

---

**„Die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit für die  
ambulante Eingliederungshilfe im Rahmen von  
personenbezogenen Leistungen und betreutem Wohnen  
für psychisch kranke Menschen in Hamburg“**

---

**Master-Thesis**

An der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Soziale Arbeit

vorgelegt von:  
Jan Lohmann

Abgabedatum: Juni 2012

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Dieter Röh  
Zweitprüferin: Frau Maike Schröder-Lüders

## Vorwort

Die Idee für die vorliegende Master-Thesis: *„Die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit für die ambulante Eingliederungshilfe im Rahmen von personenbezogenen Leistungen und betreutem Wohnen für psychisch kranke Menschen in Hamburg“* entstand aufgrund verschiedener Erfahrungen, die ich sowohl im Studium als auch in meiner vielfältigen Berufspraxis sammeln konnte: So habe ich u.a. während meiner Arbeit in einer psychosozialen Beratungsstelle, als sozialpädagogischer Einzelfallhelfer für mehrfachbehinderte Menschen, in der stationären Betreuung gefährdeter, bzw. süchtiger Jugendlicher, als sozialpädagogischer Familienhelfer bei psychisch erkrankten Eltern und auch in meiner jetzigen Tätigkeit bei einem Hamburger Träger in der ambulanten Eingliederungshilfe, jeweils als Mitarbeiter in einem PPM<sup>1</sup> und BeWo<sup>2</sup> Team, Erfahrungen sammeln können in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen und vielfältige persönliche Erkenntnisse für das zu behandelnde Forschungsthema erlangen können. Während meines beruflichen Werdegangs konnte ich viele Einblicke in die Lebenswelten chronisch psychisch kranker Menschen erhalten und damit auch ein Gespür dafür entwickeln, vor welche Belastungen und Problemen diese Menschen tagtäglich gestellt werden. Dieser direkte persönliche Kontakt mit psychisch kranken Menschen und die gemachten praktischen Erfahrungen in der Klinischen Sozialarbeit sind zentrale Beweggründe für mich, diese Thematik und die mit ihr verbundenen Lebenswelten auch empirisch zu durchdringen.

Die meisten Klienten mit denen ich gearbeitet habe, leiden primär an einer chronisch psychischen Erkrankung in Kombination mit vielschichtigen multiplen Problematiken. Ein großer Teil davon ist aufgrund von Teilhabeschwierigkeiten bzw. Exklusionsmechanismen, Überforderung, durch die eigene Krankheitssituation, Suchtproblematiken, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit oder grundsätzlich formuliert: durch die Anforderungen des alltäglichen Lebens entstanden. Ich konnte erleben, wie aus derartigen Problemen neue zahlreiche bio-psycho-soziale Belastungen entstehen können. Durch ein schwaches soziales Umfeld waren viele der Klienten mit denen ich gearbeitet habe zudem größtenteils auf sich allein gestellt und damit auf Klinische Sozialarbeit bzw. meine Arbeitskraft angewiesen. Diese persönliche Erfahrung in Verbindung mit den zahlreichen Schwierigkeiten denen meine Klienten ausgesetzt waren und die sie auch mit meiner Hilfe zu überwinden versucht haben, motivierte mich, diese Thematik auch nach meinem BA-Studium nicht nur praktisch, sondern auch theoretisch in Gestalt meines Master-Studiums zu vertiefen. Den Studienschwerpunkt habe ich in beiden Studiengängen auf die gesundheitsorientierte Sozialarbeit und hier insbesondere die Klinische Sozialarbeit gesetzt, um mich noch intensiver mit diesen Problemfeldern zu beschäfti-

---

<sup>1</sup> „Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke Menschen“

<sup>2</sup> „betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen“

gen. Meine Tätigkeit in den Hilfeformen der ambulanten Eingliederungshilfe PPM und BeWo verstärkten mein besonderes Interesse, dieses Arbeitsfeld mit seinem Klientel weiterführend unter der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit zu erforschen.

Im Rahmen des Master-Studiums bestärkte Prof. Dr. Röh meine wissenschaftliche wie berufliche Orientierung dank seines besonderen Engagements in seiner Lehre. Er begleitete mich zusammen mit Frau Schröder-Lüders bei der Entstehung meiner Master -Thesis, wofür ich beiden an dieser Stelle herzlich danke.

Bedanken möchte ich mich auch bei den befragten Einrichtungen, welche durch die Beantwortung des quantitativen Fragebogens unverzichtbare Informationen für den Forschungsteil der vorliegenden Arbeit beigetragen haben. Ein weiterer Dank gilt nicht zuletzt den Klienten der Sozialpsychiatrie. Sie sind es, die mir die ungemeine gesellschaftliche Relevanz des Themas vor Augen geführt und mich damit zu der vorliegenden Arbeit motiviert haben. Die primären Erfahrungen, die ich im Umgang mit ihnen habe sammeln können, dienen mir neben der Konsultation wissenschaftlicher Sekundärliteratur, als überaus wertvolle und persönliche Informationsgrundlage für die Forschung im Rahmen dieser Master- Thesis.

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis.....	IX
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>TEIL I: THEORETISCHE GRUNDLAGEN</b>	
<b>2. Psychische Erkrankung.....</b>	<b>4</b>
2.1 Definition Gesundheit.....	4
2.2 Definition Krankheit.....	5
2.3 Definition Chronische Erkrankung.....	6
2.4 Begriffsbestimmung Behinderung.....	8
2.4.1 Begriffsbestimmung nach dem Sozialgesetzbuch IX.....	8
2.4.2 Begriffsbestimmung nach der ICF.....	9
2.5 Begriffsbestimmung chronisch psychisch krank.....	9
2.6 Epidemiologie.....	13
2.6.1 Prävalenz, Zahlen und Fakten zur aktuellen Situation.....	13
2.6.2 Ursachen und Zusammenhänge für chronische psychische Erkrankungen.....	17
<b>3. Lebenslage .....</b>	<b>19</b>
3.1 Definition Lebenslage.....	19
3.2 Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen.....	20
3.2.1 Allgemeine Aspekte zur Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen.....	20
3.2.2 Soziale Aspekte: Soziale Situation und Kontakte .....	23
3.2.3 Gesundheitliche Aspekte.....	26
3.2.4 Hilfen für psychisch Kranke .....	28
3.2.5 Beruf und Armut .....	29
3.2.6 Sucht und Suchtmittelkonsum .....	30
3.2.7 Wohnsituation.....	30
<b>4. Klinische Sozialarbeit.....</b>	<b>33</b>
4.1 Was ist Soziale Arbeit?.....	33
4.2 Geschichtliche Entwicklung Sozialer Arbeit und Doppelter Fokus der Diagnose .....	34

4.3	Klassische bedeutende Zugänge, Methoden, Arbeitsformen, Professionelle Auffassungen und Theorien der Klinischen Sozialarbeit.....	40
4.3.1	Problem und Handlungsverständnis von der Weiterentwicklung des systemtheoretischen Bungschen Ansatzes der Sozialen Arbeit durch Staub-Bernasconi, Obrecht, Geiser.....	41
4.3.2	Bio-psycho-soziales Modell.....	47
4.3.3	„Life Model“ nach Germain und Gitterman.....	51
4.3.4	„Vulnerabilitäts-Stress-Modell“.....	53
4.3.5	Gemeinsamer Konsens der vorgestellten Modelle.....	55
4.3.6	Klinische Sozialarbeit als soziale Unterstützung (Social Support).....	57
4.3.7	Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit als bedeutende allgegenwertige Handlungsmethode.....	61
4.3.8	Kompetenzen und Handlungsmethoden Klinischer Sozialarbeit.....	63
4.3.9	Professionelle Arbeitshaltung Klinischer Sozialarbeit.....	65
4.4	Adressaten und Arbeitsfelder (-Kontexte) Klinischer Sozialarbeit.....	68
4.5	Case Management als klassische und integrierte Methode Klinischer Sozialarbeit.....	70
4.5.1	Was ist CM?.....	71
4.5.2	Phasenablauf des Case Managements .....	73
4.5.3	Mesoebene: Organisation.....	76
4.5.4	Makroebene: Politik, Recht, Administration.....	77
<b>5</b>	<b>Ambulante Eingliederungshilfe für den Personenkreis chronisch psychisch kranker Menschen.....</b>	<b>78</b>
5.1	Inklusion/Exklusion.....	78
5.1.1	Begriffsbestimmung Inklusion/Exklusion.....	78
5.1.2	Funktionale Differenzierung: Unterscheidung Inklusion und Exklusion.....	80
5.2	Psychiatrie: Begrifflichkeiten und Geschichte.....	85
5.3	Von der Armenfürsorge zur heutigen Sozialhilfeleistung der Eingliederungshilfe: Geschichte und Entwicklung in Deutschland .....	92
5.4	Definition ambulante Eingliederungshilfe.....	94
5.5	Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe.....	96
5.6	Formen ambulanter Eingliederungshilfe.....	99
5.6.1	Personenkreis.....	99
5.6.2	Begriffsdefinition PPM.....	101
5.6.3	Begriffsdefinition BeWo.....	101
5.6.4	Angebotsrepertoire und Ziele von PPM und BeWo.....	102

5.7.	Weitere Hilfeformen ambulanter psychiatrischer Versorgung in Hamburg.....	104
5.8	UN-Behindertenrechtskonventionen.....	105

## **TEIL II: QUANTITATIVE FORSCHUNG**

<b>6</b>	<b>Untersuchung zum Wirken und der Möglichkeiten der ambulanten Eingliederungshilfe unter der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit: Konzeption und Durchführung der Untersuchung.....</b>	<b>109</b>
6.1	Methodisches Vorgehen.....	109
6.1.1	Quantitative Sozialforschung.....	109
6.1.2	Erkenntnistheoretischer Hintergrund.....	110
6.1.3	Fragebogen.....	110
6.2	Aktueller Forschungsstand.....	113
6.3	Forschungsinteresse.....	115
6.4	Forschungsfragen.....	116
6.5	Datenerhebung.....	117
6.6	Ergebnisse.....	118
6.7	Diskussion und Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse.....	141
<b>7.</b>	<b>Schlussbetrachtung.....</b>	<b>151</b>
7.1	Fazit.....	151
7.2	Ausblick und Konsequenzen.....	159
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>162</b>
<b>Anhang 1:</b>	<b>Ergebnistabellen der Auswertung.....</b>	<b>176</b>
<b>Anhang 2:</b>	<b>Untersuchungsanschreiben Experten im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe PMM/BeWo.....</b>	<b>184</b>
<b>Anhang 3:</b>	<b>Fragebogen zum Wirken und der Möglichkeiten der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo.....</b>	<b>186</b>
<b>Anhang 4:</b>	<b>Definition Case Management der (DGS).....</b>	<b>201</b>
<b>Anhang 5</b>	<b>„Praxeologisch fundiertes Denken und Handeln in der Beratung“.....</b>	<b>202</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>205</b>

## Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Doppelter Fokus der Diagnose.....36**  
Darstellung nach: Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe. 2. Jg, August 2006, S. 7.*
- Abbildung 2: Übersichtsschema der ICF: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF.....47**  
Darstellung nach: ICF: In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): *ICF-Praxisleitfaden Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation*. Frankfurt am Main, 2006, S.11.
- Abbildung 3: Bio-psycho-soziale Betrachtungsweise des Gesundheit und Krankheitsgeschehens.....48**  
Darstellung nach: Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Dianose zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe. 2. Jg, August 2006, S. 10.*
- Abbildung 4: Vulnerabilitäts-Stress-Modell I.....54**  
Darstellung nach: Homepage Psychose + Psychotherapie Prof. Dr. Stefan Klingberg Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie: <http://www.psychose-psychotherapieforschung.de/ppp/?q=node/29>. Eingesehen am 12.03.2012, 17.15 Uhr.
- Abbildung 5: Vulnerabilitäts-Stress-Modell II.....55**  
Darstellung nach: Zubin und Spring : Homepage Psychose.de: <http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychosen-06.html>. Eingesehen am 12.03.2012, 17.10 Uhr.
- Abbildung 6: Die drei Ebenen des CM.....72**  
Darstellung nach: Wendt, Wolf Rainer: *Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege. 2/2004, S. 43.*
- Abbildung 7: CM – Ebenen und Phasen.....73**  
Eigene Darstellung
- Abbildung 8: Qualifikation der Mitarbeiter.....119**  
Eigene Darstellung
- Abbildung 9: Geschlechterverteilung der Klienten in PPM und BeWo.....122**  
Eigene Darstellung
- Abbildung 10: Altersstruktur betreuter Klienten.....123**  
Eigene Darstellung

<b>Abbildung 11: Sicherung des Lebensunterhaltes.....</b>	<b>124</b>
Eigene Darstellung	

<b>Abbildung 12: Haushaltsformen.....</b>	<b>125</b>
Eigene Darstellung	

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1: Dreidimensionale Problemanalyse.....</b>	<b>50</b>
Eigene Darstellung nach: . Kleve, Heiko; Haye, Britta: <i>Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung.</i> In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): <i>Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit.</i> Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006, S. 108.	
<b>Tabelle 2: Dimensionen der Theorie Sozialer Arbeit.....</b>	<b>57</b>
Darstellung nach: . Kleve, Heiko: <i>Die postmoderne Theorie Sozialer Arbeit. Ein möglicher Blick auf die real- und theorie-historische Entwicklung der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik</i> In: Heiko Kleve: <i>Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne.</i> Lambertus Verlag GmbH, Freiburg i. Br. 2003 S. 88-117.	
<b>Tabelle 3: Die Phasen der Mikroebene des CM.....</b>	<b>76</b>
Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 4: Altersverteilung Stichprobe.....</b>	<b>118</b>
Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 5: Angaben der Teilnehmer bezüglich der Anzahl ihrer Mitarbeiter.....</b>	<b>119</b>
Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 6: Leistungen neben der Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo.....</b>	<b>120</b>
Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 7: Störungen/Erkrankungen.....</b>	<b>123</b>
Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 8: Soziale Kontaktstrukturen.....</b>	<b>125</b>
Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 9: Formen von Gruppenangeboten in den befragten Einrichtungen.....</b>	<b>128</b>
Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 10: Die Phasen der Mikroebene des CM (mit Zuweisung).....</b>	<b>130</b>
Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 11: Durchführung der Hilfe I.....</b>	<b>132</b>
Eigene Darstellung	



<b>Tabelle 12:</b>	<b>Durchführung der Hilfe II.....</b>	<b>133</b>
	Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 13:</b>	<b>Bedeutung der Begleitung durch PPM/BeWo .....</b>	<b>136</b>
	Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 14:</b>	<b>Einschätzung der Bedeutung von Begleitung in Form von PPM/BeWo durch einzelne andere Berufsgruppen.....</b>	<b>136</b>
	Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 15</b>	<b>Arbeitshaltung/Arbeitsbeziehung/Arbeitsweisen.....</b>	<b>138</b>
	Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 16</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>139</b>
	Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 17</b>	<b>Arbeitszufriedenheit.....</b>	<b>140</b>
	Eigene Darstellung	
<b>Tabelle 18</b>	<b>Die Phasen der Mikroebene des CM.....</b>	<b>144</b>
	Eigene Darstellung	

## **Abkürzungsverzeichnis**

Abb.	Abbildung
APK	Aktion Psychisch Kranke e.V
AP	Antipsychiatrie
Arge	Arbeitsgemeinschaft nach dem SGB II
Art.	Artikel
BAPK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V
BeWO	betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CM	Case Management
d. h.	das heißt
dgl.	dergleichen
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

ebd.	ebenda
ev.	eventuell
et al.	et altera
etc.	et cetera
f.	folgend bzw. folgender Paragraph (bei Rechtstexten)
ff.	fortfolgend bzw. folgende Paragraphen (bei Rechtstexten)
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	International Classification of Diseases 10. Revision
IFSW	International Federation of Social Workers
IASSW	International Association of Schools of Social Work
i. V. m	in Verbindung mit
IV	Integrierte Versorgung
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
JVA	Justizvollzugsanstalt
KVPM	Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e.V
o.J.	ohne Jahresangabe
p.	page
PPM	Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke Menschen
PsychKG	Gesetz für psychisch Kranke
S.	Seite bzw. Satz (bei Rechtstexten)
s.	siehe
SGB	Sozialhilfegesetzbuch
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SOG	Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
z.B.	zum Beispiel

## 1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit widmet sich chronisch psychisch kranken Menschen<sup>3</sup>, deren Lebenswelt im Rahmen dieser Arbeit analysiert wird. Daraus gehen spezielle Belastungen und Hilfebedarfe hervor, auf die Antworten gefunden und reagiert werden muss. Besonderer Fokus liegt dabei auf ambulanten Hilfeformen, den sozial psychiatrischen Diensten bzw. Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen. Was bedeutet es chronisch psychisch krank zu sein? Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf die gesellschaftliche Teilhabe? Welche Unterstützungsmöglichkeiten kann die ambulante Eingliederungshilfe in Form von „Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke Menschen“ (im Folgenden PPM genannt)<sup>4</sup> und „betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen“ (im Folgenden BeWo genannt)<sup>5</sup> leisten und wie ist dabei die spezielle Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit? All dies sind Fragen, mit denen sich die vorliegende Master-Thesis beschäftigen wird. Konkret soll dazu folgende Forschungsthematik erarbeitet und diskutiert werden: *„Die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit für die ambulante Eingliederungshilfe im Rahmen von personenbezogenen Leistungen und betreutem Wohnen für psychisch kranke Menschen in Hamburg“*.

Ein Blick auf die Weiterentwicklung der historischen Psychiatriereform zeigt, dass sich die Psychiatrie bundesweit stark verändert hat. So ist auch in Hamburg seit mehreren Jahren eine bemerkenswerte Veränderung in der Angebotslandschaft und im Leistungsspektrum und somit auch in der ambulanten Eingliederungshilfe festzustellen. Nach dem Grundsatz: ambulant vor stationärer Unterbringung, welcher aus der Psychiatrie Enquete 1975 hervorgeht und aktuell von der UN Behindertenrechtskonvention verstärkt eingefordert wird, entwickelten sich ambulante Wohn- und Unterstützungsmöglichkeiten. „Die Maßnahmen der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation haben sich zunehmend von der Klinik in die Gemeinde verlagert. Damit werden – neben fundierten psychiatrischen Kenntnissen – erweiterte Kompetenzen in der psychosozialen Begleitung notwendig.“<sup>6</sup> Den Ausbau dieses ambulanten psychiatrischen Versorgungssystems, um angemessene Hilfe und Unterstützung zu leisten, war und ist immer noch eine Herausforderung für die gesamte Sozialpsychiatrie. Die anhaltende Herausforderung für die sozialpsychiatrischen Dienste sind die Schaffung und Ausweitung einer umfangreichen, ganzheitlichen, gut vernetzten Versorgung für das multipel belastete Klientel. „Eine Psychiatrie, die weitgehend auf stationäre Aufenthalte verzichtet will, muss ihre Klienten in deren Lebenswelt aufsuchen und die notwendigen Hilfen vor Ort organisieren. Die Beobachtung des sozialen Umfelds vervollständigt die Diagnose; die Unterstüt-

---

<sup>3</sup> In Kapitel 2 wird der Begriff der chronisch psychischen Erkrankung mit seinen gesundheitlichen und sozialen Implikationen und seiner Verwendung in vorliegender Arbeit erläutert.

<sup>4</sup> Begriffsdefinition PPM ist Kapitel 5.6.2 einzusehen.

<sup>5</sup> Begriffsdefinition BeWo ist in Kapitel 5.6.3 einzusehen.

<sup>6</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010. Kurzbeschreibung Rückseite

zung des Klienten und seines sozialen Netzwerkes erfolgt bei ihm zuhause.“<sup>7</sup> Welche Wirkung bzw. welchen Nutzen dabei die ambulante Eingliederungshilfe u.a. bei der Unterstützung der Alltagsbewältigung des Klientel hat, soll im Rahmen dieser Arbeit erläutert und untersucht werden.

Um dieser umfangreichen Thematik gerecht zu werden, wird diese Arbeit in zwei Teile gegliedert. Beginnend mit der Theorie, folgt im zweiten Teil der Arbeit die Forschung. In dem ersten, theoretischen, Teil werden einleitend bedeutende Begriffsbestimmungen vorgenommen und wissenschaftstheoretische Grundlagen für den weiteren Verlauf der Arbeit und der Forschung erläutert. Dazu wird zunächst in Kapitel 2 des ersten Teils die Definition für chronisch psychische Erkrankung hergeleitet. Des Weiteren wird in diesem Kapitel auf die Epidemiologie mit Krankheitsprävalenzen, Fakten zur aktuellen Situation sowie Ursachen und Zusammenhänge von chronisch psychischer Erkrankungen eingegangen. Im nächsten Schritt (Kapitel 3) wird ein Überblick über die unterschiedlichen Aspekte der Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen gegeben. Dazu zählen u.a. soziale und gesundheitliche Aspekte. Im darauf folgenden Kapitel 4: „Klinische Sozialarbeit“ wird zuerst die geschichtliche Entwicklung und Soziale Arbeit allgemein vorgestellt und definiert. Im Anschluss daran wird die Klinische Sozialarbeit im Speziellen als Fachsozialarbeit mit ihren Klienten, Einsatzorten, Arbeitshaltung, Selbstverständnis, ihrem Handlungsverständnis, Angebotsrepertoire und den unterschiedlichen Methoden vorgestellt. Im 5. Kapitel wird die ambulante Eingliederungshilfe für den Personenkreis chronisch psychisch kranker Menschen und im Speziellen die Hamburger Hilfeformen der ambulanten Eingliederungshilfe PPM und BeWo mit ihrem Personenkreis, Zielen, Handlungs- und Angebotsrepertoire beschrieben und definiert. Dies wird darüber hergeleitet, dass zunächst Inklusions- und Exklusionsmechanismen in Bezug auf Teilhabe stützend auf Luhmanns Systemtheorie erläutert werden.

Ebenfalls in diesem Kapitel 5 wird einführend zunächst die Geschichte der Psychiatrie mit ihren unterschiedlichen Begrifflichkeiten dargestellt. Weiter wird dann auf die geschichtliche Entwicklung der ambulanten Eingliederungshilfe als Sozialhilfe beschrieben. Abschließend wird dann auf die UN-Behindertenrechtskonvention eingegangen und ein Bezug zur Teilhabe und Eingliederungshilfe für chronisch psychisch kranke Menschen gestellt.

Im zweiten Teil der Arbeit schließt sich der Forschungsteil an. Darin werden Forschungslücken aufgezeigt und ein Theorie-Praxis-Abgleich vorgenommen. In Kapitel 6 wird als erstes das methodische Vorgehen beschrieben, in dem die quantitative Sozialforschung und der erkenntnistheoretische Hintergrund aufgezeigt werden. Im nächsten Schritt wird dann die

---

<sup>7</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: Soziale Psychiatrie. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 116.

Erarbeitung des quantitativen Fragebogens vorgestellt werden. Des Weiteren wird in diesem Kapitel auf den aktuellen Forschungsstand eingegangen und das Forschungsinteresse fokussiert. Die Forschungsfragen werden anschließend herausgearbeitet und abschließend werden die Datenerhebung dargestellt und die Ergebnisse präsentiert, diskutiert und zusammengefasst.

Die im Anhang beigefügten Materialien ermöglichen einen umfassenden Einblick in die Durchführung der Untersuchung. So ist neben dem Forschungsanschreiben, auch ein Forschungsfragebogen einzusehen. Alle Ergebnisse der Untersuchung werden noch mal tabellarischer Form dargestellt und zuletzt werden noch vereinzelt theoretische Hintergrundinformationen gegeben.

Aus Gründen der Lesbarkeit erfolgt keine Unterscheidung der Geschlechter. Es wird durchgängig die männliche Form gebraucht. Selbstverständlich ist aber das weibliche Geschlecht mit einbezogen. Bei geschlechtsspezifischen Ausführungen wird explizit die weibliche Form benutzt.

## 2. Psychische Erkrankung

In diesem Kapitel werden zunächst einzelne Definitionen zur den Begriffen Gesundheit, Krankheit, chronische Erkrankung und seelische Behinderung herausgearbeitet. Aus diesen einzelnen Komponenten wird im Anschluss daran die Begriffsbestimmung von einer chronisch psychischen Erkrankung erarbeitet. Dies ist von Bedeutung, da in den aktuellen sozial-psychiatrischen Diskussionen eine Vielzahl von Begriffen für Menschen mit psychischen Erkrankungen verwendet wird.<sup>8</sup> Für die vorliegende Master-Thesis ist es wichtig, die betreffende Zielgruppe, mit der die ambulante Eingliederungshilfe im Rahmen von personenbezogenen Leistungen und betreutem Wohnen für psychisch kranke Menschen in Hamburg arbeitet, zu definieren. Damit einher gehend sollen aus der Krankheit resultierende Folgen und Gegebenheiten vorgestellt werden. Um dies aus verschiedenen Perspektiven zu gewährleisten und erarbeiten zu können, werden in diesem Kapitel unterschiedliche Definitionen von Institutionen und Experten vorgestellt.

### 2.1 Definition Gesundheit

Zuerst soll der Begriff Gesundheit definiert werden. Im Folgenden wird auf zwei Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingegangen.

Die Kurzdefinition von Gesundheit der WHO 1946 lautet:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“<sup>9</sup>

Im Jahr 2005 veröffentlichte die WHO den zentralen Begriff der „Funktionalen Gesundheit“ in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Von besonderer Bedeutung in der ICF sind die spezifischen Begrifflichkeiten:

- Funktionsfähigkeit,
- Gesundheitskomponenten
- Behinderung<sup>10</sup>

„Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Partizipation [Teilhabe] umfasst; entsprechend dient Behinderung als Oberbegriff für Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivität und Berechtigung der Partizipation [Teilhabe].“<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Lob-Hüdepohl, Andreas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 286.

<sup>9</sup> World Health Organization WHO: *WHO-Kurzdefinition .Gesundheit*. 1946. In: *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946<sup>2</sup>. Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948. (Stand am 25. Juni 2009)

<sup>10</sup> Vgl. Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009, S. 55.

„Eine Person ist funktional gesund,

- wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund ihre körperlichen (geistigen, seelischen) Funktionen und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen,
- wenn sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird,
- wenn sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet werden kann.“<sup>12</sup>

Die Definition ist geprägt durch ein ganzheitliches bio-psycho-soziales Krankheits- und Behinderungsverständnis, in dem nicht nur die biomedizinische Sicht verankert ist, sondern auch die wichtige soziale Komponente von Gesundheit in ihr berücksichtigt und festgeschrieben ist. Der kranke oder behinderte Mensch ist durch diese Definition auf allen Ebenen der Gesellschaft als handelndes, gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Subjekt einbezogen.

Der neue ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ inkludiert alle Gesichtspunkte der funktionalen Gesundheit.

Auf diese Weise „wird der kranke und behinderte Mensch nicht rein auf biomedizinische Merkmale reduziert, sondern als handelndes, gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Subjekt in alle Bereiche der Gesellschaft einbezogen.“<sup>13 14</sup>

## 2.2 Definition Krankheit

Im Folgenden Abschnitt werden zunächst drei verschiedene Definitionen von Krankheit aus gesetzlich/rechtlicher-, gesundheitssoziologischer- und klinisch sozialarbeiterischer Sicht aufgezeigt.

Gesetzlich ist der Krankheitsbegriff nach Ansen nicht definiert:

„Auf der Grundlage der Rechtsprechung und der Verwaltungspraxis wird Krankheit heute als ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand definiert, der krankensicherungsrechtlich entweder eine Heilbehandlung erfordert oder zusätzlich auch zu Arbeitsunfähigkeit führt.

---

<sup>11</sup> DIMDI: 2005, S. 9. Zitiert nach: Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009, S. 55

<sup>12</sup>Homepage der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. DVSG: *Teilnehmer für Studie zur ICF-Anwendung gesucht*. <http://dvsg.org/uploads/media/HintergrundICF-Studie.pdf>. Eingesehen am 8.04.2012, 20.00 Uhr, S1-2.

<sup>13</sup> Ebd., S. 1-2.

<sup>14</sup> Weitere Informationen zu diesem Thema sind im Kapitel 4.3: Klassische bedeutende Zugänge, Methoden, Arbeitsformen, professionelle Auffassung und Theorien der Klinischen Sozialarbeit zu finden.

Durch die Heilbehandlung soll der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand behoben, gebessert, gelindert oder vor einer Verschlimmerung bewahrt werden.“<sup>15</sup>

Aus gesundheitssoziologischer Sicht ist Krankheit nach Hurrelmann:

„das Stadium des Ungleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Mensch eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt.“<sup>16</sup>

Aus der Sicht der Klinischen Sozialarbeit ist nach Ortman:

„Krankheit als das Resultat von Passungsstörungen oder –Verlusten auf der somatischen, psychischen und sozialen Systemebene [zu]verstehen und ist damit grundsätzlich biopsychosozial zu verstehen.“<sup>17</sup>

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Krankheit in allen drei Zitaten auf einem mehrdimensionalen Verständnis beruht. Die körperlichen, psychischen, sozialen und materiellen Faktoren stehen bei Krankheit in einem biopsychosozialen Ungleichgewicht. Dies sagt zugleich aus, dass sich diese Faktoren durch Wechselwirkung auf der Systemebene beeinflussen.<sup>18</sup>

### **2.3 Definition Chronische Erkrankung**

Um eine Definition für den Begriff der chronischen Erkrankungen zu formulieren, werden einleitend bedeutende Eckdaten und allgemeine und rechtliche Aspekte und Merkmale von chronischen Erkrankungen vorgestellt. Heute dominieren chronische Erkrankungen mit drei Viertel des gesamten Krankheitsspektrums in der modernen Gesellschaft. Maßgeblich zu nennen sind vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems, Stoffwechselerkrankungen, bösartige Neubildungen und psychische Störungen.

---

<sup>15</sup> Ansen, Harald: *Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit*. In: Ortman, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S. 53.

<sup>16</sup> Hurrelmann, Klaus: *Gesundheitssoziologie*. Hurrelmann, Klaus(Hrsg.) Juventa Verlag Weinheim und München 2000, S. 94-95.

<sup>17</sup> Ortman, Karlheinz (Hrsg.): *Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin*. 2007. S. 9.

<sup>18</sup> Auch hierzu sind weitere Informationen dazu in Kapitel 4.3: Klassische bedeutende Zugänge, Methoden, Arbeitsformen, professionelle Auffassung und Theorien der klinischen Sozialarbeit zu finden.



Trotz der medizinischen Erfolge und immer neueren Erkenntnisse gelingt es der Medizin nicht, den chronischen Erkrankungen wirkungsvoll zu begegnen.<sup>19 20</sup>

Chronische Krankheiten sind Krankheiten von langer Dauer. Damit einher geht in der Regel ein langsames Fortschreiten der Erkrankung. Chronische Erkrankungen wie Herzkrankheiten, Schlaganfall, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes, sind weltweit die häufigste Todesursache und für 60 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Von 35 Millionen Menschen, die im Jahr 2005 aufgrund chronischer Krankheit verstarben, war die Hälfte jünger als 70 Jahre und die Hälfte Frauen.<sup>21</sup>

Nau berichtet nach Angaben der Aktion Psychisch Kranker in „Forum Sozialarbeit + Gesundheit“, dass mehr als ein halbes Prozent der Bevölkerung eine längerfristige Behandlung, Rehabilitation, Begleitung und Unterstützung aufgrund einer schweren, chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung oder Behinderung benötigt.<sup>22</sup>

Die Definition für eine schwerwiegende chronische Krankheit nach §2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) lautet:

- (1) Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
- (2) Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
  - a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
  - b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.

---

<sup>19</sup> Vgl. Editorial: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg.): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999, S. 4.

<sup>20</sup> Vgl. Ansen, Harald: *Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S. 55.

<sup>21</sup> Vgl. Homepage der World Health Organization WHO: [http://translate.google.de/translate?hl=de&langpair=en|de&u=http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://translate.google.de/translate?hl=de&langpair=en|de&u=http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/) Eingesehen am 15.02.2012, 14.00 Uhr.

<sup>22</sup> Vgl. Nau, Hans: *Editorial*. In: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.): *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*. 3/2005, S. 3.

- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.<sup>23</sup>

In den meisten Fällen können chronische Erkrankungen trotz der hoch entwickelten Behandlungsmethoden der Akutmedizin nicht geheilt werden.<sup>24</sup> Sie sind mit einer stetigen Ungewissheit und Verunsicherung für den Erkrankten verbunden, da die Erkrankung nicht planbar verläuft – wann kommen Veränderungen, Wendepunkt oder auch Schlusspunkte.<sup>25 26</sup>

## **2.4 Begriffsbestimmung Behinderung**

### **2.4.1 Begriffsbestimmung nach dem Sozialgesetzbuch IX**

Im Sozialgesetzbuch (SGB) ist der Krankheitsbegriff allgemein nicht definiert. Auch der Begriff einer psychischen Erkrankung ist nicht zu finden. Im Folgenden ist die Definition nach § 2 SGB IX für eine Behinderung aufgezeigt: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“<sup>27</sup>

In dieser gesetzlichen Definition von Behinderung wird von den rechtlichen Begrifflichkeiten der „geistiger Fähigkeit oder seelischer Gesundheit“ Gebrauch gemacht. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird im nächsten Punkt eine Ausführung des Begriffs „chronisch psychisch krank“ erarbeitet. Diese Begriffsbestimmung wird im Rahmen dieser Master-Thesis als passender und angemessener erachtet.

---

<sup>23</sup> Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss: *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“)*. in der Fassung vom 22. Januar 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004; Nr. 18: S. 1 343, zuletzt geändert am 19. Juni 2008 veröffentlicht im Bundesanzeiger; Nr. 124: S. 3 017 in Kraft getreten am 20. August 2008.

<sup>24</sup> Vgl. Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 13.

<sup>25</sup> Vgl. Spreng, Gerhard: *Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung*. In: *Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 32. Jg. Heft4, April 2007, S. 43.

<sup>26</sup> Weitere Informationen zu dieser Thematik sind auch unter Kapitel 3: Lebenslage gegeben.

<sup>27</sup> Homepage des Bundesministerium der Justiz: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_2.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_2.html). Eingesehen am 10.04.2012, 20.00 Uhr.

#### 2.4.2 Begriffsbestimmung nach der ICF

Das Behinderungsverständnis der ICF lässt sich aus dem schon oben beschriebenen Gesundheitsverständnis der ICF ableiten. „Die ICF verfügt über ein differenziertes Verständnis von Behinderung, welches sowohl körperliche, geistige oder psychische Funktionsstörungen als auch im Sinne einer Einschränkung der Aktivität bzw. Teilhabe vorliegen muss.“<sup>28</sup>

Daraus gehen nach Röh zwei Bestimmungsrichtungen von Behinderung hervor:

- „Zum einen handelt es sich – in der allgemeinen Fassung von Behinderung – um eine negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren auf ihre Funktionsfähigkeit und damit und den klassischen medizinischen Zugang.
- Zum anderen kann Behinderung im speziellen Sinne als eine negative Wechselwirkung zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem, ICD) und ihren Kontext in Bezug auf Teilhabe an einem für sie wichtigen Lebensbereich gesehen werden, womit wir den klassischen sozialen Zugang Behinderung benannt hätten.“<sup>29 30</sup>

#### 2.5 Begriffsbestimmung chronisch psychisch krank

Im folgenden Abschnitt des Kapitels soll eine Begriffsbestimmung für den Adressaten sozialpsychiatrischer Arbeit erarbeitet werden. Handlungsweisend ist, dass der Adressat eine psychische Störung aufweist und dass daraus für ihn oder sein soziales Umfeld ein Hilfebedarf entsteht, gegenüber dem die Soziale Arbeit unterstützend tätig werden kann. Obwohl vorab alle wichtigen Teilbausteine erarbeitet wurden, gestaltet es sich recht schwierig, die Klienten der Sozialpsychiatrie zu beschreiben, da der Krankheits- bzw. Störungsbegriff in der Psychiatrie durchaus umstritten ist. Aus den unterschiedlichen Fachrichtungen kommen neben der medizinischen auch soziologische, philosophische und politische Fragestellungen<sup>31</sup> auf, die über den Rahmen dieser Master-Thesis hinaus gehen würden.

Um sich einer Begriffsbestimmung zu nähern, wird zunächst auf den in der Psychiatrie oft verwendeten schwierigen Begriff der Störung eingegangen und dieser in Bezug zu dem Begriff der Krankheit gesetzt. Weiterhin werden verschiedenen psychiatrische Störungs- oder Krankheitsbilder aufgezeigt.

---

<sup>28</sup> Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009, S. 55.

<sup>29</sup> Ebd. S.55-56.

<sup>30</sup> Weiter Informationen zur Thematik Wechselwirkung Person Gesundheitsproblem sind im Kapitel 4 Klinische Sozialarbeit aufzufinden.

<sup>31</sup> Vgl. Lob-Hüdepohl, Andreas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 288.

Nach Dörner, Plog, Teller und Wendt ist „Krank“ [...] umfassend gemeint, etwa orientiert an der sozialen Wirklichkeit des Patienten, der ‚krankgeschrieben‘ und dessen Therapie von der ‚Krankenkasse‘ getragen wird. Da ‚krank‘ in der Psychiatrie aber meist nicht ‚körperkrank‘ bedeutet, sprechen wir gern von Kränkung. Das kann man körperlich und seelisch auffassen. Vielseitig genug ist auch das Wort ‚Störung‘. Man kann sagen: Jemand hat eine Störung, wird gestört, stört sich selbst, stört andere, kann eine ‚Betriebsstörung‘ sein; auch Beziehungen und Entwicklungen können gestört sein.“<sup>32</sup>Weiterhin betrifft nach Dörner u.a die Einteilung der Störung die unterschiedlichen Bedingungen oder Kontexte. Unterschieden wird zwischen körperlichen und psychosozialen Bedingungen. Dass etwas nur aus inneren Ursachen entsteht, also endogen besteht, ist wissenschaftlich nicht mehr tragbar. Dies wird auch im ICD 10<sup>33</sup> so verstanden. Psychische Erkrankungen sollten größten Teils aus der phänomenologischen Lebensebene, als menschliche Ausdrucksmöglichkeiten für bestimmte Problemsituation, angesehen werden.<sup>34</sup> Resultierend aus den Erfahrungen der praktischen Arbeit mit dem Klientel konnte festgestellt werden, dass Kränkbarkeit auf vier Ebenen mit unterschiedlich starker Gewichtung stattfindet:

1. Auf der Ebene der Selbstkränkung
2. Auf der Ebene der Beziehungskränkung
3. Auf der Ebene der Körperkränkung.
4. Auf der Ebene der Lebensalterskränkung<sup>35</sup>

Es gibt zwei anerkannte Systeme zur Diagnose psychischer Störungen. Das eine ist das amerikanische Diagnosesystem DSM-IV welches von der „American Psychiatric Association“ herausgebracht wurde. Es enthält Beschreibungen, statistische Angaben und Kriterien für 395 verschiedene Störungen in 16 diagnostische Kategorien. Das andere internationale bedeutende Diagnosesystem ist das ICD 10 der WHO, in welchem die Psychischen und Verhaltensstörungen unter Kapitel V festgehalten sind.

Im DSM-IV werden psychische Störungen folgend definiert:

„In DSM-IV wird jede psychische Störung als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster aufgefasst, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (z.B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z.B.

---

<sup>32</sup> Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Frank Wendt: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn <sup>5</sup>2010, S.19.

<sup>33</sup> Das ICD 10 wird noch ausführlich weiter unten in diesem Kapitel erläutert.

<sup>34</sup> Vgl. Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Frank Wendt: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, <sup>5</sup>2010, S.20.

<sup>35</sup> Vgl. Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Frank Wendt: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, <sup>5</sup>2010, S.20-21.

Einschränkung in einem oder in mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden. Zusätzlich darf dieses Syndrom oder Muster nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein, wie z.B. den Tod eines geliebten Menschen. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser muss gegenwärtig eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein. Weder normabweichendes Verhalten (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen, solange die Abweichung oder der Konflikt kein Symptom einer oben beschriebenen Funktionsstörung bei der betroffenen Person darstellt.<sup>36 37</sup>

Um einen Einblick in die verschiedenen psychischen Störungen und Verhaltensstörungen zu geben, wird an dieser Stelle der Arbeit ein Überblick über die verschiedenen Störungsgruppen gegeben, nach den sich das ICD 10 der WHO in Kapitel V Version 2011 gliedert:

- 0F0-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzminderung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen<sup>38</sup>

Die vorherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass es aufgrund verschiedener Störungsformen und -auffassungen äußerst schwierig ist, den Begriff der chronisch psychischen Erkrankungen zu definieren bzw. seine Erscheinungsformen adäquat zu klassifizieren. Diese Unterscheidungen werden deshalb für diese vorliegende Master-Thesis in Anlehnung an Militoris folgendermaßen bestimmt: „Mit Militoris können wir sagen, dass seelisches [oder chronisch psychisches] Kranksein ebenso wie das Gesundsein, als eine soziale Lebensform

---

<sup>36</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV: 4. Revision, deutsch 1996, S.965.

<sup>37</sup> DSM-IV-TR, deutsche Ausgabe S. 979, zitiert nach: Homepage [www.verhaltenswissenschaft.de/psychologie/psychische\\_storungen/psychische\\_storungen.htm](http://www.verhaltenswissenschaft.de/psychologie/psychische_storungen/psychische_storungen.htm). Eingesehen am 28.03.2012

<sup>38</sup> Vgl. Homepage des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/chapter-v.htm>. Eingesehen am 1.03.2012, 11.15 Uhr.

verstanden werden kann und dass daraus ein entsprechend vielfältiges Verstehen und ggf. auch Helfen ableitbar ist.“<sup>39</sup>

Nach Zimmermann und Lob-Hüdepohl reicht dieser Ansatz weiter „als der rein medizinische-akzentuierte, nach dem bei Vorliegen bestimmter Symptome eine spezifische psychische Störung bzw. Syndrom zu diagnostizieren und eine bestimmte Form der Therapie abzuleiten ist.“<sup>40</sup> Auch das oben aufgeführte Kränkungs- bzw. Störungsverständnis von Dörner, Plog, Teller und Wendt, den Autoren von „Irren ist menschlich“, sowie das Störungsverständnis des ICD 10 (Psychische Erkrankungen sollten größten Teils aus der phänomenologischen Lebensebene, als menschliche Ausdrucksmöglichkeiten für bestimmte Problemsituation, angesehen werden.)<sup>41</sup> lässt sich in der offenen Definition von Molitoris wieder finden. Für das allgemeine Verständnis der Arbeit innerhalb der (Sozial)-Psychiatrie ist das obige von den Autoren des Buches „Irren ist Menschlich“ angemerkte wissenschaftliche Verständnis der endogenen Ursachen von Bedeutung. Zimmermann und Lob-Hüdepohl nehmen darauf Bezug: „Die stark polarisierende Differenzierung in die medizinisch-naturwissenschaftliche auf der einen und die soziale, sozialpädagogische bzw. soziologische Perspektive auf der anderen Seite kann jedoch, inzwischen als überholt angesehen werden. Dies gilt sowohl für die Frage, ob überhaupt und wenn ja, ab wann von einer psychischen Störung gesprochen werden kann, wie auch für die Suche nach ätiologischen (ursächlichen) Bedingungskonstellationen für psychische Störungen und schließlich die Entwicklung angemessener Unterstützungs- und Behandlungsmethoden.“<sup>42</sup>

Der Teil „chronisch“ in der Begriffsbestimmung von „chronisch psychisch krank“ findet seine Legitimation darin, dass die Adressaten sozialpsychiatrischer Arbeit meistens einen anhaltenden Hilfebedarf an Behandlung, Rehabilitation, Begleitung und Unterstützung haben, welcher konkret im Zusammenhang mit einem schweren, chronischen Verlauf einer psychischen Erkrankung steht.

Abschließend kann nach Priebe festgestellt werden, dass sich hinter dem Begriff „chronisch psychisch krank“ das Leiden an verschiedenen psychischen Störungen beispielsweise Schizophrenien, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen verbirgt. Mit der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung geht einher, dass die erkrankten

---

<sup>39</sup> Molitoris Klaus: *Kranksein, Gesundsein – in sozialpädagogischer Perspektive*. In: Blanke, Uwe (Hrsg.): *Der Weg entsteht beim Gehen, Sozialarbeit in der Psychiatrie*. Bonn 1995, S. 37 f. Zitiert nach: Lob-Hüdepohl, Andreas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 288.

<sup>40</sup> Lob-Hüdepohl, Andreas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 288-289.

<sup>41</sup> Vgl. Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Frank Wendt: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, <sup>5</sup>2010, S.20.

<sup>42</sup> Lob-Hüdepohl, Andreas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 288-289.

Personen einen hohen Unterstützungsbedarf an ambulanten und komplementären Hilfen haben.<sup>43 44</sup>

## 2.6 Epidemiologie von psychischen Erkrankungen

### 2.6.1 Prävalenz, Zahlen und Fakten zur aktuellen Situation

In diesem Kapitel erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Beeinflussung, Entwicklung und Verteilung von psychischen Krankheiten und deren physikalischen, chemischen, psychischen und sozialen Determinanten wie zum Beispiel Berufs-, Umwelt-, oder genetische Ursachen in der Bevölkerung. Dies soll durch die Beschreibung möglicher Krankheitsursachen und durch die Wiedergabe von analytisch quantitativen Aussagen geschehen. Der Anteil der psychischen Erkrankungen im Allgemeinen stieg in den vergangenen Jahren stetig an. Die in diesem Kapitel aufgeführten Daten verdeutlichen die Situation.

Einleitend eine Stellungnahmen von Nau: „Die Wahrscheinlichkeit, an seelischen Störungen zu erkranken, ist größer, als allgemein angenommen. Etwa jeder dritte Bürger hat nach Angaben der Aktion Psychisch Kranker bereits einmal im Leben irgendeine Behandlungsbedürftige psychische Störung oder Krankheit durchlebt oder leidet noch an ihr.“<sup>45</sup> Wird der Anteil der wichtigsten Krankheiten an der Verursachung von vorzeitigem Tod und Behinderung betrachtet, so stehen in den sogenannten entwickelten Ländern die psychischen Störungen zusammen mit den Folgen von Alkohol- und Drogenabhängigkeit an der Spitze.<sup>46</sup> Die jährlichen psychiatrischen Krankenhausaufnahmen betragen ein halbes Prozent der Bevölkerung. Gleichermaßen viele psychisch Erkrankte benötigen aufgrund eines schweren, chronischen Krankheitsverlaufs eine zeitlich konstant anhaltende Behandlung, Rehabilitation, Begleitung und Unterstützung.<sup>47</sup> Eikelmann geht davon aus, dass zwischen ein und drei Prozent der Bevölkerung in Deutschland chronisch psychisch erkrankt sind.<sup>48</sup>

Die WHO hat folgende Perspektive in Bezug auf die Prävalenz von Depression hochgerechnet: Im Jahr 2020 sollen Depressionen weltweit und in allen Bevölkerungsschichten die

---

<sup>43</sup> Vgl. Dörner, Klaus: *Was sind chronisch psychisch Kranke für Menschen?* In: Dörner, Klaus (Hrsg.) *Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie*. Paranus Verlag, Gütersloh, 1998, S. 27 ff.

<sup>44</sup> Priebe, Stefan: *Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten – Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie*. In: *Psychiatrische Praxis* 23/1996, S. 15-20.

<sup>45</sup> Nau, Hans: *Editorial*. In: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.): *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*. 3/2005, S. 3.

<sup>46</sup> Häfner, Heinz: *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird Entschlüsselt*. C.H. Beck Verlag, München 2000, S181 f.

<sup>47</sup> Vgl. ebd. S. 3.

<sup>48</sup> Vgl. Eikelmann, Bernd; Zacharias, Barbara: *Sozialpsychiatrische Grundlagen psychischer Krankheiten*. In: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2005, S. 208-224, S. 216.

zweithäufigste Krankheitsursache sein.<sup>49</sup> Kickbusch, die deutsche Stimme der WHO, führt den Anstieg der psychischen Erkrankungen u.a. auf den schnellen Wandel von Lebens-, Umwelt- und Arbeitsbedingungen zurück. Die erkrankten Menschen können die Waage zwischen Belastungen- und Bewältigungspotentialen nicht mehr halten, so dass es zu einem Ungleichgewicht kommt, welches die Ursache der Erkrankung ist. Nach WHO ist Depression beispielsweise eine der wichtigsten Determinanten der Erwerbsunfähigkeit.<sup>50</sup>

Laut der WHO sind weltweit ca. 121 Millionen Menschen von Depression betroffen.<sup>51</sup> Kickbusch begründet dies mit einer Zunahme von Geschwindigkeit in den verschiedenen maßgeblichen Bereichen des alltäglichen Lebens; wie im zwischenmenschlichen Bereich, im gesellschaftlichen Bereich im ökonomischen oder im Informations- und Freizeitbereich.<sup>52</sup> Daraus konstatiert Keupp, dass das Risiko zu scheitern diesbezüglich gewachsen ist.<sup>53</sup>

Ausgehend von einem beschreibenden Ansatz kann angenommen werden, „dass es psychisches Leiden- zunächst gleich welcher Ursache – gibt, so ist unbestreitbar, dass es sich um ein sehr häufiges Phänomen handelt und die Betroffenen einen zum Teil hohen Unterstützungsbedarf haben. Alle maßgeblichen Studien belegen diesen Befund und es gibt Anlass dazu, sorgenvoll festzustellen, dass die Zahl der psychischen Störungen und deren finanziellen Folgen für die Gesellschaft zunehmen.“<sup>54</sup> Im Folgenden wird spezifisch auf die Prävalenz und die Erkrankung eingegangen.

Das Lebenszeitrisiko psychisch zu erkranken beträgt 42,6%; bei Frauen liegt es etwas höher (48,9%) und bei Männern liegt es etwas darunter (36,8%), wobei bei Frauen der Anteil an Suchterkrankungen höher ist.<sup>55</sup> Wittchen und Jacobi kommen in einer Übersichtsarbeit zur Prävalenz psychischer Störungen in Europa zu dem Ergebnis, dass 33,2% der Frauen und 21,7% der Männer im letzten Jahr eine psychische Störung aufwiesen, wobei alle Störungs-

---

<sup>49</sup> Vgl. Keupp, Heiner: *Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?* In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie 02/2011*, S. 5.

<sup>50</sup> Vgl. Kickbusch, Ilona: Zitiert nach: Keupp, Heiner: *Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?* In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie 02/2011*, S. 6.

<sup>51</sup> Vgl. WHO: Zitiert nach: Keupp, Heiner: *Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?* In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie 02/2011*, S. 6.

<sup>52</sup> Vgl. Kickbusch, Ilona: Zitiert nach: Keupp, Heiner: *Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?* In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie 02/2011*, S. 6.

<sup>53</sup> Vgl. Keupp, Heiner: *Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?* In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie 02/2011*, S. 6.

<sup>54</sup> Lob-Hüdepohl, Andreas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 288-289.

<sup>55</sup> Kardoff, Ernst: „Kein Ende der Ausgrenzung: Ver-rückter in Sicht?“ S. 292-318. In: *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit, Positionsbestimmung einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. (Hrsg): Anhorn, R.; Bettinger, F.; Stehr, J.: Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008, S.294.



gruppen außer psychotischen Störungen und Störungen durch Substanzgebrauch bei Frauen mindestens doppelt so häufig wie bei Männern auftraten.<sup>56</sup> Nach der WHO gibt es verschiedene Ursachen für eine höhere Erkrankungsrate von Frauen. Ein Grund dafür ist der Rollenkonflikt der Frauen als Mutter, Ehefrau und Arbeitnehmer funktionieren zu wollen oder zu müssen. Ein weiterer Grund ist die hohe Zahl von häuslichen Gewaltdelikten beziehungsweise Missbrauchserfahrungen.<sup>57</sup>

Angst- und depressive Störungen sind in der ganzen Welt sehr häufig vertreten. Schwere depressive Erkrankungen sind öfter aufzufinden als schizophrene Erkrankungen. Hinsichtlich der epidemiologischen Ergebnisse zeigen sich allgemein bei Störungen auf der ganzen Welt starke Schwankungen. Es kann von einer Lebenszeitprävalenz von 15-30% ausgegangen werden.<sup>58</sup> Eine repräsentative Stichprobe einer Studie in den USA ergab, dass 14% der Erwachsenen während eines Jahres in einer psychiatrischen oder psychosozialen Einrichtung aufgrund psychischer Problematiken Hilfe annahmen.<sup>59</sup> In einer Stichprobe in Deutschland in Oberbayern haben 7,5% der Erwachsenen fachärztliche psychiatrische Behandlung oder Beratung angenommen. Eine Befragung von Hausärzten ergibt, dass 20-35% ihrer Patienten (ebenfalls) psychisch erkrankt sind.<sup>60</sup> Suizidalität ist ein gravierendes gesundheitspolitisches und gesellschaftliches Problem.<sup>61</sup> Psychische Erkrankungen wie Depression, Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sind nach Ebert und Loew Risikofaktoren bzw. Ursachen für einen Suizid.<sup>62</sup> <sup>63</sup> Zwischen 86 und 100% der Suizidopfer weisen in psychologischen Suizidstudien eine psychiatrische Erkrankung auf. Im Besonderen sind Menschen, die an Depression leiden stark betroffen. Bei 20-60 % der depressiv Erkrankten kommt es im Krankheitsverlauf zu einem Suizidversuch.<sup>64</sup> Es ist aber zu verdeutlichen, dass

---

<sup>56</sup> Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank: „Size and burdon of mental disorders in Europe- a critical review and appraisal oft 27 studies.“In: *European Neuropsychopharmacology* 15, S. 357-376. 2005. S. 366.

<sup>57</sup> World Health Organization: *The World Health Report. Mental Health, New Understanding, New Hope*. World Health Organization (Hrsg.), Genf, 2001, S. 14 f. ,.: .

<sup>58</sup> Vgl. Wittchen, Hans-Ulrich: *Epidemiologie affektiver Störungen*. In: Helmchen, H.; Henn, F.; Lauter, H.; Sartorius, N. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 5. Schizophrene und affektive Störungen*. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 2000, S.357-372.

<sup>59</sup> Vgl. Weyerer, Siegfried: *Epidemiologie psychischer Störungen*. In: Faust, Volker (Hrsg.): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik; Praxis und Beratung*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart u. New York, 1995 S. 83-90, S. 84.

<sup>60</sup> Vgl. ebd. S. 83-90, S. 84f.

<sup>61</sup> Vgl. Homepage des UKE: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention- Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS): *Suizide, Suizidversuche und Suizidalität. Empfehlung für die Berichterstattung in Medien*. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention- Hilfe in Lebenskrisen e.V. (Hrsg.). <http://www.uke.de/extern/tzs/online-text/dgsmedien.pdf>. Eingesehen am 19.04.2012, 16.15 Uhr.

<sup>62</sup> Vgl. Ebert, Dieter; Loew, Thomas: *Psychiatrie systematisch*. UNI-MED-Verlag, Bremen, 2001, 45-47.

<sup>63</sup> Vgl. Wolfersdorf, M., Neher, F. *Schizophrenia and suicide –results of a control group comparison of schizophrenic inpatient suicides with schizophrenic inpatients without suicide*. *Psychiatr Prax* . 2003, S. 272-278.

<sup>64</sup> Thornicroft, G., Sartorius, N.:The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders. *Psychol Med*.1993, S.1023-1032.

die meisten psychiatrischen Klienten keine Suizidversuche im Verlauf ihres Lebens vollziehen, auch wenn der Teil der sich suizidal Verhält zum größten Teil psychisch Erkrankt ist.<sup>65</sup>

In Deutschland beträgt die Zahl der Menschen die sich jedes Jahr das Leben nehmen, über 11.000. Es wird vermutet, dass deutlich mehr als 100.000 Personen einen Suizidversuch überleben. Von jedem Suizid sind im Durchschnitt sechs weitere Menschen betroffen die den Verstorbenen nahe standen und dadurch oftmals selbst seelische Probleme durchleben.<sup>66</sup>

In den USA beträgt die Anzahl von Suiziden etwa 30.000 für das Jahr 2001, das sind 10,8 von 100.000 Einwohnern. Die Dunkelziffer liegt vermutlich wesentlich höher.<sup>67</sup>

Die WHO schätzt die Anzahl Erkrankter an bestimmten psychischen Störungen innerhalb der Weltbevölkerung folgendermaßen ein:

- Angststörungen 400 Millionen
- Affektive Störungen 340 Millionen
- Geistige Behinderung 60 Millionen
- Schizophrenien 45 Millionen
- Senile Demenz 29 Millionen<sup>68</sup>

Ein weiteres Beispiel für die zunehmende Relevanz und Wichtigkeit zur stärkeren Auseinandersetzung mit der Thematik psychischer Erkrankungen, ist der „Berliner Krisendienst“, welcher innerhalb von zwei Jahren von 53 000 Menschen über 80.000-fach in Anspruch genommen wurde.<sup>69</sup>

Die ansteigende Erkrankungsrate von psychischen Erkrankungen hat auch eine starke Auswirkung auf den Kostenanstieg. Es lässt sich feststellen, „dass sich viele psychisch kranke Menschen, zum Teil für längere Perioden in intensivster Behandlung bzw. Betreuung befinden.“<sup>70</sup> Die Kostenzunahme, die mit der ansteigenden Erkrankungsrate einhergeht, kann nach Häfner in zwei verschiedenen Kostenfaktoren unterschieden werden. Zum einen die primären Kosten durch Behandlung und zum anderen sekundäre Kosten durch frühzeitiges

---

<sup>65</sup> Vgl. Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg Berlin, Heidelberg, New York, 2003. 1746-1763.

<sup>66</sup> Vgl. Homepage des UKE: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention- Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS): *Suizide, Suizidversuche und Suizidalität. Empfehlung für die Berichterstattung in Medien*. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention- Hilfe in Lebenskrisen e.V. (Hrsg.). <http://www.uke.de/extern/tzs/online-text/dgsmedien.pdf>. Eingesehen am 19.04.2012, 16.15 Uhr.

<sup>67</sup> Vgl. Zimbardo, Philip G.; Gerrig, Richard J.: *Psychologie*. Graf, Ralf; Nagler, Markus, Ricker, Brigitte (Hrsg.), Pearson Education, München; Boston; San Francisco; Harlow; Don Mills; Sydney, Mexico City; Madrid; Amsterdam, 2004, S. 683.

<sup>68</sup> Vgl. World Health Organization: *World Health Report 1998*. Genf. Zitiert nach: Häfner, Heinz: *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird Entschlüsselt*. C.H. Beck Verlag. München 2000, S118 ff.

<sup>69</sup> Vgl. Huss, C; Berghold, J; Zimmermann, RB: „*Krisen und soziale Lage - Kennzeichen der Nutzer/innen des Berliner Krisendienstes*“ in Geene, R; Gold, C; Hans, C (Hrsg.): *Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Teil II*. Berlin, 2003, S. 222-227.

<sup>70</sup> Lob-Hüdepohl, Andreas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 289.

