stil, Rollenklarheit, Fähigkeit zu Flexibilität und Kreativität. Er verweist damit auf die Bedeutung von »Selbstbestimmung« in der beruflichen Rolle.

Nun ist jedoch Selbstbestimmung als zentraler gesellschaftlicher Diskurs der letzten Jahre in der Psychiatrie eher in Bezug auf die Klienten

als in Bezug auf die Berufsrolle präsent. Tatsächlich haben reflexive Modernisierungsprozesse (vgl. BECK 1986) sowohl in Bezug auf den Klienten wie auf die berufliche Akteure Einfluss: Das Individuum soll seine berufliche Welt selbst gestalten und verantworten. Das führt zum Abbau von Beschränkungen wie Klinikroutinen oder Heimstrukturen, zu Wettbewerbsbegrenzung, aber z. B. auch zu reduzierter Verantwortung von Arbeitgebern. Das »Fürsorgeparadigma« ist gefallen (vgl. SCHWARTE 2008): Die Entwicklung von bevormundender Fürsorge hin zu anwaltschaftlicher Interessenwahrnehmung auf der Basis reflektierter Empathie ist dabei regional sehr unterschiedlich entwickelt. Das Ziel einer kooperativen Bewältigung eines sinnvoll gestalteten Alltags bei größtmöglichem Entscheidungsfreiraum der Nutzer, erfordert die flexible Organisation oft neu zu kombinierende Unterstützungsmaßnahmen. Das Konzept der Personenzentrierung wie der individuellen, empathischen Recovery-Begleitung verlangt von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geradezu ein hohes Maß persönlicher und selbstreflexiver Kompetenzen.

Auch in klinisch-therapeutischen Konzepten wird Adherence – die Vertrauensbeziehung zwischen Patientinnen und ihren Behandlerinnen – international als den wichtigsten Faktor für den Therapieerfolg gesehen. Vertrauen erleben bedeutet nicht das (Be-)Folgen können von fachlichen Entscheidungen, sondern das Erleben gegenseitiger Wertschätzung und Achtung – auch wenn die Nutzer vielleicht andere Entscheidungen treffen, als sie den Mitarbeitenden fachlich angeraten erscheinen.

Wie diese auf eine Beziehung zu den Klienten »auf Augenhöhe« zielende Entwicklung ganz konkret von Mitarbeitern in England und Deutschland erlebt werden, macht die Forschungsarbeit von Vera Dangel in diesem Band deutlich. England, mit seiner deutlich weiter entwickelten Tradition gemeindepsychiatrischer Hilfen, kann hier noch manchen Impuls liefern.

Von besonderer Bedeutung scheint für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung die Fähigkeit zur eigenen Rollenklärung zu sein. Das Konzept der motivierenden Gesprächsführung beschreibt dies in den folgenden Fragen ganz konkret:

- »Weiß ich genügend über die Erkrankung und die soziale Situation?
- Kann und will ich alle Informationen mit dem Klient und seinen Angehörigen besprechen?

- Weiß ich um den subjektiven Sinn subjektive Funktionen der Symptome?
- Was soll vorrangig bearbeitet werden? (Erkrankung, Person, Umfeld)
- Was wäre aus meiner Sicht der nächste Schritt zu einer Stabilisierung des Klienten/der Situation?« (vgl. KREMER und SCHULZ 2012)

All bislang beschriebenen Aspekte beschreiben, welche hohen Erwartungen von fachlicher Seite an Mitarbeiterinnen im gemeindepsychiatrischen Feld gestellt werden. Doch wie bewältigen Mitarbeiterinnen diese hohen Anforderungen im Alltag?

Franziska Boes hat sich diese Frage am Beispiel der Bewältigung von Klientensuiziden gestellt – der extremsten und endgültigsten Ausprägung von Beziehungsabbruch im Kontext gemeindepsychiatrischer Praxis. Die Frage von Resilienz und Bewältigungsstrategien stellt sich nämlich wesentlich auch für Mitarbeiterinnen, gerade weil der Fokus beruflicher Kompetenzen in den neuen Konzepten sich immer mehr auf deren Beziehungsfähigkeit und Selbstreflexionskompetenz verschiebt. Auch Mitarbeiter brauchen Unterstützung bei ihrer Recovery-Reise. In den Ergebnissen der qualitativen Forschung von Franziska Boes spiegeln sich die Ergebnisse internationaler Erfahrungen im Kontext von Recovery-Konzepten, wie sie von REPPER et al. (2013) geschildert werden:

Die Einbeziehung von Nutzern in Behandlungskonzepte (Experienced Involvement), patientenzentrierte Kultur und Leitung, die Förderung der Individualisierung durch größere Wahlmöglichkeiten beinhalten die Bereitschaft, Risiken einzugehen. Das ist nur möglich, wenn sich die Risikoeinschätzung und das Risikomanagement verändern. Für Mitarbeiter ist dabei besonders wichtig, Rückendeckung der Direktion und ein klares Bekenntnis zu dezentralen Entscheidungen zu erleben. Verbesserte Rehabilitation und Teilhabe – soziale Inklusion – ist nur zu erreichen, in dem die Organisation und Finanzierung von Hilfen flexibilisiert werden.

Die Suche nach den Schlüsselqualifikationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Gemeindepsychiatrie wäre unvollständig, wenn nicht auch die Perspektive der Nutzer einbezogen würde. Am Beispiel einer in der gemeindepsychiatrischen Praxis als »schwierig« erlebten Klientengruppe – junge Erwachsene mit Doppeldiagnosen im Kontext Betreuten Wohnens – hat Katrin Janssen erforscht, welche

Bedarfe und Erwartungen diese an Mitarbeiter im Betreuten Wohnen haben. Ihre Ergebnisse bestätigen die Erkenntnisse von Alice MEDALIA (2013): Sich selbst einbringen, Selbststeuerung ermöglichen, personenzentrierte Unterstützung anbieten, Verantwortung und Risikobereitschaft teilen – das sind die entscheidenden Qualifikationen für Alltags- und Prozessbegleiter von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung.

Mitarbeiterinnen wie auch »Genesungsbegleiterinnen« der Sozial- und Gemeindepsychiatrie benötigen offensichtlich nicht nur eine »Grundhaltung«, sondern konkrete Kompetenzen: Sie müssen lernen, psychotische Zustände zu erkennen und auf Verhaltensauffälligkeiten richtig zu reagieren. Von besonderer Bedeutung sind auch alle Fertigkeiten, die Klienten in Ausbildung und Beruf unterstützen. Das schließt die Begleitung von Zielfindungsprozessen in einer Weise ein, die geeignet ist, Klienten Selbstvertrauen und Wohlbefinden zu vermitteln.

Interessant ist, dass gerade bei »schwierigen« Klienten nicht von »Beziehung« gesprochen wird. Besonders in der ersten Phase der Kontaktaufnahme kommt es darauf an, Verbindlichkeit herzustellen, Arbeitstempo und Ziele festzulegen. Ganz offensichtlich deutet sich hier eine Rollendefinition an, die mehr der eines »Coachs« als der einer (Sozial-)Therapeutin entspricht.

Gerade im Kontext der englischen Diskussion um »relation-based« (vgl. MURPHY et al. 2012) versus »evidence-based« social work wird es spannend sein, die Fragestellungen um Schlüsselqualifikationen weiterzuentwickeln. Von besonderer Bedeutung ist aus meiner Sicht dabei, dies nicht nur im Sinne von »Glaubenssätzen« zu tun, sondern dies im Sinne von nutzerorientierten Forschungsvorhaben weiter zu klären.

Literatur

- BECK, Ulrich (1986): Risikogesellschaft – auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main
- FRISCHKNECHT, Peter Mark; WOSCHNAK, Ute (2002): Schlüsselqualifikationen – vom Arbeitsmarkt verlangt – von der Hochschule gelehrt? In: Personal, 10, S. 26–30
- FRÖHLICH-GILDHOFF, Klaus (2008): Wissen, Handlungskompetenz oder Persönlichkeitsbildung notwendige Schlüsselqualifikationen

- für Diplom-SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen aus der Perspektive der Bezugswissenschaft Psychologie. Abschlussbericht efh Freiburg http://zfkj.de/files/u2/Abschlussbericht_Schl.quali.pdf (Zugriff: 14.02.2013)
- HEINER, Maja (2010): *Kompetent handeln in der Sozialen Arbeit*. München, insb. S. 12–15
- HERRIGER, Norbert; KÄHLER, Harro Dietrich (2001): *Kompetenzprofile in der sozialen Arbeit*. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*, 3, S. 3–28
- KREMER, Georg; SCHULZ, Michael (2012): *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie*. Bonn
- MEDALIA, Alice (2013): *Recovery Trainer begleiten Menschen mit Psychosen*. In: BURR, Christian; SCHULZ, Michael; WINTER, Andréa; ZUOBONI, Gianfranco (Hg.): *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Köln, S. 174–185
- MERTENS, Dieter (1974): *Schlüsselqualifikationen – Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft*. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung*, 7, S. 36–43
- MURPHY, David; DUGGAN, Mark; JOSEPH, Stephen (2012): *Relationship-Based Social Work and Its Compatibility with the Person-Centered Approach: Principled versus Instrumental Perspectives*. In: *British Journal of Social Work*, 1–17
- REPPER, Judy; SHEPHERD, Geoff; PERKINS, Rachel; BOARDMAN, Jed (2013): *Strukturelle Voraussetzungen von Recoveryorientierung*. In: BURR, Christian; SCHULZ, Michael; WINTER, Andréa; ZUOBONI, Gianfranco (Hg.): *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Köln, S. 90–103
- SCHWARTE, Norbert (2008): *Selbstbestimmung allein genügt nicht. Thesen zu einem Leitbegriff der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung*. In: MARKER, A. (Hg.): *Soziale Arbeit und Sozialwissenschaft*. Berlin. http://www.uni-siegen.de/zpe/mitglieder/ehemalige/schwarte/selbstbestimmung_20allein_20ogen_fcgt_20nicht.pdf (Zugriff: 18.02.2013)
- WIENBERG, Günther (2007): *Vom Objekt zum Subjekt*. www.ibrp-online.de/download/wienberg.pdf (Zugriff: 14.02.2013)

Ungewissheit und Ohnmacht

Professionelle Beziehungskompetenz in der Sozialen Arbeit

Regina Dahm, Tjark Kunstreich

Im Erststudium der Sozialen Arbeit wird zumeist außer der Warnung, sich nicht zu tief mit den Klienten einzulassen, wenig zum Thema Beziehungskompetenzen vermittelt, sind Berufseinsteigerinnen¹ sich in diesem zentralen Bereich der Sozialarbeit weitgehend selbst überlassen. Wir haben während unseres Erststudiums stellenweise den Eindruck gewonnen, dass der Begriff der professionellen Distanz als kompetente Professionalität *an sich* verstanden wird. Im Zuge unserer eigenen beruflichen Erfahrung sind wir aber zu der Überzeugung gelangt, dass ein solches Professionalitätsverständnis eindimensional zu einer übersteigerten Abgrenzungsmentalität führen kann, die wiederum weniger mit den Klienten als mit den Arbeitsbedingungen im Team zu tun hat.

Die empirische Grundlage unserer Überlegungen ist ein Forschungsprojekt, welches wir gemeinsam mit Manuela Kraft durchgeführt haben. Unsere Forschungsfrage zielte darauf ab, das Abgrenzungsparadigma aufzudecken, vor dessen Wirkungsmächtigkeit jede sich als ungenügend abgegrenzte Fachkraft erleben muss, die »etwas mit nach Hause nimmt«; womit die Frage umgangen wird, wie schwierige Situationen institutionell (nicht) verarbeitet und die Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung individuell bewältigt werden – aus unserer Sicht die Frage der Kompetenzen. Der Personenkreis der Mitarbeiterinnen für unsere Forschung bezog sich dabei nicht auf eine bestimmte Berufsgruppe, sondern auf in der Gemeindepsychiatrie tätige Personen, die in einem langfristig angelegten Beziehungskontext zu ihren Klienten stehen.

Im Dickicht der Veröffentlichungen zur Professionalisierungsdebatte ist die professionelle Beziehungsgestaltung nur am Rande ein Thema, wodurch sich die Literaturrecherche nur begrenzt als fruchtbar erwies. Veröffentlichungen, die sich konkret auf unsere Forschungsthematik

beziehen, sind (im deutschsprachigen Raum) kaum vorhanden. Anregungen fanden wir in den Beiträgen des von B. MÜLLER und DÖRR herausgegebenen Buches »Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität« (2006) sowie in einer Veröffentlichung über moralische Begründungsstrukturen professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit von KUTSCHER (2003). Auch VON SPIEGEL hat sich mit den Anforderungen professioneller Arbeitsbeziehungen beschäftigt und daraus in ihrem Buch »Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit« (2011) Arbeitshilfen für die Praxis beschrieben. Es gelang uns, Prof. Dr. Hiltrud von Spiegel, Prof. Dr. Margret Dörr und Prof. Dr. Burkhard Müller als Gesprächspartner im Rahmen halb narrativer Experteninterviews zu gewinnen. Die Interviews flossen als Anregungen in die weitere Gestaltung des Forschungsprozesses ein.

Im Anschluss wurden leitfadengestützte Interviews mit elf Mitarbeiterinnen und vier Mitarbeitern des Ambulant Betreuten Wohnens geführt (zu diesem Teil des Forschungsprojekts vgl. DAHM und KUNSTREICH 2011). Nach Auswertung dieser Interviews formulierten wir aus den Generalisierungen Thesen als Diskussionsanreize für die Gruppendiskussionen. Die Struktur der problemzentrierten Gruppendiskussion schien uns besonders geeignet, die exklusive Beobachterposition zu relativieren und im Wechsel von Interaktion und Beobachtung die Relevanz der Beobachtungen beider Seiten nutzbar zu machen (vgl. BOHNSACK 2008, S. 375 ff.). Indem wir unsere Auswertungen und die darin einfließenden Eindrücke aus den Einzelinterviews in den beteiligten Einrichtungen vorstellten, haben wir den Mitarbeiterinnen die Möglichkeit gegeben, unsere Ergebnisse kennenzulernen und kritisch zu diskutieren. Dieser Rückbezug ermöglichte es uns, nicht nur die Diskussion des zentralen Themas des beruflichen Selbstverständnisses, sondern auch die Veränderung und Verschiebung subjektiv bedeutsamer Themen in der Gruppendynamik zu beobachten. In den Gruppendiskussionen ging es im Wesentlichen um Beziehungskompetenzen, d. h. die professionelle Bewältigung der Arbeit mit und in Beziehungen. Ausgehend von diesen Gruppendiskussionen, möchten wir uns im zweiten Teil dieses Beitrages dem Kontrast zwischen der Professionalisierungsdebatte der Sozialarbeitswissenschaft und den Erfahrungen und Problemen der Fachkräfte widmen.

Teamkulturen: Drei Gruppendiskussionen

An den Gruppendiskussionen nahmen sowohl Mitarbeiterinnen teil, die bereits Interviews gegeben haben, als auch andere, die Interesse am Forschungsprojekt hatten. Alle Gruppendiskussionen fanden in den Geschäftsstellen der jeweiligen Träger statt und dauerten im Durchschnitt 25 Minuten. Bei einer Diskussion war die Teamleitung dabei, bei zweien nicht. Es nahmen insgesamt dreizehn Mitarbeiterinnen teil, je drei, fünf und fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Alle Gruppendiskussionen wurden auf Video aufgezeichnet und transkribiert.

Wir stellen zunächst die Gruppendiskussionen einzeln vor. Zitiert werden Sequenzen, die sich aufgrund der Dichte des Gesprächs und des »relativ engagierten Bezugsrahmens« als »Fokussierungsmetaphern« eignen (BOHNSACK 2008, S. 376). Diese werden im Anschluss miteinander verglichen. Als Diskussionsanreize dienten Sätze wie z. B. folgender: »Einige der von uns interviewten Personen äußerten, dass eine professionelle Beziehungsgestaltung hinsichtlich der Regeln und der Rollenverteilung klar definiert sein sollte. Wie sehen Sie das?« Zu Beginn wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Ablauf unseres Forschungsprojekts und die Maßnahmen zur Anonymisierung erklärt. Alle stimmten der Videoaufnahme zu.

Gruppendiskussion 1

Die erste Gruppendiskussion hatte drei Teilnehmerinnen, eine Teilnehmerin hatte kurzfristig abgesagt. Sie dauerte etwa 35 Minuten und fand in der Geschäftsstelle des Trägers statt. Zwei Teilnehmerinnen, Frau K (40 Jahre) und Frau L (33), sitzen nebeneinander auf einem Sofa, Frau M (48), die dritte, auf einem Sessel. Sie ist die Leiterin des Teams.

Der erste Abschnitt der Diskussion beschäftigte sich mit den Regeln der Abgrenzung. In den Aussagen der Gruppe erscheinen die Klienten als Menschen, bei denen es nötig ist, sich sehr stark abzugrenzen und feste Regeln für den Umgang zu haben:

L: Mir fällt noch 'ne Regel ein, was Nähe und Distanz betrifft, dass wir uns nicht beleidigen oder beschimpfen lassen müssen vom Klienten. Dass wir also auch als Professionelle, die ja auch immer helfen wollen

den Leuten und viel Verständnis haben; dass wir auch unsere Grenzen haben, und das hier im Team auch klar ist, wenn ein Klient ähm unverschämt wird, oder anfängt, mich anzuschreien – haben wir eben im Team ja auch wieder gehabt – dass ich als Betreuer auch das Recht habe, zu sagen: so, also authentisch zu sein und zu sagen: hier ist meine Grenze, so lass ich hier nicht mit mir reden, der Kontakt wir jetzt beendet, ich merke, heute sind Sie ... irgendwie total durch den Wind und ... ich lasse mich jedenfalls nicht beleidigen und ja, ich ruf Sie morgen an, wenn sich alles geglättet hat und oder Sie rufen mich an, dass kann man je nach Klient ... muss man gucken ... so etwas, denk ich, gehört ja auch noch dazu.

K: Also, find ich auch so ... und auch ein respektvoller Umgang, also wie du schon sagst: dass die einen natürlich nicht anschreien, aber dass man auch selber jetzt auch nicht lauter wird, sondern dass man einfach auf einer Ebene mit dem Gegenüber ist und respektvoll miteinander umgeht und ähm ... ja. ... Irgendwas wollte ich noch sagen, aber ... Datenschutz gehört auch noch dazu, auch ganz wichtig ...

L: Ja, auch für beide Seiten, ne? Also, dass ich meine Privatsphäre habe und natürlich nicht ... mhmm ... also der Klient kriegt ja viel mit im ambulanten Bereich, ich sag immer dieses Beispiel, wenn ich jetzt jemanden mit meinem Auto mit hinnehme, sieht der, dass ich da 'nen Kindersitz drin habe oder vielleicht zwei bei anderen Kollegen ... so, so etwas ... wir kriegen jetzt demnächst zwei Dienstwagen zusätzlich, das vereinfacht das wieder, find ich ... der sieht dann nicht: hat sie jetzt ihr Auto gewaschen oder drei Monate nicht, hat die jetzt hundert CDs rumfliegen, ach die hört die und die Musik ... äh ... aha, die hat den und den Radiosender drin. Wenn man's jetzt mal übertreibt, ne? Erfahren die ja dann doch mehr, als wenn ich in einem Raum sitze, als Therapeut und der Klient einmal die Woche zu mir kommt und ich dann Tschüss sage ... insofern ist das ... muss man immer wieder neu gucken: wo steck' ich die Grenze, wie viel kriegt der mit, wie viel kriegt der nicht mit. Aber man ist ja eben auch Mensch ein Stück weit und ... ja, kann ja nicht wie so 'ne Maschine ein Gespräch abhandeln und sonst gar nicht ...

In dieser Sequenz wird deutlich, dass es gerade die flexiblen, an die Bedürfnisse der Klienten angepassten Arbeitsbedingungen des ABW sind, die aufgrund ihrer fließenden Grenzen sehr persönliche Grenzziehungen notwendig machen. Diese können auch individuell verschieden

sein, entscheidend ist der Gruppe aber, dass jede Mitarbeiterin das Setting letztlich bestimmt und sich nicht vorgeben lässt. Wo die »Privatsphäre« anfängt, ist ebenfalls sehr subjektiv bestimmt. Die in dieser Sequenz deutlich werdende eher defensive Haltung zieht sich durch die gesamte Diskussion; defensiv sowohl in der Haltung gegenüber Klienten als auch gegenüber der Struktur im Team.

In der Folge geht es darum, ob »der Therapeut«, wie Frau L es ausdrückt, zum Beispiel erzählt, wohin er in den Urlaub fährt. Am Ende der Sequenz sagt Frau M, die Leiterin: »Also, es gibt ja immer wieder auch Rückmeldungen von Klienten über Kollegen, die sagen: Mensch eigentlich ... jetzt hab ich das, das, das alles mitgekriegt, aber eigentlich will ich das gar nicht wissen, denn es geht um mich!« Hier wird die Gefahr angesprochen, dass Mitarbeiterinnen von sich aus eine persönliche Beziehung zu Betreuten suchen, die von diesen als übergriffig empfunden wird. Frau L berichtet dann auch, dass Frau M als Leiterin Gespräche mit Mitarbeiterinnen führt, wenn sie entsprechende Rückmeldungen erhält und dass solche Verwicklungen auch im Team besprochen werden können:

L: Da ist es so, dass Frau M mit den entsprechenden Kollegen spricht – ich hatte so ein Gespräch auch schon mal (lacht) – es gibt auch Assistentenkräfte, die so ein Gespräch schon mal hatten, ne? Dass man noch mal guckt, dass eben auch von Leitungsebene noch mal gesagt wird: So, und hier ist deine Grenze als Mitarbeiter ... ähm ... pass auf, dass du vielleicht nicht zu nah an den Leuten auch dran bist, das ist ja nix Böses, aber man wird irgendwann unprofessionell und kann natürlich dir irgendwann auch zum Nachteil werden, weil das ist dann nicht mehr Arbeitsverhältnis ... ja, da sieht man einfach, was für unterschiedliche Persönlichkeiten hier arbeiten – was du auch sagtest [schaut zu K] – ... was für manche ganz einfach ist; die würden hier sitzen und sagen: wieso, ist doch kein Problem, ich kann mich super abgrenzen. Ne? Privat ist Privat und Beruf ist Beruf. Und andere ... ja, sind aber vielleicht offener vom Typ sowieso schon und die haben ... und da find ich's eben wichtig, wie Frau M das macht, die macht das nicht im Sinne von: hier falsch, falsch, falsch. Sondern: Pass auf, hier so und so. Ich hab hier die Rückmeldung bekommen ... ja.

K: Ja, aber für so was ist hier ja auch Raum, also wir können ja hier im Team auch zusammensitzen mit 15 Leuten und einer sagt: Ja, so und so und dann können die anderen sagen: ja, meinst du nicht, dass

du da zu nah dran bist und dann denkt man nicht: Oh, Gott, ich bin total schlecht und total unprofessionell ... oh, nein, nächstes Mal sag ich lieber nix. Sondern da gibt's hier den Raum: Stimmt, hab ich jetzt gar nicht so ...

M: Na, das ist ja auch wichtig, dass das im Team besprochen wird oder dass auch vom Team Rückmeldungen einem gegeben werden, ne?

K: Ja.

In der kurzen Sequenz im Anschluss an Frau L.s Beitrag, wendet Frau K ein, dass sie die Rückmeldungen im Team ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger findet, als die Gespräche mit der Leiterin. Frau M sieht hier einen Widerspruch und versucht ihn zu glätten, indem sie betont, dass die Rückmeldungen aus dem Team »auch wichtig« seien. Damit aber beendet sie zugleich die Diskussion.

Als Beobachter hatten wir den Eindruck, dass es hier einen Konflikt im Team über den Unterschied zwischen der Besprechung von Problemen in Betreuungsbeziehungen im Team und im (offenbar als disziplinarisch empfundenen) Gespräch mit der Leiterin gibt. Auch dass es schon zu Beginn der Diskussion zu einer solch emotional engagierten Situation kam, die schnell abgebrochen wurde, schien uns ein Hinweis darauf zu sein. Letztlich fügt sich auch Frau K, die es bei einem »Ja« belässt, obwohl sie zuvor nicht hat aussprechen können und mitten im Satz war. Die Struktur der Gruppe, die ja eine Untergruppe des Teams ist, ist auf die Leiterin ausgerichtet, sowohl in der Nähe (Frau L) wie in der Distanz (Frau K) – Frau K sitzt auch am weitesten von Frau M entfernt.

In der folgenden Sequenz wechseln die Rollen, denn Frau K, die eben noch Frau M widersprochen hat, geht nun auf deren Seite und argumentiert gegen Frau L:

K: Also ich find aber ... 'ne zu starke Nähe kann auch ganz schön unprofessionell werden ...

L: Ja ...

K: ... weil du dann einfach zu nah bist und nicht mehr ... den Blick irgendwie hast, ne? Du bist ja dann irgendwie so ein bisschen Teil des Systems. Du sollst ja eigentlich auch von außen den Blick drauf haben.

M: Und vielleicht auch zu sehr deine eigenen Vorstellungen da reinbringst ...

K: Ja ...

M: ... und gar nicht mehr guckst: Wo steht der Klient? Was will er? Was kann er schaffen? Sind es meine Ansprüche oder sind es seine?

L: Oder auch das, was wir jetzt haben bei einer Klientin, dass wir festgestellt haben: Mensch, dadurch, dass wir da sind und vielleicht zu nah dran sind oder – was weiß ich – oder zu sehr auf diese Klientin eingehen ... eigentlich nur dazu beitragen, dass ihre Erkrankung sich verschlimmert ...

M: ... sich stabilisiert ...

L: ... genau. Dass sie im Grunde chronifiziert und stabilisiert, wenn man nicht mehr Distanz hat. Also in diesem bestimmten Fallbeispiel wäre mehr Distanz hilfreicher gewesen für die Person. Die würde das vielleicht nicht so empfinden, weil die das als Ablehnung empfinden würde ... aber ... also, das ... ja.

M: Und ich glaube auch, wenn man so ganz nah dran ist, ist es auch problematischer, was zu fordern, also: Sie müssen jetzt auch mal versuchen, das selber zu machen ... das man einfach denkt: ich übernehme das mal eben, das mache ich demjenigen zuliebe oder es wird vielleicht auch so erwartet, dass man dann da auch da Sachen übernimmt. Und eigentlich geht's ja darum, die Leute dahin zu kriegen, dass wir irgendwann überflüssig sind ...

L: Ja ...

M: ... und das dadurch dann Betreuungen in die Länge gezogen werden.

[Unterbrechung]

M: Also ich denke, ein vertrauensvolles Verhältnis ist total wichtig, aber es darf eben nicht zu nah sein.

Erneut reißt der Gesprächsfaden ab, nachdem die Leiterin die Diskussion zusammengefasst hat. Über die realen Probleme, die Frau L anspricht, soll offenbar nicht gesprochen werden. Das Thema hat sich aber wie von selbst verschoben, es geht nur um mangelnde Distanz bzw. zu große Nähe und nicht mehr um die Frage des Verhältnisses von Distanz und Nähe. Unter Nähe wird von vornherein ein persönliches, ansatzweise privates Verhältnis verstanden. Die Interviewerin kommt deswegen noch einmal auf die Ausgangsthese zurück, aber die Diskussion kreist immer wieder um die Frage zu großer Nähe.

Immer wieder wurde das vorgegebene Thema von der Gruppe vermieden, offenbar, weil es genau an diesen Fragen in diesem Team Konflikte gibt. Inwieweit diese ausgetragen werden, vermittelt sich hingegen nicht. Die »klientenzentrierte« Haltung der Leiterin stellt für die Mitarbeiterinnen ein Problem dar, weil sie definiert, was die Klien-

tinnen und Klienten wollen. Der Druck kommt so von den einzelnen Betreuten auf der einen und von der Leitung auf der anderen Seite – eine Situation, von der Mitarbeiterinnen in Einzelinterviews berichteten, dass sie sich darin zerrieben fühlten. Die Leiterin hat Strukturen eingeführt, die offenbar als Kontrolle verstanden werden und Angst auslösen. Frau K verteidigt das Team, während Frau L die Leiterin und ihr Vorgehen verteidigt.

Es entsteht der Eindruck, die Gruppe ist von Feinden – Klienten und Assistenzkräften – umgeben und befindet sich in einem permanenten Verteidigungszustand. Frau K und Frau M gehen auf die Beispiele, die Frau L bringt, nicht ein. Frau M spricht beinahe formelhaft und verrät darin eine gewisse Unsicherheit in ihrer Leitungsrolle, Frau K hingegen formuliert ihre Beiträge aus der professionellen Rolle, spricht aber ebenfalls nicht über Beispiele. Innerhalb der Gruppe gibt es noch keine festen Konstellationen, wie der Positionswechsel von Frau K zeigt.

Gruppendiskussion 2

Die zweite Gruppendiskussion hatte fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmer, drei Frauen und zwei Männer im Alter zwischen 31 und 51 Jahren. Alle sind schon erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Herr H seit 18 Jahren, Herr E seit 23 Jahren, und selbst die jüngste Teilnehmerin, Frau T bereits seit bald sieben Jahren; Frau F und Frau J arbeiten seit 13 bzw. zwölf Jahren im gemeindepsychiatrischen Kontext. Die Gruppendiskussion dauerte etwa 25 Minuten und wurde ab und zu gestört, weil sie während der Geschäftszeit geführt wurde. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sitzen in einem Dienstzimmer um einen eckigen Tisch herum.

In der ersten Sequenz, in der es um die klaren Regeln geht, die in einer Betreuungsbeziehung bestehen sollten, wird deutlich, dass diese Fachkräfte sehr unterschiedliche und individuelle Vorstellungen von den Regeln haben; der Konsens besteht darin, dass die Kunst der professionellen Beziehungsgestaltung eher ein reflexiver Vorgang ist, in dem Nähe und Distanz situativ bestimmt werden.

J: Ich denk auch diese grad diese warum eh fällt eigentlich mehr auf, wenn eh als unprofessionell auf, wenn jemand Nähe zu nah an einem dran bist und das andere net denke ich is einfach ehm die Probleme, die dann auch bei Kollegen oder uns auftreten, die treten auf durch

Nähe und net durch Distanz. Weil unsere Probleme, die wir dann haben eh sei es, dass wir Supervision brauchen, eh sei es, dass wir sogar noch weitergehen müssen, um selbst geholfen zu kriegen, die treten net auf, weil wir distanziert sind, sondern weil wir zu nah sind.

H: Ja, das ist richtig. Das sind dann auch die Gedanken, die man in sich trägt.

J: Ja, es ist einfacher, Distanz zu halten.

H: Ja, das ist für mich einfacher –, das erklärt vielleicht den Impulsmechanismus.

J: Genau.

H: Es ist auf jeden Fall einfacher wenn mer a größere Distanz hat – nur die Gefahr bei ner größere Distanz eh zu viel Distanz is halt – dann bewegt sich halt nix, ne.

J: Ja.

H: Hm (zustimmend).

J: Aber das fällt dann wiederum net so auf, weil jemand der ehm ... ich denke, dass das so a Ungleichgewicht ist, weil man sich selbst reflektiert in ner Gruppe, dann glaub ich eher, dass die, die eingebunden sind, ein Problem haben sich zu distanzieren, weil die anderen merken ja gar net, dass sie zu distanziert sind.

T: Also ich denke, es ist grundsätzlich wichtig am Anfang der Beziehungsgestaltung mehr Nähe zu haben als Distanz.

Hier werden sehr unterschiedliche, beinahe gegensätzliche Haltungen deutlich, die aber nebeneinander stehen gelassen werden. Frau J meint, dass auftretende Probleme immer von zu großer Nähe ausgelöst würden, während Herr H betont, dass sich bei zu großer Distanz nichts bewegt. Einig sind sie sich darin, dass es unter Umständen auch mit zu großer Distanz ein Problem geben könnte, dass dieses aber weniger auffällt, als ein Problem mit zu großer Nähe in einer Betreuungsbeziehung: Wer zu distanziert arbeitet, der oder dem fiele es nicht auf, weil er oder sie so distanziert ist; wer hingegen involviert ist, der hat Probleme und bespricht sie im Rahmen der Supervision. Das Verhältnis zur Supervision ist allerdings zwiespältig, wie Frau J in ihrer Formulierung deutlich macht: Supervision ist die Vorstufe zur Therapie, die man in Anspruch nimmt, wenn man sie »braucht«.

Nachdem Frau T sagt, dass sie grundsätzlich finde, am Anfang einer Betreuungsbeziehung sei mehr Nähe als Distanz erforderlich, bricht diese Sequenz ab, obwohl hier eigentlich ein neues Thema ange-

schnitten wird. Nähe und Distanz werden nicht statisch begriffen, sondern in erster Linie als Mittel der Regulation in der Betreuungsbeziehung. Es geht um das Erfassen der Stimmungen von Klientinnen und Klienten, um daserspüren der jeweils adäquaten Vorgehensweise. Ähnlich wie in der Diskussion um die Regeln, wird hier ein individualisiertes Herangehen favorisiert. Die Gruppe ist sich einig darin, dass Lebenserfahrung und Intuition ein ausreichendes Repertoire bereitstellen, um professionell zu arbeiten. Die Frage der Ausbildung und der Vermittlung von entsprechenden Fähigkeiten wird dagegen gering geschätzt:

H: Also wenn ich zurückblicke, dann – als ich aus der Schule kam, da war mein Handeln schon sehr pädagogisch geleitet, von dem was ich gelernt hab. Mittlerweile hat sich das doch relativiert, ich gehe offener ehm ... (nicht zu verstehen) als vorher. Vorher, also eher regelbehaftet, mehr regelbehaftet als das jetzt bei mir ist. Und von daher sind's – waren es für mich Erfahrungswerte, die ich da eh gesammelt hab, die mich leiten.

J: Ja, ich weiß nur net, ob ich das jetzt so auf Regeln so eh – das mich das verändert, die Arbeit eh, das Reflektieren von der Arbeit, die Menschen, mit denen man zu tun hat – das ist schon ne Veränderung. Ich mein nur, net ob man das dann wirklich auf die Regeln – ob die sich verändert haben – da bin ich mir jetzt net so sicher. Ich bin schon die ganze Zeit am überlegen, ob ehm – weil es net wirklich so viele Regeln sind – also als Regeln bezeichnen kann. Also ich störe mich unheimlich an diesem Wort.