Ausscheiden aus dem Arbeitsleben.<sup>71</sup> Clausen und Eichenbrenner sagen auf Grund von zahlreichen Studien aus, dass psychische Krankheitsverläufe immer unterschiedlich verlaufen. Beispielsweise wurden an Schizophrenie erkrankte Menschen über Dekaden wissenschaftlich begleitet und untersucht. Daraus konnte ermittelt werden, dass sich bei zwei Drittel der Erkrankten das Krankheitsbild über die Jahre besserte, ein Viertel davon wurde wieder vollständig gesundheitlich genesen, andere erlitten wiederkehrende Erkrankungen mit guten Phasen dazwischen. Einen chronischen Verlauf durchlebt das letzte knappe Drittel und weniger als 10 Prozent „bleiben anders als die anderen“. Es sollte eher von Lebensläufen gesprochen werden und nicht von Krankheitsverläufen, die wie jedes Individuum unterschiedlich verlaufen.<sup>72</sup>

## 2.6.2 Ursachen und Zusammenhänge für chronische psychische Erkrankungen

Ursachen und Zusammenhänge, die zu einer chronischen psychischen Erkrankung führen, können ganz unterschiedlicher Natur sein. Im Folgenden sollen diese kurz vorgestellt und mögliche Beispiele dafür genannt werden.

- Eine biologische bzw. genetische Veranlagung und Vererbung kann zu einer psychischen Erkrankung führen. Es ist zum Beispiel bekannt, dass Schizophrenien vermehrt innerhalb von Familien auftreten. Weiter werden ein geringes Niveau der chemischen Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin mit Depression und bipolaren Störungen in Verbindung gebracht.<sup>73</sup>
- Gehirnauffälligkeiten und biochemische Prozesse z.B. zeigt die Magnet-Rsonanz-Tomographie, dass „die Ventrikel – jene Gehirnstrukturen, durch welche die zerebrospinale Flüssigkeit bei an Schizophrenie erkrankten Personen bis zu 50 Prozent vergrößert ist.“<sup>74</sup>
- Umweltbedingte Stressoren z.B. durch Arbeit, belastete Familienbeziehungen, unbewusste Konflikte und feindselige Gefühle mit Ursprüngen in der Kindheit.<sup>75</sup>
- Erlebte belastende Erfahrungen und Ereignisse wie beispielsweise Missbrauch können Ursache einer psychischen Erkrankung wie zum Beispiel dissoziative Identitätsstörungen, Persönlichkeitsstörung oder posttraumatische Belastungsstörungen sein.<sup>76</sup>

---

<sup>71</sup> Häfner, Heinz: *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird Entschlüsselt*. C.H. Beck Verlag. München 2000, S118 ff.

<sup>72</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 76.

<sup>73</sup> Vgl. Zimbardo, Philip G.; Gerrig, Richard J.: *Psychologie*. Graf, Ralf; Nagler, Markus, Ricker, Brigitte (Hrsg.), Pearson Education, München; Boston; San Francisco; Harlow; Don Mills; Sydney, Mexico City; Madrid; Amsterdam, <sup>16</sup>2004, S. 692.

<sup>74</sup> Ebd. S. 695.

<sup>75</sup> Vgl. ebd. S. 696.

<sup>76</sup> Vgl. ebd. S. 686.

- Kombinationen aus bestimmten sozialen, ökonomischen und biologischen Faktoren zeigen nach einer Forschungsarbeit zu Geschlechterunterschieden von einer Arbeitsgruppe der American Psychological auf, dass Frauen daraus eher an Depressionen erkranken können. Es besteht beispielsweise eine größere Wahrscheinlichkeit sexuellen Missbrauch zu erfahren.<sup>77</sup>
- Ursachen für eine psychische Erkrankung können auch auf psychodynamischen Gründen basieren. Bei einer Angststörung startet zum Beispiel das Psychodynamische Modell „mit der Annahme, dass die Symptome von Angststörungen durch zugrunde liegende psychische Konflikte oder Ängste ausgelöst werden. Die Symptome sind Versuche, die Person vor psychischen Schmerz zu bewahren.“<sup>78</sup> Das Behavioristische Modell geht von klassischen konditionierten Phobien aus.<sup>79</sup>
- Störungsursachen auf Grund von Einnahme und Abhängigkeit von schädlichen Substanzen wie zum Beispiel Alkohol, Drogen und Medikamente.<sup>80</sup>
- Durch einer „anlagebedingten oder erworbenen besonderen Verletzlichkeit kommt es bei manchen Menschen unter Einwirkung von Stress zu einer psychischen Krise.“<sup>81</sup> Diese Sichtweise wird auch vom Vulnerabilitäts-Stress-Modell getragen und weiter gestützt.<sup>82</sup>

Anhand der beschriebenen Aspekte wird die individuelle und gesellschaftliche Relevanz psychischer Störungen beziehungsweise Erkrankungen deutlich. Die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen stellt eine gesundheitsökonomische Herausforderung dar. Die Gesundheitsberufe müssen sich darauf einstellen und weiterentwickeln; im Speziellen natürlich auch die (Klinische) Soziale Arbeit.

---

<sup>77</sup> Vgl. Ebd. S. 682.

<sup>78</sup> Ebd. S. 673.

<sup>79</sup> Vgl. Ebd. S. 673.

<sup>80</sup> Vgl. Ebd. S. 666.

<sup>81</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 128.

<sup>82</sup> Näheres zu diesem Modell ist in Kapitel 5: Klinische Sozialarbeit aufzufinden.

### 3. Lebenslage

In diesem Kapitel soll neben einer begrifflichen Definition von Lebenslage der Schwerpunkt auf die Lebenslage von chronisch psychisch kranken Menschen gelegt werden. In der sozialarbeiterischen Forschung ist es von besonderer Bedeutung, die Lebenslage des Klientels möglichst realitätsnah wiederzugeben. Im Rahmen dieser Master-Thesis wird die Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen aus der Recherche sozialwissenschaftlicher Fachliteratur in Kombination mit eigener praktischer Erfahrung erarbeitet. Die Einbeziehung einzelner Lebenslagenanalysen von Betroffenen ist nicht möglich, da dies den Umfang dieser Master-Thesis überschreiten würde.

#### 3.1 Definition Lebenslage

Kennzeichnend für Lebenslagen ist ihre Mehrdimensionalität. Die Lebenssituation von Menschen wird ganzheitlich betrachtet und nicht auf einzelne Merkmale reduziert. Einzelne Gegebenheiten der Lebenslage werden nicht einfach als Summe zusammengefasst, da dies der Komplexität der Lebenslage nicht gerecht werden würde.<sup>83</sup> Die Lebenslage ist das „Resultat eines spezifischen, über Lebensstile vermittelten Zusammenwirkens der individuellen Lebensplanung, die sich aus den milieuspezifischen Wertvorstellungen und den Lebenserfahrungen einer Person ergibt, und den einer Person zur Verfügung stehenden Ressourcen.“<sup>84</sup>

Wendt versteht „die Lebenslage als relationalen Zusammenhang aus ‚äußeren‘ (gesellschaftlichen und kulturellen) Lebensbedingungen und ‚inneren‘ Zuständen (in Form etwa von kognitiven und emotionalen Deutung- und Verarbeitungsmustern)[...], in welche das Individuum verstrickt ist. Dieser Mehrdimensionalität, wie auch der zeitlichen Dynamik von Lebenslagen gilt es, bei der Lagebeurteilung Rechnung zu tragen. Dabei soll insbesondere neben den ‚objektiven‘ Faktoren auch die subjektive Deutung der Betroffenen berücksichtigt werden.“<sup>85</sup> (Welches, wie oben schon angemerkt, in dieser Arbeit nicht direkt zu ermöglichen ist.)

Einhergehend mit dem Prozess der Pluralisierung der Lebensformen und den unterschiedlichen Arrangements gewinnt das Konzept der Lebenslage immer mehr an Bedeutung.<sup>86</sup> Das Modell der Lebenslage ermöglicht eine Verbindung zwischen vertikalen Kategorien wie Einkommen, Bildungsstand, Wohnen u.a. mit sogenannten horizontalen Kategorien wie Alter,

---

<sup>83</sup> Vgl. Wendt, Wolf Rainer: *Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 3/1988, S. 79.

<sup>84</sup> Zapf, Wolfgang zit. n. Wendt, Wolf Rainer: *Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 3/1988, S. 80.

<sup>85</sup> Wendt, Wolf Rainer zit. n. Meier Kressig, Marcel; Husi, Gregor: *Auf den Spuren des Lebens. Eine Weiterentwicklung des Lebenslagenkonzepts*. [www.socialia.ch/Teaching/Lebenslagekonzept.pdf](http://www.socialia.ch/Teaching/Lebenslagekonzept.pdf), S.1. Eingesehen am 28.03.2012, 21.30 Uhr.

<sup>86</sup> Vgl. Wendt, Wolf Rainer: *Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 3/1988, S. 80.

Geschlecht, Motivation, Bewältigungsvermögen.<sup>87</sup> Somit kann das Konzept der Lebenslage Zusammenhänge und materielle als auch immaterielle Muster erkennbar machen. Der Ansatz der Lebenslage ermöglicht es, erkenntnistheoretische Fragen zu stellen und diese wie im Folgenden zu analysieren. Dies gewährleistet eine wissenstheoretische Positionierung der Sozialen Arbeit in der Sozialwissenschaft.<sup>88</sup>

Der Vorteil des Ansatzes liegt darin, dass auf verschiedene relevante Lebensbereiche umfassend eingegangen werden kann. Verschiedene wichtige Felder wie z.B. Familie, Freunde, Einkommen, Arbeit, Bildung und Wohnung, sowie Erfahrung mit Sozialarbeitern, Ordnungskräften, Justiz und Ärzten können integriert werden. Durch das beschriebene Konzept kann das maßgebliche Klientel dahingehend beschrieben werden, dass die zu erforschenden Hilfeformen der ambulanten Eingliederungshilfe gut für die Versorgung des Klientels geeignet sind.

### **3.2 Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen**

In den folgenden Unterkapiteln werden Aspekte, Merkmale und Eigenschaften chronischer psychischer Erkrankungen anhand der Lebenslage beschrieben.

#### **3.2.1 Allgemeine Aspekte zur Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen**

Eine chronisch psychische Erkrankung ist eine sehr komplexe Erkrankung, die folgende Merkmale und Eigenschaften für den Betroffenen mit sich bringen kann:

- langwieriger Verlauf
- in der Regel mit Komplikationen verbunden
- nicht selten einher gehend mit geringerer Lebenswartung
- asymptomatisch oder symptomatisch
- eine Herausforderung für den Behandelnden
- mehrere Nebenerkrankungen (z.B. psychosomatisch)
- Beschäftigung mit Prognose, Spätfolgen
- Problematik mit der Compliance
- Verlust des Gefühls der Unversehrtheit
- verbunden mit hohen Kosten
- Regelmäßige Arztbesuche oder Therapeutenbesuche
- Medikamentöse Einstellung
- Tägliches Krankheitsmanagement - Kosten (Geld und Zeit)

---

<sup>87</sup> Vgl. Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009, S. 78.

<sup>88</sup> Zapf, Wolfgang zit. n. Wendt, Wolf Rainer: *Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 3/1988, S. 80.

- Einschränkung der Lebensqualität
- Auswirkungen auf Familie (Beziehungsstörungen)
- Abbrüche in der Lebensgeschichte
- Trennungen/Scheidungen
- Soziale Rückzüge (bis hin zur Vereinsamung)
- Soziale Ängste
- Sozialer Abstieg
- Status- und Rollenverlust
- Ausgrenzung
- Rückzug und Isolation
- Ungünstige Wohnverhältnisse
- Armut
- Materielle Notlagen (Möbel-, Hilfsmittel-, Wohnungsmangel)
- Probleme bei der Arbeit
- Verlust des Arbeitsplatzes
- (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, Arbeitssuche
- Unsichere finanzielle Verhältnisse (Überschuldung)
- Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der Lebensfreude
- Ungewissheit und Verunsicherung, da die Erkrankung nicht planbar verläuft
- Jede psychische Krankheit verläuft anders
- Ungeklärte sozialrechtliche Probleme (z. B. SGB II, SGB V, SGB IX, SGB XI, SGB XII)
- Möglicherweise verbunden mit einer Doppeldiagnose (Suchtproblematik)
- Probleme mit Behörden<sup>89, 90</sup>

Diese belastenden Merkmale können alle Lebensbereiche des Erkrankten betreffen. Die Entstehung, der Verlauf und die Ausprägung einer psychischen Erkrankung sind von persönlichen und sozialen Bedingungen abhängig und in den meisten Fällen ist keine Kontinuität im Krankheitsverlauf und in der Symptomatik zu erkennen.

Ein klares Erkennungszeichen für ein psychisches Problem ist in vielen Fällen nicht deutlich gegeben, da in der Regel keine sichtbare Veränderung gegeben ist. Eine große Bedeutung

---

<sup>89</sup> Vgl. Ortman, Karlheinz (Hrsg.): *Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin*. A.a.O., S. 35-36.

<sup>90</sup> Vgl. Dunkelberg, Sandra; Sperber, Sinje: *Chronische Krankheit und Multimorbidität*. Zentrum für Psychosoziale Medizin. Institut für Allgemeinmedizin. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/.../VLchronKHkurz.pdf](http://www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/.../VLchronKHkurz.pdf)  
Eingesehen am 01.03.2012, 16.00 Uhr.

spielt das eigene subjektive Erleben und das Wahrnehmen der Affekte. Eine psychische Störung muss erst durch eine Anamnese erfragt werden.

Oftmals können chronische Erkrankungen trotz der hoch entwickelten Behandlungsmethoden der Akutmedizin nicht geheilt werden.<sup>91</sup> Sie sind mit einer stetigen Ungewissheit und Verunsicherung für den Erkrankten verbunden, da die Erkrankung nicht planbar verläuft – wann kommen Veränderungen, Wendepunkt oder auch Schlusspunkte?<sup>92</sup> Daraus entstehen für den Patienten weitere Belastungen wie z.B. Stress und Ängste. Der Betroffene muss sich auf die Auswirkungen und Systematiken der Krankheit einstellen und lernen mit diesen umzugehen, welches für jeden einzelnen eine hohe Anforderung darstellt, die oft alleine nicht zu bewältigen ist. Die Erkrankten müssen „Behandlungsentscheidungen treffen, sie stehen vor weitreichenden Veränderungen ihres Alltags, vor allem in Bezug auf ihre Familien-, Berufs- und Freizeitrollen, sie werden mit einem komplexen und nach unterschiedlichen Schwerpunkten organisierten Versorgungssystem konfrontiert und müssen vielfach langfristige finanzielle Einbußen kompensieren.“<sup>93</sup> Der Zusammenhang von einer chronischen Erkrankung und einer schwierigen, sozialen, sowie finanziellen Situation muss als Fakt angesehen werden. Bettina Gaertner beschreibt, dass unter chronisch psychisch Kranken die Arbeitslosigkeit weit verbreitet ist und viele Betroffene dadurch in eine Spirale der Armut geraten.<sup>94</sup>

Aus den oben aufgeführten Eigenschaften und Merkmalen chronisch psychischer Erkrankungen gehen noch weitere Belastungen für einen chronisch Erkrankten hervor, die im Folgenden noch einmal zusammengefasst werden:

- Die Betroffenen müssen lernen, Krankheitssymptome realistisch wahrzunehmen, Behandlungsentscheidungen zu treffen und mit einem unberechenbaren Krankheitsverlauf zu leben.
- Die Betroffenen erleben weitreichende Veränderungen des Alltags, sie müssen sich einrichten, Über- und Unterforderung vermeiden und einen Wechsel in ihren Berufs-, Familien- und Freizeitrollen verkraften, die auch ihr soziales Umfeld verändern.
- Die Betroffenen müssen sich auf Versorgungssysteme einstellen, mit unterschiedlichen Fachkräften umgehen, die je eigene Relevanzkriterien verfolgen.

---

<sup>91</sup> Vgl. Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 13.

<sup>92</sup> Vgl. Spreng, Gerhard: *Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung*. In: *Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 32. Jg. Heft4, April 2007, S. 43.

<sup>93</sup> Ansen, Harald: *Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit*. In: Ortman, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S. 56.

<sup>94</sup> Vgl. Gaertner, Bettina: *Zur Lage chronisch psychisch Kranker*. In: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg.): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999, S. 39.



- Die Betroffenen müssen auch finanzielle Einbußen hinnehmen und teilweise akzeptieren, dass sie auf Sozialleistungen angewiesen bleiben<sup>95</sup>

Dies macht deutlich, dass die Belastungen „über die subjektive Dimension und die mit einer akuten Erkrankung auftretenden typischen Versorgungsprobleme hinausgehen.“<sup>96</sup>

### 3.2.2 Soziale Aspekte: Soziale Situation und Kontakte

Durch die psychische Krankheit entstehen weitere psychische und soziale Belastungen für die Erkrankten und ihre Mitmenschen. Als oft die erste und stärkste Belastung der Erkrankung zählen die ersten Störungssymptome so wie die folgende Diagnose. Die ersten Symptome so wie auch Diagnose „psychisch krank“ wirft viele Fragen auf und weckt zahlreiche Ängste bei den Betroffenen, wie zum Beispiel: Was passiert mit mir? Was kommt auf mich zu? Wird mein Partner damit klar kommen und wird er mich auch jetzt noch lieben? Werden Familie und Freude zu mir halten und werde ich ihnen zu Last fallen? Zukunftspläne und Vorstellungen sind nicht mehr gesichert und für viele Erkrankte bricht eine Welt zusammen. Die Betroffenen ziehen sich häufig zurück und empfinden starke Trauer oder Wut. Vielmals verdrängen sie die Diagnose, und verweigern dadurch wichtige Hilfsangebote jeglicher Art. Die Phase der Verdrängung sollte allerdings nur von kurzer Dauer sein, denn gegen die Krankheit selbst und ihre Verschlechterungen kann nur wirksam angekämpft werden, wenn die Erkrankten diese akzeptieren und sich ihr aktiv stellen. Möller, Laux, Gerd und Deister stellen die besondere Problematik einer psychischen Erkrankung wie folgt dar:

„Das besondere in der Psychiatrie liegt auch in der Rolle des psychisch Kranken, die in unserer Gesellschaft noch immer ganz anders gesehen wird als der körperlich Kranke. Symptome einer psychischen Erkrankung sind für viele schwer verständlich, werden abgelehnt, als schuldhaft interpretiert oder gar als gefährlich angesehen. Hilfe zu suchen wegen psychischer Probleme ist für einen Patienten meist viel problematischer als die Inanspruchnahme ärztlicher Beratung wegen körperlicher Beschwerden. Insbesondere völlig vom normalen Denken und Erleben abweichende Symptome, wie z.B. Wahnideen oder Sinnestäuschungen, versucht der Patient oft lange geheim zu halten, um die ‚Verrücktheit‘ seines Erlebens nicht nach außen dringen zu lassen.“<sup>97</sup> Der psychisch Kranke hat berechtigte Sorge vor einer Etikettierung. Menschen die von psychischen Störungen betroffen sind werden in einer Form stigmatisiert, wie es bei somatischen Erkrankungen nicht die Regel ist. Ein Stigma lässt sich

<sup>95</sup> Vgl. Moers, Martin; Schaeffer, Doris: *Bewältigung chronischer Krankheiten. Herausforderung für die Pflege*. In: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa Verlag, Weinheim, 2000. S. 447-483.

<sup>96</sup> Ansen, Harald: *Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S. 55.

<sup>97</sup> Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, <sup>3</sup>2005, S. 7-8.

als Zeichen der Schande definieren.<sup>98</sup> Eine Stigmatisierung ist eine Ansammlung von negativen Eigenschaften bzw. eine Ansammlung von Vorurteilen, die einer Person zugeschrieben werden. Welche weiterhin dadurch zu persönlicher und sozialer Ablehnung und Ausgrenzung einer Person führt, da diese als inakzeptabel gilt.<sup>99</sup> „Auch wenn Menschen durch die Behandlung eine Erleichterung verspüren, leiden sie immer unter der Stigmatisierung. Zusätzlich können die Erwartungen der Patienten bezüglich der Reaktionen anderer eben jene negativen Reaktionen hervorrufen, die sie befürchten.“<sup>100</sup>

Das Stigma, der Kontrollverlust des Eigenen und die Angst vor zukünftigen weitreichenden Einschränkungen können zu Identitätsproblemen führen. Diese Veränderungen der psychischen Verfassung beeinflussen das Selbstwertgefühl negativ, vor allem durch die Verschlechterungen der Leistungsfähigkeit, wie zum Beispiel schnelles Ermüden und geringe Ausdauer. Das Gefühl, auf Hilfe angewiesen zu sein, belastet sehr. Aus Angst von Anderen, z.B. von dem Partner oder Familienmitgliedern abhängig zu werden, überspielen viele Betroffene ihre Krankheitssymptome und überschätzen sich selbst.

Auch auf den Lebensgefährten bzw. auf die Angehörige kommen starke Belastungen zu. Oftmals sind Fragen und Ängste der Partner identisch, mit denen der Betroffenen. Die Trauer des Erkrankten wird in vielen Fällen geteilt und auch die gemeinsamen Zukunftspläne sind für den Partner nicht mehr gesichert. Da der Erkrankte möglicherweise in seinem gesamten Tagesablauf eingeschränkt ist, muss der Partner viele Funktionen und Aufgaben übernehmen. Demzufolge verändern sich ebenfalls die Strukturen innerhalb der Familie und Partnerschaft. Die Kinder müssen beispielsweise viel Verantwortung übernehmen und im Haushalt mehr Aufgaben übernehmen. Viele Partnerschaften oder Familiensysteme sind mit einer chronischen psychischen Erkrankung überfordert, sodass die psychische Störung häufig zum Verlust der Familie führen kann.<sup>101</sup>

Familienangehörige „leben in der andauernden Sorge um den erkrankten ‚Fremdling‘ an ihrer Seite, der oft unnahbar und manchmal unberechenbar das Leben mit ihnen teilt.“<sup>102</sup> Menschen, die schon in jungen Lebensjahren mit einer chronischen psychischen Erkrankung konfrontiert sind, leben aus den beschriebenen Gründen oft allein und haben eher selten Nachwuchs.

---

<sup>98</sup> Vgl. Zimbardo, Philip G.; Gerrig, Richard J.: *Psychologie*. Graf, Ralf; Nagler, Markus, Ricker, Brigitte (Hrsg.), Pearson Education, München; Boston; San Francisco; Harlow; Don Mills; Sydney, Mexico City; Madrid; Amsterdam, <sup>16</sup>2004, S.698ff.

<sup>99</sup> Vgl. Clausen, J. A.: Stigma and mental disorder: Phenomena and mental terminology. *Psychiatry* 44, 1981, S. 87-296.

<sup>100</sup> Vgl. Zimbardo, Philip G.; Gerrig, Richard J.: *Psychologie*. Graf, Ralf; Nagler, Markus, Ricker, Brigitte (Hrsg.), Pearson Education, München; Boston; San Francisco; Harlow; Don Mills; Sydney, Mexico City; Madrid; Amsterdam, <sup>16</sup>2004, S.698ff.

<sup>101</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 128.

<sup>102</sup> Ebd. S. 75.

Bei den meisten chronisch psychisch Kranken liegt eine problematische soziale Situation vor – nicht nur durch die schlechten finanziellen Verhältnisse, sondern auch durch den Mangel an sozialen Kontakten und Beziehungen. „Psychisch Kranke müssen die Sorge haben, durch Tabuisierung- und Diskriminierungsprozesse aus den normalen gesellschaftlichen Beziehungen ausgeschlossen zu werden.“<sup>103</sup> Sie sind von Exklusionsmechanismen bedroht. Diese werden in Kapitel 5.1 Inklusion/Exklusion ausführlich definiert und erläutert.

Folgendes Zitat von Gärtner fasst die Entwicklung und Entstehung labiler sozialer Netzwerke chronisch psychisch Kranker zusammen und beschreibt die Wechselseitigkeit dieser Entwicklung. „Soziale Netze von psychisch Kranken befinden sich oft in einem labilen Gleichgewichtszustand und machen im Verlauf des Krankheitsprozesses einen spezifischen Wandel durch. Sie werden kleiner, und die Kontakte nehmen an Intensität ab. Das dahinterstehende Geschehen ist oft wechselseitig. Zurückgezogenheit und Kommunikationsschwierigkeiten auf der einen Seite führen dazu, dass die Beziehungen bald brachliegen. Dafür intensivieren sich zeitweilig die Beziehungen zur Herkunftsfamilie. Im weiteren Verlauf werden auch diese Kontakte durch Leidensgenossen ersetzt, deren soziale Netze ähnlich strukturiert sind.“<sup>104</sup>

Die Kontakte aus der eigenen Szene sind zur Psychiatrie-Gemeinde geworden. Die psychisch Kranken treffen sich untereinander in Kontaktstellen oder in Teestuben, selten in der eigenen Wohnung. Manche fühlen sich einsam oder wollen bzw. können nicht allein sein und verbringen aufgrund dessen Zeit in der Fußgängerzone. Ein anderer großer Teil chronisch psychisch Kranker meidet diese Kontakte und verlässt kaum die Wohnung. Nur ein geringer Teil der Betroffenen lebt mit Angehörigen oder noch seltener – in Partnerschaften zusammen.<sup>105</sup> Es kommt in der Regel dazu, dass die sozialen Netze chronisch psychisch Kranker klein und wenig tragfähig sind und, dass diese, nach langer Krankheitsgeschichte des psychisch Kranken, nur noch Betroffene und professionelle Helfer umfassen.<sup>106</sup> Die Erkrankten haben in den meisten Fällen kein (ursprüngliches) Netzwerk mehr, das sie in einer erneuten Krisensituation unterstützen könnte.

---

<sup>103</sup> Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2005, S. 7-8.

<sup>104</sup> Gaertner, Bettina: *Zur Lage chronisch psychisch Kranker*. In: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999, S. 41.

<sup>105</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 75.

<sup>106</sup> Vgl. Gaertner, Bettina: *Zur Lage chronisch psychisch Kranker*. In: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999, S. 41.

Soziale Kontakte können andererseits auch belastend wirken und so zu Stressoren werden, die eine erneute Krise auslösen können.<sup>107</sup> Clausen und Eichenbrenner beschreiben diesen Teufelskreis als ein kompliziertes Geflecht aus Wechselwirkungen, bestehend aus dem Rückzug der Betroffenen und der fehlenden Unterstützung durch Kontakte in Krisensituationen: „Die Erkrankung führt zum Abbruch aller Kontakte – bei erneuten Krisen existieren dann häufig keine Beziehungen mehr, die unterstützen können.“<sup>108 109</sup>

Nach dem heutigen wissenschaftlichen Standpunkt unter Berücksichtigung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells<sup>110</sup> ist es zu einem neuen Umdenken und Einschätzen über diese Negativsymptome gekommen: „Der Rückzug in die soziale Isolation könnte ein Schutzmechanismus sein, weil Außenreize nicht verkräftet werden. Das Schneckenhaus, in das sich viele Kranke nach der psychotischen Phase erst einmal zurückziehen, hätte dann eine wichtige reizabschirmende Bedeutung. Auch der Konsum von Alkohol und Cannabis scheint eher der Dämpfung, Beruhigung oder Anregung zu dienen und ist oft als Versuch einer Selbstmedikation zu verstehen. Mit einem ungepflegten Äußeren kann man sich Leute vom Leib halten.“<sup>111</sup> Thomas Bock geht in seinem Buch „Eigensinn und Psychose“ davon aus, dass sogar das „Wahnsystem und der Eigensinn“ wahrscheinlich eine schützende Funktion haben.<sup>112</sup>

### 3.2.3 Gesundheitliche Aspekte

Bei (fast) allen chronisch psychisch Kranken gibt es eine Kombination von sozialen und gesundheitlichen Problemen. Auf Grund der belastenden psychischen Erkrankung und der Sorge mit der psychischen Erkrankung den Rest des Lebens leben zu müssen, leiden viele Erkrankte zusätzlich zu der eigentlichen Hauptdiagnose unter depressiven Symptomen wie Antriebsarmut. Sie leiden unter einer allgemeinen Verflachung der Gefühle<sup>113</sup> sowie unter Ohnmachtsgefühlen, da sie oft trotz eigener Bemühungen keinen Fortschritt erkennen können. Die Betroffenen werden immer verzweifelter und deprimierter und sehen keinen Ausweg aus ihrer Situation. Häufig treten derartige Stimmungstiefs morgens auf und es fehlt die Motivation für jegliche Aktivitäten. Da mit der psychischen Erkrankung oft Schlafstörungen auftreten, sind sie tagsüber sehr müde. Die Gedanken drehen sich im Kreis und es entsteht

---

<sup>107</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 128.

<sup>108</sup> Ebd. S. 128.

<sup>109</sup> Weitere Erläuterung zum „Social Support“ ist in Kapitel 4.3.6 einzusehen.

<sup>110</sup> Weitere Erläuterung zum Vulnerabilitäts-Stress Modell ist in Kapitel 4.3.4 einzusehen.

<sup>111</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 75-76.

<sup>112</sup> Vgl. Bock, Thomas: *Eigensinn und Psychose. „Noncompliance“ als Chance*. Paranus-Verlag, Neumünster, 2006.

<sup>113</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 74-75.

eine Hoffnungslosigkeit, die bis zu Suizidgedanken reichen kann. Hier sind Mechanismen zu erkennen, die auch als sogenannte „Teufelskreise“ beschrieben werden.

Viele Erkrankte haben trotz starker chronischer psychischer Störung oft keine Krankheitseinsicht. Die mangelnde Akzeptanz, psychisch krank zu sein dient nach Leferink der Aufrechterhaltung der eigenen Würde.<sup>114</sup> Zudem kommt es häufig zu psychosomatischen Symptomen. Die Verbindung und die Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche<sup>115</sup> werden wissenschaftlich immer deutlicher und sind ein oft schwerwiegendes Problem bei chronisch psychisch Erkrankten. Das Zusammenspiel zwischen Körper und Seele ist bei den Betroffenen stärker geprägt als bei gesunden Menschen. Bei Gesunden hat ein seelisches Unbehagen im Normalfall keine oder nur leichte körperliche Folgen. Durch eine psychische Erkrankung können die psychischen Beschwerden der Erkrankten auch zu körperlichen Beschwerden werden (psychosomatisch: z. B. Magenschmerzen oder Verdauungsproblematiken oder auch selbstverletzendes Verhalten wie das sogenannte „Ritzen“ bei einem Teil der Borderlineerkrankten, sowie Essstörungen).

Durch die Erfahrungen in diesem Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie und Forschungen im Bereich der psychischen Erkrankungen werden stetig Fortschritte über die (möglichen) Ursachen und Faktoren hinsichtlich der Zusammenhänge verschiedener Krankheitsbilder gemacht. Doch sind in diesem Arbeitsfeld weiterhin zu erforschende Unklarheiten und Wissenslücken gegeben. Es stellt sich zum Beispiel bei dem Phänomen der Chronizität die Frage, warum die Krankheitsverläufe betroffener Menschen trotz intensiver Behandlung, Begleitung und Unterstützung chronifizieren. Aktuell werden im wissenschaftlichen Diskurs über die Vermeidung von Chronizität bei psychischen Erkrankungen folgende Fragen gestellt: Haben soziale Umstände eine ausschlaggebende Rolle? Ist der sehr schnelle Einsatz von Medikamenten richtig? Ist die Wirkung der antipsychotischen Medikation situativ angemessen?<sup>116</sup>

Durch die bisher gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse kann nach Clausen und Eichenbrenner festgestellt werden, dass vieles darauf deutet, „dass der soziale Entwicklungsstand und Lebensbewältigung vor dem Ausbruch der Erkrankung einen erheblichen Einfluss auf ihren Verlauf haben – genauso wie das soziale Leben während und mit der Erkrankung.“ Bezüglich der Aussicht der Betroffenen, ihre Erkrankung zu überwinden, konstatieren dieselben: „Manche Klienten erleiden immer wieder Krankheitsepisoden, wobei nach jedem Schub, jedem sogenannten Rezidiv eine vollständige Remission möglich ist. Es bleiben häufig aber

---

<sup>114</sup> Leferink, K: „Mangelde Einsicht“ als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In: Angermeyer, M.; Zaumseil, M. (Hrsg.) *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1997, S. 206-255.

<sup>115</sup> Weiterhin zur Thematik Wechselwirkungen in Kapitel 7.3.2 Bio-psycho-soziales Modell.

<sup>116</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 74-75.

Residualsymptome bestehen, besonders typisch sind negative Symptome wie Antriebsarmut, Verflachung der Gefühle und sozialer Rückzug.“<sup>117</sup>

Hinsichtlich der Chronizitäts-Thematik bei psychischer Erkrankung stellen Zaumseil und Leferfink fest: „Es ist nicht das System Psychiatrie, dass diese Menschen krank macht, aber es macht sie auch nicht gesund.“<sup>118</sup> Und hinterfragen somit die aktuellen Behandlungsmethoden bei chronischen psychischen Erkrankungen. Durch zahlreiche Forschungsprojekte wird versucht sich dem Phänomen der Chronizität zu nähern. Dabei haben sich beispielsweise in Bezug auf chronisch schizophran Erkrankte zwei unterschiedliche Einschätzungen und Strategien entwickelt: „Chronizität muss entweder therapeutisch bekämpft – oder akzeptiert und verstanden werden. Psychisch Kranke können durch eine Art ‚reizarmer Psycho-Diät‘ Rückfälle verhindern oder sie chronifizieren dadurch erst recht.“<sup>119</sup>

Besonders die Menschen mit einem chronisch rezidivierenden Krankheitsverlauf müssen engagiert durch die vielfältigen Hilfsmöglichkeiten der sozialen Psychiatrie unterstützt werden, um so dem Phänomen der Chronizität entgegen zu wirken.<sup>120</sup>

### 3.2.4 Hilfen für psychisch Kranke

Es bleiben in der psychiatrischen Versorgungslandschaft trotz der Ausweitung und Diversifikation strukturelle Defizite für chronisch psychisch kranke Menschen bestehen, vor allem im ambulanten und komplementären Bereich.<sup>121</sup> Chronisch psychisch kranke Menschen werden oft vom Dschungel der Zuständigkeiten und der Angebots- und Informationsvielfalt überfordert. Für eine individuelle bedarfsgerechte und angemessene Orientierung im sozialpsychiatrischen Hilfesystem braucht der Hilfesuchende viel Motivation und vor allem gute Information.<sup>122</sup>

Defizite bestehen vor allem hinsichtlich der Koordination und Kooperation zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen.<sup>123</sup> Diese bestehen weiterhin, auch wenn sich die Theorie und Praxis durch die Weiterentwicklung von Netzwerkarbeit und Methoden, wie beispielsweise

---

<sup>117</sup> Ebd. S. 74-75.

<sup>118</sup> Zaumseil, M.; Leferfink, K.: Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1997. Zitiert nach: Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 75.

<sup>119</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 75.

<sup>120</sup> Vgl. ebd. S. 74-75.

<sup>121</sup> Vgl. Gaertner, Bettina: *Zur Lage chronisch psychisch Kranker*. In: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999, S. 41.

<sup>122</sup> Vgl. ebd. S. 42-43.

<sup>123</sup> Vgl. ebd. S. 43.

durch die Etablierung von Case Management, in den letzten Jahren versucht hat sich dem Problem verstärkt zu stellen.<sup>124</sup>

### 3.2.5 Beruf und Armut

Die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf Beruf und finanzielle Situation des Erkrankten sollen in diesem Kapitel aufgezeigt werden. Da die kognitiven Fähigkeiten durch die psychische Erkrankung häufig gestört werden, fällt es den Betroffenen schwer, sich zu konzentrieren. Dies kann dazu führen, dass komplexe Zusammenhänge nicht erkannt werden oder die Merkfähigkeit nachlässt. Dadurch können die Betroffenen bei ihrer Arbeit eingeschränkt sein. Als Reaktion auf die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Erkrankten können Behauptungsprobleme und Mobbing gegenüber den Mitarbeitern und Vorgesetzten auftreten, besonders dann, wenn die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit des Betroffenen nicht offensichtlich oder bekannt sind. Der Kündigungsschutz für behinderte Arbeitnehmer ist bis heute nicht ausreichend wirksam. Oftmals sind für die Behandlung der Betroffenen lange Krankenhausaufenthalte sowie längere Rehabilitationsmaßnahmen nötig. Dies stellt den Arbeitgeber vor Folgeprobleme bezüglich Koordination, Organisation und Kosten auf Grund des Arbeitsausfalls.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass psychische Krankheiten häufig zum Verlust des Arbeitsplatzes führen,<sup>125</sup> so dass der größte Teil der chronisch psychisch Kranken arbeitslos ist und dadurch in die Spirale der Armut gerät.<sup>126</sup> Somit ist die Lebenswelt chronisch psychisch kranker Menschen häufig gezeichnet von starker finanzieller Knappheit. Nur ein geringer Teil der chronisch psychisch Kranken befindet sich in einem Arbeitsverhältnis. Dazu zählen meist eine Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen oder eine geringfügige Beschäftigung. Die größte Anzahl jedoch bezieht Grundsicherung oder Erwerbsminderungsrente oder eine Kombination aus diesem. Die daraus resultierende geringe Kaufkraft muss nicht nur für die Befriedigung der Grundbedürfnisse, wie Ernährung, Heizung und Strom etc. reichen, sondern auch für die häufig enormen Bedürfnisse nach Kaffee, Nikotin, und öfters auch nach Cannabis oder Alkohol. Um mit anderen Menschen über Telefon oder Internet in Kontakt zu treten sind ebenfalls finanzielle Mittel erforderlich. Auf Grund der finanziellen Knappheit müssen alle anfallenden Kosten stets genau durchgerechnet werden. Regelmäßige kulturelle Tätigkeiten wie ein Café-Besuch, Kino, Konzerte und Sportveranstal-

---

<sup>124</sup> Weiterführende Informationen über das Hilfesystem chronisch Psychisch Kranker siehe Kapitel 5: Ambulante Eingliederungshilfe.

<sup>125</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eisenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 128.

<sup>126</sup> Vgl. Gaertner, Bettina: *Zur Lage chronisch psychisch Kranker*. In: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999, S. 39.

tungen sind in den meisten Fällen nicht möglich.<sup>127</sup> Die gegebene finanzielle Situation ist ein weiterer entscheidender Faktor für die eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten der chronisch psychisch kranken Menschen am gesellschaftlichen Leben.

### 3.2.6 Sucht und Suchtmittelkonsum

Suchtmittelkonsum und Abhängigkeitsverhalten sind unter chronisch psychisch kranken Menschen weit verbreitet. Besonders die Komorbidität von Psychose und Sucht ist ein weit verbreitetes Problem mit ansteigenden Zahlen. Eine Studie aus den USA kam 2001 zu dem Ergebnis, dass:

- 20-60% aller schizophrenen Patienten Alkoholmissbrauch ausübten oder abhängig waren,
- 12-42% Cannabis konsumieren.

Andere Studien zeigen abweichende Zahlen auf. In Deutschland ist die Datenlage noch nicht ausreichend aufgenommen um eine Auswertung zu vollziehen.<sup>128</sup>

Der hohe Genuss von Alkohol und Cannabis wird durch die gute Erreichbarkeit ermöglicht. Durch den Konsum wird versucht, die Symptome der Erkrankung oder der Nebenwirkungen der Medikation zu unterdrücken oder zu dämpfen (Selbstmedikationshypothese). Alkohol- und Drogenmissbrauch können aber auch Auslöser von den psychischen und anderen Störungen (Doppeldiagnose) sein.<sup>129</sup> Besonders die Zahl junger Menschen, die z.B. häufig durch Psychosen und den gleichzeitigen Drogenkonsum auf Hilfen der sozialen Psychiatrie angewiesen sind, steigt.<sup>130</sup>

### 3.2.7 Wohnsituation

Chronisch psychisch kranke Menschen haben ihren Lebensmittelpunkt heute meist nicht mehr in Heimen und Kliniken, sondern in ihrem gewohnten Lebensumfeld.<sup>131</sup> Sie werden im Rahmen des betreuten Einzelwohnens gelegentlich besucht oder werden durch Haushaltspflege unterstützt. Der Teil der Erkrankten, der heute nicht ambulant im eigenen Wohnraum versorgt wird, „landen ‚fehlplatziert‘ im Pflegeheim, im Obdachlosenheim oder im Maßregelvollzug.“<sup>132</sup> Es gibt viele chronisch psychisch Kranke, die keine langfristige und gesicherte

---

<sup>127</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 75.

<sup>128</sup> Vgl. Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne: *Komorbidität Psychose und Sucht. Von Grundlagen zur Praxis*. Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2003. In: Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 76-77.

<sup>129</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 77.

<sup>130</sup> Vgl. ebd. S. 74.

<sup>131</sup> Vgl. ebd. S. 113.

<sup>132</sup> Ebd. S. 75.



Wohnperspektive haben.<sup>133</sup> Unter den Wohnungslosen sind psychische Erkrankungen weit verbreitet.<sup>134</sup> Wohnungslosigkeit kann der erste Impuls für eine psychische Erkrankung sein, so dass diese erst in der Wohnungslosigkeit ausbricht und der Wohnungsverlust durch andere Problemlagen verursacht wurde. Es stellt sich die Frage: „Warum werden Menschen wohnungslos? Oder kann es sein, dass Menschen durch das harte Leben ohne Wohnung erst psychisch krank werden?“<sup>135</sup> Wohnungslosigkeit schlägt sich somit einerseits häufig in chronischen psychischen Erkrankungen nieder, andererseits kann eine schwere psychische Erkrankung erst in die Wohnungslosigkeit führen.<sup>136</sup> Die Frage nach Kausalitäts- und Auslösekriterien für Wohnungslosigkeit kann auf Grund zu vieler zusammenkommender und bedingender Faktoren nicht klar beantwortet werden. Ein möglicher Grund für Wohnungslosigkeit kann Wohnungskündigung, bedingt durch nächtliche Ruhestörung, ausgelöst durch eine Psychose oder Sucht, sein. Weitere mögliche Gründe für die Wohnungslosigkeit sind die Trennung von einer Partnerschaft oder eingestellte Mietzahlungen. Auch Verfolgungswahn und die Suche nach Schutz und Sicherheit zum Beispiel im Wald oder in Fußgängerzonen können zu Wohnungslosigkeit führen.<sup>137</sup>

Durch den steigenden Mietspiegel (z.B. ausgelöst durch den Gentrifizierungsprozess) übernimmt die staatliche Transferleistung häufig nicht mehr die Kosten der langjährigen Wohnung im gewohnten Wohnumfeld. So wird es auch in Hamburg immer schwieriger als Transferleistungsempfänger auch mit professioneller Unterstützung eine Wohnung zu finden, die im vorgegebenen finanziellen Rahmen des zu bewilligen Amtes liegt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich der Eintritt einer chronisch psychischen Erkrankung nicht an ein Geschlecht, ein bestimmtes Alter, den Grad des Bildungsniveaus, Nationalität bzw. Migrationshintergrund binden lässt. Psychische Erkrankungen treten damit in allen gesellschaftlichen Schichten und Bildungsniveaus auf. Dies bedeutet, dass keine Personengruppe ausgeschlossen werden kann, psychisch zu erkranken und somit zum Klientel der sozialen Psychiatrie zu werden.<sup>138</sup> Die soziale Umwelt und das soziale Netz sind für jeden chronisch psychisch Erkrankten eine Herausforderung und stellen sich in fast allen

---

<sup>133</sup> Weiterführende Informationen dazu siehe: Kapitel 5.2: Psychiatrie: Begrifflichkeiten und Geschichte

<sup>134</sup> Vgl. Gaertner, Bettina: *Zur Lage chronisch psychisch Kranker*. In: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999, S. 40.

<sup>135</sup> Clausen, Jens; Eisenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 83.

<sup>136</sup> Vgl. World Health Organization 2001: Zitiert nach: Haverkamp, Fritz: *Gesundheit und soziale Lebenslage*. In: Huster, Ernst-Ulrich; Boeckh, Jürgen; Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hrsg): *Hanbuch Armut und Soziale Ausgrenzung*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008, S. 14.

<sup>137</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eisenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 83.

<sup>138</sup> Vgl. ebd. S. 74.

Fällen als labil dar.<sup>139</sup> Ein Teil der Betroffenen leidet unter schizophrenen oder affektiven Psychosen, bei einem anderen Teil dominiert eine Abhängigkeitserkrankung. Manche dieser Erkrankten sind auf Grund ihrer Krankheit und den damit verbundenen Gegebenheiten wohnungslos oder süchtig geworden. Ein Teil der Betroffenen begeht Straftaten, die in Zusammenhang mit der Erkrankung stehen. Verstärkend setzt sich die Soziale Psychiatrie auch auf Grund steigender Nachfrage in ihrer Arbeit mit bedeutend jüngerem oder bedeutend älterem Klientel, sowie Klientel aus anderen Kulturkreisen auseinander.<sup>140</sup> Daher ist es für die Sozialpsychiatrie ein herausfordernder Prozess sich auf die unterschiedlichen Belange des sich verändernden Klientel einzustellen.

---

<sup>139</sup> Vgl. Gaertner, Bettina: *Zur Lage chronisch psychisch Kranker*. In: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999, S. 41.

<sup>140</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 74.

## 4. Klinische Sozialarbeit

### 4.1 Was ist Soziale Arbeit?

Die Geschichte von gesundheitsbezogener Sozialarbeit ist tiefgehend und fängt schon in der Zeit der Entstehung Sozialer Arbeit an. Um einen kurzen Überblick über den geschichtlichen Hintergrund der Klinischen Sozialarbeit zu geben, werden im Folgenden bedeutende historische Definitionen und Aussagen der Sozialen Arbeit generell vorgestellt, um so zu verdeutlichen, was das Spezielle der Klinischen Sozialarbeit ist.

So schreibt Kleve, der sich hierbei auf Luhmann bezieht: „Die berufliche, professionelle Soziale Arbeit, so wie wir sie heute kennen, ist ein Ergebnis der gesellschaftlichen Evolution; sie ist beispielsweise hervorgegangen aus der Armenpflege der freien Reichs- und Hansestädte, der bürgerlichen Frauenbewegung, der sozialdemokratischen und kommunistischen Arbeiterbewegung, der sozialreformerischen Bemühungen staatlicher Institutionen, der so genannten Armenpolicy, der diakonischen und kreativen Bemühungen der Kirchen sowie der Jugendbewegung. Gesellschaftshistorisch lässt sich die Soziale Arbeit neben vormodernen Hilfeformen als die moderne Form des sozialen Helfens bewerten.“<sup>141</sup>

Die aktuelle Definition von Sozialarbeit ist nach der International Federation of Social Workers (IFSW) folgend: „Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit.“<sup>142</sup>

Wie die aufgeführte Definition von Sozialarbeit der IFSW, heben folgende Definitionen die Bedeutung des sozialen Problems für die Soziale Arbeit hervor:

Kleve und Ortmann sehen Sozialarbeit als universell generalistisch an, „weil sie sich in der Gesellschaft in einer zwischensystemischen Position befindet, in der sie potentiell für jeden Aspekt zuständig werden kann, der in den Lebenswelten der Menschen problematisiert wird.“<sup>143</sup> Kleve und Ortmann arbeiten somit die Komplexität und Vielfältigkeit der Sozialen Arbeit heraus und im Folgenden zeigen sie den Kontext zum sozialen Problem auf. „Sozial-

---

<sup>141</sup> Kleve, Heiko: *Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit*. In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Case Management, Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006. S.18-19.

<sup>142</sup> International Federation of Social Workers (IFSW): *Neue Definition von Sozialarbeit. Internationale Definition "Was ist Sozialarbeit" zum Herunterladen (incl. engl. Original)*. Übersetzung des englischen Originaltextes (IFSW Delegates Meeting Montreal 2000) durch Barbara Molderings, DBSH. Homepage des Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. DBSH : <http://www.dbsh.de/internationale.pdf>. Eingesehen am 03.04.2012, 12.30 Uhr.

<sup>143</sup> Kleve, Heiko; Ortmann, Karlheinz: *Sozialmedizin in der Sozialarbeit – ein Schlüssel für die Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Sozialarbeit*. In: Das Gesundheitswesen. Jg.62, Hef 7, 2000, S. 361-364. Homepage der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin: Eingesehen am 16.02.2012, 18.00Uhr.

arbeit ist spezialisiert generalistisch, weil sie lebensweltliche Probleme multidimensional thematisiert. Sie hat zwar einzelne problembelastete Personen im Blick, aber sie bezieht deren soziale Probleme immer auch auf familiäre und andere lebensweltliche Beziehungen und Netzwerke und allgemeiner: auf sozialstrukturelle Bedingungen.“<sup>144</sup>

Für Bauer und Obrecht bedeutet soziale Dienstleistung „Auf der KlientInnenebene sind die sozialkulturellen Umwelten der AdressatInnen einzubeziehen, sofern sie soziale Probleme verursachen oder als Ressourcen- und Hilffssysteme Berücksichtigung finden.“<sup>145</sup>

Auch Lüssi sieht den Hauptfokus der Sozialarbeit darin, sozialen Problemen zu begegnen.<sup>146</sup>

Sozialarbeit erfordert einen sozialen Sachverhalt, damit aus einem Problem ein soziales Problem wird. Lüssi bezeichnet diese Sachverhalte als „Basisgegenstände der Sozialarbeit“, zu denen er folgende Faktoren zählt: Unterkunft, Nahrung, Gebrauchsdinge, Geld, Erwerbsarbeit, Beziehung, Erziehung, Betreuung und funktionelles Verhältnis zu notwendigen Bezugspersonen.<sup>147</sup> Werden einzelne oder mehrere dieser menschlichen sozialen Bedürfnisse nicht angemessen gestillt, ist ein sozialer Sachverhalt gegeben und Sozialarbeit notwendig.<sup>148</sup>

Nach Germain und Gitterman kongruieren die vielen Definitionen der Aufgaben der Sozialen Arbeit in dem Punkt, dass es dabei um Dienstleistungen an Menschen geht, die in ihren sozialen Austauschprozessen Probleme erleben.<sup>149</sup>

## 4.2 Geschichtliche Entwicklung Sozialer Arbeit und doppelter Fokus der Diagnose

In der Geschichte entwickelten sich zunächst drei klassische Arbeitsformen von sozialer Arbeit: Soziale Einzelfallhilfe (Social Case Work), Soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit<sup>150</sup> Eine neuere klassische Methode der Sozialen Arbeit ist das Case Management (CM) <sup>151</sup> . Das CM ist eine, an der klassischen sozialarbeiterischen

---

<sup>144</sup> Ebd. S. 361-364.

<sup>145</sup> Werner Obrecht: *The Poverty of Social Work, Soziale Arbeit und ihre gesellschaftlichen und institutionellen Umwelten*. Typoskript Hochschule für Soziale Arbeit Zürich. Zürich, 2002. Zitiert nach: Staub-Bernasconi: *Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 23.

<sup>146</sup> Vgl. Lüssi, Peter: *Systemische Sozialarbeit*. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, 2001, S.119.

<sup>147</sup> Vgl. ebd. S.81.

<sup>148</sup> Vgl. ebd. S.81.

<sup>149</sup> Vgl. Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1988, S. 1.

<sup>150</sup> Kleve, Heiko: *Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit*. In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Case Management, Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006, S. 22-23.

<sup>151</sup> Weitere Informationen zum CM sind im Kapitel 4.5: CM als klassische Methode Klinischer Sozialarbeit.

Gemeinwesenarbeit orientierte Weiterentwicklung der traditionellen sozialen Einzelfallhilfe.<sup>152</sup> In Deutschland wurde CM Ende der achtziger Jahre aus den USA übernommen. Dies geschah vor allem aufgrund von zunehmender Differenzierung und Spezialisierung der Sozialen Dienste.<sup>153</sup> Alle vier klassischen Methoden der sozialen Arbeit sind in der Klinischen Sozialarbeit und in der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen integriert. Allerdings liegt der Schwerpunkt der Klinischen Sozialarbeit und auch der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen eher bei einem Personenzentrierten CM und der personenzentrierten Einzelfallhilfe in der direkten Arbeit mit dem Klienten.<sup>154</sup> Gesundheits- und Krankheitsprozesse und deren Auswirkungen standen schon Anfang des 20. Jahrhunderts im Fokus der Sozialen Arbeit. Das Social Case Work ist schon von Ursprung an der Pate für Modelle von sozialer Diagnose, sozialer Therapie und sozialer Behandlung. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang folgende Pioniere der Sozialen Arbeit: Jane Addams (ihre Ursprünge gehen zurück auf die Chicago-School und die Settlement Bewegung) und Mary Richmond (sie greift den Gedanken des doppelten Fokus in der Social Diagnosis auf. Damit ist die wechselseitige Beziehung von Klient und sozialer Situation gemeint (siehe Abbildung 1).<sup>155</sup> Mary Richmond definiert „Social Diagnosis“ 1917: „Eine soziale Diagnose kann als Versuch beschrieben werden, die exakteste mögliche Definition einer Situation und Persönlichkeit eines Menschen mit bestimmten sozialen Bedürfnissen vorzunehmen, und zwar im Zusammenhang mit anderen Menschen, von denen er in jeder möglichen Hinsicht abhängig ist oder die von ihm abhängen, aber auch im Zusammenhang mit den sozialen Institutionen seines Gemeinwesens.“<sup>156</sup> Die folgende Grafik verdeutlicht den doppelten Fokus der Diagnose, der sich immer auf die Person in seiner Umwelt bezieht.

---

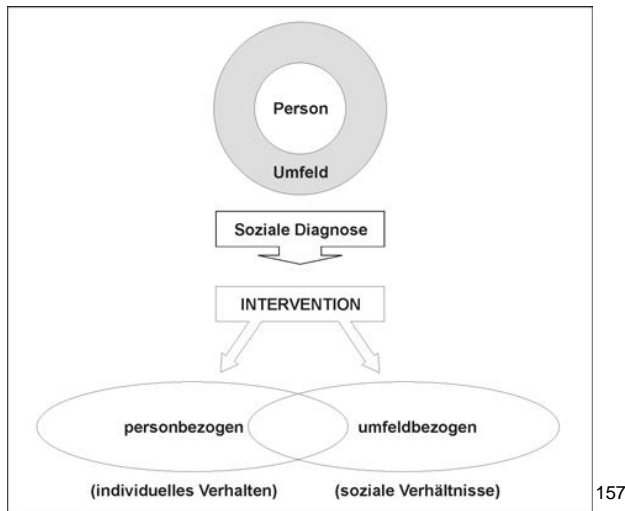
<sup>152</sup> Vgl. Kleve, Heiko: *Methoden Sozialer Arbeit. Einführungstexte und Übersichten für das Grundstudium*. O. V., Berlin, 2002, S.42.

<sup>153</sup> Vgl. Neuffer, Manfred: *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2009, S. 49.

<sup>154</sup> Weitere Informationen zur Personenzentrierung sind im Kapitel 5.5: Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe.

<sup>155</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe*. 2. Jg, August 2006, S. 7.

<sup>156</sup> Richmond, Mary: 1917. Zitiert nach: Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe*. 2. Jg, August 2006, S. 7.



**Abbildung1: Doppelter Fokus der Diagnose**

Alice Salomon gilt als sehr bedeutende Persönlichkeit für die Konzeptualisierung der sozialen Arbeit in Deutschland (zum Beispiel arbeitete sie die bedeutenden Methoden der Behandlung heraus). Sie bezieht sich 1926 auf Richmond und folgt ihr in dem Handlungsansatz, der den Menschen in den Mittelpunkt stellt und ihn weniger der kontrollierenden Fürsorge ausliefert. Sie führt den von Richmond in ihrem Werk "Soziale Diagnose" eingeführten Grundgedanken weiter aus und verbindet ihn mit einer Theorie des Helfens. Die Soziale Diagnose wird bedeutender Teil des Gesamtkonzeptes der Sozialen Arbeit. Sie ist eine systematische Schilderung der konkreten Einzelschritte, aus denen sich die Soziale Arbeit konstruiert.<sup>158</sup> Alice Salomon geht schon im Jahr 1926 davon aus, dass eine sorgfältige Erhebung sozialer Daten die Voraussetzung einer soliden sozialen Diagnose ist, die eine selbständige und komplexe Leistung vom Fürsorger fordere.<sup>159</sup> Salomon legt dabei den Fokus auf soziales Verhalten und soziale Verhältnisse.<sup>160</sup> „Alle Fürsorge besteht darin, dass man entweder einem Menschen hilft, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten, zurecht zu finden – oder dass man seine Umwelt so umgestaltet, verändert, beeinflusst, dass er sich darin bewähren, seine Kräfte entfalten kann.“<sup>161</sup>

<sup>157</sup> Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG*. Online Sonderausgabe. 2. Jg, August 2006, S. 7.

<sup>158</sup> Ebd. S. 7.

<sup>159</sup> Vgl. Salomon, Alice, 1926 in Feustel, Adriane: Zitiert nach: Geißler-Piltz, Brigitte: *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlungen in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. LIT-Verlag, 2005, S.19.

<sup>160</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlungen in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. LIT-Verlag, 2005, S.19.

<sup>161</sup> Salomone, Alice, 1926: Zitiert nach: Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT*.

Das Ziel der Sozialen Diagnose ist es „Material zu sammeln (eigene Beobachtungen und Aussagen Anderer), das beschaffene Material zu prüfen und zu vergleichen, es zu bewerten, Schlüsse daraus zu ziehen – schließlich ein Gesamtbild herzustellen, das erlaubt, einen Plan für die Abhilfe (Behandlung) zu fassen. [...] Zum Material der Ermittlung gehören [...] alle Tatsachen aus dem Leben des Bedürftigen und seiner Familie, die dazu helfen können, die besondere soziale Not und das soziale Bedürfnis des Betroffenen zu erklären und die Mittel zur Lösung der Schwierigkeit aufzuzeigen.“<sup>162</sup> Daraus geht hervor, dass Social Case Work und Soziale Diagnose den ersten systematischen Ansatz der professionellen (Klinischen) Sozialen Arbeit darstellen. Das Modell „Person-in-Environment“ ist Grundlage der sozialen Diagnose und Intervention in der Sozialen Arbeit. Auch Röh setzt zur heutigen Zeit an Salomons Theorie an. Er benennt, dass die soziale Diagnose ein besonderes Problemverständnis beinhalten sollte, welches immer das bio-psycho-soziale Modell und die „Person-in-Environment“ Perspektive berücksichtigen müsse.<sup>163</sup> Bei der Erstellung einer sozialen Diagnose kommen verschiedene Methoden und Techniken zum Einsatz. Beispielhaft zu nennen sind an dieser Stelle die Person-in-Environment Klassifikation, das Genogramm und die Netzwerkkarte sowie Inklusionscharts.<sup>164</sup>

Die soziale Diagnose ist als ein Prozess und nicht wie in den Nachbarprofessionen, zum Beispiel der Medizin, einseitig, sondern als dialogisches Verständnis zu verstehen, „welches keine letzten Wahrheiten postuliert, sondern die Diagnose immer als Angebot oder Hypothese präsentiert, aus dem bestenfalls ein Helfer-Klient-Arbeitsbündnis wird, um die Hilfe als Koproduktion zu gestalten.“<sup>165</sup>

Das Konzept der sozialen Diagnose möchte zum einem eine Verbesserung der Lebenssituation von Klienten auf der Basis einer genauen Erfassung der sozialen Problemlagen und daraus folgender Interventionen erreichen und zum anderen die wissenschaftliche und methodische Professionalisierung und Festigung der Sozialen Arbeit vorantreiben.<sup>166</sup> Soziale Diagnose ist zu verstehen als „eine systematische Beschreibung der konkreten Einzelschritte, aus denen sich die soziale Arbeit zusammensetzt.“<sup>167</sup>

---

*ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe. 2. Jg, August 2006, S. 7.*

<sup>162</sup> Salomon, Alice: Zitiert nach: Müller, C. Wolfgang.: *Wie helfen zum Beruf wurde. Band I. Eine Methode der Geschichte der Sozialen Arbeit. 1988-1945.* Weinheim Verlag, Basel, 1988, S. 145.

<sup>163</sup> Zur weiteren Ausführung des für die soziale Diagnose bedeutenden bio-psycho-sozialen Modells sowie das Model der Person-in Umwelt siehe Kapitel 4.3.2: Bio-psycho-soziales Modell.

<sup>164</sup> Vgl. Röh, Dieter: *Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialen Arbeit.* In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit.* Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 43-47.

<sup>165</sup> Ebd. S. 47.

<sup>166</sup> Vgl. ebd. S. 48.

<sup>167</sup> Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Dianose zum Clinical Social Work.* In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe. 2. Jg, August 2006, S. 7.*

Die Klinische Sozialarbeit in Deutschland durchläuft einen noch anhaltenden Entwicklungsprozess. Sie hat sich erst in den letzten Jahren aus der Sozialarbeit im Gesundheitswesen unter steigender Aufmerksamkeit und kritischer Beobachtung der Fachöffentlichkeit herausgebildet. „Von Klinischer Sozialarbeit wird gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in Behandlungskontexten erfolgt und eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt.“<sup>168</sup> Die wissenschaftliche Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit ist von besonderer Bedeutung, da erst in den letzten Jahren wie im Fachbereich der Klinischen Sozialarbeit damit angefangen wurde, eigene Modelle und Theorien zu Gesundheit und Krankheit zu entwickeln. Eigene Behandlungsmethoden müssen weiter entwickelt werden. Soziale Arbeit kann sich an seinen Nachbardisziplinen fachlich orientieren, muss dabei aber die eigene Theoriebildung stärken. So meint Alice Salomon 1926: „Der soziale Arbeiter muss [...] seine eigenen Methoden erarbeiten. Er kann sie nicht von anderen Wissenschaften übernehmen. Aber er kann doch von der Methodik der anderen lernen.“<sup>169</sup> Die DGSA kommt zu folgender Aussage „Klinische Sozialarbeit bezeichnet sowohl eine Handlungswissenschaft<sup>[170]</sup> als auch eine besonders qualifizierte Fachsozialarbeit: Die wissenschaftliche Aufgabe besteht in der Erkenntnisgewinnung bzgl. psychosozialer Probleme und klinisch-sozialen Handelns (Forschung und Evaluation) sowie in der Ausbildung und Anleitung von wissenschaftlich reflektierenden PraktikerInnen.“

<sup>171</sup> Nach Ortmann und Schaub entsteht die Theorie Klinischer Sozialarbeit durch Praxeologien. „Praxeologien sind als Versionen zu verstehen, die Orientierung geben und ein Sichzurechtfinden im Hilfeprozess erleichtern“<sup>172</sup> Die Theorie kann aus den Tatbeständen der Praxis entwickelt werden. „Die Hilfepraxis stellt ein prozessuales Geschehen dar, in dem Probleme und Problemlösungen personal in Beziehungen und Interaktionen und konzeptionell mit Verstehensmodellen, die das Denken und Handeln orientieren, verhandelt und ausgehandelt werden.“<sup>173</sup>

Psychosoziale Forschungsfragen zielen ab auf die „Person-in-Environment“ unter folgenden Themenstellungen:

- Soziogenese von Krisen, Störungen und Erkrankungen

---

<sup>168</sup> Homepage der Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. DGSA: *Sektion Klinische Sozialarbeit*. <http://www.dgsainfo.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/inhalt.html>. Eingesehen am 15.02.2011, 12.15 Uhr.

<sup>169</sup> Feustel, Adriane In: *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. In: Geißler-Pilz, Brigitte (Hrsg.), LIT Verlag, Münster, 2005, S. 33.

<sup>170</sup> Soziale Arbeit wird „wissenschaftstheoretisch als eine Querschnittswissenschaft verstanden, die zwischen einer sozialen und einer geisteswissenschaftlichen Orientierung verortet werden kann. Sozialarbeitswissenschaft ist eine eigenständige Fachwissenschaft des Sozialen.“ Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009.

<sup>171</sup> Homepage der Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. DGSA: *Sektion Klinische Sozialarbeit*. <http://www.dgsainfo.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/inhalt.html>. Eingesehen am 15.02.2011, 12.15 Uhr.

<sup>172</sup> Ortmann, Karlheinz; Schaub, Heinz-Alex: *Die Bedeutung des Zusammenwirkens von Praxis, Theorie und Forschung für eine praxeologisch begründete klinische Sozialarbeit*. In: *neue Praxis*, Jg. 34, Heft 6, 2004, S. 598- 607.

<sup>173</sup> Ebd. S. 598- 607.



- Bewältigung von Belastungen, Störungen und Erkrankungen
- Bedeutung des sozialen Netzwerkes und der sozialen und sozialprofessionellen Unterstützung
- Psycho-soziale Intervention oder Handlungsmethoden<sup>174</sup>

Die Klinische Sozialarbeit war in Deutschland 30 Jahre sehr anonym. 1998 war Went einer der frühesten Impulsgeber, der nach dem Vorbild des Clinical Social Work in den USA eine Positionierung und Profilierung an Teilhabe der Klinischen Sozialarbeit in Behandlungsprozessen für psychisch und somatisch Erkrankte einforderte.<sup>175</sup>

Vereinzelte Wissenschaftler, in der Praxis Tätige und die "Sektion Gesundheit" der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit und Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin stellten zur Zeit der Jahrtausendwende die Notwendigkeit einer klinischen Fachsozialarbeit erneut fest und nahmen sich der Klinischen Sozialarbeit an und machten dies zum Thema.<sup>176</sup> „Die Soziale Arbeit in den Sozialdiensten der Krankenhäuser hat sich dieses Profils schnell bedient, ohne den damit verbundenen theoretischen und methodischen Anforderungen psychosozialer Beratung und Behandlung in der Realität der meisten Kliniken entsprechen zu können. Denn definiert wird Klinische Sozialarbeit als beratende und behandelnde Sozialarbeit, gleich ob sie in ambulanten, teilstationären oder stationären Settings mit Menschen arbeitet, die an psychischen Behinderungen leiden, sich in Krisen oder Notlagen befinden.“<sup>177</sup> Der Begriff „klinisch“ stammt ursprünglich aus dem Griechischen „kline“ und hat die Bedeutung „Lager“ oder „Bett“. Im Zusammenhang mit einer gesundheitsbedingten Bettlägerigkeit steht ein Bezug zur Tätigkeit mit Kranken. Der Kliniker ist also der, der mit dem Erkrankten im Behandlungskontext arbeitet. Im Englischen und Französischen ist der Begriff „clinic“ bzw. „clinique“ nicht ausschließlich medizinisch besetzt. Der Begriff konnotiert den Prozess einer therapeutischen Behandlung und Beratung von Klienten. Eingeschlossen werden alle Personen, die an dem Prozess der Behandlung/Beratung praktisch teil haben.<sup>178</sup>

Bedeutend ist es, dass die Klinische Sozialarbeit es auf den Behandlungsaspekt und nicht auf den Behandlungsort, wie beispielsweise das Krankenhaus, absieht. „Klinisch bezieht sich somit auf personenzentrierte Tätigkeiten, wie sie aus der Klinischen Medizin und Klinischen Psychologie bekannt sind. Klinisch tätig zu sein bedeutet, bezogen auf die Sozialarbeit direkte Interaktion mit Klienten, konkretes fallbezogenes Handeln und Behandeln -- was der Begriff "direct practice" präzise ausdrückt. Dieser lässt zwar den methodischen Ansatz deutli-

---

<sup>174</sup> Vgl. Pauls, Helmut: *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011, S. 25-26.

<sup>175</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlungen in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. LIT-Verlag, 2005, S.1.

<sup>176</sup> Vgl. ebd. S.1.

<sup>177</sup> Ebd. S.1.

<sup>178</sup> Vgl. ebd. S.1.

cher erkennen, greift aber in der wissenschaftstheoretischen Diskussion zu kurz und vermag keine Abgrenzung zu anderen Professionen herzustellen.“<sup>179</sup> Hier muss Klinische Sozialarbeit weiter ansetzen und die wissenschaftlichen und berufspolitischen Standards für eine bessere Gesamtpositionierung müssen weiter ausgebaut und gefestigt werden. Diese Masterthesis soll auch seinen Teil dazu leisten.

Sozialarbeit im Gesundheitswesen wird bei kranken Menschen tätig, die aus ihren lebensweltlichen Bezügen herausgerissen wurden und die in Bezug auf den Wiedergewinn alltagsbezogener Balance zu unterstützen sind. Dazu zählen soziale, ökonomische, rechtliche und verwaltungsbezogene Aspekte.<sup>180</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit DGS hebt 2001 die Klinische Sozialarbeit noch mal speziell aus der Gesundheitssozialarbeit heraus, in dem sie feststellt: „So richtig es ist, alle recht verstandene Soziale Arbeit als gesundheitsdienlich zu bezeichnen, so notwendig ist eine Präzisierung: Wenn gesundheitsfördernde Aufgaben ins Zentrum rücken, kann von Gesundheitssozialarbeit gesprochen werden. Und sofern dies in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten erfolgt, sprechen wir von Klinischer Sozialarbeit, die zusätzliche Kompetenzen erfordert. ... (H)ierzulande (ist) ein eigenes Verständnis von Klinischer Sozialarbeit zu entwickeln, das weder mit ‚Sozialarbeit in Kliniken‘ noch mit ‚Medikalisierung des Sozialen‘ gleichgesetzt werden kann.“<sup>181</sup>

### **4.3 Klassische bedeutende Zugänge, Methoden, Arbeitsformen, professionelle Auffassungen und Theorien der Klinischen Sozialarbeit**

Im folgenden Teil des Kapitels werden zunächst die bedeutenden Theorien vom

1. „Problem und Handlungsverständnis“ von der Weiterentwicklung des systemtheoretischen Bungschen Ansatzes der Sozialen Arbeit durch Staub- Bernasconi, Obrecht und Geiser,
2. sowie das „bio-psycho-soziale Modell“,
3. das „Life Model“
4. und das „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“

vorgestellt und näher erläutert. Anschließend werden dann das Konzept „Social Support“ und die psychosoziale professionelle Beratung als allgegenwärtige Methode in der Klinischen Sozialarbeit näher beschrieben und darauf folgend auf weitere Kompetenzen und

---

<sup>179</sup> Vgl. ebd. S.11.

<sup>180</sup> Vgl. Homepage der Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. DGSA: *Sektion Klinische Sozialarbeit*. <http://www.dgsainfo.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/inhalt.html>. Eingesehen am 15.02.2011, 12.15 Uhr.

<sup>181</sup> Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit DGS: Arbeitskreis Sozialarbeit und Gesundheit (2001): *Plädoyer für klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit*. *Forum Sozial* 2(1),16-17. Zitiert nach: Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe*. 2. Jg, August 2006, S. 7.

Handlungsmethoden der Klinischen Sozialarbeit eingegangen. Abschließend wird die professionelle Arbeitshaltung Klinischer Sozialarbeit erläutert.

#### **4.3.1 Problem und Handlungsverständnis von der Weiterentwicklung des systemtheoretischen Bungschen Ansatzes der Sozialen Arbeit durch Staub-Bernasconi, Obrecht, Geiser**

Das soziale Problem ist für die Soziale Arbeit von besonderer Bedeutung, da es der Ausgangspunkt für das sozialarbeiterische Handeln ist. Wie in Kapitel 4.1 gezeigt, ist das Soziale Problem auch in fast allen Definitionen der Sozialen Arbeit zu finden, welches die Bedeutung fundiert. Soziale Probleme sind anders formuliert, Störungen in der sozialen Dimension einer biopsychosozial zu verstehenden Gesundheit.<sup>182</sup>

Soziale Arbeit und ihr Verständnis von sozialen Problemen nach dem materialistischen Bungschen Ansatz<sup>183</sup> wurde von der Züricher Schule, unter anderem von Staub-Bernasconi, Obrecht, und Geiser, aufgenommen, weiterentwickelt und übertragen.<sup>184</sup> Im Folgenden wird das systemische Paradigma der Sozialen Arbeit nach der Züricher Schule erläutert. Systemorientierte Sozialarbeit hat „stets die dysfunktionellen sozialen Systemzusammenhänge im Auge.“<sup>185</sup> Lüssi fordert von der Sozialarbeitslehre den vielgesagten Begriff des „Sozialen“ genauer und präziser zu definieren und auszulegen. „Ein soziales Problem stellt der soziale Sachverhalt erst dar, wenn ihm auch eine begriffsgenügende Problematik

---

<sup>182</sup> Vgl. Ortmann, Karlheinz (Hrsg.): Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. 2007, S. 33.

<sup>183</sup> „Zu Bungs Philosophie gehört eine wissenschaftsorientierte Ontologie, verstanden als ein systemischer Materialismus oder Naturalismus, der die «Emergenz der jeweiligen Entwicklungsstufen der Natur berücksichtigt, sowie eine realistische Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie.“ Zitiert nach: Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: *Die Züricher Schule und das systemische Pradigma der Sozialen Arbeit*. Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Hrsg.): Soziale Arbeit 100-Jahr Jubiläum. Züricher Fachhochschule, Zürich, S. 4.

„Es handelt sich dabei um eine Systemtheorie-Variante, die ein zentraler Bestandteil eines in sich konsistenten *wissenschaftsbasierten Weltbilds* ist, orientiert an der heute in den Wissenschaften weitgehend geteilten Evolutionstheorie, wonach die Natur sich von der anorganischen Materie über die einfachsten organischen Lebensformen bis zur menschlich-gesellschaftlichen Welt in Stufen entwickelt hat, wobei jede Stufe neue «emergente» Eigenschaften aufweist. Diese Stufen oder Ebenen sind wichtig für die Differenzierung in der Art der sozialen Probleme, mit denen es die Soziale Arbeit zu tun hat. Beispiel: Auch wenn der Mensch (ein *selbstwissensfähiges Biosystem*) nicht ohne seine physikalischen, chemischen, biologischen, psychischen Eigenschaften und Prozesse begriffen werden kann, können seine (den genannten gegenüber) emergenten Eigenschaften, nämlich auch ein soziales und kulturelles Wesen zu sein, nicht durch die Reduktion auf seine biologischen Eigenschaften hinreichend verstanden und erklärt werden. So verbietet sich für die Zürcher Schule jede Art von Reduktionismus (ob in Gestalt des Physikalismus, Biologismus, Psychologismus, Soziologismus oder Ökonomismus), wie man sie auch aus der Theoriegeschichte der Sozialen Arbeit kennt.“<sup>183</sup> Zitiert nach: Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: *Die Züricher Schule und das systemische Pradigma der Sozialen Arbeit*. Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Hrsg.): Soziale Arbeit 100-Jahr Jubiläum. Züricher Fachhochschule, Zürich, S. 4.

<sup>184</sup> Vgl. Klassen, Michael: *Was leisten Systemtheorien in der Sozialen Arbeit? Ein Vergleich der systemischen Ansätze von Niklas Luhmann und Mario Bunge*. Haupt Verlag, Bern/Stuttgart/Wien, 2002, S. 170.

<sup>185</sup> Lüssi, Peter: *Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung*. Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, 2001, S.349.

innewohnt.“<sup>186</sup> Die Züricher Schule kommt somit dem Wunsch von Lüssi über ein präziseres soziales Problemverständnis nach. Für Staub-Bernasconi ist Soziale Arbeit die Antwort auf soziale Probleme in der Gesellschaft.<sup>187</sup>

Dieses Paradigma oder Modell der Sozialarbeitswissenschaft „ist ein durch einen gemeinsamen metatheoretischen (philosophischen) Bezugsrahmen fundiertes und zusammengehaltenes System von Theorien zu sozialarbeitswissenschaftlichen Themen.“<sup>188</sup> In dem Modell sind folgende Theorien integriert: eine Theorie sozialer Probleme, eine Bedürfnistheorie, eine Bild-Code-Theorie, eine allgemeine Handlungstheorie, verschiedene spezielle Handlungstheorien, eine theoriegeleitete Methodenentwicklung, praktisch handhabbare, ausdifferenzierte analytisch-diagnostischen Verfahren.<sup>189</sup>

In dieser Master-Thesis ist es nicht möglich auf alle Theorien einzugehen. Bedeutend ist jedoch das Verständnis von sozialen Problemen und Bedürfnissen, so wie das integrierte Paradigma. Im theoretischen Verständnis des prozessual-systemischen Paradigmas, welches Staub-Bernasconi in der metatheoretischen Reflexion sozialer Probleme nutzt, versteht sie Wirklichkeit folglich: „Die Wirklichkeit des Menschen, der Gesellschaft und der Kultur ist dem nach prozessual-systemisch beschaffen, das heißt:

- (a) Das alles was ist, ist in Bewegung, ist vergänglich und veränderbar und somit Prozessen unterworfen. (Zeitkomponente).
- (b) Alles was ist, ist in Systemen eingewoben und steht somit in Beziehung zueinander (Raumkomponente).“<sup>190</sup>

Dieser systemtheoretische Ansatz differenziert sich klar von der Schule des Systemverständnisses von Luhmann oder von Theorien eines radikalen Konstruktivismus, welche in der Sozialen Arbeit ebenfalls zu gegen sind.<sup>191</sup>

Im Folgenden wird auf die Theorie sozialer Probleme und Bedürfnisse eingegangen. Menschen sind nach Obrecht und Staub-Bernasconi von Geburt an in soziale Systeme eingebunden und verinnerlichen Struktur und Funktion dieser. Sie sind „selbstwissensfähige Biosysteme“ mit- bezogen auf die Form der Befriedigung – biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen und sind zugleich lernfähige Organismen bezüglich der Gestal-

---

<sup>186</sup> Vgl. Lüssi, Peter: Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, 2001, S.81.

<sup>187</sup> Vgl. Staub-Bernasconi, Silvia: Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international oder vom Ende der Bescheidenheit. Bern, Stuttgart, Wien, 1995a, S.135.

<sup>188</sup> Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: *Die Züricher Schule und das systemische Paradigma der Sozialen Arbeit*. Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Hrsg.): Soziale Arbeit 100-Jahr Jubiläum. Züricher Fachhochschule, Zürich, S. 1.

<sup>189</sup> Vgl. ebd. S. 1.

<sup>190</sup> Staub-Bernasconi, Silvia: *Menschengerecht Handeln*. In: Engleke, Ernst; Borrmann, Stefan; Spatscheck, Christian (Hrsg.): Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2009, 450.

<sup>191</sup> Vgl. Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: *Die Züricher Schule und das systemische Paradigma der Sozialen Arbeit*. Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Hrsg.): Soziale Arbeit 100-Jahr Jubiläum. Züricher Fachhochschule, Zürich, S. 1.

tung der Wechselwirkung von Empfindung, Affekten, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen, Wahrnehmung, Denken und Absicht. Damit knüpfen beide an die bedürfnistheoretische Tradition in der Theoriebildung zu Sozialer Arbeit an.“<sup>192</sup> Die Befriedigung der Bedürfnisse ist für Menschen (Biosysteme) normal. Sie versuchen in bestimmten Zuständen zu sein und wollen Abweichungen ausbalancieren. Bedürfnisbefriedigung ist abhängig von der Quantität, der Verfügbarkeit der bedürfnisbefriedigenden Güter, so wie Situationen und die Fähigkeit des Bedürfnissuchenden.<sup>193</sup>

Obrecht definiert Bedürfnisse folgendermaßen: „Ein Bedürfnis ist ein interner Zustand (mehr oder weniger weit) weg vom für den Organismus befriedigten Zustand (Wohlbefinden), der innerhalb des Nervensystem registriert wird und davon (d.h. von diesem Spannungszustand) ausgehend den Organismus (das Individuum) zu einer Kompensation des entstandenen Defizits ein nach außen gerichtetes motiviert. Mit anderen Worten geht es um Wiederherstellung von inneren <Soll-Werten>.“<sup>194</sup>

Nach Obrecht lassen sich Bedürfnisse, basierend auf ihrer Funktion in Bezug auf die Aufrechterhaltung innerer Strukturen menschlicher Organismen und somit menschlichen Wohlbefindens in drei Hauptgruppen einteilen:

- „*Biologische Bedürfnisse* im engeren Sinne, die bedingt sind durch den Umstand, dass Organismen selbstgesteuerte, autopoietische Systeme sind;
- *Psychische Bedürfnisse*, die bedingt sind durch den Umstand, dass die Steuerung durch ein komplexes und plastisches Nervensystem erfolgt, dessen angemessenes Funktionieren von einer bestimmten quantitativen und qualitativen sensorischen Grundstimulation sowie – in Bezug auf den aktuellen Bedarf des Gehirns – hinreichender Information abhängt;
- *Soziale Bedürfnisse*, bedingt durch den Umstand, dass Menschen selbstwissensfähig sind und ihr Verhalten innerhalb sozialer Umgebung über emotion-kognitive Prozesse regulieren.“<sup>195</sup>

Nach Staub-Bernasconi haben unbefriedigte Bedürfnisse „immer negative Folgen für das individuelle Wohlbefinden und oft auch für das sozialkulturelle Umfeld des Individuums.“<sup>196</sup>

Weiter sagt Staub-Bernasconi aus, dass unbefriedigte Bedürfnisse Ausgangsgrundlage für ein Problem<sup>197</sup> sind. Dies geht aus der folgenden Begriffsdefinition hervor. Ein „Problem“

---

<sup>192</sup> Staub-Bernasconi, Silvia: *Menschengerecht Handeln*. In: Engleke, Ernst; Borrmann, Stefan; Spatscheck, Christian (Hrsg.): *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2009, S.451.

<sup>193</sup> Vgl. ebd. 451-452.

<sup>194</sup> Obrecht, Werner 2005: Zitiert nach: Staub-Bernasconi, Silvia: *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Haupt Verlag, Bern-Stuttgart-Wien, 2007, S.170.

<sup>195</sup> Ebd. S.171.

<sup>196</sup> Staub-Bernasconi, Silvia: *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Haupt Verlag, Bern-Stuttgart-Wien, 2007, S.171.

<sup>197</sup> Soziale Probleme ergeben sich nach Staub-Bernasconi im allgemeinen dadurch, dass

kann als ein „Zustand bezeichnet werden, mit dem ein Bedürfnisbefriedigung suchendes, zielbewusstes Individuum unzufrieden ist oder/und dafür keine Problemlösung kennt oder/und keinen Zugang zu problemlösungsangemessenen Ressourcen hat.“<sup>198</sup>

Die Definition verdeutlicht, dass soziale Probleme nicht ohne die Berücksichtigung der biopsychosozialen Sichtweise und der Analyse der strukturell übergeordneten sozialen Systeme, sowie gegebenenfalls ergänzend durch eine Analyse der ökologischen Umgebung (physikalisch-chemische und nicht-humanbiologische Systeme) dargestellt werden können.<sup>199</sup>

„Soziale Probleme implizieren, dass entweder das Problem selber eine soziale Dimension aufweist, z. B. Arbeitslosigkeit, Isolation, oder das Problem durch einen sozialen Mechanismus entsteht, z. B. ungleiche Zugangschancen zu Bildung, Repression.“<sup>200</sup>

Geiser abstrahiert soziale Probleme „als Struktur-Akteur-Struktur-Problem [...]– sie betreffen sowohl a) die Beschaffenheit der sozialen Systeme wie diejenigen ihrer Komponenten und b) die Prozesse zwischen den System unterschiedlichen Niveaus. Will man die Mechanismen (Gesetzmäßigkeiten) zwischen Systemen und übergeordneten bzw. untergeordneten Systemen erklären, bedarf es jeweils so genannter mehrniveaunaler, d.h. transdisziplinär verknüpfter Theorien aus Einzeldisziplinen.“<sup>201</sup>

---

„(a) wir die Anderen für unser Überleben, die Befriedigung und der Bedürfnisse und Wünsche brauchen und die Anderen uns...brauchen, (b) diese Bedürfnisse unterschiedlich elastisch sind, (c) wir in Sozialen Systemen leben, in denen mit unterschiedlichen, realen wie künstliche hergestellten Knappheiten in Bezug auf unterschiedliche elastische Bedürfnisse – die Grundlage für Macht – umgegangen werden muss, (d) gleichzeitig die individuellen Wünsche grenzenlos sein und mithin deren Erfüllung die Befriedigung der Bedürfnisse anderer Menschen beeinträchtigen können, (e) wir anderen Leid zufügen oder helfen, andere ausschließen, bekämpfen oder mit ihnen kooperieren können, (f) wir als lernfähige, bewußte Individuen Probleme überhaupt feststellen, zwischen wahr richtig und falsch unterscheiden können und innerhalb bestimmter Grenzen frei sind, das Richtige, Wahre oder Falsche zu wählen, (g) wir schließen für die Befriedigung unserer Bedürfnisse und Wünsche behinderte oder begrenzende Regeln/Normen durchsetzen und mithin behindernde oder begrenzte Machtstrukturen aufbauen können.“ Staub-Bernasconi, Silvia: *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international oder vom Ende der Bescheidenheit*. Bern, Stuttgart, Wien, 1995a, S.135. Obrecht definiert ein soziales Problem als „a) ein praktisches Problem, das b) ein sozialer Akteur c) mit seiner interaktiven Einbindung und Position (Rollenstatus) in die sozialen Systeme hat, deren Mitglied der faktisch ist. Ein solches Problem äußert sich als Spannungszustand (-Bedürfnis) innerhalb des Nervensystems als Folge des Auseinanderfallens zwischen eine Organismus registrierten Istwert in Form eines Bildes oder internen Modells des Individuums in seiner Situation und einem organisch repräsentierten Sollwert (Bedürfnisbefriedigung), der mit den verfügbaren internen (Motivation, Wissen und Können und externen Ressourcen (vorhanden oder endgültig) nicht reduziert werden kann.“ Obrecht, Werner: *Das Systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit. Eine transdisziplinäre Antwort auf das Problem der Fragmentierung des Professionellen Wissens und die unvollständige Professionalisierung der Sozialen Arbeit*. In: Zürich Hochschule für Soziale Arbeit (Hrsg.): *Zürcher Beiträge zu Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Nr. 4, September*, Zürich, 2001. S. 63f.

<sup>198</sup> Staub-Bernasconi, Silvia: *Menschengerecht Handeln*. In: Engleke, Ernst; Borrmann, Stefan; Spatscheck, Christian (Hrsg.): *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, <sup>5</sup>2009. 451-452.

<sup>199</sup> Vgl. Geiser, Kasper: *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung*. Lambertus Verlag GmbH, Freiburg i. Br. <sup>4</sup>2009, S. 60.

<sup>200</sup> Klassen, Michael: *Was leisten Systemtheorien in der Sozialen Arbeit? Ein Vergleich der systemischen Ansätze von Niklas Luhmann und Mario Bunge*. Haupt Verlag, Bern/Stuttgart/Wien, 2002, S. 170.

<sup>201</sup> Geiser, Kasper: *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung*. Lambertus Verlag GmbH, Freiburg i. Br. <sup>4</sup>2009, S. 61.

Staub Bernasconi arbeitet an der Theorie sozialer Probleme und arbeitet parallel den entscheidenden Problemaspekt der Sozialen Arbeit heraus<sup>202</sup> „Es geht um das Gemeinsame, das alle Professionellen der Sozialen Arbeit verbindet: sie bearbeiten soziale Probleme von Individuen und sozialen Systemen. Es sind diese Gemeinsamkeiten der Adressatinnen, die sich in der Realität Sozialer Arbeit manifestieren und die im Zentrum der ersten umfangreichen Arbeit von Staub-Bernasconi standen.“<sup>203</sup> Werte und Ziele der Sozialen Arbeit stellt Staub-Bernasconi anhand von Problemkategorien dar, in denen unterschiedliche anzustrebende Werte und Kriterien zugeordnet werden. Dies wird anhand folgender Beispiele ersichtlich:

- (a) „Ausstattungsprobleme: körperliche Unversehrtheit, Gesundheit, soziale Gerechtigkeit, Rechtsgleichheit, Bewusstheit, Echtheit, Selbstkongruenz, Wahrheit, Richtigkeit, Sinn- und Zweckhaftigkeit, Leistungsfähigkeit, Wertrationalität, Funktionalität, Effizienz und soziale Unentbehrlichkeit, Autonomie als Kontrolle eigener Lebensumstände;
- (b) Austauschprobleme (horizontale Organisationsprinzipien): Begrenzungsmacht als faire Regeln bezüglich Verteilungsgerechtigkeit, Nächstenliebe, herrschaftsfreie Kommunikation, Kooperation und Teilnahme;
- (c) Machtprobleme (vertikale Organisationsprinzipien): Begrenzungsmacht als faire Regeln bezüglich Verteilungsgerechtigkeit und integraler Demokratie, Legitimationsverfahren der Machtausübung, Gewaltlosigkeit;
- (d) Kriterienprobleme: Humanität/Menschwürde, Freiheit, Teilhabe und soziale Gerechtigkeit.“<sup>204</sup>

Zusammenfassend lässt sich nach Staub-Bernasconi Faktum sagen, dass Menschen für ihr Überleben, ihre Existenzsicherung und ihr Wohlbefinden nicht nur auf eine natur- und menschengerechte ökologische Umwelt, sowie eine menschengerechte Gesellschaft angewiesen sind, sondern auch auf Bedürfnis- und Wunscherfüllung in Bezug auf Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienprobleme.<sup>205</sup> Staub-Bernasconi übernimmt damit Werte, die explizit oder implizit in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 enthalten sind und die Grundlage für die Konzeption der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession durch die internationale Profession- und Ausbildungsvereinigung der IASSW und der IFSW darstellen.<sup>206</sup> Staub-Bernasconi kommt in ihrer Arbeit zu der Aussage, dass jegliche Aktivität von Seiten Sozialer Arbeit bei Bedarf immer ein angemessenes sozialarbeiterisches metho-

---

<sup>202</sup> Vgl. ebd. S. 68.

<sup>203</sup> Ebd. S. 68.

<sup>204</sup> Staub-Bernasconi, Silvia: *Menschengerecht Handeln*. In: Engleke, Ernst; Borrmann, Stefan; Spatscheck, Christian (Hrsg.): *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2009. 457.

<sup>205</sup> Vgl. ebd. 454.

<sup>206</sup> Vgl. ebd. 457.

disches Handeln passgenau auf die jeweiligen Problemkategorien erfordert.<sup>207</sup> In Angesicht dieses Verständnisses Sozialer Arbeit geht es darum, soziale Probleme nicht aufkommen zu lassen, sie zu lösen oder sie wenigstens möglichst abzuschwächen.<sup>208</sup>

In der systemischen Erkenntnis- und Bedürfnistheorie von Staub-Bernasconi wird aufgezeigt, dass Menschen Bedürfnisse nach gesellschaftlicher Teilhabe haben. Nach Staub-Bernasconi basiert die grundlegende Herausforderung für Menschen darauf: „Problemen der Bedürfnisbefriedigung und Wunscherfüllung gegenüberzustehen und zu lernen, innerhalb der Struktur sozialer Systeme und in Kooperation und Konflikt mit anderen Menschen Lösungen hierfür zu suchen“.<sup>209</sup> Diese gemeinsamen Problemlösungs- und Bedürfnisbefriedigungsprozesse benötigen ihrer Meinung nach Partizipation.<sup>210</sup> Austausch und Interaktion zu anderen Menschen ist erforderlich, damit die eigenen Bedürfnisse befriedigt und Probleme aufgehoben oder gemildert werden können. Soziale Problemlagen sind nach den Ausarbeitungen von Staub-Bernasconi bzw. der Züricher Schule als Teil eines bio-psycho-sozialen Problemgerüsts bzw. als ein bio-psycho-soziales Problemsystem der einzelnen Individuen zu verstehen, welches in den jeweiligen Person-in-Umwelt Situation bzw. Lebenssituation gelebt wird.<sup>211</sup> Die Zuweisungskategorien der Lebenssituationen, wie z.B. Einkommen, Bildungsstand, Wohnen Alter, Geschlecht, Motivation, Bewältigungsvermögen<sup>212</sup> sind ausführlich in Kapitel 3: erläutert und für chronisch psychisch kranke Menschen im Speziellen beschrieben. Im nächsten Kapitel wird weiter der Bezug der Klinischen Sozialarbeit zu diesem systemischen bio-psycho-sozialen Verständnis beschrieben.

---

<sup>207</sup> Vgl. Geiser, Kasper: Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung. Lambertus Verlag GmbH, Freiburg i. Br. <sup>4</sup>2009, S. 69.

<sup>208</sup> Ebd. S. 70.

<sup>209</sup> Staub-Bernasconi, Silvia:1995, S. 130. Zitiert in: Lüttringhaus, Maria: *Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen Katernberg und der Dresdener Neustadt. Beiträge zur Demokratieentwicklung von unten Nr.17.* Stiftung Mitarbeit, Bonn ,2000, S.7.

<sup>210</sup> Vgl. Lüttringhaus, Maria: *Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen Katernberg und der Dresdener Neustadt. Beiträge zur Demokratieentwicklung von unten Nr.17.* Stiftung Mitarbeit, Bonn, 2000, S. 8.

<sup>211</sup> Vgl. Ortman, Karlheinz (Hrsg.): *Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin.* 2007, S. 34.

<sup>212</sup> Vgl. Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe.* Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009, S. 78.



### 4.3.2 Bio-psycho-soziales Modell

Der klassische Zugang der Klinischen Sozialarbeit definiert sich dabei vor allem über das bio-psycho-soziale Modell von Uexküll und Wesiack, auf dem das ganzheitliche Verständnis von Gesundheit, Störung, Krankheit, Behinderung und sozialer Teilhabe der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgebaut ist. Die folgende Grafik zeigt die systematische Abbildung des bio-psycho-sozialen Modells:

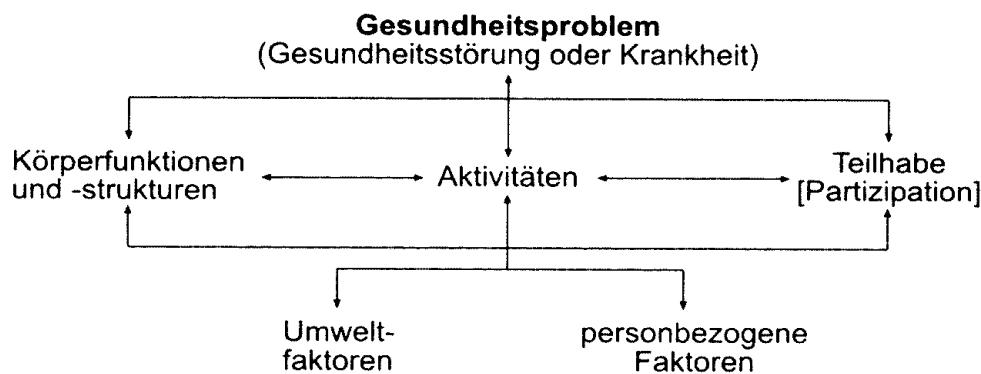


Abbildung 2: Übersichtsschema der ICF: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF<sup>213</sup>

Das bio-psycho-soziale Modell sieht die Person in ihrer Umwelt und bietet die Möglichkeit, die Belastungen eines Klienten ganzheitlich im Zusammenspiel der drei Dimensionen „biologisch“, „psychologisch“ und „sozial“ zu betrachten. „Da es in diesem wissenschaftstheoretischen Verständnis eine gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Ebenen, also des Körpers, der Psyche und des Sozialen gibt [...], kann auch in allen Bereichen der Sozialen Arbeit davon ausgegangen werden, dass immer alle Ebenen virulent wirken und somit betrachtet und evtl. in der Intervention berücksichtigt werden müssen.“<sup>214</sup> Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass Problematiken immer in Zusammenhang bzw. in Wechselwirkung mit den anderen Dimensionen gesehen werden müssen. Behinderung und Krankheit kann demnach „als eine negative Wechselwirkung zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem, ICD) und ihren Kontext in Bezug auf Teilhabe an einem für sie wichtigen Lebensbereich gesehen werden.“<sup>215</sup> Zum Beispiel, kann sich ein Beziehungsproblem, welches sich zunächst als ein soziales Problem einstufen lässt, auch negativ auf die Psyche und auf das

<sup>213</sup> ICF: In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): *ICF-Praxisleitfaden Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation*. Frankfurt am Main, 2006, S.11.

<sup>214</sup> Röh, Dieter: *Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialen Arbeit*. In: Ortman, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 42.

<sup>215</sup> Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009, S.55-56.

Biologische, also den physischen Bereich des Klienten, auswirken. Beispielsweise ist jemand, der psychisch angegriffen ist, auch auf der sozialen Ebene verletzbarer, so dass er z.B. in einer Beziehung schneller gereizt ist.

Aus der Sicht der Klinischen Sozialarbeit ist „Krankheit als das Resultat von Passungsstörungen oder –Verlusten auf der somatischen, psychischen und sozialen Systemebene [zu]verstehen und ist damit grundsätzlich biopsychosozial zu verstehen.“<sup>216</sup> Dies wird durch die Visualisierung der folgenden Abbildung 3 verdeutlicht.



**Abbildung 3: Bio-psycho-soziale Betrachtungsweise des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens<sup>217</sup>**

Gesundheitliche Problemlagen sind somit allen drei Systemebenen zuzuordnen, die im Austausch miteinander stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Dieses Erkenntnis legitimiert und fordert zugleich das Mitwirken psychosozialer Berufsgruppen neben der Medizin an der Behandlung von Krankheiten.<sup>218</sup> „Was Soziale Arbeit von anderen Professionen unterscheidet, ist nämlich ihr dreifacher Fokus auf die biologischen, psychischen und sozialen Systeme und Bedürfnisse von Menschen, ihr spezialisierter Generalismus.“<sup>219</sup> Dieses bio-psycho-soziale multidimensionale Grundverständnis ist gerade für die Klinische Sozialarbeit von besonderer Bedeutung, da ihre Arbeitsweise dem Verständnis von „Sozialarbeit als Behand-

<sup>216</sup> Ortmann, Karlheinz (Hrsg.): *Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin*. 2007. S. 9.

<sup>217</sup> Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe*. 2. Jg, August 2006, S. 10.

<sup>218</sup> Vgl. Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko: *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Schneider Verlag, Hohengehren, 2005, S.7 ff.

<sup>219</sup> Kleve, Heiko; Haye, Britta: *Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung*. In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006, S. 108 f.

lung“<sup>220</sup> entspricht. Aus der sozialökologischen Perspektive des oben beschriebenen Person-in-Environment-Modells ist es der Sozialarbeit schon ein historischer bekannter Begleiter.<sup>221</sup> Dieses neuere Verständnis der ICF ist auch von zentraler Bedeutung für die Position der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit im Gesundheitssystem. Die Definition der funktionalen Gesundheit verdeutlicht und sichert den starken Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, in Form von multiprofessioneller Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen.<sup>222, 223, 224</sup> Besonderes Anliegen der DVSG ist es, dass die Klinische Sozialarbeit angemessen in der Umsetzung dieser neuen Klassifikation und dem Verständnis der funktionalen Gesundheit der ICF berücksichtigt wird.<sup>225</sup> Nach Keel verankert die ICF „die Soziale Arbeit hochoffiziell im Gesundheitswesen. Sie schließt das Soziale und damit den Beruf, der sich mit der Lösung, Linderung und Vorbeugung komplexer, sozialer Probleme befasst, mit ein. Die ICF stellt die alte Gesundheitsdefinition der WHO, die körperliches, psychisches, geistiges und soziales Wohlbefinden umfasst, auf systematische und differenzierte Art dar. [...] Mit der ICF kann die Soziale Arbeit ihre Stärken voll darstellen und kann ihre Randständigkeit und ihr Exotikum innerhalb des Gesundheitswesens ablegen. Sie gehört sogar zu den Kern- und Schlüsselberufen, da das Soziale eine Kernqualität der Gesundheit ausmacht.“<sup>226</sup> Die ICF hat sich als ein Ziel gesetzt, für die Deskription der funktionalen Gesundheit eine kollektive Sprache zu entwickeln und anzubieten, um schließlich den Austausch und die Kommunikation zwischen den Professionellen im Gesundheits- und Sozialwesen zu vereinfachen und qualitativ zu steigern.<sup>227</sup> Des Weiteren „stellt sie ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit und ermöglicht so Datenvergleiche. Die ICF ist beispielsweise bei der Feststellung des Rehabilitationsbe-

---

<sup>220</sup> Binner, Ulrich; Ortmann, Karlheinz: *Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 72.

<sup>221</sup> Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009, S.10.

<sup>222</sup> Vgl. Homepage der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V: <http://dvsg.org/uploads/media/HintergrundICF-Studie.pdf>. Eingesehen am 8.04.2011, 20.00 Uhr.

<sup>223</sup> Vgl. Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009, S.10.

<sup>224</sup> Vgl. Homepage des Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern: Keel, Bruno: *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. 2004, S. 6-7. [http://www.sfss.ch/dateien/42/2004Bruno\\_KeelArtikel\\_ICF\\_klassifikation.pdf](http://www.sfss.ch/dateien/42/2004Bruno_KeelArtikel_ICF_klassifikation.pdf). Eingesehen am 25.04.2012, 21.00 Uhr.

<sup>225</sup> Vgl. Homepage der Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. <http://dvsg.org/uploads/media/FragenForschungsprojektICF.pdf>. Eingesehen am 8.04.2012, 20.00 Uhr.

<sup>226</sup> Vgl. Homepage des Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern: Keel, Bruno: *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. 2004, S. 6-7. [http://www.sfss.ch/dateien/42/2004Bruno\\_KeelArtikel\\_ICF\\_klassifikation.pdf](http://www.sfss.ch/dateien/42/2004Bruno_KeelArtikel_ICF_klassifikation.pdf). Eingesehen am 25.04.2012, 21.00 Uhr.

<sup>227</sup> Vgl. Homepage der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V DVSG: *Teilnehmer für Studie zur ICF-Anwendung gesucht*. <http://dvsg.org/uploads/media/HintergrundICF-Studie.pdf>. Eingesehen am 8.04.2012, 20.00 Uhr.

darfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Rehabilitations-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Leistungen nutzbar.“<sup>228</sup> In der folgenden Tabelle 1 wird eine Möglichkeit der dreidimensionalen Problemanalyse zur Beschreibung der Probleme aus bio-psycho-sozialer Sicht in Anlehnung an Kleve aufgezeigt, in welcher verschiedene Probleme eines Klienten in ihren Hauptebenen aufgezeigt werden. Einige Probleme könnten aufgrund der Multidimensionalität, die oben in diesem Kapitel beschreiben wurde, auch in einer der anderen Ebenen kategorisiert werden; aus Gründen der Überschaubarkeit wurde darauf verzichtet.

	<b>Biologisches</b>	<b>Psychisches</b>	<b>Soziales</b>
<b>Fokus</b>	gesundheitliche Fragen, körperlich/physische Bedürfnisse	psychische/emotionale Fragen, psychische/emotionale Bedürfnisse	soziale Fragen, soziale Bedürfnisse
<b>Bezug Klient X.</b>	Wohnungssituation	Psychotherapie	fehlende Krankheitseinsicht
	Medikation	Psychische Erkrankung	Stigma der Erkrankung
	Nebenerkrankungen	Allgemeine Überforderung	Wohnung ist nicht angemessen
	angemessene Ernährung	Arbeitsunfähigkeit	(Langzeit)-Arbeitslos
	Angemessener Umgang mit dem Körper	Groll und Misstrauen gegenüber Institutionen und Anderen	Beziehungen zu Mitmenschen (gegeben oder nicht bzw. Wunsch danach oder belastet)

**Tabelle 1: Dreidimensionale Problemanalyse**<sup>229</sup>

<sup>228</sup> Ebd.

<sup>229</sup> Vgl. Kleve, Heiko; Haye, Britta: *Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung*. In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006, S. 108.

### 4.3.3 „Life Model“ nach Germain und Gitterman

Die Praxis der Klinischen Sozialarbeit orientiert sich an den Grundannahmen des „Life-Model“ von Germain und Gitterman, welche sie in den 80er Jahren in den USA entwickelten. Germain und Gitterman beziehen sich auf verschiedene Theorien, um die Komplexität der Verbindungen zwischen Person und Umwelt als integriertes System zu begreifen. Durch die Kombination von Aufgaben der Sozialen Arbeit und der ökologischen Perspektive entwickelten sie eine bedeutende Methode, die sie das „Life Model“ der Praxis betiteln.<sup>230</sup> Germain und Gitterman verstehen unter der ökologischen Theorie:

1. Wechselwirkung oder Transaktion
2. Aufeinander-Abgestimmtheit von Person und Umwelt, Anpassungsfähigkeit und Anpassung
3. Lebensbelastungsfaktoren, Stress und Stressbewältigung
4. Bezogenheit (Zuneigung und soziale Zugehörigkeit oder Bindungen), Kompetenz, Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und Selbststeuerung
5. Vulnerabilität, Unterdrückung, falsche Ausübung von Herrschaft der Machtmissbrauch sowie soziale und technologische Verelendung
6. Habität und Nische
7. Lebenslauf.<sup>231</sup>

Soziale Arbeit ist nach ihrer Theorie das Handeln an den Berührungspunkten beider Ausgangspositionen: „Die zahlreichen Definitionen der Aufgaben der sozialen Arbeit kongruieren in dem Punkt, daß es dabei um Dienstleistungen an Menschen geht, die in ihren sozialen Austauschprozessen Probleme erleben.“<sup>232</sup>

„Das „Life Modell“ zieht Personen und ihre Umgebung als komplementäre und wechselwirkende Teile eines Ganzen in Betracht.“<sup>233</sup> Es geht von einer ökologischen Perspektive aus, welche ein ganzheitliches Verständnis von Problemen, Notlagen und Krisen verschiedener Ursachen hat, die folgendermaßen als äußerliche (interpsychische oder soziale) als auch gesellschaftliche bzw. äußerliche (interpsychische oder soziale) einzuordnen sind. Das besagt, „dass die menschlichen Bedürfnisse und Probleme aus den Transaktionen zwischen Menschen und ihren Umweltverhältnissen bestehen“<sup>234</sup> und es wird berücksichtigt, dass eine

---

<sup>230</sup> Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>2</sup>1988, S. 1.

<sup>231</sup> Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>3</sup>1999, S. 5.

<sup>232</sup> Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>2</sup>1988, S. 1.

<sup>233</sup> Went, Wolf Rainer: Geleitwort zur 3. Deutschen Auflage. In: Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>3</sup>1999, S. 6.

<sup>234</sup> Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>2</sup>1988, S. 1.

Person „nach innerer und äußerer Disposition, nach ihrem Verhalten und nach ihrem Charakter als (Persönlichkeit) zu differenzieren“<sup>235</sup> ist. Durch das Life-Model kann das Zusammenspiel von Mensch und Umwelt in seiner ganzen Komplexität dargestellt werden und es wird somit deutlich, dass das Individuum und seine Umwelt nicht jeweils als isolierte Einheiten zu verstehen sind. Germain und Gitterman kommen selbst aus dem social case work und behalten auch unter dem ökologischen Verständnis die direkte personenbezogene Arbeit im Blick.<sup>236</sup> „Der Mensch agiert und reagiert in seinen Lebenskreisen und darin muß sich auch bewegen, wer ihm bei der Bewältigung von Problemen und Krisen helfen will.“<sup>237</sup>

Nach Went liegen dem Modell viele allgemeine Theorien über wechselseitige Anpassung und Fehlanpassung, sowie über Belastung (Stress) und Bewältigung (Coping) zugrunde.<sup>238</sup>

Die ganzheitliche Herangehensweise der sich am „Life Model“ orientierenden Praxis lässt sich nach Germain und Gitterman anhand von 10 Merkmalen charakterisieren:

1. „Eine professionelle Funktion, die Einzelfallarbeit, Arbeit mit Familien, Gruppen und Gemeinwesenarbeit sowie Anwaltschaft (advocacy) gegenüber Organisationen und dem Staat umfaßt.
2. Eine für die Vielfalt empfängliche, Fähigkeit steigernde (empowering), ethisch verpflichtete Praxis.
3. Eine als Partnerschaft aufgefaßte Klient-Sozialarbeiter-Beziehung.
4. Einvernehmliche Übereinkünfte bei allen Aspekten der Arbeit, Lebensgeschichten und Diagnosen.
5. Integrierte Modalitäten, Methoden und Fertigkeiten.
6. Brennpunkt der Praxismethode: Stärken der Person und des Kollektivs.
7. Hervorhebung des handelnden Klienten und seiner Entscheidungsbildung.
8. Durchgängige Bedeutung der sozialen wie der materiellen Umwelt und Kultur.
9. Konsequente Beachtung der Einmaligkeit des Lebensverlaufs von Individuen, Familien und Gruppen.
10. Evaluation der Praxis und Beiträge zur Erweiterung des wissenschaftlichen Wissens.“<sup>239</sup>

---

<sup>235</sup> Went, Wolf Rainer: Geleitwort zur 3. Deutschen Auflage. In: Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>3</sup>1999, S. 6.

<sup>236</sup> Vgl. ebd. S. 6.

<sup>237</sup> Ebd. S. 6.

<sup>238</sup> Vgl. ebd. S. 7.

<sup>239</sup> Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>3</sup>1999, S. 36-37.

#### 4.3.4 „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“

Ebenfalls bedeutend für die vorliegende Arbeit ist das „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“, welches speziell in der Sozialpsychiatrie bekannt bzw. richtungsgebend ist und welches auch auf dem gleichen artverwandten theoretischen Verständnis der beschriebenen Modelle, dem integrierten Paradigma, basiert. Es verbindet damit ätiologische Behandlung bzw. Therapieformen und Konzepte. Die Definition des „Vulnerabilitäts-Stress-Modells“ ist: „Durch verschiedene genetische/entwicklungsbiologische Faktoren kommt es zu neuropathologischen und/oder biochemischen Veränderungen im Gehirn, die schon lange vor Ausbruch der Erkrankung bestehen. Diese stellen eine „Verletzbarkeit“, eine Vulnerabilität“ für die Entstehung einer Schizophrenie dar, reichen für die Auslösung der manifesten Erkrankung aber nicht aus. Zusätzlich müssen noch Umweltfaktoren („Stress“) wirksam werden, die eine Belastung auf das Gehirn ausüben. Infolgedessen kommt es zum Ausbruch der Erkrankung, da die Kompensationsmechanismen des schon vorgeschädigten Gehirns nicht mehr ausreichen; um die Erkrankung zu verhindern.“<sup>240</sup>

Somit lassen sich folgende Gemeinsamkeiten der vorgestellten Methoden und Theorien aus Kapitel 4.3. zusammenfassen:

- Es sind organische und psychologische Hypothesen bei der Entstehung von (psychischer) Erkrankung zu berücksichtigen.
- Es besteht ein Zusammenspiel bzw. eine Wechselwirkung unter bio-psycho-sozialen Faktoren, welche sich unter Berücksichtigung des Ökosystems, unter gesellschaftlichen und sozialen Umständen beeinflussen.
- Begriffsverständnis von Krise
- Lebensbelastungsfaktoren, Stress und Stressbewältigung<sup>241 242</sup>

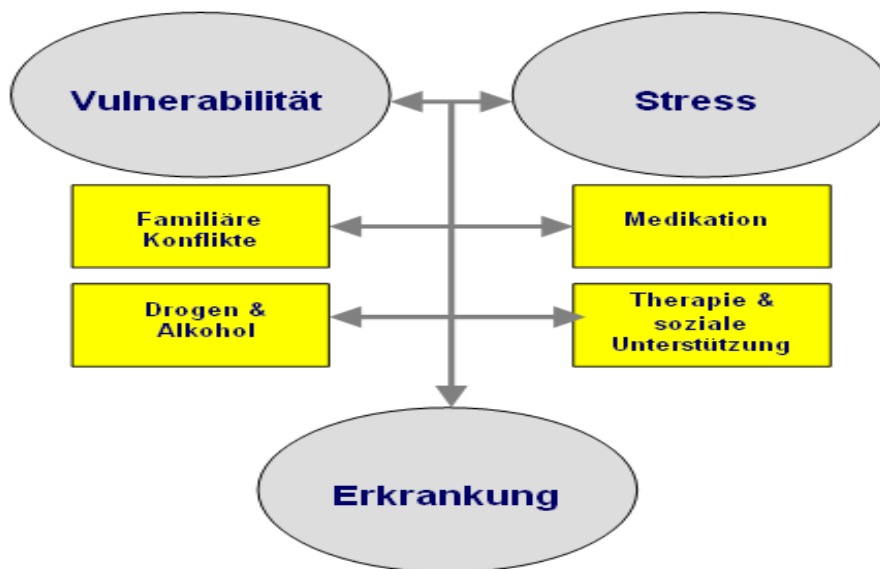
---

<sup>240</sup> Lieb, Klaus; Freuenknecht, Sabine; Brunhuber, Stefan; Wewetzer, Christoph: *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban und Fischer Verlag, München, <sup>5</sup>2005, S. 176-177.

<sup>241</sup> Vgl. Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Frank Wendt: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn <sup>5</sup>2010, S.170.

<sup>242</sup> Vgl. Lieb, Klaus; Freuenknecht, Sabine; Brunhuber, Stefan; Wewetzer, Christoph: *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban und Fischer Verlag, München, <sup>5</sup>2005, S. 176-177.

In der Folgenden Abbildung 4 wird das oben beschriebene Zusammenspiel der einzelnen Faktoren des „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ dargestellt.



**Abbildung 4: „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“** <sup>243</sup>

Nach Clausen und Eichenbrenner betrachtet, fördert die Sozialpsychiatrie besonders „die sozialen Beziehungen der psychisch erkrankten Menschen. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell hat diese Sichtweise wissenschaftlich untermauert: Aufgrund einer anlagebedingten oder erworbenen besonderen Verletzlichkeit kommt es bei manchen Menschen unter Einwirkung von Stress zu einer psychischen Krise; diese kann durch ein gutes Netzwerk, durch soziale Unterstützung und Strategien der Bewältigung aufgefangen oder zumindest abgemildert werden.“<sup>244</sup>

An folgender Grafik wird die unterschiedliche Form von Verletzlichkeit eines Menschen aufgezeigt. Der aktuelle Stand der Forschung ist, dass „genetische Veranlagung -auch als biologische Verletzlichkeit (Vulnerabilität) bezeichnet- jedoch nicht allein, sondern nur in Verbindung mit so genannten psychosozialen Faktoren zu einem Krankheitsausbruch führen. Stress und Belastungen spielen dabei eine wichtige Rolle.“<sup>245</sup>

<sup>243</sup> Homepage Psychose + Psychotherapie Prof. Dr. Stefan Klingberg Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie: <http://www.psychose-psychotherapieforschung.de/ppp/?q=node/29>. Eingesehen am 12.03.2012, 17.15 Uhr.

<sup>244</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 128.

<sup>245</sup> Homepage Psychose + Psychotherapie Prof. Dr. Stefan Klingberg Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie: <http://www.psychose-psychotherapieforschung.de/ppp/?q=node/29>. Eingesehen am 12.03.2012, 17.15 Uhr.



#### Vulnerabilitäts-Stress-Modell (nach Zubin und Spring)

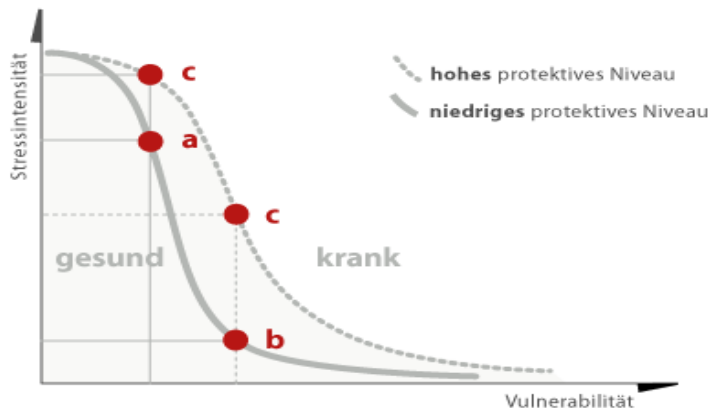


Abbildung 5: „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ II<sup>246</sup>

- Mensch mit geringer Vulnerabilität wird erst bei hoher Stressintensität krank.
- Mensch mit hoher Vulnerabilität wird schon bei niedrigem Stressniveau krank.
- Bei gleicher Vulnerabilität kann der Mensch bei höherem protektivem Niveau eine höhere Stressintensität verkraften, ohne zu erkranken.<sup>247</sup>

#### 4.3.5 Gemeinsamer Konsens der vorgestellten Modelle

Durch die Erläuterung des Problems und des Handlungsverständnisses von der Weiterentwicklung des systemtheoretischen Bunschen Ansatzes der Sozialen Arbeit und der vier Modelle „Person-in-Umwelt“, „bio-psycho-soziales Modell“, „Life Model“ und „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ wird eine Kongruenz deutlich. Das bedeutet, dass sich die vorgestellten Theorien und Modelle auf die Austauschprozesse bzw. Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt ganzheitlich beziehen. Das Person-in-Umwelt Modell kann als theoretische Grundlage bei der Entwicklung der anderen Modelle verstanden werden. Das bio-psycho-soziale Verständnis kann als besonderes integriertes Paradigma in allen anderen beschriebenen Modellen und Theorien wieder gefunden werden. Zusammenfassend lässt sich statuieren, dass die Klinische Sozialarbeit sich auf die Grundannahmen der beschriebenen Modelle und Theorien bezieht und ihre Praxis danach ausrichtet. Nach Staub-Bernasconi hat die heutige Sozialarbeitstheorie mit dem systemischen Paradigma, welches auf den Arbeiten des Wissenschaftstheoretikers und Systemtheoretikers Mario Bunge aufbaut und schon in den Ansätzen der Pioniere der Sozialen Arbeit (z.B. Adams) vor 120 Jahren in Teilen wiederzufinden ist und weiter entwickelt wurde (z.B. durch Obrecht, Staub-Bernasconie, Geiser, Borrmann, Schmocker etc.), „eine komplexe Theorie sowohl des Individuums als auch der Ge-

<sup>246</sup> Homepage Psychose.de: <http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychoesen-06.html>. Eingesehen am 12.03.2012, 17.10 Uhr.

<sup>247</sup> Vgl. Homepage Psychose.de: <http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychoesen-06.html>. Eingesehen am 12.03.2012, 17.10 Uhr.

sellschaft, ihrer Struktur und Dynamik sowie der integrativen, marginalisierenden wie Konflikten, sich verändernden Beziehungen zwischen Individuen und Gesellschaft. Dazu braucht es alle Grundlagen- als Bezugsdisziplinen Sozialer Arbeit, wenn auch je nach sozialen Problemen (z.B. Erwerbslosigkeit, Delinquenz, Rassismus) mit unterschiedlichem Gewicht: also Physik/Chemie, Biologie, Psychobiologie, Psychologie, Sozialpsychologie, Soziologie (miteingeschlossen Ökonomie und Politik) sowie die Ethnologie und Kulturwissenschaften.“<sup>248</sup> Aspekte bzw. Grundannahmen aus den anderen beiden relevanten Ansätzen der Sozialen Arbeit „Individuum- oder Subjektbezogenes Paradigma“ (wie Eigensinnigkeit, Würde, sowie Freiheitsbedürfnisse des Menschen) und „Soziozentriertes Paradigma“ (wie das un-aufhebbare Angewiesensein der Menschen auf funktionierende, bedürfnisgerechte Orientierung- so wie schutzgebende Systeme) lassen sich in das Systemische Paradigma integrieren.<sup>249</sup> Der Rahmen dieser Arbeit lässt es nicht zu, auf diese beiden Paradigmen näher einzugehen.