H: Regeln?

J: Regeln, ja! Ich mein ich lass mich von niemandem angrabschen, ich lass' eh verschiedene Sachen definitiv net zu, aber ehm ...

E: Ja, das sind auch Regeln, die sind auch so grundlegend ne, dass man das gar net als Regeln wahrnimmt, das ist so was von selbstverständlich, ne.

J: Ja!

Mit der Erfahrung wird die »déformation professionnelle« relativiert, Leitmotive des Handelns werden aus den Erfahrungen in der Arbeit generiert. Letztlich, so Herr E, gelten für die Beziehungsgestaltung im professionellen Rahmen die gleichen Regeln wie für den privaten: Regeln, die so grundlegend seien, dass man sie nicht mehr als solche wahrnimmt, sondern als Selbstverständlichkeiten.

Durch die Störungen und die knappe Zeit hat diese Gruppendiskussion nicht den Zirkel des Gesprächs geschlossen, Rückbezüge auf den Verlauf der Diskussion blieben aus, zugleich aber waren die Diskussionsanreize lediglich Anlass zur erneuten Variation des einen Themas, dass die Diskussion beherrschte: die Freiheit zur individuellen Gestaltung der professionellen Beziehung. Die Gemeinsamkeit des Teams scheint darin zu bestehen, sich einander nicht zu nahe zu kommen, damit jedes Mitglied seiner Arbeit nachgehen kann.

Gruppendiskussion 3

Die dritte Gruppendiskussion fand im Freien, auf der Terrasse der Geschäftsstelle der Einrichtung statt. An ihr nahmen fünf Frauen teil, ein Mann und eine Frau standen dabei, sagten aber nichts. Diese Gruppendiskussion dauerte etwa 17 Minuten und hatte den Charakter einer verlängerten Rauchpause. Vier Teilnehmerinnen saßen auf einer Bank und eine Teilnehmerin stand hinter der Bank. Die Gesprächsatmosphäre ist von Anfang an ungezwungener als in den anderen beiden Gruppendiskussionen:

S: Und auch Beziehung zu den Bewohnern, also ne gewisse Distanz und nicht das Ganze so als ne Art Familie sehen oder so find ich also schon manchmal ein bisschen kritisch.

G: Was meinst du mit kritisch?

S: Ja, wenn man eh die Beziehung zu den Bewohnern – so wir sind eine Familie – jetzt so als Beispiel, ja ... das ist manchmal ein bisschen kritisch find ich, weil, eh das kann irgendwie nach hinten losgehen, wenn de dann jemanden hast, der dich als gute Freundin sieht und mit dir dann irgendwie privat und das alles irgendwie durcheinanderbringt.

C: Deswegen ...

S: Also ne gewisse Distanz find ich schon sinnvoll.

C: Das kommt auf den Bewohner halt an.

D: Ja.

C: ... denk ich. Das kommt auf de Mitarbeiter und de Bewohner an. Ich denk, mit manchen muss man mehr Distanz halten wie mit andere – weil mer merkt ja irgendwie eh nach ner Zeit kennt mer de Bewohner auch und mer weis auch wie mer selbst reagiert auf bestimmte Sache. Ja manche Bewohner nutzen uns auch aus und manche nicht.

D: Ja, das stimmt.

G: *Hm (zustimmend).*

U: *Ja du kannst ja auch net jedem gleich begegnen.*

Gleich zu Anfang beginnt Frau S mit einer Bemerkung, die Protest auslöst, weil sich offensichtlich einige Kolleginnen angesprochen und kritisiert fühlen. Das führt zu einer Diskussion darüber, wie individuell Nähe und Distanz gestaltet werden müssen, allerdings sind die Kriterien dafür offensichtlich ebenso individuell: Nähe hängt im Wesentlichen von Sympathie ab – ein Faktor, über den sich jede und jeder Professionelle Gedanken machen sollte: Warum finde ich diesen Klienten nett und jenen blöd? Solche Gefühle lassen sich nutzbar machen in der Beziehungsarbeit, freilich müssen sie reflektiert werden, und davon ist in der Diskussion wenig die Rede: Klienten, die Mitarbeiterinnen ausnutzen, werden gewissermaßen mit Missachtung, also Distanz, gestraft. Zugleich ist Nähe auch etwas, wie Frau G anmerkt, das sich ebenso einsetzen lässt wie Distanz, um etwa Angst zu reduzieren. Frau S bringt es auf den Begriff der »individuelle[n] Distanz«, um einen Konsens herzustellen. Zuvor hat sie gesagt: »Privates lässt man auch hier«: Man nimmt nicht nur eventuell belastende Situationen mit nach Hause, man bringt auch Privates mit in die Arbeit. Dieses Team ist sich bewusst, dass sich persönliche Anteile in der professionellen Beziehungsgestaltung nicht vermeiden lassen, die Teilnehmerinnen können sich freimütig über persönliche Vorlieben äußern, ohne dass es auf Widerspruch stößt.

Als Beobachter spürten wir zunächst einen Widerwillen gegen diese offensichtliche Unprofessionalität, bis wir uns fragten, ob uns die methodengesteuerte Rationalisierung von Sympathie und Antipathie, wie sie uns sonst im Alltag begegnet, lieber ist: Einzelne wie auch Teams neigen dazu, die Ablehnung von Klienten fachlich zu begründen, anstatt die Gefühle, die im Spiel sind, genau zu überprüfen, und vielleicht auf eine Idee zu kommen, warum der Klient unsympathisch erscheint. Die rein persönliche Beurteilung von Klienten kann jedoch dazu führen, dass die Klienten fortwährend reinszenieren, was sie erlebt haben – ebenso wie die Professionellen, die nicht bemerken, dass sich in ihren Reaktionen (die sie für persönlich halten) nur wiederfindet, was der Klient schon kennt und immer wieder herstellen muss.

Bei dieser Gruppendiskussion fiel uns auf, dass Klienten, trotz – oder vielleicht wegen – des persönlichen Ansatzes, nicht als Partner in einem Arbeitsbündnis begriffen werden, sie werden stattdessen zu Familien-

mitgliedern: quengelige Kinder, nervige Tanten und Onkel; in anderen Worten: Unser Eindruck ist, dass in diesem Team die Beziehungsmuster der Mitarbeiterinnen als Maßstab dienen. So betrachtet, können sie keine Fehler machen und das Problem hat immer der Klient. Anpassen muss sich letztlich der Klient.

Die Gruppendiskussionen im Vergleich

Die Auswertung der Gruppendiskussionen zeigt, dass sich die Probleme in allen drei Gruppen um die Frage des Verhältnisses von Regeln und Strukturen auf der einen, und den individuellen Fähigkeiten und Defiziten auf der anderen Seite dreht. Die erste Gruppe möchten wir als »Team unter Druck« bezeichnen – unter Druck von allen Seiten, ohne einen ausreichend großen eigenen Gestaltungsspielraum. Die Beziehungen untereinander sind von Misstrauen und wechselnden Loyalitäten geprägt, sodass der unbestreitbar vorhandene Druck nicht zu einem Thema einer gemeinsamen Reflexion im Team wird, weil er als zu übermächtig empfunden wird. Die zweite Gruppe ist das »Team der Einzelnen«: Es herrscht ein sehr respektvoller Umgang miteinander, aber es gibt auch keine gemeinsame Arbeitshaltung im Team, was eine fachliche, unter Umständen auch kritische Diskussion erschwert. Die dritte Gruppe schließlich nennen wir das »Familienteam«, weil die Beziehungen zu den Klienten in erster Linie moralisch bestimmt sind, d.h. nicht auf fachlichen, sondern auf stereotyp-familiären Bewertungen beruhen.

Aus den kollektiven Mustern, die in den Gruppendiskussionen deutlich werden, sind Rückschlüsse auf den individuellen Betreuungsstil zwar nicht möglich, wohl aber auf eine Grundstimmung, die auch in den Außenkontakten des Teams zum Tragen kommt. Das »Team unter Druck« könnte dazu tendieren, den Druck weiterzuleiten – mit der Folge, dass die Klienten immer »anstrengender« werden und der Druck weiter steigt. Im »Team der Einzelnen« gibt es scheinbar keine für die Klienten transparenten Regeln, bildlich gesprochen: Die Betreuungsbeziehung gleicht einem Bild ohne Rahmen und Halterung, die für beide Seiten berechenbar machen, was in der Beziehung geschehen soll und was nicht. Das »Familienteam« ist zwar berechenbarer, weil die Bewertungen familienanalog vorgenommen werden; für die Klienten kann das jedoch bedeuten, dass sie die Rolle einnehmen (müssen), die sie in ihrer Familie schon hatten.

Insgesamt vermitteln die Gruppendiskussionen den Eindruck, als werde die »Frage [nach Nähe und Distanz] [...] oft zwischen hart entgegengesetzten Polen verstanden und gelebt«, wie THIERSCH es zusammenfasst (2006, S. 29). Eine Vermittlung scheint ausgeschlossen. Die daraus folgenden divergenten Ausprägungen von Professionalität reflektieren bis zu einem bestimmten Grad aber auch die Arbeitsbedingungen, von denen erstaunlicherweise kaum die Rede ist, obwohl sie doch einen großen Einfluss auf die Frage der Regulierung von Nähe und Distanz in Betreuungsbeziehungen haben: von der Arbeitsdichte über die Hilfeplanung und den Verwaltungsaufwand bis zur Zeiteinteilung – alle diese Aspekte strukturieren und beeinflussen die professionelle Beziehungsgestaltung. Diese Tatsache wird in allen drei Gruppendiskussionen nicht benannt, stattdessen gibt es eine einheitliche Tendenz zur Individualisierung, wenn auch auf sehr unterschiedliche Weise: In der ersten Gruppendiskussion wird die individuelle Fähigkeit zur Distanz in den Vordergrund gestellt, in den anderen beiden die individuelle Fähigkeit zur Nähe. Entsprechend findet sich entweder die Projektion, die Klientinnen und Klienten wollten viel mehr an Nähe, oder die eines großen Einflusses auf die Klientinnen und Klienten: Im ersten Fall muss man sie eingrenzen, im zweiten Fall sich selbst. »Allmachtsfantasien sind immer auch Deckmantel für erfahrene Ohnmacht, [...] die man nicht aushalten kann. Ich kann nicht aushalten, dass ich letztlich nicht weiß, was eigentlich der Klient braucht.« (B. Müller im Experteninterview)

In allen drei Gruppendiskussionen spiegelt sich darüber hinaus wider, was auch in den Einzelinterviews häufig benannt wird: die Ratlosigkeit darüber, wie die Beziehungsgestaltung in der Ausbildung vermittelt werden kann. Auf der einen Seite ist dieser Aspekt hoch besetzt als je individuelles Instrumentarium, auf der anderen Seite wird eine Kritik formuliert an mangelnden Möglichkeiten zur Praxisreflexion.

Die Professionalisierungsdebatte

Im Folgenden möchten wir, ausgehend von den Schlussfolgerungen aus den Gruppendiskussionen, das Spannungsverhältnis zwischen einer (kompetenten) Beziehungsgestaltung in der Praxis der Sozialen

Arbeit auf der einen Seite und der sozialarbeitswissenschaftlichen Professionalisierungsdebatte auf der anderen kritisch beleuchten. May stellt in seiner Veröffentlichung »Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit« dar, wie sehr dieser Diskurs der Arbeit am Begriff verhaftet ist: Nicht nur, dass nach wie vor gar nicht klar ist, um was es eigentlich geht – Soziale Arbeit oder soziale Arbeit oder Sozialarbeit resp. Sozialpädagogik –, es scheint vor allem um Definitionen dessen zu gehen, was Sozialarbeit ausmacht, ob sie überhaupt eine Profession ist (vgl. MAY 2008, S. 24 ff.). Die Praxis wird aus ihren institutionellen und gesellschaftlichen Voraussetzungen erklärt und kaum als eigenständiger Bereich begriffen, der eigene empirische Betrachtungen erfordert. Das haben wir schon während unserer Forschung festgestellt, als wir auf der Suche nach entsprechender Literatur zum Thema Beziehungsgestaltung waren.

Eine Ausnahme stellt hierbei HEINERS Untersuchung »Professionalität in der Sozialen Arbeit« (2004) dar, die sich sowohl theoretisch wie empirisch der Frage der Professionalität nähert, und der Frage der Beziehungsgestaltung eine zentrale Bedeutung bei der Beurteilung sozialarbeiterischer Professionalität gibt. In ihrer Untersuchung stellt sie fest, dass »professionell argumentierende Fachkräfte [...] dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mehr Bedeutung zu [messen] und [...] die Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung (einschließlich des problematischen Machtgefälles) [stärker reflektieren] als weniger professionelle Fachkräfte« (HEINER 2004, S. 110). Im Aufbau der Beziehung steht ein »exploratives und tentatives Vorgehen« im Vordergrund, »das durch behutsame Annäherung und bewusste Zurückhaltung versucht, das Vertrauen der KlientInnen zu gewinnen« (ebd., S. 111).

Dass es ein Bewusstsein im sozialarbeitswissenschaftlichen Diskurs darüber gibt, wie schwierig und zugleich notwendig die Bearbeitung dieses Themas ist, ohne die sich die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit sich noch vertiefen könnte, beschreibt Thiersch in einer persönlich gehaltenen »Skizze« zur »Authentizität« im pädagogischen Handeln: »Die Diskussion nämlich steht in Gefahr, dieses Moment [der Authentizität] völlig zu verdrängen und damit die in ihm liegenden Ressourcen ungenutzt und die in ihm liegenden Gefährdungen unbedacht und unbearbeitet zu lassen, so dass sie gleichsam hinterrücks das pädagogische Handeln irritieren.« (THIERSCH 2009, S. 242 f.) In Übereinstimmung mit unseren eigenen Forschungsergeb-

nissen stellt er fest, dass »die Betonung der exzentrischen Distanz im pädagogischen Handeln dazu [führt], dass genau sie als sein ausschlaggebendes Charakteristikum ausgegeben wird«; so werde »die Frage nach Authentizität auch im Mainstream der professionstheoretischen Diskussion [verdrängt]. Sie ist hier geprägt durch eine eigentümliche Sprachlosigkeit. Begriffe für ein besonderes Engagement fehlen, von Faszination, Glück und Schuld, von Angst und Verzweiflung ist kaum die Rede« (ebd.).

B. Müller erinnert in diesem Zusammenhang daran, »dass Professionalität Sozialer Arbeit nicht nur aus disziplinärem Wissen und professionellem Können besteht, sondern auch und vor allem aus lebendigen Personen« (B. MÜLLER 2010, S. 972). Professionelle Kompetenz sei, so B. Müller, von der Biografie der Professionellen nicht ablösbar und besitze sowohl eine »alltagspraktische« als auch eine »ethische Dimension«: »Die alltagspraktische Dimension besteht schlicht darin, dass professionelles Können nie nur das umfasst, was durch Ausbildung, Training, kasuistische und theoretische Reflexion erworben werden kann, sondern immer auch aus lebensgeschichtlich erworbenen Fähigkeiten, »gesundem Menschenverstand«, Erfahrungen, persönlichen Stärken und Schwächen. Die ethische Dimension meint aber mehr, als dass zum professionellen Handeln immer auch moralische Prinzipien gehören. Vielmehr ist die beschriebene Offenheit, selbstkritische Reflexion, Beobachtungsfähigkeit und Verhandlungsbereitschaft immer auch eine persönliche ethische Haltung. Eine Haltung allerdings, bei der unterm Strich weniger die gute Absicht zählt und mehr das faktische, oft mühsam erworbene Können.« (ebd.)

Aus unserer Sicht reicht jedoch die reine Beschreibung dieser Eigenschaften nicht aus, um angesichts der zunehmenden Attraktivität einer »Evidenzbasierten Sozialarbeit«, so der Titel eines Bandes, der von SOMMERFELD und HÜTTEMANN 2007 herausgegeben wurde, die Bedeutung der professionellen Beziehungsgestaltung zu verorten. In den USA und Großbritannien ist diese Entwicklung sehr viel weiter vorangeschritten als in Deutschland; mit »evidence-based practice« ist hier gemeint, dass sich Interventionen und Handlungen von Sozialarbeiterinnen an wissenschaftlicher Expertise zu messen haben. Dabei sind vor allem jene wissenschaftlichen Ergebnisse evident, die in vergleichenden Studien unter Bedingungen durchgeführt wurden, die Fehlerquellen weitgehend eliminieren; wissenschaftliche Untersuchungen werden in

Evidenzgraden bewertet (vgl. SOMMERFELD und HÜTTEMANN 2007, S. 3). Im Prinzip wird ein naturwissenschaftlich-medizinisches Modell auf die Soziale Arbeit übertragen, das selbst in der Medizin umstritten ist, zumal in der Psychiatrie: So versuchen Bola, Ciompi und andere mit Begleit- und Katamnese Studien den Wirkfaktoren Zeit und Beziehung Aufmerksamkeit zu verschaffen, die in der evidence-based research als Parameter bislang gar nicht vorkommen (vgl. BOLA et al. 2009). Die Kritik richtet sich dabei nicht gegen eine wissenschaftlich fundierte Praxis, sondern dagegen, dass die wissenschaftlichen Resultate, gerade weil sie unter Laborbedingungen gewonnen wurden, eben keine Zusammenhänge wahrnehmen, die bei einer Umsetzung in die Praxis oft entscheidend sind.

Orientierungslosigkeit

Zugleich werden im Zuge der Professionalisierungsdebatte die Anforderungen an das berufliche Profil einer Fachkraft immer differenzierter und anspruchsvoller. Allgemeingültige Kriterien für eine professionelle Beziehungsgestaltung sucht man in der Fachliteratur allerdings vergebens, womit die Beurteilung von guter oder schlechter Praxis sowie die Umsetzung als individuelle Aufgabe der Fachkraft auferlegt wird. Gerade der diffuse Bereich der Beziehungsgestaltung, in den die Fachkraft ihre persönlichen Beziehungskompetenzen und Wertevorstellungen einbringt, bleibt weitgehend unbearbeitet: Der Großteil der von uns interviewten Personen gab an, dass in ihrer Ausbildung eine professionelle Beziehungsgestaltung entweder nicht thematisiert wurde oder aber thematisiert wurde, sie das aber nicht nachhaltig beeinflusst habe. Der Fokus des Studiums der Sozialen Arbeit liegt vielmehr auf theoriegeleiteten Inhalten. Auch die Forschungsgruppe um Fröhlich-Gildhoff kommt bei der Analyse des Lehrveranstaltungsangebotes zu dem Ergebnis, »dass der weitaus größte Teil der angebotenen Lehrveranstaltungen dazu dient, theoretische Inhalte – also in der Regel Wissen – zu vermitteln. In der Rangordnung folgen dann Veranstaltungen, die im weitesten Sinne das Thema Beziehungsgestaltung zum Gegenstand haben, gefolgt von Thematiken im Bereich der (Selbst-)Reflexion, respektive Teamarbeit und Arbeit mit Gruppen« (FRÖHLICH-GILDHOFF 2008, S. 25). Diese Vernachlässigung beziehungsrelevanter Kompetenzen suggeriert den (angehenden) Fachkräften eine theoriegeleitete

Sicherheit, die an der komplexen Praxis oft scheitert. Das in unserer Forschung festgestellte und in der eigenen beruflichen Sozialisation erlebte distanzorientierte Professionalitätsverständnis leitet sich u. a. also aus dem Auseinanderklaffen der in der Ausbildung vermittelten, theoriegeleiteten Handlungssicherheit und der in der Praxis erfahrenen, von Paradoxien gekennzeichneten Unsicherheit her. Als Folge dieser Orientierungslosigkeit entwickeln und gestalten Fachkräfte professionelle Beziehungen in hohem Maße individuell und greifen zumeist auf persönliche Erfahrungen zurück, wie dieses exemplarische Interviewzitat deutlich macht: »Bei uns in der Einrichtung gibt es auch nicht wirklich Regeln der Beziehungsaufnahme, die einzuhalten wären. Wir haben da sehr viel Freiraum, verlassen uns auf unser Bauchgefühl oder die Erfahrung oder wie immer man es nennen will.«

Als Konsequenz kann neben der Orientierungslosigkeit und Verunsicherung der Fachkräfte aber auch eine Immunisierung gegen Kritik festgestellt werden, da fehlende Maßstäbe zugleich keine Kontrolle ermöglichen – Fachkräfte sind in ihrem (mehr oder weniger) kompetenten Handeln kaum angreifbar. Fehlerdiskussionen haben in der Sozialen Arbeit daher keine Kultur, da ihr gesellschaftlicher Status ohnehin schon labil ist und solcherlei Debatten mit zusätzlichen individuellen und kollektiven Kränkungen verbunden sind.

Kompetenzen ...

Aus diesen Überlegungen heraus haben wir Fragen formuliert, die wir ansatzweise zu beantworten versuchen: Welche Kompetenzen benötigt eine Fachkraft, um tragfähige professionelle Beziehungen herstellen zu können? Sind diese Kompetenzen überhaupt erlernbar? Und lassen diese sich in allgemeingültigen Handlungsempfehlungen operationalisieren? Berufliche Handlungskompetenzen werden in der einschlägigen Literatur (vgl. insb. ROTH 1971, S. 180; BECK 2005, S. 83; ERPENBECK und HEYSE 2007, S. 184; KNAUF 2003, S. 14) über drei Dimensionen konkretisiert (klassische Dreiteilung in Sach-, Sozial- und Selbstkompetenz), wobei dieses Konzept für die Soziale Arbeit zu simplifizierend und wenig praktikabel ist, da es den komplexen Sachverhalten in der Sozialen Arbeit nicht gerecht wird (vgl. HEINER 2010, S. 51). Nach C. W. Müller benötigen Fachkräfte Schlüsselkompetenzen zur (Weiter-)Entwicklung von Sach-, Methoden- und Selbstkompetenzen.

Er benennt folgende zentrale Schlüsselqualifikationen (und plädiert in der Vermittlung dieser in der Ausbildung für eine große Praxisnähe; vgl. C. W. MÜLLER 2001, S. 153): Als hermeneutische Grundorientierung bezeichnet er das *Verstehen* und meint damit »ein grundlegendes Akzeptieren des Anderen, die Fähigkeit, in der Kommunikation mit dem Anderen bei sich selbst zu sein, schließlich den Anderen so zu verstehen, wie er verstanden werden möchte und sich selbst so auszudrücken, wie man verstanden werden will« (ebd., S. 161). Als wichtigste Voraussetzung einer unterstützenden Helfer-Beziehung versteht er das *Herstellen von Beziehung* an sich. Weitere Schlüsselkompetenzen sind das *Sich-in-Institutionen-Bewegen, an Ressourcen anschließen* sowie das *Vermitteln und Kooperieren. Selbstreflexive Kräfte wecken* bezeichnet er als »die Fähigkeit, unser eigenes Tun in einem zweiten Durchgang durch unsere Lebensgeschichte aus der Entfernung und frei von einem aktuellen Handlungsdruck noch einmal zu »überdenken« und dabei evaluative Konsequenzen für die weitere Arbeit und für die Gestaltung des weiteren Lebens zu ziehen« (ebd.). Schließlich sollen Fachkräfte *Entwicklungen markieren und Ablösungen ins Werk setzen* können.

Als eine der wenigen Veröffentlichungen, welche sich direkt auf das Curriculum Sozialer Arbeit bezieht, hat der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) »Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik« (2008) in Form eines Kompetenzkataloges entworfen. Hier wird dem selbstreflexiven Anteil der Fachkraft sowie der Nähe-Distanz-Regulierung professioneller Beziehungen jedoch zu wenig Raum zugestanden und der Fokus auf methodisch-administrative Kompetenzen gelegt. Der Kompetenzkatalog des DBSH kann als technokratischer Gegenentwurf zu dem von C. W. Müller entworfenen Kompetenzprofil gesehen werden: Während dieser Basiskompetenzen wie eine hermeneutische Grundorientierung als Voraussetzung für die Entwicklung von Handlungskompetenzen aufführt, bleibt der Bereich der Grundhaltung im Kompetenzmodell des DBSH unbeschrieben. Zwar ist von »Empowerment, Ermutigung, Empathie als Haltung und Methode zur Gestaltung einer professionellen Hilfebeziehung« die Rede – durch den Auflistungscharakter des Kompetenzkatalogs allerdings im Rahmen einer völlig anderen Gewichtung. Heiner hingegen abstrahiert in ihrem Handlungskompetenzmodell in bereichsbezogene und prozessbezogene

Kompetenzmuster. Die Selbstkompetenz stellt sie dabei als zentrale Querschnittskompetenz dar: »Selbstkompetenz verlangt die Fähigkeit zur Metakognition, zum Nachdenken über die eigenen Denk- und Deutungsmuster, einschließlich des bewussten (Nach)Empfindens der eigenen Empfindungen und Gefühle. Kompetenz setzt von daher [...] ein auf die eigene Person bezogenes Wissen und Können voraus und die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und Selbstregulation.« (HEINER 2010, S. 63 ff.)

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Kompetenzbeschreibungen und -konzepte Sozialer Arbeit eine professionelle Beziehungsgestaltung entweder gar nicht berücksichtigen oder aber die Notwendigkeit beziehungsrelevanter Kompetenzen betonen, es bei dieser Betonung jedoch belassen. Nun liegt der Einwand nahe, dass dem Anspruch eines einheitlichen, komprimierten Kompetenzkonzeptes ohnehin nicht gerecht zu werden wäre, wie auch die Aussage von Herriger und Kähler deutlich macht: »Was ›Handlungskompetenz‹ ausmacht, wie sie definiert ist, ist kaum auf einen einheitlichen Nenner zu bringen, da vielfältige ›Taxonomien‹ aus unterschiedlichen disziplinären Lagern, aber auch divergierende paradigmatische und handlungslogische Auffassungen typisch sind.« (zitiert nach WEINHART 2007, S. 127) Auch laut Heiner fehlt in Bezug auf die Handlungskompetenzen in der Sozialen Arbeit weitgehend die Fachterminologie (vgl. HEINER 2010, S. 68).

Die Beschäftigung mit den Kompetenzkonzepten bringt demnach wenig Aufschluss über handlungsleitende Aspekte einer professionellen Beziehungsgestaltung, vor allem auch deswegen, weil sie sich der Thematik von der Theorie her nähern, und nicht von der Empirie. Die bloße Auflistung sozialarbeiterischer Kompetenzen kann die Frage nach der angemessenen Gestaltung professioneller Beziehung kaum mit Leben füllen.

... und Haltungen?

Wie nähert man sich also der Beschreibung beziehungsrelevanter Kompetenzen, ohne Gefahr zu laufen, durch zu große Verallgemeinerungen wiederum praxeologisch unbrauchbar zu formulieren? Hier scheint es notwendig, den Blickwinkel um die *Haltungen* von Fachkräften zu erweitern. Auch Heiner konstatiert, dass die Gestaltung von Beziehung durch äußerliche Faktoren wenig bewirkt, wenn sie nicht zugleich

durch eine bestimmte Haltung gekennzeichnet ist, und verweist diesbezüglich auf den von Carl Rogers entwickelten klientenzentrierten Ansatz (vgl. HEINER 2010, S. 131). Dieser Klassiker der Gesprächsführung dürfte jeder Sozialarbeiterin im Studium begegnet sein – zudem benennen Fachkräfte in Befragungen Wertschätzung und Achtung als zentrale Aspekte einer Haltung (vgl. insbes. FLAD et al. 2008, S. 100) – womit sich die Frage stellt, wie unsere Forschungsergebnisse (professionelle Distanz als Leitmotiv eines Professionalitätsverständnisses) zu begründen sind. Schäfter stellt diesbezüglich fest, »dass die von Rogers postulierten Haltungen Empathie, Wertschätzung und Authentizität allgemein bekannt sind, die Haltungen jedoch in Handlungen umgesetzt werden müssen, und dieses methodische Handeln in der Forschung bisher kaum Beachtung erfährt« (SCHÄFTER 2010, S. 293).

Haltungen von Fachkräften korrelieren immer mit dem Bild, das diese von ihren Klienten haben – also in welcher Art und Weise sie diese wahrnehmen. Zimmermann und Lob-Hüdepohl merken hierzu an, dass auch Fachkräfte nicht davor gefeit sind, »psychische Erkrankungen reduktionistisch wahrzunehmen und damit vereinfachenden Wahrnehmungsgewohnheiten in der Öffentlichkeit Vorschub zu leisten« (ZIMMERMANN und LOB-HÜDEPOHL 2007, S. 300). So finden sich in der Praxis der Sozialen Arbeit nach wie vor pathologisierende Strukturen, denkt man an das defizitorientierte Herangehen bei der Beantragung von Hilfen oder die stigmatisierende Diagnostik. Möbius und Klawe beschreiben die auch heute noch bestehende defizitäre Sichtweise einhergehend mit der »Unterstellung einer tiefgreifenden Hilflosigkeit des Klienten« (MÖBIUS und KLAWE 2003, S. 43).

Wenn wir Kriterien beziehungsförderlicher Haltungen aufzeigen wollen, kommen wir nicht umhin, die häufig postulierte Gefahr der Nähe in professionellen Beziehungen zu beleuchten. Die sozialarbeiterische Praxis ist geprägt durch viele unstete, veränderliche und situativ wie individuell bedingte Faktoren und erfordert somit von den Fachkräften ein hohes Maß an Flexibilität. Die Fachkraft ist ob dieser Ausgangslage bemüht, persönliche Gefühle so weit wie möglich zu kontrollieren, da diese ansonsten als weitere unberechenbare Variable die Arbeit erschweren und damit die Verunsicherung erhöhen. Unsere Forschungsergebnisse haben ergeben, dass Fachkräfte eine emotionale Beteiligung am Leben der Klienten per se als unprofessionell interpretieren. Damit führen sie – überspitzt ausgedrückt – ihr persönliches Gefühlsleben ad

absurdum, da sich dieses nicht nach Belieben ausschalten lässt. Werden die persönlichen Gefühle auf diese Weise abgespalten oder tabuisiert und folglich auch die professionelle Nähe/Distanz-Regulation auf dieser Ebene verortet, erhält sie den Charakter einer Kulisse. Freundschaftliche Gefühle, Liebe, Hass, Mitleid oder (enttäuschte) Dankbarkeitserwartungen können jedoch in jeder professionellen Beziehung eine Rolle spielen und gefährden die Betreuungsbeziehung, sofern sie nicht adäquat reflektiert werden. BOLAY beschreibt die ambivalente Haltung von Fachkräften, Nähe zu zeigen, sich ab einem bestimmten Punkt aber abzugrenzen, als Beziehungsfalle für die Klienten, welche ihnen »eine situative Interpretationsleistung zu[mutet], der sie sich aus strukturellen Gesichtspunkten heraus nicht gewachsen zeigen können, deren Folgen sie aber als beschämendes Unvermögen ihrer selbst erfahren« (1998, S. 45). BOLAY folgert, »dass es zuallererst um den Abbau schamgenerierender Strukturen und Deutungsmuster gehen muss« und verweist auf die von Honneth diskutierten drei Muster intersubjektiver Anerkennungsweisen: emotionale Zuwendung, kognitive Achtung und soziale Wertschätzung (ebd., S. 50).

Verstehen und Ungewissheit

Nun ist die Reflexion eigener als auch der Gefühle des Klienten kein Selbstzweck, es muss vielmehr zur Erschließung eines dienlichen Verständnisses führen, oder wie Duppel es anschaulich auf den Punkt bringt: »[E]s ist der Grad des Verstehens, der die tatsächliche Entfernung zwischen zwei Menschen bestimmt.« (DUPPEL 2005, S. 15) So betrachtet kann die Regulation auf einer ganz anderen Ebene verortet werden, nämlich in dem Sinne, dass *Verstehen* die bestimmende Variable im Kontinuum zwischen Nähe und Distanz ist, und weniger die unkontrollierbaren Gefühle der Fachkräfte und/oder der Klienten. Die Momentaufnahme im Prozess des Ausbalancierens wird unter Einbezug dieses Aspektes greifbarer und transparenter. Im Vergleich zu den Nachbardisziplinen würdigt der sozialarbeitswissenschaftliche Diskurs die Bedeutung von Gefühlen jedoch nur unzureichend. Nicht vernachlässigt werden darf z.B. zu hinterfragen, in wessen Interesse das Streben nach Nähe oder Distanz ist: in dem des Klienten oder der Fachkraft? Durch das Transparentmachen dieser Aspekte und die Reflexion vermeintlich unprofessioneller, aber im Menschsein dispo-

nierter Gefühle, können u.E. entlastende und beziehungsförderliche Potenziale entwickelt werden. Diese reflexive Kompetenz mündet idealerweise in eine reflexiv-flexible Haltung, welche es ermöglicht, unter Berücksichtigung persönlicher Gefühle auf die individuellen Bedürfnisse der Klientel einzugehen. So betonen auch BECKER-LENZ und MÜLLER (2009, S. 372), »dass die Kompetenzen für das Erkennen von Übertragungsphänomenen und die Kontrolle der Gegenübertragung auf der habituellen Ebene liegen müssen«. Wir folgern daher, dass das festgestellte übersteigert distanzierte Professionalitätsverständnis eine mangelnde Reflexion eigener Gefühle zur Ursache hat, denn: »Fachkräfte, die ihre Emotionen reflektieren, sind in den meisten Fällen fähig, eine professionelle Distanz zu entwickeln.« (VON SPIEGEL 2011, S. 110) – Und hierbei ist von professioneller Distanz im eigentlichen Sinne die Rede.

In den Abbildungen 1 und 2 auf den folgenden Seiten fassen wir die von uns erarbeiteten Handlungs- und Beziehungskompetenzen tabellarisch zusammen. Den Aspekt der Selbstreflexion stellen wir dabei als »Grundgerüst« voran, da wir diesem den Charakter eines internalisierten Habitus zusprechen. Die in »förderlich« und »nicht förderlich« untergliederten Kompetenzen stellen die Synthese der von uns als relevant interpretierten Aspekte der vorangegangenen Ausführungen dar.