„Soziale Arbeit hat im systemischen Paradigma sowohl eine Individuum- als auch eine gesellschaftsbezogene Funktion. Aus diesem Grund muss jeweils mitentschieden werden, auf welchen sozialen Niveaus anhand konzentrierter Aktion interveniert werden soll, da nicht alle Akteure und Akteurinnen, insbesondere Professionelle alles machen können.“<sup>250</sup> Gegenüber dem aktuellen anhaltenden Trend der Spezialisierung und Differenzierung in allen Bereichen der modernen funktionalen Gesellschaft behält sich die Soziale Arbeit eine bio-psycho-soziale multidimensionale Perspektive und Handlungsweise in ihrer Theorie und Praxis vor. Diese Ambivalenz ist ihr besonderer, wichtiger und entscheidender Generalismus, da ihre Spezialisierung zugleich ihre Ent-Spezialisierung ist. Diese besondere Fähigkeit macht ihr vielseitiges Handlungsverstehen aus, aus dem das Klientel aber auch andere Professionen profitieren können. Soziale Arbeit ist eine transdisziplinäre Wissenschaft und immer im Spannungsfeld zwischen Theorie, Praxis sowie den (Bezugs- oder Nachbar-)Wissenschaften bzw. Disziplinen.<sup>251</sup> Kleves These lautet: „Soziale Arbeit wird dann tätig, wenn andere Professionen nicht mehr oder noch nicht tätig werden können, wenn die Spezialisierung, die Zergliederung menschlicher Probleme in jeweils biologische, psychische oder soziale Dimensionen zu kurz greift, wenn kein (moderner) Entweder/oder-, sondern ein (postmoderner) Sowohl-Als-Auch-Blick gefordert ist.“<sup>252</sup>

---

<sup>248</sup> Staub-Bernasconi, Silvia: *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Haupt Verlag, Bern-Stuttgart-Wien, 2007, S.180.

<sup>249</sup> Vgl. ebd. S.180.

<sup>250</sup> Ebd. S.180.

<sup>251</sup> Vgl. Kleve, Heiko: *Die postmoderne Theorie Sozialer Arbeit. Ein möglicher Blick auf die real- und theoriehistorische Entwicklung der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik* In: Heiko Kleve: *Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne*. Lambertus Verlag GmbH, Freiburg i. Br. 2003 S. 88-117.

<sup>252</sup> Ebd. S. 88-117.

Die Doppelfunktion Sozialer Arbeit ist einerseits „Menschen zu befähigen, ihre Bedürfnisse so wie möglich aus eigener, eigenen wie fremden, neu zu erschließenden Ressourcen zu befriedigen.“<sup>253</sup> Andererseits ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit „darauf hinzuarbeiten, dass menschenverachtende soziale Regeln und kulturelle Werte – kurz, dass behindernde Machtstrukturen in begrenzend Machtstrukturen transformiert werden.“<sup>254</sup> Es ist zusätzliche Aufgabe der Sozialen Arbeit, ihr Wissen über die sozialen Bedürfnisse und Problematiken für die Öffentlichkeit wie zum Beispiel Entscheidungsträgern einzubringen und aufzuzeigen und sich somit in den sozialpolitischen Prozess einzubinden. Dieses wurde von Staub-Bernasconi als Trippelmandat der Sozialen Arbeit erarbeitet und definiert.<sup>255</sup> Zum Abschluss dieses Unterkapitels soll die folgende Tabelle zur Übersicht die Dimension der Theorie Sozialer Arbeit verdeutlichen.

<b>Dimensionen der Theorie Sozialer Arbeit</b>		
<b>Biologisches</b>	<b>Psychisches</b>	<b>Soziales</b>
<b>Körperliche Bedürfnisse</b> ...und alle damit zusammenhängenden Fragen der körperlichen (gesundheitlichen) Entwicklung	<b>Psychische Bedürfnisse</b> ...und alle damit zusammenhängenden Fragen der psychischen und emotionalen Entwicklung	<b>Soziale Bedürfnisse</b> ...und alle damit zusammenhängenden Fragen der sozialen Entwicklung und Einbindung (Inklusion, Integration)
Medizin Biologie Ökologie etc.	Psychologie Pädagogik (Erziehungswissenschaft) Psychiatrie etc.	Sozialwissenschaften/ Soziologie Jurisprudenz Politologie Ökonomie (Betriebs- und Volkswirtschaftslehre) etc.
Philosophie / Ethik / Theologie / Wissenschaftstheorie der Sozialen Arbeit/Hilfe		
<b>Transdisziplinarität der Sozialarbeitswissenschaft ... Verknüpfung des Spezialwissens aus den Bezugswissenschaften</b>		

**Tabelle 2: Dimensionen der Theorie Sozialer Arbeit**<sup>256</sup>

#### **4.3.6 Klinische Sozialarbeit als soziale Unterstützung (Social Support)**

In diesem Unterkapitel wird „**Social Support**“ als Konzept der Klinischen Sozialarbeit näher beschrieben. Dieses Konzept ist ein Arbeitsansatz, der in der Arbeit im direkten Kontakt mit dem Klientel allgegenwärtig ist. Somit nimmt es aufgrund der Allgegenwärtigkeit genau wie auch die Methode der psychosozialen professionellen Beratung eine übergeordnete metho-

<sup>253</sup> Staub-Bernasconi, Silvia: *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Haupt Verlag, Bern-Stuttgart-Wien, 2007, S.180.

<sup>254</sup> Ebd. S.198.

<sup>255</sup> Vgl. ebd. S.198.

<sup>256</sup> Kleve, Heiko: *Die postmoderne Theorie Sozialer Arbeit. Ein möglicher Blick auf die real- und theoriehistorische Entwicklung der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik* In: Heiko Kleve: *Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne*. Lambertus Verlag GmbH, Freiburg i. Br. 2003 S. 88-117.

dische konzeptionelle Rolle in der Klinischen Sozialarbeit ein. Sie können sozusagen als unerlässliche Hauptkompetenzen/-Merkmale der Klinischen Sozialarbeit betrachtet werden. Soziale Netzwerke können verschiedene Arten von Unterstützungsleistungen erbringen. Dehmel und Ortmann beschreiben diese Leistungen als Konzept des „Social Support“.<sup>257</sup> Das Konzept ermöglicht die „Analyse sozialer Lebenswelten als Ausgangspunkt sozialarbeiterischen Handelns.“<sup>258</sup> Gewährte oder verweigerter soziale Unterstützung kann direkt auf die Befindlichkeit der Menschen wirken (positiv und negativ). Soziale Netzwerke sind deshalb so bedeutungsvoll, weil Gesundheit und Krankheit in ihnen gelebt werden und sie eine Vielzahl unterschiedlicher Ressourcen für Gesundheit und Gesundung beinhalten.<sup>259</sup>

„Die Förderung des Kohärenzgefühles erfolgt im persönlichen Umgang mit den Patienten. Ergänzend zu dieser personalen und edukativen Intervention sind Hilfen erforderlich, die das soziale Umfeld des Betroffenen stabilisieren oder neu aufbauen.“<sup>260</sup> Soziale Unterstützung wird in sozialen Beziehungen innerhalb sozialer Netzwerke gelebt. Quellen sozialer Unterstützung sind: Familie, Freunde, Bekannte, alltägliche Kontakte wie mit Nachbarn oder Arbeitskollegen, sowie kulturelle und religiöse Gemeinschaften.<sup>261</sup>

Diewald erarbeitete eine Typologie von Unterstützungsleistungen, welche sich in drei Themenbereiche unterteilen: Konkrete Interaktionen, Vermittlung von Kognitionen und Vermittlung von Emotionen.<sup>262</sup>

Die soziale Unterstützung durch soziale Netze bietet nach Ansen „kranken Menschen einen emotionalen Beistand durch Trost und Präsenz, sie wirken durch Information und klärende Gespräche ermutigend und motivierend, sie liefern aber auch praktische Formen der Unterstützung und tragen im Ergebnis zu einer sozialen Integration bei. Durch diese Einflüsse entfalten sie eine Atmosphäre, in der Krankheit seltener auftreten, weniger eskalieren und besser bewältigt werden“<sup>263</sup> Ortmann beschreibt, dass in Beziehungen, die durch Gegenseitigkeit gekennzeichnet sind Gefühle entwickelt werden wie beispielsweise die der Zugehörigkeit, der persönlichen Wertschätzung, von Geborgenheit und Orientierung. In diesen Bezie-

---

<sup>257</sup> Dehmel, Stefanie; Ortmann, Karlheinz: *Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit*. Homepage der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin: [www.khsb-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Weiterbildung/Dehmel\\_Ortmann-Soziale\\_Unterst\\_tzung.pdf](http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Dehmel_Ortmann-Soziale_Unterst_tzung.pdf). Eingesehen am 15.04.2012, 12.30 Uhr.

<sup>258</sup> Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 29.

<sup>259</sup> Vgl. Dehmel, Stefanie: *Klinische Sozialarbeit als professionelle Soziale Unterstützung*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 18.

<sup>260</sup> Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 17.

<sup>261</sup> Vgl. Dehmel, Stefanie: *Klinische Sozialarbeit als professionelle Soziale Unterstützung*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 17-18.

<sup>262</sup> Vgl. ebd. S. 22- 25.

<sup>263</sup> Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 17.

hungen können zudem soziale Fähigkeiten erworben werden. Weiter zeigt Ortmann auf, dass durch die soziale Unterstützung dem jeweiligen Adressaten Informationen über sich selbst und über die Situation, in der er sich befindet, vermittelt wird. Diese grundlegende Erkenntnis der sozialen Unterstützung ist im Kontext zu dem oben vorgestellten bio-psycho-sozialen Modell von außerordentlicher Bedeutung und starker Aussagenkraft.<sup>264</sup>

Nestmann hat folgende Auffassung: „Entscheidend für Gesundheit und Wohlbefinden seien die sozial unterstützenden Aspekte allgemeiner Rollenbeziehung und zwischenmenschlicher Interaktionen, seien das Eingebettetsein des Einzelnen in eine Gemeinschaft und die eher unbeabsichtigten Neben und Begleiterscheinungen alltäglichen Zusammenlebens, die unser Wohlbefinden fördern ohne dass eine Belastung gegeben sein oder abgepuffert werden muss.“<sup>265</sup>

### *Belastende Aspekte sozialer Unterstützung*

Neben den oben aufgeführten positiven Aspekten kann ein soziales Netz auch belastende Aspekte mit sich bringen. Unter anderem können Belastungen in den einzelnen Unterstützungsbeziehungen entstehen. Diese „entstehen durch Verpflichtungen, Machtungleichgewicht, Konflikte und Belastungen die für eine Seite – objektiv oder subjektiv gesehen – mehr Aufwand als Nutzen darstellen.“<sup>266</sup> Es ist nicht selten, dass Belastungen in Beziehungen entstehen, die nicht freiwillig gewählt wurden, wie zum Beispiel in verwandtschaftlichen Verhältnissen.<sup>267</sup> Nach Clausen und Eichenbrenner führen gerade auch häufig psychische Störungen „zum Verlust der Familie, des Arbeitsplatzes und der Freunde, sodass Klienten kein Netz mehr haben, das sie unterstützen könnte.“<sup>268</sup> Die Angehörigen, zum Beispiel Mitglieder einer Familie, sind meist selbst in die Problematik mit eingebunden, welche sie durch Ratschläge versuchen zu lösen. Folglich können sie nicht, obwohl sie es möchten, uneigennützig Rat geben. Dies hängt mit einer mehr oder weniger großen Mitbetroffenheit zusammen. Die sehr subjektiven Ratschläge reichen von qualitativ hochwertigen, das heißt dem Ratsu-

---

<sup>264</sup> Vgl. Ortmann, Karlheinz (Hrsg.): Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. 2007. S.10.

<sup>265</sup> Nestmann, Frank: *Beratung, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. In: Beck, M; Brückner, G.; Thiel, H.-U. (Hrsg): *Psychosoziale Beratung. Klient/inn/en, Helfer/innen, Institutionen*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1991, S. 50.

<sup>266</sup> Diewald, Martin. In: Dehmel, Stefanie; Ortmann, Karlheinz: *Soziale Unterstützung (Sozial Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit*.S. 25. Homepage der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin: [www.khsb-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Weiterbildung/Dehmel\\_Ortmann-Soziale\\_Unterst\\_tzung.pdf](http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Dehmel_Ortmann-Soziale_Unterst_tzung.pdf). Eingesehen am 15.04.2012, 12.30 Uhr.

<sup>267</sup> Vgl. Laireiter, Anton-Rupert; Lettner, Karin. In: Dehmel, Stefanie; Ortmann, Karlheinz: *Soziale Unterstützung (Sozial Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit*. S. 25. Homepage der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin: [www.khsb-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Weiterbildung/Dehmel\\_Ortmann-Soziale\\_Unterst\\_tzung.pdf](http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Dehmel_Ortmann-Soziale_Unterst_tzung.pdf). Eingesehen am 15.04.2012, 12.30 Uhr.

<sup>268</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 128.

chenden hilfreichen, bis hin zu falschen Ratschlägen, die den Problemlösungsprozess verlangsamen oder sogar verhindern können. Oft kann es dadurch zu Enttäuschungen kommen, weil Unterstützungs-Erwartungen nicht erfüllt werden, wenn ein Ratsuchender fest mit den Ratschlägen, also der Hilfe eines Anderen (z. B. Angehörigen) rechnet, diese aber nicht bekommt. Werden solche Erwartungen im nahen Umfeld nicht erfüllt, führt dies zu einer stärkeren Enttäuschung, als wenn dies in einem distanzierteren Verhältnis, zum Beispiel in einer professionellen sozialarbeiterischen Unterstützung, geschehen würde. Durch ein Überengagement von Unterstützung, zum Beispiel in einem engen partnerschaftlichen Verhältnis, kann darüber hinaus eine Abhängigkeit entstehen und die Selbständigkeit der ratsuchenden Person leidet. Dieses Überengagement kann ebenso leicht zu Problemen im Ablösungsprozess führen, zum Beispiel in der Beziehung zwischen Mutter und Sohn. „Nicht hilfreich ist Unterstützung immer dann, wenn die Wahl- und Entscheidungsfreiheit sowie der Handlungsspielraum eingeschränkt sind.“<sup>269</sup>

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass soziale Unterstützung eine sehr wichtige Rolle im Leben jedes Einzelnen spielt. Diese Ratschläge sind sozusagen die Basis zwischenmenschlicher Kommunikation. Dennoch sollten die negativen Seiten dieser Beratungsform nicht unbeachtet gelassen werden. Durch die Verstrickung der Unterstützer entstehen Scham-, Schuld- und Pflichtgefühle, welche die Qualität der Ratschläge und weitere Unterstützung stark negativ beeinflussen können. Anregungen und Unterstützung von Freunden und Familienmitgliedern sind zwar wichtige Hilfen im alltäglichen Leben, sollten aber immer im Kontext der aktuellen Situation und Umwelt, das heißt unter Einbindung des Rat- bzw. Unterstützungsgebenden in die Problematik gesehen werden. Bei der Netzwerkarbeit befindet sich der Sozialarbeiter so wie das Klientel häufig in einem komplizierten Geflecht von Wechselwirkungen, manchmal in einem Teufelskreis. Bei einer chronischen psychischen Erkrankung kann diese beispielsweise zum Abbruch aller Kontakte führen – bei erneuten Krisen gibt es dann häufig keine bestehenden sozialen Kontakte mehr, die unterstützen können.<sup>270</sup> Sozialarbeit ist gefordert, wenn die Hilfe aus dem informellen Netz ausgeschöpft oder überfordert ist, so wie eine informelle Hilfe situativ vorzuziehen ist.<sup>271</sup>

---

<sup>269</sup> Nestmann, Frank. In: Dehmel, Stefanie; Ortmann, Karlheinz: *Soziale Unterstützung (Sozial Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit*. S. 27. Homepage der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin: [www.khsb-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Weiterbildung/Dehmel\\_Ortmann-Soziale\\_Unterst\\_tzung.pdf](http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Dehmel_Ortmann-Soziale_Unterst_tzung.pdf). Eingesehen am 15.04.2012, 12.30 Uhr.

<sup>270</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 128.

<sup>271</sup> Vgl. Dehmel, Stefanie: *Klinische Sozialarbeit als professionelle Soziale Unterstützung*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 29.

#### 4.3.7 Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit als bedeutende allgegenwertige Handlungsmethode

Im folgenden Abschnitt soll die psychosoziale professionelle Beratung, die, wie auch das oben beschriebene „Social Support“, in der Klinischen Sozialarbeit im Kontakt mit dem Klientel stets bei allen Formen der Unterstützung geleistet wird, beschrieben werden. Auf Grund dessen spielt sie eine bedeutende übergeordnete methodische Rolle und kann somit als eine unerlässliche Hauptkompetenz/-Merkmal der Klinischen Sozialarbeit betrachtet werden. Psychosoziale Beratung ist ein professionelles soziales Handeln mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Funktionen. Soziale Beratung kann in einem formellen Rahmen, zum Beispiel in einer Beratungsstelle, oder informell stattfinden, wie beispielsweise in Form von Beziehungsarbeit in einem Gespräch während einer gemeinsamen Unternehmung, Unterstützung bzw. Begleitung. Die Beratung ist in der Sozialen Arbeit allgegenwärtig und eines der wichtigsten Merkmale, welches die Profession ausmacht. Des Weiteren stärkt sie ausschlaggebend die öffentliche Profilierung und Positionierung der Profession.<sup>272</sup>

Methodisch dienen verschiedene Formen der Kommunikation und der Gesprächsführung als Medium des Arbeitsprozesses. Der Arbeitsprozess der sozialen Beratung versteht sich als Verhandlung von Problemen. Soziale Beratung beruht dabei in der Regel auf Freiwilligkeit. Der Rahmen einer sozialen Beratung ist sehr groß. Er kann verschiedene Formen von Rat und Unterstützung beinhalten: Von einem pragmatischen Tipp bis hin zur fundierten Fachinformation und Aufklärung von Sachverhalten. Eine erfolgreiche Arbeitsbeziehung „der Sozialen Beratung setzt das Vertrauen der Ratsuchenden voraus. Das Vertrauen gewinnt der Berater durch sein Auftreten und die vermittelten Kompetenzen, aber auch durch die Sicherheit, die der Ratsuchende dadurch erfährt, dass seine Mitteilung vertraulich behandelt werden.“<sup>273</sup>

Die professionelle soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit kann fallentsprechende Hilfepläne erstellen, die von verschiedenen Begleitungsangeboten bis zu therapeutischen Ansätzen reichen. Sie kann ebenfalls das Konzept des „Social Supports“ inne haben und als Methode das Case-Management integrieren und eine organisierende, vermittelnde, vernetzende Funktion einnehmen. Die soziale Beratung bei Krankheit ist eine vorherrschende Handlungsmethode, die Kombination aus Beratung und Krankheitskontext fundiert ihre methodische Bedeutung in der Klinischen Sozialarbeit.<sup>274</sup> Es geht in der klinischen Beratung darum, den Klienten ,vor allem unter dem Aspekt der Probleme bestmöglich zu unterstützen, die mit der komplexen Erkrankung im Zusammenhang stehenden, wie zum Beispiel soziale,

---

<sup>272</sup>Vgl. Lüssi, Peter: *Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung*. Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, <sup>5</sup>2001, S.393.

<sup>273</sup> Ansen, Harald: *Soziale Beratung bei Armut*. Ernst Reinhardt Verlag, München Basel, 2006, S. 107.

<sup>274</sup> Ansen, Harald: *Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S. 52-53.

berufliche, persönliche und finanzielle Probleme.<sup>275</sup> Geißler-Piltz beschreibt psychosoziale Beratung als Kernkompetenz der Klinischen Sozialarbeit, die auf Mitwirkung bei anderen Maßnahmen mit Ziel und Unterstützung in Problem- und Konfliktlösung, bei Belastungsbewältigung und Persönlichkeitsentwicklung sowie Lebensorientierung abzielt. Dies wird ermöglicht in dem sie den Klienten in ihren Compliance bestärkt.<sup>276</sup> Welche nach Ansen bei (chronischen) Krankheitsverläufen von besonderer Bedeutung ist. Er sagt aus: „Eine konstruktive Auseinandersetzung mit Krankheit führt häufig auch zu besseren Behandlungsergebnissen und einer optimierten Compliance, die gerade bei chronischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt. Die negativen Auswirkungen einer mangelnden Kooperation dürfen nicht unterschätzt werden, wenn etwa belastende Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder cholesterinreiche Ernährung trotz koronarer Erkrankung beibehalten werden. Um die Bereitschaft zur Mitarbeit in der Behandlung zu fördern und den Prozess der Krankheitsbewältigung insgesamt zu unterstützen, ist eine salutogene Herangehensweise<sup>277</sup> indiziert.“<sup>278</sup>

Ansen vertritt den Standpunkt, dass die psychosoziale Beratung bei Krankheit ihr besonderes Potenzial und ihren Behandlungsbeitrag darin hat, dass sie die vielfältigen Zusammenhänge zwischen den sozialen Lebensumständen eines Menschen und Krankheitsbelastungen aufzeigt.<sup>279</sup> „Nach Hurrelmann tragen aus der Perspektive der Gesundheitssoziologie folgende Hilfen zu einer verbesserten Krankheitsbewältigung bei:

---

<sup>275</sup> Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko: *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Schneider Verlag, Hohengehren, 2005, S. 2.

<sup>276</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlungen in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. LIT-Verlag, 2005, S. 107.

<sup>277</sup> Defenition Das salutogenetische Modell:

„Ausgangspunkt dieses Modells ist nicht die Frage, wie Krankheiten entstehen, sondern warum Menschen trotz einer Vielzahl von gefährdenden und belastenden Faktoren in der biochemischen, physikalischen und sozialen Umwelt gesund bleiben und/oder gesundheitliche Problemlagen erfolgreich bearbeiten und ausgleichen können.

In dem von Antonovsky (1997) entwickelten Modell wird davon ausgegangen, dass es keine klare Grenzlinie zwischen Gesundheit und Krankheit gibt, sondern ein Kontinuum mit den beiden Endpunkten Gesundheit und Krankheit. Wo sich Personen auf diesem Kontinuum verorten, ob sie eher gesund oder eher krank sind, ist als Ergebnis interaktiver Prozesse zwischen belastenden Faktoren (Stressoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) im Kontext ihrer Lebenserfahrungen und –situationen zu verstehen. Als zentrale Widerstandsressource gilt das sog. Kohärenzgefühl [...], das aus drei Komponenten besteht: -Gefühl von Verstehbarkeit [...], -Gefühl von Bewältigbarkeit [...], -Gefühl von Sinnhaftigkeit [...]. Diese Komponente beschreibt das Ausmaß, in dem das eigene Leben als sinnvoll und wertvoll wahrgenommen wird, so dass Menschen Energie in die weitere Gestaltung ihres Lebensverlaufes investieren. Je mehr es einer Person gelingt, die Welt als zusammenhängend, in sich stimmig und sinnvoll zu erleben und Krisen zu meistern, desto mehr Gesundheit und Gesundung wird möglich.“ Ortmann, Karlheinz (Hrsg.): *Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin*. 2007. S. 10-11.<sup>277</sup>

<sup>278</sup> Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 17.

<sup>279</sup> Vgl. Ansen, Harald: *Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S. 57.



- Vermittlung genauer Informationen über die Krankheit und die möglichen Auswirkungen auf das Alltagsleben, um eine selbstbestimmte Verhaltenssteuerung und angemessene Behandlungsentscheidung zu ermöglichen.
- Stärkung der Interaktionskompetenz für den Umgang mit Professionellen und Versorgungsangeboten, aber auch mit den Angehörigen und dem sozialen Umfeld.
- Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten, mit denen die Krankheit beeinflusst werden kann, beispielsweise im Bereich von Lebensgewohnheiten (Hurrelmeann 2000, 120f).<sup>280</sup>

Weiterhin leistet die soziale Beratung einen entscheidenden Beitrag: zur „sozialen Sicherung, zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Verbesserung der Versorgung im Alltag, auch zu einem Abbau des sozialen Schichtgradienten bei der Krankheitsverteilung in der Bevölkerung.“<sup>281</sup> Im Anhang 5 auf Seite 202 ist zum weiteren Verständnis die besondere Bedeutung der Beratung in der Klinischen Sozialarbeit aus der Tabelle: „Praxeologisch fundiertes Denken und Handeln in der Beratung“ von Ortmann und Schaub einzusehen.

#### **4.3.8 Kompetenzen und Handlungsmethoden Klinischer Sozialarbeit**

Das Hilferpertoire der expertenschaftlichen Kompetenzen-, Wissens- und der „Methodenkoffer“ Klinischer Sozialarbeit ist sehr umfangreich, da Klinische Sozialarbeiter in der Praxis mit verschiedener Klientel in unterschiedlichen Kontexten nach dem Person-in-Umwelt Modell arbeiten. Es kann unterschieden werden in klinischsozialarbeiterisches Bedingungs- und Interventionswissen sowie in Handlungskompetenz.<sup>282</sup>

---

<sup>280</sup> Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 16.

<sup>281</sup> Ansen, Harald: *Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S. 53.

<sup>282</sup> <sup>282</sup> Pauls, Helmut; Mühlum, Albert: „*Klinische Kompetenzen*“. *Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung*. 1/2005, S. 2-3.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Kompetenzen und Handlungsmethoden, die noch nicht erarbeitet wurden, in einer Aufzählung genannt werden:

Klinische Sozialarbeit verfügt über einen generellen Sinn von Wissen und Kompetenz wie...

- Kontaktgestaltung
- psychosoziale Beratung und Betreuung
- Krisenintervention und Mediation
- soziale Unterstützung und Vernetzung
- Tagestrukturierung und Alltagsbewältigung
- Psychoedukation und Krankheitsbewältigung
- Kompetenztrainings
- Erklärungs-, Veränderungs-, Wertewissen, und menschliche Entwicklungswissen
- Förderung von Gesundheit, Genese und – Krankheitsverläufen
- Methodisch zur Soziotherapie, zum CM, Prävention, Empowerment etc.<sup>283\284\285\286\287\288</sup>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Klinische Sozialarbeit innovativ ist in der Einbeziehung des sozialen Kontextes in die psycho-soziale Beratung, in der ressourcenorientierten sozialtherapeutischen Behandlung, in der Rehabilitation und der psychosozialen Begleitung und Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, belasteten, erkrankten und behinderten Menschen.<sup>289</sup> Der methodische Fokus in der Klinischen Sozialarbeit liegt auf den Bedürfnissen der Klienten wie Zuwendung und Unterstützung, nach Aufklärung, Begleitung, Beratung, Krisenintervention, sozialanwaltschaftlichem Engagement und Behandlung.

Die Belastungen sollen möglichst gut gemindert werden und das Problembewältigungsverhalten soll durch methodische Handlungsmaßnahmen gestärkt werden.<sup>290</sup> „Das zentrale Ziel

---

<sup>283</sup> Vgl. ebd. S. 2-3.

<sup>284</sup> Vgl. Zimmermann, Ralf-Bruno & Maasmeier, Stefan.: *Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit. Anmerkungen zu einer notwendigen Entwicklung. Soziale Arbeit* 6/2003. S. 207-214.

<sup>285</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Dianoese zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe*. 2. Jg, August 2006, S. 7.

<sup>286</sup> Vgl. Ortmann, Karlheinz; Gurrus, Norbert; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Das Projekt „Psychosoziale Beratungsstelle“ an der Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S.109-120.

<sup>287</sup> Vgl. Ortmann, Karlheinz; Gurrus, Norbert; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Die soziale Dimension von Krankheit. Erste Ergebnisse aus dem Projekt „Psychosoziale Beratungsstelle.“* A.a.O., S. 119.

<sup>288</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlungen in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. LIT-Verlag, 2005, S.22.

<sup>289</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Dianoese zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe*. 2. Jg, August 2006, S. 7.

<sup>290</sup> Vgl. Pauls, Helmut; Mühlum, Albert: *Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit*. DGS Sektion Klinische Sozialarbeit. Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit. S. 1.

der Klinischen Sozialarbeit besteht darin, die durch die Krankheit oder Behinderung gefährdete psychosoziale Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien, und kleinen Gruppen durch interaktive sowie unmittelbar personenorientierte Arbeitsformen zu erhalten und zu fördern. Personen werden in der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit in ihrer jeweiligen Situation wahrgenommen.<sup>291</sup> Die Behandlungsbeiträge sind von der Wertigkeit her denen von Ärzten und Pflegern gleichzusetzen.<sup>292</sup> Als Beispiel über die unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten Klinischer Sozialarbeit berichtet Kleve in seiner Tätigkeit als sozialpsychiatrischer Einzelfallhelfer, dass er nicht nur anleitet, berät und begleitet, sondern, dass er noch therapiert, aber dieses nicht ausschließlich macht. Diese unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten sind nicht absolut voneinander zu trennen, sondern sollten immer in Bezug auf Beratung, Betreuung, Begleitung und Therapie unter einer Sowohl-Als-Auch Perspektive und Arbeitshaltung verstanden werden, da dies die Komplexität in der Arbeit mit dem Klientel und ihren unterschiedlichen Bedürfnissen in unterschiedlichen Situationen fordert.<sup>293</sup> Das kann beispielsweise im konkreten Fall bedeuten, dass der Klinische Sozialarbeiter mit den beschriebenen Problemen bei der Erstellung eines Antrages auf Erwerbsunfähigkeitsrente unterstützt, dass er Beratungsfunktionen übernimmt z.B. bezüglich der Möglichkeiten, Schulden zu tilgen, bei der Tagesstrukturierung und Alltagsbewältigung unterstützt wie beispielsweise zum Abbau von Ängsten bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, gegenüber dem Jobcenter oder bei Arztbesuchen. Dazu zählt ebenfalls, dass er mit ihnen therapeutisch arbeitet, z.B. um – etwa im Verständnis als Behandlungsbeitrag bei Krankheit durch soziale Beratung<sup>294</sup> oder Klinischer Sozialarbeit als Sozialtherapie.<sup>295</sup>

#### 4.3.9 Professionelle Arbeitshaltung

Mit diesen Fähigkeiten und dem Wissen sollte immer eine professionelle Haltung einher gehen, welche in dem Sinne „klinisch“ ist, dass der diagnostische Blick des Sozialarbeiters fokussiert wird und eine therapeutische »Awareness« zum Habitus wird, – ohne den Klienten zum Gegenstand zu machen, sondern generell unter dem individuellen Aspekt der Wert-

---

<http://www.klinische-sozialarbeit.de/Klinische%20Kompetenzen%20-%20Eine%20Ortsbestimmung%20der%20DGS-Sektion%20KlinSA.pdf> Eingesehen am 15.02.2012, 14.15 Uhr

<sup>291</sup> Ansen, Harald: *Klinische Sozialarbeit*. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch. Sozialarbeit Sozialpädagogik*. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München, 2011, S. 796.

<sup>292</sup> Vgl. Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 19.

<sup>293</sup> Vgl. Kleve, Heiko: *Die postmoderne Theorie Sozialer Arbeit. Ein möglicher Blick auf die real- und theoriehistorische Entwicklung der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik* In: Heiko Kleve: *Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne*. Lambertus Verlag GmbH, Freiburg i. Br. 2003 S. 88-117.

<sup>294</sup> Ansen, Harald: *Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 51-69.

<sup>295</sup> Binner, Ulrich; Ortmann, Karlheinz: *Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S.71-87.

schätzung und ohne die soziale Einbettung zu vernachlässigen.<sup>296</sup> Im Vordergrund zur Orientierung für den Klinischen Sozialarbeiter steht immer die Förderung der Gesundheit und die compliance bzw. die selbstverantwortliche Entscheidung des Klienten. Empowermen<sup>297</sup> kann als Grundhaltung und Selbstverständnis der Sozialen Arbeit verstanden werden „Das klassische Selbstverständnis der Sozialen Arbeit [ist] gekennzeichnet durch eine die Beziehung zwischen Helfer und Klient strukturierende Defizitzuschreibung“<sup>298</sup>, das heißt, dass die Sozialarbeiter nicht ressourcen- und fähigkeitsorientiert arbeiten, sondern nur dort ansetzen, wo Schwächen auftreten, die zu überbrücken sind. „Ziel des Empowerment ist es nun, die Defizitfixierung durch eine Orientierung an den Stärken und Kompetenzen der Individuen zu ersetzen.“<sup>299</sup> Ihr Fokus liegt auf der Förderung der Stärken des Individuums. Zu den Ressourcen gehören soziale Beziehungen und Netzwerke, geringe Selbstabwertungstendenz, die Fähigkeit, Situationen zu bewältigen („Coping“) und Bedeutungen von Problemen zu ändern, die Kontrolle emotionaler Belastungen, Selbstwertgefühl und Kontrollbewusstsein. Dabei sind Case-Management bzw. Netzwerkarbeit und Selbsthilfeprojekte, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen, geeignete Mittel, Empowerment zu fördern.

„Die Psyche, der innere Zustand des Klienten wird vom Sozialarbeiter nie für sich betrachtet, sondern immer im Zusammenhang mit problematischen sozialen Sachverhalt: als Element, das ihn mitkonstituiert, und als möglicher lösungswichtiger Einflussfaktor.“<sup>300</sup>

Der Sozialarbeiter sollte sich seiner Arbeitsbeziehung bzw. -situation gegenüber dem Klientel immer bewusst sein und in ihr das Spannungsfeld von Nähe und Distanz so wie Fachlichkeit und Mitmenschlichkeit selbstbeobachtend spiegeln, damit er es möglichst professionell im fortlaufenden Arbeitsprozess auszubalancieren kann.<sup>301</sup> „In eine professionelle Beziehung zu einer anderen Person einzutreten, erfordert sorgfältige Vorbereitung, Bereitschaft zu Mitge-

---

<sup>296</sup> Vgl. Pauls, Helmut; Mühlum, Albert: „Klinische Kompetenzen“. *Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung*. 1/2005, S. 4.

<sup>297</sup> Empowerment „meint den Prozeß, innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbsterarbeiteter Lösungen schätzenszulernen. E. bezieht sich auf einen Prozeß, in dem die Kooperation von gleichen oder ähnlichen Problemen betroffenen Personen durch ihre Zusammenarbeit zu synergetischen Effekten führt. Aus der Sicht professioneller und institutioneller Hilfen bedeutet die E.-Perspektive die aktive Förderung solcher solidarischer Formen der Selbstorganisation.“

Keupp, Heiner: *Empowerment*. In: Galuske, Michael: *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Juventa Verlag, Weinheim und München, <sup>3</sup>2001, S. 264.

<sup>298</sup> Galuske, Michael: *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Juventa Verlag, Weinheim und München, <sup>3</sup>2001, S. 263.

<sup>299</sup> Ebd. S. 264.

<sup>300</sup> Lüssi, Peter: *Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung*. Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, <sup>5</sup>2001, S.393.

<sup>301</sup> Pauls, Helmut; Mühlum, Albert: „Klinische Kompetenzen“. *Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung*. 1/2005, S. 4.

fühl und professionelle Fertigkeiten, die ihren letzten Schliff durch ihre kreative Handhabung erhalten“<sup>302</sup> Durch den persönlichen Umgang und die professionelle Beziehung mit dem Klienten wird das Kohärenzgefühl gefördert.<sup>303</sup>

Rauchfleisch sagt folgendes über Professionelle im fachlichen Umgang mit Menschen in psychosozialen Notlagen: „Wir können uns als Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Seelsorgerinnen und Fachleute anderer Richtungen im Umgang mit diesen Klientinnen und Klienten nicht entweder auf die soziale oder auf die psychische Dimension beschränken, sondern müssen in unseren Aktivitäten beide Aspekte gleichermaßen berücksichtigen. Gewiss werden wir, allein aus Kompetenzgründen nach unserer beruflichen Grundausbildung verschiedene Prioritäten setzen müssen. Doch scheint mir eine größtmögliche Offenheit gegenüber Nachbardisziplinen und eine intensive Zusammenarbeit, [..], eine zentrale Bedingung der von mir geschilderten Betreuung und Behandlung zu sein“<sup>304</sup>

Die Arbeit mit dem Klienten soll lebensweltorientiert<sup>305</sup> ausgerichtet sein. Soziale Arbeit schließt mit dem Konzept der Lebensweltorientierung an traditionellen Leitmaximen sozialarbeiterischen Handelns an, wie z.B.: „Dort anfangen, wo der Klient steht“, „Unterstützung in den gegebenen Verhältnissen“ oder „Hilfe zur Selbsthilfe“. Der Klinische Sozialarbeiter zum Beispiel als Funktion eines Case-Managers orientiert sich nicht ausschließlich an den gesellschaftlichen Normen, sondern arbeitet mit jedem Klienten individuell, indem der Hilfeprozess mit ihm gemeinsam in Form von Gesprächen verhandelt wird.<sup>306</sup>

---

<sup>302</sup> Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Lifemodell der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>3</sup>1999, S. 94.

<sup>303</sup> Vgl. Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 17.

<sup>304</sup> Rauchfleisch, Udo: *Menschen in psychosozialer Not. Beratung.Betreuung.Psychotherapie*. Vandenoek und Ruprecht Verlag, Göttingen.<sup>2</sup>2004, S. 81.82.

<sup>305</sup> „Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit verweist auf die Notwendigkeit einer konsequenten Orientierung an den AdressatInnen mit ihren spezifischen Selbstdeutungen und individuellen Handlungsmustern in gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen. Daraus ergeben sich sowohl Optionen wie auch Schwierigkeiten. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nutzt ihre rechtlichen, institutionellen und professionellen Ressourcen dazu, Menschen in ihrem vergesellschaftlichten und individualisierten Alltag zu Selbständigkeit, Selbsthilfe und sozialer Gerechtigkeit zu verhelfen.“ Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans: *Lebensweltorientierung. Zur Entwicklung des Konzepts Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch. Sozialarbeit Sozialpädagogik*. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München, <sup>3</sup>2005, S.1136.

<sup>306</sup> Vgl. Kleve, Heiko: *Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit*. A.a.O., S. 40.

#### 4.4 Adressaten und Arbeitsfelder (-Kontexte) Klinischer Sozialarbeit

Adressaten Klinischer Sozialarbeit sind Klienten mit psychosozialen Problemen bzw. psychosozialer Not. Sie sind auf die klinischen Aufgaben wie Unterstützung, Begleitung, Aufklärung, Beratung und Behandlung angewiesen,<sup>307</sup> da sie aus ihren lebensweltlichen Bezügen herausgerissen wurden und zu ihrer ursprünglichen alltäglichen Balance gelangen möchten.<sup>308</sup> Das fordert in der praktischen Tätigkeit im Feld der Klinischen Sozialarbeit, sich mit komplexen Problemen der Klientel und ihren Auswirkungen professionell auseinander setzen zu müssen.<sup>309</sup> Zu dem Klientel können folgende Personengruppen zählen:

- (chronisch) psychisch/psychiatrisch/ physisch Kranke und behinderte Menschen
- Menschen mit emotionalen Störungen
- Drogen- und Alkoholabhängige
- Menschen mit familiären Problemen
- Menschen in entwicklungs- und situationsbedingten Krisen
- sexuelle und physische Gewaltopfer und Gewalttäter
- dissoziale und straffällige Menschen
- Menschen in Verlustkrisen
- Migranten
- Suizidal gefährdete Menschen
- Familien und Angehörige der oben aufgezählten Klientel bei Folgebelastungen<sup>310 311</sup>

Das Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit stellt sich als besonders groß dar. Es schließt alle Altersgruppen in allen Aufgabebereichen der psychosozialen Beratung und Behandlung von Gesundheitsstörungen mit ein und verändert sich je nach der Lebenswelt, in der das Klientel zu Hause ist und welche kulturellen und gesellschaftlichen Einflüsse mit einhergehen.<sup>312</sup> Besonders die chronischen Erkrankungen bieten ein relevantes Arbeitsfeld für die Klinische Sozialarbeit, da diese in der Regel „komplikationsreich verlaufen und mit sozialen Konse-

---

<sup>307</sup> Vgl. Homepage der Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. DGSA: *Sektion Klinische Sozialarbeit*:<http://www.dgsainfo.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/inhalt.html>. Eingesehen am 15.02.2011, 12.15 Uhr.

<sup>308</sup> Vgl. Homfeld, Hans-Günter.: *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung*. In: Thole, Werner (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit*. VS Verlag, Wiesbaden 2002, S. 317.

<sup>309</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlungen in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. LIT-Verlag, 2005, S.13.

<sup>310</sup> Vgl. Homepage der Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. DGSA: *Sektion Klinische Sozialarbeit*. <http://www.dgsainfo.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/inhalt.html>. Eingesehen am 15.02.2011, 12.15 Uhr.

<sup>311</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlungen in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. LIT-Verlag, 2005, S.13.

<sup>312</sup> Vgl. ebd. S.13.

quenzen verbunden sind, die Patienten belasten und den Heilungsverlauf beeinflussen.“<sup>313</sup>  
Klinische Sozialarbeiter können in einem breiten Spektrum an verschiedenen Arbeitsfeldern wirken:

- in der Kinder- und Jugendhilfe
- in der psycho-sozialen Beratung und Therapie verschiedenster ambulanter Beratungseinrichtungen
- in ambulanter und teil-stationärer Psychiatrie <sup>314</sup>
- in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung
- in Fach- und Akutkrankenhäusern
- im Maßregelvollzug und Resozialisierung
- in Justizvollzugsanstalten und Resozialisierung
- in der gerontologischen Arbeit<sup>315</sup>

Die unterschiedlichen Kontexte, in denen Klinische Sozialarbeit agieren kann, geben die Voraussetzung dafür, dass sie oft in multiprofessionellen Teams integriert ist. Das gemeinsame Ziel ist es, mit unterschiedlichem fachspezifischen Vorgehen die Klientel in ihrer jeweiligen Situation und ihrem Lebensumfeld zu stärken und zu festigen. Innerhalb der Arbeit in einem Versorgungs- bzw. Hilfenetzwerks kann die Klinische Sozialarbeit die interdisziplinäre Kooperation fördern und prozessschadendes Konkurrenzverhalten in einer Behandlungskette durch z.B. methodisches Management und Einhaltung von einer transparenten Arbeitsweise, welche ein Konkurrenzverhalten und unnötig teure Doppeldiagnosen bzw. Untersuchungen nicht aufkommen lassen oder dämpfen kann.<sup>316</sup> „Um in diesem Sinne handeln zu können, bedarf es ausgeprägter Fähigkeiten zum Management, zur Beratung, zur Betreuung, zur Krisenbewältigung, zur Ressourcenaktivierung, zu Kooperation mit anderen Professionen, zur Kooperation mit Ämtern, aber auch mit Angehörigen.“<sup>317</sup>

Eine der wichtigsten Aufgaben oder Merkmale der Sozialarbeit ist ihr umfassendes multiprofessionelles und interdisziplinäres Grundverständnis, welches durch die Ausbildung in den verschiedenen Bereichen wie zum Beispiel Recht, Psychologie, Soziologie, Philosophie, Politik und Medizin gegeben ist. Dieses ermöglicht ihr, Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und oftmals eine Dolmetscherfunktion bzw. Mittler-, Lotsenfunktion von (Fach-)Information und über das Problemverständnis für bzw. zwischen den Klienten

---

<sup>313</sup> Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 13.

<sup>314</sup> Zur weiteren Ausführung der ambulanten und teil-stationärer psychiatrischer Versorgung und den besonderen Bezug der Klinischen Sozialarbeit siehe Kapitel 5.2: Psychiatrie: Begrifflichkeiten und Geschichte

<sup>315</sup> Vgl. Geißler-Piltz, Brigitte: *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlungen in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. LIT-Verlag, 2005, S.12-13.

<sup>316</sup> Vgl. ebd. S.12.

<sup>317</sup> Homfeld, Hans-Günter.: *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung*. In: Thole, Werner (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit*. VS Verlag, Wiesbaden <sup>2</sup>2002, S. 317

und anderen Professionellen des Hilfsnetzwerks zu übernehmen. „Soziale Arbeit ist seit je her um einen ganz besonderen Blick auf diese menschlichen Probleme bemüht, der sie bis heute auszeichnet und der wahlweise „generalistischer“, „multifaktorieller“ oder „ganzheitlicher“ Blick genannt wird.“<sup>318</sup> Sie schließt durch ihr Repertoire, besonders durch Netzwerkarbeit, Versorgungslücken für das Klientel zwischen den verschiedensten Bereichen und Professionen.

#### **4.5 Case Management als klassische und integrierte Methode Klinischer Sozialarbeit**

Das Konzept des Case Managements bekommt besonderen Raum in dieser Arbeit, da es für die Forschung in Kapitel 6 von besonderer Bedeutung ist. Wichtig ist an dieser Stelle noch einmal festzustellen, dass Klinische Sozialarbeit das CM als neue klassische Methode der Sozialarbeit in ihrem Handlungsalltag verinnerlicht bzw. integriert hat und somit stetig im Handlungsalltag auf das CM zurückgreift. Im Besonderen in dem Bereich der Einzelfallebene (Mikroebene) des CM.

Einleitend zur Thematik CM wird an dieser Stelle eine Definition<sup>319</sup> von Neuffer vorgestellt: „Case Management ist ein Konzept zur geplanten Unterstützung von Einzelnen und Familien. Case Management gewährleistet durch eine durchgängige fallverantwortliche Beziehungs- und Koordinationsarbeit Klärungshilfe, Beratung und den Zugang zu notwendigen Dienstleistungen. Case Management befähigt die Klienten und Klientinnen, Unterstützungsleistungen so weit wie möglich selbständig zu nutzen und greift so wenig wie möglich in ihre Lebenswelt ein. Case Management übernimmt die Fall- und Systemsteuerung, bindet personale und institutionelle Netzwerkarbeit ein, beteiligt sich am Aufbau eines professionellen und nicht-professionellen Unterstützungssystems.“<sup>320</sup>

---

<sup>318</sup> Röh, Dieter: *Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialen Arbeit*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, 42.

<sup>319</sup> Eine ausführliche Definition von CM der Fachgruppe der DGS ist im Anhang 4 auf Seite 201 einzusehen.

<sup>320</sup> Neuffer, Manfred: *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2009, S. 19.



#### 4.5.1 Was ist CM?

Die Methode des CM verbindet sowohl Ökonomisierung, als auch das Konzept der lebensweltorientierten<sup>321</sup> Sozialen Arbeit; der Case-Manager orientiert sich nicht ausschließlich an den gesellschaftlichen Normen, sondern arbeitet mit jedem Klienten individuell personenzentriert, indem der Hilfeprozess mit ihm gemeinsam in Form von Gesprächen verhandelt wird.<sup>322</sup> CM arbeitet demnach gegenüber dem Klienten, welcher als selbstaktiver Nutzer gesehen wird, und gegenüber den Kooperationspartnern transparent. Mit einer effektiven Netzwerkarbeit kann CM einer Mehrfachbetreuung und -behandlung entgegenwirken. Der Arbeitsprozess des CM ist auf Wirksamkeit durch Dokumentation und Evaluation zu überprüfen, die eine Kontrollfunktion einnehmen.<sup>323</sup> CM soll im Rahmen der Ökonomisierung von Sozialer Arbeit möglichst effektiv Hilfe leisten, d.h. nach Neuffer: „Eine effektive Hilfe ist die Hilfe, die aus verschiedenen als die beste und wirksamste herangezogen wird. Effizienz bedeutet, diese ausgewählte Hilfe so gut wie möglich, zielgerichtet, wirtschaftlich und ergebnisorientiert zu bearbeiten, aber eben nicht mit der Vorgabe Kosten einzusparen.“<sup>324</sup>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass CM planmäßig, bedarfs- und lebensweltorientiert arbeitet. CM verfolgt das Ziel, eine möglichst optimale und ganzheitliche Versorgung der Klienten zu erreichen. Die Autonomie des Klienten soll durch Empowerment gestärkt werden, so dass er sich eigenständig den gestellten Aufgaben annehmen kann.

Im Folgenden sind die oben beschriebenen Leistungen kurz aufgeführt, die im Prozess des CM zu ermöglicht werden:

- Ausrichtung am Einzelfall
- Steuerung der Hilfeleistungen im regionalen Versorgungsgefüge  
„aus einer Hand“
- Transparenz des Verfahrens
- Subsidiarität der Versorgung
- Aufeinander abgestimmte Hilfeleistungen

---

<sup>321</sup> „Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit verweist auf die Notwendigkeit einer konsequenten Orientierung an den AdressatInnen mit ihren spezifischen Selbstdeutungen und individuellen Handlungsmustern in gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen. Daraus ergeben sich sowohl Optionen wie auch Schwierigkeiten. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nutzt ihre rechtlichen, institutionellen und professionellen Ressourcen dazu, Menschen in ihrem vergesellschaftlichten und individualisierten Alltag zu Selbständigkeit, Selbsthilfe und sozialer Gerechtigkeit zu verhelfen.“ Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans: *Lebensweltorientierung. Zur Entwicklung des Konzepts Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch. Sozialarbeit Sozialpädagogik*. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München, <sup>3</sup>2005, S.1136.

<sup>322</sup> Vgl. Kleve, Heiko: *Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit*. In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Case Management, Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006, S. 40.

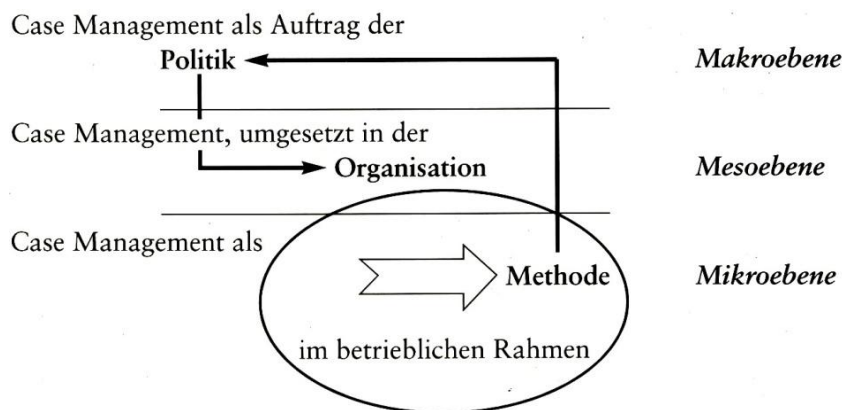
<sup>323</sup> Vgl. Wendt, Wolf Rainer: *Spezifik und Erfahrungen. Dokumentation der Landesfachtagung 2001 des DBSH Landesverband Rheinland-Pfalz*. Eigendruck, Morbach, 2001., o.S.

<sup>324</sup> Neuffer, Manfred: *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. Juventa Verlag, Weinheim und München, <sup>4</sup>2009, S. 12.

- Sicherung einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Versorgung<sup>325</sup>

CM ist eine Fall- und Systemsteuerung von Hilfeprozessen, welche in die drei Ebenen Mikro (methodischer Einsatz im Einzelfall), Meso (Organisation von Humandiensten) und Makro (Politik, Recht, Administration) unterteilt wird. Die Mikroebene lässt sich dem Fallmanagement und die Meso- und Makroebene dem Systemmanagement zuordnen. Die Unterteilung der Ebenen ist auf das Konzept bzw. die Entwicklung des CM zurück zu führen. „Das aus der sozialberuflichen Praxis entwickelte Verfahren der fallweisen Hilfestellung wird heute in die politisch betriebene Umgestaltung personenbezogener Dienste in vielen Bereichen eingesetzt und dabei zur Sache der Systemsteuerung auf der Organisationsebene humandienstlicher Leistungserbringung.“<sup>326</sup> Demnach entwickelte sich aus dem methodischen Einsatz am Einzelfall (Sozialarbeiter – Klient) eine Neugestaltung der Arbeitsprozesse in und zwischen den Humandiensten, welche auf politischer Ebene initiiert wurde. Die drei Ebenen bilden die Organisationsumgebung, in welcher CM ausgeführt wird.<sup>327</sup>

Die folgende Grafik verdeutlicht das Zusammenwirken der drei Ebenen:



**Abbildung6: Die drei Ebenen des CM<sup>328</sup>**

Die Makro- und Mesoebene werden in dieser Arbeit im Folgenden lediglich kurz angerissen, da diese für den Teil der Forschung weniger relevant sind als die Mikroebene, die im folgenden Kapitel detailliert erarbeitet wird und Kern des CMs ist.

<sup>325</sup> Vgl. Mannesmann, Hugo; Kant, Eva; Monzer, Michael; Podeswik, Andreas: *Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management*. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, o. O., 2008, S. 4.

<sup>326</sup> Wendt, Wolf Rainer: *Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 2/2004, S. 43.

<sup>327</sup> Vgl. ebd. S. 43.

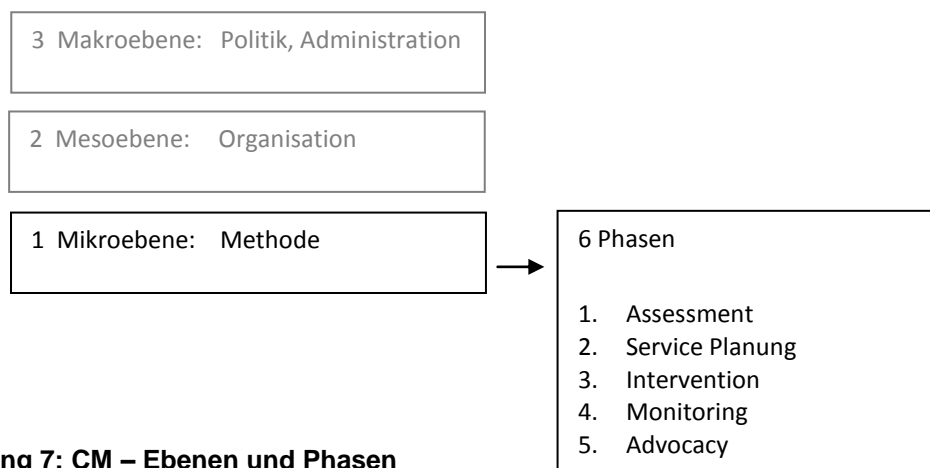
<sup>328</sup> Wendt, Wolf Rainer: *Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 2/2004, S. 43.

#### 4.5.2 Phasenablauf des Case Managements

Die Systematik des CM für den methodischen *Einsatz im Einzelfall* auf der Mikroebene ist innerhalb einer zirkulären Ablauforganisation in Phasen unterteilt und bildet den Kern des CM. Die Phasen sind für das CM grundlegend und in verschiedenen Schriften von Experten unterschiedlich beschrieben. Es gibt kleine Unterschiede; die Hauptmerkmale und das Ziel stimmen allerdings überein. Das folgende vorgestellte Phasenschema von Kleve unterscheidet sich von den anderen dadurch, dass es die Klientenfürsprache als eine eigene Phase darstellt.

1. Falleinschätzung (Assessment)
2. Hilfeplanung (Service Planung)
3. Durchführung der Hilfe (Intervention)
4. Begleitung und Überprüfung der Hilfen (Monitoring)
5. Klientenfürsprache – Anwaltschaftliche Vertretung (Advocacy)
6. Beendigung und Evaluation der Ergebnisse/Dokumentation (Evaluation)<sup>329</sup>

Zum besseren Verständnis soll folgende Grafik dienen:



**Abbildung 7: CM – Ebenen und Phasen**

##### 1. Phase: Einschätzung/Kontextualisierung (Assessment):

Zunächst wird dem Klienten die Institution vorgestellt, in welcher sein Fall hinsichtlich CM bearbeitet werden soll, nachdem geprüft wurde, ob er in dieser Einrichtung passend behandelt werden kann. Dabei wird dem Klienten genau erläutert, was CM ist und wie es arbeitet. Anschließend erfolgt die professionelle und lebensweltliche Kontextualisierung und Einschätzung des Falls. Folgende Fragen sind zu klären: Wie sieht der Klient Probleme, den Hilfebedarf und den Fall an sich? Ein zugeschnittener Leitfragebogen kann helfen, im Erstin-

<sup>329</sup> Vgl. Kleve, Heiko: *Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit*. In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Case Management, Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006, S. 49.

terview Grundinformationen zu sammeln. Desweiteren muss in dieser Phase eine Ressourcen- und Netzwerkanalyse im Hinblick auf die Problemsituation erfolgen. Falls andere professionelle Helfer (Ärzte, Psychologen) bereits mit dem Klienten arbeiten, wird zwischen diesen Kontakt hergestellt, um fallbezogene Informationen austauschen zu können. Dieses ist nur durch Einwilligung des Klienten in Form einer Schweigepflichtsbindung möglich. Es ist zu prüfen, für welche Problemaspekte formelle und informelle Helfer aktiviert werden können.<sup>330</sup>

### *2. Phase: Hilfeplanung (Service Planung):*

Der Hauptfokus dieser Phase liegt auf der Vereinbarung und Herausarbeitung von Nah- und Fernzielen. Diese Ziele sollten positiv formuliert sein, damit nicht die vorhandenen Problematiken betont werden, sondern die daraus entstehenden Verbesserungen im Vordergrund stehen. Ein Selbsthilfeplan wird mit Rücksicht auf die lebensweltlichen Bewältigungsstrategien gemeinsam mit dem Klienten erstellt. Hier liegt das Hauptaugenmerk auf den lebensweltlichen Ressourcen und Arrangements des Klienten. Wer, was, wann, wie und von wem im Hilfeprozess erwartet und unternimmt, ist zu überprüfen und abzustimmen. Welche Ziele hat der Auftraggeber (beispielsweise ein Amt, das die Hilfe finanziert) und welche Ziele haben die Klienten? Falls sich hier wesentliche Unterschiede herausstellen, sind diese in einer Hilfefkonferenz mit allen Beteiligten abzustimmen.<sup>331</sup>

### *3. Phase: Durchführung der Hilfe (Intervention):*

Die vereinbarten Hilfen bzw. Maßnahmen des Selbsthilfeplans sollen in dieser Phase des Hilfeprozesses durchgeführt werden. Die Selbsttätigkeit des Klienten ist durch das sozialarbeiterische Handlungskonzept Empowerment, wodurch die Selbsthilfekräfte entdeckt und aufgebaut werden, zu bekräftigen und die persönlichen Möglichkeiten und Potentiale des Klienten sind zu unterstützen. Falls die informellen Ressourcen und Arrangements ausgeschöpft sind, müssen professionelle Helfer in den Hilfeprozess mit einbezogen und aktiviert werden. Diese fallspezifische Vermittlung ist Aufgabe des Case-Managers. Er hat seinen Klienten durch Beratung und Unterstützung zu begleiten und ihn in der Einhaltung des Selbsthilfeplans zu beaufsichtigen. Desweiteren kontrolliert er die Leistungsanbieter im Hilfenetzwerk<sup>332</sup>, wodurch ein Übergang zur vierten Phase stattfindet.

---

<sup>330</sup> Vgl. ebd. S. 49-51.