Da einerseits Kompetenzen individuell konstruiert werden und von situativen, persönlichen und anderen kontextrelevanten Faktoren abhängig sind und diese Kompetenzen andererseits stets situativ und abhängig von den Erfordernissen der jeweiligen – immer unterschiedlichen – Beziehung zum Klienten eingesetzt werden, kann es kein allgemeingültiges Beziehungskompetenzkonzept geben. Dies ist in der einschlägigen Literatur zur Genüge konstatiert worden und daher keine neue Erkenntnis (vgl. u. a. HEINER 2010, S. 9). Es hat jedoch den Anschein, als würde diese Unmöglichkeit der Erfassung und Beschreibung allgemeingültiger Beziehungskompetenzen nicht akzeptiert, was sich nicht nur auf der Ebene der Theorie in Form der kontroversen Professionalisierungsdebatte äußert, sondern sich auch in der immer noch bestehenden Sehnsucht der Fachkräfte nach ebendiesen Handlungskonzepten widerspiegelt. In der Folge werden Unsicherheiten und Ungewissheiten nicht als das wahrgenommen, was sie sind – nämlich als der Sozialen Arbeit inhärent –, sondern als individuelles Defizit.

ABBILDUNG 1 Haltungskompetenzen

Selbstreflexive Haltung	Persönliche Berufsmotivation hinterfragen Bereitschaft und Wille zur Selbstreflexion Wahrnehmung eigener Gefühle Den Spagat des doppelten Mandats im Auge behalten (Vermeidung einseitiger Parteilichkeit: Pro-Klient oder Pro-Institution)	
Haltungskompetenzen/ Habitus	Förderlich	Nicht förderlich
Verstehen als hermeneutische Grundorientierung	Grundlegendes Akzeptieren des Klienten Neugierde und Offenheit für Begegnungen mit Klienten	Reduktionistische Wahrnehmung der psychischen Erkrankung Vorschnelles Pathologisieren
Empowerment	Klienten als Experten in eigener Sache respektieren Erkennen von Ressourcen Ermutigung der Klienten Echte Wertschätzung auch kleiner Erfolge Sich selbst als »Instrument« oder »Werkzeug« verstehen Angemessene Übernahme von Verantwortung seitens der Fachkraft und des Klienten	Unterstellung einer tiefen Hilflosigkeit des Klienten Künstliche Aufrechterhaltung von Abhängigkeit Unangemessene Ablehnung von Verantwortung Überfürsorglich- keit

Wir halten es als Fazit dieser Ausführungen für unumgänglich, Ungewissheit sowohl in die Ausbildung als auch in die (eigene) berufliche Praxis als hochrelevantes Faktum »wiedereinzuführen«. Damit kann der ohnehin unmögliche Versuch, die der Sozialen Arbeit immanente Komplexität durch Theorien und Methoden zu reduzieren, beendet werden – vielmehr sollte man beginnen, sie mithilfe (empirisch begründeter) Wissenschaft zu reflektieren: Paradoxien, Ambivalenzen und Ambiguität sind nicht die Ausnahme, sondern die Regel – in der Ausbildung und in der Praxis geht es also um Modelle und wie mit ihnen umgegangen werden kann. Wünschenswert wäre also ein größeres Selbstbewusstsein, welches auch den Mut zu weiteren empirischen

ABBILDUNG 2 Beziehungskompetenzen

Selbstreflexive Beziehungskompetenz	Bereitschaft zur (beziehungsbiografischen) Selbstreflexion Wissen um eigene »blinde Flecken« Emotionale Beteiligung am Leben der Klienten zulassen und daraus entstehende Gefühle reflektieren Bereitschaft zur Reflexion des Wechselspiels von Übertragung und Gegenübertragung (enttäuschte) Dankbarkeitserwartungen hinterfragen	
Beziehungskompetenzen	Förderlich	Nicht förderlich
Nähe / Distanz-regulative Kompetenz	Eigene Grenzen kennen Selektive, persönliche Offenheit Sich auf jeden Klienten neu einlassen Gegenübertragungsgefühle bewusst machen können Für-sich-Sorgen	Nähe / Distanz-Regulierung von der psychiatrischen Diagnose abhängig machen Überbetonung der asymmetrischen Beziehung Unnötige Reglementierungen
Wahrnehmung der Bedürfnisse des Klienten	Übertragungen des Klienten erkennen Nähe / Distanz-Regulierung so weit wie möglich an die Bedürfnisse des Klienten anpassen	Vorschnelles Pathologisieren Verweigerung von Beziehungsangeboten
Angemessene Kompetenzpräsentation / Authentizität	Der Klientel kompetente Unterstützung, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln Eigene Unsicherheiten transparent machen Ergebnisse von Supervisions- oder Fallbesprechungen mit der Klientel erörtern	Verwendung von Phrasen in der Kommunikation Vertuschung eigener Unsicherheiten Vorenthalten von relevanten Kooperationsabsprachen

Forschungen beinhaltet, die die Praxis in den Mittelpunkt rücken, anstatt sich mehr oder weniger defensiv mit der Legitimation der Sozialen Arbeit zu befassen.

Anmerkung

- 1 Betreuerinnen und Betreuer werden unter der weiblichen, Klientinnen und Klienten unter der männlichen grammatikalischen Form gefasst, jeweils sind beide Geschlechter gemeint, außer wenn von konkreten Personen die Rede ist oder es thematisch unumgänglich ist. Damit reflektieren wir die Tatsache, dass die Mitarbeiterinnen vor allem Frauen sind, während sich unter den Klienten des Betreuten Wohnens mehr Männer als Frauen befinden (vgl. Forschungsgruppe IH-NRW 2008: 249).

Literatur

- BECK, Simon (2005): Skill-Management – Konzeption für die betriebliche Personalentwicklung. Wiesbaden
- BOHNSACK, Ralf (2008): Gruppendiskussion. In: FLICK, Uwe et al. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek (6. Auflage). S. 369–384
- BOLA, John R. et al. (2009): Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: A review of the literature. In: Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, , 1, S. 4–18
- BOLAY, Eberhard (1998): Scham und Beschämung in helfenden Beziehungen. In: METZLER, Heidrun; WACKER, Elisabeth (Hg.): Soziale Dienstleistungen. Zur Qualität helfender Beziehungen. Tübingen
- DAHM, Regina; KUNSTREICH, Tjark (2011): Nähe und Distanz: ein Forschungsprojekt über professionelle Beziehungsgestaltung. In: neue praxis, 6, S. 635–646
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) (Hg.) (2008): Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Schwalbach/Ts.
- DÖRR, Margret; MÜLLER, Burkhard (Hg.) (2006): Nähe und Distanz – Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität. Weinheim und München
- DUPPEL, Sabrina (2005): Nähe und Distanz als gesellschaftliche Grundlegung in der ambulanten Pflege. Hannover

- ERPENBECK, John; HEYSE, Volker (2007): Die Kompetenzbiographie. Wege der Kompetenzentwicklung. Münster
- FLAD, Carola et al. (2008): Handlungskompetenz in der Jugendhilfe. Eine qualitative Studie zum Erfahrungswissen von Fachkräften. Wiesbaden
- Forschungsgruppe IH-NRW (2008): Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand. Abschlussbericht, Siegen
- FRÖHLICH-GILDHOFF, Klaus (2008): Wissen, Handlungskompetenz oder Persönlichkeitsbildung? Notwendige Schlüsselqualifikationen für Diplom-SozialpädagogInnen/Diplom-SozialarbeiterInnen aus der Perspektive der Bezugswissenschaft Psychologie, http://zfkj.de/files/u2/Abschlussbericht_Schl.quali.pdf (Zugriff: 01.12.2012)
- HEINER, Maja (2004): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Stuttgart
- HEINER, Maja (2010): Kompetent handeln in der Sozialen Arbeit. München
- KNAUF, Helen (2003): Das Konzept der Schlüsselqualifikationen und seine Bedeutung für die Hochschule. In: KNAUF, Helen; KNAUF, Marcus (Hg.): Schlüsselqualifikationen praktisch. Bielefeld
- KUTSCHER, Nadia (2003): Moralische Begründungsstrukturen professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit – Eine empirische Untersuchung zu normativen Deutungs- und Orientierungsmustern in der Jugendhilfe, http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/406/pdf/3_Moraldebatte.pdf (Zugriff: 01.12.2012)
- MAY, Michael (2008): Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit. Eine Einführung. Wiesbaden
- MÖBIUS, Thomas; KLAWE, Willy (2003): AIB – Ambulante Intensive Begleitung – Handbuch für eine innovative Praxis in der Jugendhilfe. Weinheim
- MÜLLER, Burkhard (2010): Professionalität. In: THOLE, Werner (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden (3. Auflage), S. 955–976
- MÜLLER, Carl-Wolfgang (2001): Handlungskompetenz und Schlüsselqualifikationen – Zur Entwicklung von Schlüsselqualifikationen in der Ausbildung der Fachkräfte der Sozialen Arbeit. In: PFAFFENBERGER, Hans: Identität – Eigenständigkeit – Handlungskompetenz der Sozialarbeit/Sozialpädagogik als Beruf und Wissenschaft. Münster

- ROTH, Heinrich (1971): Pädagogische Anthropologie. Bd. 2. Entwicklung und Erziehung. Grundlagen einer Entwicklungspädagogik. Hannover
- SOMMERFELD, Peter; HÜTTEMANN, Matthias (2007): Zur Einführung. In: DIES.: Evidenzbasierte Sozialarbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis. Baltmannsweiler, S. 1–7
- SCHÄFTER, Cornelia (2010): Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung. Wiesbaden
- SPIEGEL, Hiltrud VON (2011): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München (4. Auflage)
- THIERSCH, Hans (2006): Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit. In: DÖRR, Margret; MÜLLER, Burkhard (Hg.): Nähe und Distanz – Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität. Weinheim und München, S. 29–45
- THIERSCH, Hans (2009): Authentizität. In: BECKER-LENZ, Roland et al. (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden (2. Auflage), S. 239–259
- WEINHART, Thomas (2007): Handlungskompetenzen sozialer Altenarbeit. Regensburg
- ZIMMERMANN, Ralf-Bruno; LOB-HÜDEPOHL, Andreas (2007): Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie. In: LOB-HÜDEPOHL, Andreas (Hg.): Ethik Sozialer Arbeit: Ein Handbuch. Paderborn

Regina Dahm, M. A. Soziale Arbeit, Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie, Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin (FH), Mediatorin, seit 2005 in der Gemeindepsychiatrie und der Suchtkrankenhilfe tätig, seit 2012 Promotion zum Thema »professionelle Beziehungsgestaltung aus der KlientInnenperspektive«.

Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit: regina.dahm@gmx.de

Tjark Kunstreich, M. A. (Gemeindepsychiatrie), Sozialarbeiter. Seit 2000 in verschiedenen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Berlin tätig, seit 2010 in Wien. Zurzeit pädagogisch-psychologischer Leiter des Wohnbereichs der Wiener Sozialdienste – Förderung & Begleitung GmbH.

Schlüsselkompetenzen von Mitarbeitern, die »Need Adapted Treatment« umsetzen

Ein Vergleich zwischen England und Deutschland

Vera Dangel

Im Oktober 2005 veröffentlichte die Europäische Kommission ein Grünbuch, in der sie sich mit dem Thema »Psychische Gesundheit« befasste und es mit der Überschrift »Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union« betitelte. Neben der Aufforderung zur generellen Förderung von seelischer Gesundheit und Verbesserung der Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen werden darin die gesellschaftlichen Strukturen Europas als sozial ausgrenzend, stigmatisierend und diskriminierend für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen beschrieben (vgl. BECKER et al. 2008, S. 20). Diese Umstände scheinen sich für die in Deutschland lebenden Psychiatrie-Erfahrenen seit 2005 nicht gravierend verändert zu haben: Im Juli 2010 machte das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit im Rahmen einer Berichtserstattung zu einem Antistigma-Projekt darauf aufmerksam, dass hierzulande seelische Erkrankungen häufig ein Tabuthema sind und Betroffene in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Familie und im Freundeskreis gesellschaftliche Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren. Dies sei darauf zurückzuführen, dass die allgemeine Bevölkerung Stereotypen mit seelischen Erkrankungen verbindet, über psychisch bedingtes Leiden nicht offen gesprochen und zu Betroffenen eine Distanz hergestellt wird (vgl. GAEBEL et al. 2010, S. 4). Eine mögliche Erklärung für die negative Stellung von seelischen Beeinträchtigungen gibt FINZEN (2010, S. 8 ff.) in einem Fachbericht zu Stigma und Stigmabewältigung bei psychischen Erkrankungen. Er verweist darin auf den scheinbar unausrottbaren Mythos der Unheil-

barkeit von seelischem Leiden (ebd., S. 8). Psychische Beeinträchtigungen werden gegenwärtig meistens als unüberwindbare Krankheiten wahrgenommen, die bei Betroffenen starke Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeiten auslösen (ebd., S. 8; AMERING und SCHMOLKE 2010, S. 21). Überwinden Psychiatrie-Erfahrene wider Erwarten ihre psychisch bedingten Leiden, dann wird dies nicht selten mit zuvor fälschlich gestellten ärztlichen Diagnosen in Verbindung gebracht oder damit abgetan, dass sich die »scheinbar« erkrankte Person ihre seelischen Beeinträchtigungen nur »eingebildet« hat (vgl. FINZEN 2010, S. 8).

Mittlerweile zeigen jedoch zahlreiche wissenschaftliche Studien, dass sich Menschen von psychischen Problemen erholen können und ihnen eine Wiedererlangung von seelischer Gesundheit möglich ist (vgl. Social Care Institute for Excellence 2007, S. 8). Anhand von niedergeschriebenen, geordneten und beforschten Erfahrungsberichten unterschiedlicher Nutzer des psychiatrischen Hilfesystems konnten Erkenntnisse gewonnen werden, die über wesentliche Chancen für den Wiedererhalt von seelischer Gesundheit Aufschluss geben (vgl. AMERING und SCHMOLKE 2010, S. 11). Ein daraus resultierender Unterstützungsansatz positioniert sich daher mit den Eckpfeilern Hoffnung, Engagement, lösungsorientiertem Auseinandersetzen sowie Ausdauer auf das Wiedererreichen von seelischer Gesundheit und wendet sich von dem weitverbreiteten Glauben der Unbeeinflussbarkeit und Unheilbarkeit seelischer Erkrankungen ab (vgl. FINZEN 2010, S. 10). Fachleute haben diese Erfahrungen und Erkenntnisse aufgegriffen, daraus Recovery-Konzepte abgeleitet und Konsequenzen für die psychiatrische Praxis formuliert. Sie fordern Psychiatrie-Erfahrene und alle am Hilfeprozess beteiligten Personen auf, Abstand von einer alleinigen Fokussierung auf krankheitsspezifische Themen zu nehmen und regen einen Perspektivwechsel an hin zu Maßnahmen, die die individuelle Befindlichkeit der Betroffenen verbessert und seelische Gesundungsprozesse in Gang bringen. Ergänzend wird empfohlen, Diagnosen, Medikamente, Zwangsmaßnahmen, Defizitorientierung und Therapien, die ausschließlich das Fördern von einem »funktionierenden Normalzustand« zum Ziel haben, nach Möglichkeit einzuschränken. Diese Empfehlungen sind hierzulande wenig bekannt und mögen sowohl für Nutzer als auch für professionelle Helfer des klassischen psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland ungewöhnlich und sogar

paradox erscheinen (vgl. WOLFF 2009, S. 9). Die Sicht unter einem internationalen Blickwinkel zeigt jedoch, dass das Interesse an Recovery-Konzepten insbesondere in englischsprachigen Ländern deutlich zugenommen hat (vgl. AMERING und SCHMOLKE 2010, S. 11). Im Vergleich zu den USA und Großbritannien ist im deutschsprachigen Raum ein Mangel an Veröffentlichungen zum Recovery-Modell festzustellen und der damit verbundene Arbeitsansatz wird in der psychiatrischen Praxis kaum wahrgenommen (vgl. WOLFF 2009, S. 9). Es lohnt sich daher die Nachfrage, was sich »hinter« dem für die hiesige gängige psychiatrische Versorgungslandschaft als neu empfundenen Arbeitsansatz verbirgt.

Diese Thematik greift das vorliegende Kapitel auf: Es gibt Auskunft über den Recovery-Ansatz. Dabei soll erarbeitet werden, ob die vom Recovery-Ansatz ausgehenden theoretisch formulierten Forderungen auf die Praxis und den Arbeitsalltag übertragbar sind; damit würde dieser Arbeitsansatz auch in Deutschland größere Beachtung verdienen. Die leitenden Gedanken für die Ausarbeitung werden in der folgenden Fragestellung zusammengefasst: »Das Recovery-Modell – ein grundlagentheoretischer Beitrag oder ein praxisorientierter Ansatz zur Veränderung der gemeindepsychiatrischen Arbeitsweise?«

Um einen direkten Praxisbezug herzustellen, wird die gemeindepsychiatrische Kriseninterventionsform Home Treatment herangezogen. Arbeitserfahrungen von Experten in Deutschland und in England sollen aufzeigen, mit welcher Grundhaltung sie Menschen in akuten psychiatrischen Krisen gegenüberreten und welche Form von Unterstützungsmaßnahmen sie im Hilfeprozess einleiten. In diesem Zusammenhang werden Verbindungen zu den im Recovery-Ansatz vereinten Kernelementen geprüft und länderspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten abgefragt. Es ist zu betonen, dass es sich hierbei um eine Gegenüberstellung der Grundhaltungs- und Handlungselemente von deutschen und englischen gemeindepsychiatrischen Helfern handelt; ein Vergleich zwischen den jeweiligen Gesundheitssystemen ist nicht Thema des nachstehenden Textes.

Der Recovery-Ansatz

Der Recovery-Ansatz ist in vielen englischsprachigen Ländern ein zentrales Konzept in der reformorientierten Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen (vgl. AMERING und SCHMOLKE 2010, S. 98). Praktische Ansätze sind beispielsweise in den USA, Australien, Neuseeland und Großbritannien, dort mit erprobter Historie, zu finden (vgl. ebd.). In der deutschen Gemeindepsychiatrie ist der Begriff »Recovery« noch relativ neu und kann mit Genesung oder Erholung übersetzt werden (vgl. RAVE-SCHWANK 2011, S. 26). Das Konzept hebt das Genesungspotenzial von psychisch beeinträchtigten Menschen hervor und vereint verschiedene Grundhaltungs- und Handlungselemente für die gemeindepsychiatrische Arbeit.

Vertreter des Recovery-Ansatzes erkennen in jedem Mensch Potenziale, die ihn zur Überwindung von psychischen Beeinträchtigungen befähigen. Daher sehen sie es als ihren Arbeitsauftrag an, Betroffene dabei zu unterstützen, ihre bereits vorhandenen Fähigkeiten für die Überwindung von psychischem Leiden bewusst wahrzunehmen, lösungsorientiert einzusetzen und langfristig auszubauen. Im Zuge der Einnahme dieser Grundhaltung richten die professionellen Helfer die Hilfeprozesse ressourcenorientiert und auf die individuellen Bedürfnisse der Klientel aus. Dabei beachten und überprüfen sie bisherige familiäre, nachbarschaftliche und professionelle Unterstützungsnetzwerke, um diese dann während der »Genesungsprozesse« adäquat aufzugreifen und auszubauen. Zielführend ist dabei, Psychiatrie-Erfahrenen eine Teilnahme an Trainingsmaßnahmen anzubieten, durch die sie ihre Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben langfristig optimieren können. Weiter wird es als wichtig erachtet, ein Vertrauensverhältnis zu der Klientel aufzubauen. Dafür investieren die professionellen Helfer umfangreich Zeit und achten im zwischenmenschlichen Kontakt zu ihrer Klientel auf einen respektvollen Umgang. Sie schaffen einen geschützten Raum, in dem sie als aufmerksame Zuhörer agieren und Psychiatrie-Erfahrenen Möglichkeiten geben, sich mit Verlust- und Trauergefühlen auseinanderzusetzen und diese letztendlich auch anzunehmen. Die Betroffenen erhalten dadurch ein Vermögen (zurück), das sie befähigt, vergangenes Leid zu akzeptieren, wodurch sie sich für neue Wege öffnen und ihre seelische Gesundheit in Gang

bringen können. Neben den genannten Faktoren wird im Rahmen des Recovery-Ansatzes außerdem großer Wert auf einen aktiven Einbezug vom familiären Umfeld der an psychischen Beeinträchtigungen leidenden Menschen in den Hilfeprozess gelegt. Diese Vorgehensweise steht beispielhaft für den durch das Recovery-Modell angeregten Paradigmenwechsel: Als förderliche Komponenten für seelische Gesundheit werden nicht ausschließlich professionelle Hilfeleistungen angesehen; der Blick wird gezielt auch auf das Familiensystem sowie das soziale Umfeld der Betroffenen gelenkt (vgl. WATKINS 2009, S. 59).

Nicht zuletzt sei die Resilienz der Betroffenen erwähnt, die durch die unterschiedlichen »Bausteine« des Recovery-Ansatzes ausgebaut und gefestigt wird. Der Begriff Resilienz wird im hier gebrauchten Zusammenhang als psychische Widerstandskraft verstanden und stammt ursprünglich aus der Ingenieurwissenschaft (vgl. AMERING und SCHMOLKE 2010, S. 112). Im technischen Bereich wird Resilienz beispielsweise als Synonym für das Wort Biegsamkeit eingesetzt. Übertragen auf den Recovery-Ansatz kann dies so gedeutet werden, dass die in ihm vereinten Elemente Menschen in schwierigen Lebenslagen dabei unterstützen, Kraft zu entwickeln, die sie an ihrem erlebten Leiden nicht »zerbrechen« lässt und für das »Einbiegen« in einen zufriedenstellenderen Lebensweg – hin zur seelischen Gesundheit – stärkt.

Eine Auswahl von zentralen Recovery-Kriterien soll aufzeigen, wofür der Arbeitsansatz steht (vgl. Social Care Institut for Excellence 2007, S. 5; KNUF und BRIDLER 2008, S. 26 ff.):

- Betonung eines ganzheitlichen Arbeitsansatzes
- Entscheidungsfreiheiten, Mitbestimmung der Klientel über den Hilfeprozess
- Individuelle, klientenzentrierte Hilfeleistungen
- Vertrauensvoller und von gegenseitigem Respekt geprägter Umgang zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger
- Hoffnung auf eine positive Entwicklung vermitteln
- Empowerment, Hilfe zur Selbsthilfe
- Motivation zur Übernahme von Verantwortung für den Genesungsweg
- Anleitung zu einer zufriedenstellenderen Lebensführung
- Rahmenbedingungen schaffen, die sich positiv auf die psychische Gesundheit und das individuelle Wohlbefinden auswirken
- Psychisch bedingte Krisen nicht als Katastrophen ansehen

Das Home Treatment

Zum aktuellen Zeitpunkt ist die Auswahl an Fachliteratur zu hierzulande gemachten Erfahrungen mit Home Treatment begrenzt (vgl. HORN und RUNGE 2012, S. 18; BECKER et al. 2008, S. 127). Infolgedessen bezieht sich die Ausarbeitung größtenteils auf Fachliteratur, die im englischsprachigen Raum publiziert wurde und Leitlinien sowie praktische Erfahrungen von Home-Treatment-Teams in England wiedergibt.

Der englische Begriff »Home Treatment« kann in die deutsche Sprache mit »Behandlung und Therapie zu Hause« übersetzt werden (vgl. DOHRMANN 2011, S. 94). Home Treatment – im englischsprachigen Raum beispielsweise auch »Crisis resolution services«, »home-based crisis services« oder »psychiatric emergency services« genannt – ist eine aufsuchende Unterstützungsform, die Menschen mit einem Alter von 16 bis 65 Jahren in akuten psychiatrischen Krisen in ihrem gewohnten Lebensumfeld angeboten wird (vgl. RETHINK 2011, S. 1; JOHNSON und NEEDLE 2011, S. 74; BECKER et al. 2008, S. 127). Es dient Betroffenen als alternative Unterstützungsleistung rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche und soll ihnen eine Wahlfreiheit zwischen stationären Behandlungen in psychiatrischen Kliniken und intensiver Krisenbegleitung im eigenen Umfeld ermöglichen (vgl. GLOVER und JOHNSON 2011, S. 27). Das Leistungsangebot von Home Treatment besteht aus flexiblen und breit angelegten Maßnahmen, die sämtliche Kriseninterventionsleistungen aus stationären Settings von psychiatrischen Kliniken aufgreifen und ambulant umsetzen.

Home-Treatment-Teams setzen sich aus einer multiprofessionellen Mitarbeiterschaft in der Regel bestehend aus psychiatrischen Fachärzten, psychiatrischen Fachkrankenpflegern, Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Fachpersonal für die direkte Betreuung und Verwaltungsfachkräften zusammen (vgl. RETHINK 2011, S. 3; JOHNSON und NEEDLE 2011, S. 75; GLOVER und JOHNSON 2011, S. 27). Die Kontaktaufnahme zu Home-Treatment-Teams kann über unterschiedliche Wege laufen: Für die Klientel besteht die Möglichkeit, selbstständig einen Erstkontakt per Telefon zu einem ambulanten Kriseninterventionsteam herzustellen oder von einem Hausarzt bzw. Facharzt und dafür zuständige gemeindepsychiatrische professionelle Helfer an ein

örtliches Home-Treatment-Team überwiesen zu werden (vgl. HOULT und COTTON 2011, S. 98).

Im Rahmen von Home-Treatment-Hilfeprozessen führen die Mitarbeiter mit dem ihnen anvertrauten Personenkreis Assessments durch, in denen krisenauslösende Faktoren, Ressourcen, Fähigkeiten und individuelle Vorlieben der Betroffenen eruiert werden. Besonderes Augenmerk wird dabei auf eine Erfassung von möglichen Risiken hinsichtlich einer Selbst- und Fremdgefährdung der Klientel gelegt. In diesem Zusammenhang wägen die professionellen Helfer gemeinsam mit den Betroffenen ab, ob eine Krisenbegleitung ambulant oder stationär stattfinden kann bzw. soll (vgl. BRIMBLECOMBE 2011, S. 116).

In England ist Home Treatment eine vom nationalen Gesundheitssystem National Health Service (NHS) finanzierte Unterstützungsleistung. Die ausführenden ambulanten Teams sind Teil der psychiatrischen Pflichtversorgung und an örtliche psychiatrische Kliniken angebunden (vgl. HEISSLER 2010, S. 23; National Audit Office 2007, S. 12). Für die in Deutschland existierenden Home-Treatment-Teams kann keine einheitliche Aussage gemacht werden. Individuell abhängig vom örtlichen psychiatrischen Versorgungssystem agieren die Teams als Bestandteil der ambulanten Regelversorgung von psychiatrischen Kliniken oder sind an örtliche psychiatrische Kliniken angebunden, gehören jedoch nicht deren Regelversorgung an (vgl. HEISSLER 2010, S. 23; HORN und RUNGE 2012, S. 19).

Die im vorangegangenen Text beschriebene Form von Home Treatment wurde Ende der 80er-Jahre in England eingeführt und ist inzwischen fast landesweit ausgebaut (vgl. GLOVER und JOHNSON 2011, S. 24; National Audit Office 2007, S. 6; JOHNSON und BINDMAN 2011, S. 57). In Deutschland befindet sich die aktuelle praktische Umsetzung von Home Treatment in der hier dargestellten Vorgehensweise noch in den Anfängen. Derzeit existieren Modellprojekte in Krefeld, Frankfurt am Main, Itzehoe, Geesthacht und Günzburg (vgl. BECKER et al. 2008, S. 127; HEISSLER 2011, S. 4). Das Frankfurter Home-Treatment-Team leistet beispielsweise seit Anfang 2000 mobile Krisenintervention für die dortige Einwohnerschaft (vgl. SCHULZ 2004, S. 3).

Können Home-Treatment-Teams zentrale Elemente des Recovery-Ansatzes in ihrem Arbeitsalltag praktisch umsetzen?

Es wird untersucht, ob der Recovery-Ansatz über ein praxisorientiertes Konzept verfügt, das hierzulande bei der Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft genutzt werden kann. Arbeitserfahrungen in Deutschland und in England mit Menschen in akuten psychiatrischen Krisen zeigen auf, wie die Grundhaltung von professionellen Home-Treatment-Mitarbeitern und ihre Unterstützungsleistungen mit den Grundlagen des Recovery-Ansatzes in Verbindung stehen. Darüber hinaus soll ausfindig gemacht werden, inwiefern internationale Gemeinsamkeiten und Unterschiede existieren, auch unter dem Blickwinkel eines verstärkten Einsatzes von Home Treatment in Deutschland.

Durch eine gezielte Stichprobenauswahl konnten insgesamt zehn professionelle Home-Treatment-Mitarbeiter aus Deutschland (Frankfurt a. M.) und England (Sunderland) anhand von problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews zu ihren Arbeitserfahrungen befragt werden. Der interviewte Personenkreis bestand aus psychiatrischen Fachärzten, psychiatrischen Fachkrankenpflegern, Sozialarbeitern sowie Ergotherapeuten. Die Leitfadenerstellung orientierte sich an der Methode nach HELFFERICH (2011). Die Auswertung des auf Tonband aufgezeichneten Interviewmaterials erfolgte nach den Prinzipien der interpretativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2008).

Nachfolgend werden in zehn Kategorien die Studienergebnisse vorgestellt. Jede Kategorie ist mit Interviewzitatzen angereichert, die die interpretativ gewonnenen Erkenntnisse ergänzen.

Das Einnehmen einer ganzheitlichen Sichtweise

Im Rahmen ihrer Arbeit in Home-Treatment-Teams thematisieren alle Befragten neben medizinischen Fragestellungen auch psychosoziale, familiäre, berufliche, finanzielle und administrative Schwierigkeiten ihrer Klientel. Darüber hinaus wird den Menschen in akuten psychischen Krisen Unterstützung bei ihren Wohnsituationen angeboten. Durch die aufsuchende Arbeit gewinnen die Mitarbeiter einen realistischen und umfassenden Eindruck über die aktuellen Lebensverhältnisse und die damit verbundenen Schwierigkeiten ihrer Klientel. Als Beispiel

hierfür dient folgendes Zitat: »(...) und sehe halt dann die Wohnung und (...) den gesamten Kontext (...), Probleme mit der Wohnung, (...) mit dem Arbeitgeber, (...) mit Institutionen, ungeöffnete Briefe, (...) Rechnungen.« Ergänzend beleuchten die Interviewten den vergangenen Lebensweg ihrer Klientel und thematisieren mit ihnen denkbare Zukunftsperspektiven. Um ein möglichst umfassendes Gesamtbild über den Lebensentwurf und -wandel ihrer Klientel zu erhalten, bitten die Mitarbeiter Angehörige, Bekannte und andere am Hilfeprozess beteiligte Personen um Auskunft. Diese Arbeitsweise wird im nachstehenden Interviewzitat anschaulich gemacht: »Wenn uns erlaubt wird (vonseiten der Klientel, Anm. d. A.), nehmen wir auch eine zweite Version der Geschichte auf, denn natürlich können Familienmitglieder die Situation anders einschätzen.«

Die beschriebenen Faktoren lassen zusammenfassend feststellen, dass sich die Mitarbeiter ausführlich mit vielen unterschiedlichen Lebensbereichen ihrer Klientel befassen. Dies verweist auf eine ganzheitliche Sicht- und Arbeitsweise, die die professionellen Helfer im Home-Treatment-Unterstützungsprozess einnehmen bzw. ausführen.

Der Klientel Entscheidungsfreiheiten im Hilfeprozess einräumen

In intensiven Einzelgesprächen informieren die Mitarbeiter ihre Klientel über mögliche Hilfeleistungen und damit verbundene Wirkungsweisen. Außerdem werden die Betroffenen motiviert, eigene Interessen klar zu äußern. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen beider Parteien folgen – laut acht der befragten Personen – partnerschaftliche Verhandlungen, in denen gemeinsam Entscheidungen für die geplanten Hilfemaßnahmen getroffen werden. Ein Befragter schildert diese Vorgehensweise folgendermaßen: »Das geht oftmals gar nicht (...) ums Behandeln, sondern (...) ums Verhandeln!« Verhandelt werden beispielsweise die Auswahl der professionellen Helfer für den weiteren Unterstützungsprozess, die verschriebene Medikation sowie die Formen und Intensitäten der Hilfeleistungen. Bei dem Eintreten von Veränderungen der individuellen Bedürfnisse der Klientel finden neue Verhandlungen zwischen Leistungsempfänger und Leistungserbringer statt. Beispielhaft steht dafür diese Interviewpassage: »(...) ob der Patient damit (...) was anfangen kann, (...) oder ob er mit den Vorschlägen

(...) arbeiten kann. (...) ob er damit einverstanden ist. Ob er das als sinnvoll erlebt.« Laut folgendem Zitat gibt hierbei allerdings das Vorliegen einer akuten Selbst- und/oder Fremdgefährdung eine Grenze für Entscheidungsfreiheiten: »Wenn allerdings jemand (...) so akut krank ist (...) dass er sich und seine Existenz gefährdet, da muss natürlich andere Interventionen (...) auch gegen den Willen des Patienten (...) erfolgen.«

Festgehalten werden kann, dass der Klientel in Frankfurt a. M. und in Sunderland ein klares und kontinuierliches Mitbestimmungsrecht über die Planung und den Verlauf von Home Treatment eingeräumt wird.

Das Anbieten von individuellen, klientenzentrierten Hilfeleistungen

Alle interviewten Personen gaben an, während der Krisenintervention umfangreiche Assessments zur Erfassung der individuellen Bedürfnisse und Ressourcen ihrer Klientel durchzuführen. Hierbei werden neben aktuell vorliegenden Schwierigkeiten auch persönliche Fähigkeiten und Vorlieben der Betroffenen behandelt. Um ein möglichst detailliertes Bild über die Persönlichkeiten der Klientel zu erhalten, werden die Angehörigen und andere am Hilfeprozess beteiligte Personen um ergänzende Angaben gebeten. Basierend auf den durchgeführten Assessments leiten die Mitarbeiter ihre Unterstützungsmaßnahmen ein. Richtungsweisend sind dabei die gewonnenen Erkenntnisse über die individuellen Bedürfnisse und Neigungen der Klientel, wie folgendes Zitat veranschaulicht: »Also unsere Hilfepläne werden gemeinsam erarbeitet, sodass alles, was wir mit ihnen (der Klientel, Anm. d. A.) tun und planen, sich an ihrem individuellen Bedarf orientiert.« Weiter macht die nachstehende Aussage deutlich, dass der Entwicklungsweg der Betroffenen regelmäßig mit allen am Hilfeprozess beteiligten Personen reflektiert wird: »Also versuchen wir unsere Beobachtungs- und Befragungsfähigkeiten bei jedem Besuch zu verwenden und dann unseren Arbeitseinsatz mit dem Klienten darauf abzustimmen.« So überprüfen die Mitarbeiter, ob Veränderungen im Hinblick auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der Klientel eingetreten sind und ob Hilfemaßnahmen anzupassen sind.

Die erläuterte Arbeitsweise zeigt auf, dass die Home-Treatment-Mitarbeiter ein großes Interesse daran haben, genaue Kenntnisse über die

Individualität ihrer Klientel zu erhalten. Leitend ist dabei der Gedanke, der Klientel möglichst »maßgeschneiderte« – auf individuelle Bedürfnisse und Fähigkeiten abgestimmte – Hilfeleistungen anzubieten und einzusetzen. Daraus lässt sich ableiten: Der befragte Personenkreis nimmt psychisch beeinträchtigte Menschen als individuelle Persönlichkeiten mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Ressourcen wahr und bietet ihnen klientenzentrierte Unterstützung an.

Aufbau einer von Vertrauen und Respekt geprägten Beziehung

Die Mitarbeiter treten den Betroffenen mit einer wertschätzenden Grundhaltung gegenüber. Dies machen sie deutlich, indem sie ihrer Klientel aufmerksam zuhören und ihnen ein glaubwürdiges Interesse an deren Lebenssituationen signalisieren. Nachstehendes Interviewzitat beschreibt diese Vorgehensweise: »(...) mich interessieren in erster Linie überhaupt nicht die Diagnosen, sondern das, was der Mensch mir berichtet.« Die Mitarbeiter wenden im Unterstützungsprozess eine Gesprächsführung an, bei der sie sich als einfühlsame Mit-»Menschen«, mit Respekt vor ihrem Gegenüber, für die Betroffenen erkennbar machen. Folgende Interviewpassage verdeutlicht die feinfühligere innere Haltung der Home-Treatment-Mitarbeiter: »Die (die Klientel, Anm. d. A.) haben subjektive Erfahrungen gemacht und erleben die Wirklichkeit so, dass sie Gründe haben nicht mehr rauszugehen (...). Das sind halt Widerstände, die muss man ernst nehmen.« Die Entscheidungsfindung über die notwendigen Hilfemaßnahmen wird von den Mitarbeitern als ein partnerschaftlicher Verhandlungsprozess zwischen ihnen und den Betroffenen verstanden. Die Klientel wird während des Hilfeprozesses kontinuierlich motiviert, eigene Sichtweisen und Empfindungen klar zu äußern. Die dadurch gewonnenen Informationen werden von den Mitarbeitern beachtet und respektiert. Durch diese Vorgehensweise vermitteln die professionellen Helfer den Leistungsempfängern, dass sie deren individuellen Fähigkeiten und Neigungen wahrnehmen, wertschätzen und tolerieren. Weiter zeigt das folgende Zitat, dass sich die Mitarbeiter intensiv Zeit nehmen, um die Beweggründe und Wirkungsweisen der von ihnen vorgeschlagenen Hilfemaßnahmen zu erläutern und um die Anliegen der sich in akuten Krisen befindenden Personen zu erkennen: »(...) wenn man das Gefühl hat, dass man ein Medikament verschrieben bekommen hat, über das

man nichts wusste und es lief wirklich schlecht, wird man kein Gefühl von Vertrauen aufbauen können. Die therapeutische Beziehung (...) ist der Schlüssel.«

Home Treatment findet im gewohnten Lebensumfeld der Klientel statt. Die Mitarbeiter suchen die Betroffenen in deren Wohnungen auf und verstehen sich dort – wie nachstehende Aussage eines Mitarbeiters aufzeigt – als »Gäste« der Wohnungseigentümer: »(...) ich bin Gast. Und der, der mir die Tür öffnet, ist Gastgeber.« Durch das Einnehmen der »Gastrolle« signalisieren die professionellen Helfer ihrer Klientel, dass sie ihr mit Respekt und Anerkennung gegenüberreten.

Die beschriebenen Faktoren führen zur Annahme, dass die interviewten Home-Treatment-Mitarbeiter ihrer Klientel mit einer wertschätzenden inneren Grundhaltung begegnen. Sie schaffen dadurch eine Basis für den Aufbau einer von Vertrauen und Respekt geprägten Beziehung.

Hoffnung auf eine positive Entwicklung vermitteln

Die befragten Home-Treatment-Mitarbeiter bieten ihrer Klientel in akuten Krisenzeiten eine engmaschige Begleitung an. Die Betroffenen fühlen sich dadurch nicht auf sich alleingestellt und bekommen professionelle Helfer an ihre Seite, die ihnen positive Gedankenanstöße und hoffnungsvermittelnde Impulse geben. So werden im Hilfeprozess Entwicklungswege und neue Zukunftsperspektiven angesprochen. In diesem Zusammenhang legen die Mitarbeiter mit den Betroffenen Ziele und Maßnahmen fest, die in den weiteren Hilfeprozess zu integrieren sind. Dadurch zeigen die professionellen Helfer allen am Unterstützungsprozess beteiligten Personen auf, dass sie an die Fähigkeiten ihrer Klientel glauben und über eine hoffnungsvolle Prognose verfügen. Das Vermitteln von Zuversicht schildert ein Mitarbeiter wie folgt: »(...) wenn das Bewusstsein beim Patienten vorhanden ist: Da ist jemand, der steht neben mir, der stützt mich, oder steht hinter mir (...), dass die Dinge dann besser funktionieren als wenn jemand alleine ist.« Bei der praktischen Umsetzung werden die Betroffenen angeleitet, sich mit durchdachten Schritten in Richtung psychische Genesung aufzumachen und dabei auf ihre individuellen Fähigkeiten und Ressourcen zu achten. Diese Vorgehensweise vermeidet eine Überforderung der Klientel, bei den Betroffenen lässt sie Mut und positive Grundeinstellung wachsen im Hinblick auf den psychischen Genesungsweg. Nachste-

hendes Zitat bestärkt diese Annahme: »(...) nicht nur gucken, (...) was geht nicht. Sondern im Gegenteil, zu gucken, was geht. Und da gibt es meistens eine Menge (...).«

Um das Selbstwertgefühl der psychisch beeinträchtigten Personen zu stärken und ihre innere Gefühlslage aufzuhellen, greifen die professionellen Helfer auf alternative Hilfeleistungen zurück, die teilweise nicht den gängigen Konventionen entsprechen. So lenken sie beispielsweise das Augenmerk der Klientel auf »vergessen gegangene« Fähigkeiten und freuen sich mit ihnen über positive Erfahrungen während des Hilfeprozesses. Eine interviewte Person beschreibt diese Form der Unterstützung folgendermaßen: »(...) diese Patientin, wo so jahrelang gar nichts kam (...). Und dann hatte ich ihr einen Block geschenkt und Buntstifte. (...) und auf einmal hat die gemalt. Hat sogar Sätze geschrieben (...).« Ferner setzen die professionellen Helfer hoffnungsverbreitende Impulse, indem sie die Klientel über zuversichtliche Forschungserkenntnisse im Hinblick auf psychische Genesungswege informieren.

Schließlich kann festgehalten werden, dass die befragten Home-Treatment-Mitarbeiter über eine optimistisch geprägte innere Haltung verfügen, was die Einflussnahme auf psychische Beeinträchtigungen betrifft. Sie arbeiten mit großem Einsatz daran, ihrer Klientel Hoffnung auf positive Zukunftsperspektiven zu vermitteln. Durch lösungsorientiertes Handeln stärken sie das Selbstvertrauen der Betroffenen und legen dadurch einen Grundstein für zuversichtliche Stimmungslagen von Menschen in akuten psychiatrischen Krisen.

Anleitung zur Übernahme von Verantwortung für eine zufriedenstellendere Lebensführung möglichst ohne professionelle Hilfe

Mit praktischen Trainingsmaßnahmen und psychoedukativen Einzelgesprächen motiviert der interviewte Personenkreis die Klientel, Ressourcen (wieder) zu entfalten oder auszubauen, die ihnen helfen, mit psychischen Beeinträchtigungen eine zufriedenstellende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen. Folgende Aussage demonstriert beispielhaft, welche Auffassung die Mitarbeiter in diesem Arbeitsabschnitt vertreten: »(...) was oder wie können wir ihn unterstützen, dass er (...) selbst in seinen Lebensbereichen, ob privat, ob beruflich,

ob spirituell, oder was auch immer, dass er wieder (...) autonomer zurechtkommen kann.« Darüber hinaus ermöglicht die aktive Einbeziehung der Klientel in die Hilfeplanung, die Sinnhaftigkeit der Hilfen zu vermitteln und Willenskräfte zur eigenständigen Fortführung der erlernten Bewältigungsstrategien zu entwickeln und zu festigen. Als Folge gestalten die in Deutschland und England befragten Personen die Unterstützungswege so, dass Psychiatrie-Erfahrene lernen, wie sie langfristig selbstbewusster mit ihren psychisch bedingten Einschränkungen umgehen und angeeignete Bewältigungstechniken gezielter einsetzen können, um psychische Krisen zu vermeiden und eine weitestgehend selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen. Ein Mitarbeiter beschreibt diese Vorgehensweise folgendermaßen: »(...) dass sie (die Klientel, Anm. d. A.) ihr Lebensschiff wieder selbst steuern können. Und ihr Leben so führen, wie sie es führen wollen, ohne auf externe Hilfe angewiesen zu sein.« Weiter lenken die Mitarbeiter den Blickwinkel der Klientel auf neue Lebenswegentwürfe und positive Begebenheiten, wie nachstehendes Interviewzitat aufzeigt: »(...) sondern auch Dinge anzuregen, die ihnen nicht zur Verfügung standen (...), das könnte nicht nur (...) eine erhöhte Chance auf eine völlige psychische Genesung anregen, sondern auch zur Verbesserung der Lebensqualität in einem Bereich beitragen, der bisher nicht vorstellbar war (...).« Durch diese Impulse erhalten die Betroffenen zusätzliche Perspektiven für ihre weitere Lebensweggestaltung und fassen Mut, sich eigenmächtig und langfristig für ihre Interessen und Bedürfnisse einzusetzen.

Der Unterstützungsansatz Home Treatment steht in Frankfurt a.M. und Sunderland für einen Hilfeprozess, in dem eine Zielsetzung der Aufbau von Resilienz ist. Die Hilfemaßnahmen sind so ausgerichtet, dass den Leistungsempfängern »Hilfe zur Selbsthilfe« angeboten wird. Die Betroffenen werden fachlich angeleitet, Ressourcen zu erkennen und zu trainieren, die ihre Widerstandskräfte verstärken, mit schwierigen Situationen konstruktiv umgehen zu können. In anderen Worten: Die Unterstützungsleistungen sind so ausgelegt, dass der Klientel »Hilfe zur Selbsthilfe« angeboten wird, um langfristig ein möglichst unabhängiges Leben von professionellen Hilfen in der Gesellschaft führen zu können. Nachstehendes Interviewzitat verdeutlicht die Relevanz dieser Annahme: »Wir sind also nicht nur hier, um etwas zu reparieren, (...) es sollte eine Verbesserung der Lebensqualität sein, eine

Bewegung in Richtung psychischer Genesung, bei der die Eigenkräfte (der Klientel, Anm. d. A.) angeregt werden, die vielleicht bisher fehlten (...).«

Rahmenbedingungen schaffen, die die psychischen Genesungswege positiv beeinflussen

Die Analyse der befragten Home-Treatment-Mitarbeiter zeigt, dass der aufsuchende Arbeitsansatz im gewohnten Lebensumfeld der Klientel häufig eine beruhigende und ausgleichende Wirkung auf die Betroffenen ausübt. Die Betroffenen befinden sich in ihren »eigenen vier Wänden« und nehmen diese als schützend wahr. Oftmals verhilft auch die Anwesenheit von Familienangehörigen, die vonseiten der Mitarbeiter engmaschig in den Hilfeprozess mit einbezogen werden, zu einer positiven Atmosphäre in akuten Krisensituationen. Für die Klientel wird demnach eine Umgebung geschaffen, in der sie Gefühlslagen und Bedürfnisse frei kommunizieren und leben können. Folgende Antwort eines Mitarbeiters repräsentiert diese Einschätzung: »(...) dass man sich authentisch geben kann, dass man sich fallen lassen (...) kann und dass das nicht verurteilt wird.« Darüber hinaus unterstützen die Mitarbeiter ihre Klientel bei der Erlangung oder Aufrechterhaltung einer adäquaten Wohnsituation und dem Sicherstellen von finanziellen Mitteln für existenzielle Dinge. Wie nachstehendes Interviewzitat aufzeigt, verhelfen sie der Klientel dadurch zu basalen häuslichen Rahmenbedingungen, in denen Menschen in akuten psychischen Krisen zur Ruhe kommen können und die ihre innerlichen Befindlichkeiten positiv beeinflussen: »In solch einer Situation würden unsere Mitarbeiter daran arbeiten, mit den Patienten und ihren Familien die finanziellen Dinge und die unbezahlten Rechnungen abzuklären. Wir könnten das Sozial- und Wohnungsamt kontaktieren, die für das Wohngeld oder die Wohnung, in der sie leben, zuständig sind, und einen Unterstützungsbedarf (...) melden oder eine Verbesserung in (...) ihrer Wohnsituation anregen.«

An dieser Stelle sei außerdem erwähnt, dass Home Treatment über eine entstigmatisierende Wirkung verfügt. Der aufsuchende Arbeitsansatz am Wohnort der Klientel verhindert nicht selten stationäre Klinikaufenthalte. Betroffene können sich während akuten Krisenzeiten mithilfe von Home-Treatment-Mitarbeitern in einer Umgebung aufhalten,

die in der heutigen Gesellschaft nicht negativ besetzt ist. Ein Befragter schildert die entstigmatisierende Wirkung von Home Treatment wie folgt: »(...) vor allem Menschen, die noch nicht mit psychiatrischen Diensten in Kontakt waren, für sie kann es wirklich (...) beängstigend sein (...), und die denken, da gibt es ein psychiatrisches Team, das zu ihnen nach Hause kommt und sie denken, man kommt mit Zwangsjacken und zwingt sie zu einem Krankenhausaufenthalt (...), alle im Haus sind sehr besorgt und ich denke, die Zeit, die angeboten wird, eine ›Eins-zu-eins-Begleitung‹ über den Zeitraum von wenigen Tagen, ist sehr intensiv und ermöglicht den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. (...) es ist eine bessere Erfahrung für die Menschen und es nimmt das Stigma, was Psychiatrie ist (...).«

Im Hilfeprozess erfahren Betroffene in schwierigen Lebenssituationen intensive Aufmerksamkeit und Anerkennung durch die professionellen Helfer. Die Tatsache, dass sich außenstehende Menschen um die eigene Person bemühen, schafft bei der Klientel oftmals innere Gefühlslagen, die sich positiv auf ihre psychischen Befindlichkeiten auswirken und wird von einem Mitarbeiter folgendermaßen beschrieben: »(...) sich freuen, dass da jemand ist, der zuhört, der sich einlässt (...). Also schenk' mir Aufmerksamkeit, nimm' mich ernst (...) und das wird von vielen vermisst.«

Im Verlauf der Home-Treatment-Unterstützung thematisieren die Mitarbeiter mit der Klientel sowohl psychisch bedingte Schwierigkeiten als auch Belange des alltäglichen Lebens. Dadurch bringen die professionellen Helfer gezielt etwas »Normalität« in den »ver-rückten« Alltag ihrer Klientel. Das Besprechen von gewöhnlichen Begebenheiten kann einen positiven Ausgleich im akuten Krisenerleben erzeugen und fördert, laut nachstehendem Interviewzitat, einen Stimmungsanstieg bei der Klientel: »Und dann sage ich (...) (zur Klientel, Anm. d. A.), Mensch wir haben jetzt die letzten Tage so viel gearbeitet, intensiv (im Hinblick auf die Krisenintervention, Anm. d. A.). Wir gehen jetzt Kaffee trinken und tauschen Kochrezepte aus. (...) die Leute haben dann Angst, dass sie jetzt jeden Tag eine Seelenschau betreiben müssen und da versuche ich (...) diesem Wunsch gerecht zu werden, das nicht zu machen.«

Der aufsuchende Arbeitsansatz, die aktive Einbeziehung des sozialen Umfelds der Klientel und die wohlwollende Gesprächsführung der professionellen Helfer lassen abschließend festhalten, dass das in

Frankfurt a. M. und Sunderland durchgeführte Home Treatment günstige innere und äußere Rahmenbedingungen für die psychischen Genesungswege der Klientel schafft.

Psychisch bedingte Krisen nicht als Katastrophen ansehen

Für mehr als die Hälfte der Interviewten sind psychische Krisen von vorübergehendem Charakter und Teil eines »bunten« Lebenswegs. Folgende Aussage repräsentiert diese Einschätzung: »(...) dass ich da wirklich denke, (...) was in meinem Gegenüber vorkommt an Gefühlen und Erleben, inneren Dingen, das kommt bei mir genauso vor. In anderen Qualitäten und unter anderen Bedingungen (...).« Bei der Krisenintervention konzentrieren sich die Mitarbeiter auf das Einleiten von Hilfsmaßnahmen und vermitteln der Klientel durch ihr lösungsorientiertes Handeln, dass sie mit psychischen Krisenzeiten keineswegs ausweglose Ereignisse verbinden. Vielmehr erleben die Mitarbeiter akute Krisenzeiten als Situationen, bei denen zunächst ein Handlungsbedarf von außenstehenden Personen gefragt ist. Ihre ruhige Grundeinstellung im Hinblick auf psychisch bedingte Krisen macht sich daran bemerkbar, dass sie primäre Unterstützungsleistungen im gewohnten Umfeld der Betroffenen ausführen. Die professionellen Helfer verfügen demnach über ein Krisenverständnis, das schwierige Lebenssituationen nicht überbewertet und mit katastrophalen Zuständen gleichsetzt. Folgendes Zitat verdeutlicht diese Annahme: »(...) die Wohnung (...), man könnte meinen, (...) dass ist eine Vermüllung, ist es aber nicht. Es ist einfach nur eine Inkompetenz, im Moment die Gedanken zu ordnen (...).« Wie nachstehendes Interviewzitat aufzeigt, sehen die Mitarbeiter es allerdings als ihre Pflicht an, im Hilfeprozess mögliche Gefahren für die Betroffenen und das soziale Umwelt zu überprüfen: »Immer der Blick darauf, dass wenn jemand gefährdet ist, und das ist ja die Oberprämisse (...).«

Psychisch bedingte Krisen werden von den interviewten Home-Treatment-Mitarbeitern individuell betrachtet. Sie vermeiden eine Generalisierung von psychischen Erkrankungen und leiten – abgestimmt auf die vor Ort vorgefundenen Umstände – Hilfsmaßnahmen ein. Der Klientel wird bei der Auswahl der Unterstützungsleistungen ein klares Mitbestimmungsrecht eingeräumt. Hieran zeigt sich, dass die professionellen Helfer über eine »innere Ruhe« im Hinblick auf akute psychiatrische Krisen verfügen. Ein Mitarbeiter beschreibt dies wie

folgt: »Wir (...) beobachten und schätzen ihn (den Klient, Anm. d. A.) kontinuierlich ein, nicht jeden Tag. Dadurch würden wir nur nach Anzeichen suchen.« Diese Grundeinstellung ermöglicht dem befragten Personenkreis, ihre innere Gelassenheit auf die Klientel zu übertragen und den Fokus der Betroffenen auf eine positive Wendung der aktuell als schwierig erlebten Situation zu lenken.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sowohl die in Deutschland als auch die in England interviewten Mitarbeiter Krisenzeiten mit psychiatrischem Ursprung nicht mit Katastrophen oder katastrophenähnlichen Situationen gleichstellen. Sie nehmen Krisenzeiten als schwierige Lebensabschnitte wahr, die durch gezielt eingesetzte Handlungen bearbeitet und positiv verändert werden können.

Zukunftswünsche bezogen auf den Arbeitsalltag

Die Fragestellung zu Zukunftswünschen im Hinblick auf den aktuellen Arbeitsalltag beantwortete der befragte Personenkreis deutlich mit dem Wunsch nach größeren Kapazitäten im Personalbereich. Dadurch erhoffen sich die Mitarbeiter ihren klientenzentrierten Arbeitsansatz erweitern zu können. Folgende Aussage eines Mitarbeiters dient als Beispiel für diese Annahme: »Mehr Personal! Ich möchte mehr Gelegenheit dafür haben, mehr Zeit mit Patienten verbringen zu können (...).« Außerdem besteht der Wunsch nach umfangreicheren finanziellen Mitteln für Unterstützungsleistungen. Die Mitarbeiter streben neben einer Vergrößerung der Mitarbeiterteams auch die Möglichkeit an, weitreichendere Hilfen erbringen zu können.

Weiter zeigt das nachstehende Interviewzitat auf, dass sich sowohl die deutschen als auch die englischen Mitarbeiter für eine Reduzierung der ihnen übertragenen administrativen Tätigkeiten aussprechen: »Also, jetzt (...) nachdem ich hier fertig bin, werde ich zwei Stunden Schreibarbeit tun müssen. (...) ich bin nicht in die Pflege gegangen, um zu tippen (...), ich wünschte, dass wir in der Lage wären, mehr Zeit mit der Arbeit zu verbringen, die die meisten von uns tun wollen (die direkte Betreuung, Anm. d. A.).« Die dadurch eingesparte Arbeitszeit möchten die Mitarbeiter vorzugsweise in den direkten Betreuungskontakt mit der Klientel investieren.

Relevant für die professionellen Helfer beider befragten Home-Treatment-Teams war der folgende Wunsch: Eine Teilnahme an spezifischen

Fortbildungen mit Themenschwerpunkten aus ihrem Arbeitsalltag. Ein Mitarbeiter verweist, wie folgende Interviewpassage verdeutlicht, in diesem Zusammenhang auf den Ausbau der Unterstützungsleistungen: »Man kann die Qualität der Arbeit sicherlich immer weiter verbessern (...). Indem man spezifische Fortbildungen besucht.«

Länderspezifische Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Frankfurter Mitarbeiter und die professionellen Helfer aus Sunderland beschreiben ihren Arbeitsalltag in Home-Treatment-Teams mit vergleichbaren Tätigkeitsfeldern. Bei der Grundhaltung und Arbeitsauffassung im Hinblick auf Hilfen in akuten psychiatrischen Krisen zeigen sich klare Parallelen zwischen allen befragten Personen.

Ein deutlicher Unterschied zwischen den deutschen und englischen Kollegen ist in der Arbeitsweise mit Angehörigen und Freunden der sich in akuten Krisen befindenden Personen zu finden. Alle befragten Personen legen großen Wert auf die Einbeziehung des sozialen Umfelds der Klientel. Allerdings erwähnten ausschließlich die englischen Mitarbeiter, dass sie im Unterstützungsprozess neben der Hilfeplanung mit der Klientel auch Assessments mit engen Bezugspersonen durchführen. Richtungsweisend ist dabei, »nicht psychiatrischen Helfern zu helfen, dass sie helfen können«. Folgendes Zitat repräsentiert diese Einschätzung: »Also, wissen Sie, es ist gut, nach ihren Bedürfnissen (die, der Bezugspersonen, Anm. der A.) zu schauen, wir bieten den Bezugspersonen auch ein Assessment an, wenn es für notwendig erachtet wird (...).«

Ein weiterer länderspezifischer Unterschied konnte im Hinblick auf die Verbreitung vom Arbeitsansatz Home Treatment eruiert werden. Die Frankfurter Mitarbeiter hoffen für die Zukunft, dass in Deutschland vermehrt wissenschaftliche Forschungen über den Arbeitsansatz Home Treatment und seine Wirkungsweisen durchgeführt werden. Sie erwarten dadurch einen breiteren Interessenanstieg bei potenziellen deutschen Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern an Home Treatment sowie eine vermehrte deutschlandweite Umsetzung von aufsuchenden Kriseninterventionsteams mit flexiblen Arbeitszeiten. Dieser Wunsch wurde in England nicht angesprochen.

Dies mag darauf zurückzuführen zu sein, dass dort Home Treatment nahezu flächendeckend angeboten wird. Die englischen Mitarbeiter sehen eine große Sinnhaftigkeit in ihrer Home-Treatment-Arbeit und wünschen sich daher, wie nachstehendes Interviewzitat aufzeigt, eine kontinuierliche Fortführung ihrer Tätigkeit: »(...) ich hoffe, es geht weiter. Weil ich denke, (...) wenn es hier kein Home-Treatment-Team gibt, (...) müssten Menschen in ein Krankenhaus eingewiesen werden. (...) und alles, was man damit macht, ist ihnen ihr Selbstvertrauen zu nehmen. Natürlich, (...) wir haben ein Krankenhaus, das seinen Sinn hat, (...) aber in einem Krankenhaus kann man nicht an den sozialen Situationen arbeiten.«

Von den in Frankfurt befragten Personen wurde Kritik geäußert zu den vorgegebenen Betreuungszeiten für die Home-Treatment-Klientel wie sie die deutschen Leistungsträger vorsehen. Die Mitarbeiter erleben die vorgeschriebenen Rahmenbedingungen als sehr einschränkend im Zuge der Ausübung von individuellen, klientenzentrierten Hilfeleistungen. Folgendes Zitat eines Mitarbeiters beschreibt diese Annahme: »Also ich würde mir wünschen, weniger feste Vorgaben von den Kassen (den Krankenkassen, Anm. d. A.) zu haben. Wir haben von den Kassen z. B. die Vorgabe (...), es muss in den ersten sechs Tagen jeden Tag ein Kontakt sein. Das sind Vorgaben, die greifen bei manchen nicht oder machen denen Angst (...).«

Bietet der Recovery-Ansatz praktische Impulse für die gemeindepsychiatrische Arbeit?

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes beruhen auf einer geringen Anzahl an Probanden und sind ausschließlich auf inhaltliche Interpretationen der Autorin zurückzuführen. Einer der prägnantesten Recovery-Bausteine – die »Peer-Arbeit« – erhielt bei der Leitfadenerstellung nur unbefriedigende Beachtung. Infolgedessen konnte kein Forschungsmaterial gewonnen werden, das speziell diese Thematik aufgreift und darüber Erkenntnisse zulässt. Daher sind die gewonnenen Erkenntnisse – statistisch gesehen – nicht repräsentativ. Sie können dennoch insbesondere in Deutschland lebende Menschen zum Nachdenken anregen.

So wurde trotz der geringen Anzahl an befragten Personen deutlich, dass Home Treatment eine Unterstützungsform ist, die sich in Frankfurt am Main und Sunderland an dem Konzept des Recovery-Ansatzes orientiert. Die einleitend aufgeführten Recovery-Kriterien können mit dem aus den Interviews gewonnenen Material gefüllt bzw. bestätigt werden. Dies lässt darauf schließen, dass der Begriff Recovery nicht »nur« für einen grundlagentheoretischen Ansatz steht, sondern über ein praxisorientiertes Konzept verfügt, das als Ausgangspunkt für Veränderungen in der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft dienen kann. Der Home-Treatment-Hilfeprozess wird von den befragten Mitarbeitern so ausgerichtet, dass alle am Unterstützungsweg beteiligten Personen ihr Hauptaugenmerk auf die Stärken und Fähigkeiten der Klientel legen. Durch gezieltes Training, abgestimmt auf individuelle Ressourcen und Neigungen, erkennen Psychiatrie-Erfahrene, wie sie mit ihren Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben zufriedenstellender und selbstbestimmter teilhaben können. Indem die professionellen Helfer die Ansichten ihrer Klientel respektieren und das familiäre Umfeld der sich in akuten psychischen Krisen befindenden Menschen aktiv mit einbeziehen, schaffen sie günstige Rahmenbedingungen für »Genesungsreisen«. Nicht zuletzt sei die zuversichtliche Grundhaltung der Mitarbeiter erwähnt, mit der sie ihrer Klientel kontinuierlich Hoffnung auf eine positive Entwicklung vermitteln. Home Treatment zielt primär auf eine Verhinderung von stationären Klinikaufenthalten ab. Dies entspricht nicht nur den Wünschen der meisten psychisch beeinträchtigten Menschen, sondern sollte auch im Hinblick auf die in Deutschland immer knapper werdenden finanziellen Mittel der Sozialhilfe Beachtung erhalten. So empfiehlt es sich, gezielt alternative finanzielle Ressourcen ausfindig zu machen und zu nutzen. Dafür geeignet sind beispielsweise gemeindepsychiatrische Kriseninterventions- und Präventionsleistungen, die durch die gesetzlichen Krankenkassen mitfinanziert werden und gesetzlich im SGB V verankert sind (vgl. GREUËL und MENNEMANN 2006, S. 56 ff.). Ein konkretes Beispiel dafür ist Home Treatment. Neben der Nutzung von sozialrechtlichen Ansprüchen und dem Erschließen von zusätzlichen Leistungsträgern in der deutschen Gemeindepsychiatrie, könnte eine landesweite Ausdehnung des Unterstützungsansatzes Home Treatment dazu beitragen, dass Deutschland vermehrt über ein weiteres, wissenschaftlich fundiertes und aus sozialpsychiatrischer Perspektive hoch angesiedeltes

Leistungsangebot verfügt (vgl. HOLKE 2006, S. 188). Der Blick nach England macht Mut und kann als Vorbildfunktion dienen: Das staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien ist seit einigen Jahren dabei, seine Strategien und damit verbundene Handlungsrichtlinien nach den Prinzipien des Recovery-Ansatzes auszurichten (vgl. AMERING und SCHMOLKE 2010, S. 98).

Eingangs wurde auf den hierzulande weitverbreiteten Glauben an eine Unüberwindbarkeit von seelischen Beeinträchtigungen eingegangen und auf die gesellschaftliche Stigmatisierung von psychisch beeinträchtigten Menschen aufmerksam gemacht. Mit einer Arbeitsweise orientiert am Recovery-Ansatz kann es gelingen, diese Unzulänglichkeiten zu vermindern. In Abgrenzung zu vielen sozialpsychiatrischen Behandlungskonzepten werden in der Recovery-Orientierung Faktoren wie Hoffnung oder Selbstvertrauen intensiver betont, wodurch sich weiterführende Konsequenzen für das professionelle psychiatrische Tun erschließen: Es ist von großer Bedeutung, ob die Unterstützungsleistungen primär ein Abwenden von psychisch bedingter Symptomatik verfolgen und Menschen mit ihnen langfristig zu »Normalzuständen« zurückgeführt werden sollen, oder ob das professionelle Handeln an der Möglichkeit von einer seelischen Genesung orientiert ist (vgl. KNUF 2011, S. 126). Gelingt es psychiatrisch Tätigen, in Menschen mit langen seelischen Leidenswegen Genesungspotenziale und Handlungsfähigkeiten zu erkennen und diese im Kontakt zur Klientel dauerhaft anzuregen und zu fördern, dann können sich günstige Veränderungen in der therapeutischen Beziehung einstellen, die sich letztendlich auch in den Therapieergebnissen als fruchtbar bemerkbar machen (vgl. ebd., S. 128). Evidenzbasierte Erkenntnisse belegen die hohe Bedeutsamkeit von zuversichtlichen Arbeitshypothesen, die im psychiatrischen Arbeitsalltag nicht immer einfach aufrechtzuerhalten sind (vgl. ebd., S. 1). Um dennoch Zuversicht vermittelnde Haltungen bei professionellen Helfern zu stärken, können beispielsweise das Sammeln von fachlichen Informationen über positive psychische Genesungsverläufe, der regelmäßige Austausch mit genesenden Nutzern des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems und Weiterbildungen zum Thema »Recovery-Ansatz« förderlich sein (vgl. KNUF und BRIDLER 2008, S. 27).