<sup>331</sup> Vgl. ebd. S. 51-52.

<sup>332</sup> Vgl. Kleve, Heiko: *Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit*. In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Case Management, Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006, S. 52-53.

#### *4. Phase: Begleitung und Überprüfung der Hilfen (Monitoring):*

Ein Evaluationskonzept, welches Erfolge und neue Probleme darlegen soll, wird mit dem Klienten erarbeitet, um Erfolge und erreichte Ziele erkennbar zu machen, aber auch um Korrekturen der beteiligten Hilfen vorzunehmen. Durch einen regelmäßigen Kontakt vom Case-Manager zum Klienten, sowie zu allen Beteiligten im Hilfeprozess, findet eine permanente Kontrolle und Überprüfung der vom Klienten beanspruchten Unterstützung durch Leistungsanbieter und Dienstleister auf Angemessenheit, Intensität, Umfang, Qualität und Wirksamkeit statt. Kleine Änderungen oder Feinabstimmungen werden kontinuierlich durch Optimierungen des Hilfeprozesses vorgenommen.<sup>333</sup>

#### *5. Phase: Klientenfürsprache – Anwaltschaftliche Vertretung (Advocacy):*

Der Klient soll durch die Beratung des Case-Managers soweit gestärkt und befähigt werden, dass er die professionellen Dienste eigenständig aufsucht und mit ihnen in Kontakt treten kann, um seine Anliegen zu äußern. Dies ist wichtig, um sein Hilfenetzwerk nach Beendigung des CM funktionsfähig und aufrecht zu erhalten. In manchen Fällen oder bestimmten Situationen ist allerdings anwaltliches Intervenieren des Case-Managers angebracht, wenn z.B. absehbar ist, dass der Klient in einer schwierigen Situation überfordert werden könnte.<sup>334</sup> Diese anwaltschaftliche Vertretung kann gegenüber jeglichen Personen ausgeübt werden, wie beispielsweise gegenüber Behörden oder Beteiligten des Hilfenetzwerks.

#### *6. Phase: Beendigung und Evaluation der Ergebnisse/Dokumentation (Evaluation):*

„Schließlich steht am Ende eines Case Management-Prozesses, dass mit den KlientInnen erarbeitet wird, was angesichts des Selbsthilfeplans *wie mit wem* erreicht wurde, welche (formellen und/oder informellen) Hilfen beendet, welche – auch nach Ende des Case Managements – weitergeführt werden sollten/müssten.“<sup>335</sup> Die Erfolge, Fortschritte und erreichten Ziele sind zu benennen und hervorzuheben und der Entwicklungsprozess der persönlichen Selbstständigkeit ist zu reflektieren und herauszuarbeiten. Der Selbsthilfeplan sowie der gesamte Arbeitsprozess sollten auf Effektivität und Effizienz überprüft und ausgewertet werden, wobei die aus dem Arbeitsprozess entstandenen Erfahrungen und Ergebnisse dokumentiert werden. Für die Arbeit im Rahmen des CM ist sowohl bei den Klienten als auch bei den geldgebenden Auftraggebern Rechenschaft abzulegen.

---

<sup>333</sup> Vgl. ebd. S. 53-54.

<sup>334</sup> Vgl. ebd. S. 54.

<sup>335</sup> Ebd. S. 54.

Das CM schließt mit einem professionellen Abschied,<sup>336</sup> welcher sowohl ein emotionales, persönliches Verabschieden als auch ein Resümee mit positivem Ausblick in fachlicher Hinsicht miteinschließen kann.

In der folgenden Übersicht sind die einzelnen Arbeitsschritte des CM zusammen gefasst, die der jeweiligen Phase auf der Mikroebene entsprechen:

1. Falleinschätzung	Fallannahme Lebensweltliche Kontextualisierung Vorstellen der Institution und der Arbeitsweise gegenüber dem Klienten Ressourcen- und Netzwerkanalyse Kontakt zu anderen professionellen Helfern herstellen
2. Hilfeplanung	Hilfeplan erstellen (mit Nah- und Fernzielen)
3. Durchführung der Hilfe	Stärken der Autonomie des Klienten (Empowerment) Aktivieren von informellen und formellen Hilfen Koordination und Kooperation der Hilfen Transparente Arbeitsweise
4. Begleitung u. Überprüfung d. Hilfen	Feinabstimmung: Korrekturen an Nah- und Fernzielen Kontrolle/Überprüfung der einzelnen Hilfen/des Klienten
5. Klientenfürsprache – Anwaltschaftliche Vertretung	Funktion der Vermittlerin zwischen Klient und Dritten Funktion der Koordinatorin Einforderung der Hilfen von anderen professionellen Hilfen
6. Beendigung und Evaluation der Ergebnisse/Dokumentation	Professionelle Verabschiedung Kontinuierliche Dokumentation Evaluation/Auswertung des Beratungsprozesses

**Tabelle 3: Die Phasen der Mikroebene des CM**

#### 4.5.3 Mesoebene: Organisation

Die zweite Ebene, die Mesoebene, ist die *Organisationsebene*. Unter ihr wird eine adressatenorientierte Organisationsgestaltung von Humandiensten, also das Management der Versorgung verstanden. Sie ist die personelle Ebene, durch welche die Mitarbeiter der Einzelfallebene autorisiert werden. Hier werden der Arbeitseinsatz der Mitarbeiter und die Versorgungsgestaltung auf der Einzelfallebene geplant und mit organisationsinternen Einrichtungen und Diensten aufeinander abgestimmt. Der Ablauf ist ein standardisiertes und zugleich flexibles Vorgehen, in dem Transparenz und Rechenschaftsfähigkeit sichergestellt werden.<sup>337</sup>

<sup>336</sup> Vgl. ebd. S. 54.

<sup>337</sup> Vgl. Wendt, Wolf Rainer: *Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 2/2004, S. 43.

#### 4.5.4 Makroebene: Politik, Recht, Administration

Auf der Makroebene, der dritten Ebene, wird in Form von Politik, Recht und Administration gearbeitet<sup>338</sup>, um eine allgemeine Optimierung der Versorgung zu erreichen. Dieses geschieht „unter dem Gesichtspunkt, dass man in den Humandiensten eine im Einzelfall bedarfsgerechte, zielgerichtete und haushaltende, also kostenkontrollierte, Vorgehensweise haben will.“<sup>339</sup> Administrativ werden durch eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit feste oder stetige Kooperationsstrukturen in Form von konstanten Netzwerken der Dienstleistungsanbieter geschaffen und gehalten.<sup>340</sup> Dabei steht nicht der Einzelfall oder die Abstimmung mit dem Klienten im Vordergrund, sondern die Systementwicklung, die allgemeine Optimierung der Leistungsstrukturen der humandienstlichen Versorgungsgestaltung. Dies verlangt ein umfangreiches strategisches und politisches Handeln. „Mit der Politik sind die Intentionen und Kontexte angesprochen, welche die Entwicklung und Verbreitung von Case Management voranbringt. Dazu gehören sozialpolitische und rechtliche, zivile, ökonomische Impulse und Rahmenbedingungen.“<sup>341</sup> Für diese Tätigkeiten ist nach Wendt eher der Begriff *Care Management* der richtige, wobei dieser oft mit dem CM gleichgesetzt wird.<sup>342</sup>

---

<sup>338</sup> Vgl. ebd., S. 43.

<sup>339</sup> Ebd., 43.

<sup>340</sup> Vgl. Mannesmann, Hugo; Kant, Eva; Monzer, Michael; Podeswik, Andreas: *Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management*. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, o. O., 2008, S. 15.

<sup>341</sup> Wendt, Wolf Rainer: *Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 2/2004, S. 44.

<sup>342</sup> Vgl. Wendt, Wolf Rainer: *Spezifik und Erfahrungen. Dokumentation der Landesfachtagung 2001 des DBSH Landesverband Rheinland-Pfalz*. Eigendruck, Morbach, 2001, o. S.

## **5. Ambulante Eingliederungshilfe für den Personenkreis chronisch psychisch kranker Menschen**

Um sich dem Begriff der ambulanten Eingliederungshilfe zu nähern, sollen zunächst die Begriffe Inklusion und Exklusion allgemein erläutert werden. Anschließend erfolgt ein kurzer Exkurs zu Luhmanns Systemtheorie, um so Inklusion und Exklusion genauer zu beschreiben. Dies ist von Bedeutung, um die Arbeitsgrundlage der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen, im speziellen die Förderung von Teilhabe, aufzuzeigen. Des Weiteren werden in diesem Kapitel die Psychiatrie und die ambulante Eingliederungshilfe, mit ihren geschichtlichen Hintergründen und ihren Begrifflichkeiten dargestellt. Außerdem erfolgt eine Beschreibung von personenbezogenen Leistungen und betreutem Wohnen für psychisch kranke Menschen in Hamburg. Abschließend wird auf Inklusion und ambulante Eingliederungshilfe im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonventionen eingegangen.

### **5.1 Inklusion/ Exklusion**

#### **5.1.1 Begriffsbestimmung Inklusion/ Exklusion**

Die Begrifflichkeiten Inklusion und Exklusion stammen aus dem angloamerikanischen Sprachraum und sind auf Luhmanns funktional strukturelle Systemtheorie zurückzuführen. In der Sozialberichtserstattung der Europäischen Union wird Exklusion als ein Prozess beschrieben, "durch den bestimmte Personen an den Rand der Gesellschaft gedrängt und durch ihre Armut bzw. wegen unzureichender Grundfertigkeiten oder fehlender Angebote für lebenslanges Lernen oder aber infolge von Diskriminierung an der vollwertigen Teilhabe gehindert werden"<sup>343</sup>

Während des vergangenen Jahrzehnts gewann besonders der Exklusionsbegriff zur Benennung von Marginalisierungsphänomenen, Ausgrenzungsprozessen und zur Untersuchung von kritischen Soziallagen in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung.<sup>344</sup>

Inklusion hingegen steht für eine vollwertige Teilhabe und hat die Exklusionsvermeidung zum Ziel. Sie „liegt dem Verständnis einer Gesellschaft zugrunde, in der jeder Menschen das Recht hat, als vollwertiges und gleichberechtigtes Mitglied anerkannt zu werden. Inklusion als unmittelbare Zugehörigkeit bezieht dabei nicht etwa nur auf Menschen mit Behinderungen, sondern hat ebenso andere Gruppen im Blick, die allzu leicht marginalisiert, ausgesetzt und benachteiligt werden, zum Beispiel Menschen psychischen Behinderungen, ältere

---

<sup>343</sup> Europäische Kommission, Gemeinsamer Bericht über die soziale Eingliederung, Generaldirektion Beschäftigung und Soziales, Brüssel, 2004, S. 12.

<sup>344</sup> Vgl. Mayrhofer, Hemma: *Soziale Inklusion und Exklusion: Eine (system-) theoretische Unterscheidung als Beobachtungsangebot für die Soziale Arbeit*. In: *soziales\_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit Nr. 2*, 2009, St. Pölten, Printversion, S. 1.



Mitbürger kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Familien und Kinder mit Migrationshintergrund.“<sup>345</sup>

Georg Theunissen weist auf Probleme bei der Verwendung des Begriffs Inklusion hin: „Hierzulande befindet sich die Diskussion über Inklusion vielerorts noch in den Anfängen. Dabei scheinen sich nicht selten Irritationen abzuzeichnen, die sich auf Fragen des Unterschieds zwischen Integration<sup>[346]</sup> und Inklusion beziehen. Bezeichnend dafür ist die derzeit gültige, fehlerhafte Übersetzung der UN-Konvention ins Deutsche, indem Inklusion als Einbeziehung oder Integration ausgelegt wird.“<sup>347</sup> Um das Gegensatzpaar Inklusion/Exklusion, sowie die in dieser Arbeit bedeutenden Themen der Eingliederungshilfe im Bereich der Sozialpsychiatrie, der Teilhabe und die des Inklusionsgedanken der Behindertenrechtskonvention (CRPD) zu verdeutlichen und zu thematisieren, wird auf Teilaspekte der neueren Systemtheorie von Luhmann eingegangen. Eine weitergehende Ausführung dieser Theorie ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich. Für einen umfassenden Einblick in die Systemtheorie von Luhmann wird auf folgende Literatur hingewiesen:

- Kulig, Wolfram.: *Soziologische Anmerkungen zum Inklusionsbegriff in der Heil- und Sonderpädagogik*. In: Theunissen, Georg; Schirnbort (Hrsg.): *Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze- Unterstützungsangebote*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2006. S.49-58.
- Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena: *GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1997.
- So wie der weiteren Literatur zum Thema aus dem Literaturverzeichnis

Die Sozialforschung kann sich an Luhmanns funktional-struktureller Systemtheorie mit dem Gegensatzpaar Inklusion/Exklusion orientieren und mit diesem Instrument systematischer Forschung in verschiedenen Bereichen, z.B. dem Personenkreis der Sozialpsychiatrie, in dem die Individuen als Person von Ein- und Ausschlusstendenzen bzw. Teilnahme/ Nicht-Teilnahme, Teilnahmechancen und Teilnahmebegrenzungen in soziale Aktivitäten und Teilsysteme, (system-)theoretisch beobachten und wissenschaftlich untersuchen. Aus den Ergebnissen können dann Teilhabe fördernde Maßnahmen erarbeitet werden.<sup>348</sup> Die Metho-

---

<sup>345</sup> Theunissen, Georg: *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburgim Beisgau, 2009, S. 19.

<sup>346</sup> „Die Reduktion des Integrationsbegriffs auf gesellschaftliche Eingliederung führt auf handlungspraktische Ebene zur Vernachlässigung des Kontextes. Zudem geht mit dem Input-Prinzip die Vorstellung einher das es zwei Welten gibt: zum einen die Welt der behinderten Personen und zum anderen die der nichtbehinderten, die als Normalität gilt und zur Norm für alle erklärt wird.“ Theunissen, Georg: *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburgim Beisgau, 2009, S. 19.

<sup>347</sup> Theunissen, Georg: *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburgim Beisgau, 2009, S. 19.

<sup>348</sup> Eikermann, Bernd; Reker, Thomas; Richter Dirk: *Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker. Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepshychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 73, 2005a, S.664-673, S. 664.ff.

de der funktionalen Analyse basiert auf der Systemtheorie. Es geht darum, Gegebenes auf Probleme zu beziehen und mögliche Problemlösungen zu finden. Diese sollen aufgezeigt und miteinander verglichen werden. Luhmann sagt über seine Systemtheorie, die allgemeine Theorie sozialer Systeme erhebe „den Anspruch [den] gesamten Gegenstandsbereich der Soziologie zu erfassen und in diesem Sinne universelle soziologische Theorie zu sein.“<sup>349</sup>

### 5.1.2 Funktionale Differenzierung: Unterscheidung Inklusion und Exklusion

Als wichtige Inklusionsregeln gelten nach Luhmann die vorherrschenden Ausprägungen gesellschaftlicher Differenzierung. So ist in segmentären Gesellschaften Inklusion über Zugehörigkeit zu einem Segment (Familie, Stämme etc.), bei stratifizierten Gesellschaften auf der Ebene der sozialen Schichtung geregelt.<sup>350</sup> Inklusion und Exklusion differenzieren zwischen den Möglichkeiten die es Individuen einer Gesellschaft erlauben Personen zu sein und somit an der Kommunikation, also im System teilzunehmen.<sup>351</sup> „Exklusion ist Voraussetzung für diese Form der Inklusion, sofern erst die Freisetzung aus ständischen sozialen Bindungen die Inanspruchnahme von Individuen unter Funktionsaspekten und damit unter Absehung von sozialen Rücksichten auf Zugehörigkeiten ermöglicht.“<sup>352</sup> Inklusion oder Exklusion sind in ihrer Unterscheidung besondere Typen. Sie funktioniert immer nach einem binären Schematismus<sup>353</sup>, der durch eine strikte Binärität und unter Ausschluss von dritten Werten gekennzeichnet wird. Entweder ist etwas wahr oder unwahr bzw. binär 1 oder 0, jemand ist gesund oder krank, bildungsfähig oder bildungsunfähig, jemand hat Teilhabe an etwas oder keine Teilhabe. Etwas dazwischen, ein wenig oder ein bisschen gesund oder krank, ist nach dem Gesetz der Binarität nicht gegeben. Es gibt immer nur die zwei Möglichkeiten wahr oder unwahr 1 oder 0.<sup>354</sup>

---

<sup>349</sup> Luhmann, Niklas: *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1987, S.35.

<sup>350</sup> Vgl. Mayrhofer, Hemma: *Soziale Inklusion und Exklusion: Eine (system-) theoretische Unterscheidung als Beobachtungsangebot für die Soziale Arbeit*. In *soziales\_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit Nr. 2*, 2009, St. Pölten, Printversion, S. 3.

<sup>351</sup> Vgl. Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena: *GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1997, S.78.

<sup>352</sup> Bommes, Michael; Scherr, Albert: *Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktion organisierter Hilfe*. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Grundlagentexte Soziologie*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2000, S.93f.

<sup>353</sup> „Binäre Schematismen sind besondere Typen von Unterscheidungen (...), die durch eine rigide Binärität unter Ausschluss von dritten Werten gekennzeichnet sind. Diese Binärität wird in der Logik mit Hilfe des Satzes vom ausgeschlossenen Dritten formuliert: eine wissenschaftliche Kommunikation ist wahr oder unwahr, eine andere Möglichkeit gibt es nicht; ein Organismus ist lebendig oder nicht-lebendig und nicht >>nur ein wenig lebendig<<. Binärität bedeutet also eine drastische Reduktion, die die unendliche Zahl der Möglichkeiten auf nur zwei durch eine Negation aufeinander bezogene Operation reduziert.“ Zitiert nach: Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena: *GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1997, S.34.

<sup>354</sup> Vgl. Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena: *GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1997, S.34

„Die innere Seite (Inklusion) bezeichnet die Bedingungen und die Möglichkeiten der Teilnahme an der Kommunikation und verlangt so Aufmerksamkeit und Berücksichtigung. Während die Außenseite, die Exklusion, das bezeichnet, was übrig bleibt und die Gesellschaft zu Reflexion zwingt. Das wird heute an der Bedingung sichtbar, die Karrieren und Leistungsorientierung einerseits und Situationen andererseits, in denen gegenteilige Bedingungen gelten, gewonnen haben, wie zum Beispiel das Ghetto, die Armut, die Hungersnot oder Überbevölkerung usw.“<sup>355</sup>

In der Konstruktion der funktionalen Differenzierung ist in allen Funktionssystemen die Inklusion aller Personen vorgesehen. Allerdings gibt es in der Realität Situationen in denen (große) Teile der Bevölkerung von der Teilnahme an Funktionssystemen ausgeschlossen sind.<sup>356</sup> „Ein solches Leben in Inklusion lässt zugleich Zwei –Welten-Theorie obsolet werden - haben wir es doch mit einer Vielzahl an heterogenen Lebenswelten zu tun, die allesamt ein Ganzes bilden, welches 'Pluralität als Normalität' betrachtet.“<sup>357</sup>

In funktional ausdifferenzierten Gesellschaften besteht keine klare Ordnung, welche Inklusion regelt. Sogenannte Inklusionsmodi werden von den einzelnen Funktionssystemen zum Beispiel dem Bereich Familie, Arbeit, Religion und Politik festgelegt.<sup>358</sup> Individuen werden nicht mehr nur in ein Teilsystem inkludiert, sondern es ist vorausgesetzt, dass sie an verschiedenen Funktionssystemen zum Beispiel dem Wirtschaftssystem, Erziehungssystem, politischen System, Gesundheitssystem, Rechtssystem etc. teilnehmen.<sup>359</sup> „Die Funktionssysteme gehen dabei grundsätzlich von der Inklusion aller Personen aus und inkludieren diese jeweils rollenspezifisch in unterschiedlicher Form: als Regierte bzw. StaatsbürgerInnen in das politische System, als KonsumentInnen in das Wirtschaftssystem, als SchülerInnen bzw. Lernende in das Erziehungs- bzw. Bildungssystem, als PatientInnen in das Gesundheitssystem etc.“<sup>360</sup> Den sogenannten Publikums- oder Komplementärrollen als Konsumenten, Patienten, Klienten etc. welche eine Inklusion aller Individuen als Person ermöglichen wollen, stehen damit den jeweiligen asymmetrisch verknüpften Leistungsrollen z.B. als Politiker, Arbeiter, Unternehmer, Rechtsanwälte gegenüber, durch die Organisationen über Inklusi-

---

<sup>355</sup> Ebd. S.81-82.

<sup>356</sup> Vgl. Luhmann, Niklas: *Einführung in die Theorie der Gesellschaft*. Luhmann, Niklas; Baecker, Dirk (Hrsg.), Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2005, S. 275-277.

<sup>357</sup> Theunissen, Georg: *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2009, S. 19.

<sup>358</sup> Vgl. Miller, Tilly: *Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie*. Lucius & Lucius DE, Stuttgart, 2001, S. 76-101.

<sup>359</sup> Vgl. Mayrhofer, Hemma: *Soziale Inklusion und Exklusion: Eine (system-) theoretische Unterscheidung als Beobachtungsangebot für die Soziale Arbeit*. In *soziales\_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit* Nr. 2, 2009, St. Pölten, Printversion, S. 2-3.

<sup>360</sup> Ebd. S. 2-3.

on/Exklusion bestimmen.<sup>361</sup> Das bedeutet, dass einzelne in Funktionssystemen und modernen Organisationen immer nur unter funktionspezifischen Gesichtspunkten als Systemakteure durch ihre spezifische Rolle und Funktion vorkommen.<sup>362 363</sup> Die Funktionale Differenzierung nach Luhmann stützt sich hier auf Talcott Parsons. Dieser sagt dazu: „Menschen sind nur in dem Maß und in der Weise ‚im‘ Sozialsystem, wie Schauspieler ‚in‘ einem Schauspiel sind – durch die Übernahme einer Rolle. In der Rolle schneiden sich Sozialsystem und Persönlichkeitssystem.“<sup>364</sup>

Der soziale Ausschluss des Betroffenen aus sozialen Teilsystemen, wie beispielsweise dem Arbeitsmarkt oder dem Bildungssystem, beschreibt die soziale Exklusion.<sup>365</sup> Die Struktur des jeweiligen Systems entscheidet über Inklusion und Exklusion und daraus ableitend ob Sozialisation zustande kommt, indem es die Leistung des jeweils anderen in Anspruch nimmt (Inklusion) oder dieses unterlässt (Exklusion).<sup>366</sup> „Die Leistungserwartungen des Systems werden rollenspezifisch institutionalisiert und bei Erfüllung entsprechend honoriert (durch Lob, Anerkennung, Zuneigung, Status, Einkommen etc.) und bei Nichterfüllung negativ sanktioniert (z.B. Ablehnung, Tadel, Verweis, Ausgrenzung u. a.).“<sup>367</sup> Als Individuum ist es notwendig jene Inklusionsmodi zu kennen, um Zugang zum jeweiligen Teilsystem zu erhalten. Demnach müssen bestimmte Voraussetzungen in Bezug auf zu erbringende Anforderungen erfüllt werden, um in ein Teilsystem inkludiert zu werden, zum Beispiel einen bestimmte Arbeitsstelle zu bekommen. Gemeint sind unter anderem Gesellschaftsvorgaben, Formen der Kommunikation und der Selbstinszenierung.<sup>368</sup>

„Die Chance auf Inklusion in die Teilsysteme hängt dann einerseits davon ab, welche Vorgaben dort gemacht werden (z.B. ob mir Rechte eingeräumt werden, ob mir genügend Geld zur Verfügung steht) und andererseits davon, welche Möglichkeiten genutzt werden (z. B. einen

---

<sup>361</sup> Schneider, Wolfgang Ludwig: *Grundlagen der soziologischen Theorie. Band 2.* In: *Grundlagen der soziologischen Theorie. Band 2.* Garfinkel, RC, Habermas, Luhmann (Hrsg.) Westdt. Verlag, Wiesbaden, 2002, S. 338f.

<sup>362</sup> Vgl. Bommers, Michael; Scherr, Albert: *Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktion organisierter Hilfe.* In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Grundlagentexte Soziologie.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2000, S.93f.

<sup>363</sup> Vgl. Miller, Tilly: *Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie.* Lucius & Lucius DE, Stuttgart, 2001, S. 76-101.

<sup>364</sup> Parsons, Talcott: 1976, S. 80. Zitiert nach: Miller, Tilly: *Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie.* Lucius & Lucius DE, Stuttgart, 2001, S. 76-101.

<sup>365</sup> Vgl. Eikelmann, Bernd; Zacharias-Eikelmann, Barbara; Richter, Dirk; Reker, Thomas: *Ziel ist Teilnahme am "wirklichen" Leben.* *Deutsches Ärzteblatt* 102, 2005b S. 1104-1110.

<sup>366</sup> Vgl. Bommers, Michael; Scherr, Albert: *Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktion organisierter Hilfe.* In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Grundlagentexte Soziologie.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2000, S.76f

<sup>367</sup> Miller, Tilly: *Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie.* Lucius & Lucius DE, Stuttgart, 2001, S. 76-101.

<sup>368</sup> Vgl. ebd. S. 76-101.

Antrag [...] zu stellen[...].“<sup>369</sup>

Die Definition der Inklusions- und Exklusionsmodi durch die Systeme wird begrenzt durch eine rechtliche Ordnung, welche bestimmte Werte garantiert, sowie Ausprägungen der Exklusion und daraus folgende Ungleichheiten legitimiert. Demnach basieren die Exklusionsmodi auf gesellschaftlichen Strukturen, obwohl die Ausbildung der In- und Exklusionsmechanismen in den jeweiligen Funktionssystemen stattfindet.<sup>370</sup>

„Mit dem Begriff der Inklusion werden Teilnahme- und Teilhabebedingungen und -chancen in Aussicht gestellt. Mit Exklusion einher geht die Tatsache, dass Menschen nicht an allen gesellschaftlichen Angeboten partizipieren können und, dass sie auf Grund der Inklusionsmodi nicht interessant genug sind für das System. Exklusion meint hier, dass ein Eintritt nicht möglich ist oder, dass das Verbleiben im System nicht mehr gewährleistet ist.“<sup>371</sup>

In ausdifferenzierten Gesellschaften herrscht lediglich eine Teilinklusion der Mitglieder vor. Diese zeichnet sich durch eine partielle Teilhabe, d.h. nur in Ausschnitten der Gesellschaft, an Teilsystemen aus. Eine Vollinklusion ist in diesem Sinne durch ausdifferenzierte Gesellschaften nicht mehr zu leisten.<sup>372</sup>

„Im Vergleich zu älteren Gesellschaften verändert die Moderne die Inklusionskriterien vor allem unter einem Aspekt: Ausschließung aus einem Teilsystem heißt nicht Einschließung in ein anderes. Wenn in stratifizierenden Gesellschaften die Zugehörigkeit zu einer Schicht die Ausschließung aus anderen Schichten impliziert, so sind in der modernen Gesellschaft die Verbindung zwischen den verschiedenen Teilsystemen lockerer; eine gute Ausbildung gibt wenige Hinweise auf eine Tätigkeit in der Wirtschaft oder in anderen Bereichen. Die moderne Form der Inklusion bringt eine starke Lockerung der sozialen Integration mit sich, da die Inklusion in ein Teilsystem noch nichts über die Inklusion in ein anderes aussagt. Das gegenteilige Phänomen ist statt dessen auf der Seite der Exklusion zu beobachten, da die Exklusion aus einem Teilsystem eine Art Dominoeffekt bewirkt, die das Individuum als Person sehr rasch gesellschaftlich machen kann.“<sup>373</sup> Durch Interdependenzen sind Exklusionsverdichtungen zu beobachten, „sodass die Exklusion aus einem Funktionssystem weitere Exklusionen nach sich ziehen kann und eine Verstärkung der Ausschlusstendenzen von ei-

---

<sup>369</sup> Eikelmann, Bernd; Reker, Thomas; Richeter Dirk: *Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker. Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 73, 2005a, S.668.

<sup>370</sup> Vgl. Miller, Tilly: *Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie*. Lucius & Lucius DE, Stuttgart, 2001, S. 76-101.

<sup>371</sup> Miller, Tilly: *Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie*. Lucius & Lucius DE, Stuttgart, 2001, S. 76-101.

<sup>372</sup> Vgl. ebd. S. 76-101.

<sup>373</sup> Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena: *GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1997, S.81.

nem Funktionssystem zum anderen besteht.<sup>374</sup> Luhmann nennt eine Art von negativer Integration: Verliert man die Arbeit, hat man weniger Geld, es erschwert die Wohnung oder andere, zum Beispiel für ein gesundes Leben benötigte Dinge, zu bewahren oder erneut zu beschaffen. Wiederum ist es als Mensch mit gesundheitlichen Leiden oder ohne Wohnung schwer, Arbeit zu finden, also mehr Geld zu erwirtschaften.<sup>375</sup>

Nach Bommers und Scherr werden Exklusionen von Personen zum Problem, „wenn sie in einer Weise kumulieren, dass sie den Zugang von Individuen zu Funktionssystemen blockieren, so dass für sie erforderliche Leistungen der Lebensführung nicht mehr zugänglich sind.“<sup>376</sup>

Das bedeutet, dass die verschiedenen Menschen in ihrer unterschiedlichen Lebenshaltung durch die Inklusionsregeln der funktional differenzierten Gesellschaft praktisch zu einem großen Maß in einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber diesen Inklusionsregeln stehen, um an den jeweiligen Leistungen der unterschiedlichen Funktionssysteme und Organisationen teilhaben zu können.<sup>377</sup> „Aus individueller Perspektive lässt sich fragen, inwieweit Personen oder Gruppen in die gesellschaftliche Kommunikation einbezogen werden und sich einbringen können, inwieweit sie also adressierbar sind und adressiert werden.“<sup>378</sup>

An dieser Stelle sollte jedoch auch angemerkt werden, dass eine Exklusion in bestimmten Lebenssituationen für einen Menschen nicht immer negativ sein muss. Sie kann auch entlastend bzw. sinnvoll sein. Für einen chronisch psychisch kranken Menschen wäre es beispielsweise eine Entlastung, wenn er durch seine Krankheitssituation vom Arbeitsmarkt exkludiert ist und Erwerbsunfähigkeitsrente bezieht. Es könnte sonst ein permanenter Stress- bzw. Belastungsfaktor sein, wenn er dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen müsste.

Insgesamt wird in dieser Master-Thesis Inklusion als eine Zielperspektive<sup>379</sup> und Leitorientierung verstanden, die nicht nur den einzelnen Menschen und seine Teilhabe und Selbstbestimmung in den Fokus stellt, sondern sie die Frage stellt, welchen Beitrag die ambulante Eingliederungshilfe leistet beziehungsweise noch perspektivisch leisten kann, „um den beste-

---

<sup>374</sup> Mayrhofer, Hemma: *Soziale Inklusion und Exklusion: Eine (system-) theoretische Unterscheidung als Beobachtungsangebot für die Soziale Arbeit*. In *soziales\_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit* Nr. 2, 2009, St. Pölten, Printversion, S. 5.

<sup>375</sup> Vgl. Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena: *GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1997, S.81

<sup>376</sup> Bommers, Michael; Scherr, Albert: *Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktion organisierter Hilfe*. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Grundlagentexte Soziologie*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2000, S.95.

<sup>377</sup> Vgl. Mayrhofer, Hemma: *Soziale Inklusion und Exklusion: Eine (system-) theoretische Unterscheidung als Beobachtungsangebot für die Soziale Arbeit*. In *soziales\_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit* Nr. 2, 2009, St. Pölten, Printversion, S. 5

<sup>378</sup> Ebd. S. 2.

<sup>379</sup> Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: *Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovatives Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit*. Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009, S. 3.

henden Inklusions- bzw Teilhabebedarfen zu begegnen. Im speziellen ist es bedeutend, wo die Inklusionshemmnisse liegen und was gesellschaftlich zu verändern ist, um diese zu reduzieren damit ein Meer an Inklusion zu gewinnen ist.

## 5.2 Psychiatrie: Begrifflichkeiten und Geschichte

Um die Geschichte der Eingliederungshilfe im Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie zu beschreiben wird zunächst die Geschichte der Psychiatrie unter Berücksichtigung der einzelnen Strömungen dargestellt.

In der vorliegenden Master-Thesis wird der zeitgemäße Begriff der Sozialpsychiatrie<sup>380</sup> verwendet, welcher in diesem Kapitel anhand der geschichtlichen und begrifflichen Entwicklung der psychiatrischen Landschaft erarbeitet wird. Neben der Sozialpsychiatrie werden die Begrifflichkeiten und kleine Teile der Historie der Psychiatrie, der Gemeindepsychiatrie, der Sozialpsychiatrie und der Antipsychiatrie veranschaulicht. Der bedeutenden, zum großen Teil auch schwierigen und menschenverachtenden Geschichte der Psychiatrie (z.B. in der noch nicht so lang entfernten Zeit des Nationalsozialismus) mit ihren gravierenden Fehleinschätzungen, Fehlversuchen und Irrwegen<sup>381</sup> kann in dieser Arbeit kein ausführlicher Raum gegeben werden.

Unter dem Begriff Psychiatrie wird in der Regel eine Teildisziplin der Medizin verstanden, die sich mit der Diagnostik, Erforschung und Behandlung psychischer Krankheiten befasst.<sup>382</sup> So wie beispielsweise auch in der Definition von Möller, Laux, und Deister: „Psychiatrie umfasst die Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten des Menschen. Im Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Faktoren und deren Auswirkung auf das psychopathologische Erscheinungsbild liegt das Wesen der Psychiatrie.“<sup>383</sup> Zu dem Zusammenhang mit anderen Fachrichtungen beschreiben sie weiter: „Psychiatrie hat enge Beziehungen zu verschiedenen anderen Disziplinen, insbesondere zur Neurologie, Psychophysiologie, Neurobiochemie, Psychologie, Soziologie, Psychoanalyse, Verhaltensforschung, Anthropologie und Genetik.“<sup>384</sup>

Auf die sehr bedeutende fachliche soziale Unterstützung psychisch kranker Menschen auf der ambulanten oder teilstationären Ebene, mit den verschiedenen Formen von Eingliede-

---

<sup>380</sup> Vgl. Lob-Hüdepohl, Andreas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 286.

<sup>381</sup> Vgl. ebd. S. 286.

<sup>382</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 9.

<sup>383</sup> Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, <sup>3</sup>2005, S. 1.

<sup>384</sup> Ebd. S. 1.

rung und Prävention, wird in der Fachliteratur nur bedingt oder kaum eingegangen.<sup>385</sup> Es ist wichtig das Handeln von weiteren Akteuren sozialpsychiatrischer Hilfeformen, wie zum Beispiel durch Sozialarbeiter, (Heil-) Pädagogen, Heilerziehungspfleger, Ergotherapeuten, Musik- und Kunsttherapeuten, neben den oben aufgezählten Disziplinen, öffentlich und wissenschaftlich transparenter zu machen und diese angemessen stärkend anzuerkennen.<sup>386</sup> „Denn psychisch erkrankte Menschen zu verstehen und ihnen angemessen zu begegnen, ist längst nicht mehr die Aufgabe der klinischen Psychiatrie allein.“<sup>387</sup> Durch den im Folgenden beschriebenen Reformprozess der Psychiatrie entsteht erst ein höheres Maß an Bedeutung und Handlungsgrundlage der Sozialen Arbeit innerhalb des Arbeitsfeldes Psychiatrie. So sagen auch Lob-Hüdepohl und Zimmermann : „Psychische Krankheit und deren Begleitung und Behandlung [liegt] nun nicht mehr ausschließlich bzw. vor allen Dingen in den Händen der primär behandelnden Professionen (wie der Medizin und der Psychologie)[...], sondern [heute werden] die betroffenen Menschen in und mit ihren sozialen Bezügen und Bedingtheiten in den Mittelpunkt der Betrachtung und auch der Beratung und Behandlung gestellt.“<sup>388</sup> Diese nachhaltigen Veränderungen in der psychiatrischen Landschaft entwickelten sich in Deutschland seit den 1960er Jahren durch den bis heute anhaltenden Reformprozess. An der Universität Hannover wurde 1966 der erste sozialpsychiatrische Lehrstuhl besetzt. Es entfachte sich eine lebendige Diskussion über den Umgang mit psychisch Kranken. Daraus resultierte der wichtige historische Bericht des Deutschen Bundestages der Psychiatrie Enquete 1975, welcher mit 200 Fachleuten aus verschiedenen Bereichen der Psychiatrie erarbeitet wurde.<sup>389</sup> „Die zentrale Aussage des Berichtes zielte darauf, eine gemeindenahere Psychiatrie mit stationären, teilstationären und ambulanten Institutionen aufzubauen, gut erreichbar für die Menschen, die in einer umschriebenen Region leben. Diese Gemeindepsychiatrie sollte erkennbar ein freundliches Gesicht bekommen, anders als zuvor die verdeckte und deshalb mit ängstigenden und drohenden Vorstellungen beladene, hinter den Mauern der Großkrankenhäuser verborgene Psychiatrie. Die in dem genannten Bericht der Bundesregierung [...] propagierte Vorstellung einer gemeindenaheren Psychiatrie begründete die Sozialpsychiatrie.“<sup>390</sup> Es hat sich seit dem gezeigt, dass sich psychisch kranke Menschen

<sup>385</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 9.

<sup>386</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 9.

<sup>387</sup> Ebd. S. 9.

<sup>388</sup> Lob-Hüdepohl, Andreas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 288.

<sup>389</sup> Vgl. Zimmermann, Ralf-Bruno: *Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (Hrsg.): *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmansweiler, 2005, S. 63-64.

<sup>390</sup> Schaub, Heinz-Alex: *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. V & R unipress, Göttingen, 2008, S. 157.



mit Hilfe von angemessener formeller und informeller Unterstützung in Form von ambulanten und komplementären Diensten in der Gemeinde weitestgehend, zumindest in Bezug auf ihren Lebensort, integrieren lassen. Dadurch kann bis heute die stationäre Unterbringung in Heimen und Kliniken für psychisch erkrankte Menschen zu einem großen Teil verhindert werden. Ihr Lebensmittelpunkt ist ihr gewohntes Lebensumfeld.<sup>391</sup> Die dafür benötigte steti-ge Organisation einer angemessenen Unterstützung und Versorgung psychisch kranker Menschen gilt es permanent zu optimieren. Im Sinne des Konzeptes, beziehungsweise des Reformprozesses der Sozialpsychiatrie, ist der Lebensmittelpunkt im gewohnten Lebensumfeld zu erhalten und in dieser Lebenssituation angemessenen Unterstützung und Versorgung zu gewährleisten. Dies ist bereits gewollt und in der Psychiatrie-Enquete festgehalten.<sup>392</sup> Der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ ist heute weiterhin im § 39 SGB V und §3a SGB XII rechtlich verankert. „Maßgeblich für das Konzept der Sozialpsychiatrie ist das Zusammenspiel zwischen einer gemeindenah organisierten stationären Arbeit und extramuralen psychiatrischen Einrichtungen, die ein differenziertes sozialpsychiatrisches Netz in der Gemeinde bilden. Eine derartige Organisationsstruktur stellt das Prinzip der strikten Trennung von stationär und ambulant, sowie die Trennung von Akut- und Rehabehandlungen in Frage. Vielerorts sind kreative Lösungen gefunden worden, in denen Kommunen, freie Träger und Einzelpersonen zusammenarbeiten. Ergebnisse dieser Kooperation sind Netzwerke aus vielen Feldern.“<sup>393 394</sup>

Der Begriff der Sozialpsychiatrie macht die stetigen Anforderungen (wie eine soziale Perspektive, Phänomene der Entstehung, des Verlaufs, und Folgen für den Erkrankten die aus der psychischen Erkrankung vorhergehen) an eine zeitgemäße Psychiatrie deutlich und schließt somit auch die Eigenschaften der Gemeindespsychiatrie oder der gemeindenahen Psychiatrie mit ein.<sup>395</sup> „Umgekehrt muss eine gemeindenah Psychiatrie nicht zwingend den genannten sozialen Schwerpunkt haben. In diesem Sinne muss eine professionelle Beratung, Begleitung und Behandlung immer einen ausgewiesenen sozial (psychiatrisch) ausge-

---

<sup>391</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 113.

<sup>392</sup> Vgl. Zimmermann, Ralf-Bruno: *Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (Hrsg.): *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmansweiler, 2005, S. 63-64.

<sup>393</sup> Psychiatrie-Enquete, 1975: Zitiert nach: Schaub, Heinz-Alex: *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. V & R unipress, Göttingen, 2008, S. 157.

<sup>394</sup> Vgl. Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): *Psyhiatrie-Enquete*.

[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/dokumente/enquete1975/enquete1975.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/enquete1975/enquete1975.pdf). Eingesehen am 27.03.2012, 11.15 Uhr.

<sup>395</sup> Vgl. Lob-Hüdepohl, Andeas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöning Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310, S. 286.

richteten Charakter haben und allein aus dieser Fokussierung eröffnet sich naturgemäß ein Handlungsbereich, der im Kern der Kompetenzen der Sozialen Arbeit liegt.“<sup>396</sup>

Die Bausteine der sozialpsychiatrischen Versorgung und das typische Handlungsfeld der Klinischen Sozialarbeit für psychisch Kranke Menschen sehen nach Zimmermann wie folgt aus:

- Wohnen (betreutes Einzelwohnen, therapeutische Wohngemeinschaften, Apartmentwohnen, Übergangswohnheime, Krisenwohnungen, Heime)
- Tagesstrukturierungen (Tagesstätten, Kontakt- und Begegnungsstätten, Tageszentren, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte)
- stationäre Behandlung (vollstationäre psychiatrische Behandlung, tagesklinische Behandlung, Soteria, (teil)stationäre Rehabilitation/Heilverfahren)
- ambulante Behandlung und Beratung (spezielle Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Institutsambulanzen, niedergelassene Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten)
- berufliche Rehabilitation (Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Berufsförderungswerke, spezielle Projekt zur Wiedereingliederung in einen beruflichen Prozess)
- Krisenversorgung (ambulante Krisendienste, Rufbereitschaften)
- Aufsuchende Dienste (niederschwellige Angebote für obdachlose psychisch kranke Menschen)
- so genannte Leienhilfe und Selbsthilfe<sup>397</sup>

Mit der Sozialpsychiatrischen Reformkultur in Deutschland entstand ein bedeutendes sozial-politisches Psychiatrienetz u.a.. aus folgenden Verbänden und Organisationen: Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), Dachverband Psychosozialer Hilfsvereine e.V., Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) und der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK).<sup>398</sup> „Soziale Psychiatrie ist also keineswegs eine Angelegenheit der Professionellen allein – im Gegenteil, sie entwickelt nach Möglichkeit die Konzepte der Hilfeformen und Einrichtungen gemeinsam mit den Psychiatrie- Erfahrenen und den Angehörigen.“<sup>399</sup> Psychische Erkrankungen werden von den Praktizierenden in der Sozialpsychiatrie erkannt und es wird versucht, die soziale Dimension des seelischen Leids zu begreifen, um

---

<sup>396</sup> Ebd. S. 286.

<sup>397</sup> Vgl. Zimmermann, Ralf-Bruno: *Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (Hrsg.): *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmansweiler, 2005, S. 66.

<sup>398</sup> Vgl. Dörr, Margret: *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. In: Homfeldt, Hans-Günter; Mühlum, Albert; Mühlum Trier (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 8.*, Ernst Reinhard Verlag München, 2005, S. 29.

<sup>399</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 10.

diesem mit entsprechendem methodischen Handeln möglichst entgegenzuwirken. Dem professionellen Handeln ist in der Sozialpsychiatrie immer parallel eine subjekt- und gemeinwesenorientierte Haltung inne, welches ein Verständnis von den verschiedenen Lebenswelten voraussetzt.<sup>400</sup> „In diesem Sinne ringt Soziale Psychiatrie – im Spannungsfeld zwischen individuellen psychischen Leid einerseits und Erwartungen und Toleranzen des gesellschaftlichen Umfeldes andererseits – um eine angemessene Position der Hilfe, Begleitung und Versorgung.“<sup>401</sup>

Zusammengefasst steht die Sozialpsychiatrie für ...

- die historischen Auslöser: Reformprozess in den 1960er Jahren, erster sozialpsychiatrischer Lehrstuhl 1966, Enquête-Bericht 1975 (BRD)
- eine Gemeindepsychiatrie: dezentral, sektoriert, lebensweltorientiert
- Behandlungsformen: ambulant vor stationär, kontinuierlich
- eine soziale Dimension im bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis
- eine Haltung: Subjekt- und gemeinwesenorientiert, Verständnis von verschiedenen Lebenswelten
- einen Positionierungsprozess Sozialer Arbeit in der Psychiatrie so wie im weiteren Gesundheitswesen
- Stärkung der interdisziplinären Bedeutung Sozialer Arbeit
- einen Ausbau Sozialer Arbeit, welche sozialpsychiatrische Projekte aller Art prägt
- entwickelt Konzepte der Hilfeformen und Einrichtungen gemeinsam mit Psychiatrie-Erfahrenen und den Angehörigen
- die Auseinandersetzung mit der Epidemiologie und Soziologie seelischer Krankheit und Gesellschaft<sup>402 403 404 405</sup>

Zur heutigen Situation und Entwicklung der Psychiatrielandschaft äußert sich Hans Nau:

„Die Psychiatriepolitik der vergangenen Jahrzehnte war geprägt von den Reformideen der Psychiatrieenquete im Jahre 1975. Die psychiatrische Versorgung hat seither einen Reformprozess hin zur gemeindenahen Psychiatrie mit Ausrichtung an sozialpsychiatrischen Grundideen durchlaufen. Der von der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der

---

<sup>400</sup> Vgl. ebd. S. 11.

<sup>401</sup> Ebd. S. 10.

<sup>402</sup> Vgl. Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, <sup>3</sup>2005, S. 1.

<sup>403</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 10.

<sup>404</sup> Vgl. Zimmermann, Ralf-Bruno: *Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (Hrsg.): *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmansweiler, 2005, S. 63-64.

<sup>405</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 11.

psychiatrischen Versorgung geforderte Paradigma-Wechsel mit den Zielen: von der Institutionszentrierung zur Personenzentrierung, von der Angebots- zur Bedarfsorientierung, von einer auf Berufsgruppeninteressen bezogenen Sichtweise hin zum mehrdimensionalen Krankheitskonzept und multiprofessioneller Behandlung ist bei weitem noch nicht abgeschlossen, hat aber in den letzten Jahren viel bewirkt.<sup>406</sup> Ebenso wird die weiter steigende Bedeutung der Sozialpsychiatrie von Keupp untermalt in dem er über die allgemeine Veränderung in der Gesellschaft folgendes aussagt: „Die Suche nach Lebenssinn wird in einer Gesellschaft, die zunehmend den Glauben an traditionelle ‚Meta-Erzählungen‘ verliert, zu prekären Projekt. Gerade aber unser Wissen über Salutogenese zeigt, dass Gesundheit und Identitätsgewinnung entscheidend von Sinn- und Kohärenzfindung abhängen. Erforderlich ist die Ermöglichung und Förderung einer selbstbestimmten Suche nach Lebenssinn, Identität und Eigensinn.“<sup>407</sup> Welches Keupp als das zentrale Mandat der Sozialpsychiatrie ansieht.<sup>408</sup> Die Sozialpsychiatrie erfährt, „ursprünglich als Reformidee und gegen das kustodiale Psychiatriesystem entstanden, selbst immer wieder neue Reformschübe, die u.a. aus sozialpolitischen Motiven und fachlichen Innovationen herrühren. Diese reichen von Ökonomisierungstendenzen über Vernetzungs- und Koordinierungsbedarfe bis hin zu Spezialisierung und stellen insgesamt ein umfassendes „Modernisierungsprogramm“ der Sozialpsychiatrie selbst dar. Es stellt sich deshalb immer wieder neu die Frage, was eine soziale Psychiatrie bzw. eine Sozialpsychiatrie eigentlich heute ist. Eine Alternative war sie einmal. Ist sie nun ein etabliertes und anerkanntes System gemeinde- und personenzentrierter Hilfen geworden?“<sup>409</sup>

Abschließend soll in diesem Kapitel noch Fokus auf die Bewegung der Antipsychiatrie (AP) gelegt werden, welche in der aktuellen psychiatrischen Versorgungslandschaft kaum Bedeutung findet. In Hinblick auf den allgemeinen geschichtlichen psychiatrischen Hintergrund jedoch nicht verschwiegen werden darf. Vereinzelt sind antipsychiatrische Tätigkeiten und Aktionen auf psychiatrischen Tagungen zugegen ohne jedoch die genauen Motive der Antipsychiatrie zu erkennen.<sup>410</sup> Eine eindeutige Definition für „Antipsychiatrie“ gibt es nicht. Cooper und Laining waren die Pioniere der Antipsychiatriebewegung, die in den 60er-Jahren von Großbritannien aus startete. Diese Bewegung wurde von Gruppierungen aufgegriffen sowie

---

<sup>406</sup> Nau, Hans: *Editorial*. In: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.): *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*. 3/2005, S. 3.

<sup>407</sup> Keupp, Heiner: *Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?* In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie 02/2011*, S. 9.

<sup>408</sup> Vgl. ebd. S. 9.

<sup>409</sup> Röh, Dieter; Sielaff, Martin: *Zu diesem Heft*. In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg.): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand. standpunkt: sozial 1/2011*. S. 6-7.

<sup>410</sup> Vgl. Könsgen, Dirk: *Antipsychiatrie. Von den Auslösern bis zu Gegenwart*. In: *Psych. Pflege heute vol. 14*. Thieme Verlag, Stuttgart, 2008, S. 252.

in verschiedene Länder transferiert.<sup>411</sup> Im Jahr 1967 verwendete Cooper den Begriff „Psychiatrie und Anti-Psychiatrie“ innerhalb seiner Veröffentlichung erstmalig. Er sah die Bezeichnung als eine Antithese in Bezug auf die konventionellen psychiatrischen Vorstellungen und Arbeitsmethoden. In West-Deutschland bildete sich 1971, in Verbindung mit den Studentenprotesten, erstmals eine Antipsychiatriebewegung. Die wörtliche Bedeutung Anti-psychiatrie ist nicht homogen, unter ihr sammeln sich verschiedene Beweggründe, Konzeptionen und Ideen. In vielen Ländern Westeuropas und Nordamerikas so wie in Deutschland herrschten nach dem zweiten Weltkrieg und den jeweiligen Psychiatriereformen erhebliche Missstände. Es gab kein qualifiziertes Personal und nach der bewiesenen Wirksamkeit von Psychopharmaka 1952 wurde wieder verstärkt nach der biologischen Sichtweise gearbeitet. Psychotherapeutischen- und sozialpsychiatrischen Sichtweisen wurde keine angemessene Beachtung eingeräumt.<sup>412</sup> „Ausgehend von dieser Situation sieht Obiols das Hauptverdienst der AP darin, eine unerträgliche Situation aufgedeckt zu haben. Es sei dringend notwendig gewesen, das Gesamtsystem der Psychiatrie zu verändern. Die verschiedenen Meinungen, die unter dem Begriff der AP zusammengefasst wurden, hatten gemeinsam, dass sie sich gegen die bestehenden Institutionen und die Verfahren der Unterbringung wendeten.“<sup>413 414</sup> Die verschiedenen Ansichten der Antipsychiatrie können einer Gruppe eher praxisorientierten Kritiker (meist konventionelle Psychiater) zugeordnet werden und einer Gruppe von Personen bzw. Gruppen, denen es um theoretische philosophische Aspekte geht. Unter der Anti-psychiatrie werden außerdem Reformpsychiater oder Psychiatrieskeptiker eingeordnet, die den Begriff jedoch meist ablehnen.<sup>415</sup>

Bekanntere, in der Antipsychiatrie tätige Einrichtungen und Vereine, sind zum Beispiel:

- „Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e.V.“
  - o Die KVPM ist nach Heinemann eine verborgene Organisation von Scientology. Ziel soll es sein die Psychiatrie abzuschaffen.
- „Die Irrenoffensive“
  - o Fordert die Abschaffung der Psychiatrie in ein selbstgestelltes Konzept „Das Anti-Psychiatrie-Programm“ ([www.antipsychiatrie.de](http://www.antipsychiatrie.de))
- Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ in Berlin.
- Soll eine Ergänzung zu bestehenden psychiatrischen Einrichtungen sein, welche sich nach dem Konzept der Sotiria Loren Moscher's und niederländische Weglaufhäusern richtet.
- Der Antipsychiatrieverlag<sup>416</sup>
  - o Von Peter Lehmann der selbst Psychiatrieerfahrener ist und mit dem Verlag die Zensur anderer umgehen möchte. „Antipsychiatrie wird vom Antipsychiatrieverlag als undogmatische und humanistische Bewegung verstanden. Das

---

<sup>411</sup> Vgl. ebd. S. 252.

<sup>412</sup> Ebd. S. 252-253.

<sup>413</sup> Ebd. S.253.

<sup>414</sup> Siehe dazu auch die Psychiatriereform zu Anfang des Unterkapitels.

<sup>415</sup> Vgl. Könsgen, Dirk: *Antipsychiatrie. Von den Auslösern bis zu Gegenwart.* In: *Psych. Pflege heute vol. 14.* Thieme Verlag, Stuttgart, 2008, S.253.

<sup>416</sup> Vgl. ebd. S. 256-257.

griechische "Anti" bedeutet mehr als einfach nur "gegen". Es heißt auch "alternativ", "gegenüber" oder "unabhängig". Freunde der Zwangspsychiatrie und Pharmaindustrie stehen deshalb der modernen, nutzergetragenen humanistischen Antipsychiatrie besonders erbittert gegenüber.<sup>417</sup>

### 5.3 Von der Armenfürsorge zu heutiger Sozialhilfeleistung der Eingliederungshilfe: Geschichte und Entwicklung in Deutschland

Geschichtlich hat sich die Sozialhilfe aus der Armenfürsorge entwickelt. Ursprung ist die Tatsache, dass (Groß-) Familien arme Menschen nicht mehr alleine versorgen konnten. So entstand im Mittelalter durch Thomas von Aquin die organisierte Armenfürsorge. Zu Beginn der Neuzeit änderte sich die Sicht der Armut infolge wirtschaftlicher, religiöser und gesellschaftlicher Veränderungen. Es entwickelte sich anstelle einer kirchlichen Armenfürsorge eher eine städtische. Vives entwickelte ein neues Modell der Armenfürsorge, bei der die Arbeitsvermittlung im Mittelpunkt stand.<sup>418</sup> Im Zuge der Industrialisierung gegen Ende des 19. Jahrhunderts und der damit einhergehenden Entwicklung zur Leistungsgesellschaft hat eine Trennung von Erfolgreichen und Erfolglosen, Leistungsfähigen und Schwachen, Angepassten und Störenden, Gesunden und Kranken, Reichen und Armen, Jungen und Alten in der Gesellschaft stattgefunden.<sup>419</sup> Diese Trennung begünstigte die Einrichtung und Etablierung von professionalisierten Hilfen in Einrichtungen. „Mit einsetzender Wissenschafts- und Therapiegläubigkeit entwickelte sich die Vorstellung, Menschen mit Behinderung in neuen Einrichtungen durch professionelle Helfer auf Dauer heilen zu können.“<sup>420</sup> Die Unterbringung von Menschen mit psychischer Erkrankung in speziellen Einrichtungen bedeutete auch eine Ausgrenzung der Kranken und Leistungsschwachen aus der Gesellschaft. „Im Ergebnis wirkte dieses System der Großeinrichtungen ausgrenzend und nicht integrierend.“<sup>421</sup> Die Finanzierung erfolgte durch die arbeitende Gesellschaft. Damit hat diese „die helfende Aufgabe“ an professionelle Helfer abgegeben. Dies hatte zur Folge, dass die Annäherung von Gesellschaft und Behinderung nicht gefördert wurde.<sup>422</sup> Mit dem Beginn des Reformprozesses der Psychiatrie und dem einhergehenden Abbau von Großeinrichtungen wurden dezentrale, zunächst hauptsächlich stationäre, kleine Einrichtungen geschaffen.<sup>423 424</sup> Mit der Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975 begann die Entwicklung von gemeindenaher Versorgung und Perso-

---

<sup>417</sup> Vgl. Homepage des Antipsychiatrieverlags: *Über den Antipsychiatrieverlag*. <http://www.antipsychiatrieverlag.de/index.htm>. Eingesehen am 15.04.2012, 15.55 Uhr.

<sup>418</sup> Vgl. Schilling, Johannes; Zeller, Susanne: *Soziale Arbeit. Geschichte-Theorie-Profession*. Ernst Reinhardt Verlag.München, 32007, S. 5-47.

<sup>419</sup> Vgl. Georg-Wiese, Axel: *Zur Entwicklung der Eingliederungshilfe. Personenzentrierte & sozialräumliche Hilfen: zwei Seiten einer Medaille*. In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Bildung ist mehr! – Kompetenzentwicklung braucht Bildung. standpunkt: sozial 3/2009*, S. 107.

<sup>420</sup> Ebd. S. 107.

<sup>421</sup> Ebd. S. 108.

<sup>422</sup> Vgl. ebd. S. 107.

<sup>423</sup> Weitere Informationen zur Thematik siehe Kapitel 5.2: Psychiatrie: Begrifflichkeiten und Geschichte

<sup>424</sup> Vgl. ebd. S. 107.

nenzentrierung. Der Grundstein für die heutige ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo wurde gelegt. Mit einer Reihe von gesetzlichen Grundlagen versuchte die neue Bundesregierung die Probleme der Nachkriegszeit in den Griff zu bekommen. Hier sollen nur zwei aus der Fülle genannt werden:

→Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) von 1961 mit verschiedenen Neufassungen bis zur Neuformulierung im „Kinder- und Jugendhilfegesetz“ (KJHG) von 1991.

→Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961/62 und Vorläufer unseres heutigen neuen Sozialhilfegesetzbuches.

Das Gesetz sollte dazu beitragen:

- ein menschenwürdiges Dasein für alle BürgerInnen zu sichern,
- gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit zu schaffen,
- Familien zu schützen und zu fördern.
- den Erwerb des Lebensunterhaltes durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen
- und besondere Belastungen des Lebens, auch der Hilfe zu Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.<sup>425</sup>

Laut der gesetzlichen Vorgaben des Bundessozialhilfegesetz (BSHG) hatte jeder Bürger einen Rechtsanspruch auf Sozialhilfe. Es verfolgte die Absicht, dem Hilfebedürftigen und seiner Familie bei eigener Mitwirkung in einem Notfall ein einklagbares Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen, um ein menschwürdiges Leben führen zu können.<sup>426</sup>

Weiter führte das BSHG die Begrifflichkeiten „Sozialhilfe“ statt „öffentliche Fürsorge“ und statt „Fürsorgeamt“ bzw. „Wohlfahrtsamt“ das „Sozialamt“ ein.“<sup>427</sup>

Die Eingliederungshilfe ist eine Form der Sozialhilfe und in dem SGB XII seit Anfang 2005 angesiedelt. Seit 1. Januar 2005 ist das neue Sozialhilfegesetzbuch XII in Kraft getreten und die alten gesetzlichen Grundlagen des Bundessozialhilfegesetz BSHG abgelöst, welche aber zum einem großen Teil mit in dem SGB XII übernommen worden sind. Die gesetzliche Grundlage für eine ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist in dem SGB an verschiedenen Stellen festgeschrieben, beispielsweise in §39 SGB V Abs 1.<sup>428</sup>, SGB IX §19<sup>429</sup> und SGB XII § 13.<sup>430</sup>

---

<sup>425</sup> Vgl. Belardi, Nando 1980a, S. 20: In: Schilling, Johannes; Zeller, Susanne: *Soziale Arbeit. Geschichte-Theorie-Profession*. Ernst Reinhardt Verlag.München, 32007, S .47.