Eine Zurückgewinnung von seelischer Gesundheit ist für viele Betroffene davon abhängig, ob sie eine ressourcenorientierte Unterstützung

erfahren und ihnen während »Genesungsreisen« aktive Handlungsmöglichkeiten eingeräumt werden, sodass sie selbstbestimmt auf ihren weiteren Lebensweg Einfluss nehmen können. Weiter trägt das Überwinden von Stigmatisierung wesentlich zu einer Wiedergewinnung von seelischer Gesundheit bei (vgl. ebd.). Dieser Faktor wird insbesondere durch den Recovery-Baustein »Peer-Arbeit« vorangetrieben. Er dient als Präventivmaßnahme, indem er zum Abbau von gesellschaftlichen Vorurteilen gegenüber Psychiatrie-Erfahrenen beiträgt und dadurch Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen verhindern kann. Er zeigt, dass Psychiatrie-Erfahrene die notwendige Kraft im Berufsleben aufbringen können und trotz oder gerade wegen ihrer psychisch bedingten Einschränkungen im Erfahrungsaustausch zu Gleichgesinnten als Vorbildfunktion fungieren.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die praktische Anwendbarkeit von zentralen, im Recovery-Ansatz vereinten Grundhaltungs- und Handlungselementen geprüft. Am Beispiel von Home Treatment konnte herausgearbeitet werden, dass sich die im Recovery-Ansatz theoretisch konzipierten Elemente in den gemeindepsychiatrischen Arbeitsalltag von mobilen Kriseninterventionsteams in Frankfurt a.M. und Sunderland umsetzen lassen. Es lohnt, diese Erkenntnis vor den hierzulande veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Strukturen genauer zu betrachten. Home Treatment kann als ein Versuch bezeichnet werden, der auf die sich wandelnden Lebensumstände reagiert (vgl. HEISLER 2011, S. 4). Da sich Home Treatment in Deutschland derzeit im Aufbau befindet und sich die Psychiatrie üblicherweise als eine empirische Wissenschaft versteht, kann dieser Arbeitsansatz für die Lieferung von praktischen Ergebnissen zur Weiterentwicklung von neuen Theorien genutzt werden (vgl. UTSCHAKOWSKI et al. 2009, S. 9). Home Treatment könnte für das hierzulande existierende psychiatrische Versorgungssystem als eine Chance verstanden werden, durch die ein Sammeln von bisher in Deutschland noch wenig gemachten Erfahrungen und damit auch eine »Neuentdeckung« des Arbeitsfeldes Psychiatrie ermöglicht wird (vgl. HEISLER 2011, S. 4). Eine praktische Umsetzung von Home Treatment setzt in Deutschland allerdings eine Vielzahl von Veränderungen auf personellen und strukturellen Ebenen voraus (vgl. GREVE 2007, S. 14 ff.). Für die in der deutschen Psychiatrie arbeitenden Fachkräfte bedeutet dies, dass sie sich für einen Wandel in ihrem beruflichen Tun öffnen, da die Umsetzung von

Home Treatment ein weitreichenderes Arbeitsspektrum voraussetzt. Das klassische klinische Fachpersonal hat sich für das Erbringen von aufsuchenden Hilfeleistungen außerhalb eines Klinikgeländes bereit zu erklären und Psychiater führen neben ihren qualifikationstypischen Aufgaben bei Bedarf auch alltagspraktische Tätigkeiten und motivierende Gesprächsführungen im Kontakt zu der Klientel aus. Für Sozialarbeiter stellt sich in diesem Zusammenhang die Aufgabe, mögliche Hemmungen gegenüber klinischen Hilfen abzulegen und sich auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal einzulassen. Die Veränderungen im Tätigkeitsprofil von Psychologen beziehen sich beispielsweise auf eine Beachtung von körperlichen Erkrankungen, die bei der Diagnostik und der Behandlung mit einzubeziehen sind (vgl. HEISLER 2011, S. 6). Grundsätzlich empfiehlt es sich für die Leistungserbringer, bestehende »Leistungspakete« in einzelne Maßnahmen zu modularisieren, um auf die individuellen Lebenssituationen der Nutzer flexibel eingehen zu können. Förderlich dafür erscheint eine von Vertrauen geprägte Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, die sich z. B. darin äußert, dass die Home Treatment anbietenden Institutionen ihren Mitarbeitern Freiräume zum selbstständigen Handeln direkt am Lebensort der Klientel einräumen und auf ihr fachliches Handeln außerhalb der Organisation vertrauen (ebd., S. 8). Die genannten Faktoren für diesen Reformprozess können durch eine Teilnahme der zukünftigen professionellen Helfer an fachlichen Schulungen über mobile Kriseninterventionsleistungen und das dafür notwendige »Handwerkszeug« zielführend vorangetrieben werden. Weiter sei der Einsatz von einer wissenschaftlichen Begleitung erwähnt, die die gemachten Erfahrungen evaluiert und Impulse zur Weiterentwicklung setzt (vgl. GREVE 2007, S. 17). Neben den beruflichen Veränderungen ist auch ein anpassendes Reagieren vonseiten der Leistungsträger notwendig. Von Wert zeigen sich Finanzierungsmodelle wie die »Integrierte Versorgung«, das »Persönliche Budget«, das »Regionale Budget« und die Integration von Home Treatment in die Regelversorgung von psychiatrischen Kliniken (vgl. GREVE 2007, S. 16; HEISLER 2010, S. 23 f.; HORN und RUNGE 2012, S. 18). In England arbeiten seit über einem Jahrzehnt professionelle Helfer unter diesen veränderten beruflichen Bedingungen. Wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass die Nutzer diese gemeindepsychiatrischen Leistungen als zufriedenstellend erleben und ihre seelische Gesund-

heit davon profitieren kann (vgl. JOHNSON und THORNICROFT 2011, S. 37 ff.). Dies regt zum Nachdenken an. Als Konsequenz könnte im Rahmen des in Deutschland andauernden Prozesses der Deinstitutionalisierung von psychiatrischen Versorgungsangeboten – aktuell weiter vorangetrieben und intensiviert durch die 2006 verfasste UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen – überprüft werden, ob die englischen Erfahrungen für das deutsche psychiatrische Versorgungssystem von nutzbarem Wert sind und ein Ausbau dieser mobilen Kriseninterventionsform in Überlegung gezogen werden sollte. Damit würde Deutschland auch der im Oktober 2005 verfassten Aufforderung der »Europäischen Kommission Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz« zum Austausch und zur Zusammenarbeit zwischen europäischen Mitgliedstaaten im Hinblick auf die Förderung von seelischer Gesundheit nachkommen (vgl. BECKER et al. 2008, S. 20). Weiter sei auf den »Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit« verwiesen, der 2005 im Rahmen der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz zu »Psychischer Gesundheit« in Helsinki erarbeitet wurde (vgl. ebd., S. 23). Der im Aktionsplan veröffentlichte Gliederungspunkt 7 zu »Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen durch gemeindenahе Dienste wirksam versorgen« befasst sich mit Zielen und Maßnahmen, die in Deutschland zu einem großen Teil mit einer vermehrten praktischen Umsetzung von Home Treatment erfüllt werden könnten. Als Beispiele für den Gliederungspunkt 7 des Aktionsplans sind zu nennen: Gemeindenahе Dienste mit einer täglichen Erreichbarkeit von 24 Stunden, mobile Kriseninterventionsleistungen, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger, das Anleiten von Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld zur selbstständigen Krankheitsbewältigung und die Optimierung der Integration von Psychiatrie-Erfahrenen in die Gesellschaft durch entsprechende Rehabilitationsangebote (vgl. ebd., S. 23 f.). Home Treatment verfügt durch sein aufsuchendes Leistungsangebot über große Gemeinsamkeiten mit den in Deutschland geläufigen und gesellschaftlich anerkannten ambulanten Pflegediensten für ältere Generationen und kann damit langfristig entstigmatisierend für die Unterstützung mit psychiatrischen Hilfen wirken. Schließlich soll auf eine weitere Empfehlung des Aktionsplans aufmerksam gemacht werden. Darin heißt es »Leitlinien für eine bewährte Praxis entwickeln und ihre Umsetzung begleiten« (vgl. ebd., S. 24). Im Jahr 2005 hat

die »Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde« (DGPPN) Behandlungsleitlinien für Psychosoziale Therapien in Deutschland verfasst. Eine Auseinandersetzung mit diesen Leitlinien macht deutlich, dass das Home Treatment mit darin niedergeschriebenen Kernempfehlungen einhergeht (vgl. BECKER et al. 2005). Der theoretische Grundstein für Home Treatment scheint in Deutschland gelegt zu sein, einige deutsche Städte gehen mit ihrem Home-Treatment-Angebot beispielhaft voran. Mit kleinen Schritten und dem Eingehen von Kompromissen könnte an diese innovative Bewegung angeknüpft werden und damit auch den Empfehlungen der DGPPN gefolgt werden. Voraussetzungen dafür sind strukturelle Rahmenbedingungen, die dies zulassen und Menschen, die sich einfallsreich auf neue berufliche Herausforderungen einlassen und ihr fachliches Wissen im praktischen Tun anwenden möchten.

Literatur

- AMERING, Michaela; SCHMOLKE, Margit (2010): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 4. Auflage, Bonn
- BECKER, Thomas; HOFFMANN, Holger; PUSCHNER, Bernd; WEINMANN, Stefan (2008): Module psychiatrischer Versorgung und deren Evaluation. In: GAEBEL, Wolfgang; MÜLLER-SPAHN, Franz (Hg.): Konzepte und Methoden der klinischen Psychiatrie. Versorgungsmodelle in der Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Auflage, Stuttgart, S. 17–31
- BECKER, Thomas; REKER, Thomas; WEIG, Wolfgang (2005): Praxisleitlinien in der Psychiatrie und Psychotherapie. Band 7. Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien. Hg. von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt
- BRIMBLECOMBE, Neil (2011): Assessment and management of risk. In: JOHNSON, Sonia; NEEDLE, Justin; BINDMAN, Jonathan P.; THORNICROFT, Graham (Hg.): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge, S. 11–120
- DOHRMANN, Wolfgang (2011): Wörterbuch der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Dictionary of social pedagogy and social work. Eng-

- lich-Deutsch/Deutsch-Englisch. Ein Fachwörterbuch für Studium und Beruf in Europa. Berlin
- FINZEN, Asmus (2010): Die Krankheit verstecken. Stigma und Stigmabewältigung bei psychischen Störungen. *Kerbe*, 4, 28. Jahrgang, S. 8
- GABEL, Wolfgang; AHRENS, Wiebke; SCHLAMANN, Pia (2010): Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Im Rahmen des Antistigma-Projekts Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit. http://www.seelische-gesundheit.net/images/stories/Aktionsbuendnis_Studie_Konzeption_Umsetzung_Interventionen_2010.pdf (Zugriff: 08.07.2012)
- GLOVER, Gyles; JOHNSON, Sonia (2011): The crisis resolution team model: recent developments and dissemination. In: JOHNSON, Sonia; NEEDLE, Justin; BINDMAN, Jonathan P.; THORNICROFT, Graham (Hg.): *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge, S. 23–34
- GREUËL, Marius; MENNEMANN, Hugo (2006): *Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung*. München
- GREVE, Nils (2007): *Need Adapted Treatment. Bedürfnisangepasste Behandlung von Psychosen – Was können wir vom skandinavischen Modell lernen?* Psychosozialer Trägerverein Solingen. http://www.aachenerverein.de/Need_Adapted_Treatment_Aachen_2007.pdf (Zugriff am: 29.06.2012)
- HESSLER, Matthias (2010): Psychiatrie (fast) ohne Betten. Eine neue Balance zwischen Krankenhauspsychiatrie und »Community Care« unter den Rahmenbedingungen eines Regionalen Budgets. *Soziale Psychiatrie*, 2, S. 23–27
- HESSLER, Matthias (2011): »Es wird kein Stein auf dem anderen bleiben«. Auf dem Weg zur Post-Psychiatrie. *Soziale Psychiatrie*, 4, S. 4–9
- HELFFERICH, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage. Wiesbaden
- HOLKE, Jörg (2006): Einführung in das Symposium »Ambulante Komplexleistung: Behandlung und Rehabilitation unter Einschluss von Soziotherapie, häuslicher Krankenpflege und Ergotherapie«.

- In: AKTION PSYCHISCH KRANKE; SCHMIDT-ZADEL, Regina; KUNZE, Heinrich; PEUKERT, Reinhard (Hg.): Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden. Tagungsbericht Kassel, 19./20. September 2005. 1. Auflage. Bonn
- HORN, Andreas; RUNGE, Angelika (2012): Home Treatment und klinische Krisenintervention. Kerbe, 2, S. 18–20
- HOULT, John; COTTON, Mary-Anne (2011): Assessments of crisis. In: JOHNSON, Sonia; NEEDLE, Justin; BINDMAN, Jonathan P.; THORNICROFT, Graham (Hg.): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge, S. 97–109
- JOHNSON, Sonia; BINDMAN, JONATHAN P. (2011): Recent research on crisis resolution teams: findings and limitations. In: JOHNSON, Sonia; NEEDLE, Justin; BINDMAN, Jonathan P.; THORNICROFT, Graham (Hg.) (2011): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge, S. 51–63
- JOHNSON, Sonia; NEEDLE, Justin (2011): Crisis resolution teams: rationale and core model. In: JOHNSON, Sonia; NEEDLE, Justin; BINDMAN, Jonathan P.; THORNICROFT, Graham (Hg.): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge, S. 67–84
- JOHNSON, Sonia; NEEDLE, Justin; BINDMAN, Jonathan P.; THORNICROFT, Graham (Hg.) (2011): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge
- JOHNSON, Sonia; THORNICROFT, Graham (2011): The classic home treatment studies. In: JOHNSON, Sonia; NEEDLE, Justin; BINDMAN, Jonathan P.; THORNICROFT, Graham (Hg.): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge, S. 37–50
- KNUF, Andreas (2011): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. 3. Auflage, Bonn
- KNUF, Andreas; BRIDLER, Sabrina (2008): Recovery konkret. Wie man Zuversicht im psychiatrischen Alltag vermitteln kann. Psycho-soziale Umschau, Heft 4, S. 26–29
- MAYRING, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel
- National Audit Office (2007): Helping people through mental health crisis: The role if Crisis Resolution and Home Treatment services. Report by the comptroller and auditor general. HC 5 Session 2007 – 2008. Ordered by the House of Commons to be printed on 5 December 2007. London

- RAVE-SCHWANK, Maria (2011): Recovery – auf den Schultern der Rehabilitation. Was ist an »Recovery« eigentlich neu? Und wo sind die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede zur (guten alten) psychosozialen Rehabilitation? Soziale Psychiatrie, 4, S. 26–27
- Rethink (2011): Crisis resolution. National Schizophrenia Fellowship. The Rethink Advice and Information Service. London. <http://www.rethink.org> (Zugriff: 15.02.2013)
- SCHULZ, Silvia (2004): Verhandeln statt behandeln. Faszination Seele. Zeitschrift für Patienten und Angehörige, 4, S. 3. Köln
- Social Care Institute for Excellence (2007): A common purpose: Recovery in future mental health services. <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp08.pdf> (Zugriff: 15.02.2013)
- UTSCHAKOWSKI, Jörg; SIELAFF, Gyöngyvér; BOCK, Thomas (Hg.) (2009): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn
- WATKINS, Peter N. (2009): Recovery – wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker. Deutschsprachige Ausgabe von Stephan Wolff
- WOLFF, Stephan (2009): Geleitwort des deutschen Herausgebers. In: WATKINS, Peter N.: Recovery – wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker. Bern, S. 9–10

Vera Dangel, M. A. Soziale Arbeit, Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie und Diplom-Sozialarbeiterin, ist seit 2012 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem gemeinsamen Projekt der Hochschule RheinMain und der Lebenshilfe Hessen tätig, in dem die Entwicklung von alternativen Wohnangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung und intensivem Unterstützungsbedarf im Mittelpunkt steht. Vorher war sie als Sozialarbeiterin in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern der Gemeindepsychiatrie tätig.

Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit: vera.dangel@gmx.de

Protektive Faktoren von Mitarbeitern bei Klientensuiziden

Franziska Boes

Wie gelingt es Mitarbeitern im sozialpsychiatrischen Bereich, nach Klientensuiziden mit dieser Belastung umzugehen? Verfügen Einrichtungen über geeignete Maßnahmen? Was hilft bei der Verarbeitung? Auf diese Fragen wurden im Rahmen des Forschungsvorhabens im Kontext einer Master-Thesis Antworten gesucht. Mit Leitfadenterviews wurden sowohl Einrichtungsleiter als auch betroffene Mitarbeiter zu ihren Erfahrungen befragt. Die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse zeigt die wesentlichen Bewältigungsstrategien von Mitarbeitern auf. Einstellungen und Haltungen zum Thema Suizid werden deutlich und die Ergebnisse beider Zielgruppen führen Erfahrungen, Vorgehensweisen und Notfallpläne von Einrichtungen zusammen.

Aufgrund der Tatsache, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung einer Risikogruppe für das Begehen von Suiziden angehören, können sich einige Mitarbeiter in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Diensten mit einem solchen Ereignis im Laufe ihrer Berufstätigkeit konfrontiert sehen (SCHNEIDER 2008). Dabei scheinen manche psychiatrisch Tätige über geeignetere Bewältigungsstrategien zu verfügen als andere.

In der Salutogenese (ANTONOVSKY 1997) wird nach Erklärungen gesucht, warum Menschen gesund bleiben bzw. warum sie an extremen Belastungen nicht zerbrechen. Auch das Konzept der Resilienz (WUSTMANN 2004; WELTER-ENDERLIN 2006; FRÖHLICH-GILDHOFF 2007) beschäftigt sich mit der Fähigkeit eines Menschen, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und den daraus resultierenden negativen Stressfolgen umgehen zu können. FENGLER (2004) sieht in diesen beiden Konzepten Möglichkeiten, »den Helfer-Beruf ertragen, gestalten und genießen zu können«.

Das Verknüpfen dieser beiden Aspekte, das Bewältigenmüssen von Klientensuiziden auf der einen Seite, und die Möglichkeit, dabei auf

Ressourcen zurückgreifen können, wie sie die Salutogenese und die Resilienz bieten, waren Anlass zur Beschäftigung mit der Thematik.

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit ist es, herauszufinden, was Mitarbeitern hilft, mit den Folgen von Klientensuiziden zurechtzukommen, auf welche personelle und soziale Ressourcen sie zurückgreifen können, ob Wohneinrichtungen über geeignete Postventionskonzepte verfügen und welche Unterstützung von Einrichtungsseite angeboten bzw. als hilfreich empfunden wird.

Für das selbstständige Erarbeiten eines Forschungsdesigns habe ich diese Fragestellungen als Thema meines Handlungsforschungsprojektes gewählt. Dieses qualitative Forschungsprojekt und die dabei erhobenen Daten sind Grundlage für diesen Artikel.

Der soziale Wert liegt darin, Erkenntnisse zu erzielen, die

- die Resilienz der Mitarbeiter stärken und fördern,
- zur Qualitätssicherung in Wohneinrichtungen durch Verbesserung und Entwicklung von Postventionskonzepten beitragen,
- einen Beitrag zum Arbeitnehmerschutz liefern, um Folgeerkrankungen abzuwenden.

Zur Beantwortung des Erkenntnisinteresses wurde folgende Forschungsfrage formuliert:

Was hilft Mitarbeitern in Einrichtungen für psychisch kranke Menschen nach Klientensuiziden beim Umgang mit dieser Belastung im Hinblick auf persönliche und soziale Ressourcen sowie einrichtungsbezogene Unterstützungsfaktoren?

Stand der Forschung

Der Tod eines Menschen durch Suizid bedeutet für die Angehörigen oft einen traumatischen Verlust. Doch auch die Reaktionen von psychiatrisch Tätigen nach Klientensuiziden sind denen der Angehörigen oft sehr ähnlich (vgl. GUTIN et al. 2011). Schock, Verleugnung und Gefühllosigkeit werden ebenso berichtet wie Traurigkeit, Angst, Wut und Bestürzung, in manchen Fällen können Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten; existenzielle Überzeugungen können ins Wanken geraten, viele Betroffene leiden unter Schuld- und Schamgefühlen (vgl. GUTIN et al. 2011; LINKE et al. 2002; GITLIN 1999).

Zusätzlich zur persönlichen Verlustreaktion können sich die Folgen auch auf das Berufsleben auswirken. Die berufliche Identität, das Verhältnis zu den Kollegen und die praktische Arbeit können betroffen sein. Berichtet werden Schuldgefühle, Zweifel an den eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen, Verlust des Selbstwertgefühls und die Angst vor den Reaktionen und Vorwürfen der Angehörigen. Das professionelle Selbstverständnis, Menschen Halt, Sicherheit und Unterstützung zu geben, ist bedroht (vgl. GUTIN et al. 2011; GITLIN 1999).

Als hilfreich zur Bewältigung werden der Austausch und Gespräche mit Familie, Partner, Freunden und Kollegen angegeben. Auch Teambesprechungen, Suizidkonferenzen und Supervision unterstützen bei der Verarbeitung (vgl. ALEXANDER 2000; FOLEY und KELLY 2007; LINKE et al. 2002). Für einige Betroffene sind Gespräche mit Angehörigen des Verstorbenen sowie die Teilnahme an der Beerdigung wichtige Bewältigungsmöglichkeiten (vgl. GITLIN 1999; HENDIN et al. 2000).

Trotz allem kann die Erfahrung eines Klientensuizides auch zu einem persönlichen Wachstum führen und eine Lernerfahrung für den professionellen Helfer bedeuten (vgl. GUTIN et al. 2011; HENDIN et al. 2000; GITLIN 1999). Die Aneignung von mehr Wissen über Suizidalität und die Häufigkeit des Auftretens, Kennen von Risiko- und Schutzfaktoren sowie Interventionsmöglichkeiten und eine erhöhte Sensibilität gegenüber suizidalen Klienten können positive Auswirkungen sein. Gleichzeitig können auf Mitarbeiterseite Allmachtsgefühle reduziert und die eigenen Grenzen besser gesehen werden. Einige verspürten den Wunsch, Kollegen mit ähnlicher Erfahrung bei deren Bewältigung zu unterstützen (vgl. GITLIN 1999).

Obwohl bekannt ist, dass psychisch kranke Menschen einer Risikogruppe angehören, ist eine mangelhafte Vorbereitung für den Fall eines Suizids erkennbar (vgl. GUTIN et al. 2011; DEWAR et al. 2000). Trotz der Entwicklung von Richtlinien, Postventionsprotokollen und Suizidkonferenzen finden diese kaum bzw. nur unzureichend Anwendung. Neben der Implementierung verschiedener Gesprächsmöglichkeiten auf allen Ebenen und mit allen Betroffenen ist für Mitarbeiter auch die Kenntnis der Regelung konkreter Abläufe wichtig (vgl. GRAD 2009; WOLFERSDORF und ETZERSDORFER 2011).

Auch die Vernachlässigung dieser Thematik während Studium und Ausbildung wird kritisch angemerkt (vgl. GUTIN et al. 2011). Psychiatrisch Tätigen wird eine gute Vorbereitung auf den Umgang mit sui-

zidalen Patienten empfohlen, da Wissen um Suizidalität und aktueller Behandlungsstandards sowie eine sorgfältige Suizidprävention als der beste Schutz vor Schuldgefühlen angesehen werden (vgl. GRAD 2009; MÜLLER und SCHMIDTKE 2005).

Die hier dargestellten Forschungsergebnisse stammen überwiegend aus dem englischsprachigen Raum und beziehen sich hauptsächlich auf Psychiater und Mitarbeiter, die in psychiatrischen Kliniken tätig sind. LINKE et al. (2002) zeigen Ergebnisse einer Studie von multiprofessionellen Teams der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Großbritannien.

In der deutschsprachigen Literatur ist wenig zu finden zu Klientensuiziden. Speziell zu Suiziden, die sich im ambulanten bzw. komplementären Bereich ereignen, Bewältigungsstrategien der professionellen Mitarbeiter sowie Umgangsweisen der Einrichtungen liegen der Autorin keine Ergebnisse vor, lediglich auf Fachtagungen scheinen diese Aspekte zumindest thematisiert zu werden.

Hintergründe

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) begehen jährlich eine Million Menschen weltweit Suizid (WHO 1999). In Deutschland verstarben laut statistischem Bundesamt im Jahr 2010 rund 10000 Menschen durch Suizid. Das bedeutet, dass sich jeder 100. Mensch selbst tötet. Um die Zahlen zu verdeutlichen, werden sie häufig mit denen der Verkehrstoten verglichen: Im Jahr 2010 starben demzufolge 2,5-mal mehr Menschen durch Suizid als bei Verkehrsunfällen (Statistisches Bundesamt 2012). 2006 sank die Zahl der Suizide unter 10000 und stieg im Jahr 2010 wieder über die 10000-Grenze, was u. a. mit dem Suizid des Nationaltorhüters Robert Enke und dem Werther-Effekt¹ begründet wird.

Insgesamt ist die Suizidrate in den letzten beiden Dekaden um ca. 30 % gesunken. Gründe hierfür werden in der Schaffung geeigneter Präventionseinrichtungen und -maßnahmen, der verbesserten Behandlung depressiver Erkrankungen, der Erhöhung der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit für Suizidalität und einer verbesserten Fort- und Weiterbildung gesehen (vgl. WOLFERSDORF und ETZERSDORFER 2011, S. 46).

In der Literatur wird durchgängig als wichtigster Risikofaktor, einen Suizid zu begehen, das Vorliegen einer psychischen Erkrankung erwähnt. Im Folgenden werden die Hintergründe und Motive im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen näher erläutert. FINZEN (vgl. 1997, S. 45 ff.) untersuchte den Patientensuizid psychisch kranker Menschen während der Behandlung. Die Gründe für das Begehen von Suizid unterscheiden sich kaum von den Motiven gesunder Menschen, allerdings gibt es einige Besonderheiten, die berücksichtigt werden müssen:

Mögliche Suizidmotive können bei Depressionen aus einem Schuld- und Versündigungswahn heraus entstehen, der unkontrollierbare Suizidimpulse verursachen kann (vgl. ebd., S. 47). Wahnwahrnehmungen in Form von imperativen Stimmen, die sowohl bei Depressionen als auch Schizophrenien auftreten können, können den Suizid befehlen. Diese Gründe für Suizid, deren Auslöser akute psychotische Krisen sind, werden jedoch als eher selten angesehen (vgl. ebd.).

Gewichtigere Motive sind nach Finzen Hoffnungslosigkeit, Resignation und Verzweiflung (vgl. FINZEN 1988, S. 36). Ein langer Krankheitsverlauf, das Wahrnehmen der ungünstigen Prognose, das Erleben des sozialen Abstiegs und das Reflektieren der eigenen Lebenssituation werden als entscheidende Gründe für das Begehen von Suiziden benannt. Im Vergleich zu psychisch gesunden Menschen scheint es, »als wären die objektiven Faktoren, die ihn belasten, einschließlich seiner Einsamkeit, ausgeprägter, und seine Kompensationsmechanismen aufgrund seiner Krankheit, insbesondere der Psychose, geringer als beim Gesunden« (ebd.). Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, auf das Risiko hinzuweisen, das durch die Hoffnungslosigkeit und den Pessimismus des Personals entsteht.

Aufgrund der Erkrankung können Wahrnehmung, Fühlen und Denken verändert sein (FINZEN 1997, S. 47). Das Leiden und Erleben des Betroffenen kann für Angehörige und andere Außenstehende mitunter unverständlich sein, da kein konkreter Anlass für die empfundene Verzweiflung erkennbar scheint. Problemlösestrategien, Frustrationstoleranz und Bewältigungsmechanismen sind nicht vorhanden bzw. stark vermindert. Besonders bei an einer Schizophrenie erkrankten Menschen kann der Krankheitsverlauf bzw. die Bewältigung kräftezehrend sein. Das Erleben einer eingeschränkten Lebensperspektive, enttäuschte Hoffnungen, Negativsymptomatik und Depressivität als

Begleiterscheinungen sowie der Verlust sozialer Beziehungen können zu Suizidalität führen. Die »Bewältigung von psychischen und sozialen Situationen, die Gesunde gar nicht als Belastung wahrnehmen« können sich für Betroffene als so kräftezehrend und anstrengend erweisen, dass schon kleine Misserfolge ausreichen, um »das mühsam aufrechterhaltene emotionale Gleichgewicht zum Zusammensturz (zu) bringen und eine suizidale Krise herauf(zu)beschwören« (ebd., S. 48).

FINZEN (ebd., S. 49) verweist des Weiteren auf das Risiko eines Suizids von Patienten nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt. Ihm zufolge ist es in den ersten vier Wochen nach der Entlassung am größten. Gründe dafür können sein, dass der Betroffene die Hoffnung auf eine deutliche Verbesserung seiner Lebenssituation hat, gleichzeitig aber fürchtet, den Erwartungen nicht gerecht zu werden. Das entlastende, beschützende Milieu der Klinik fällt weg und damit sowohl Kontakte zu therapeutischem Personal als auch zu anderen Patienten. Die Aufnahme abgerissener Beziehungen des bisherigen sozialen Netzes muss erfolgen, was häufig mit Enttäuschungen und in der Folge mit einer Häufung von Frustrationserlebnissen einhergeht

Traumatisierung durch den Tod nahestehender Menschen

Therapeutische bzw. professionelle Beziehungen aufzubauen, gehört zu den beruflichen Kompetenzen psychiatrisch Tätiger (vgl. FINZEN 1997, S. 174). Dabei kann sich aufgrund der geschaffenen Vertrauensbasis und der häufig intimen Gesprächsinhalte zwischen professionellen Helfern und Klienten eine tiefe Beziehung entwickeln, ohne dabei die therapeutischen Grenzen zu verletzen (vgl. GUTIN et al. 2011, S. 97 f.). Daher können professionell Tätige ähnliche Reaktionen nach dem Suizid eines Klienten zeigen wie die Angehörigen des Verstorbenen (vgl. ebd., S. 94).

Wie bereits beschrieben erleben betroffene Helfer sowohl auf persönlicher als auch beruflicher Ebene starke Emotionen, wie beispielsweise Schock, Traurigkeit und Wut, sowie Gefühle der Inkompetenz, des Versagens und der Schuld, da ein Mensch, dem gegenüber man sich verantwortlich fühlte, nicht geholfen werden konnte und nun tot ist.

Schock aufgrund des Suizidereignisses an sich, unbeantwortete Fragen sowie Entdecken und der Anblick der Leiche können eine erhöhte Belastung für den Betroffenen darstellen, in deren Folge Symptome einer

Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten können (vgl. KNIEPER 1999 und CALLAHAN 2000, zitiert nach SEIBL et al. 2001, S. 318). Der Verlust eines Menschen durch Suizid muss daher als traumatisches Ereignis gesehen werden. Die Verarbeitung traumatischer Ereignisse kann sehr unterschiedlich erfolgen. Es können akute, kurzfristige und unmittelbar auf das belastende Ereignis folgende Belastungsreaktionen auftreten. Hält die Belastungsreaktion an, kann daraus eine Posttraumatische Belastungsstörung resultieren.

Doch nicht bei allen Menschen, die ein belastendes Ereignis erlebt haben, entwickelt sich eine Störung. Mögliche Erklärungsansätze hierfür sind u. a. in den Bewältigungsmechanismen der betreffenden Personen zu finden.

Die ressourcenorientierten Konzepte der Salutogenese und Resilienz

Die Konzepte der Salutogenese und der Resilienz beschäftigen sich mit den Bedingungen, die es Menschen ermöglichen, sich von belastenden Situationen zu erholen und nicht daran zu zerbrechen. Dabei orientieren sich beide an Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern von Stress- und Risikosituationen und der Ressourcenaktivierung für die Bewältigung belastender Ereignisse.

Das Konzept der Salutogenese

Das in den 1970er-Jahren von Aaron Antonovsky (1923–1994) entwickelte Modell der Salutogenese (Salus, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; Genese, griech.: Entstehung) bezeichnet ein Rahmenkonzept, das die bisher vorherrschende pathogene Sichtweise von Erkrankungen erweitert und ergänzt. Darin beschäftigt er sich mit den Gründen, warum Menschen, trotz widrigster Umstände, gesund bleiben, wie es ihnen gelingt, sich von Belastungen zu erholen und was das Besondere an den Menschen ist, die trotz extremster Belastung nicht krank werden. Das Kernstück des entwickelten Modells bildet das Kohärenzgefühl, unter dem er »eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben« versteht (BENGEL et al. 2001, S. 28).

Gesundheitsverständnis Antonovskys

In der salutogenetischen Sichtweise stellen Gesundheit und Krankheit einander nicht ausschließende Zustände dar, sondern die Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums. Es geht nicht darum, den Pol der völligen Gesundheit zu erreichen, sondern vielmehr »über die Faktoren nachzudenken, die zu einer Bewegung in Richtung auf das gesunde Ende des Kontinuums beitragen« (ANTONOVSKY, Übersetzung durch FRANKE 1997, S. 25). Die Salutogenese präferiert eine ganzheitliche Sichtweise unter Berücksichtigung der individuellen Geschichte einer Person anstelle einer Konzentration auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit (vgl. ebd., S. 29). Sie fokussiert sich auf deren Copingressourcen und widerspricht einem pathogenetischen Blick auf Stressoren. Stattdessen können Stressoren durchaus gesunde Anteile haben, »abhängig vom Charakter des Stressors und der erfolgreichen Auflösung der Anspannung« (ebd., S. 30). Das salutogenetische Denken fordert dazu auf, nach erfolgreichen Bewältigungsstilen zu suchen, um negative Entropie herzustellen, die in der Lage ist, Ordnung herzustellen. Mit Entropie bezeichnet Antonovsky »die Tendenz menschlicher Organismen, ihre organisierten Strukturen zu verlieren, wobei negative Entropie die Ordnung wieder aufzubauen vermag« (BENGEL et al. 2001, S. 25 f.). Ein weiteres Anliegen der Salutogenese ist das Betrachten der abweichenden Fälle, beispielsweise, welche Raucher nicht an Lungenkrebs erkranken.

Als Metapher für das Salutogenese-Konzept wählte Antonovsky das Bild des Schwimmers im Fluss:

»Meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: ›Wie wird man, wo immer man sich im Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?« (ANTONOVSKY 1997, S. 92)

Mit dem Bildnis des Flusses, seinen Eigenschaften wie Gabelungen und Stromschnellen, verknüpft mit denen des Schwimmers, gelingt es An-

tonovsky, ein Mehr-Ebenen-Modell zu formulieren, das auch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen einschließt und ein umfassendes, psychologisches Modell zur Erklärung von Gesundheit abgibt. Die Antwort auf Antonovskys Frage, wie man ein guter Schwimmer wird, soll das Kohärenzgefühl geben.

Kohärenzgefühl Antonovskys Annahme, dass die Gesunderhaltung eines Menschen abhängig ist von dessen individueller, kognitiver und emotionaler Grundeinstellung, bezeichnet er als »sense of coherence« (SOC) und bildet das Kernstück des salutogenetischen Modells. Durch ein hohes Kohärenzgefühl erleben Personen die Welt als zusammenhängend und sinnvoll (vgl. BENGEL et al. 2001, S. 29). Der Aufbau von Vertrauen ist ihnen möglich, um das Leben mit all seinen Herausforderungen erfolgreich bewältigen zu können. Antonovsky unterzog sein ursprüngliches Konzept einer Überarbeitung und hob nachfolgend drei zentrale Komponenten des Kohärenzsinns hervor, die er als Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit bezeichnete (vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 34).

Verstehbarkeit Als Verstehbarkeit bezeichnet Antonovsky »das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information« (ebd.). Es handelt sich hier um ein kognitives Verarbeitungsmuster. Verfügt eine Person über ein hohes Ausmaß an Verstehbarkeit, kann sie zukünftige Stimuli besser vorhersehen bzw. bei überraschendem Auftreten diese besser und eher einordnen und eine Erklärung dafür finden, als Menschen mit einem niedrigen Ausmaß an Verstehbarkeit. Bei den Stimuli kann es sich durchaus um unerwünschte, aber für die Person erklärbare Stimuli handeln.

Handhabbarkeit Die zweite Komponente des Kohärenzsinns benennt Antonovsky Handhabbarkeit und stellt ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster dar. Er meint damit »das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, daß man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen« (ebd., S. 35). Geeignete Ressourcen sind solche, die selbst oder von anderen, beispielsweise Partner oder Kollegen, kontrollierbar sind. Handhabbarkeit drückt sich auch dadurch aus, dass die betreffende Person beim Auftreten unerwünschter Stimuli darauf vertraut, damit umgehen zu können. Sie sieht sich nicht als Opfer, sondern erwartet, dass das Leben weitergeht und die Dinge sich

regeln werden, während Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl sich eher als Pechvögel ansehen.

Bedeutsamkeit Als dritte Komponente definiert Antonovsky die der Bedeutsamkeit. Diese beschreibt »das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre« (ebd., S. 35 f.). Für ihn verkörpert diese Komponente das motivationale Element, das Menschen antreibt, sich Herausforderungen zu stellen. Es wird als sich lohnend empfunden, sich für wichtige Lebensbereiche zu engagieren. Im Gegensatz dazu stehen Personen, die in ihrem Leben kaum bedeutsame Lebensbereiche oder einen Sinn identifizieren können.