<sup>426</sup> Vgl. Belardi, Nando 1980a, S. 20: In: Schilling, Johannes; Zeller, Susanne: *Soziale Arbeit. Geschichte-Theorie-Profession*. Ernst Reinhardt Verlag.München, 32007, S .47.

<sup>427</sup> Vgl. Schilling, Johannes; Zeller, Susanne: *Soziale Arbeit. Geschichte-Theorie-Profession*. Ernst Reinhardt Verlag.München, 32007, S. 47.

<sup>428</sup> SGB V§ 39 Krankenhausbehandlung: Homepage des Bundesministerium der Justiz: SGB V § 39 Krankenhausbehandlung: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_39.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_39.html). Eingesehen am 21.04.2012, 19.00 Uhr.

<sup>429</sup> SGB IX § 19 Rehabilitationsdienste und –einrichtungen: SGB IX § 19 Rehabilitationsdienste und –einrichtungen: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_19.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_19.html). Eingesehen am 12.04.2012, 20.00 Uhr.

Die Entwicklung der Eingliederungshilfe ist durch eine seit Jahren stetig ansteigende Nachfrage gekennzeichnet. Damit geht einher, dass Aufwendungen der öffentlichen Hand auf der einen Seite steigen, auf der anderen Seite steigt die Finanzkraft der öffentlichen Haushalte nicht im selben Maße oder ist sogar rückläufige.<sup>431</sup> „Hält diese Entwicklung an, wovon auszugehen ist, dann steht zu befürchten, dass die Eingliederungshilfe als Leistung der Sozialhilfe an die Grenzen ihrer Finanzierbarkeit kommen wird. Um diese Leistungsfähigkeit der Eingliederungshilfe zu erhalten, sind Veränderungen erforderlich.“<sup>432 433</sup>

#### 5.4 Definition ambulante Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe wird von dem am 10.07.2001 in Kraft getretenen SGB IX Rehabilitation und Teilhabe<sup>434 435 436</sup> behinderter Menschen beeinflusst. Seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung ist die Eingliederungshilfe die finanziell bedeutsamste Hilfe nach dem SGB XII – neben der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.<sup>437</sup> Die Eingliederungshilfe ist im SGB XII §§53 ff. gesetzlich verankert. Ein Grund dafür, dass es speziell unter dem Namen der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen keine bekannten Forschungen gibt, ist, dass die Ausführung der ambulanten Eingliederungshilfe in der Verantwortung und Organisation der Bundesländer liegt und es außer der Regelungen des SGB XII keine weiteren einheitlichen bundesweiten Regelungen diesbezüglich gibt. In dieser Form und unter dem Namen PPM und BeWo wird die Eingliederungshilfe nur im Bundesland Hamburg angeboten. Dort gibt es dazu auch eine spezielle Globalrichtlinie für PPM. Für den Bereich des BeWo ist eine solche Globalrichtlinie in Hamburg bisher nicht öffentlich gegeben, dennoch ist eine Begriffsbestimmung zu finden (einzusehen in Kapitel 5.6.3). Für die Arbeit des BeWos sind Grundlagen und Ziele der Globalrichtlinie PPM zu einem großen Teil identisch<sup>438</sup>. In anderen Bundesländern gibt es minimal anders geregelte

---

<sup>430</sup> SGB XII § 13 Leistungen für Einrichtungen, Vorrang anderer Leistungen: Homepage des Bundesministerium der Justiz: SGB XII § 13 Leistungen für Einrichtungen, Vorrang anderer Leistungen. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_13.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_13.html), Eingesehen am 21.04.2012, 19.05 Uhr.)

<sup>431</sup> Vgl. Georg-Wiese, Axel: *Zur Entwicklung der Eingliederungshilfe. Personenzentrierte & sozialräumliche Hilfen: zwei Seiten einer Medaille*. In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Bildung ist mehr! – Kompetenzentwicklung braucht Bildung. standpunkt: sozial 3/2009*, S. 107.

<sup>432</sup> Ebd. S. 107.

<sup>433</sup> Weiterführende Informationen siehe Kapitel 5.5: Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe.

<sup>434</sup> Vgl. Homepage des Bundesministerium für Justiz: Definition Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft SGB IX § 1: SGB IX

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_1.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_1.html). Eingesehen am 15.11.2011, 11.15 Uhr.

<sup>435</sup> Vgl. Homepage des Bundesministerium für Justiz: Definition Leistungen zur Teilhabe SGB 9 § 4: SGB IX [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_4.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_4.html). Eingesehen am 15.11.2011, 11.20 Uhr.

<sup>436</sup> Vgl. Homepage des Bundesministerium für Justiz: Definition: *Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft SGB IX*: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_55.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_55.html). Eingesehen am 4.05.2012, 11.20 Uhr.

<sup>437</sup> Vgl. Mulot, Ralf; Schmitt, Sabine (Redaktion u. Lektorat): *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, <sup>6</sup>2007, S. 229.

<sup>438</sup> Weitergehende Informationen dazu siehe Kapitel 5.6: Formen ambulanter Eingliederungshilfe.



Arbeitsgrundlagen und andere Bezeichnungen für die verschiedenen Formen der ambulanten Eingliederungshilfe. Im Arbeitsansatz und bei den Zielen unterscheiden sich die Hilfeformen zu den anderen Bundesländern nur in geringfügigen Abweichungen, da dies durch das Grundgerüst aus dem SGB XII §§ 53 und 54 ff bundesweit geregelt ist. Im Bundesland Berlin werden diese Hilfen beispielsweise allein Einzelfallhilfe genannt.

Durch die Eingliederungshilfe soll im Rahmen der nachrangigen Sozialhilfe die Möglichkeit zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben sichergestellt werden. Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hat nach §53 Abs.3 SGB XII die Aufgabe, „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“<sup>439</sup>. Die präventive Verhütung einer drohenden Behinderung hat sich durch die Weiterentwicklung zur Sozialhilfe verankert. Die ursprüngliche Armenfürsorge hat nicht präventiv gearbeitet.

Neben dem Ziel, eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern (§54 Abs. 1 SGB XII, §55 SGB IX), soll die Eingliederungshilfe auch die Ausübung eines Berufes oder einer sonstigen angemessene Tätigkeit ermöglichen und die Unabhängigkeit von Pflege und Unterstützung soweit wie möglich erreicht werden. Leistungsberichtigte sind nach § 53 SGB XII Satz 1 Personen, die nach § 2 SGB IX Leistungen zur Teilhabe erhalten, da sie Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedroht sind. Desweiteren umfasst die Eingliederungshilfe medizinische Rehabilitation, begleitende schulische, schulvorbereitende und vorschulische Maßnahmen (§54 Abs. 1 Nr. 1. SGB XII). Ebenfalls zu den Leistungen der Eingliederungshilfe zählen ein WfbM-Besuch als berufliche Maßnahme, sowie die Betreuung im Wohnbereich, sowohl in einem Wohnheim als auch in einer anderen ambulant betreuten Wohnform,<sup>440</sup> wie zum Beispiel PPM und BeWo. Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten (§ 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB XII) sind vom Kostenfaktor und von der Häufigkeit die bedeutendsten Leistungen der Eingliederungshilfe. Leistungsberechtigt sind wesentlich körperlich, geistig oder seelisch behinderte Menschen.

Kennzeichnend für die Leistungen der Eingliederungshilfe ist, dass sie zielgerichtet und unabhängig vom Grund des Hilfebedarfs erbracht werden. Eine zeitliche Begrenzung der Leistung liegt nicht vor, wenn das verfolgte Ziel in realistischer Weise erreicht werden kann und die Hilfe für die Behinderung konkret beeinflussend ist. Dabei ist eine Abgrenzung der Eingliederungshilfe zur Krankenhilfe oder zur Pflege nicht einfach. Diese Abgrenzung ist allerdings vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Behandlung beim Einkommens- und Ver-

---

<sup>439</sup> Homepage des Bundesministerium der Justiz: SGB XII § 53 Leistungsberechtigte und Aufgabe: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_53.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_53.html), eingesehen am 07.04.2012, 22.00 Uhr.

<sup>440</sup> Vgl. Mulot, Ralf; Schmitt, Sabine (Redaktion u. Lektorat): *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, <sup>6</sup>2007, S. 229.

mögenseinsatz von Bedeutung.<sup>441</sup> Seit dem Jahr 2001 können auch medizinische Rehabilitation und berufliche Teilhabeleistungen in Anspruch genommen werden, ohne dass eigenes Einkommen und Vermögen dafür aufgewendet werden muss. Insgesamt wird die Anrechnung des Vermögens und des Einkommens bei behinderten Menschen in §92 SGB XII gesetzlich geregelt.<sup>442</sup> Zum Beispiel wird für volljährige behinderte Menschen bei stationären Maßnahmen, wie z.B. einer Wohnheimbetreuung, die Unterhaltspflicht der Eltern auf 26 Euro im Monat begrenzt (§92 SGB XII).

In §§ 97, 98 SGB XII sowie den jeweiligen Landesgesetzen (AGSGB XII) werden die sachliche Zuständigkeit für Leistungen der Eingliederungshilfe zwischen überörtlichen und örtlichen Trägern der Sozialhilfe geregelt.<sup>443</sup> Neu ist, dass die Möglichkeit für Leistungsberechtigte besteht, Leistungen der Eingliederungshilfe (§53 SGB XII) als Teil eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets<sup>444</sup> §57 SGB XII zu erhalten.<sup>445</sup>

## 5.5 Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe

Auch die Entwicklung und der Fokus der Personenzentrierung gehen mit der geschichtlichen Entwicklung der Psychiatriereform einher. „Im Zentrum der Überwindung pauschaler Leistungsgewährung stehen die Differenzierung der Leistungen und deren Ausrichtung auf die individuell notwendigen Bedarfe des Einzelfalls. Nicht der Mensch hat sich den institutionellen Bedingungen des Dienstleistungsanbieters anzupassen, sondern der Dienstleistungsanbieter soll seine Leistungen auf den jeweiligen individuell notwendigen Eingliederungsbedarf ausgerichtet zusammenstellen und erbringen.“<sup>446</sup> Indem sich auf die individuelle Position des einzelnen behinderten Menschen gestützt wird, kann diese gestärkt werden. Auch die Möglichkeit des persönlichen Budgets trägt unterstützend dazu bei.<sup>447</sup>

---

<sup>441</sup> Vgl. ebd. S. 229.

<sup>442</sup> Homepage des Bundesministeriums der Justiz: SGB XII § 92 Anrechnung bei behinderten Menschen: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_92.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_92.html), eingesehen am 07.04.2012, 22.05 Uhr.

<sup>443</sup> Vgl. Mulot, Ralf; Schmitt, Sabine (Redaktion u. Lektorat): *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, <sup>9</sup>2007, S. 229.

<sup>444</sup> „Das *Persönliche Budget* ist eine alternative Leistungsform zu Sach- und Dienstleistungen. Das Wunsch- und Wahlrecht steht dabei im Vordergrund. Mit diesem neuen Instrument können behinderte Menschen Geld oder Gutscheine erhalten. Damit kaufen sie sich selbst die Leistungen ein, wie zum Beispiel Assistenz. Niemand ist verpflichtet, es zu nutzen. Aber es bringt Vorteile: Mehr Selbstbestimmung, mehr Selbständigkeit, mehr Selbstbewusstsein! Niemand wird wegen Art und Schwere seiner Behinderung oder wegen des Umfangs der von ihm benötigten Leistungen ausgegrenzt. Das Persönliche Budget steht allen offen.“ Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: Trägerübergreifendes Persönliches Budget [http://www.budget.bmas.de/MarktplatzPB/DE/StdS/Home/stds\\_node.html](http://www.budget.bmas.de/MarktplatzPB/DE/StdS/Home/stds_node.html). Eingesehen am 08.04.2012, 11.34 Uhr.

<sup>445</sup> Homepage des Bundesministeriums der Justiz: SGB XII §57 Trägerübergreifendes Persönliches Budget. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_57.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_57.html). Eingesehen am 08.04.2012, 11.40 Uhr.

<sup>446</sup> Georg-Wiese, Axel: *Zur Entwicklung der Eingliederungshilfe. Personenzentrierte & sozialräumliche Hilfen: zwei Seiten einer Medaille*. In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Bildung ist mehr! – Kompetenzentwicklung braucht Bildung. standpunkt: sozial 3/2009*, S. 108.

<sup>447</sup> Vgl. ebd. S. 108.

Ambulante Wohngruppen entstehen und ambulante Unterstützungsmöglichkeiten zur Förderung des Wohnens im eigenen Wohnraum werden ausgebaut.<sup>448</sup> Es kann bis heute die stationäre Unterbringung in Heimen und Kliniken für psychisch erkrankte Menschen zu einem großen Teil verhindert werden. Ihr Lebensmittelpunkt ist im gewohnten Lebensumfeld.<sup>449</sup>

„Mit der Personenzentrierung ist die Erwartung verbunden, dass ambulante, passgenauere Hilfen im vertrauten sozialen Umfeld Integration und Eigenverantwortlichkeit – im Sinne von Nutzung und Entwicklung vorhandener personeller Ressourcen – fördern und natürlich auch zu einer Reduzierung der Aufwendungen des Sozialhilfeträgers führen.“<sup>450</sup> Auch die UN-Behindertenrechtskonventionen (siehe Kapitel 5.8) erteilt einem Hilfesystem, was komplexere Leistungen mehrheitlich nur stationär erbringt, eine klare Absage, welches somit die Forderungen nach einem konsequenteren Ausbau ambulanter umfassender Leistungen nachdrücklich hervorhebt.<sup>451</sup> „Der Reformprozess und seine Auswirkungen auf die Sozialgesetzgebung können dazu beitragen, den individuellen Bedarfen und den fundamentalen Selbstbestimmungsrechten der Menschen mit Behinderungen besser als bisher Rechnung zu tragen.“<sup>452</sup> Diesbezüglich ist es besonders wichtig, den Standpunkt der ambulanten Eingliederungshilfen, sowie den der Eingliederungshilfe in Form von BeWo und PPM zu sichern und weiter auszubauen.

Der Stadtstaat Hamburg arbeitet diesbezüglich unter anderem ambulant mit den Wiedereingliederungsmaßnahmen in Form von PPM und BeWo. Diese Maßnahmen sind im Rahmen der Eingliederungshilfe nach der Rechtsgrundlage des Sozialgesetzbuches (§§ 53,54 des SGB XII) entwickelt worden (siehe Kapitel 5.6). Somit ist es möglich, mit dem Angebot von PPM und BeWo auf die individuellen Hilfeansprüche zu reagieren, wie es in den gesetzlichen Vorgaben durch das personenzentriertes Hilfebedarfs- und Gesamtplanverfahrens des SGB XII Sozialhilfe (§ 58 SGB XII) und Hilfeplanverfahren gewünscht und verankert ist.<sup>453</sup> Der Wunsch nach Personenzentrierung wird, wie es durch den Prozess der Psychiatriereform gefordert wird, auch gesetzlich weiter durch das SGB unterstützt. Nach diesem wird nicht

---

<sup>448</sup> Vgl. ebd. S. 108.

<sup>449</sup> vgl. Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 113.

<sup>450</sup> Georg-Wiese, Axel: *Zur Entwicklung der Eingliederungshilfe. Personenzentrierte & sozialräumliche Hilfen: zwei Seiten einer Medaille*. In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Bildung ist mehr! – Kompetenzentwicklung braucht Bildung*. standpunkt: sozial 3/2009, S. 108.

<sup>451</sup> Vgl. Barkenhoff, Dirk: *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Triebfeder für eine neue Sozialpsychiatrie?* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand*. standpunkt: sozial 1/2011. S. 31.

<sup>452</sup> Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: *Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovatives Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit*. Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009, S. 2.

<sup>453</sup> Vgl. Dörr, Margret: *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. In: Homfeldt, Hans-Günter; Mühlum, Albert; Mühlum Trier (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 8.*, Ernst Reinhard Verlag München, 2005, S. 48

eine Pauschale für eine Leistung bewilligt, sondern im Gesamtplanverfahren wird die Betreuungintensität und die Entwicklung ambulanter Hilfeformen für im eigenen Wohnraum lebende Klienten auf Basis von Bedarfsgruppen (BeWo) und Grundlage von Fachleistungsstunden (PPM) ermittelt.<sup>454</sup> „Über den Gesamtplan wird der Leistungsberechtigte direkt in die Hilfeplanung eingebunden und kann sich bei der Festlegung einer angemessenen Versorgung einbringen, so dass eine passgenaue Hilfe gefunden werden kann.“<sup>455</sup>

Das Leistungspaket, wie und in welchem Umfang der Klient die ambulante Hilfe in Form von PPM und BeWo erhalten soll, wird in der Gesamtkonferenz festgestellt und im Gesamtplanverfahren an Hand eines behördeninternen Verfahrens ermittelt. „Es ist das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen dem Leistungsberechtigten – gegebenenfalls mit Beteiligung des Dienstleisters – und dem Sozialhilfeträgers.“<sup>456</sup> Weiter ist der Gesamtplan nach § 58 SGB XII in Verbindung mit § 10 Abs. 1 SGB IX vorrangig<sup>457</sup> Er ist „ein Instrument zur Aufnahme des individuellen Unterstützungsbedarfes und hat auch die Funktion der Orientierung (Wohin geht die Richtung?), der Selektion (Welche Aktivitäten sind geeignet, notwendig und nutzen?), der Koordination (Was gehört zusammen?), der Integration der Beteiligten, der Motivation von Klienten, der Legitimation von Entscheidungen, der Ergebnisüberprüfung und –interpretation.“<sup>458</sup> In Hamburg ist der Ansprechpartner für das Fallmanagement der Eingliederungshilfe seitens des Sozialhilfeträgers der „Sozialpädagogische Fachdienst“,<sup>459</sup> welcher im speziellen Fachamt für Eingliederungshilfe angesiedelt ist. Angestrebte Ziele und Umfang der Hilfe werden dann in einem Gesamtplan vom „Sozialpädagogischen Fachdienst“ festgeschrieben, welcher dann für den Anbieter von BeWo oder PPM zur Orientierung als Handlungsgrundlage und Leistungsberechtigungsgrundlage dient. „Die Intensität der Hilfebedarfsangebote sind demzufolge an der Lebenslage und den Bedürfnissen der

---

<sup>454</sup> Vgl. Georg-Wiese, Axel: *Zur Entwicklung der Eingliederungshilfe. Personenzentrierte & sozialräumliche Hilfen: zwei Seiten einer Medaille.* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Bildung ist mehr! – Kompetenzentwicklung braucht Bildung. standpunkt: sozial 3/2009*, S. 108.

<sup>455</sup> Homepage der Hamburger Behörde Abteilung/Projekt Sozialpädagogisches Fallmanagement der ambulanten Eingliederungshilfe für geistig, körperlich, psychisch /seelisch behinderte Menschen (W/EH 3): <http://www.hamburg.de/fallmanagement/2351812/eingliederungshilfe-wandsbek-fallmanagement.html>.  
Eingesehen am 21.05.2012, 17.00Uhr.

<sup>456</sup> Georg-Wiese, Axel: *Zur Entwicklung der Eingliederungshilfe. Personenzentrierte & sozialräumliche Hilfen: zwei Seiten einer Medaille.* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Bildung ist mehr! – Kompetenzentwicklung braucht Bildung. standpunkt: sozial 3/2009*, S. 108-109

<sup>457</sup> Der Gesamtplan nach § 58 SGB XII geht der Leistungsabgabe nach § 12 SGB XII vor.

<sup>458</sup> Homepage der Hamburger Behörde Abteilung/Projekt Sozialpädagogisches Fallmanagement der ambulanten Eingliederungshilfe für geistig, körperlich, psychisch /seelisch behinderte Menschen (W/EH 3): <http://www.hamburg.de/fallmanagement/2351812/eingliederungshilfe-wandsbek-fallmanagement.html>.  
Eingesehen am 21.05.2012, 17.00Uhr.

<sup>459</sup> „Sozialpädagogischer Fachdienst: „Der Sozialpädagogische Fachdienst erstellt im Rahmen eines Fallmanagements aufgrund der Behinderung des Hilfesuchenden einen individuellen Gesamtplan und ermittelt die benötigte ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfe. Er wird hierzu ausschließlich entweder durch den Sozialhilferechtlichen Fachdienst oder eine bezirkliche Sozialdienststelle beauftragt. Die Zahlbarmachung der im Gesamtplan festgestellten Hilfeleistungen erfolgt über die Dienststelle, die den Auftrag zum Gesamtplan erteilt hat.“ Homepage des HamburgService - Einrichtungssuche: Sozialpädagogischer Fachdienst. <http://www.hamburg.de/behoerdenfinder/hamburg/11266099/>. Eingesehen am 3.05.2012, 19.00 Uhr.

hilfebedürftigen Person auszurichten. Dies ermöglicht langfristige Perspektiven für ein Leben in der Gemeinde, indem – je nach Bedarf im Einzelfall – am individuellen Zustand, an den Kontextfaktoren oder an beiden anzuknüpfen ist.“<sup>460</sup> Finanziert wird die Leistung in der Regel vom Sozialamt, nach dem die Vermögensverhältnisse geprüft sind. Nur ein ganz geringer Teil der Hilfsbedürftigen ist in der finanziellen Situation selbst zahlen zu können. Die Dienstleister sind private Träger, die mit der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben, in der die Arbeitsrichtlinien und Grundlagen vereinbart worden sind.

## 5.6 Formen ambulanter Eingliederungshilfe

An dieser Stelle werden die Hilfeformen „Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke Menschen“ (PPM) und „betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen“ (BeWo) als Formen ambulanter Eingliederungshilfe im Detail vorgestellt. „Fast jeder in der Psychiatrie Tätige stellt sich unter Betreutem Wohnen etwas vor. Fragt man aber nach, stellt sich sehr schnell heraus, dass die Vorstellungen außerordentlich unterschiedliche sind.“<sup>461</sup> An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Hilfeform PPM allgemein (bundesweit) auch zu einer Form des ambulant betreuten Wohnens zu zählen ist. In Hamburg sind diese jedoch voneinander zu unterscheiden.

### 5.6.1 Personenkreis

Der Personenkreis und die Hilfeform der ambulanten psychosozialen Betreuung, die in dem Mittelpunkt der Forschung steht, soll im Folgenden definiert werden. Das Angebot von PPM und BeWo richtet sich an (chronisch) psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen, die zum Personenkreis des § 53 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB XII<sup>462</sup> gehören, mindestens 21 Jahre alt sind und in der Regel in einem eigenen Haushalt im Sinne des SGB V/ SGB XI leben und einer vollstationären klinischen oder außerklinischen stationären bzw. teilstationären psychiatrischen Maßnahme nicht mehr bedürfen. Sie können an unterschiedlichen psychischen Störungen leiden, zu denen beispielsweise Psychosen, schwere Depressionen

---

<sup>460</sup> Dörr, Margret: *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. In: Homfeldt, Hans-Günter; Mühlum, Albert; Mühlum Trier (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 8.*, Ernst Reinhard Verlag München, 2005, S. 48

<sup>461</sup> Rosemann, Matthias; Konrad, Michael: *Vorwort*. Rosemann, Matthias; Konrad, Michael (Hrsg.): *Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung*. Psychiatrie Verlag, Bonn, 2011, S. 10.

<sup>462</sup> „Leistungsberechtigter Personenkreis nach dem SGB XII § 53 Abs. 1 SGB XII bestimmt den leistungsberechtigten Personenkreis. Danach sind Personen leistungsberechtigt, wenn sie infolge einer gesundheitlichen Störung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind. Das gleiche gilt, wenn eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe einzutreten droht.“ Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe: *Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO)*: <http://www.hamburg.de/contentblob/2145494/data/fa-sgbxii-53-egh-bagues20091124-feststellungen.pdf>. Eingesehen am 05.06.2012, 11.50 Uhr.

oder Persönlichkeitsstörungen zählen können. In manchen Fällen liegt daneben eine sekundäre Abhängigkeitserkrankung vor.<sup>463</sup> Eine fachärztliche Stellungnahme des zuständigen bezirklichen Gesundheitsamtes über die Zugehörigkeit zum Personenkreis der „wesentlich seelisch behinderten Menschen“ nach Paragraph 53 SGB XII wird benötigt.<sup>464</sup>

Es kann sich dabei um Menschen handeln,

- die von einem vollstationären Setting wieder in eine eigenständige Wohnform wechseln möchten oder sollen
- bei denen eine Verhinderung von stationären Aufenthalten im Vordergrund steht
- die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nach wiederholten langen Krankenhausaufenthalten kontinuierlicher Betreuung bedürfen, um weitere „Drehtüreffekte“ zu vermeiden
- die tagtäglich in Krisen rutschen, durchgängig instabil sind, täglich Ansprechpartner und kurze Interventionen benötigen
- die nicht kontinuierlich Hilfe abrufen, sondern in Intervallen immer wieder einer sehr engmaschigen Betreuung bedürfen

Nicht betreut werden Personen:

- mit primärer Suchterkrankung
- unter 21 Jahren
- die einem gerontopsychiatrischen Krankheitsbild zuzuordnen sind.<sup>465 466</sup>

Im Folgenden wird ein weiterer Überblick über das Angebotsspektrum von PPM und BeWo gegeben. Die Übersicht macht deutlich, wie weitreichend das Angebot der psychosozialen Hilfeformen ist, die psychisch erkrankte Menschen in ihrer Lebenswelt unterstützen. „Für dieses ‚Betreute Wohnen‘ (PPM und BeWo), weil ambulant, vom örtlichen Sozialhilfeträger zu finanzieren, hat sich bundesweit der Schlüssel 1:12 eingebürgert.“<sup>467</sup>

---

<sup>463</sup> Vgl. Clausen, Jens; Eisenbrenner; Ilse: Soziale Psychiatrie. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 120.

<sup>464</sup> Vgl. Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Betreutes Wohnen für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen: <http://www.hamburg.de/ambulante-leistungen-erwachsene/2122402/betreutes-wohnen-seelisch-behinderte-psychisch-krank.html>. Eingesehen am 25.05.2012, 13.45 Uhr.

<sup>465</sup> Vgl. Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Globalrichtlinien zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr.3 und 6 SGB IX. Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen (PPM) vom 21.12.2004 (Az. SI 3309/111.20-3-1-10), Stand 22.02.2008: <http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126384/54-55-ppm.html?print=true>. Eingesehen am 22.04.2012, 11.50 Uhr.

<sup>466</sup> Vgl. Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Betreutes Wohnen für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen: <http://www.hamburg.de/ambulante-leistungen-erwachsene/2122402/betreutes-wohnen-seelisch-behinderte-psychisch-krank.html>. Eingesehen am 25.05.2012, 13.45 Uhr.

<sup>467</sup> Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Frank Wendt: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn<sup>5</sup>2010, S.463-464.

### 5.6.2 Begriffsdefinition PPM

Bei PPM handelt es sich um „eine ambulante Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen helfen soll, in ihrer eigenen Häuslichkeit selbständig und möglichst unabhängig von Leistungen nach dem zwölften Sozialgesetzbuch zu leben.“<sup>468</sup> Sie dient durch eine auf Stabilisierung und Förderung angelegte Unterstützung der Wiedergewinnung von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung/Behinderung, sowie mit dem sozialen Umfeld. Im Besonderen soll durch die Leistung teilstationäre bzw. stationäre psychiatrische Hilfe verhindert bzw. vermieden, die Entwicklung zur Selbständigkeit und Eigenverantwortung gefördert, vorhandene Fähigkeiten unterstützt, Mobilität und Orientierung in der Wohnung bzw. am Wohnort hergestellt, die Gestaltung des Sozialen- und Arbeitsumfelds gefördert, Unterstützung bei der Gestaltung des Wohnumfeldes und der Freizeit erreicht werden.

Eine Betreuung im Rahmen von PPM erfolgt größtenteils im eigenen Wohnumfeld in Form von Hausbesuchen. Es können in diesem Rahmen zusätzlich auch Gruppenangebote angenommen werden.

### 5.6.3 Begriffsdefinition BeWo

Bei BeWo handelt es sich um eine Hilfeform, bei der „Seelisch behinderte, psychisch kranke Menschen [...] nach Bezug der eigenen Wohnung [bzw. lebend] in der eigenen Wohnung in einer Wohngemeinschaft durch Mitarbeiter in nahegelegenen Treff-/Stützpunkten Unterstützung zur selbständigen Haushaltsführung und Lebensgestaltung“ [erhalten].<sup>469</sup> Dabei soll eine drohende seelische Behinderung verhindert und eine vorhandene gemildert oder beseitigt werden.<sup>470</sup> Das BeWo ist eine feste Einrichtung und Anlaufstelle, ein geschützter Ort, der Klienten, je nach Schwere der psychischen Erkrankung und damit verbundener Einschränkungen, unter Beibehaltung der eigenen Wohnung ein vielseitiges Betreuungsangebot bietet. Das Angebot des BeWo leistet somit seltener Hausbesuche oder Treffen im eigenen Wohnumfeld des Klientel als PPM. Die regelmäßigen Treffen zu Einzelgesprächen werden in der Regel in der Einrichtung vereinbart. Das Angebot des BeWos ist demnachengmaschiger.<sup>471</sup>

---

<sup>468</sup> Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Globalrichtlinien zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr.3 und 6 SGB IX Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen (PPM) vom 21.12.2004 (Az. SI 3309/111.20-3-1-10), Stand 22.02.2008: <http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126384/54-55-ppm.html?print=true>. Eingesehen am 22.04.2012, 11.50 Uhr.

<sup>469</sup> Homepage *Freie und Hansestadt Hamburg*, Bezirk Wandsbek: Betreutes Wohnen (BeWo): <http://www.hamburg.de/eingliederungshilfe-wandsbek/fragen-und-antworten/2398616/betreutes-wohnen-bewo.html>. Eingesehen am 25.05.2012, 14.00 Uhr.

<sup>470</sup> Vgl. Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Betreutes Wohnen für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen: <http://www.hamburg.de/ambulante-leistungen-erwachsene/2122402/betreutes-wohnen-seelisch-behinderte-psychisch-krank.html>. Eingesehen am 25.05.2012, 13.45 Uhr.

<sup>471</sup> Vgl. ebd.

BeWo bietet, wie auch das Angebot der PPM, eine professionelle Bezugsperson welches die meisten chronisch psychisch kranken Menschen benötigen, um selbstständig wohnen und leben zu können - zumindest für eine gewisse Zeit.<sup>472</sup> Nach Dörr ist „Verallgemeinernd [ist] festzuhalten: im Betreuten Wohnen sollen psychisch kranke Menschen die Möglichkeit haben, mit ihren psychosozialen Einschränkungen bzw. Krisen ihre Lebensorte beizubehalten.“<sup>473</sup> Das Klientel hat die Möglichkeit, mehrmals pro Woche in die Einrichtung zu kommen und an Gesprächen, Gruppen und Unternehmungen teilzunehmen. Das BeWo ist demnach eine Hilfeform für Betroffene, die eine stärkere oder höher frequentierte Anbindung und Unterstützung in ihrer Tagesstruktur benötigen. Im Rahmen von Gruppenarbeit, also gemeinschaftlichem Erleben, ist somit ein soziales Kompetenztraining stetig gegeben. Das BeWo erfüllt dabei die personenzentrierte Funktion von individueller Unterstützung, Hilfestellung, Strukturierung, Kontaktgestaltung und Begegnung zur Erhöhung der Selbständigkeit. Die angebotenen Hilfen werden personen- und nicht einrichtungsorientiert ausgerichtet.<sup>474</sup> „Die Leistungen orientieren sich an den persönlichen Bedarfen der betroffenen Menschen und sind in verschiedene Bereiche [Lebensfelder] unterteilt:

- Grundversorgung, Planung und Abstimmung (zum Beispiel Diagnostik und Sozialanamnese, Erstellung von Eingliederungsplänen),
- Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstversorgung (zum Beispiel Umgang mit Geld, Wohnungsreinigung, körperliche Aktivitäten),
- Hilfen bei der Tages- und Kontaktgestaltung (zum Beispiel familiäre Beziehungen, Außenkontakte, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben),
- Hilfen im Bereich Arbeit und Ausbildung (zum Beispiel Suche und Aufnahme von Beschäftigung).“<sup>475</sup>

#### 5.6.4 Angebotsrepertoire und Ziele von PPM und BeWo

In diesem Kapitel wird das Hilfsrepertoire von PPM und BeWo auf Grund der starken inhaltlichen Schnittmengen zusammen aufgeführt. Neben der Grundversorgung, den Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstversorgung, Hilfen im Bereich Arbeit und Ausbildung zählt auch Alltagsbegleitung zum Angebotsrepertoire (.s.o). „Alltagsbegleitung heißt hier: Achtsamkeit

<sup>472</sup> Vgl. Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Frank Wendt: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn <sup>5</sup>2010, S.463-464.

<sup>473</sup> Dörr, Margret: *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. In: Homfeldt, Hans-Günter; Mühlum, Albert; Mühlum Trier (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 8.*, Ernst Reinhard Verlag München, 2005, S. 48

<sup>474</sup> Vgl. Dörr, Margret: *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. In: Homfeldt, Hans-Günter; Mühlum, Albert; Mühlum Trier (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 8.*, Ernst Reinhard Verlag München, 2005, S. 48

<sup>475</sup> Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Betreutes Wohnen für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen: <http://www.hamburg.de/ambulante-leistungen-erwachsene/2122402/betreutes-wohnen-seelisch-behinderte-psychisch-krank.html>. Eingesehen am 25.05.2012, 13.45 Uhr.



beim ständigen Ausbalancieren von Über- und Unterforderung, heißt Krisen erkennen und adäquat reagieren, heißt Aushalten, dabei sein und oft auch in Ruhe lassen – jeweils zum richtigen Zeitpunkt.<sup>476</sup> Neben der bestehenden Gruppenangebote zählen regelmäßige Einzelgespräche zur Entlastung, Beratung und Reflexion mit dem Klienten und auch Begleitung und Unterstützung in Krisensituationen zu wesentlichen Elementen des Angebotspektrums von PPM und BeWo. „Die Bezugsperson übernimmt je nach Situation ganz unterschiedliche Rollen: Sie ist interessierte ZuhörerIn, Expertin, Fremde oder Vertraute und „ErsatzspielerIn“ für Nachbarn, Kollegen, Partnerinnen und auch Angehörige. Der Klient macht die Erfahrung der Kontinuität einer Beziehung, auch über Krisen und Kränkungen hinweg. Deshalb haben Zeit und Dauer des Kontakts eine enorme Bedeutung[...].“<sup>477</sup> Alle Elemente des Angebotsrepertoires zielen auf die Mobilisierung vorhandener Ressourcen bzw. Empowerment ab und sollen Hilfe zur Selbsthilfe geben. Ziel ist es, den seelisch behinderten Menschen zu befähigen, gegebenenfalls die eigene Behinderung zu akzeptieren, die eigene Lebenssituation zu stabilisieren und die eigenen Fähigkeiten weiter zu entwickeln.<sup>478</sup>

Hierzu zählen insbesondere:

- Wiedergewinnung einer selbständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung im eigenen Haushalt und Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft / Gesellschaft
- Förderung zur Wiedergewinnung einer (Lebens-) Perspektive
- Förderung verbleibender und kompensatorischer Fähigkeiten
- Schärfung der Wahrnehmung der psychischen Beeinträchtigung im Sinne einer zunehmenden Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung
- Förderung der Fähigkeit, Krisen psychischer und sozialer Art besser erkennen und überwinden zu können
- Förderung des Verständnisses von Wirkungen und Nebenwirkungen medikamentöser, sozio- und psychotherapeutischer Behandlungen, sowie Förderung des Erkennens belastender und entlastender Situationen und Prozesse mit dem Ziel der Erlernung von Steuerungstechniken
- Vermeidung stationärer Hilfen
- Erhalt bzw. Schaffung menschenwürdiger Lebensverhältnisse bezüglich finanzieller Absicherung und Wohnen
- Stabilisierung des sozialen Netzwerks bzw. Unterstützung bei der Entwicklung eines solchen

---

<sup>476</sup> Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 120.

<sup>477</sup> Ebd. S. 122.

<sup>478</sup> Vgl. Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Konkretisierung zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Ziffern 3,4,6,7 SGB IX: <http://www.hamburg.de/kr-sgbxii-kap06-54/126614/ppm.html>. Eingesehen am 07.06.2012, 17.50 Uhr.

- Überwindung von Isolation und Vereinsamung und Zunahme von Mobilität
- Unterstützung bei der Suche nach bzw. beim Erhalt einer geeigneten Arbeit
- Förderung und Unterstützung bei beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen sowie Fort- und Weiterbildungen .<sup>479 480</sup>

Die Hilfen sollen vorbereitend dazu beitragen, eine eigenständige Lebensführung und Alltagsbewältigung in den oben genannten unterschiedlichen Lebensbereichen sicher zu stellen. Der Zweck der Leistung ist somit die Anleitung zur Selbsthilfe.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der beschriebene Bedarf aus der Lebenslage der Menschen mit psychischer Erkrankung resultiert und somit eine Grundlage für die Eingliederungshilfe darstellt.

### **5.7. Weitere Hilfeformen ambulant psychiatrischer Versorgung in Hamburg**

Neben den Leistungen der Eingliederungshilfe gibt es in Hamburg noch zwei weitere Angebote: zum einen die ambulante psychiatrische Pflege (APP), die im Anschluss an einen stationären Aufenthalt „zur Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und zur Sicherstellung der Behandlung durch die niedergelassenen Nervenärzte verordnet werden“<sup>481</sup> kann und zum anderen das neuere Modell der „Integrierten Versorgung“<sup>482</sup>. Sie soll die ambulante Versorgung fördern und zukünftig weiter sichern. Sie wird krankenkassenfinanziert und in der vorliegenden Arbeit, als ein weiteres Modell der ambulanten Versorgung, nur kurz angeführt. Psychisch kranke Menschen können durch die ambulant psychiatrische Pflege bis zu vier Monate ambulant betreut werden. Sie basiert rechtlich auf dem SGB V §

---

<sup>479</sup> Vgl. Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Globalrichtlinien zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr.3 und 6 SGB IX. Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen (PPM) vom 21.12.2004 (Az. SI 3309/111.20-3-1-10), Stand 22.02.2008: <http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126384/54-55-ppm.html?print=true>. Eingesehen am 22.04.2012, 11.50 Uhr.

<sup>480</sup> Vgl. Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Betreutes Wohnen für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen: <http://www.hamburg.de/ambulante-leistungen-erwachsene/2122402/betreutes-wohnen-seelisch-behinderte-psychisch-krank.html>. Eingesehen am 25.05.2012, 13.45 Uhr.

<sup>481</sup> Homepage der Bundesinitiative Ambulante Pflege e.V. (2008): Was ist psychiatrische Pflege, was APP? <http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf>. Eingesehen am 09.04.2012, 20.00 Uhr, S. 3.

<sup>482</sup> Definition *Integrierte Versorgung*: „Innerhalb der integrierten Versorgung arbeiten verschiedene Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam in einem fach- und/oder sektorenübergreifenden Versorgungsprozess. Durch die bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors und die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die enge Kooperation von Ärzten mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen und die Schaffung optimierter Behandlungsabläufe unter direkter Einbeziehung des Patienten sollen unter anderem die folgenden Ziele erreicht werden: Qualität der medizinischen Versorgung steigern, Transparenz erhöhen und Wirtschaftlichkeit verbessern. Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen: Integrierte Versorgung (IV): <http://www.kbv.de/koop/8777.html>. Eingesehen am 09.04.2012, 17.00 Uhr.

37 (Häusliche Krankenpflege)<sup>483</sup>. „Eine der Hauptaufgaben der Pflege ist es, den ihr anvertrauten Menschen in seinem Anpassungsprozess zu begleiten und zu unterstützen, in einem psychisch, physisch und sozialen Gleichgewicht zu bleiben und/oder ein neues zu finden (wenn er mit der Behinderung leben muss).“<sup>484</sup>

Im folgenden Kapitel wird auf die ambulante aus Sicht der UN-Behindertenrechtskonventionen betrachtet.

Die Notwendigkeit von ambulant psychiatrischer Versorgung findet seine Berechtigung auch durch die UN-Behindertenrechtskonventionen wie im folgenden Kapitel erläutert wird.

## 5.8 UN-Behindertenrechtskonventionen

Die UN-Behindertenrechtskonvention des Internationalen Übereinkommens zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde am 13. Dezember 2006 in der Generalversammlung der Vereinten Nationen in New York verabschiedet. Deutschland erkannte diese als einer der ersten Staaten im März 2009 an.

Besonders die Gruppe der Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung waren historisch existenziell von massiver Exklusion bedroht. Auch gegenwärtig hat diese Gruppe immer noch alltäglich mit großen Hürden zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu kämpfen. Zur Besserung dieser Situation aller Menschen mit Behinderung haben sich 192 unterschiedliche Länder zusammengeschlossen und das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vereinbart. „Die BRK stellt eine Präzisierung der Menschenrechte auf die spezifischen Belange behinderter Menschen dar. Sie schafft keine neuen Menschenrechte, sondern steht in Ergänzung zu einer Reihe von Menschenrechtskonventionen, die ihren Ursprung in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte haben (1948).“<sup>485</sup> Jedes einzelne Land muss dafür Sorge tragen, dass diese Rechte umgesetzt werden. „Die Artikulation der anhaltenden Benachteiligungen im Bereich der Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte sowie der wirtschaftlichen und sozialen Rechte haben u.a. zur Erarbeitung und Ratifizierung der (BRK) geführt.“<sup>486</sup>

---

<sup>483</sup> Homepage des Bundesministeriums der Justiz: SGB V §37 Häusliche Krankenpflege: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_37.htm](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_37.htm). Eingesehen am 09.04.2012, 20.15 Uhr.

<sup>484</sup> Homepage der Bundesinitiative Ambulante Pflege e.V. (2008): Was ist psychiatrische Pflege, was APP? <http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf>. Eingesehen am 09.04.2012, 20.00 Uhr, S. 1.

<sup>485</sup> Barkenhoff, Dirk: *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Triebfeder für eine neue Sozialpsychiatrie?* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg.): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand.* standpunkt: sozial 1/2011. S. 29-37.

<sup>486</sup> Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: *Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovatives Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit.* Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009, S. 3-4.

Oberstes Ziel der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) ist es nach Artikel 1, Unterabsatz 1 „vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zur Geltung zu bringen“.<sup>487</sup>

Die BRK benennt wesentliches Inklusionserfordernis auf die, die Gesellschaft eine Antwort finden muss. Sie macht kenntlich dass eine Notwendigkeit darin besteht:

- die Realisierung der menschenrechtlichen Ansprüche von Menschen mit Behinderung in Form von Chancengleichheit ohne Diskriminierung sicherzustellen und weiter zu stärken
- ihre tatsächliche Teilhabe als Bürger an den bürgerlichen, politischen und sozialen Anerkennungsformen zu schaffen.

An dieser Stelle wird ebenfalls deutlich, dass Inklusion sowohl eine Zielsetzung als auch ein Menschenrecht ist. Die gesellschaftliche Teilhabe ist die Form durch die, die rechtlichen Ansprüche der BRK möglichst zeitnah und tatsächlich in die Realität umzusetzen sind.<sup>488</sup> Von der BRK werden in Art. 5, Satz 4 diesbezüglich „besondere Maßnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung erforderlich sind“<sup>489</sup> festgeschrieben.

Um den Gesetz und Leitgedanken der Inklusion und somit die konsequenten Umsetzungen der BRK in der Zukunft möglichst zeitnah folgen zu können bzw. sich diesem zu einem maximalen Maß annähern zu können, ist ein Umdenken und sind verschiedene Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen der Kommunalpolitik, Verwaltung und der Sozialen Arbeit von Nöten.<sup>490</sup> Diese Umsetzung soll weiter zu einer Bekräftigung und Festigung der Eingliederungshilfe führen, da Teilhabeförderung der Hauptbestandteil der Eingliederungshilfe ist. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, jedoch nicht nur von ihr alleine, den Prozess der Umsetzung weiter zu fördern und somit ebenfalls weitere Anreize und Akzente für eine Weiterentwick-

---

<sup>487</sup> Homepage des deutschen Instituts für Menschenrechte: Behindertenrechtskonvention (CRPD): [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/CRPD\\_behindertenrechtskonvention/crpd\\_de.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_de.pdf). Eingesehen am 08.04.2012, 21.15 Uhr.

<sup>488</sup> Vgl. Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: *Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovatives Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit*. Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009, S. 3-4.

<sup>489</sup> UN-Behindertenrechtskonvention Art. 5, Satz 4: Zitiert nach: Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: *Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovatives Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit*. Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009, S. 3-4.

<sup>490</sup> Vgl. Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: *Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovatives Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit*. Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009, S. 2.

lung der Eingliederungshilfe zu geben. Das Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin „Enabling Community Gemeinwesen zur Inklusion befähigen!“ sieht wichtige Faktoren die zu einer Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bezug auf Inklusion in folgenden Bereichen ausgebaut bzw. umgesetzt werden müssen:

- Konsequente Umsetzung der Menschenrechte,
- Inanspruchnahme sozialer Rechte,
- Inklusives Wohnstrukturen,
- Teilhabe an Arbeit,
- Gesundheit, Rehabilitation und soziale Teilhabe,
- Kommunale Bildung,
- Mainstreaming und Auditing,
- Inklusives Bürgergesellschaft,
- Soziale Dienste und Sozialunternehmen in der Verantwortung
- Aufgaben einer kritischen Sozialen Arbeit im Horizont der Menschenrechte
- Suchet der Stadt bestes“ – Verantwortung von Christen für soziale Inklusion<sup>491</sup>

Das Positionspapier bezieht sich auf die Gruppe von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung, besonders unter dem Blickwinkel der Stärkung des Gemeinwesens in der Eingliederungshilfe. Speziell hervorgehoben wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialen Teilhabechancen. „Eine auf Inklusion verpflichtete Gesellschaft muss daher alle erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen, um gesundheitsfördernde Verhältnisse zu schaffen und um im umfassenden Sinne personen- und sozialraumzentrierte Prozesse der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zu ermöglichen.“<sup>492</sup>

Weiterhin werden durch die BRK auch die Anamnese- bzw. Diagnoseverfahren der Sozialen Arbeit bestärkt, da diese immer die Person in ihrer Umwelt sehen, bio-psycho-sozial und multifaktoriell sind. Die klassischen, medizinischen oder psychologischen Diagnoseklassifikationssysteme wie beispielsweise ICD10 oder DSM V, haben im Gegensatz zu den Verfahren der Sozialen Arbeit oft eine einseitige Betrachtungs- und Herangehensweise.<sup>493</sup> Ein weiterer Aspekt der BRK, der die ambulante Eingliederungshilfe stärkt, wird in Artikel 19 deutlich. „Überdies garantiert die BRK das Recht der gleichen Wahlmöglichkeiten, wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, welches die freie Wahl des Aufenthaltsortes und ge-

---

<sup>491</sup> Vgl. ebd. S. 1-17.

<sup>492</sup> Ebd. S. 9-10.

<sup>493</sup> Vgl. Barkenhoff, Dirk: *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Triebfeder für eine neue Sozialpsychiatrie?* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand. standpunkt: sozial 1/2011.* S. 31.

meindenahe Unterstützungsdienste mit einschließt (Art.19).“<sup>494</sup> Der von der Psychiatriekonquet abzuleitende Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird durch die explizite Nennung der Wahl des Aufenthaltsorts und der gemeindenahen Unterstützung bekräftigt. Die ambulante Eingliederungshilfe bedient genau diesen Grundsatz. „Einem Hilfesystem was komplexe Leistungen überwiegend nur stationär erbringt, erteilt die BRK somit eine klare Absage, was die Forderungen nach einem konsequenteren Ausbau ambulanter Komplexleistungen dringender werden lässt.“<sup>495</sup> Auch der Artikel 26 verdeutlicht den Grundgedanken der Eingliederungshilfe, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit zu ermöglichen und somit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten.<sup>496</sup> Zusammenfassen kann festgehalten werden, dass die Teilhabe die Schnittmenge des Kapitels darstellt, da Inklusion als Teilhabe zu verstehen ist, die BRK Inklusion in Form von Teilhabe fordern und durch die Eingliederungshilfe die Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichergestellt werden sollen. Abschließend von hoher Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, „dass die Konvention die selbstbestimmte Inanspruchnahme der Rechte fördern will, also auf ein Empowerment der von Behinderung betroffenen Menschen setzt und ihre bürgerrechtliche Position stärkt. Dies bedeutet eine Abkehr vom Prinzip der Fürsorge und von einer defizitorientierten Sichtweise von Behinderung. Die BRK fordert sodann die Ermöglichung politischer Teilhabe (und Teilgabe), eine konsequente Deinstitutionalisierung sowie die Abkehr von „Sonderwelten“<sup>497</sup>

---

<sup>494</sup> Ebd. S. 31.

<sup>495</sup> Ebd. S. 31.

<sup>496</sup> Vgl. Ebd. S. 31.

<sup>497</sup> Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovatives Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit. Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009, S. 4.

## **6. Untersuchung zum Wirken und der Möglichkeiten der ambulanten Eingliederungshilfe unter der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit: Konzeption und Durchführung der Untersuchung**

In diesem Kapitel der Arbeit beginnt der Forschungsteil dieser Master-Thesis. Darin wird ausgehend vom informellen Hintergrund des Theorieteils, ein methodisches Vorgehen entwickelt, mit welchem die Arbeitssituation der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo und ihrem Klientel unter der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit untersucht werden soll. Die Ergebnisse werden in der Auswertung mit dem Theorieteil abgeglichen.

### **6.1 Methodisches Vorgehen**

Die einzelnen Methoden der Datenerhebung und -auswertung werden in den folgenden Unterkapiteln dargestellt.

#### **6.1.1 Quantitative Sozialforschung**

Im Rahmen einer empirischen Sozialforschung, sowie in der vorliegenden Master-Thesis liegt der Fokus auf der systemischen Erfassung und Deutung sozialer Tatbestände.<sup>498</sup> Eine quantitative sozialwissenschaftliche Methode wird in Bezug auf die Forschungsfrage angewendet, um eine wissenschaftliche Expertise über den komplexen Forschungsgegenstand zu erfassen. „Mit ‘quantitativ’ ist in einer ersten Annäherung eine Abbildung des empirischen Relativs (Erfahrungstatsachen) [...] auf ein numerisches Relativ (Zahlen) gemeint, mit der die komplexe Information unter Zuhilfenahme geeigneter mathematischer-statistischer Verfahren auf die ‘wesentlichen’ Merkmale reduziert wird. ‚Quantitativ‘ heißt die Zuordnung einer numerischen Relativs zu einem empirischen Relativ.“<sup>499</sup> Die quantitative Methode erfüllt die Eigenschaften, die wichtig sind, um an der Fragestellungen dieser Forschung zu arbeiten, da es insbesondere darum geht „Hypothesen über Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen an der Realität zu überprüfen.“<sup>500</sup> Die quantitative Methode „ermöglicht eine intersubjektiv nachvollziehbare Beschreibung komplexer Strukturen, in dem sie soziale Gegebenheiten messbar macht und einer statistischen Analyse zuführt“<sup>501</sup>

Als Erhebungsgrundlage für die quantitative Forschung dient ein eigens entwickelter Fragebogen (näheres zur Entwicklung des Fragebogen unter 6.2.3 und einzusehen ist der Fragebogen im Anhang 3 auf Seite 186)

---

<sup>498</sup>Vgl. Atteslander, Peter: *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Walter de Gruyter Verlag, Berlin u. New York, <sup>9</sup>2000, S. 3.

<sup>499</sup> Raithel, Jürgen: *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, <sup>2</sup>2008. S.7-8.

<sup>500</sup> Ebd. S. 8.

<sup>501</sup> Ebd. S. 8.

### 6.1.2 Erkenntnistheoretischer Hintergrund

Als erkenntnistheoretischer Hintergrund wurde für die vorliegende Untersuchung der kritische Rationalismus gewählt. Dieser stellt das Fundament für einen erheblichen Teil quantitativ-standardisierter Forschungen dar. Bei diesem Forschungsvorgehen wird in der Regel die erkenntnistheoretische Grundlage nicht näher hinterfragt. Es werden Forschungen in Anwendung methodischer Regeln und Standards vollzogen, Forschungsfragen erarbeitet und beantwortet sowie eine umfassende Datenbasis mit repräsentativen Ergebnissen geschaffen.<sup>502</sup> „Der Vorteil ist dabei [...], dass die Methoden der Umfrageforschung (in der Soziologie) oder des Experiments (in der Psychologie) wie ein Werkzeugkasten zur Verfügung stehen und angewendet werden können. Darüber ist das Vorgehen hier durch ein vergleichsweise hohes Maß an Pragmatik bestimmt.“<sup>503</sup> Allerdings muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass aufgrund dieser deduktiven Methode nichts grundsätzlich Neues entdeckt werden kann. Vielmehr werden Hypothesen aus einem bereits bestehenden theoretischen Bezugsrahmen destilliert, welcher wiederum zunächst nicht hinterfragt wird. Erst in der Bestätigung bzw. der Verifizierung der Hypothesen liegt der tatsächliche Erkenntnisgewinn dieser wissenschaftlichen Methodik.

### 6.1.3 Fragebogen

Um bestimmte quantitative Aspekte erheben und bewerten zu können, ist die Erstellung eines Fragebogens für die Forschungsfrage dieser Arbeit ein geeignetes Arbeitsinstrument zur Erhebung der Daten. Ein quantitativer Fragebogen ist „eine theoretisch begründete und systematisch präsentierte Auswahl von Fragen, mit denen wir das zugrunde liegende theoretisch definierte Erkenntnisinteresse anhand der mit dem Fragebogen zu gewinnenden Daten empirisch zu prüfen versuchen.“<sup>504</sup> Das Auswählen, Entwickeln, das aufeinander Abstimmen der Fragen auf die Hauptfragestellung und den Befragten ist von besonderer Bedeutung und zeitaufwendig. Die Formulierung der einzelnen Fragen und der Aufbau des Fragebogens sind ausschlaggebend für den Nutzen der Forschung.<sup>505</sup>

In vorliegender Arbeit wurde eine schriftliche Befragungsform gewählt. Bei dieser Vorgehensweise gibt es eine Reihe von Vorteilen gegenüber einer persönlichen Befragung. Mit geringem Kostenaufwand können viele zu befragende Personen gleichzeitig erreicht werden, ohne dass jeweils ein Befragender vor Ort sein muss. Der Personalaufwand ist damit deutlich geringer als bei einer persönlichen Befragung. Ein weiterer Vorteil ist, dass bei der

---

<sup>502</sup> Vgl. Flick, Uwe: Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek bei Hamburg, 2009. S 57-58.

<sup>503</sup> Ebd. S 57-58.

<sup>504</sup> Porst, Rolf: *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, <sup>2</sup>2009, S. 14.

<sup>505</sup> Vgl. Kirchhof, Sabine; Kuhnt, Sonja; Lipp, Peter; Schlawin, Sigfrid: *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, <sup>4</sup>2008, S. 19.



schriftlichen Befragungsform der Interviewer als Fehlerquelle wegfällt. Gleichmaßen ist er allerdings als Kontrollinstanz nicht zugegen. Ein weiteres Merkmal der schriftlichen Befragung ist, dass sie in einer anonymisierten Form stattfinden kann.<sup>506 507</sup>

Um Fehlerquellen möglichst gering zu halten, wurde nach den „10 Geboten der Frageformulierung“ von Porst gearbeitet. Dabei wurde darauf geachtet, dass...

- einfache unzweideutige Begriffe verwendet wurden
- lange und komplexe Fragen möglichst vermieden wurden
- hypothetische Fragen vermieden wurden
- doppelte Stimuli und Verneinung vermieden wurden
- unterstellungs- und suggestiv Fragen vermieden wurden
- die Fragen auf Information abzielen, über die viele Befragte mutmaßlich nicht verfügen
- mit eindeutig zeitlichen Bezug verwenden
- Antwortkategorien verwendet wurden, die erschöpfend und überschneidungsfrei sind
- der Kontext der Frage sich nicht (unkontrolliert auf die Beantwortung auswirkt
- unklare Begriffe definiert sind.<sup>508</sup>

Der Fragebogen, welcher im Anhang 3 Seite 186 einzusehen ist, wurde in drei Abschnitte gegliedert: Im ersten Teil wurden einige Daten zum Befragten, zur Einrichtung und dessen Aufgabengebiet erhoben. Im zweiten Teil wurden Fragen bezüglich des Klientels der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo erfragt. Zuletzt wurden im dritten Teil konkrete Fragen zur Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe und ihrer Wirkung gestellt.

Der Fragebogen beinhaltet offene und geschlossene Fragen. Bei offenen Fragen sind keine Antwortkategorien vorgegeben und der Befragte kann frei antworten. Auf diesem Wege wird vermieden, dass der Befragte in eine Richtung gelenkt wird. Offene Fragen wecken Interesse und haben einen hohes Maß an Informationsgewinn, da sie Unwissenheit, Missverständnisse und unerwartete Bezugssysteme aufdecken können.<sup>509</sup> „Bei der geschlossenen Frage werden dem Befragten zugleich auch alle Möglichkeiten oder zumindest alle relevanten Antworten – nach Kategorien geordnet – vorgelegt. Die Aufgabe besteht lediglich darin, dass er

---

<sup>506</sup> Vgl. Atteslander, Peter: *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Walter de Gruyter Verlag, Berlin u. New York, <sup>9</sup>2000, S. 147.

<sup>507</sup> Die Entwicklung und Konstruktion des Fragebogens wurde in Anlehnung an die Lehrbücher: „Quantitative Forschung“ von Raithel – „Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung“ von Kirchhof, Kuhnt, Lipp, Schlawin – „Methoden der empirischen Sozialforschung“ von Schnell, Hill, Esser – „Fragebogen. Ein Arbeitsbuch.“ von Porst durchgeführt.

<sup>508</sup> Vgl. Porst, Rolf: *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, <sup>2</sup>2009, S.95-96.

<sup>509</sup> Atteslander, Peter: *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Walter de Gruyter Verlag, Berlin u. New York, <sup>9</sup>2000, S. 158-161.

aus diesen Antwortmöglichkeiten ‚seine‘ Antwort auswählt.“<sup>510</sup> Diese Frageform überwiegt im Fragebogen dieser Forschung, da die erfragte Menge an Informationen sehr umfangreich ist und der Befragte durch die vorgegebenen Antworten weniger Antwortzeit benötigt. Sie erbringen weiterhin „eine größere Einheitlichkeit der Antworten und erhöhen dadurch die Vergleichbarkeit.“<sup>511</sup>

Es wurden folgende Frageformen der geschlossenen Frage im entwickelten „Fragebogen zum Wirken und der Möglichkeiten der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo“<sup>512</sup> verwendet:

- Identifikationstyp
- Selektionstyp
- Ja-Nein-Typ
- Mehrfachauswahlfrage (Skala-Frage)<sup>513</sup>

---

<sup>510</sup> Ebd. S. 162.

<sup>511</sup> Ebd. S. 162.

<sup>512</sup> Fragebogen einzusehen im Anhang3 auf Seite 186

<sup>513</sup> Vgl. Atteslander, Peter: *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Walter de Gruyter Verlag, Berlin u. New York, <sup>9</sup>2000, S. 158-161.

## 6.2 Aktueller Forschungsstand

„Für die Weiterentwicklung der Sozialarbeit im Allgemeinen und der gesundheitsorientierten und Klinischen Sozialarbeit im Besonderen wird es von entscheidender Bedeutung sein, ob es endlich gelingt, die eigenen Praxisfelder angemessen zu beforschen. Ein Blick in die einschlägige deutschsprachige Sozialarbeitsliteratur lässt nämlich unschwer erkennen, dass es an empirischen Beiträgen einer solchen „Sozialarbeitsforschung“ mangelt. Es ist zu wenig bekannt, welche Hilfeangebote der Sozialarbeit wie wirken und warum Sozialarbeit mal mehr und mal weniger erfolgreich ist.“ (hierzu auch Gahleitner und Ortmann 2006<sup>514</sup>).<sup>515</sup>

Bei der Recherche in Suchmaschinen von Datenbanken wie Google Scholar, Medline, Pubmed, Universitätsbibliotheken bzw. Hochschulbibliotheken und den Online Katalogen der Bibliotheksverbünde zeigt sich, dass es bisher relativ wenig Literatur und empirische Studien zur Klinischen Sozialarbeit im Allgemeinen und speziell zur ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen gibt. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass der Erforschung der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo nicht nur die Aufgabe zukommt, konkrete Ergebnisse zur Arbeit der Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo zu liefern, sondern auch der Frage nachzugehen, wie kann die Praxis bestmöglich in den Blick genommen werden, bzw. verdeutlicht oder transparent gemacht werden und welches sind gerade die bedeutenden Anteile der Klinischen Sozialarbeit?

Die Möglichkeiten der ambulanten Eingliederungshilfe, sowie auch der klinischen Sozialarbeit in Form von spezifischen Unterstützungs-, Beratungs- und Behandlungsansätzen sind von hoher Bedeutung für Fragestellungen in der Wirkungs- und Versorgungsforschung.<sup>516</sup> Für die (Klinische) Sozialarbeit ist es von Bedeutung, eine eigene Wirkungs- und Versorgungsforschung zu haben, damit diese Profession auf eigene wissenschaftliche Grundlagen zurückgreifen kann und nicht nur auf das wissenschaftliche Fundament anderer Professionen ausweichen muss. Am Beispiel chronischer Erkrankungen wird deutlich, dass diese bisher überwiegend aus medizinisch-biologischer und psychologischer Perspektive beurteilt werden.<sup>517</sup> „Erfahrungsgemäß ist die Erforschung neuer Gebiete und Fragestellungen ein interessanter und lohnenswerter „Wettkampf“, bei dem sich die anderen Professionen hinsichtlich sozialer Faktoren bei Entstehung und Folgen von chronischen Erkrankungen schon positionieren. Soziale Probleme sind für Sozialdienste in ihrer Beratung nicht abstrakt. Es besteht ein unerschöpflicher Erfahrungshintergrund, der bei der Entwicklung konkreter Fragestellungen

---

<sup>514</sup> Gahleitner, Silke Birgitta; Ortmann, Karlheinz.: *Qualitative Sozialarbeitsforschung. Auf der Suche nach ‚sozialer Realität‘*. In: *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2. Jg. Online-Sonderausgabe. 2006, S. 40 – 44.

<sup>515</sup> Ortmann, Karlheinz (Hrsg.): *Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin*. 2007.

<sup>516</sup> Vgl. Dettmers, Stephan: *Feldforschung tut not! Eine Einschätzung zur Situation von Sozialdiensten in Universitätskliniken*. In: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.): *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*. 2/2009, S. 34.

<sup>517</sup> Vgl. Ebd. S. 34.

gen und Hypothesen äußerst hilfreich sein könnte.“<sup>518</sup> Als angemessene Forschungsmethode wurde in dieser Master-Thesis eine quantitative Erhebungsmethode gewählt, die durch einen umfangreichen Wissenschaftstheoretischen Teil gestützt wird.

Seit der Psychiatriereform und der Entstehung verschiedener Verbände und Organisationen in den 1970er Jahren haben die Publikationen und Forschungsstudien aus den Themenschwerpunkten Sozialpsychiatrie zugenommen. Unter anderem zählen dazu verschiedene Fachzeitschriften wie beispielweise: Soziale Psychiatrie, Eppendorfer, Forum Sozialarbeit + Gesundheit, Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung, Psychosoziale Umschau und auch weitere Veröffentlichungen unter anderem aus dem 1978 gegründeten Psychiatrie Verlag. In den Texten wird unter anderem die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland thematisiert und damit auch das Thema der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch erkrankte Menschen aufgegriffen. Nennenswerte Forschungen in diesem Arbeitsfeld sind zum Beispiel:

- „Tagestättenarbeit wirkt! – Die Tagesstätte als wichtiger Baustein in der gemeindepsychiatrischen Versorgung.“ (Dieter Röh, 2004)
- „Rehabilitation in der Sozialpsychiatrie“ (Heinz-Alex Schaub<sup>519</sup>)
- „Datenbasierte wissenschaftliche Expertise zur Einzelfallhilfe „Trägermodell versus Honorarmodell“ (Ralf-Bruno Zimmermann, Ulrich Binner, Karlheinz Ortmann vom ISG Institut für Soziale Gesundheit der KHSB, 2009)
- „Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes“ (Eine Kooperation zwischen Freier Universität Berlin und Katholischer Fachhochschule Berlin Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann und Prof. Dr. Jarg Bergold im Jahr 2003-04)
- „Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin“ (Karlheinz Ortmann Sommersemester 2007)
- Allgemein wurden in sehr vielen Forschungsprojekten versucht das Phänomen der Chronizität Psychischer Erkrankungen zu erforschen. Menschen mit chronischer Schizophrenen Krankheitsverläufen wurden im speziellen beforscht.<sup>520</sup>

Der Stand der Forschung zur ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo für psychisch kranke Menschen in Hamburg ist hingegen noch nicht ganz ausgereift. Ein

---

<sup>518</sup> Ebd. S. 34.

<sup>519</sup> Schaub, Heinz-Alex: *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. V & R unipress, Göttingen, 2008, S. 181-193.

<sup>520</sup> Vgl. Zaumseil, M.; Leferfink, K.: *Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie*. Zaumseil, M.; Leferfink (Hrsg.). Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1997. Zitiert nach: Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010, S. 75.

weiterer Grund neben den schon oben beschriebenen Problemen wissenschaftlicher Fundierung der Sozialen Arbeit ist, dass die Ausführung der ambulanten Eingliederungshilfe in der Verantwortung und Organisation der Bundesländer liegt und es außer den Grundsätzlichen Vorgaben des SGB XII keine einheitlichen bundesweiten Regelungen dazu gibt. In der Form und unter dem Namen PPM und BeWo wird die Eingliederungshilfe nur im Bundesland Hamburg angeboten.

### **6.3 Forschungsinteresse**

In der Sozialpsychiatrie sind in Deutschland, somit auch in Hamburg, große Entwicklungen und Veränderungen vom Leistungs- und Angebotsspektrum zu beobachten. Aus diesem Grund fällt es oft schwer einen Überblick über die unterschiedlichen Hilfeformen der Psychiatrielandschaft zu behalten. Um einen solchen Überblick über verschiedene Hilfeformen (ob Stationär, Teilstationär, Ambulant) und Denkrichtungen wie z.B. der Pflegeversicherung, Rehabilitation, der Krankenkassen („Integrierte Versorgung“), der Eingliederungshilfe zu erhalten, ist eine spezielle Auseinandersetzung mit den jeweiligen Hilfeformen von Nöten. Das besondere Forschungsinteresse dieser Arbeit gilt dem sozialpsychiatrischen Handeln und Wirken der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo für Psychisch Kranke Menschen in Hamburg. Diese Formen der ambulanten Eingliederungshilfe sollen aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit näher untersucht und transparenter gemacht bzw. verdeutlicht werden. Ziel ist es, die schon oben beschriebene Positionierung und sowohl wissenschaftliche als auch praktische Fundierung der (Klinischen) Sozialarbeit weiter in den unterschiedlichen (Arbeits-)Bereichen zu fundieren bzw. weiterzuführen. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit sollen Bedeutung und Effektivität von PPM und BeWo hervorgehoben und das breite Spektrum dieses Arbeitsfeldes deutlich gemacht werden. Im Einzelnen werden Handlungsweisen, Wirksamkeit, Aufbau und Form der Betreuung bzw. der Begegnungsstätten aufgeführt. Gerade auf Grund der oben beschriebenen Forschungsarmut in dem Bereich und des allgemeinen fortlaufenden Veränderungsprozesses der Sozialpsychiatrischen Landschaft ist über das theoretische Wissen hinaus ein regelmäßiger Abgleich zur Ist-Situation der Praxis, also in diesem Fall innerhalb der Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo, von besonderer Bedeutung. Um die Arbeitsweise der ambulanten Eingliederungshilfe weiter zu erfassen, sind alle Einrichtungen der ambulanten Eingliederungshilfe aus Hamburg zu der Thematik befragt worden, um damit verschiedene Blickwinkel und Informationen aus der Praxis zu erhalten.

Im folgenden Kapitel werden aus dem beschriebenen Sachverhalt und den aufgezeigten Forschungslücken relevante empirische Forschungsfragen abgeleitet.

## 6.4 Forschungsfragen

Das Forschungsinteresse, entwickelt aus dem beschriebenen Sachverhalt und den aufgezeigten Forschungslücken, resultiert aus unterschiedlichen Themenkomplexen, welche sich in drei empirische Hauptforschungsfragen (1-3) und zwei empirische Nebenforschungsfragen (4-5) einteilen lassen.

### Hauptforschungsfragen:

1. Durch die Forschung soll herausgearbeitet werden, wie die ambulante Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen arbeitet. Hier werden Arbeitsansätze bzw. Arbeitshabitus (z.B. Lebensweltorientierung, bio-psycho-soziales Grundverständnis), Methoden (z.B. CM, Gruppenarbeit etc.), Handlungskonzepte, Kooperationen und verschiedene Angebote erfragt. Daraus lässt sich die folgende Forschungsfrage ableiten:

***Wie bzw. nach welchen Handlungskriterien wird in der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen in Form von PPM und BeWo gearbeitet?***

2. Aus dem Theorieteil „Klinische Sozialarbeit“, Kapitel 4, geht hervor, dass sich die Klinische Sozialarbeit über bestimmte Methoden, Konzepte und Handlungsweisen (z.B. CM, bio-psycho-soziales Modell) definiert. Der Fragebogen wurde bewusst zu einem großen Teil auf dem Hintergrund dieser spezifischen Methoden, Konzepte und Handlungsweisen erstellt. So kann im Rahmen der Auswertung der erhobenen quantitativen Daten untersucht werden, ob diese Methoden, Konzepte und Handlungsweisen bei PPM und BeWo angewendet werden. Bestätigt sich die Anwendung dieser Methoden im Rahmen der Auswertung, lässt sich auf diesem Wege beweisen, dass die ambulante Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo klassische Klinische Sozialarbeit ist. Daraus lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

***Kann die ambulante Eingliederungshilfe als klassisches Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit verstanden werden?***

3. Aus der im Theorieteil beschriebenen Lebenswelt, siehe Kapitel 3, der chronisch psychisch kranken Menschen geht hervor, dass diese von unterschiedlichen spezifischen Problemen betroffen sind, oder mit verschiedenen Belastungen zu kämpfen haben. Dazu zählen zum Beispiel die Auseinandersetzung mit stetigen Exklusionstendenzen, Ängsten vor Behördengängen, schlechtes Selbstwertgefühl, etc. Daraus erschließt sich der Hilfebedarf, dem durch die ambulante Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo begegnet werden soll. Zu dem Hilfebedarf zählen unter anderem die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und sozialen Netzwerken und die Förderung der allgemeinen Gesundheit und Selbstbestimmung.

Daraus lässt sich die folgende Forschungsfrage entwickeln:

***Was kann und wird durch die Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe für das Klientel bewirkt bzw. was nützt die Hilfe dem Klientel?***

**Nebenforschungsfragen:**

4. Als Nebenforschungsfrage werden über den Fragebogen Eckdaten der Ist-Situation der Einrichtungen, wie zum Beispiel Mitarbeiterzahl, Qualifikationen der Mitarbeiter, Handlungsbezirke der Einrichtung, Anzahl und Situation der Klienten erhoben, um so einen allgemeinen Überblick über die Arbeitssituation der befragten Einrichtungen und das Arbeitsfeld zu erlangen. Daraus leitet sich folgende Forschungsfrage ab:

***Wie sieht die Ist-Situation der Einrichtungen bzw. des Klientel unter Berücksichtigung von allgemeinen Eckdaten bzw. Rahmenbedingungen aus?***

5. Ebenfalls als Nebenforschungsfrage einzuordnen ist die Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit der befragten Fachkräfte. Erhoben wurde die Zufriedenheit bezüglich verschiedener Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Gehalt, finanzielle Mittel, gesetzliche Rahmenbedingungen, Anerkennung und trägerübergreifende Zusammenarbeit. Somit konnte folgende Forschungsfrage herauskristallisiert werden:

***Wie ist die Zufriedenheit der befragten Fachkräfte mit den Rahmenbedingungen?***

## **6.5 Datenerhebung**

Um die Arbeitsweise der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo weiter zu erfassen, sind alle Einrichtungen der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo aus Hamburg zu der Thematik befragt worden. Bei der Formulierung der Fragen wurde darauf geachtet, dass ein möglichst umfassendes Bild, aus unterschiedlichen Perspektiven erhoben werden kann. Zum einen wurde dazu eine Reihe von Fragen die persönliche Einschätzung der Befragten erhoben (zum Beispiel: Frage 23 des Fragebogens<sup>521</sup>). Daneben wurde die befragte Person um einen Perspektivenwechsel gebeten. Das Ziel dabei ist es, auch eine indirekte Einschätzung aus dem Blickwinkel der Klienten und anderer professioneller Berufsgruppen aus dem Hilfenetzwerk auf unterschiedliche Fragen (darunter der Nutzen und die Wirkung) zu erhalten ohne, dass diese dazu speziell befragt werden mussten (zum Beispiel siehe Frage: 25 des Fragebogens<sup>522</sup>).

Der quantitative Fragebogen wurde an die Leitung von insgesamt 104 Einrichtungen der ambulanten Eingliederungshilfe mit den Hilfeformen PPM und BeWo in Hamburg per Post verschickt. Ein frankierter Rückumschlag und ein persönliches Anschreiben für den jeweiligen Einrichtungsleiter lagen dem Brief bei. In einem ausführlichen Anschreiben (siehe An-

---

<sup>521</sup> Fragebogen einzusehen im Anhang3 auf Seite 186

<sup>522</sup> Fragebogen einzusehen im Anhang3 auf Seite 186

hang) wurde der Fragebogen erläutert und es wurde um Mitwirkung für die Forschung gebeten. Nach einer ersten Frist von 14 Tagen wurden die Leiter der Einrichtungen, sofern der Fragebogen noch nicht zurückgeschickt wurde, persönlich per Telefon kontaktiert, um ein zweites Mal um die Teilnahme am Forschungsvorhaben zu bitten. Zur Erzielung einer höheren Rücklaufquote, wurden alle einzelnen Einrichtungen angeschrieben und nicht nur die jeweiligen Träger. Die angeschriebenen Einrichtungen wurden über das Fachamt für Eingliederungshilfe Hamburg und den Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD) sowie die Homepage: „Hamburg Service-Einrichtungssuche“<sup>523</sup> ausfindig gemacht.

## 6.6 Ergebnisse

Von den 104 angeschriebenen Einrichtungen wurden 31 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. Dies entspricht einem Rücklauf von 32,24%. Aufgrund fehlender Angaben einzelner Teilnehmer bei manchen Fragen des Fragebogens variiert die Stichprobengröße. Die erhobenen quantitativen Daten wurden mit der Software SPSS ausgewertet. Zur besseren Lesbarkeit der Forschungsergebnisse werden im Folgenden alle Ergebnisse als Zahlenwerte aufgeführt werden. Die Beantwortung der Fragen erfolgte von 10 Frauen (32,26%) und 12 Männern (38,71%). 9 Personen (29,03%) haben keine Angabe über ihr Geschlecht gemacht. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer der endgültigen Stichprobe lag bei 41,52 Jahren. Der jüngste Teilnehmer war 26 Jahre und der älteste Teilnehmer 58 Jahre alt.

**Tabelle 4: Altersverteilung Stichprobe**

Alter (n = 21)				
Jahre	20-29	30-39	40-49	50-59
n	5	3	7	6
%	23,8	14,3	33,3	28,6

Anmerkung: 10 Personen machten keine Angaben zu ihrem Alter

Die häufigste Berufsbezeichnung unter den Befragten (n = 22) war mit 16 Nennungen (51,61%) Sozialarbeiter/Sozialpädagoge. Davon waren mit 13 Nennungen (42,94%) „Diplom Sozialarbeiter/Sozialpädagogen“, mit 2 Nennungen (6,45%) „Master Sozialarbeiter/Sozialpädagogen“ und mit 1 Nennungen (3,23%) „Bachelor Sozialarbeiter/Sozialpädagogen.“ Darauf folgt mit der Häufigkeit von 3 (9,68%) die Berufsgruppe der „Diplom Psychologen“. Alle weiteren Berufsbezeichnungen wurden ein Mal genannt. Dazu

<sup>523</sup> Homepage des HamburgService - Einrichtungssuche:  
<https://gateway.hamburg.de/hamburggateway/fvp/fv/BSF/Einrichtungssuche/?sid=101#>  
 Eingesehen am 1.03.2011, 20.00 Uhr.



zählen: Diplom Pädagogen, Magister Sprachwissenschaften, Psychiatrischer, Fachkrankenpfleger. 9 Personen haben keine Angabe zu ihrer Berufsbezeichnung gemacht.

Jeweils 19 der Befragten (n = 22) (61,29%) nahmen in ihrem Aufgabenbereich eine Leitung- bzw. Teamleitungsfunktion wahr. Von den befragten Einrichtungen (n = 31) boten 23 (74,19%) die Eingliederungshilfe PPM an. 10 der Einrichtungen (n = 31) (32,25%) boten die Eingliederungshilfe BeWo an. 2 Einrichtungen hatten sowohl BeWo als auch PPM im Angebot.

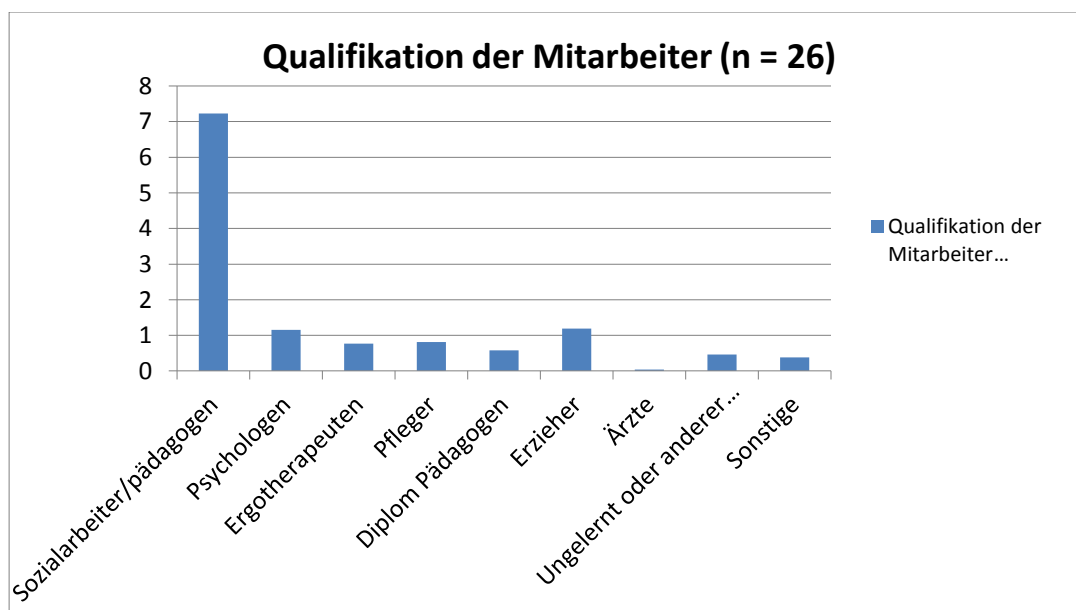
58,1% der Einrichtungen (n = 31) gaben an, dass die Anzahl ihrer Mitarbeiter bei 1-20 lag. Dagegen gaben nur vier (12,9%) Einrichtungen an, dass die Anzahl ihrer Mitarbeiter bei über 100 lag. Die weiteren Angaben der teilnehmenden Einrichtungen bezüglich der Anzahl ihrer Mitarbeiter gibt Tabelle 2 wieder.

**Tabelle 5: Angaben der Teilnehmer bezüglich der Anzahl ihrer Mitarbeiter**

Anzahl Mitarbeiter (n = 31)					
	1-20	21-40	41-60	61-80	>100
n	18	5	2	2	4
%	58,1	16,1	6,5	6,5	12,9

Die mittlere Anzahl der weiblichen Mitarbeiter in der Hilfeform PPM betrug 8,94 (n = 18). Dem gegenüber zeigte sich, dass im Mittel 3,39 (n = 18) männliche Mitarbeiter in den Einrichtungen im Bereich PPM tätig waren. Im Bereich des BeWos lag die mittlere Anzahl der weiblichen Mitarbeiter etwas geringer bei 7,70 (n = 10). Die mittlere Anzahl der männlichen Mitarbeiter war mit einem Wert von 4,10 (n = 10) noch geringer. Zur Qualifikation der Mitarbeiter in den jeweiligen Einrichtungen machten die Befragten Angaben (Siehe Abbildung 8).

**Abbildung 8: Qualifikation der Mitarbeiter**



Wie Abbildung 8 zeigt, war in allen Einrichtungen (n = 26) die Qualifikation „Sozialarbeiter/-pädagogen“ mit einer mittleren Häufigkeit von 7,23 am häufigsten vertreten.

Unter den befragten Einrichtungen boten 11 (35,48%, n = 31) ausschließlich Leistungen der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo an. 20 (64,52%, n = 31) weitere Einrichtungen boten daneben zusätzliche Leistungen an. Am häufigsten tritt hier - genannt von 17 Befragten (54,84%, n = 20)- „Pädagogisch Betreuung im eigenen Wohnraum“ (PBW) dicht gefolgt von „Wohnassistenz“ mit 16 Nennungen (51,61%, n = 20) auf.

**Tabelle 6: Leistungen neben der Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo**

Weitere Leistungen	Häufigkeit (n =20)	Prozent
Hilfen aus dem SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe	9	45,0
Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW)	17	85,0
Wohnassistenz (WA)	16	80,0
Ambulante heilpädagogische Leistungen für Kinder (HPL)	0	0
Hilfen für Familien mit einem oder mehreren behinderten Kindern (HFbK)	10	50
Ambulant betreute Wohngemeinschaft (ABW)	8	40
Ambulante psychiatrische Pflege (APP)	0	0
Teilstationäre Pflege (psychiatrisch)	0	0
Stationäre Pflege (psychiatrisch)	0	0
Sonstige	6	30

Mit der nächsten Frage wurden Informationen erhoben, in welchen Bezirken Hamburgs PPM bzw. BeWo von den einzelnen Einrichtungen angeboten wurde. Hamburgweit boten zehn Träger (n = 23) PPM als Hilfe an. In Hamburg-Mitte waren neun Einrichtungen (n = 23) mit der Hilfeform PPM aktiv. In Bergedorf und Eimsbüttel wird PPM von acht Einrichtungen (n = 23) angeboten. Die Hilfeform BeWo wird in den Bezirken Wandsbek von 4 Einrichtungen (n = 23), in Hamburg Mitte von 3 Einrichtungen (n = 23) und in Eimsbüttel von 2 Einrichtungen (n = 23) angeboten. Anders als beim PPM gaben keine Einrichtungen (n = 10) an, die Hilfeform BeWo hamburgweit anzubieten. Die Konzentration des BeWo Angebotes in den einzelnen Bezirken mag sich damit begründen lassen, dass bei dem Konzept BeWo Klienten aus unterschiedlichen Bezirken eine Einrichtung aufsuchen, die in einem bestimmten Stadtteil ansässig ist. Hier liegt ein klarer Unterschied zu der Hilfeform PPM vor, bei der durch die hohe Anzahl von Hausbesuchen bzw. Arbeit im eigenen Lebensraum eine stärkere bezirksübergreifende und hamburgweite Präsenz gegeben ist. Die Frage, ob der Träger mit einem

anderen Träger im Verbund (z.B. Sozial- und Gemeindepsychiatrischer Verbund) zusammengeschlossen sei, beantworteten 16 Einrichtungen (n = 31) mit ja.

#### **Daten zum Klientel der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo**

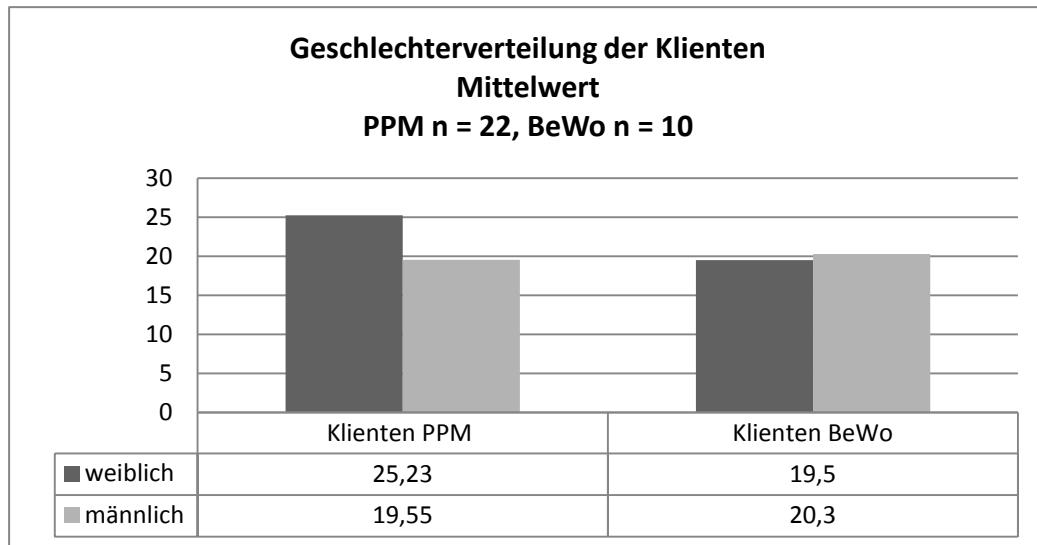
Auf die Frage, wie viele Fälle in der ambulanten Eingliederungshilfe durch die Einrichtung insgesamt betreut werden, bewegten sich die Antworten zwischen 4 und 180. Der Mittelwert lag hier bei 60,93 (n = 30). Die Hilfeform PPM einzeln betrachtet betreute minimal die Anzahl von 3 Fällen pro Einrichtung (n = 22). Die maximale Anzahl der betreuten Fälle lag bei 180 Klienten. Für die Hilfeform BeWo betrug die niedrigste Klientenzahl vier und die höchste 100 (n = 10). Die Mittlere Anzahl der betreuten Fälle im Bereich BeWo lag bei 39,80 (n = 10) und ist damit niedriger als der Mittelwert im Bereich der Hilfeform PPM mit 44,73 (n = 22). Die Spannweite der Anzahl der weiblichen betreuten Klienten im Rahmen der Hilfeform PPM bewegte sich zwischen 2 und 90 (Mittelwert: 25,23, (n = 22)). Die Spannweite der Anzahl der betreuten männlichen Klienten ist ähnlich: Mindestens 1 Klient, maximal 90. Der Mittelwert liegt hier bei 19,55 (n = 22). Dies zeigt, dass die Anzahl der weiblich betreuten PPM Klienten höher war.

Bei der Hilfeform BeWo war die Anzahl der männlichen Betreuten höher (Mittelwert: 20,30, n = 10). Sie bewegte sich zwischen mindestens 4 Klienten und maximal 45. Die Spannweite der Anzahl der weiblichen betreuten Klienten im Rahmen der Hilfeform BeWo bewegte sich zwischen 0 und 55 (Mittelwert: 19,50, n = 20). Siehe hierzu Abbildung 9.

Aus den dargestellten Zahlen wird deutlich, dass im Durchschnitt mehr Frauen als Männer die Hilfeform PPM in Anspruch nehmen. Genauso wird deutlich, dass eine größere Anzahl von Frauen die Hilfeform PPM beansprucht als die Hilfeform BeWo. Eine mögliche Begründung dafür könnte sein, dass Frauen primär im eigenen Wohnraum betreut werden möchten.

Im Gegensatz dazu gibt es im Hilfebereich BeWo in Bezug auf die Geschlechterverteilung keinen nennenswerten Unterschied in der geschlechtsspezifischen Anzahl. Auch im Vergleich der beiden Hilfegruppen PPM und BeWo zeigen sich kaum Abweichungen in der Anzahl des männlichen Klientels.

**Abbildung 9: Geschlechterverteilung der Klienten in PPM und BeWo**



Im Weiteren wurde die Verteilung des Hilfebedarfs der Klienten für PPM und BeWo im Fragebogen erhoben.

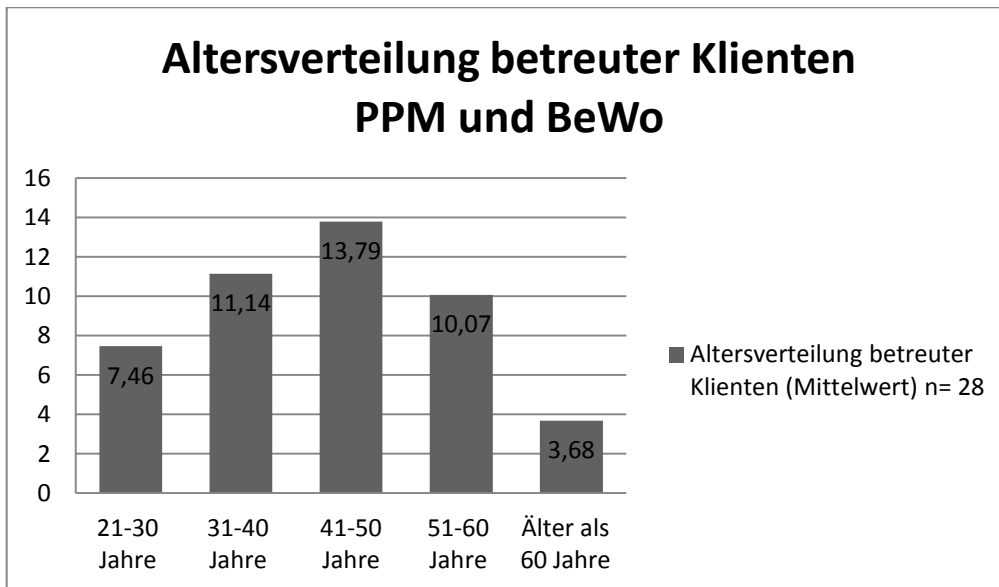
Die Eingruppierung des Hilfebedarfs für das BeWo erfolgt in Gruppen von 1 bis 5. Diese Einstufung wird innerhalb des Gesamtplanverfahrens vom Fachamt für Eingliederungshilfe vorgenommen.<sup>524</sup> Im Arbeitsbereich BeWo werden in den befragten Einrichtungen die meisten Fälle in der Eingruppierung der Hilfebedarfsgruppe 3 betreut (Mittelwert: 21,10, n = 10). Damit liegt die Anzahl der betreuten Fälle in dieser Hilfebedarfsgruppe deutlich höher als die durchschnittliche Anzahl der betreuten Fälle der Hilfebedarfsgruppe 2 (Mittelwert: 11,40, n = 10) und 4 (Mittelwert: 5,50, n = 10). Die geringste Anzahl der betreuten Fälle liegen in der Hilfebedarfsgruppe 1 (Mittelwert 1,56, n = 9).

Die Eingruppierung des Hilfebedarfs für PPM des Fachamtes für Eingliederungshilfe wird in Form von bewilligten Fachleistungsstunden ermittelt. Die von den befragten Einrichtungen angegebene Anzahl der betreuten Fälle, die 3-6 Fachleistungsstunden bewilligt haben, lag im Durchschnitt bei 28,83 (n = 23) (und war damit höher als die mittlere Anzahl der betreuten Fälle, die 1-3 (Mittelwert = 8,74, n = 23), 6-9 (Mittelwert = 4, n = 23) oder mehr als 9 (Mittelwert = 4,95, n = 22) Fachleistungsstunden bewilligt haben.

<sup>524</sup> Weitere Informationen dazu siehe Kapitel 5: Ambulante Eingliederungshilfe

Der größte Anteil der betreuten Klienten im Bereich PPM und BeWo war zwischen 41-50 Jahren alt (Mittelwert = 13,79, n = 28). Insgesamt setzte sich die Verteilung der Altersstruktur der betreuten Klienten wie folgt zusammen (vgl. Abbildung 10):

**Abbildung 10: Altersstruktur betreuter Klienten**



Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Mittelwerte der Anzahl der betreuten Klienten mit Psychischen- und Verhaltensstörungen (ICD) in den befragten Einrichtungen. Bei Mehrfacherkrankungen war eine Mehrfachnennung möglich:

**Tabelle 7: Störungen/Erkrankungen**

Störungen/Erkrankungen	Mittlere Anzahl
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,70 (n = 20)
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,55 (n = 20)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	<b>16,80</b> (n = 20)
Affektive Störungen	<b>8,50</b> (n = 20)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	<b>5,15</b> (n = 20)
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,80 (n = 20)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	<b>12,05</b> (n = 20)
Intelligenzminderung	1,2 (n = 20)
Entwicklungsstörungen	0,4 (n = 20)
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3,25 (n = 20)
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1,25 (n = 20)
Wie viele Ihrer Klienten leiden unter Komorbidität?	<b>12,80</b> (n = 25)

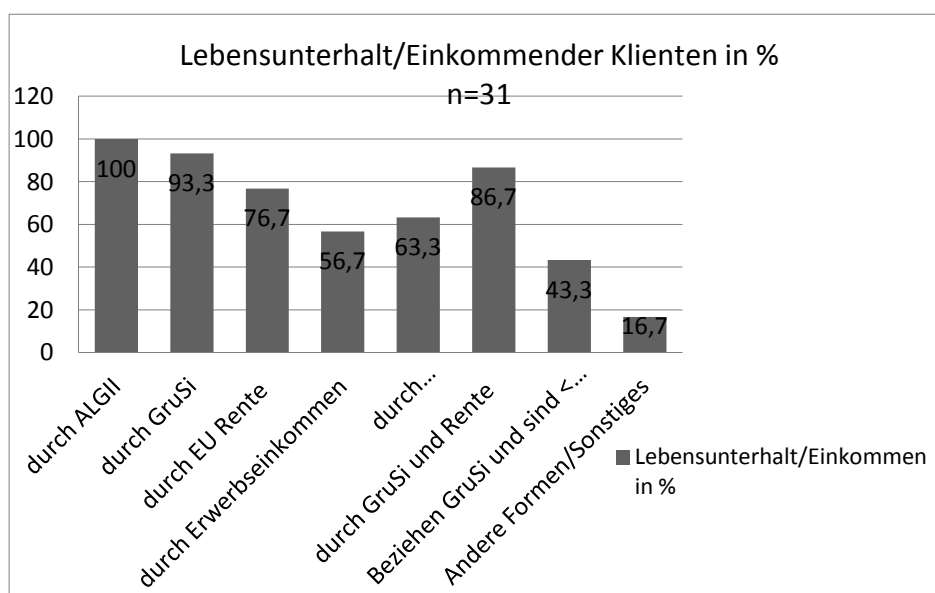
Der höchste Mittelwert lag mit 16,80 (n = 20) bei der Erkrankung Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Eine Einrichtung gab an 60 Klienten mit diesem Krankheitsbild zu betreuen. Zwei weitere Einrichtungen betreuen 50 bzw. 49 Klienten mit diesem Krankheitsbild. Der nächsthöchste Mittelwert lag bei der Anzahl der betreuten Klienten mit Persönlich-

keits- und Verhaltensstörungen (Mittelwert = 12,05, n = 20). Hier liegt die Spannweite zwischen 1 und 40 Personen. Darauf folgt die Anzahl der betreuten Klienten mit affektiven Störungen. Der Mittelwert lag hier bei 8,50 (n = 20). Maximal 26 Personen wiesen in einer Einrichtung dieses Krankheitsbild auf. Die durchschnittliche Anzahl der Klienten, die an Komorbidität leiden, belief sich bei allen Einrichtungen auf einen Mittelwert von 12,80(n = 25). Die direkte Frage nach Komorbidität schließt auch alle weiteren somatischen Krankheiten mit ein. Hier wird alleine durch die hohe Anzahl von Mehrfachnennungen der psychischen Erkrankungen die hohe Anzahl der von Komorbidität betroffenen Klienten deutlich.

Der größte Teil der Klienten aus den befragten Einrichtungen wird durch Transferleistungen finanziert (Mittelwert 42,19, n = 31). Deutlich geringer ist die mittlere Anzahl der Teilselbstzahlenden bei 2,1(n = 31) und die der Selbstzahler nur bei 1,10 (n = 31).

In folgender Tabelle wird im Detail aufgezeigt, wie Klienten ihren Lebensunterhalt sichern. Alle Befragten (n = 31) haben zugestimmt, dass ALG II bei den betreuten Klienten ein Element zur Sicherung des Lebensunterhaltes darstellt. Die mittlere Anzahl der Klienten, die ALG II beziehen, stellt auch mit 20,17(n = 23) den höchsten Wert dar.

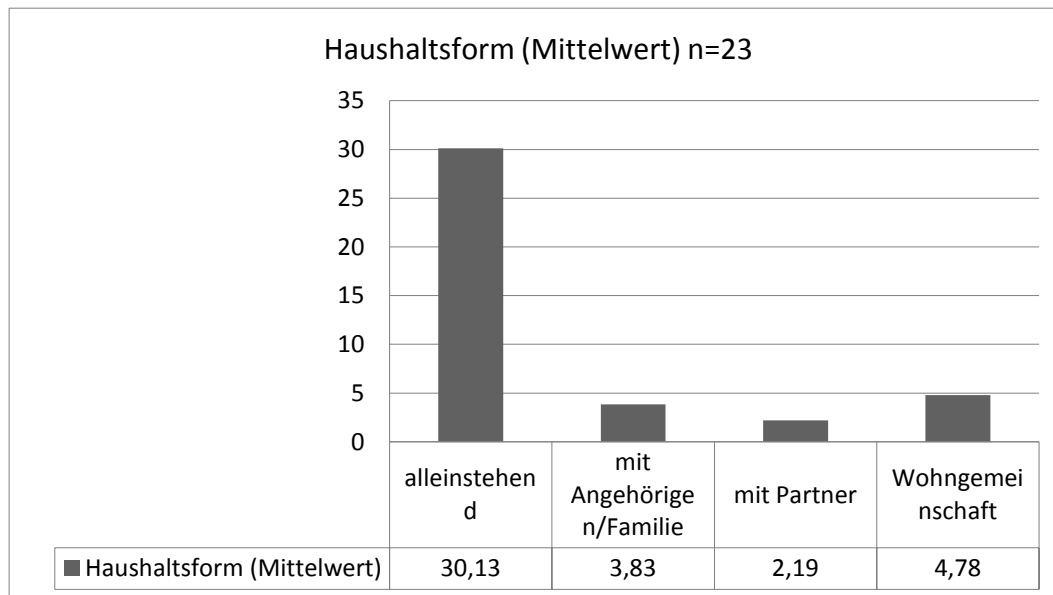
**Abbildung 11: Sicherung des Lebensunterhaltes**



### Teilhabe/ Integration/ Soziale Netzwerke

Die meisten Klienten, die durch die befragten Einrichtungen betreut werden, sind alleinstehend (Mittelwert = 30,13, n = 23). Einen Überblick über die Anzahl der Klienten, die in anderen Haushaltsformen leben, gibt folgende Abbildung wieder.

**Abbildung 12: Haushaltsformen**



Ebenfalls aufgeführt sind in Tabelle 8 die Mittelwerte, die Aufschluss über den sozialen Beziehungsstatus geben. Hier zeigt sich, dass die mittlere Anzahl der Klienten, die verheiratet (1,96, n = 23) bzw. in einer Beziehung leben (5,96, n = 23) am niedrigsten ist. Die mittlere Anzahl der Klienten, die einen oder mehrere Freunde haben liegt bei 24,57 (n = 23) und ist damit höher als die Anzahl jener, die einen festen Freundeskreis haben (14,91, n = 23).

**Tabelle 8: Soziale Kontaktstrukturen: Wie viel der Klienten, die Ihre Einrichtung betreut...**

	Mittelwert (Anzahl der Klienten)
...leben in einer Beziehung?	5,96(n = 23)
...sind verheiratet	1,96 (n = 23)
...haben einen oder mehrere Freunde?	24,57 (n = 23)
...haben einen festen Freundeskreis	14,91 (n = 23)
...haben Kinder	8,78 (n = 23)

Informationen über den Anteil der gesellschaftlichen Teilhabe der Klienten wurden mit der folgenden Frage erhoben. Auf diesem Wege konnte herausgefunden werden, in wie weit sich die Klienten von der Gesellschaft angenommen fühlen und ob sie stärker in formellen oder informellen sozialen Netzen leben. 38,7% (n = 31) der Befragten gaben an, dass sich ihre Klienten nie (9,7%, n = 31) oder selten (29%, n = 31) von der Gesellschaft angenommen fühlten. 61,3% (n = 31) gaben an, dass sich ihre Klienten „teils teils“ in der Gesellschaft an-

genommen fühlten. Dass die Klienten sich häufig, bzw. immer in der Gesellschaft angenommen fühlten, bestätigte keiner der Befragten. Mehr als die Hälfte der Befragten (58,1%, n = 31) sagte aus, dass die Klienten häufig oder hauptsächlich in einem sozialen Netz mit professionellen Kontakten wie PPM Betreuern oder gesetzlichen Betreuern lebten. Keiner der Befragten bestätigte, dass ihre Klienten häufig oder immer am kulturellen Leben ihres Stadtteils teilnahmen. 61,3% (n = 31) der Befragten schätzten die Teilhabe am kulturellen, gesellschaftlichen Leben selten ein, 38,7% (n = 31) sagten teils, teils.

Auf die Frage, ob ihre Klienten hauptsächlich in einem Netz leben, welches durch formelle Hilfen geschaffen wurde<sup>525</sup>, antworteten 22,6% (n = 31) der Befragten häufig (19,4%, n = 31) oder immer (3,2%, n = 31). Die Mehrzahl der Befragten bestätigte dies mit „teils teils“ (54,8%, n = 31).

Daraus geht auch hervor, dass die Arbeit durch PPM und BeWo einen bedeutenden Teil dazu beiträgt, dass Klienten sich in sozialen Netzen bewegen.

### **Arbeitsweisen der ambulanten Eingliederungshilfe und ihrer Wirkung**

Bei 96,6% (n = 31) der befragten Einrichtungen gab es neben den jeweiligen Bezugsbetreuern für Klienten eine zentrale Kontaktmöglichkeit per Telefon oder Mail. Ebenfalls 96,6% (n = 31) der Befragten gaben an, dass neben dem Bezugsbetreuer auch für andere Mitarbeiter die Möglichkeit besteht, Einblicke in die aktuelle Dokumentation zu erhalten, um in Notfällen und bei Abwesenheit des Bezugsbetreuers vertretend tätig zu werden. Eine Rufbereitschaft außerhalb der Betreuungszeiten wurde in 67,7% (n = 31) der befragten Einrichtungen angeboten. Diese Ergebnisse zeigen, dass durch das Hilfsangebot PPM und BeWo in einem hohen Maß und über unterschiedliche Medien ein kompetenter Ansprechpartner verfügbar ist und dem Klienten somit eine Sicherheit und Konstanz geboten werden kann. Durch dieses „Kontakt“-Angebot wird den Klienten ein hohes Maß an Sicherheit garantiert, welches auch außerhalb der Geschäftszeiten verfügbar ist. Dies ist besonders von Bedeutung, da an obiger Stelle gezeigt werden konnte, dass die befragten Einrichtungen angaben, dass die Mehrzahl der Klienten allein lebend war bzw. isoliert in einem schwachen sozialen Netzwerk ohne feste soziale Kontakte lebte. Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass 48,4% (n = 31) der Einrichtungen angaben, dass sich ihre Klienten „häufig“ in einem sozialen Netz mit formellen (z.B. PPM-Betreuer, gesetzlicher Betreuer) bewegten.

---

<sup>525</sup> Hiermit ist gemeint, dass formelle Helfer, z.B. ein PPM Betreuer, unterstützend dazu beitragen für den Klienten ein Netz zu schaffen, welches aus informellen Kontakten besteht.



### Erhobene Daten zu Gruppenangeboten

83,9% (31 = n) der befragten Einrichtungen boten Gruppenangebote in den beiden Bereichen PPM und BeWo für Klienten an.

Mehr als die Hälfte der Befragten (53,8%, n = 26) gaben an, dass das Gruppenangebot „teils teils“ von den Klienten angenommen wurde.

30,8% (n = 26) der befragten Einrichtungen gaben an, dass ihre Klienten „eher häufig“ am Gruppenangebot teil nahmen. Laut Aussage von 15,4% (n = 26) der Befragten, nahmen ihre Klienten „eher selten“ am Angebot teil. Die Teilnahme an diesem Angebot hilft den Klienten eine angemessene Tagesstrukturierung aufzubauen und zu erhalten. Des Weiteren tragen Gruppenangebote dazu bei, in Kontakt zu treten und soziale Kompetenzen zu trainieren. 19,2% (n = 26) der Befragten gaben an, dass für ihre Klienten dies häufig eine Möglichkeit ist, um auch außerhalb des organisierten Gruppenangebotes in Kontakt zu bleiben und Freundschaften bzw. Bekanntschaften zu pflegen. Weitere 38,5% (n = 26) der Befragten schätzten das Gruppenangebot „teils teils“ als Möglichkeit für die Klienten ein, um Bekanntschaften zu knüpfen, die über die Treffen in der Gruppe hinaus gehen.

Die Befragten gaben zu 42,3% (n = 26) an, dass die Klienten das Gruppenangebot eher selten für den Aufbau von Kontakten nutzten.

Die Formen der Gruppenangebote und Aktivitäten sind vielfältig. Am häufigsten werden mit 92,3% (n = 26) Kulturgruppen und Hauswirtschaftsgruppen angeboten. Auch „Offener Treff“ (80,8%, n = 26) und Gesprächsgruppen (61,5%, n = 26) wurden von der Mehrzahl der befragten Einrichtungen angeboten. (Vergleiche hierzu Tabelle 9)

Besonders die methodische Gruppenarbeit ist eine bedeutende Methode zur Teilhabe an der Gesellschaft bzw. an der Gemeinschaft. Die Teilnahme an diesem Gruppenangebot bietet die Möglichkeit soziale Fähigkeiten zu trainieren und neu zu erlernen, um auch außerhalb des geschützten zukünftig wieder mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erfahren zu können. Die spezifischen Gruppenangebote bieten in ihren Disziplinen wie Hauswirtschaft oder Sport auch die Möglichkeit, sich in den speziellen Bereichen fortzubilden oder zu trainieren. Möglich ist auch, dass mit dieser Hilfe der aktuelle Fähigkeitsstand gestützt oder erhalten werden kann.<sup>526</sup> Die folgende Tabelle 9 zeigt im einzelnen die Vielfalt der Gruppenangebote. Am häufigsten offeriert wurden Hauswirtschafts- und Kulturgruppen mit jeweils 92,3%(n = 26).

---

<sup>526</sup> Weitere Informationen zur Thematik siehe in Kapitel 5.6: Formen ambulanter Eingliederungshilfe

**Tabelle 9: Formen von Gruppenangeboten in den befragten Einrichtungen**

<b>Gruppenangebote</b>	<b>Angebot vorhanden %</b>
Kreativgruppen (z.B. Textil-,Kunst-, Theater-, Tanz-, Werk- und Gartengruppen)	<b>69,2</b> (n = 26)
Sport-,Bewegungs- und Entspannungsgruppen	<b>53,8</b> (n = 26)
Hauswirtschaftsgruppen (z.B. Koch-, Back-, Frühstück-, Essensgruppen)	<b>92,3</b> (n = 26)
Kulturgruppen (Literatur-, Musik-, Film-, Foto-, Fest-, Ausflugs-, Reisegruppen)	<b>92,3</b> (n = 26)
Kommunikations- Gesprächsgruppen (z.B. Gesundheits-, Gendergruppen)	<b>61,5</b> (n = 26)
Offener Treff	<b>80,8</b> (n = 26)
Sonstige	<b>23,1</b> (n = 26)

### **Erhobene Daten zur Thematik „Drehtüreffekt“ und Krisen**

Der so genannte „Drehtüreffekt“ ist immer wieder Thema und auch Gegenstand der sozial-psychiatrischen Arbeit. Die ambulanten Hilfen PPM und BeWo unterstützen ihre Klienten darin ein möglichst selbstbestimmtes Leben im eigenen Wohnraum zu führen und gesellschaftliche Teilhabe zu erfahren. Ein Ziel der Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo soll es sein, eine stationäre Unterbringung möglichst zu vermeiden. Da bei vielen Klienten das Krankheitsbild von unterschiedlich geprägter Vulnerabilität und möglichen wiederkehrenden Krisen geprägt ist, ist in der Praxis der Sozialpsychiatrie bekannt. Trotz dieses Wissens bzw. im Besonderen auf Grund des Wissens ist ein Umgang mit Krisen von ausschlaggebender Bedeutung. Zur Kompetenz gehört es, Krisen zu erkennen, diese zu thematisieren und angemessene Interventionen einzuleiten. Ziel hierbei ist es, wiederkehrende stationäre Aufenthalte möglichst zu vermeiden oder die Frequenz gering zu halten. Der folgende Abschnitt der Ergebnispräsentation zeigt die Einschätzung der befragten Einrichtungen darüber, in wie weit sie auf Krisen bzw. „Drehtüreffekte“ angemessen Einfluss nehmen können.<sup>527</sup> 48,4% (n = 31) der Befragten sind davon überzeugt, dass durch die Arbeit PPM und BeWo der Drehtüreffekt bei vielen Klienten ganz vermieden werden konnte. Die restlichen 51,6% (n = 31) stimmten dieser Aussage auch „teils teils“ zu. 71% (n = 31) der Befragten sehen in ihrer Arbeit ein Entgegenwirken des „Drehtüreffekts“. Die Mehrzahl der Befragten (70,9%, n = 31) stimmte zu, dass durch ihre Arbeit Krisen bereits im Vorfeld, vor Ausbruch erkannt werden können bzw. dass ihnen entgegen gewirkt werden kann, so dass sie in einer geminderten Form auftreten (51,7%, n = 31). Ein Viertel der Befragten (n = 31) geht davon aus, dass durch ihre Arbeit Anzeichen für eine mögliche Krise rechtzeitig erkannt werden, so dass durch ihre Unterstützung eine Krise ganz ausbleibt. Die restlichen 61,3% (n = 31) stimmen dieser Aussage „teils teils“ zu. Daneben sind 87,1% (n = 31) der Befragten davon überzeugt, dass die Qualität der Kooperationen zwischen allen Beteiligten über den Erfolg rückfallverhütender Arbeit entscheidet. Dies zeigt, welche hohe Bedeutung die Arbeit

<sup>527</sup> Weitere Informationen zur Thematik siehe in Kapitel 2 und 5.

der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo hat und leistet. Kostenaufwändigere stationäre Unterbringungen können in vielen Fällen reduziert oder vermieden werden. Krisen können erkannt und es kann ihnen durch Intervention und Kooperation, sowie Transparenz im informellen bzw. formellen Hilfenetzwerk entgegen gewirkt und sie können zum Teil komplett aufgefangen werden.

Zu diesem Themenblock vergleiche Seite 170 im Anhang Tabelle 10: „Drehtüreffekt“ und Krisen.

### **Methoden und Arbeitsweise**

Schwerpunkt dieser Masterarbeit liegt bei den Methoden und Arbeitsweisen der ambulanten Eingliederungshilfe. Art und Weise und deren Wirkung gilt es dabei transparent zu machen. Dies wurde unter dem Blickwinkel der klinischen Sozialarbeit speziell mit dem Case Management auf der Einzelfallebene untersucht. Anhand der Übereinstimmung der abgefragten Vorgehensweise, Arbeitshaltung und der verschiedenen Methoden wird deutlich, dass die ambulante Eingliederungshilfe als klassisches Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit verstanden werden kann. Dies verdeutlichen ebenfalls die folgenden Ergebnisse des methodischen Vorgehens und der Arbeitshaltung. Weiter wird dazu im späteren Verlauf noch einmal ein direkter Vergleich zum Konzept des Case Managements auf der Einzelfallebene und der allgemeinen Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit aufgezeigt. Im Rahmen des Fragebogens wurden Eigenschaften der Klinischen Sozialarbeit und über das vorgestellte Konzept des Case Managements erhoben. Die in der folgenden Auswertung zu sehende hohe Zustimmung und Anwendung der Methoden im Rahmen von PPM und BeWo stützt die Hypothese, dass die ambulante Eingliederungshilfe als Klinische Sozialarbeit verstanden werden kann. Ebenfalls ist da Konzept des Case Managements (CM) auf der Einzelfallebene im Methodenrepertoire der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo grundsätzlich vorhanden. Bei der folgenden Auswertung der Ergebnisse wird Bezug genommen auf die Tabelle 10, welche die Phasen des CM Einsatzes im Einzelfall auf der Mikroebene darstellt. Hier wird anhand des Phasenverlaufs des CM und dem speziell darauf ausgerichteten Forschungsfragebogen erarbeitet, ob die einzelnen Elemente des CM in der Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe integriert sind. Dabei wird der Abgleich zwischen Phasenverlauf und Fragebogen nicht immer nach genauer Reihenfolge der oben aufgeführten Tabelle vorgenommen. Die genaue Orientierung an dieser Abfolge kann vernachlässigt werden, da auch der Phasenverlauf des CM in der Praxis nicht nach einer strikten Reihenfolge ablaufen muss.

**Tabelle 10: Die Phasen der Mikroebene des CM (mit Zuweisung)**

1. Falleinschätzung	1a Fallannahme 1b Lebensweltliche Kontextualisierung 1c Vorstellen der Institution und der Arbeitsweise gegenüber dem Klienten 1d Ressourcen- und Netzwerkanalyse 1e Kontakt zu anderen professionellen Helfern herstellen
2. Hilfeplanung	2a Hilfeplan erstellen und Herausarbeitung von Nah- und Fernzielen 2b Abstimmung der unterschiedlichen Erwartungen und Arrangements (Wer, was, wann, wie und von wem im Hilfeprozess erwartet)
3. Durchführung der Hilfe	3a Stärken der Autonomie des Klienten (Empowerment) 3b Aktivieren von informellen und formellen Hilfen 3c Koordination und Kooperation der Hilfen 3d Transparente Arbeitsweise
4. Begleitung u. Überprüfung d. Hilfen	4a Feinabstimmung: Korrekturen an Nah- und Fernzielen 4b Kontrolle/Überprüfung der einzelnen Hilfen/des Klienten
5. Klientenfürsprache – Anwaltschaftliche Vertretung	5a Funktion der Vermittlerin zwischen Klient und Dritten 5b Funktion der Koordinatorin 5c Einforderung der Hilfen von anderen professionellen Hilfen
6. Beendigung und Evaluation der Ergebnisse/Dokumentation	6a Professionelle Verabschiedung 6b Kontinuierliche Dokumentation 6c Evaluation/Auswertung des Beratungsprozesses <sup>528</sup>

Zu Beginn der Arbeit wird eine Analyse der eigenen Stärken und Ressourcen des Klienten durchgeführt, welche auch für den allgemeinen Copingprozess von Bedeutung ist. 45,2% (n = 31) der Befragten Einrichtungen gaben an, dass solch eine Analyse durchgeführt wird. 51,6% (n = 31) stimmten diesem Punkt nur zum Teil zu. Die Ressourcen- und Netzwerkanalyse ist in der Zusammenfassung des Phasenverlaufes unter dem Punkt 1d zu finden.

Ebenfalls in der Anfangsphase wird gemeinsam mit dem Klienten eine Ressourcen- und Netzwerkanalyse erstellt. Dabei soll ermittelt werden, ob schon andere professionelle Dienstleister mit dem Klienten arbeiten oder gearbeitet haben. Dieser Vorgehensweise stimmten 67,7% (n = 31) zu. Weitere 19,4% (n = 31) stimmten dem zum Teil zu (siehe Tabelle 10: 1a, 1b, 1d und 1e).

Des Weiteren informieren sich 64,5% (n = 31) der Befragten im Rahmen dieser Netzwerkanalyse über mögliche informelle Ressourcen im Hilfenetzwerk des Klienten, um ggf. diese für den weiteren Hilfeprozess einbeziehen und aktivieren zu können.

<sup>528</sup> Die Tabelle wurde aus dem Theorieteil Kapitel 4.5 Case Management als klassische und integrierte Methode Klinischer Sozialarbeit. Um sie für die Auswertung angemessen nutzen zu können wurde eine Nummerierung der Methodischen Schritte der einzelnen Phasen vorgenommen.

Dazu zählen unter anderem Verwandte, Nachbarn und Freunde des Klienten (siehe Tabelle 10: 1a, 1b, 1d). Auch hier lassen sich Parallelen zum Phasenverlauf des CM erkennen. Ebenfalls wird an dieser Stelle eine Ressourcen- und Netzwerkanalyse durchgeführt um im späteren Phasenverlauf ein Kontakt zu anderen professionellen Helfern (siehe Tabelle 10: 3b, 3c, 5a, 5c) und möglichen nicht professionellen Helfern (siehe Tabelle 10: 3a indirekt, 3b, 3c) herzustellen. 83,9% (n = 31) bestätigen die Aktivierung der formellen Ressourcen wie zum Beispiel Psychotherapeuten, Schuldnerberatung, etc. in ihrer Arbeitsvorgehensweise. Weitere 16,1% (n = 31) der Befragten gaben an, dass sie professionelle Ressourcen zum Teil aktivierten. Damit wurde der Aktivierung der professionellen Ressourcen stärker zugestimmt als den informellen. Deren Aktivierung wurde zu 48,4% (n = 31) zugestimmt und zum Teil 51,6% (n = 31).