Seine neue Definition beschreibt den Kohärenzsinn als »eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen (ebd., S. 36)«.

Antonovsky beschäftigte sich im Verlauf der Spezifizierung des Konzeptes des Kohärenzsinn auch damit, welche Wechselwirkung zwischen den beschriebenen Komponenten besteht (vgl. ebd.). Er sieht alle drei Komponenten des Kohärenzsinn als notwendig für eine erfolgreiche Bewältigung an, jedoch nicht alle als gleichermaßen zentral. Am wichtigsten ist für ihn die motivationale Komponente der Bedeutsamkeit. Diese scheint Voraussetzung zu sein für ein ebenfalls hohes Ausmaß an Verstehbarkeit und Handhabbarkeit. Personen sind in der Lage, Verständnis und Ressourcen zu entwickeln, wenn sie motiviert und engagiert sind und einen Sinn erkennen können. Die Verstehbarkeit rangiert in Antonovskys Rangfolge vor der Handhabbarkeit. Das Gefühl, über geeignete Ressourcen als Bewältigungsmöglichkeit zu verfügen, hängt davon ab, ob man weiß, welcher Art diese Anforderungen sind.

Das Konzept der Resilienz

Mit der salutogenetischen Sichtweise, die Antonovsky anstieß, wuchs das »Interesse an der positiven, gesunden Entwicklung trotz belastender Lebensumstände« (WUSTMANN 2004, S. 26). Studien in den 1970er-Jahren, die die Reaktion von Kinder auf Risikobedingungen untersuchten, belegten, dass einige Kinder trotz schwieriger Lebensumstände in ihrer Entwicklung nicht beeinträchtigt wurden. Dennoch erhielt diese Erkenntnis erst in den 1980er-Jahren mehr Aufmerksamkeit.

Der Begriff Resilienz stammt aus dem Lateinischen (resilire = zurückspringen) bzw. leitet sich vom englischen Ausdruck resilience ab und kann mit Widerstandsfähigkeit, Elastizität oder Spannkraft übersetzt werden. Er bezeichnet die Eigenschaft, mit belastenden Situationen umgehen zu können bzw. »die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken« (WUSTMANN 2004, S. 18).

Resilienz liegt vor, »wenn sich Personen trotz gravierender Belastungen oder widriger Lebensumstände psychisch gesund entwickeln« (FRÖHLICH-GILDHOFF und RÖNNAU-BÖSE 2009, S. 8).

Welter-Enderlin beschreibt Resilienz als die Fähigkeit von Menschen, »Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen« (WELTER-ENDERLIN 2006, S. 13).

Um von Resilienz sprechen zu können, müssen zwei Aspekte gegeben sein: zum einen muss eine belastende Situation vorliegen, und diese, zum Zweiten, erfolgreich bewältigt werden (vgl. FRÖHLICH-GILDHOFF und RÖNNAU-BÖSE 2009, S. 10).

Resilienzfaktoren

Zu den Schutzfaktoren einer Person zählen, wie bereits erwähnt, personale und soziale Ressourcen. Als personale Ressourcen gelten sowohl kindbezogene Faktoren als auch Resilienzfaktoren. Durch empirische Forschungsergebnisse konnten einige Faktoren ermittelt werden, die grundlegend wirksam zur Entwicklung von Resilienz sind. Diese Faktoren hängen eng miteinander zusammen bzw. voneinander ab, d. h. sie bedingen und überschneiden sich teilweise gegenseitig. FRÖHLICH-

GILDHOFF und RÖNNAU-BÖSE (2009, S. 42 ff.) beschreiben diese folgendermaßen:

Selbstwahrnehmung Als Grundlage für die Gestaltung von Beziehungen, das Herangehen an neue Aufgaben und die Problembewältigung wird eine gute Selbstwahrnehmung gesehen. Diese setzt sich wiederum aus den Faktoren Selbstkonzept, Selbstwahrnehmung im engeren Sinne und Selbstreflexivität zusammen.

Ersteres entsteht durch Erfahrungen und weist »einerseits eine stabile seelische Grundstruktur auf, bleibt aber andererseits dynamisch, da es durch neue Erfahrungen auch wieder veränderbar ist« (ebd., S. 43). Das Selbst wird auch als innere handlungsleitende Instanz gesehen. Bei der Selbstwahrnehmung im engeren Sinne lernen Kinder durch Rückmeldungen durch und Interaktion mit der Umwelt, zwischen sich und anderen Personen zu unterscheiden. Wichtig ist dabei u. a. das Spiegeln ihrer Gefühle. Selbstreflexivität bezeichnet den inneren Dialog, der gemeinsam mit Selbstbeobachtung und selbstbezogenem Denken zu einer Weiterentwicklung des Selbstkonzeptes beiträgt, also durch »das Beurteilen des eigenen Wahrnehmungs- und Handlungsprozesses« (ebd., S. 44).

Die Selbstwahrnehmung lässt sich fördern durch die Erhöhung der Sensibilität für den eigenen Körper und Gefühle, Unterstützung bei der Unterscheidung verschiedener Gefühle und dabei, diese sprachlich passend auszudrücken. Dadurch gelingt es Kindern, sich ins Verhältnis zu anderen Personen zu setzen (vgl. ebd.).

Selbststeuerung und -regulation Für die Regulation von Erregung, motorischer Aktivität und Aufmerksamkeit bedarf es Fähigkeiten der Selbststeuerung. Diese Fähigkeiten entwickelt ein Kind ab dem Zeitpunkt seiner Geburt, um »Emotionen und Spannungszustände herzustellen und aufrecht zu erhalten und deren Intensität und Dauer zu modulieren bzw. zu kontrollieren« (ebd., S. 45). Auf die Unterstützung ihrer Bezugsperson hierbei sind Kinder bis etwa zum 5. Lebensjahr angewiesen, danach sind sie normalerweise selbst in der Lage, ihre Emotionen zu regulieren. Wird dieser Entwicklungsschritt gut bewältigt, sind Empathiefähigkeit und das emotionale Hineinversetzen in andere möglich. Unterstützt und gefördert werden kann Selbststeuerung durch Anleitung in Selbstbeobachtung, Wahrnehmung und Interpretation der Gefühle, Einholen von sozialer Bestätigung sowie der Entwicklung von Handlungs- bzw. Regulationsstrategien (vgl. ebd., S. 46).

Selbstwirksamkeit Ein weiterer wichtiger Resilienzfaktor ist die Selbstwirksamkeit einer Person. Selbstwirksamkeit kann verstanden werden als das »Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und verfügbaren Mittel und die Überzeugung, ein bestimmtes Ziel auch durch Überwindung von Hindernissen erreichen zu können« (ebd., S. 47). Erwartungen, die von den bisher gemachten Erfahrungen abhängen, bestimmen, wie an eine Situation herangegangen wird und können, bei erfolgreicher Bewältigung der Situation, die Selbstwirksamkeitserwartung bestätigen und stärken, oder, im Falle eines Misserfolges, schwächen (vgl. ebd.). Internale Kontrollüberzeugung sowie ein realistischer Attribuierungsstil sind weitere Merkmale von Selbstwirksamkeit (vgl. ebd.).

Soziale Kompetenz Als protektiver Faktor wird weiterhin das Verfügen über soziale Kompetenz angesehen. Hier ist bedeutsam, wie eine Person soziale Situationen wahrnimmt, interpretiert und die dadurch gewonnenen Informationen verarbeitet (vgl. ebd., S. 49). Im weiteren Handlungsverlauf bedarf es der Fähigkeit, sich der eigenen Emotionen bewusst zu sein, diese angemessen ausdrücken und regulieren zu können. Auch das Vorhandensein von Empathie ist ein Zeichen sozialer Kompetenz. Grundfähigkeiten zur Kommunikation, Selbstbehauptung nach adäquater Beurteilung der Situation sowie die selbstreflexive Beurteilung von Konsequenzen sind weitere sozial kompetente Verhaltensweisen (vgl. ebd., S. 50).

Umgang mit Stress Stressfaktoren können sowohl Entwicklungsaufgaben, kritische Lebensereignisse als auch alltägliche Belastungen sein (vgl. ebd., S. 51). Eine Kumulation von Stressfaktoren kann über die Bewältigungsmöglichkeiten einer Person hinausgehen. Dabei ist von der subjektiven Bewertung einer Person abhängig, was als stressige Situation bezeichnet wird. In einem dreistufigen Prozess wird zunächst die Situation bewertet, anschließend Bewältigungsmöglichkeiten abgewogen und schließlich eine Neubewertung der Situation vorgenommen. Wie dieser Prozess bewertet wird »ist abhängig von bisherigen Lebenserfahrungen, von Möglichkeiten der kognitiven Informationsverarbeitung, dem Verstehen von Situationen, Fähigkeiten zur Emotionsregulation bzw. Selbststeuerung« (ebd., S. 52).

Die möglichen Formen der Bewältigung lassen sich in offene Handlungen und innere psychische Vorgänge unterteilen. Als offene Handlungen werden beispielsweise Problemlöseverhalten und die Suche nach sozialer Unterstützung angesehen, während als innere psychische Vor-

gänge z.B. Verdrängung, Ablenkung und positive Selbstermutigung erachtet werden (vgl. AßHAUER et al. 1999, S. 15, zitiert nach FRÖHLICH-GILDHOFF und RÖNNAU-BÖSE 2009, S. 52).

Problemlösen Um Schwierigkeiten bewältigen zu können, bedarf es Problemlösefähigkeiten. Diese unterteilt LAUX (1992, zitiert nach FRÖHLICH-GILDHOFF und RÖNNAU-BÖSE 2009, S. 53) in folgende Teilkompetenzen:

- Entdeckungskompetenz
- Zielfindungskompetenz
- Planungskompetenz
- Entscheidungskompetenz
- Handlungskompetenz

Bereits bestehende Kompetenzen entwickeln sich durch »die erfolgreiche Lösung eines Problems« weiter (HÜTHER und DOHNE 2006, zitiert nach FRÖHLICH-GILDHOFF und RÖNNAU-BÖSE 2009, S. 53). Das bedeutet für Kinder, dass das Problem keine Unter- oder Überforderung darstellen darf und dem Entwicklungsstand angemessen sein muss (VYGOTSKIJ 2002, zitiert nach FRÖHLICH-GILDHOFF und RÖNNAU-BÖSE 2009, S. 53). In dem von MEICHENBAUM (1995, zitiert nach FRÖHLICH-GILDHOFF und RÖNNAU-BÖSE 2009, S. 53) beschriebenen Problemlösezyklus werden Probleme durch Anwendung verschiedener Strategien, wie z.B. unspezifisches Ausprobieren oder Zerlegung des Problems in Teilbereiche, gelöst:

- Problemanalyse,
- Benennung von Alternativen und Möglichkeiten,
- Beschaffung näherer Informationen unter Berücksichtigung der Ziele,
- Auflistung der Vor- und Nachteile aller Möglichkeiten,
- Entscheidungsfindung und Benennung,
- Überprüfung der Entscheidung, ggf. Modifikation.

Methodisches Vorgehen

Zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wurde die Dokumentation des Forschungsprozesses gewählt, um »die Untersuchung Schritt für Schritt zu verfolgen und den Forschungsprozess und die daraus hervorgegangenen Ergebnisse zu bewerten« (vgl. STEINKE 2008, S. 324).

Per Mail wurden psychosoziale Einrichtungen in Mittelfranken und Südhessen über das Forschungsprojekt informiert. Es wurde darum gebeten, innerhalb der Einrichtung nachzufragen, ob Mitarbeiter und/oder Leitungen der Einrichtung sich für ein Interview zur Verfügung stellen. Kurz darauf wurde telefonisch nachgefragt, ob Bereitschaft vorhanden ist und mit den jeweiligen Personen das weitere Vorgehen besprochen. Es wurden insgesamt zehn Interviews mit Leitern bzw. von den Leitern benannten Vertretern der jeweiligen Einrichtungen geführt. Die Art der Einrichtungen variierte dabei von der Intensität als auch Aufenthaltsdauer der Betreuung her und der Platzzahl der Einrichtung. Es wurden Wohnheime, Übergangseinrichtungen, Berufsförderungswerke, betreute Wohnmaßnahmen sowie Beratungsstellen, die bei Bedarf auch Hausbesuche durchführen, befragt. Zum Thema Klientensuizid hatten sieben der Interviewpartner konkrete Erfahrungen. In einem Fall wurde vom Umgang mit Suizidandrohungen berichtet, ein weiterer Fall behandelte das Vorgehen nach einem Suizidversuch, eine weitere der befragten Personen berichtete hauptsächlich vom Umgang mit Suizidalität, aber auch vom Einleiten einer Fahndungsmeldung im Rahmen einer Vermisstenanzeige.

Für die Datenerhebung bzgl. der betroffenen Mitarbeiter stellten sich acht Personen aus verschiedenen Bereichen zur Verfügung. Drei der Befragten sind in der gleichen Einrichtung in verschiedenen Bereichen und Funktionen tätig, ein Befragter wurde zu Klientensuiziden im betreuten Wohnen befragt, eine Befragte berichtete ebenfalls über einen Suizid im ambulant betreuten Wohnen sowie einen im Rahmen ihrer Tätigkeit in einer psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle. Ein Interviewpartner erlebte zwei Suizide in einem Wohnheim, eine Befragte berichtete über einen Klientensuizid bei einem vorherigen Arbeitgeber im betreuten Wohnen und eine der Interviewpartnerinnen ist Mitarbeiterin in einer Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle. Drei der Befragten wurden sowohl in ihrer Funktion als Einrichtungsleitung als auch als betroffene Mitarbeiter befragt.

Durch die geringe Fallzahlen und die Bewältigungsorientierung der befragten Mitarbeiter kann nicht von Repräsentativität im herkömmlichen Sinne gesprochen werden, allerdings ist die qualitative Forschung auch mehr an der »Erkenntnis wesentlicher und typischer Zusammenhänge, die sich an einigen wenigen Fällen aufzeigen lassen« interessiert (LAMNEK 2005, S. 183).

Zur Datenerhebung wurde die Methode des leitfadengestützten Experteninterviews gewählt. Es wurde ein Leitfaden entwickelt zur Befragung von Einrichtungsleitern zum Umgang und Vorgehensweisen nach Klientensuiziden sowie ein weiterer Leitfaden, um betroffene Mitarbeiter zu den aus einem Klientensuizid resultierenden Belastungen, Bewältigungsstrategien sowie Haltungen zum Thema Suizid zu befragen. Beide Leitfäden wurden in Pre-Tests erprobt. Die Interviews wurden mit Zustimmung der Befragten aufgezeichnet, transkribiert und nach den Kriterien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet mit dem Ziel »das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben« (MAYRING 2002, S. 115). Die Auswertungskategorien wurden stichprobenartig von einer Psychologin kontrolliert. Die Befragung der Einrichtungsleiter erfolgte überwiegend telefonisch, die Befragung der betroffenen Mitarbeiter im face-to-face-Kontakt. Alle Daten wurden anonymisiert. Im Vorfeld wurden im Sinne einer informierten Einwilligung (informed consent) Informationen zum Forschungsprojekt an die Interviewpartner verschickt und schriftliche Zustimmungen eingeholt.

Belastungen nach einem Klientensuizid

Die betroffenen Mitarbeiter

Die berichteten Belastungen nach einem Klientensuizid äußern sich vor allem durch Gefühle der Hilf- und Machtlosigkeit, der Frage der Unachtsamkeit, ob man etwas hätte anders machen können oder etwas übersehen hat. Daraus resultierend entsteht Verunsicherung im Umgang mit zukünftigen Suizidankündigungen und auch die Frage, ob geeignete Instrumente zur Erkennung von Suizidalität vorliegen. Auch Schuldgefühle, sich selbst Vorwürfe machen und Vorwürfe der Angehörigen werden benannt. Eine Interviewpartnerin beschrieb die Doppelbelastung, einerseits einen Umgang mit der eigenen Betroffenheit zu finden und gleichzeitig handlungsfähig für die Angehörigen zu bleiben. Berichtet wurden Gefühle der Scham, Inkompetenz und des Versagens vor den Kollegen. In einigen Fällen wird daran gezweifelt, ob man den Beruf überhaupt weiter ausüben kann. Weitere Belastungen können bereits im Vorfeld durch das Ertragen der Verzweiflung, Dauersuizidalität und das Spüren, dass die betreffende Person sich zu einem unbe-

stimmten Zeitpunkt suizidieren wird, entstehen. Ambivalente Gefühle zwischen Wut, über Einbeziehen anderer in die Suizidhandlung, als auch Trauer und Hilflosigkeit wurden ebenfalls geäußert. Auch die Ungewissheit über den Verbleib einer Klientin bei vorangegangener Vermisstenmeldung wird ebenso wie die Bilder und Vorstellungen über das Aussehen der Leiche, Schock über die Wahl des Mittels und eine mögliche Identifizierung als belastend erlebt.

Bewältigungsstrategien

Als hilfreiche Strategien zur Bewältigung werden im Wesentlichen fünf Bereiche benannt:

Gespräche im privaten Umfeld werden als hilfreich beschrieben, die Halt geben und als guttugend empfunden werden. Eine der Interviewten benannte den Austausch mit ähnlich Betroffenen als wichtig.

Berufserfahrung, Fort- und Weiterbildungen sowie eigenverantwortlich angeeignetes Fachwissen gibt Sicherheit im Umgang mit Suizidalität. Das Wissen, Hilfsangebote machen zu können, keine Scheu sowie ein routinierter Umgang, suizidale Gedanken zu erfragen, werden als Bewältigungsmöglichkeiten erwähnt.

Rituale zur Trauerbewältigung werden von einem Großteil der Interviewten als Bewältigungsstrategien benannt. Die Rituale reichen dabei von der Teilnahme an der Beerdigung über Austausch mit den Angehörigen bis hin zu Raum für Gedenken des Verstorbenen. Auch Rituale mit den Bewohnern werden angesprochen, das Verfassen von Abschiedsbriefen oder Grabbeigaben sowie das gemeinsame Gedenken des Verstorbenen werden als hilfreiche Möglichkeiten zum Abschiednehmen beschrieben.

Als hilfreiche personale Ressourcen wurde mehrfach die Fähigkeit der Distanz, Abgrenzung und des Abschalten- bzw. Loslassenkönnens als auch das Vorhandensein von Empathie und Einfühlungsvermögen benannt bzw. die Kombination dieser beiden Fähigkeiten. Auch eine stabile, offene Persönlichkeit mit Achtsamkeit, Wertschätzung und Bewusstsein sich selbst gegenüber, eine optimistische Grundeinstellung sowie besondere Problemlösefähigkeiten werden als hilfreiche Eigenschaften genannt. Ein Teil der Befragten gab als hilfreiche Bewältigungsmöglichkeiten das Nachgehen von Beschäftigungen wie Laufen in der Natur, Musik hören oder Motorrad fahren an.

Wesentliche und von allen genannte Unterstützungsmöglichkeiten sehen die Befragten in Gesprächen und Austausch unter Kollegen, Gespräche mit Vorgesetzten und in der Möglichkeit, die gemachten Erfahrungen in der Supervision einzubringen.

Haltungen zum Thema Suizid

Fast allen Befragten war zu Beginn der Berufstätigkeit bewusst, dass es in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen auch zur Konfrontation mit Suiziden kommen kann.

Obwohl mehrfach eine begrenzte Einflussmöglichkeit auf die Entschlusskraft benannt wird, wird es als sehr wichtig angesehen, Unterstützungs- und Hilfsangebote machen zu können, um einerseits nach einem Suizid Schuldgefühle zu vermeiden, andererseits wird das Erleben der Distanzierung von der Suizidalität als Bedingung für das weitere Arbeiten benannt.

Ein Großteil der Befragten erachtet den Suizid als Bewältigungsmöglichkeit und kann in den meisten Fällen sich selbst vorstellen, in ähnlicher Situation ähnlich zu handeln.

Die aktive Auseinandersetzung mit Themen wie Tod und Suizid wird als wichtig angesehen, um eine eigene Haltung zu entwickeln und zu einer Enttabuisierung zu kommen. Auf die Problematik des katholischen Glaubens im Zusammenhang mit Suizid ging einer der Befragten ein, der durch den Austausch mit einem befreundeten Geistlichen die Haltung entwickelte, dass Suizid keine Sünde ist.

Die meisten der Befragten entwickelten sich durch die gemachten Erfahrungen weiter, sie thematisieren Suizidalität weitaus früher, sie sind hellhöriger und sensibler, sodass die Suiziderfahrung gleichzeitig eine Lernerfahrung darstellt.

Die Einrichtungsleitungen

Prävention

Die Abklärung der Suizidalität, das Bemerkens der Anzeichen und der Umgang damit werden als wichtige Bestandteile bei der Arbeit mit psychisch kranken Menschen benannt. Sollte sich der Klient nicht von seiner Suizidalität distanzieren können, wird eine freiwillige

lige Klinikeinweisung angestrebt, ggf. auch eine Zwangseinweisung. Mitarbeiter besuchen zur Wissensaneignung Veranstaltungen und Fortbildungen zum Thema. Weitere Möglichkeiten sind Supervision, das Lesen von Fachliteratur und der Wissenstransfer in der Einrichtung durch Fachkompetenz und Berufserfahrung der Leitung und der Teammitglieder.

Akutes Vorgehen beim Verdacht des bzw. erfolgten Klientensuizid

Die Vorgehensweisen bzgl. der Erreichbarkeit des Klienten, der Zutrittsverschaffung zum Wohnraum des Klienten sowie der Umgang mit rechtlichen Aspekten beim Versuch oder nach einem erfolgreichen Klientensuizid sind teilweise nicht geregelt. Einige Einrichtungen verfügen aber über strukturierte Ablaufpläne, die Verhaltensweisen und Verfahrensabläufe beschreiben. Die meisten dieser Pläne sehen transparente Informationswege vor, Notärzte und Ansprechpartner, die verständigt und informiert werden müssen, sind benannt und ihre Nummern vorhanden. Diese Vorgehensweise wird u.a. auch als Schutzmaßnahme der Leitung angesehen. Manche Pläne sehen weitere Handlungsanweisungen vor, wie das Hinzuholen von weiteren Kollegen zur Unterstützung und Entlastung des zuständigen Mitarbeiters, aber auch, um andere Klienten angemessen zu versorgen.

Organisatorisches im weiteren Verlauf

Nach einem Suizid muss teamintern besprochen werden, wie die Nachricht und in welchem Setting zu kommunizieren ist. Inhaltlich wird mehrfach eine knappe kurze Information an Klienten, ohne zu viel zu verheimlichen, gewählt, da viele Klienten sich untereinander kennen und sich Nachrichten schnell verbreiten. Gesprächsangebote und die Möglichkeit einer Krisenintervention müssen gegeben sein, um den Klienten Hilfestellung zur Verarbeitung zu geben und Nachahmungstaten im Rahmen von Nachfolgesuizidalität zu vermeiden.

Die Information und das Kondolieren der Angehörigen erfolgen meist nach individueller Absprache im Team, in manchen Einrichtungen gibt es festgelegte Zuständigkeiten. In manchen Fällen erfolgt die Information durch den Notarzt oder die Polizei. Zum Teil erhalten Angehö-

rigen durch Gesprächsangebote und Nennung weiterer Anlaufstellen Unterstützung.

Die Auflösung des Wohnraums des Verstorbenen ist abhängig davon, ob der Verstorbene in einer Einrichtung wie einem Wohnheim, einer betreuten Wohngemeinschaft oder in selbst angemieteten Räumlichkeiten lebte, ob es sich um ein Doppelzimmer handelte, in dem ein weiterer Bewohner lebt, ob Angehörige oder ein gesetzlicher Betreuer vorhanden sind. Dies gilt entsprechend für die Lagerung des Nachlasses und persönlicher Gegenstände sowie Klärung weiterer organisatorischer Angelegenheiten, wie beispielsweise die Beerdigungsorganisation. Zu beachten ist hier, dass eine gesetzliche Betreuung mit dem Tod des zu Betreuenden endet und ggf. eine neue Betreuung angeregt werden muss.

Die Teilnahme an der Beerdigung wird, die Zustimmung der Angehörigen bzw. des gesetzlichen Betreuers vorausgesetzt, als wichtig zum Abschiednehmen angesehen sowohl für Mitarbeiter als auch Klienten, jedoch mit der Einschränkung, dass Klienten im Falle einer Nichtteilnahme Entlastung erhalten, um Schuldgefühlen entgegenzuwirken. Auch die Pflege von Trauerritualen und das Gedenken des Verstorbenen werden als wichtige Bestandteile bei der Trauerbewältigung angesehen.

Unterstützung der Mitarbeiter

Gespräche im Team und das Thematisieren des Suizids werden von allen Einrichtungen als Möglichkeit zur emotionalen Entlastungen genannt. Absprachen über den notwendigen Unterstützungsbedarf des betroffenen Kollegen und kollegiale Unterstützung werden abgestimmt. In einigen Einrichtungen werden die Methode der kollegialen Beratung und der Intervention genutzt, um Belastungen nach einem Klientensuizid zu thematisieren.

Gesprächsangebote erhalten Betroffene auch im Rahmen der Fürsorgepflicht durch Vorgesetzte, um weitere Möglichkeiten der Unterstützung abzuklären. Dabei gilt die Reflexionsbereitschaft des Mitarbeiters als Voraussetzung. Auch ein objektives Abklären der Umstände sowie Nachfragen mit entlastender Funktion können Inhalt dieser Gespräche sein.

Externe Unterstützung in Form von Einzelsupervision zur emotionalen Entlastung wird betroffenen Mitarbeitern aller Einrichtungen angebo-

ten. Gruppensupervisionen sind bei den meisten Einrichtungen fester Bestandteil, in einigen Fällen wird dies bei Bedarf organisiert. Einschränkung wurde genannt, dass Supervision nicht von allen Teammitglieder gewollt wird und ggf. auch eher therapeutische Unterstützung angezeigt ist.

Eine Befreiung vom Dienst bei starker Betroffenheit bzw. aufgrund des traumatischen Erlebnisses durch Krankschreibung wird von allen Einrichtungsleitungen akzeptiert, teilweise auch durch Arbeitgeber selbst angeboten. Auch eine schnelle Genehmigung von Mehrstundenausgleich oder Urlaub ist möglich, meist sei es jedoch der Wunsch des Mitarbeiters, weiter zu arbeiten, mit Möglichkeiten der Entlastung und Unterstützung bei manchen Aufgaben.

In den meisten Einrichtungen besteht die Möglichkeit, den Arbeitsbereich zeitweise zu wechseln, lediglich in kleineren Einrichtung gestaltet sich dies schwieriger. Bei einem Wechselwunsch sind therapeutische Aspekte beim Mitarbeiter anzusprechen, da es als Teil des Arbeitsbereiches angesehen wird, einen Suizid zu verarbeiten. Die Verteilung neu aufgenommener Klienten mit suizidaler Problematik auf andere Mitarbeiter und Vermeidung der Betreuung zu vieler suizidaler Klienten durch einen Mitarbeiter können außerdem Entlastung bieten.

Konsequenzen für die Praxis

Bewältigungsstrategien, personelle und soziale Ressourcen und die Frage, was Mitarbeitern nach Klientensuiziden hilft, gesund zu bleiben, sind zentrale Aspekte, mit denen sich dieses Forschungsprojekt auseinandersetzt.

Dem Salutogenese-Konzept ANTONOVSKYS (1997) zufolge verfügen die Interviewpartner über ein hohes Kohärenzgefühl: Einen Suizid als Lösungsmöglichkeit des Klienten ansehen, die Entscheidung nachvollziehen können und das Bewusstsein zu haben, dass es zu einer Konfrontation damit kommen kann, lässt sich unter der Komponente der Verstehbarkeit zusammenfassen. Das Wahrnehmen der vorhandenen, geeigneten Ressourcen, die man zur Verfügung hat, um die Belastung eines Klientensuizides zu bewältigen, sowie Wissen, Suizidalität zu erkennen und mit geeigneten präventiven Maßnahmen zu entgegnen, be-

schreiben die Komponente der Handhabbarkeit als weiteren Bestandteil des Kohärenzgefühls. Zu erleben, dass es Klienten gelingt, sich von ihrer Suizidalität zu distanzieren, der Einsatz sich also lohnen kann, und die wertschätzende und achtsame Haltung sich selbst gegenüber, werden der Komponente der Bedeutsamkeit zugeordnet.

Außerdem weisen die Interviewpartner Resilienzfaktoren auf, die sie widerstandsfähig gegenüber Belastungen machen (vgl. FRÖHLICH-GILDHOFF et al. 2007): Die Befragten besitzen eine angemessene Selbstwahrnehmung durch einen wertschätzenden und achtsamen Umgang sich selbst gegenüber, eine optimistische Grundeinstellung und reflektieren ihre eigene Haltung zum Suizid. Durch Strategien der Trauerverarbeitung und die Suche nach einem Austausch mit anderen zeigen sie Fähigkeiten der Selbststeuerung. Sie sind sich ihrer Selbstwirksamkeit bewusst, durch ihr Fachwissen und ihre persönliche Erfahrung mit der Suizidthematik können sie Unterstützungsangebote machen. Zudem erlebten die Interviewpartner, dass Klienten sich von ihrer Suizidalität distanzieren können. Des Weiteren verfügen sie über soziale Kompetenzen wie Empathie und Einfühlungsvermögen und können einen Suizid als Bewältigungsmöglichkeit ansehen und in manchen Fällen die Entscheidung nachvollziehen. Um einen adäquaten Umgang mit Stress zu erreichen, gehen sie Beschäftigungen nach wie Laufen in der Natur, Musik hören oder Motorrad fahren. Die Fähigkeit der Distanz, Abgrenzung und des Abschaltens und Loslassens sind ebenfalls wichtige Ressourcen. Als weitere hilfreiche Eigenschaften dienen Problemlösefähigkeiten.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass Kohärenzgefühl und Resilienzfaktoren nicht bei allen Befragten gleichermaßen stark ausgeprägt scheinen und nicht quantitativ untersucht wurden. Außerdem wurden nur Mitarbeiter befragt, die von sich sagen, sie haben den Klientensuizid bewältigt. Personen, die sich durch die Folgen zu stark beeinträchtigt fühlten, stellten sich aufgrund der Belastung nicht zur Verfügung. Warum es manchen nicht gelingt einen Suizid zu bewältigen, ob die Gründe in fehlenden Ressourcen der Mitarbeiter oder geringen Unterstützungsmaßnahmen der Einrichtung zu finden sind oder ob eventuell äußere Umstände, wie z.B. eine für den Betroffenen extrem belastende Auffindesituation, mit zu einer schwierigeren Bewältigung beiträgt, bleibt offen. Dies war aufgrund der Orientierung an Ressourcen und hilfreichen Bewältigungsstrategien auch nicht Anliegen der Arbeit.

Von den befragten Mitarbeitern schilderte nur eine explizit das Auffinden eines suizidierten Bewohners. Diese Interviewpartnerin gab an, im Erstberuf Krankenschwester und daher mit dem Tod vertraut zu sein, zum anderen bestand zum Verstorbenen aufgrund ihrer Funktion als Nachtbereitschaft große Distanz.

Ein weiteres Ziel der Master-Thesis war es, Einrichtungen zu Postventionskonzepten zu befragen, um herauszufinden, ob es diesbezüglich konkrete Ablaufschemata, Checklisten, Leitfäden oder Ähnliches gibt. Manche Interviewpartner verwiesen darauf, dass kein Ablaufplan vorliege, andere Einrichtungen konnten konkrete Vorgehensweisen darstellen, besonders in Einrichtungen, die bereits mehrfach mit der Situation eines Klientensuizides umgehen mussten und/oder sich mit Fehlern im Umgang konfrontiert sahen. Befragte ohne Erfahrung mit Klientensuiziden berufen sich auf zu viele Unbekannte, um einen bestimmten Ablauf daraus herzuleiten.

Aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der befragten Einrichtungen wird deutlich, dass der Umgang mit einem Klientensuizid tatsächlich von einer Vielzahl von Faktoren abhängt und dass es keinen allgemeingültigen Leitfaden dazu geben kann. Diese Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren und unterschiedlichen Bedingungen, gekoppelt mit dem immer wieder geäußerten Hinweis, Suizidalität mehr ins Bewusstsein zu rücken, bietet aber auch die Chance, für die unterschiedlichen Settings team- bzw. organisationsinterne, spezifische Handlungspläne zu entwickeln. Dadurch wird der Individualität des jeweiligen Kontextes Rechnung getragen und gleichzeitig Suizidalität und der Umgang damit thematisiert. Die inhaltliche Entwicklung der Handlungspläne kann analog zu den in den Ergebnissen dargestellten Bereichen vorgenommen werden. Dies kann in Foren wie Teambesprechungen oder auch Supervisionen erfolgen. Seminare und/oder Klausurtagungen können zum Aufbau einer Organisationskultur beitragen, in der die Auseinandersetzung mit der Suizidthematik möglich ist.

Neben den organisatorischen Aspekten kann gezielte Supervision auch Resilienz und Salutogenese der Mitarbeiter fördern. Bestimmte Manuale wie beispielsweise das von KRAUSE und MAYER (2012) entwickelte Training zur Förderung von Gesundheitsressourcen pädagogischer Fachkräfte können sowohl in der Gruppe als auch als Selbstlernprogramm angewendet werden. Dieses Trainingsprogramm bezieht sich jedoch schwerpunktmäßig auf Personal in Kindergärten und Schulen.

Wünschenswert und als Anregung für eine weitere Auseinandersetzung mit der Thematik wäre eine gezielte Entwicklung eines Manuals für den Bereich Gemeindepsychiatrie. Vorstellbar ist hier ein Trainingsprogramm, das den besonderen Bedingungen der Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen gerecht wird. Neben Suizidalität könnten Inhalte sein: Definition und Wahrnehmung von Erfolg in der alltäglichen Arbeit, Umgang mit Gewaltsituationen, Teamressourcen, aber auch Aspekte von Psychohygiene wie Nähe-Distanz-Regulation, abschalten und loslassen, sich selbst etwas Gutes tun und Leistungen anerkennen. Neben Schulung und Vertiefung fachlicher Themen könnte die Stärkung des eigenen Wohlbefindens, Förderung eines wertschätzenden Teamklimas sowie langfristig die Vermeidung von Belastungsreaktionen und Burn-out-Erkrankungen daraus resultieren.

Bereits in Ausbildung und Studium sollte Suizidalität Inhalt des Curriculums sein. Das Kennen von Anzeichen von Suizidalität, Präventionsmaßnahmen und das Wissen um das Suizidrisiko und die Häufigkeit von Suiziden psychisch kranker Menschen gehören zu diesem Arbeitsfeld dazu und bedürfen besonderer Aufmerksamkeit.

Eine gute Vernetzung mit Einrichtungen und Diensten wie Krisendienst oder psychiatrischer Klinik bzw. behandelnden Ärzten ermöglicht einen mehrdimensionalen Blick auf Klienten, zusätzlich kann durch Kommunikation eine bessere Zusammenarbeit und ein Lernen voneinander stattfinden. Beispielsweise berichtete eine Interviewpartnerin von der Übernahme des Postventionsschemas einer Klinik. Dieses wurde dem eigenen Organisationskontext angepasst.

Eine weitere Möglichkeit zur Verarbeitung der erfahrenen Belastungen nach Klientensuizid kann das Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe (z. B. AGuS) bzw. der Austausch mit anderen betroffenen Helfern oder auch das Gründen einer Gruppe für professionell Tätige nach Suizid in der Region bieten.

Als wichtig erscheint noch der Hinweis auf den Einsatz von Non-Suizid-Verträgen: Ein Non-Suizid-Vertrag ist eine Absprache zwischen professionell Tätigem und Klienten. Darin wird festgehalten, dass der Klient sich bis zu einem vereinbarten Termin nicht selbst tötet. Sowohl von Interviewpartnern als auch in der Literatur wird auf den richtigen Einsatz dieses Instrumentes hingewiesen. Wichtig ist, dass dieses Instrument und seine Anwendung beherrscht werden und eine gewisse Absprachefähigkeit des Klienten gegeben ist. WOLFERSDORF (2000,

S. 117) weist darauf hin, dass der Einsatz dieser Verträge nicht bei Klienten mit aufdrängenden Suizidimpulsen oder akuter psychotischer Symptomatik angezeigt ist.

Um die hier beschriebenen Möglichkeiten in die Praxis umsetzen zu können, bedarf es allerdings der entsprechenden zeitlichen Ressourcen. Aktuelle Budgetkürzungen im sozialen Bereich lassen weniger Zeit für Austausch im Team, weniger Mittel für Supervisionen und in letzter Konsequenz weniger Zeit für die Beziehungsarbeit mit dem Klienten selbst.

Für die Praxis scheint es wichtig zu sein, dass das Thema der Suizidalität als ein dazugehöriges behandelt und ein wertschätzendes Teamklima gefördert wird. Leitungskräfte, die nach Klientensuiziden hinter und in Kontakt zu betroffenen Mitarbeitern stehen sowie Zeit und Raum zur Trauerbewältigung lassen, begünstigen ebenfalls eine gelingende Bewältigung. Mitarbeiter profitieren außerdem von Aufmerksamkeit sich selbst gegenüber, Eigenfürsorge und Reflexionsbereitschaft. Fortbildungen zur Achtsamkeit und verbesserten Eigenwahrnehmung können ebenso auf dem Schulungsplan stehen wie vertiefende Kenntnisse zu Suizidalität. Die Berücksichtigung hinterbliebener Klienten ist ebenfalls ein wichtiger Faktor einer sorgfältigen Postvention in gemeindepsychiatrischen Organisationen, um diese in einer für sie ebenfalls belastenden Situation angemessen zu versorgen und damit die »Prävention für die nächste Generation« zu fördern (SHNEIDMAN 1972).

Anmerkung

- 1 Der Begriff »Werther-Effekt« wurde von David Phillips geprägt und bezeichnet die Annahme, dass Suizide, über die in den Medien berichtet wird, eine Erhöhung der Suizidrate in der Bevölkerung bewirken können (vgl. WOLFERSDORF et al. 2011, S. 142).

Literatur

- ALEXANDER, David A.; KLEIN, Susan; GRAY, Nicola M. et al (2000): Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, S. 1571–1574
- ANTONOVSKY, Aaron (1997): *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche, erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen
- BENGEL, Jürgen; STRITTMATTER, Regine; WILLMANN, Hildegard (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln
- DEWAR, Ian G.; EAGLES, John M.; KLEIN, Susan; GRAY, Nicola; ALEXANDER, David A. (2000): Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *The Psychiatrist*, 24, S. 20–23
- FENGLER, Jörg (2004): Resilienz und Salutogenese – Wie wir den Helferberuf erträglich gestalten können. In: GUNKEL, S.; KRUSE, G. (Hg.): *Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie. Was hält gesund? – Was bewirkt Heilung?* Hannover, S. 349–368
- FINZEN, Asmus (1988): *Der Patientensuizid: Untersuchungen, Analysen, Berichte zur Selbsttötung psychisch Kranker während der Behandlung*. Bonn
- FINZEN, Asmus (1997): *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen: Prävention – Behandlung – Bewältigung*. Bonn. Gemeinschaftsausgabe mit dem Thieme Verlag. Leipzig, Stuttgart, New York
- FOLEY, Sharon R.; KELLY, Brandon D. (2007): When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, S. 134–138
- FRÖHLICH-GILDHOFF, Klaus; DÖRNER, Tina; RÖNNAU-BÖSE, Maike (2007): *Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PriK. Trainingsmanual für ErzieherInnen*. München
- FRÖHLICH-GILDHOFF, Klaus; RÖNNAU-BÖSE, Maike (2009): *Resilienz*. München
- GITLIN, Michael J. (1999): A Psychiatrist's Reaction to a Patient's Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 10, S. 1630–1634
- GRAD, Onja (2009): Therapists as survivors of suicide loss. In: WASSERMAN D.; WASSERMAN K. (Hg.): *Suicidology and Suicide Prevention – A Global Perspective*. Oxford, S. 609–613

- GUTIN, Nina; MCGANN, Vanessa L.; JORDAN, John R. (2011): The Impact of Suicide on Professional Caregivers. In: JORDAN, John R.; MCINTOSH, John L. (Hg.): Grief After Suicide. Understanding the Consequences and Caring for the Survivors. New York, S. 93–114
- HENDIN, Herbert; LIPSCHITZ, Alan; MALTSBERGER, John T.; POLLINGER HAAS, Anne; WYNECOOP, Shelly (2000): Therapists' Reactions to Patients' Suicides. *American Journal of Psychiatry*, 12, S. 2022–2027
- KRAUSE, Christina; MAYER, Claude-Hélène (2012): Gesundheitsressourcen erkennen und fördern. Training für pädagogische Fachkräfte. Göttingen
- LAMNEK, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel
- LINKE, Stuart; WOJCIAK, Jenny; DAY, Samantha (2002): The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*, 26, S. 50–52
- MAYRING, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage. Weinheim und Basel
- MÜLLER, Iris; SCHMIDTKE, Armin (2005): Suizid und Suizidversuch in der Psychiatrie. Verantwortlichkeit und Schuldgefühl bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In: Die Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie, 1, S. 8–10
- SCHNEIDER, Barbara (2008): Risikofaktoren für Suizid. In: WOLFERSDORF, Manfred; BRONISCH, Thomas; WEDLER, Hans (Hg.): Suizidalität. Verstehen – Vorbeugen – Behandeln. Regensburg, S. 119–128
- SCHNEIDER, Barbara (2008): Risikofaktoren für Suizid. Regensburg
- SEIBL, Regine; ANTRETTER, Elfi; HARING, Christian (2001): Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten. Stand der Forschung, offene Fragen und Aufgaben zukünftiger Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28, S. 316–322
- SHNEIDMAN, Edwin S. (1972): Vorwort. In: CAIN, A. C. (Hg.): *Survivors of suicide*. Springfield
- Statistisches Bundesamt (2012): Todesursachen. Anzahl der Gestorbenen nach ausgewählten Todesursachen 2010.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/>

- Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/EckdatenTU.html (Zugriff: 02.06.2012)
- STEINKE, Ines (2008): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: FLICK, Uwe; VON KARDOFF, Ernst; STEINKE, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, S. 319–331
- WELTER-ENDERLIN, Rosemarie (2006): Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In: WELTER-ENDERLIN, Rosemarie; HILDENBRAND, Bruno (Hg.): Resilienz: gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg, S. 7–19
- WOLFERSDORF, Manfred (2000): Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart
- WOLFERSDORF, Manfred; ETZERSDORFER, Elmar (2011): Suizid und Suizidprävention. Stuttgart
- World Health Organization (1999): Figures and facts about suicide. WHO, Geneva. http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf (Zugriff: 02.06.2012)
- WUSTMANN, Corina (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim und Basel

Franziska Boes, Diplom-Sozialpädagogin und Master der Sozialen Arbeit, arbeitete zunächst in einem Wohnheim für Menschen mit psychischer Erkrankung. Seit 2007 ist sie bei einem Förderverein für seelische Gesundheit im Landkreis Main-Spessart tätig. Ihre Aufgabe ist die individuelle und bedarfsorientierte Unterstützung psychisch erkrankter Menschen im Rahmen des Betreuten Wohnens und des Persönlichen Budgets.

Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit: franziska.boes@gmx.de

Spezifische Bedarfe erkennen: Junge Erwachsene mit Doppeldiagnose im Betreuten Wohnen

Katrin Janssen

Junge Erwachsene mit einer Doppeldiagnose fragen vermehrt psychosoziale Hilfeleistungen an. Sie sind mittlerweile eher die Regel als die Ausnahme im Versorgungssystem (vgl. HORNUNG-KNOBEL 2006, S. 8). Diese neue Generation ist geprägt von meist chronisch psychischer Erkrankung in Kombination mit einer Abhängigkeitserkrankung. Gründe für die Zunahme von jungen Erwachsenen mit einer Doppeldiagnose werden in der Deinstitutionalisierung psychosozialer Unterstützungsangebote und der verbesserten Diagnostik gesehen (vgl. DRAKE und MUESER 2007, S. 197).

Ein gehäuftes Auftreten von Psychose und Missbrauch ist häufig bei jüngeren Patienten zu beobachten, was auf die Tatsache zurückzuführen sein könnte, dass der Erkrankungsbeginn von Substanzstörungen sowie von Psychosen im frühen Erwachsenenalter liegt (vgl. KRAUSZ und LAMBERT 2000, S. 209).

Untersuchungen konnten zeigen, dass das Risiko eines chronischen Krankheitsverlaufs bei Menschen mit Doppeldiagnosen im Vergleich zu Menschen mit nur einer psychischen Störung höher ist (vgl. GOUZOLIS-MAYFRANK 2007, S. 24).

So wurden die überwiegend jungen, männlichen Personen mit der Doppeldiagnose »Schizophrenie und Sucht« in der Literatur bereits als die Gruppe der »neuen Chronischen« beschrieben, welche zunehmend eine Herausforderung für das Versorgungssystem darstellt.

Soziodemografische Daten zeigen, dass Frauen und Männer mit einer Doppeldiagnose im Durchschnitt nach neueren Studien mit 17,7 Jahren psychisch ersterkranken. Das ist acht Jahre früher, als bei der abtinenten Kontrollgruppe. Das führt häufig dazu, dass sie nicht verheiratet sind, meistens eine geringe Schul-/Berufsausbildung aufweisen können und somit zunehmend ein gesellschaftliches und ökonomisches

Problem darstellen. Die frühe Erkrankung wirkt sich negativ auf den Krankheitsverlauf und die Krankheitsausprägung aus. Weiter bestehender Konsum kann zum Verlust sozialer Kompetenzen, zu finanziellen und beruflichen Schwierigkeiten sowie Konflikten in familiären und sozialen Bezügen führen. Erhöhte soziale Desintegration und häufige kriminelle Delikte (insbesondere bei den männlichen jungen Erwachsenen) sind die Folge (vgl. HORNUNG-KNOBEL 2006, S. 8).

Eine besondere Schwierigkeit bei der – meist frühen – Erkrankung stellt die dadurch gestörte Identitätsentwicklung dar. Um handlungsfähig zu sein, muss der Mensch sich mit sich selbst identisch erleben, wozu eine realistische Selbstwahrnehmung und eine positive Selbstbewertung Voraussetzungen sind. Diese Bedingungen sind notwendig, damit eine Bewältigung situativer Anforderungen an das eigene Handeln und die Koordination der verschiedenen Handlungsanforderungen möglich ist (vgl. HURRELMANN 2006, S. 99)

Für den Aufbau von Identität ist eine realistische Wahrnehmung von Handlungskompetenzen sowie Bedürfnis- und Interessensstrukturen notwendig und ein positives Selbstbild in Bezug auf die eigene Handlungsfähigkeit in sozialen Situationen in verschiedenen Lebensabschnitten (vgl. ebd.).

Wenn der Beginn der Erkrankung in die wichtige Entwicklungsphase vom Jugendlichen zum Erwachsenen fällt, kann das dazu führen, dass die Betroffenen die Identität eines Jugendlichen behalten, da dieser Entwicklungsschritt nicht entsprechend vollzogen werden konnte. Auch die schulische Laufbahn ist häufig durch die Erkrankung beeinträchtigt. Untersuchungen zeigten, dass ein nicht erfolgreiches Durchlaufen der Schulzeit psychische und psychosomatische Auswirkungen auf die Jugendlichen haben. Sie empfinden es als Einschränkung der Selbstentfaltung, Erniedrigung ihres Selbstwertgefühls und als Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens. Auffälligkeits- und Belastungssymptome wie Drogenkonsum, delinquentes Verhalten und negative Gefühlserlebnisse können die Folge sein, bei vergleichsweise wenig protektiven Faktoren (beispielsweise stützendes familiäres Netz; soziale Karriere-schritte), auf die zurückgegriffen werden kann (vgl. HURRELMANN 2006, S. 223).

Aufgrund dieser Spezifika bildet eine adäquate Unterstützungsform für junge Erwachsene eine besondere Herausforderung für Mitarbeiterinnen der Gemeindepsychiatrie. Ihre »Karrieren« sind häufig durch

diverse Einrichtungswechsel und Obdachlosigkeit gekennzeichnet. Die Handlungsdefizite der Betroffenen erschweren meist eine soziale Integration bzw. Reintegration und erfordern besondere Herangehensweisen (vgl. LÖHRER et al. 2004, S. 85).

Für den klinischen Bereich sind bereits evidenzbasierte therapeutische Ansätze entwickelt worden, die nachweislich den besonderen Anforderungen in der Therapie von Menschen mit einer Doppeldiagnose Rechnung tragen.

Untersuchungen zur Lebenszufriedenheit oder zu subjektiven Krankheitstheorien wurden jedoch meist im Behandlungssetting durchgeführt. Das Betreute Wohnen als komplementäre Unterstützungsleistung für junge Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung ist in der aktuellen Forschung unterrepräsentiert.

Dabei kann gerade der supportive und versorgende Charakter von Betreutem Wohnen durchaus einen motivierenden Effekt auf Klientinnen und Klienten haben und ist häufig die Basis, um überhaupt kontinuierlich an einem Behandlungsprogramm teilzunehmen (vgl. GOUZOU LIS-MAYFRANK 2007, S. 34).

Zunehmend werden Fragen nach dem Selbstbild von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, ihren sozialen Bezügen, der familiären Einbindung sowie ihrer Krankheitsakzeptanz einbezogen, da sie wichtige Prädiktoren für eine differenzielle, professionelle Begleitung und deren Erfolg sind (vgl. LÖHRER et al. 2004, S. 85).

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Untersuchung damit, wie junge Erwachsene mit einer Doppeldiagnose sich selbst bzw. ihre Erkrankung erleben und wahrnehmen, wie ihre soziale Wirklichkeit aussieht und welche Rolle das Hilfesystem für sie spielt bzw. welche Unterstützungsleistungen und welches Mitarbeiterverhalten sich daraus für das Betreute Wohnen ableiten lassen.

Die Interviews

Da es bei der Fragestellung um subjektive Erklärungsansätze, Deutungen und Sinnzusammenhänge der jungen Erwachsenen mit Doppeldiagnose geht, erschien eine qualitative Interviewmethode sinnvoll (vgl. FLICK 2009, S. 29). Sie zeichnet sich durch Offenheit dem For-

schungsgegenstand gegenüber aus, ist besser geeignet zur Erfassung subjektiven Sinns, der hinter einzelnen Aussagen steht, und ermöglicht einen Erkenntnisgewinn, der über das Vorverständnis der Forschenden hinausgeht (vgl. KRUMM und BECKER 2006, S. 61).

Hierbei wurde dem leitfadengestützten Interview – im Gegensatz zum narrativen Interview – der Vorzug gegeben, da aufgrund der Fragestellung weniger biografische Daten im Vordergrund stehen, sondern subjektive Einschätzungen zu bestimmten Themenbereichen. Ebenso besteht bei einem leitfadengestützten Interview die Möglichkeit, den Erzählprozess zu steuern, wenn die Befragten zu sehr vom Thema abweicht.

Der Leitfaden für das Interview beinhaltet die fünf Themenbereiche »Erleben der Erkrankung«; »Umgang mit der Erkrankung«; »Selbstbeschreibung und Beziehungen«; »Hilfesystem« und »Zukunft«, die aus der Konkretisierung der Untersuchungsfrage abgeleitet wurden.

Vor dem theoretischen Hintergrund und der Fragestellung sollten die Befragten folgende Kriterien erfüllen:

- Ein Alter zwischen 18–25 Jahren, da auf diese Altersspanne in der aktuellen Literatur überwiegend Bezug genommen wird. Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern führten allerdings dazu, dass die Altersspanne auf 30 Jahre angehoben wurde;
- eine diagnostizierte Doppeldiagnose (psychische Störung nach ICD 10 und Substanzstörung – Missbrauch oder Abhängigkeit);
- die Inanspruchnahme von Betreutem Wohnen (ambulant oder als stationäre Außenwohngruppe), damit die Voraussetzung gegeben ist, diese Unterstützungsform beurteilen zu können.

Insgesamt wurden drei Frauen und vier Männer ($n = 7$) im Rahmen dieser Untersuchung befragt.

Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer erhielten im Vorfeld umfassende Informationen über das Forschungsvorhaben, die Verwendung ihrer Äußerungen und den Hinweis, dass die Teilnahme freiwillig ist, sodass sie in der Lage waren, im Sinne der »informierten Einwilligung« über eine Teilnahme am Interview zu entscheiden (vgl. FLICK 2009, S. 59). Bei der Sicherung der Anonymität wurden die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) beachtet. Aussagen werden so wiedergegeben, dass keine Rückschlüsse auf die Identität der Befragten gezogen werden können.

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer fand über die jeweiligen Leitungen verschiedener Anbieter von Betreutem Wohnen statt. Interessierten Klientinnen und Klienten wurde das Informationsschreiben geschickt (entweder nach Hause, falls sie ihre Adresse über die Betreuer herausgegeben haben) oder das Schreiben gelang über den jeweiligen Anbieter an die Interessierte/den Interessierten. Die Interviews wurden entweder auf Einladung im jeweiligen Wohnraum der Befragten geführt, die anderen Interviews haben an neutralen Orten stattgefunden. Zu den Interviewterminen erhielten die Befragten eine Einwilligungserklärung zur Unterschrift, in der sie der Verwendung des Textmaterials zustimmten.

Die transkribierten, anonymisierten Interviews wurden mithilfe der Technik der strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet (vgl. MAYRING 2008, S. 82 f.). Dafür wurde ein Kategoriensystem in Anlehnung an den Interviewleitfaden entwickelt. Das Textmaterial wurde soweit reduziert, dass die wesentlichen Aussagen herausgefiltert werden konnten. Die Aussagen wurden kodiert und den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Die Aussagen der Befragten zu den jeweiligen Kategorien wurden dann im Anschluss paraphrasiert, verglichen und zusammengefasst. Die Ergebnisse werden abschnittsweise entsprechend der Hauptkategorien dargestellt. Zur Verdeutlichung werden an entsprechender Stelle Ankerzitate verwendet.

Die Interviewten

Die Befragten waren zwischen 22 und 30 Jahren alt, wobei das Durchschnittsalter der Befragten 27 Jahre betrug. Zwei der Frauen hatten eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, davon war eine zusätzlich alkoholabhängig und die andere cannabisabhängig. Eine Frau hatte eine chronische Depression und eine Cannabisabhängigkeit. Alle drei Frauen hatten darüber hinaus eine Essstörung.

Einer der Männer hatte eine chronische Depression und eine Alkoholabhängigkeit, die anderen drei eine schizophrene Psychose, davon einer in Verbindung mit Cannabismissbrauch, einer in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit und der dritte in Verbindung mit Cannabis- und Alkoholmissbrauch. Der Letztgenannte hatte zudem eine Depression. Drei der Befragten, zwei Männer und eine Frau, sind straffällig geworden.

Bei sechs der sieben Befragten fand die erste stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Alter von 13–18 Jahren statt. Durchschnittlich betrug das Alter bei stationärer Erstbehandlung 17 Jahre.

Der Beginn des Konsums fand durchschnittlich mit 15 Jahren statt, wobei der früheste Beginn mit 13 und der späteste Beginn mit 18 Jahren war.

Sechs der Befragten berichteten, in schwierigen Familienverhältnissen groß geworden zu sein. Davon wuchsen zwei Männer bei der Mutter auf, die Väter waren jeweils nicht bekannt. Eine Befragte berichtete, dass die Eltern seit ihrer Geburt getrennt lebten. Zwei der Befragten waren Einzelkinder, die übrigen fünf wuchsen mit (Halb-, bzw. Stief-) Geschwistern auf.

Eine der Frauen hatte Abitur, eine hatte das Gymnasium aufgrund der Erkrankung vorzeitig abgebrochen und die dritte hatte einen Realschulabschluss. Von den Männern hatte einer keinen Schulabschluss, einer hatte einen Sonderschulabschluss, einer einen Realschulabschluss und einer einen Hauptschulabschluss. Ein Mann und eine Frau konnten je eine zweijährige Ausbildung vorweisen (Verkäuferin und Berufskraftfahrer). Die anderen beiden Frauen hatten eine Ausbildung begonnen, diese aber aufgrund der Erkrankung abgebrochen.

Einer der Befragten war als Produktionshelfer auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig. Die übrigen sechs gingen, nach gescheiterten Versuchen in der Werkstatt für psychisch behinderte Menschen oder anderen niedrigschwelligen Angeboten zur Tagesgestaltung, zum Befragungszeitpunkt gar keiner Beschäftigung nach. Gründe hierfür waren bei den Frauen die aktuell mangelnde Belastbarkeit. Die Männer sahen sich alle unterfordert bei Werkstatttätigkeiten, fanden die Tätigkeiten dort zu monoton und hatten Schwierigkeiten, weil ihre Mitbeschäftigten dort nicht so fit gewesen seien wie sie. Auf dem ersten Arbeitsmarkt sahen sie zum Befragungszeitpunkt keine Möglichkeiten bzw. fanden es dort zu anstrengend. Einer der Befragten erhielt Erwerbsunfähigkeitsrente, zwei Hartz IV und die anderen vier den Barbetrag in der stationären Eingliederungshilfe, wobei einer dieser vier anteilig das Geld, das er als Produktionshelfer verdiente, zusätzlich für den Eigenbedarf hatte.

Zwei der Frauen wurden ambulant betreut (eine in der eigenen Wohnung, die andere in einer Wohngemeinschaft), eine Frau wurde statio-

när in einer Wohngruppe betreut. Von den Männern wurden drei stationär betreut (einer im Einzelapartment, die anderen beiden in kleinen Wohngruppen) und einer ambulant in der eigenen Wohnung.

Erleben der Erkrankung

Das Erleben der Erkrankung und die Bewältigung dieser, schienen bei allen Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmern von massiver Ambivalenz geprägt. So gaben einige Befragte an, sich selbst gar nicht als psychisch krank zu erleben. Gleichzeitig nahmen sie sich jedoch selbst als Menschen wahr, die mehr Schwierigkeiten haben als andere.

»Eine psychotische drogeninduzierte Psychose ist das [...], mehr weiß ich jetzt auch eigentlich nicht. Ich fühl mich auch nicht richtig krank so, ich merk das nur manchmal, wenn ich so meine Kollegen, die manchmal eine andere Sichtweise zum Leben haben wie ich [...], dass ich so ein bisschen krank bin. Auf jeden Fall, das fällt mir schon manchmal auf so. So wie ich dann manchmal handel und so.« (Interview 06)

Einige der Befragten gaben an, unbehagliche Gefühlszustände, die von ihnen nicht zugeordnet werden konnten, schon Jahre vor Feststellung der »offiziellen« Diagnose gehabt zu haben. So berichteten die Frauen, dass sie sich bereits »in der Kindheit nicht wohlgeföhlt« haben und dachten, »mit ihnen stimme etwas nicht«. Ein Mann erzählte von Unruhe im Kindes- und Jugendalter sowie massiven Alpträumen bis zu seinem 14. Lebensjahr. Ein weiterer Befragter gab an, als Jugendlicher Verfolgungsängste gehabt zu haben und immer gedacht zu haben, ihm würde irgendetwas passieren.

»[...] ich habe gemerkt, ich bin irgendwie anders wie die anderen, irgendwas ist kaputt.« (Interview 01)

Die Feststellung der Diagnose erlebten die Befragten sehr unterschiedlich. Das Erleben drückte sich über eine Bandbreite von Geföhlen der Erleichterung, Verunsicherung und Traurigkeit bis hin zur existenziellen Bedrohung aus.

Eine Befragte erlebte die Diagnosestellung als Erleichterung, weil sie nun wusste, was mit ihr los war. Sie empfand es als »Licht am Ende des Tunnels«, da sie keine Zukunft mehr für sich sah und »nur sterben wollte«. (Interview 02)

Einer beschrieb, dass ihm die Diagnose »spanisch vorkam«, da er sich gar nicht danach fühlte, als wäre er krank und es ihm auch heute noch nicht so vorkäme. (Interview 06)

Ein weiterer Interviewteilnehmer erlebte die Diagnose als schweren Schlag. Er fand die Diagnose »nicht gut«, da er »sich nicht für verrückt gehalten habe« und sie sich »schlimm anhörte«. Zudem war er sich bewusst, dass es »Vorurteile gegen psychisch Kranke gibt«. (Interview 04)

Von Traurigkeit berichtete ein weiterer Befragter, da das »alles umgeworfen« hat, was er sich »vorgenommen hatte« und was er »erreichen wollte«. (Interview 05)

»Der erste Impuls war, ich mach Schluss. Mit der Krankheit will ich einfach nicht leben«, berichtete eine andere Befragte. (Interview 03)

Weitere Assoziationen, die mit der Diagnose in Verbindung gebracht wurden, waren Ängste vor Etikettierungsprozessen, dauerhaft mit dieser Krankheit leben zu müssen und die Tatsache, dass nichts so sein würde wie vor der Erkrankung.

Die Erklärungsansätze der Befragten zu der Entstehung ihrer Erkrankung bezogen sich im Wesentlichen auf psychosoziale Belastungsfaktoren und weniger auf biologische oder genetische. Alle bis auf einen Befragten vermuteten, als Zeitpunkt der Entstehung ihrer psychischen Erkrankung, die Kindheit. Dabei wurden unterschiedliche Aspekte, die subjektiv dafür ausschlaggebend waren, genannt. Vier der Befragten nahmen konflikthafte Beziehungen in der Familie als Ursache an.

»Meine Kindheit war auch nicht immer leicht. Da waren immer viele Leute bei meiner Mutter, [...] die hat schon ein paar Freunde gehabt, mit denen sie sich getroffen hat und so, die waren dann bei uns zu Hause. Ich hatte auch viele Alpträume früher [...], die machen einen ja auch schnell krank.« (Interview 06)

Weitere subjektive Erklärungsmodelle waren genetische Dispositionen in der Herkunftsfamilie und exzessiver Drogenkonsum. Während sechs der Befragten eher äußere Bedingungen als Erklärungsansatz heranzogen, auf die sie wenig bzw. gar nicht Einfluss nehmen konnten, sah nur ein Befragter die Ursache in seinem eigenen Verhalten (Drogenkonsum).

Bis auf einen gaben alle Befragten an, dass sie ihre psychische Erkrankung bzw. Symptome schon vor dem Substanzkonsum wahrgenommen haben. Als Gründe für den Konsum nannten die Befragten

»innere Leere«, »depressive Verstimmungen«, den Wunsch »sich zu betäuben«, »leichter Bekanntschaften schließen« zu können und »dazuzugehören«.

Alle Befragten berichteten, weiterhin regelmäßig zu konsumieren und das auch nicht problematisch zu finden, wobei einige sagten, dass es längst nicht mehr der Menge entspräche, die in den ersten Jahren konsumiert wurde. Regelmäßig beinhaltete dabei die Spanne von »täglich« über »nur am Wochenende« und »phasenweise«. Obwohl einige der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer durchaus positive Erfahrungen mit abstinenter Phasen gemacht hatten, wollte keiner bzw. sah sich keiner von ihnen in der Lage, zum Zeitpunkt der Befragung am aktuellen Konsum etwas zu verändern. Sie gaben an, dass sie eher Schwierigkeiten im Rahmen der professionellen Begleitung im Betreuten Wohnen in Kauf nehmen würden, als den Konsum einzuschränken oder gar darauf zu verzichten.

Die Akzeptanz der Befragten in Bezug auf die eigene Erkrankung war sehr unterschiedlich. Sie reichte von Verleugnung bis hin zu »ich find das ganz okay so«.

»Ich meine, es gibt auch Menschen, die haben Stimmungsschwankungen, die nehmen auch Medikamente, aber die sind nicht psychisch krank oder so. Die sind halt nur so ein bisschen, ja weiß ich nicht, seelisch ein bisschen angeknackst oder so.« (Interview 06)

Weitere Befragte gaben an, dass sie sich ihrer Erkrankung durchaus bewusst sind, aber gleichzeitig eher passiv darauf warteten, dass sie von allein wieder verschwindet.

[Können Sie Ihre Erkrankung akzeptieren?] »[...] weiß ich nicht genau, eigentlich müsste ich das ja, ne? Ich wünsch mir wohl, die [Depression] verschwindet einfach so.« (Interview 01)

Eine Befragte beschrieb, dass sie sich zwar manchmal wünsche »ganz normal« zu sein, ohne diese »ständigen Sorgen« und dann im Gegensatz dazu bemerkt, dass ihr das wahrscheinlich »viel zu langweilig« wäre und sie das »gar nicht könne«. (Interview 03)

Ein großer Teil der Befragten leugnete die psychische Erkrankung. Die Suchterkrankung hingegen wurde von allen angenommen.

Die Befragten beschrieben Minderwertigkeitskomplexe und Selbstzweifel als Folgen der Beeinträchtigung durch die Erkrankung. Ein zentrales Thema war für alle Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass sie ihrer Meinung nach bis zum Befragungszeitpunkt auf-

grund ihrer Erkrankung nichts wirklich in ihrem Leben geleistet oder vollbracht hatten.

»Ich fühle mich oft minderwertig gegenüber anderen. Dass andere Leute in meinem Alter schon so viel geschafft haben und ich halt nicht. Und immer diese Rückfälle und alles.« (Interview 01)

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass Mitarbeiter hier mit wesentlichen Anforderungen in der Begleitung konfrontiert sind: Akzeptanz, Respekt vor der Persönlichkeit des anderen, Wertschätzung und vor allem Frustrationstoleranz sind Voraussetzungen einer gelingenden »Kontaktaufnahme«.

Selbstbeschreibungen

Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden gebeten, sich selbst zu beschreiben bzw. eine Einschätzung abzugeben, wie eine ihnen nahestehende Bezugsperson sie beschreiben würde. Einigen der Befragten war dies nicht möglich.

»Weiß ich nicht. Könnte ich jetzt nichts zu sagen.« (Interview 01)

Diejenigen, die sich nicht selbst beschreiben konnten, hatten auch keine Idee dazu, wie eine nahestehende Bezugsperson sie beschreiben würde. Zwei der Befragten hatten ein eher negatives Selbstbild, einer hatte ein positives Selbstbild. In zwei Fällen wich die Selbstbeschreibung erheblich von der Fremdbeschreibung ab.

Ein Befragter begann mit einer positiven Eigenschaft, relativierte diese aber umgehend wieder.

»Ich bin hilfsbereit, aber auch nicht zu hilfsbereit, wie würde ich mich beschreiben? Weiß ich jetzt nicht, ist schwer zu sagen, da hab ich noch gar nicht drüber nachgedacht. Also ich bin auch zwischendurch mal unzuverlässig, manchmal ist auf mich kein Verlass, also wenn meine Freundin anruft und ich will nicht sprechen, dann gehe ich einfach nicht dran. Ich weiß nicht, wie ich das beschreiben soll.« (Interview 06)

Soziale Bezüge, Freundschaften und Beziehungen

Aus den Interviews wurde nicht ganz deutlich, wie die Befragten ihre Freundschaften und sozialen Bezüge vor der Erkrankung erlebt haben und ob es einen wesentlichen Unterschied gab zu der Zeit, nachdem sie erkrankt waren. Einige berichteten allerdings bereits als Kinder im Kindergarten oder auch in der Grundschule »Kontaktschwierigkeiten« gehabt zu haben. So wurde von ihnen wahrgenommen, dass sie häufig (lieber) alleine als mit anderen gespielt haben. Lediglich zwei Befragte gaben an, bedingt durch die Erkrankung ehemalige Freunde verloren zu haben, was sowohl mit dem eigenen Rückzug als auch mit dem Rückzug anderer begründet wurde.

»Viele wollten auch damals nichts mehr mit mir zu tun haben, als die gehört haben, dass ich schon ein paar Mal in der Psychiatrie war und dass ich psychisch krank sein soll, von meinen damaligen Freunden. Da habe ich auch viele Kontakte abgebrochen.« (Interview 04)

Eine weitere Interviewteilnehmerin bedauerte, dass die Freundschaften immer weniger werden, da sie sich in schlechten Phasen nicht melde und daran zweifelt, dass die anderen Menschen ernsthaft an ihr interessiert seien.

Weiterhin erzählten die Befragten von Unsicherheiten und Schwierigkeiten im Umgang mit anderen. Wesentliche Aspekte, die diese auslösten, bezogen sich darauf, dass die Befragten eine negative Resonanz durch ihr Gegenüber vermuteten bzw. befürchteten.

»Unsicher, total unsicher. Ich habe schnell das Gefühl, dass ich jemandem auf die Nerven gehe oder [...] wenn ich ruhig bin, dass ich total langweilig bin, dass derjenige sich nur aus Mitleid mit mir abgibt.« (Interview 01)

Alle Befragten betonten die Wichtigkeit von Freundschaften bzw. Kontakten zu Gleichaltrigen für sie. Trotz der zuvor genannten Schwierigkeiten konnten einige von langjährig bestehenden Freundschaften berichten.