100% (n = 31) der Befragten gaben an, dass sie sich von den Klienten selbst erklären ließen, wie der Hilfebedarf ist und wie es zu den Problemen ihrer Ansicht nach kam. Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein Element der „Falleinschätzung“ und lässt sich auch als lebensweltliche Kontextualisierung verstehen. Dieses lässt sich im Phasenverlauf des CM unter dem Punkt 1a und 1b einordnen. 96,8% (n = 31) der Befragten gaben an, genau wie in der nächsten Phase des CM, einen individuellen Hilfeplan mit Nah- und Fernzielen gemeinsam mit dem Klienten zu erstellen (entspricht 2a im Phasenverlauf CM). Auf die Frage ob bei der Zielformulierung mit den **S.M.A.R.T.** Kriterien (**S**pezifisch-konkret, **M**essbar, **A**ktivbeeinflussbar, **R**ealistisch, **T**erminiert) gearbeitet wird, antworteten 45,2% (n = 31) mit ja und 38,7% (n = 31) mit nein. Mit dieser Vorgehensweise wird ebenfalls schon die darauf folgende Phase Durchführung der Hilfe eingeleitet. Zu dieser Phase zählen: „Stärken der Autonomie des Klienten“ (Empowerment) (3a) und „Transparente Arbeitsweise gegenüber dem Klienten“ (3d). Der erstellte Hilfeplan mit seinen Nah- und Fernzielen wird in Phase 4 des CM Prozesses: „Begleitung und Überprüfung der Hilfen“ durch regelmäßige Korrekturen und Nachbesserungen verändert und feinabgestimmt. Dieses wurde ebenfalls im Fragebogen erfragt und von 90,3% (n = 31) der Befragten bestätigt (vgl. Tabelle 10: 4a, 4b).

Im Rahmen der Phase „Durchführung der Hilfe“ wird laut Phasenverlauf mit anderen formellen oder informellen Helfern im Netzwerk zusammen gearbeitet. Dem stimmten 67,7% (n = 31) der Befragten zu und 32,3% (n = 31) stimmten dieser Vorgehensweise zum Teil zu (vgl. auch Tabelle 10: 1e, 3c, 3b).

Einen Überblick über Form und Art der Durchführung der Hilfe kann an Hand der Fragen und Ergebnisse in Tabelle 11 entnommen werden. Eine klare Zuordnung zum Phasenverlauf CM lässt sich auch an dieser Stelle wieder vornehmen.

**Tabelle 11: Durchführung der Hilfe I**

Angaben in Prozent  n = 31	Ja	Nein	Zum Teil	Phasenverlauf CM zum Ver- gleich Tabelle 10
Wird mit anderen formellen oder informellen Helfern im <b>Netzwerk</b> zusammengearbeitet?	<b>67,7</b>	<b>0</b>	<b>32,3</b>	<b>1e, 3c, 3b, 3d, 5a, 5c</b>
Wird der Einsatz verschiedener Fachkräfte allgemein durch Ihre Arbeit abgestimmt und koordiniert?	<b>64,5</b>	<b>0</b>	<b>35,5</b>	<b>5b, 5c,</b>
Wird am Anfang Kontakt zu anderen professionellen Hilfen des Beratungsprozesses gesucht, um einen fachlichen Austausch über die Problematik des Klienten zu ermöglichen und sich über bereits versuchte Lösungsansätze zu informieren?	<b>48,4</b>	<b>12,9</b>	<b>38,7</b>	<b>1e, 3d</b>
Wird innerhalb Ihrer Arbeit das Wissen über die Erkrankung (z.B. Umfang, spezielle Verhaltensweisen der Erkrankten) im informellen Hilfenetzwerk (Angehörige, Freunde) durch Sie vermittelt?	<b>25,8</b>	<b>3,2</b>	<b>71,0</b>	<b>1b, 5a, 3d</b>
Wird im Rahmen Ihrer Arbeit gemeinsam mit dem Klienten geschaut wer, was, wann, wie und von wem im Prozess des Hilfeverlaufs erwartet (Beispielsweise Austausch mit den verschiedenen Institutionen wie z. B. mit Ämtern wie dem JobCenter oder dem SpD)?	<b>54,8</b>	<b>6,5</b>	<b>38,7</b>	<b>2b, 5a, 5b, 5c</b>

Die obigen Übereinstimmungen in der Tabelle zeigen deutlich, dass die Eigenschaften der Phase 3: „Durchführung der Hilfe“ in Form von Aktivierung, Koordination und Kooperation der Hilfen (vgl. Tabelle 10: 3b, 3c), sowie transparente Arbeitsweise klar gegeben ist (vgl. Tabelle 10: 3d).

Weiter zeigt die Tabelle 10, dass auch die 4. Phase des Case Managements: „Begleiten und Überprüfen der Hilfen“ im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe angewendet wird. Dies geschieht durch Abstimmung und Kontrolle der einzelnen Hilfen sowie Überprüfung und Beobachtung der unterschiedlichen Arrangements wer, was, wann, wie und von wem im Prozess des Hilfeverlaufs erwartet wird (vgl. Tabelle 10: 4b, 2b).

Weiterhin zeigt die obige Tabelle 10, dass auch in der Phase 5: „Klientenfürsprache – Anwaltschaftliche Vertretung“ die methodischen Eigenschaften des CM angewendet werden. Dazu zählen: Funktion der Vermittlung zwischen Klient und Dritten und Funktion der Koordination (siehe Tabelle 10: 5a, 5b). Desweiteren lässt sich zeigen, dass „Einforderung der Hilfen von anderen professionellen Hilfen“ (siehe Tabelle. 10: 5c) in der Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo gegeben ist.

**Tabelle 12: Durchführung der Hilfe II**

Angaben in Prozent n = 31	Ja	Nein	Zum Teil	Phasenverlauf CM zum Ver- gleich
Wird zu Beginn der Arbeit eine Analyse der eigenen Stärken und Ressourcen des Klienten durchgeführt?	45,2	3,2	51,6	1e
Wird zu Anfang eines Falls eine Ressourcen- und Netzwerkanalyse erstellt, um zu sehen, ob schon andere professionelle Dienstleister mit dem Klienten arbeiten oder gearbeitet haben?	67,7	12,9	19,4	1a, 1b, 1d, 1f
Informieren Sie sich nach den informellen Ressourcen im Hilfenetzwerk des Klienten, wie z.B. Eltern, Geschwister, Nachbarn, Freizeitgruppen, Freunde?	62,5	3,2	32,3	1a, 1b, 1d, 3b
Lassen Sie sich von den Klienten selbst erklären, wie der Hilfebedarf ist und wie es zu den Problemen ihrer Ansicht nach kam?	100	0	0	1a, 1b
Wird ein individueller <b>Hilfeplan mit</b> (Nah- und Fern-) <b>Ziele</b> durch die Betreuer gemeinsam mit dem Klienten erstellt?	96,8	3,2	0	2a, 3a, 3d
Arbeiten sie bei der Zielformulierung mit den <b>S.M.A.R.T.</b> Kriterien ( <b>S</b> pezifisch-konkret, <b>M</b> essbar, <b>A</b> ktiv-beeinflussbar, <b>R</b> ealistisch, <b>T</b> erminiert)?	45,2	38,7	16,1	
Werden gemeinsam mit dem Klienten regelmäßig Korrekturen und Nachbesserungen an den (Nah- und Fern) Zielen erarbeitet, und somit auch Veränderungen bzw. Feinabstimmungen im Hilfeplan vorgenommen?	90,3	0	9,7	4a, 4b
Werden informelle Ressourcen aktiviert wie z.B. Freunde, Familie?	48,4	0	51,6	3a (indirekt), 3b, 5a
Werden formelle Ressourcen aktiviert wie z.B. Psychotherapeut, Schuldnerberatung?	83,9	0	16,1	3b, 3c, 5a, 5c

**Erhobene Daten zur Rolle und zum Selbstverständnis**

In der sozialen Psychiatrie wird nach dem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ gearbeitet, welches eine bio-psycho-soziale Grundansicht zu Grunde liegt. Das bio-psycho-soziale Modell ist wiederum Arbeitsgrundlage der klinischen Sozialarbeit.

Die Rolle eines professionellen Vermittlers in der Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen ist von besonderer Bedeutung und gehört zum Selbstverständnis der ambulanten Eingliederungshilfe und der klinischen Sozialarbeit. Dies steht im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild, welches das in Kontakt treten für die Klienten oft erschwert. Oft ist es auch schwierig für andere Menschen informell und formell einen angemessenen Zugang zu finden. Hier agiert der klinische Sozialarbeiter bzw. Betreuer in einer Art Vermittler und zum Teil auch „Puffer-Funktion“. Es wird in verschiedenen Situationen aus unterschiedlichen Gründen die Tätigkeit des Vermittlers gefordert. Die befragten Einrichtungen sollten die Bedeutung ihrer Arbeit als Vermittler auf einer Skala von „sehr bedeutend“ bis „nicht bedeutend“ einschätzen. 54,8% (n = 31) der Befragten schätzten ihre Rolle als Vermittler von Informationen innerhalb des **formellen** Netzwerkes als bedeutend ein. Weitere

25,8% (n = 31) schätzten diese sogar als sehr bedeutend ein. 22,6% (n = 31) der Befragten schätzten ihre Rolle als Vermittler innerhalb des **informellen** Hilfenetzwerks als bedeutend ein. 29,0% (n = 31) schätzten diese als sehr bedeutend ein. 38,7% (n = 31) der Teilnehmer schätzten ihre Rolle als Vermittler von Information vom **formellen** Hilfenetzwerks zum Klienten als bedeutend ein. 48,4% (n = 31) schätzten diese als sehr bedeutend ein.

Auf die Frage ob sie den Klienten durch den Informationsaustausch im Hilfsnetzwerk helfen, die an ihn gestellten Anforderungen zu verstehen, antworten 100% (n = 31) der Befragten mit ja. Auch die Frage ob durch eine „oft engere“ professionelle Arbeitsbeziehung zwischen Mitarbeitern und Klienten andere professionelle Dienstleistern im Hilfesystem bezüglich des „teils schwierigen“ Umgangs unterstützt werden kann, bejahten alle Interviewten (n = 31) mit ja. Diese beiden Aussagen heben die Vermittlerfunktion noch einmal deutlich hervor. Im Phasenmodell des CM finden sich diese Punkte in der Phase Klientenfürsprache/ Anwaltschaftliche Vertretung wieder und beschreiben die Funktion des Vermittlers zwischen Klient und Dritten.

Die Einschätzung der Bedeutung durch die befragten Einrichtungen in Bezug auf Kostenersparnis durch Netzwerkarbeit im gesamten Hilfesystem zum Beispiel in Bezug auf Doppeldiagnosen ist stark gestreut: Es antworteten 3,2% (n = 31) mit sehr bedeutend, 25,8% (n = 31) mit bedeutend, 32,3% (n = 31) mit „teils teils“, 25,8% (n = 31) mit eher nicht bedeutend und 12,9% (n = 31) mit nicht bedeutend. Ähnlich wie in der derzeitigen kontroversen öffentliche Fachdiskussion (z.B.: Neuffer vs Wendt) zeigt sich auch in der Verteilung der Antworten die Uneinigkeit, ob und in welchem Umfang CM ein Instrument zur Kostenersparnis darstellt.

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wurde mit 93,5% als Summe aus „bedeutend“ (54,8%, n = 31) und „sehr bedeutend“ (38,7%, n = 31) bewertet. Auch die Institutionsübergreifende Zusammenarbeit mit festen oder stetigen Kooperationsstrukturen (in Form von konstanten Netzwerken der Dienstleistungsanbieter) wurde mit 76,9% als Summe von bedeutend (57,7%, n = 26) und sehr bedeutend (19,2%, n = 26) angegeben. Dies ist nicht auf der Mikroebene des CM, dem Phasenverlauf zu erkennen, sondern ist Eigenschaft der Organisationsebene (Mesoebene) des CM. Hier werden der Arbeitseinsatz der Mitarbeiter und die Versorgungsgestaltung auf der Einzelfallebene geplant und mit Einrichtungen und Diensten aufeinander abgestimmt.<sup>529</sup>

Auf die Frage wie bedeutend den Befragten die Selbstbefähigung des Klienten in ihrer Arbeit ist, antworteten 77,4% (n = 31) mit sehr bedeutend und mit bedeutend 12,9% (n = 31). Die Selbstbefähigung des Klienten ist eine weitere Eigenschaft, die auch das CM verkörpert und

---

<sup>529</sup> Weiterführende Informationen dazu siehe Kapitel: 4.3.7 Case Management als klassische und integrierte Methode Klinischer Sozialarbeit



unterstützt. Sie lässt sich wieder finden in der lebensweltlichen Kontextualisierung, im gesamten Copingprozess und im Empowerment (vgl. Tabelle 10: 1b, 1e, 3a).

Weiterhin bewerteten 25,8% (n = 31) der Befragten die Schaffung von Alltagsstrukturen für die Klienten in ihrer Arbeit als bedeutend und 74,2% (n = 31) als sehr bedeutend. Diese Einschätzung spiegelt sich auch in der Bewertung der Bedeutung aus Sicht des Klienten wieder. 38,7% (n = 31) der Befragten schätzten aus Sicht der Klienten ihre Arbeitsrolle in der Betreuung als sehr bedeutend und 61,3% (n = 31) als bedeutend ein, Auf diesem Wege kann der Klient die an ihn alltäglich gestellten Anforderungen (z.B. Termin Jobcenter, einkaufen etc.) bewältigen.

In Bezug auf die Bedeutung der beruflichen (Wieder-)Eingliederung der Klienten in den Arbeitsmarkt gab es folgende Ergebnisse: 22,6% (n = 31) bewerteten die berufliche Wiedereingliederung als sehr bedeutend, 41,9% (n = 31) als bedeutend und 32,3 (n = 31) „teils, teils“. Besonders auffällig ist die 100% (n = 31) Zustimmung der befragten Einrichtung bzgl. der Bedeutung von entlastenden und reflektierenden Gesprächen. Alle Befragten werteten dies als „sehr bedeutend“. Hier ist wiederum eine Verbindung zu der wichtigen Methode „Beratung“ der Klinischen Sozialarbeit klar gegeben<sup>530</sup>.

Zu diesem Themenblock vergleiche Seite 180 im Anhang Tabelle 13: Durchführung der Hilfe III.

Im folgenden Frageblock wurden die Befragten um die Einschätzung der Bedeutung ihrer Begleitung zu unterschiedlichen Einrichtungen und Institutionen aus Sicht der Klienten gebeten. Dabei ließ sich feststellen, dass nahezu jede Form der Begleitung als sehr bedeutend bzw. bedeutend eingeschätzt wurde. Hervorzuheben ist hierbei die als sehr bedeutend eingeschätzte Begleitung zu Ämtern mit 83,9% (n = 31), Gericht (sehr bedeutend: 51,6% (n = 31); bedeutend: 32,3% (n = 31)) und zur rechtlichen Betreuung: sehr bedeutend: 19,4% (n = 31), bedeutend: 64,5% (n = 31). Tabelle 13 gibt die Ergebnisse noch einmal im Detail wieder.

---

<sup>530</sup> Vgl. dazu Kapitel 4.3.5 Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit als bedeutende allgegenwertige Handlungsmethode

**Tabelle 13: Bedeutung der Begleitung durch PPM/BeWo**

Wie bedeutend ist die Begleitung durch Mitarbeiter des PPM/BeWo für die Klienten Ihrer Einrichtung zu... (n = 31)	sehr bedeutend	Bedeutend	teils, teils	eher nicht bedeutend	nicht bedeutend
Ämtern	83,9	9,7	6,5	0	0
Gericht	51,6	32,3	12,9	3,2	0
Therapeuten	3,2	19,4	64,5	12,9	0
Freizeitgruppen	0	35,5	48,4	16,1	0
Ärzten	41,9	41,9	16,1	0	0
Rechtlichen Betreuung	19,4	64,5	12,9	3,2	0
Einkäufen	6,5	16,1	64,5	12,9	0
Andere Institutionen (Banken, Versicherung)	6,5	35,5	54,8	3,2	0

Ebenfalls erfragt wurde eine Einschätzung der Befragten, wie ihre Begleitung der Klienten von verschiedenen Berufsgruppen aufgenommen wurde. Hier lässt sich eine große Übereinstimmung gegenüber der zuvor erhobenen Einschätzung der Begleitungsbedeutung aus Sicht der Klienten feststellen. Die Begleitung zu Rechtlichen Betreuern wird durch diese Sicht der Befragten mit 90,3% als Summe aus sehr wichtig (51,6%, n = 31), bzw. wichtig (38,7%, n = 31) eingeschätzt.

Die Begleitung durch PPM/BeWo Mitarbeiter der Klienten zu den einzelnen Berufsgruppen wird von den einzelnen Berufsgruppen nach Einschätzung der Befragten wie in folgender Tabelle 14 zu entnehmen aufgenommen. An dieser Stelle ist speziell darauf hinzuweisen das die begleitenden Einrichtungen die Aussagen aus ihrer Perspektive bzw. aus einer Fremdeinschätzung der zu besuchenden Berufsgruppen treffen sollten.

**Tabelle 14: Einschätzung der Bedeutung von Begleitung in Form von PPM/BeWo durch einzelne andere Berufsgruppen**

Angaben in Prozent	sehr wichtig	Wichtig	teils, teils	eher nicht wichtig	Unwichtig
Amtsmitarbeiter (n = 31)	9,7	54,8	32,3	3,2	0
Juristen (n = 31)	12,9	22,6	61,3	3,2	0
Therapeuten (n = 31)	9,7	6,5	64,5	19,4	0
Bewährungshelfern (n = 29)	24,1	20,7	37,9	0	17,2
Rechtlichen Betreuern (n = 31)	51,6	38,7	9,7	0	0
Ärzten (n = 31)	25,8	54,8	16,1	3,2	0
Psychotherapeuten (n = 31)	12,9	19,4	45,2	19,4	3,2
Einkaufscentermitarbeitern (n = 30)	0	3,3	50,0	36,7	10

### **Ergebnisse zur Arbeitshaltung/Arbeitsbeziehung/Arbeitsweisen**

In der sozialen Psychiatrie wird nach dem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ gearbeitet, welches eine bio-psycho-soziale Grundansicht inne hat. Das bio-psycho-soziale Modell und das Person-in Environment Modell ist wiederum Arbeitsgrundlage der klinischen Sozialarbeit. 58,1% (n = 31) der befragten Einrichtungen gaben an, dass sie nach dem bio-psycho-sozialen Modell Arbeiten und 19,4% (n = 31) gaben an das Modell nicht zu kennen.

Im Fragebogen wurde explizit nach dem bio-psycho-sozialen Modell gefragt. Eventuell wäre die Prozentzahl bei der Frage nach dem, in der Sozialpsychiatrie bekannteren „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“, höher ausgefallen. An dieser Stelle kann angemerkt werden, dass in dem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ die bio-psycho-sozialen Faktoren verankert sind.

Weiter gaben 3,2% (n = 31) an, nach dem Person-In-Environment Modell zu arbeiten. Dies ist wahrscheinlich auf das „Nicht-Kennen“ des Person-In-Environment Modells von 38,7% (n = 31) zurückzuführen. Es kann angenommen werden, dass von den 58,1% (n = 31) der Befragten, die angegeben haben nicht nach diesem Modell zu arbeiten, ein umfassender theoretischen Hintergrund bezüglich des Modells fehlt, da das Person-In-Environment Modell (Person in Umwelt) wiederum eine Grundannahme für die Arbeit mit dem bio-psycho-sozialen Modell ist, nach dem 58,1% (n = 31) der befragten Einrichtungen arbeiten. 19,4% gaben an dieses Modell nicht zu kennen. Hier lässt sich vermuten, dass diesen das in der Psychiatrie verbreitete „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ bekannt ist und nach diesem gearbeitet wird. Allerdings ist, wie im Theorieteil (Kapitel 4.3.5) aufgezeigt, die multidimensionale bio-psycho-soziale Perspektive der Gemeinsame Konsens.

100% (n = 31) gaben an im Unterstützungsprozess nach einer lebensweltorientierte Grundhaltung zu Arbeiten. Sie ist auch im Arbeitshabitus der Klinischen Sozialarbeit von äußerster Bedeutung und auch im Phasenverlauf des CM unter 1a wiederzufinden.

Im Rahmen der Arbeitspraxis der Befragten Einrichtungen wird zu 96,8% (n = 31) sozialraumorientiert gearbeitet. Und 90,3% (n = 31) der Einrichtungen gaben an mit dem Handlungskonzept des Empowerments zu arbeiten. Empowerment ist, wie im Theorieteil Klinische Sozialarbeit und im Phasenverlauf des CM unter 3a ersichtlich, ein klassisches methodisches Vorgehen, auf welches die Klinische Sozialarbeit kontinuierlich in ihrer Praxis zurückgreift.

67,7% (n = 31) der Befragten Einrichtungen sagten, dass sie nach der Methode des Case Management arbeiten.

Eine klare Aussage wurde auch in Bezug auf Klientenfürsprache und Anwaltschaftliche Vertretung getroffen, da 100% (n = 31) auf die Frage: „Wird für die Klienten in einer schwierigen Situation, welche sie überfordern kann (wie beispielsweise bei Behörden oder gegenüber anderen Beteiligten des Hilfenetzwerks) eine Position der

Klientenfürsprache/anwaltschaftliche Vertretung für den Klienten eingenommen?“ mit ja geantwortet haben. Die Klientenfürsprache hat an den, von Kleve angelehnten zusammengefassten Phasenverlauf, sogar eine eigene Phase bekommen, was die Bedeutung unterstreicht und durch die 100prozentige Zustimmung durch die Befragten bestätigt wird. Alle weiteren Daten sind aus der Tabelle 15 zu entnehmen.

**Tabelle 15: Arbeitshaltung/Arbeitsbeziehung/Arbeitsweisen**

Angaben in Prozent	Ja	Nein	Kenne ich nicht	Phasenverlauf CM zum Vergleich
n = 31				
Haben Sie im Unterstützungsprozess eine lebensweltorientierte Grundhaltung?	100	0	0	1a
Wird im Rahmen ihrer Arbeit sozialraumorientiert gearbeitet?	96,8	3,2	0	
Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung mit dem Handlungskonzept Empowerment?	90,3	9,7	0	3a
Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung nach dem bio-psycho-sozialen Modell?	58,1	22,6	19,4	
Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung nach dem Person-in Environment Modell?	3,2	58,1	38,7	
Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung mit der Methode des Case-Managements?	67,7	32,3	0	1 bis 6
Können Sie dem Klienten durch den Informationsaustausch im Hilfsnetzwerk helfen, die an ihn gestellten Anforderungen zu verstehen?	100	0		5a
Können durch eine „oft engere“ professionelle Arbeitsbeziehung zwischen Mitarbeitern und Klienten andere professionelle Dienstleistern im Hilfesystem bezüglich des „teils schwierigen“ Umgangs unterstützt werden?	100	0		5a
Wird für die Klienten in einer schwierigen Situation, welche sie überfordern kann (wie beispielsweise bei Behörden oder gegenüber anderen Beteiligten des Hilfenetzwerks) eine Position der Klientenfürsprache/anwaltschaftliche Vertretung für den Klienten eingenommen?	100	0	0	5a, 5b, 5c

Im folgenden Frageblock wurden die Befragten um die (zeitliche) Einschätzung zu verschiedenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement gebeten. Deutliche wurde, dass alle Maßnahmen von den Befragten Einrichtungen vollzogen werden. Bis auf eine Ausnahme von 3,8% (n = 26) der Befragten, die nie dokumentieren und 3,2% (n = 26), die keine Supervision beanspruchen. Weitere hervorzuhebende Ergebnisse waren, dass 88,5% (n = 26) der Einrichtungen wöchentlich dokumentieren und dass die Einrichtungen regelmäßig zu 96,8% (n = 31) an einer Teamsitzung teilnehmen, welches die Summe aus (71,0% wöchentlich und 25,8% zwei wöchentlich) ist. Auch das Kollegiale Coaching wird von fast  $\frac{3}{4}$  (n = 31) der Einrichtungen in regelmäßigen zeitlichen Abständen vollzogen: 41,9% wöchentlich, 19,4% vierzehntägig und 9,7 monatlich.

Supervision wird von 19.4% (n = 31) im Zweiwochentakt und zu 71% (n = 31) monatlich von den Einrichtungen vollzogen. 93,3 % (n = 30) Prozent der Befragten Einrichtungen evaluieren ihre Arbeit in Bezug auf Klientenzufriedenheit jährlich. Alle weiteren Daten erden in Tabelle 16: „Qualitätsmanagement“ ersichtlich.

### **Ergebnisse zum Qualitätsmanagement:**

Die Mitarbeiter wurden befragt, in welcher Frequenz in ihrer Einrichtung folgende Angebote zum Qualitätsmanagement angeboten werden bzw. vollzogen werden.

**Tabelle 16: Qualitätsmanagement**

<b>Angaben in Prozent</b>	nie	wöchentlich	alle zwei Wochen	monatlich	jährlich	bei Bedarf	gibt es nicht
Weiter- und Fortbildung (n = 31)	0	0	0	6,5	41,9	51,6	0
Supervision (n = 31)	0	0	19,4	71,0	0	6,5	3,2
Kollegiales Coaching (n = 31)	0	41,9	19,4	9,7	0	29,0	0
Teamsitzungen (n = 31)	0	71,0	25,8	3,2	0	0	0
Dokumentation (n = 26)	3,8	88,5	0	3,8	0	3,8	0
Evaluation (Klientenzufriedenheit) (n = 30)	0	0	0	0	93,3	6,7	0

### **Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit**

Zum Abschluss wurden die Teilnehmer befragt, wie zufrieden sie mit ihrer Situation und den allgemeinen Rahmenbedingungen der Einrichtung sind.

Mit dem gegebenen Budget und den finanziellen Mitteln, die für ihre Arbeit zu Verfügung stehen, sind insgesamt 67,8% unzufrieden, ergebend aus überhaupt nicht zufrieden (6,5%, n = 31) und unzufrieden (54,8%, n = 31). Dem steht eine Summe von 29% gegenüber, die mit dem Budget und den finanziellen Mitteln zufrieden sind, ergebend aus zufrieden (25,8%, n = 31) und voll und ganz zufrieden (3,2%, n = 31). Die Unzufriedenheit über die Gehälter wurde durch die Befragten mit 64,5% als Summe aus überhaupt nicht zufrieden (12,9%, n = 31), bzw. unzufrieden (51,6%, n = 31) bewertet. Besonders hervorzuheben ist das Ergebnis der Zufriedenheit in Bezug auf Berufsaussichten und zukünftiger Nachfrage der beiden Hilfeformen PPM und BeWo mit 74,2% als Summe aus zufrieden (64,5%, n = 31), bzw. voll und ganz zufrieden (9,7% n = 31). Diesbezüglich unzufrieden waren nur 6,5% (n = 31). Weitere 19,4% (n = 31) antworteten mit „weder noch“. Alle weiteren Daten sind Tabelle 17 zu entnehmen. Mit der Ausstattung von Arbeitsmitteln und –plätzen waren 51,6% zufrieden (Summe aus zufrieden (48,4%, n = 31), bzw. voll und ganz zufrieden (3,2%, n = 31). 29,0% (n = 31) beantworteten dies mit „weder noch“. Die Zufriedenheit in Bezug auf die geschaffenen

gesetzlichen Rahmenbedingungen durch das SGB teilte sich wie folgt auf: 6,5% (n = 31) überhaupt nicht zufrieden, 41,9% (n = 31) unzufrieden, 41,9% (n = 31) „weder noch“ und 9,7% (n = 31) zufrieden. Weiter wurde die gesetzliche Rahmung der Globalrichtlinien für PPM mit 55,6% (n = 27) unzufrieden, sowie mit 40,7% (n = 27) mit „weder noch“ bewertet. Die Vermögens und Einkommensgrenzen im Sozialhilferecht wurden mehrheitlich (54,0%) mit unzufrieden bewertet. (Summe aus überhaupt nicht zufrieden (16,1%, n = 31), bzw. unzufrieden (38,7%, n = 31)). 32,3% (n = 27) antworteten in diesem Fall mit „weder noch“. 67,7% (n = 27) äußerten sich bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Trägern als zufrieden, weitere jeweils 16,1% (n = 27) äußerten sich zu dieser Thematik mit „weder noch“ und unzufrieden. Die Zufriedenheit über die Anerkennung ihrer Arbeit durch das Klientel bestätigten 77,4% als Summe aus zufrieden (67,7%, n = 31), bzw. voll und ganz zufrieden (9,7%, n = 31). Dem stehen 12,9% (n = 27) mit unzufriedener Bewertung gegenüber. Bei der Anerkennung seitens der Öffentlichkeit überwiegt die Unzufriedenheit als Summe mit 54,9% hervorgehend aus überhaupt nicht zufrieden (6,5%, n = 31) und unzufrieden (48,4%, n = 31). Jeweils 22,6% (n = 27) äußerten diesbezüglich ihre Zufriedenheit mit „weder noch“ bzw. zufrieden. Die Befragten äußerten ihre Zufriedenheit mit der trägerinternen Zusammenarbeit klar mit 90,4% als Summe aus zufrieden (83,9%, n = 31), bzw. voll und ganz zufrieden (6,5%, n = 31). Alle weiteren Daten können aus Tabelle 17 entnommen werden.

**Tabelle 17: Arbeitszufriedenheit**

Zufrieden in Prozent mit Ihrem/Ihrer...	überhaupt nicht zufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	voll und ganz zufrieden
Budget/ Finanziellen Mitteln (n = 31)	6,5	54,8	9,7	25,8	3,2
mit den Gehältern? (n = 31)	12,9	51,6	12,9	19,4	3,2
Berufsaussichten (zukünftige Nachfrage in den Bereichen PPM/BeWo)? (n = 31)	0	6,5	19,4	64,5	9,7
Ausstattung mit Arbeitsmitteln und -plätzen? (n = 31)	6,5	12,9	29,0	48,4	3,2
gesetzlichen Rahmenbedingungen, die durch das SGB geschaffen wurden? (n = 31)	6,5	41,9	41,9	9,7	0
gesetzlichen Rahmung der Globalrichtlinien für PPM? (n = 27)	0	55,6	40,7	3,7	0
Vermögens und Einkommensgrenzen im Sozialhilferecht? (n = 31)	16,1	38,7	32,3	12,9	0
Zusammenarbeit mit anderen Institutionen/ Trägern? (n = 31)	0	16,1	16,1	67,7	0
mit der Anerkennung Ihrer Arbeit durch das Klientel? (n = 31)	0	12,9	9,7	67,7	9,7
Anerkennung seitens der Öffentlichkeit? (n = 31)	6,5	48,4	22,6	22,6	0
Der trägerinternen Zusammenarbeit? (n = 31)	0	0	9,7	83,9	6,5

## 6.7 Diskussion und Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der oben aufgeführten Datenerhebung und-analyse in Bezug auf die definierten Haupt- und Nebenforschungsfragen zusammengefasst und zugeordnet. Mit Blick auf die erste Forschungsfrage: „*Wie bzw. nach welchen Handlungskriterien wird in der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen in PPM und BeWo gearbeitet?*“ lässt sich folgendes festhalten: Die ambulante Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo arbeitet in Hamburg mit einem personenzentrierten Bezugsbetreuersystem. Dabei wird den Klienten kontinuierlich die Möglichkeit gegeben, über unterschiedliche Medien (Telefon, Mail, Bereitschaftstelefon) den Kontakt zu der betreuenden Einrichtung zu halten. Ist der jeweilige Bezugsbetreuer nicht verfügbar, wird eine geeignete Vertretung sicher gestellt. Alle Befragten werteten die regelmäßigen entlastenden und reflektierenden Gespräche mit dem Klienten als sehr bedeutendes methodisches Handeln in ihrer Praxis. Allgemein ließ sich durch die Befragung zeigen, dass es zu der Kompetenz der Mitarbeiter gehört, Krisen zu erkennen, diese zu thematisieren und folglich angemessene Interventionen einzuleiten. 96,8% (n = 31) der Befragten gaben an, einen personenzentrierten individuellen Hilfeplan mit Nah- und Fernzielen gemeinsam mit dem Klienten zu erstellen. Während des Hilfeprozesses arbeiten alle befragten Einrichtungen nach einer lebensweltorientierten Grundhaltung und strebten die Selbstbefähigung des Klienten an. Dies ist den Unterstützern mit 90,3% besonders bedeutend - als Summe von bedeutend (12,9%, n = 31) und sehr bedeutend (77,4%, n = 31).- Zu Beginn der Betreuung wird von allen befragten Einrichtungen der Klient mit seinen eigenen Belangen in seiner eigenen Lebenswelt ernst- und wahrgenommen. Dazu lassen sich die Betreuer von den Klienten selbst erklären, wie der Hilfebedarf ist und wie es zu den Problemen ihrer Ansicht nach kam. Als weiterer Teil des Anamnese- und Diagnoseverfahrens wird eine Analyse der eigenen Stärken und Ressourcen, so wie eine Netzwerkanalyse gemeinsam mit dem Klienten erarbeitet. 64,5% (n = 31) der Befragten gaben an, innerhalb der Netzwerkanalyse informelle Ressourcen im Hilfenetzwerk des Klienten zu suchen, um ggf. diese für den weiteren Hilfeprozess einzubeziehen und aktivieren zu können. Welches in gleicher Form allgemein auch für das formelle Netzwerk gemacht wird. Mit diesen Hilfen wird im Verlauf des Hilfeprozesses weiter zusammengearbeitet. Das Hilfenetzwerk wird allgemein von der ambulanten Eingliederungshilfe (PPM/BeWo) mit ihren einzelnen Funktionen überprüft, kontrolliert, abgestimmt und zum Teil auch koordiniert. Der erstellte Hilfeplan mit seinen Nah- und Fernzielen wird von 90,3% (n = 31) der befragten Einrichtungen regelmäßig, falls Bedarf besteht, durch Korrekturen und Nachbesserungen verändert und feinabgestimmt. 87,1% (n = 31) der Befragten sind davon überzeugt, dass die Qualität der Kooperationen zwischen allen Beteiligten über den Erfolg rückfallverhütender Arbeit entscheidet. Speziell die multiprofessionelle Zusammenarbeit untereinander wurde von 54,8% (n = 31) der Befragten als „bedeutend“ bzw. von 38,7% (n =

31) der Befragten als „sehr bedeutend“ bewertet. Auch die Institutionsübergreifende Zusammenarbeit mit festen oder stetigen Kooperationsstrukturen (in Form von konstanten Netzwerken der Dienstleistungsanbieter) wurde von 19,2% (n = 26) der Befragten als sehr bedeutend“ und von 57,7%(n = 26) als bedeutend eingeschätzt.

Die Funktion der „Klientenfürsprache – Anwaltschaftliche Vertretung“ ist in der Arbeit aller Befragten (n = 31) Einrichtungen ein methodischen Element. So wie die Funktion des Vermittlers in den unterschiedlichen Kontexten im formellen und informellen Umfeld des Klienten. Alle Befragten befürworteten, dass durch den Informationsaustausch im Hilfsnetzwerk dem Klienten geholfen wird, die an ihn gestellten Anforderungen zu verstehen.

Auch auf die Frage ob durch eine „oft engere“ professionelle Arbeitsbeziehung zwischen PPM/BeWo Mitarbeitern und Klienten, aufgrund oftmals engeren Kontaktes bzw. der Beziehungsarbeit, andere professionelle Dienstleister im Hilfesystem, bezüglich des „teils schwierigen“ Umgangs, unterstützt werden können, antworteten alle Interviewten (n = 31) mit Ja. Dies bestätigt den hohen Stellenwert der Funktion des Vermittlers.

Die Mehrheit (58,1%, n = 31) der befragten Einrichtungen arbeiten unter dem Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells und 96,8% (n = 31) arbeiten in ihrer Praxis sozialraumorientiert. 90,3% (n = 31) der Einrichtungen gaben an, das Handlungskonzept des Empowerments in ihrer Arbeit zu berücksichtigen und 67,7% (n = 31) der befragten Einrichtungen sagten klar aus, mit der Methode des Case Management zu arbeiten.

Dass die Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM die grundsätzlichen Eigenschaften eines Qualitätsmanagements verinnerlicht hat, wird an den folgenden Merkmalen noch einmal deutlich. Es wird in den befragten Einrichtungen die Arbeit mit dem jeweiligen Klienten kontinuierlich dokumentiert. Weiterhin nutzen die Mitarbeiter der Einrichtungen überwiegend die Möglichkeit zum Austausch in Teamsitzungen, Supervisionen und beim Kollegialen Coaching. Die Qualität der Arbeit wird auch in Form eines Klientenfeedbacks z.B. innerhalb einer jährlichen Evaluation überprüft.

Aus der Auswertung der Forschungsfrage wie bzw. nach welchen Handlungskriterien in der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen in Form von PPM und BeWo gearbeitet wird, geht hervor, wie bedeutsam eine gelingende multiprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Einrichtungen im Hilfesystemen ist. Ausgehend von den multiplen Problemlagen des Klientel und dem daraus resultierendem Bedarf kommt es mit verschiedenen Institutionen, Hilfeformen und Hilfesystemen in Kontakt. Durch die Ergebnisbeschreibung der Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe mit dem Klientel, geht hervor, dass häufig soziale Probleme im Vordergrund stehen und es somit einen Zugang über Maßnahmen der Sozialen Arbeit bedarf, welcher näher mit der folgenden Forschungsfrage untersucht wird. Sie lautet: *Kann die ambulante Eingliederungshilfe als klassisches Arbeitsfeld der*



*Klinischen Sozialarbeit verstanden werden?* Nachdem im Rahmen der Beantwortung der ersten Forschungsfrage die verschiedenen Handlungskriterien und Eigenschaften vorgestellt wurden, nach denen die ambulante Eingliederungshilfe arbeitet, kann jetzt im zweiten Schritt gezeigt werden, dass die ambulante Eingliederungshilfe als klassisches Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit verstanden werden kann. Dies lässt sich folgendermaßen begründen: Klinische Sozialarbeit versteht sich als qualifizierte Fachsozialarbeit bezogen auf besonders schwierige Beziehungs- und Behandlungskontexte. Die Schwerpunkte setzt sie bei Soziogenese von Krisen, Störungen und Erkrankungen, Bewältigung von Belastungen, Störungen und Erkrankungen, Bedeutung des sozialen Netzwerkes und der sozialen und sozialprofessionellen Unterstützung, psycho-sozialen Intervention oder Handlungsmethoden.<sup>531</sup> Unter dem ist das Einsatzgebiet der ambulanten Eingliederungshilfe auch zuzuordnen. Der klassische Zugang der Klinischen Sozialarbeit erfolgt vor allem über das bio-psycho-soziale Modell, auf dem das ganzheitliche Verständnis von Gesundheit, Störung, Krankheit, Behinderung und sozialer Teilhabe aufbaut. Auch im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe wird der Klient entsprechend des bio-psycho-sozialen Modells, in seiner Umwelt gesehen und sie bietet durch ihre klientenzentrierte Arbeitsweise und Handlungsstrategien die Möglichkeit, die Belastungen eines Klienten ganzheitlich im Zusammenspiel der drei Dimensionen „biologisch“, „psychologisch“ und „sozial“ zu betrachten. Die Arbeitsweise der ambulanten Eingliederungshilfe orientiert sich wie auch die Klinische Sozialarbeit personenzentriert direkt an der Arbeit mit dem Klienten (siehe *direct practice*“ Kapitel 4.2). Eine gewisse Flexibilität bezüglich der Ortswahl des Arbeitsortes ist gegeben. Mögliche Orte sind in der Einrichtung, beim Klienten zu Hause und die Begleitung des Klienten zu verschiedenen Institutionen. Die klinische Sozialarbeit greift mit ihrer komplexen Theorie sowohl des Individuums als auch der Gesellschaft, ihre Struktur und Dynamik sowie die integrativen, marginalisierenden Konflikte, sich verändernde Beziehungen zwischen Individuen und Gesellschaft auf. Hier sind wieder klare Parallelen zu den Bedarfen des Klientel der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo zu erkennen. Das schwierige Verhältnis zur Teilhabe und somit zum gesellschaftlichen Leben ist der klassische Ansatzpunkt für die Klinische Sozialarbeit mit ihrem Wissens- bzw. Handlungsrepertoire. Damit ist sie damit die passende Antwort auf die Situation chronisch psychisch kranker Menschen. Dies wurde weiter untersucht indem durch den Fragebogen Handlungsmethoden des Konzeptes Case Managements herausgearbeitet wurden. Es konnte gezeigt werden, dass die Handlungsschritte des Phasenmodells eines Case Managements auf der Mikroebene in den befragten Einrichtungen angewendet werden. Dies ist zusammenfassend in der folgenden Tabelle 18 einzusehen. Somit kann gesagt werden, dass die Einrichtungen nach dem Konzept des Case Managements

---

<sup>531</sup> Vgl. Pauls, Helmut: *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011, S. 25-26.

zumindest auf der Mikro- bzw. Einzelfallebene arbeiten. Da, wie im Theorieteil erläutert, das Case Management die vierte und somit auch noch neuste klassische Methode der (Klinischen) Sozialarbeit ist kann somit gesagt werden, dass die ambulante Eingliederungshilfe wiederum Klinische Sozialarbeit ist. Weiter unterstützt wird dies durch die gemeinsamen oben in diesem Teil genannten Aspekte, Theorien und Handlungskriterien.

**Tabelle 18: Die Phasen der Mikroebene des CM**

1. Falleinschätzung	Fallannahme Lebensweltliche Kontextualisierung Vorstellen der Institution und der Arbeitsweise gegenüber dem Klienten Ressourcen- und Netzwerkanalyse Kontakt zu anderen professionellen Helfern herstellen
2. Hilfeplanung	Hilfeplan erstellen (mit Nah- und Fernzielen)
3. Durchführung der Hilfe	Stärken der Autonomie des Klienten (Empowerment) Aktivieren von informellen und formellen Hilfen Koordination und Kooperation der Hilfen Transparente Arbeitsweise
4. Begleitung u. Überprüfung d. Hilfen	Feinabstimmung: Korrekturen an Nah- und Fernzielen Kontrolle/Überprüfung der einzelnen Hilfen/des Klienten
5. Klientenfürsprache – Anwaltschaftliche Vertretung	Funktion der Vermittlerin zwischen Klient und Dritten Funktion der Koordinatorin Einforderung der Hilfen von anderen professionellen Hilfen
6. Beendigung und Evaluation der Ergebnisse/Dokumentation	Professionelle Verabschiedung Kontinuierliche Dokumentation Evaluation/Auswertung des Beratungsprozesses

Weitere Aspekte die dafür sprechen, dass ambulante Eingliederungshilfe ein Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit ist, werden im Folgenden kurz genannt:

- Das Social Support lässt sich in der informellen und formellen Netzwerkarbeit und in der vorgestellten Arbeitsweise des CM wieder finden.
- Die entlastenden, reflektierenden Gespräche der Eingliederungshilfe lassen sich der wichtigen Methode der psychosozialen Beratung der Klinischen Sozialarbeit zuordnen.
- Auch die Diagnose und Hilfeplanung anhand verschiedener Instrumente z.B. Stärken-, Ressourcen, Netzwerkanalyse ist in der ambulanten Eingliederungshilfe gegeben und ein klassisches Instrument der Klinischen Sozialarbeit.

- Allgemein findet in der ambulanten Beziehungsarbeit statt, in der der Unterstützer ein professionelles Verhältnis wahren muss, welches täglicher Gegenstand Klinischer Sozialarbeit ist.
- Das Arbeitsfeld der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo an sich versteht sich als Arbeitsfeld, dass sich mit chronischen Erkrankung auseinandersetzt und in welchem wiederum die Klinische Sozialarbeit als spezialisiertes Einsatzgebiet gegeben ist sowie ein spezifisches Gesundheits-, Krankheits- und Handlungswissen vorzuweisen hat.
- Die ambulante Eingliederungshilfe fordert in der Zusammenarbeit des Hilfenetzwerkes ein multiprofessionelles Arbeitsverständnis, welches die Klinische Sozialarbeit durch ihren spezifischen bio-psycho-sozialen Generalismus inne hat.
- Wie in Abbildung 8 (Seite 119) deutlich wird, war in den PPM und BeWo Einrichtungen (n = 26) unter den Mitarbeitern die Qualifikation „Sozialarbeiter/-pädagogen“ mit einer mittleren Häufigkeit von 7,23 am häufigsten vertreten. Danach gefolgt von Erziehern mit einer mittleren Häufigkeit von 1,19 und Psychologen mit einer mittleren Häufigkeit von 1,15. Somit deutet der Mitarbeiter-Qualifikationsschlüssel der Einrichtungen darauf hin, dass es sich bei der Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe um klassische Klinische Sozialarbeit handelt. Die starke Präsenz des Berufsfeldes „Sozialarbeiter/-pädagogen“ ist in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung.

Die in der Auswertung zu sehende hohe Zustimmung und Anwendung der Methoden im Rahmen von PPM und BeWo bestätigt die Hypothese, dass die ambulante Eingliederungshilfe als ein klassisches Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit verstanden werden kann und dass das Konzept des Case Managements auf der Einzelfallebene im Methodenrepertoire der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo grundsätzlich vorhanden ist. Insgesamt kann gesagt werden, dass die sozialarbeiterische Methode CM zumindest auf der Mikroebene: „Einsatz im Einzelfall“ in der in der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo eingesetzt wird.

Im nächsten Schritt soll auf die Wirkung der Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe für das Klientel geblickt werden. Dazu wird Bezug genommen zu der 3. Forschungsfrage:

*Was kann und wird durch die Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe für das Klientel bewirkt bzw. was nützt die Hilfe dem Klientel?* Bei der Annäherung und Beantwortung dieser Forschungsfrage ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse aus der Selbsteinschätzung der befragten Einrichtungen resultieren.

Allgemein wird die Unterstützerrolle, um die alltäglichen Anforderungen des Klienten überhaupt bewältigen zu können, von den befragten Einrichtungen aus dem Perspektivwechsel,

also aus Sicht der Klienten, als bedeutend (61,3%, n = 31) bzw. sehr bedeutend (38,7%, n = 31) eingeschätzt. Der Klient hat durch die Bezugsbetreuung und andere Mitarbeiter der Einrichtungen eine vertraute, verlässliche Kontaktmöglichkeit bzw. Anlaufstelle, welche auf Grund der beschriebenen speziellen Lebenslage besonders von Bedeutung ist. Das Klientel kann durch das Angebot von PPM und BeWo erlernte Alltagsstrukturen aufzubauen oder die bestehenden zu optimieren. Diese Eigenschaft bewerteten die Befragten mit 25,8% (n = 31) als bedeutend und 74,2% (n = 31) als sehr bedeutend.

Weiterhin wird das Klientel zum Teil durch berufliche (Wieder-) Eingliederung unterstützt, einer Tätigkeit nachzukommen. Das Klientel kann sich durch Gespräche entlasten, so wird ein Teil der innerlichen Anspannung verarbeitet. Ziel dieser Gespräche ist auch die Vermeidung von Krisen, bzw. erste Anzeichen für eine Krisensituation zu erkennen und dieser durch die Einleitung geeigneter Maßnahmen entgegen zu wirken. Des Weiteren kann der Klient in diesen Gesprächen durch Beratung zum Beispiel bzgl. gesundheitlicher Informationen und Reflektion sein Krankheitsmanagement und das Bewältigungsverhalten verbessern. Dieses Vorgehen bewerteten alle Befragten als sehr bedeutend und es lässt sich daraus schlussfolgern, dass der Klient einen erheblichen Nutzen von diesen Gesprächen hat.

Aus der Forschung geht hervor, dass die Klienten extrem unter Exklusionstendenzen im gesellschaftlichen Leben leiden. Durch das Angebot von PPM und BeWo hat der Klient zunächst die Möglichkeit an den Gruppenangeboten der jeweiligen Einrichtungen zu partizipieren. Allgemein wird mit dem Klienten gemeinsam stetig daran gearbeitet (mehr) Teilhabe in den unterschiedlichsten Lebensbereichen zu erfahren. Die dafür nötigen Inklusionskriterien werden im Hilfeverlauf stetig gestärkt oder diese müssen zum Teil auch neu erlernt werden, soweit dieses im Kontext erlernt werden kann. Durch die Hilfe werden Teilhabechancen der Klienten verbessert bzw. für manche überhaupt erst ermöglicht.

Durch die Arbeit wird dem Klienten ein soziales Netz geschaffen, in dem möglichst formelle und informelle Kontakte je nach Bedarf integriert sind. Es besteht für die Klienten die Möglichkeit in Gruppen soziale Kontakte zu anderen Klienten herzustellen, was auch der Anfang einer Bekanntschaft, Freundschaft oder auch Beziehung sein kann. Die Realität zeigt leider, dass viele Klienten überwiegend formelle professionelle Kontakte aufbauen und daneben oftmals alleine leben. Diese formellen, professionellen Kontakte sind nicht das auf Dauer gewünschte Ziel. Sie können den Klienten aber eine Grundsicherheit geben und das Gefühl vermitteln, sich nicht ganz alleine in dem von Belastungen geprägten Alltag bewegen zu müssen. Diese aufgeführten Beispiele nutzen dem Klienten somit auch zur Aufbesserung der eigenen gesellschaftlichen Wahrnehmung und des oft schlechten Selbstwertgefühls. Im Idealfall kann der Klient durch die Unterstützung erlernen auch wieder, oder wieder verstärkt, am gesellschaftlichen Leben im eigenen Lebensumfeld teilzunehmen und Teilhabe, zum Beispiel an Nachbarschaft, Sport, Kultur und Politik, alleine oder bestenfalls mit anderen

Menschen zu erfahren. Auf jeden Fall ist festzustellen, dass die Arbeit durch PPM und BeWo einen bedeutenden Anteil dazu beiträgt, dass Klienten sich (überhaupt oder wieder) in sozialen Netzen bewegen.

Durch die Vielfalt der Gruppenangebote haben die Klienten auch inhaltlich die Möglichkeit in unterschiedlichen Bereichen, je nach Interesse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben bzw. zu erhalten oder sich fortzubilden. Dazu zählen beispielsweise Hauswirtschaftsgruppen, Kulturgruppen, Gesprächsgruppen, Kunstgruppen, etc. Das Hilfeangebot von PPM und BeWo unterstützt eine Begleitung zu unterschiedlichen Einrichtungen und Institutionen. Dazu zählen u.a. Begleitung zu Ämtern, Ärzten, Psychologen rechtlichen Betreuung, Begleitung im Alltag z.B. Einkauf und andere Erledigungen. Dabei kann die Unterstützung auch ihren Schwerpunkt in die klassischen administrativen Aufgabenbereiche wie Schriftverkehr, Antragsverfahren etc. legen. Es können auch Hilfestellung und Ratschläge im Haushalt und bei Körperpflege gegeben werden. Allgemein kann der Klient davon ausgehen, dass sein PPM oder BeWo Unterstützer ein kompetenten Ansprechpartner für seine Bedürfnisse sowie zur Netzwerkerstellung und zur Mobilisierung weiterer benötigter Hilfen ist.

Es lässt sich Schlussfolgern, dass durch das Schnittstellenmanagement des CM im Hilfe- bzw. Versorgungssystem des Klientel bedingte Stressoren reduzieren oder vermieden werden können. Durch die Erkenntnisse der Untersuchung wird weiter deutlich, das CM auf die ebenfalls erhobenen gesundheitlichen Belastungen einer chronisch psychischen Erkrankung und sozialen Ausschluss aus weiteren Teilbereichen der Gesellschaft als geeignetes Instrument eingesetzt werden kann, um diesen entgegenzuwirken und Exklusionsmechanismen zu bekämpfen. Allgemein bewirkt die Hilfe für den Klienten das Leben im eigenen Wohnraum mit Unterstützung zu ermöglichen und somit einem (wiederholten) stationären Aufenthalt entgegenzuwirken bzw. möglichst ganz zu vermeiden. So sind 48,4% (n = 31) der Befragten davon überzeugt, dass durch die Arbeit PPM und BeWo dieser „Drehtüreffekt“ bei vielen Klienten ganz vermieden werden konnte. 51,6% (n = 31) stimmten dieser Aussage auch „teils teils“ zu.

### ***Nebenforschungsfragen:***

Im Rahmen des Fragebogens ließen sich eine Reihe von Informationen bezüglich der Rahmenbedingungen und des betreuten Klientel der Einrichtungen erheben. Damit lassen sich Antworten auf folgende Nebenforschungsfrage geben: *„Wie sieht die Ist-Situation der Einrichtungen bzw. des Klientel unter Berücksichtigung von allgemeinen Eckdaten bzw. Rahmenbedingungen aus?“*

58,1% der Einrichtungen (n = 31) gaben an, dass die Anzahl ihrer Mitarbeiter bei 1-20 lag. Dagegen gaben nur vier (12,9%) Einrichtungen an, dass die Anzahl ihrer Mitarbeiter bei über

100 lag. Die mittlere Anzahl der weiblichen Mitarbeiter in der Hilfeform PPM betrug 8,94 (n = 18). Dem gegenüber zeigte sich, dass im Mittel 3,39 (n = 18) männliche Mitarbeiter in den Einrichtungen im Bereich PPM tätig waren. Im Bereich des BeWos lag die mittlere Anzahl der weiblichen Mitarbeiter etwas geringer bei 7,70 (n = 10). Die mittlere Anzahl der männlichen Mitarbeiter war mit einem Wert von 4,10 (n = 10) noch geringer.

Wie in Abbildung 8 (Seite 119) aussagekräftig deutlich wird, war in den Einrichtungen (n = 26) die Qualifikation „Sozialarbeiter/-pädagogen“ mit einer mittleren Häufigkeit von 7,23 am häufigsten vertreten. Anders als bei der Hilfeform PPM gab keine der Einrichtungen (n = 10) an, die Hilfeform BeWo hamburgweit anzubieten, welches auf die feste Anlaufstelle der Einrichtung des BeWos zurückzuführen ist.

Die Konzentration des BeWo Angebotes in den einzelnen Bezirken mag sich damit begründen lassen, dass bei dem Konzept BeWo Klienten aus unterschiedlichen Bezirken eine Einrichtung aufsuchen, die in einem bestimmten Stadtteil ansässig ist. Hier liegt ein klarer Unterschied zu der Hilfeform PPM vor, bei der durch die hohe Anzahl von Hausbesuchen bzw. Arbeit im eigenen Lebensraum eine stärkere bezirksübergreifende und hamburgweite Präsenz gegeben ist. Die Frage, ob der Träger mit einem anderen Träger im Verbund (z.B. Sozial- und Gemeindepsychiatrischer Verbund) zusammengeschlossen sei, beantworteten 16 Einrichtungen (n = 31) mit Ja.

Aus den auf Seite 121 dargestellten Zahlen bzgl. des Geschlechts des betreuten Klientels wird deutlich, dass im Durchschnitt mehr Frauen als Männer die Hilfeform PPM in Anspruch nehmen. Genauso wird deutlich, dass eine größere Anzahl von Frauen die Hilfeform PPM beansprucht als die Hilfeform BeWo. Eine mögliche Begründung dafür könnte sein, dass Frauen eher primär im eigenen Wohnraum betreut werden möchten. Im Gegensatz dazu gibt es im Hilfebereich BeWo in Bezug auf die Geschlechterverteilung keinen nennenswerten Unterschied in der geschlechtsspezifischen Anzahl. Auch im Vergleich der beiden Hilfegruppen PPM und BeWo zeigen sich kaum Abweichungen in der Anzahl des männlichen Klientel. Im Arbeitsbereich BeWo werden in den befragten Einrichtungen die meisten Fälle in der Eingruppierung der Hilfebedarfsgruppe 3 betreut (Mittelwert: 21,10, n = 10). Damit liegt die Anzahl der betreuten Fälle in dieser Hilfebedarfsgruppe deutlich höher als die durchschnittliche Anzahl der betreuten Fälle der Hilfebedarfsgruppe 2 (Mittelwert: 11,40, n = 10).

Die von den befragten Einrichtungen angegebene Anzahl der betreuten Fälle, die 3-6 Fachleistungsstunden bewilligt haben, lag im Mittel bei 28,83 (n = 23) und war damit höher als die mittlere Anzahl der betreuten Fälle, die 1-3 (Mittelwert = 8,74, n = 23), 6-9 (Mittelwert = 4, n = 23) oder mehr als 9 (Mittelwert = 4,95, n = 22) Fachleistungsstunden bewilligt haben.

Höchste Erkrankungsquote bei der Erkrankung des Klientel der befragten Einrichtungen lag deutlich bei den Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen mit einem mittleren

Wert von 16,80 (n = 20) Klienten, gefolgt von Persönlichkeits-Verhaltensstörungen mit einer mittleren Anzahl von 12,05 (n = 20) und von affektiven Störungen mit einem Mittelwert von 8,50 (n = 20). Die Prävalenz in Bezug auf Komorbidität ist sehr hoch mit einem Mittelwert von 12,80 (n = 25) Klienten.

Die Forschung zeigt, dass nahezu alle Klienten eine Form von staatlicher Transferleistung erhalten. Die meist genannten Formen sind: ALGII, Grundsicherung und EU Rente. Daraus ist zugleich zu schließen, dass die Hilfeformen PPM und BeWo in fast allen Fällen von der Sozialhilfe finanziert werden. Daraus kann geschlossen werden, dass ein Großteil der Klienten in Armutsverhältnissen auf Grund der schwachen finanziellen Situation leben. An gesellschaftlichen Veranstaltungen, Angeboten, Ereignisse kann auch auf Grund des engen finanziellen Rahmens nicht regelmäßig partizipiert werden. Oft sind finanzielle Probleme durch bestehende Schulden oder Suchtmittelkonsum verstärkt gegeben.

Keiner der Befragten bestätigte, dass ihre Klienten häufig oder immer am kulturellen Leben ihres Stadtteils teilnahmen. 61,3% (n = 31) der Befragten schätzten die Teilhabe am kulturellen, gesellschaftlichen Leben selten ein, 38,7% (n = 31) sagten teils, teils. Keiner der Befragten gab an dass sich die Klienten häufig, bzw. immer in der Gesellschaft angenommen fühlten. 38,7% (n = 31) der Befragten gaben an, dass sich ihre Klienten nie (9,7%, n = 31) oder selten (29%, n = 31) in der Gesellschaft angenommen fühlten. 61,3% (n = 31) gaben an, dass sich ihre Klienten „teils teils“ in der Gesellschaft angenommen fühlten.

Die meisten Klienten, die durch die befragten Einrichtungen betreut werden, sind alleinstehend und haben kaum oder wenig soziale Kontakte (Mittelwert = 30,13, n = 23). Mehr als die Hälfte der Befragten (58,1%, n = 31) sagte aus, dass die Klienten häufig oder immer hauptsächlich in einem sozialen Netz mit professionellen Kontakten wie PPM Betreuern oder gesetzlichen Betreuern lebten.

Auf die Frage, ob ihre Klienten hauptsächlich in einem Netz leben, welches durch formelle Hilfen geschaffen wurde<sup>532</sup>, antworteten 22,6% (n = 31) der Befragten häufig (19,4%, n = 31) oder immer (3,2%, n = 31). Die Mehrzahl der Befragten bestätigte dies mit „teils teils“ (54,8%, n = 31).

Daraus geht auch hervor, dass die Arbeit durch PPM und BeWo einen bedeutenden Anteil dazu beiträgt, dass Klienten sich (überhaupt) in sozialen Netzen bewegen.

In wie weit sich die Klienten in der Gesellschaft angenommen fühlen und ob sie stärker in formellen oder informellen sozialen Netzen leben. gaben 38,7% (n = 31) der Befragten an, dass sich ihre Klienten nie (9,7%, n = 31) oder selten (29%, n = 31) in der Gesellschaft angenommen fühlten. 61,3% (n = 31) gaben an, dass sich ihre Klienten „teils teils“