»[...] das [sind] nicht irgendwelche Sauf-Drogen-[...] Freunde [...], sondern wirklich Freunde. Ich habe nicht viele. Nur wirklich zwei richtig gute Freundinnen und die kenn ich noch von der Schulzeit her und das hat sich bis jetzt gehalten.« (Interview 03)

Einige der Männer berichteten, dass sie ausschließlich Kontakt zu anderen Konsumenten oder psychisch Kranken (u.a. aufgrund der Wohnsituation) haben.

»Ich versuche schon irgendwie Kontakt zu haben, aber meistens kommt keiner vorbei. Ich habe eigentlich relativ wenig soziale Kontakte. [...] Ich versuche wohl auch nach außen Kontakte zu haben, aber meistens sind das irgendwelche Leute, die selbst konsumieren und dann kommt natürlich eins zum anderen.« (Interview 05)

Alle vier Männer wünschten Kontakte zu »normalen« Menschen, da gerade der Kontakt mit Gleichaltrigen, die sich in einer ähnlichen Situation befanden, zu Schwierigkeiten führte.

»[...] und auch andere Leute kennenlernen kann, die auch nicht unbedingt was mit Drogen zu tun haben. Weil irgendwie ist das so, wenn ich Leute kennenlerne, dass die alle am Kiffen und am Trinken sind. Ich weiß auch nicht, woran das liegt. Das machen auch halt ziemlich viele einfach, so leichte Drogen nehmen.« (Interview 04)

Zwei Frauen und ein Mann hatten zum Befragungszeitpunkt eine Beziehung. Drei weitere Befragte gaben an, in der Vergangenheit Beziehungen gehabt zu haben. Alle Beziehungen wurden als erschwert, sowohl durch die psychische Erkrankung als auch die Abhängigkeitserkrankung der Befragten beschrieben. So nannten sie erlernte Beziehungsmuster, teilweise exzessiven Konsum und mangelnden Selbstwert als Scheiterungsgründe für Beziehungen. Die Qualität der zum Befragungszeitpunkt bestehenden Beziehungen wurde nicht näher beschrieben. Zwei der Männer ohne feste Partnerin wünschten sich »mal wieder« eine Beziehung. Eine weitere Frau und ein weiterer Mann konnten sich zum Befragungszeit nicht vorstellen, in naher Zukunft eine Beziehung zu haben. Die Frau fürchtete, in alte Handlungsmuster zu verfallen, während bei dem Mann nicht deutlich wurde, ob es sich hierbei eher um eine Art Resignation handelte.

Hinsichtlich der Beziehungen war nicht offensichtlich ob es sich um Partnerinnen und Partner mit einer ähnlichen Problematik handelte. Als Trennungsgrund nahmen sich jedoch immer die Befragten selbst wahr.

Die erlebten massiven Enttäuschungen in tragfähigen Beziehungen und die Selbstzuschreibung des Versagens in Kontakten der Befragten machen deutlich, dass gelingende »Beziehungsarbeit« hier wahrscheinlich weder durch eine unreflektierte professionelle Freundlichkeit und

schnell zu enttäuschende Hilfsbereitschaft gelingen kann noch durch eine fordernde, strikt auf Distanz bedachte Berufsrolle. Längerfristiges Herstellen von »Verbindlichkeit«, das Ermöglichen von Sich-Erproben, Erleben von Selbstwirksamkeit, authentische und zugewandte Rückmeldung und Begleitung in sozialen Kompetenzerprobungen sind Voraussetzung für gelingende Begleitungsprozesse.

Hilfesystem

»Das erste Mal habe ich das Hilfesystem ja gar nicht freiwillig in Anspruch genommen. Da saß ich nämlich auf dem Parkdeck, auf dem 10. Stock in O. und wollte vom Geländer springen. Habe meine letzte Zigarre gekauft, eine Havanna für 5 DM und noch zwei Regenbögen auf einmal gesehen, das war im Frühling, da war's regnerisch. Dann saß ich auf diesem Geländer und wollte da runterspringen, ja und dann hielt unten ein Polizeiauto an und die sagten ›kommen Sie da vom Geländer runter‹. Ich bin vom Geländer gegangen und dann kamen auch schon die ersten Zivilpolizisten nach oben. Die haben mich dann mit zum Amtsarzt genommen, der hat mit mir gesprochen – ich wollte den verarschen und habe dem gesagt, ich wollte nur meine Höhenangst abbauen, weil ich noch nie in der Psychiatrie war und da auch nicht hinwollte. Und so bin ich dann das erste Mal in die Klinik gekommen. Aber da war ich auch froh, dass ich da hingekommen bin, weil wenn ich mich umgebracht hätte, das wäre total scheiße gewesen. Aber ich hatte damals keine andere Möglichkeit mehr gesehen.« (Interview 04)

Dieses Zitat spiegelt beispielhaft die Ambivalenz der Befragten dem Hilfesystem gegenüber.

Die Befragten lehnten es einerseits ab und andererseits berichteten sie von einigen förderlichen Interventionen durch das Hilfesystem. Die meiste Kritik am Hilfesystem bezog sich insbesondere auf den mangelnden Einbezug ihrer Person bei der Behandlung und die unzureichende Aufklärung über ihre Erkrankung. Von Bedeutung ist hier die Wahrnehmung der hohen Bedeutung von »Selbstbestimmung« aus der Sicht der Klienten – die das professionelle Umfeld zu kontinuierlichen Ziel- und Rahmenverhandlungsprozessen zwingt.

Alle Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer berichteten, dass das Hilfesystem von ihnen seit dem Erstaufnahmezeitpunkt durchgängig in Anspruch genommen wurde. Dies umfasst sämtliche sozialpsychiatrische Angebote, sowohl ambulant als auch stationär. Die Aufnahmen fanden auf freiwilliger Basis statt sowie auch ohne Einwilligung auf richterliche Anordnung. Dabei wechselten sich die Behandlungen der psychischen Erkrankung und die Entzugsbehandlungen ab. Die Spanne der Behandlungsdauer betrug zwischen einigen Tagen bis hin zu einem Jahr. Diese langen Behandlungsdauern auf geschützten geschlossenen Stationen führten dazu, dass die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer immer wieder aus ihren normalen Bezügen gerissen wurden. Dabei stellten die Befragten den Sinn und Nutzen der Behandlungen sehr infrage, da sich für sie hinterher »nichts verbessert« hatte. Alle Befragten hatten wenigstens drei Therapien begonnen. Die meisten brachen sie vorzeitig ab. Nur eine Befragte bewertete die Therapien als »sehr hilfreich«. Alle anderen gaben an, dass die Therapien »nutzlos waren« und »kaum Nachhaltigkeit hatten«, sodass sich die psychische Befindlichkeit wieder verschlechterte und der Konsum früher oder später nach der Therapie wieder begonnen wurde.

»Die Therapie hat mir nicht geholfen und wird nichts bringen. Ich muss schon selbst dran arbeiten, ohne fremde Hilfe. In der Therapie wird es von anderen Leuten erzählt, was gut ist, dann höre ich das zwei, drei Monate an, dann geht es auch gut zwei, drei Monate lang, dann nicht mehr. Dann denke ich immer ›für wen mache ich das eigentlich‹.« (Interview 06)

Eine medikamentöse Behandlung wurde von den Befragten nicht grundsätzlich abgelehnt. Sie bemängelten allerdings, dass sie aus ihrer Sicht nicht ausreichend informiert und einbezogen wurden, was das An- und Absetzen sowie das zum Teil häufige Umstellen der Medikamente betraf. Die Haltung zu Medikamenten war dabei maßgeblich von den subjektiv empfundenen Wirkungen und Nebenwirkungen beeinflusst.

»Ehrlich gesagt geht es mir erst seit einem Jahr wieder schlecht, weil meine Medikamente umgestellt worden sind, womit ich eigentlich unzufrieden bin [...]. Vorher hatte ich [ein anderes Medikament] und dann war ich auch viel antriebsstärker. [Warum die Medikamente umgestellt wurden] weiß ich nicht. Die meinten, ich wäre zu impulsiv, ich hatte dann auch noch eine Schlägerei und dann kam ich in die Klinik,

dann wurde einfach so alles umgestellt. Seitdem kann ich machen, was ich will und kann so viel reden, wie ich will, bringt einfach nichts.» (Interview 05)

Zwei der Männer und eine Frau hatten zum Befragungszeitpunkt wenigstens dreimal innerhalb der Anbieter von Betreutem Wohnen gewechselt. So gaben alle drei an, dass sie bereits ambulant betreut wurden und aufgrund von Konsum und Verschlechterung des psychischen Zustandes in eine stationäre Wohnform wechseln mussten. Ebenso hatten alle drei bereits in einer anderen stationären Wohneinrichtung gelebt, als der jetzigen. Die Erfahrungen sowohl im Ambulant Betreuten als auch im stationären Wohnen sind unterschiedlich, wobei die Mehrzahl der Befragten über positive Erfahrungen berichtete. Zwei der Befragten waren nicht zufrieden mit ihrer aktuellen Betreuungssituation.

»Also ich wohne jetzt seit fünf Jahren hier [stationäre Wohneinrichtung] und ich würde sagen, das hat mir nichts gebracht hier. Wenn ich kiffen oder trinken will, mache ich das immer noch. Habe ich auch nie für lange Zeit mit aufgehört, seit ich hier wohne, weswegen die mich eigentlich aus der Wohnung rausgeholt haben. Und eine Ausbildung habe ich immer noch nicht und Abitur habe ich immer noch nicht. Ich habe nur in dieser scheiß Behindertenwerkstatt gearbeitet.« (Interview 04)

Die Mehrzahl der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer berichtete, dass sich in der aktuellen Betreuungssituation ihre persönlichen Entwicklungsziele mit denen der Professionellen decken. Nur einer gab an, dass die Ziele sich nicht decken, weil die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihm zu wenig zutrauen würden. Ein weiterer Befragter äußerte keine Ziele zu haben, da er überhaupt »keine Ahnung« hätte, was er machen will.

Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer formulierten unterschiedliche Aspekte, die sie für ihre persönliche Entwicklung als förderlich, aber auch hinderlich im Rahmen von Betreutem Wohnen erachten würden. Dabei wurden als förderlich folgende Aspekte, teilweise auch mehrfach, genannt:

- Eine sinnvolle Tätigkeit im Rahmen der Tagesgestaltung, beispielsweise ein Arbeitsplatz (es wurden keine konkreten Ideen entwickelt, wie diese Tätigkeiten aussehen könnten);
- Ansprechpartner bzw. Bezugsbetreuer, die Verlässlichkeit und Sicherheit bieten;

- wenn man weiß, dass man sich eigentlich selbst helfen muss und alles andere nur eine Unterstützung sein kann;
- Ambulant Betreutes Wohnen – man kann Hilfe in Anspruch nehmen, muss es aber nicht und kann selbst bestimmen, wie viel Kontakt man möchte;
- soziale Kontakte außerhalb der Einrichtung mit Menschen, die nicht psychisch krank oder Drogenkonsumenten sind;
- Unterstützung und Anleitung zu bekommen.

Als hinderlich wurden folgende Aspekte, teilweise auch mehrfach, genannt:

- Eine unterfordernde Tagesstruktur (eine Arbeit mit »stupiden« Aufgaben und »minderbegabte« Mitbeschäftigte);
- wenn Professionelle Hilfen nicht individuell ausrichten, sondern bei der Betreuungsplanung alle »über einen Kamm scheren«;
- mit vielen Menschen in der Wohngruppe zusammenzuleben (aufgrund von erhöhtem Konfliktpotenzial und bei sozialen Ängsten);
- mit Menschen zusammenzuleben (Wohngruppe), die keine ähnlichen Lebensperspektiven haben, beispielsweise »alte Langzeitbewohner«;
- Meinungsverschiedenheiten mit dem Personal.

Wünsche und Perspektiven

Bis auf einen Befragten wünschten sich alle Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer ein »normales« Leben. Normales Leben bedeutete für sie, den Lebensunterhalt selbst zu bestreiten. Um das zu erreichen, hatten einige den Wunsch, eine Ausbildung nachzuholen. Andere formulierten nicht konkret, eine Ausbildung absolvieren zu wollen, nannten aber einen festen Arbeitsplatz als Ziel. Ein weiterer Inbegriff von Normalität war für die Befragten die eigene Wohnung. Dabei wurde nicht ausgeschlossen, dass eine Begleitung durch das Ambulant Betreute Wohnen übergangsweise eine gute Unterstützung wäre. Langfristig hatten aber alle den Wunsch, unabhängig vom Hilfesystem zu leben. Dauerhafte Abstinenz wurde von einigen als Wunsch angeben, allerdings weniger als konsequent verfolgtes Ziel.

Weiterhin wurden Partnerschaften und Freundschaften als Wunsch genannt. Insbesondere bei den Freundschaften lag die Betonung darauf,

dass man sich langfristig einen »vernünftigen« Freundeskreis wünscht, der im besten Falle nichts mit Drogen zu tun hat.

Schlussfolgerungen

Bei der Bewertung der Ergebnisse müssen einige Limitationen berücksichtigt werden, da die Untersuchung methodische Schwächen aufweist. So kann vermutet werden, dass die unterschiedlichen psychischen Störungen und die jeweilige Betreuungsform (ambulant oder stationär) einen erheblichen Einfluss auf das Selbstbild haben. Eine weitere Limitation liegt in der Durchführung der Interviews. So signalisierten die Befragten bereits zu Beginn der Interviews, dass es eine belastende Situation für sie darstelle aufgrund ihrer Konzentrations-schwierigkeiten und der Erwartungen, die an sie bezüglich der Antworten gestellt werden könnten. Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe und der Heterogenität der Gruppe erhebt diese Untersuchung keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit der Aussagen.

Trotz der unterschiedlichen Merkmale der Befragten decken sich die soziodemografischen Daten recht einheitlich mit dem aktuellen Forschungsstand. So berichtete der überwiegende Teil der Befragten von belastenden familiären Schwierigkeiten, einem frühen Krankheits- und Konsumbeginn, einem niedrigen Ausbildungsniveau, häufigen stationären Wiederaufnahmen und der Abhängigkeit von sozialstaatlichen Leistungen.

Das Selbstbild der Befragten liefert wertvolle Hinweise für die professionelle Begleitung. Damit die Unterstützungsleistungen Erfolg haben, scheint eine Auseinandersetzung mit der Entwicklung eigener Identität und dem eigenen Selbstbild wie der Frage von Selbstwirksamkeitserleben unbedingt notwendig. Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse zum Selbstbild der Befragten aufgegriffen und in Bezug auf ihre mögliche Relevanz für die Begleitung dieser Menschen im Betreuten Wohnen diskutiert.

Als Erklärungsansatz für die Entstehung ihrer psychischen Erkrankung zogen die Befragten überwiegend innerfamiliäre Konflikte in Betracht. Fraglich ist, ob die Konflikte in den Familien als so nachhaltig belastend erlebt wurden, dass es für die Befragten gar keine andere Erklä-

rung geben konnte oder ob es sich hierbei um mangelndes Wissen von Entstehungszusammenhängen psychischer Erkrankung handelt. Die Aussagen der Befragten ließen häufig auf Letzteres schließen, da sie angaben, sich diesbezüglich unzureichend einbezogen und aufgeklärt zu fühlen. Deutlich wurde auch, dass ihr Krankheitsverständnis eher monokausal geprägt war und sie sich über Wechselwirkungen, insbesondere in Bezug auf ihren Drogenkonsum, gar nicht bewusst waren. Dies scheint hinderlich für einen langfristig verantwortungsvollen und konstruktiven Umgang mit der Erkrankung.

Psychische Erkrankungen scheinen die Identität und das Selbst mehr zu betreffen, als jedes andere anhaltende Leiden (vgl. ESTROFF et al. 1997, S. 112). Das wurde auch bei den Befragten deutlich, die von ihrer massiven Betroffenheit bei der Feststellung der Diagnose erzählten. Dem Verständnis der Befragten nach, verbanden sie mit einer psychischen Erkrankung »verrückt sein«, Stigmatisierung, den Verlust sozialer Bezüge und die Hinfälligkeit ihrer persönlichen Zukunftspläne. Zudem fiel der Erkrankungsbeginn in eine Entwicklungsphase, deren wesentlicher Bestandteil die Identitätsbildung ist. Die Aussagen der Befragten ließen darauf schließen, dass sie über wenig protektive Faktoren zu diesem Zeitpunkt verfügten. So konnte der überwiegende Teil der Befragten scheinbar nicht auf ein supportives familiäres Gefüge bzw. vertrauensvolle soziale Bezüge, in denen sie sich wohlfühlen, zurückgreifen. Diejenigen, die das bis zum Erkrankungsbeginn konnten, büßten dies mit dem Verlauf der Erkrankung ein. Die Erfahrung verlässlicher sozialer Bezüge, insbesondere mit nahestehenden Bezugspersonen, konnte der Großteil der Befragten nicht machen. Das mag der Grund sein, warum sie in den Interviews, gerade in Bezug auf die Betreuungssituation, diese Qualität beim Betreuungspersonal als Voraussetzung immer wieder betonten. Notwendig scheint in diesem Zusammenhang, dass die Befragten im Umgang mit dem Betreuungspersonal nicht die gleichen Erfahrungen machen wie mit ihren Eltern. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass aufgrund des frühen Erkrankungsbeginns häufig ein enormer Nachreifungsprozess notwendig ist. So sind die jungen Frauen und Männer zwar meist auf dem Stand eines Jugendlichen, müssen aber gleichzeitig den Anforderungen an Erwachsene im Berufsleben und in der Gesellschaft gerecht werden.

Auch wenn die Befragten einräumten, in manchen Situationen zu spüren, dass sie über weniger Kompetenzen verfügen als andere, so schie-

nen sie nicht wahrhaben zu wollen, eine psychische Erkrankung zu haben. Auf diese Weise können Etikettierungsprozesse durch sich selbst und die Umwelt vermieden werden und das sozial stigmatisierende Konzept der psychischen Erkrankung muss nicht in die Selbstdarstellung integriert werden (vgl. HAASEN et al. 2006, S. 31).

Dieses Phänomen der Krankheitsverleugnung bzw. der mangelnden Krankheitseinsicht ist häufig bei Menschen mit Psychosen zu beobachten (vgl. LEFERINK 1997, S. 209). Als Erklärung hierfür wurde die Bedeutung von sozialer Stigmatisierung und der daraus abgeleiteten Selbstabwertung in den Mittelpunkt gestellt. Mangelnde Krankheitseinsicht kann somit ein Versuch sein, das eigene Selbst vor der Diagnose »Psychose«, die mit der vernichtenden Abwertung als Person einhergeht, zu schützen. Voraussetzung für die Selbstachtung eines Menschen ist die Verfügungsgewalt über die eigenen geistigen Prozesse und das Privileg, die eigenen subjektiven Erfahrungen selbst am besten zu kennen. Dies wird durch die Diagnose infrage gestellt und die Betroffenen erleben massive Einbußen im Selbstwert (vgl. ebd., S. 212). So ergab eine Untersuchung von schizophrenen Patienten, dass diejenigen, die das Krankheitskonzept akzeptierten, im Durchschnitt ein negativeres Selbstbild hatten als diejenigen, die die Krankheit leugneten (vgl. ebd., S. 213). Vor diesem Hintergrund scheint es notwendig, bei der professionellen Begleitung zu berücksichtigen, dass es sich bei mangelnder Krankheitseinsicht weniger um »Nichtkönnen« und »Nichtwollen« handelt, sondern eher um eine Strategie, die als elementar erlebt wird, um das Selbstgefühl zu schützen.

Der »Werdegang« der Befragten führte bei ihnen zu einer massiven Abwertung der eigenen Person. Das Selbsterleben war geprägt von Scham, Gefühlen des Versagens und Selbstzweifeln. Sie berichteten weder über Erfolgserlebnisse noch über Situationen, in denen sie stolz auf sich waren. Zentral war hierbei die erlebte Belastung, insbesondere im Vergleich mit Gleichaltrigen, nicht wirklich etwas erreicht zu haben, womit sie sich identifizieren können, beispielsweise Arbeitnehmer zu sein. Die Auswirkungen dessen wurden in den Interviews dadurch deutlich, dass der überwiegende Teil der Befragten sich nicht selbst beschreiben konnte. Auffällig war an dieser Stelle auch, dass die meisten äußerten, sich noch nie darüber Gedanken gemacht zu haben bzw. noch nie danach gefragt wurden. An dieser Stelle könnte angenommen werden, dass die Befragten aufgrund ihrer Erkrankung nur einen man-

gelhaften Austausch zwischen der äußeren und der inneren Realität herstellen können. Die Wahrnehmung durch die Umwelt wurde meist nur vermutet, aber eher abwertend eingeschätzt.

Die soziale Identität von Menschen wird maßgeblich durch die soziale Gemeinschaft fixiert (vgl. RUCHSOW und HERMLE 2007, S. 508). Da sich die Befragten überwiegend zu der Gemeinschaft der psychisch Kranken zählten und ansonsten über nur wenig bis gar keine anderen sozialen Kontakte verfügten, ist in der Regel nur eine Identifikation mit dieser sozialen Gemeinschaft möglich. So haben die Befragten kaum eine andere Möglichkeit, als sich auf diese Identifikation zu beschränken, mit all ihren Zuschreibungen.

Dem Substanzkonsum scheint vor diesem Hintergrund eine besondere Bedeutung zuzukommen. So nutzten die Befragten die Drogen, um die Symptome der psychischen Erkrankung sowie ihre negative Selbstwahrnehmung zu bewältigen bzw. zu mildern und somit ihre Handlungsfähigkeit wiederherzustellen. Gleichzeitig führte der Konsum bei einigen Befragten wieder zu Schuld- und Versagensgefühlen. Ebenso können die Folgen des jahrelangen Konsums als mitverantwortlich betrachtet werden, dass Anforderungen in der Schule oder in der Ausbildung nicht bewältigt werden konnten. Es schien sich damit ein Teufelskreis zu entwickeln, wo Konsum kurzfristige Entlastung schaffte, langfristig aber zu einer Aufrechterhaltung und Verschlimmerung der Symptomatik und des negativen Selbsterlebens bzw. der Abwertung der eigenen Person führte. Auch wenn eine körperliche Abhängigkeit bei Frauen und Männern mit einer Doppeldiagnose seltener zu beobachten ist, schien die psychische Abhängigkeit bei den Befragten enorm zu sein.

Diese Dynamik sollte in der Begleitung unbedingt berücksichtigt werden. Konsequente Abstinenzforderungen würden Rückfälle fördern, diese Rückfälle würden sich wieder negativ auf das Selbsterleben auswirken. Der Frust wäre auf beiden Seiten groß. Ebenso sollte versucht werden, eine Alternative zur »Bewältigungsstrategie Drogen« zu finden, die eine Kompensation durch Konsum erübrigt. Niedrige Ziele (beispielsweise zwei konsumfreie Tage die Woche) im Rahmen der Hilfeplanung sind womöglich angemessener und Erfolg versprechender. Von zentraler Bedeutung für eine positive Entwicklung des Selbstbildes scheint die Erfahrung von Erfolgserlebnissen – in welcher Form auch immer – zu sein. Zudem würden sie sich positiv auf die Selbstwirksamkeitserwartung, also den Glauben an die Fähigkeit, eine

Aufgabe bewältigen und sie erfolgreich abschließen zu können, auswirken. Selbstwirksamkeit ist das Schlüsselement für die Motivation, Verhalten zu ändern auf den Erfolg zu vertrauen (vgl. MILLER und ROLLNICK 2009, S. 64).

Die Befragten erlebten Unsicherheiten und Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen. Dies allerdings nicht nur bedingt durch die psychische Erkrankung, sondern auch schon vor dieser Zeit.

Alle Befragten wünschten sich mehr Kontakte zu Gleichaltrigen, die nicht psychisch krank oder drogenabhängig sind. Gleichzeitig waren sie sich aber auch ihrer eingeschränkten Möglichkeiten bewusst und hatten Angst vor Ablehnung. Die Aussagen dazu deuteten auf eine gewisse Resignation. Zu bestehenden Freundschaften mit psychisch Kranken und suchterkrankten Menschen zeigte sich eine gewisse Ambivalenz. So gaben sie an, dass sie sich eigentlich von ebenfalls Betroffenen am besten verstanden fühlen, gleichzeitig hatten sie scheinbar das Gefühl, dass gerade diese Kontakte nicht förderlich für ihre weitere Entwicklung sind.

Gerade im Betreuten Wohnen gestaltet sich das Kontaktschließen mit nicht psychisch Kranken sehr schwierig. So sind Freizeitangebote häufig für Gruppen angelegt, sodass zwangsläufig Kontakte eher zu Menschen mit einer ähnlichen Problematik stattfinden. Ebenso leben sie in Wohngemeinschaften zusammen und haben in der Regel die gleichen Arbeitsplätze, da sie sich den Anforderungen auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht gewachsen fühlen. Insbesondere im stationären Wohnen leben, arbeiten und gestalten sie ihre Freizeit gemeinsam. Ähnlich gestalten sich aber auch die Gruppenangebote im Ambulant Betreuten Wohnen. Gerade in der Begleitung von jungen Erwachsenen scheint es unbedingt notwendig, Angebote außerhalb der Institution zu erschließen.

Überraschenderweise hatten die Befragten wenig konkrete Ideen, wie die ideale Hilfe für sie aussehen sollte. Zu dem gleichen Ergebnis kamen STELLING et al. (2009, S. 121), in einer Studie mit 16 jungen psychisch kranken Frauen und Männern.

Deutlich wurde, dass die Befragten überwiegend das Motto vertraten, dass Selbsthilfe die wirksamste Hilfe sei und alle über kurz oder lang unabhängig vom Hilfesystem leben möchten. Mangelnde Ideen zur idealen Hilfe könnten darin begründet sein, dass sie die professionelle Begleitung als Übergangslösung sehen. Eine weitere Erklärung könnte

eine Resignation der Befragten dem Hilfesystem gegenüber sein, da sie sich dort nie als autonome Individuen erlebt haben und die Unterstützungsleistungen ohnehin nicht die gewünschte Nachhaltigkeit gebracht haben.

Allgemein war ihnen das Thema »Mitbestimmung« und »Einbezug« wichtig. Das wurde insbesondere bei dem Thema »Medikamente« deutlich. Des Weiteren wünschten sie sich, mit Gleichaltrigen zusammenzuleben, die eine ähnliche Perspektive haben und kleine Wohngemeinschaften, da soziale Ängste scheinbar eine wesentliche Rolle bei den Befragten spielten. Das Zusammenleben mit »älteren Langzeitbewohnern« wurde immer wieder als problematisch thematisiert. Der Wunsch nach einer altershomogenen Gruppe mit ähnlichen Perspektiven – nämlich langfristig unabhängig zu leben – könnte darin begründet sein, dass sie sich erhoffen von dem »Elan« anderer mitgerissen zu werden. Des Weiteren liegt die Vermutung nahe, dass sie ihr Stigma auf ein Minimum reduzieren möchten.

Für die Zukunft wünschten sich die Befragten ein »normales« Leben. Unter »normal« verstanden sie eine eigene Wohnung, einen Arbeitsplatz, einen »vernünftigen Freundeskreis«, eventuell eine Partnerschaft und einige auch dauerhafte Abstinenz. Bis auf eine Befragte erwähnte niemand einen eigenen Kinderwunsch. Interessanterweise konnten die Befragten Wünsche für die Zukunft äußern, hatten aber keine Vorstellung dazu, wo sie sich in fünf Jahren sehen würden oder welche Entwicklung sie bis dahin gemacht hätten. Theoretisch hätten sich die Antworten decken können. Es scheint aber an dieser Stelle so, als ob es wirklich »nur« um einen Wunsch geht und weniger um eine reelle Perspektive aus Sicht der Befragten. Das Erarbeiten von konkreten Perspektiven muss demnach wesentlicher Bestandteil der professionellen Begleitung sein, insbesondere wenn es den jungen Erwachsenen nicht (mehr) gelingt, diese für sich selbst zu entwickeln.

Das Selbsterleben der Befragten war geprägt von Unsicherheiten in der Kindheit, in der Jugend, im Hier und Jetzt und in Bezug auf ihre Zukunft. Identitätsarbeit und -entwicklung muss ein zentrales Thema für die Begleitung im Betreuten Wohnen sein.

Die (gefühlte) Perspektivlosigkeit der jungen Erwachsenen scheint die Zusammenarbeit zusätzlich massiv zu erschweren, da sie immer wieder die Erfahrung gemacht haben, dass sie ihre Ziele nicht erreicht haben. Daraus resultierende mangelnde Selbstwirksamkeitserwartungen

könnten dazu führen, dass sie sich immer weniger zutrauen und positive Erlebnisse infolge von Resignation ausbleiben.

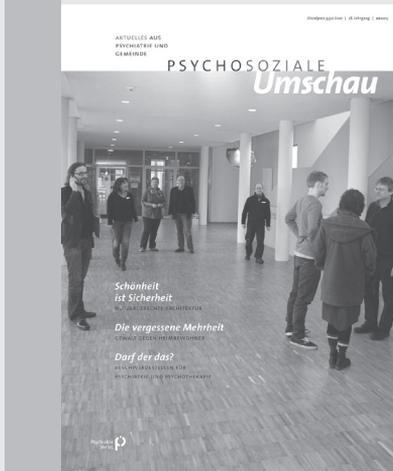
Insgesamt bleibt festzustellen, dass es sich bei jungen Erwachsenen mit einer Doppeldiagnose um eine Klientel handelt, die in besonderem Maße auf das Hilfesystem angewiesen ist und durchaus ein Wohn- und Betreuungsmilieu braucht, das auf die besonderen Anforderungen in der Begleitung ausgerichtet ist.

Literatur

- DRAKE, Robert E.; MUESER, Kim T. (2007): Management von Patienten mit schweren psychischen Störungen und Substanzstörungen. In: MOGGI, Franz (Hg.): Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern, S. 197–220
- ESTROFF, Sue E. (1997): ›Jeder ist ein bisschen psychisch krank‹ – Die Krankheits- und Selbstdarstellungen von Menschen mit schweren langwierigen psychischen Krankheiten. In: ANGERMEYER, Matthias C.; ZAUMSEIL, Manfred: Verrückte Entwürfe: Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. Bonn, S. 102–165
- FLICK, Uwe (2009): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. 2. Auflage, Reinbek bei Hamburg
- GOUZOULIS-MAYFRANK, Euphrosyne (2007): Komorbidität Psychose und Sucht – Grundlagen und Praxis: Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. 2., erweiterte Auflage, Würzburg
- HURRELMANN, Klaus (2006): Einführung in die Sozialisationstheorie. 9. unveränderte Auflage, Weinheim
- HAASEN, Christian et al. (2006): Subjektive Krankheitsursachen bei Patienten mit einer psychotischen Erkrankung. Psychiatrische Praxis, 33, S. 30–33
- HORNUNG-KNOBEL, Sibylle (2006): Mehr die Regel als die Ausnahme im Versorgungssystem – Zum aktuellen Stand der Diagnostik, Therapie und Versorgungssituation. Kerbe, 1, S. 8–9
- HURRELMANN, Klaus (2006): Einführung in die Sozialisationstheorie. 9. unveränderte Auflage, Weinheim

- KRAUSZ, Michael; LAMBERT, Martin (2000): Psychische Störungen als Risikofaktoren für süchtiges Verhalten. In: UCHTENHAGEN, Ambros; ZIEGLGÄNSBERGER, Walter (Hg.): Suchtmedizin. München, S. 206–212
- KRUMM, Silvia; BECKER, Thomas (2006): Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsfor- schung. Psychiatrische Praxis, 33, S. 59–66
- LEFERINK, Klaus (1997): Krankheitseinsicht und Identität. In: AN- GERMEYER, Matthias C.; ZAUMSEIL, Manfred: Verrückte Entwürfe: Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. Bonn, S. 206–261
- LÖHRER, Frank et al. (2004): Psychotherapie komorbider Patienten. Psychotherapie, 1, S. 84–90
- MAYRING, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 10. Auflage, Weinheim
- MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen (2009): Motivierende Ge- sprächsführung. 3., unveränderte Auflage, Freiburg
- RUCHSOW, M.; HERMLE, L. (2007): Zur Entwicklung des Begriffs der Person in der Psychiatrie und Philosophie. Der Nervenarzt, 78, S. 505–510
- STELLING, Kirsten et al. (2009): Entwicklungsprobleme bei jungen Erwachsenen mit einer psychischen Erkrankung: Ergebnisse einer qualitativen Studie. Psychiatrische Praxis, 36, S. 119–124

Katrin Janssen, Bachelor und Master der Sozialen Arbeit, ist seit 2008 als Qualitätsbeauftragte in einem Wohnverbund in Münster beschäftigt, der Unterstützungsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Frauen und Männer mit einer psychischen Erkrankung, einer Abhängigkeitserkrankung und/oder geistigen Behinderung erbringt. Außerdem ist sie Ansprechpartnerin für Aufnahmeanfragen für den stationären Wohnbereich.



Psychosoziale Umschau Aktuelles aus Psychiatrie und Gemeinde

Das auflagenstärkste psychiatrische Infomagazin wird vom Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) und der Aktion Psychisch Kranke herausgegeben. Die Umschau informiert über aktuelle sozialrechtliche und gesundheitspolitische Fragen, Arbeits- und Rehabilitationsprojekte und ist unentbehrlich für alle, die aktiv an der Diskussion um die Verbesserung des psychiatrischen Hilfesystems teilnehmen. Mit jeweils eigenen Seiten für die Angehörigen-Selbsthilfe und die Psychiatrie-Erfahrenen haben auch alle jene einen festen Platz, denen die psychiatrische Versorgung dient.

»Die Psychosoziale Umschau ist das Forum des Dialogs. Immer aktuell und ausgewogen in den Themen und vor allem: lesbar! Unter den psychiatrischen Fachzeitschriften, die oft abstrakt, unverständlich und nur ausgewiesenen Fachleuten zugänglich sind, ist die Psychosoziale Umschau die große konkrete Ausnahme.« *Joachim Speicher, Der Paritätische Hamburg*

Ein Umschauabo kostet 32 Euro im Jahr, Studierende und Auszubildende zahlen 22 Euro. Ein E-paper-Abo kostet 27,00 Euro, 21 Euro für Geringverdienende. Weitere Informationen zu den Zeitschriften des Psychiatrie Verlages finden Sie im Internet unter www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften.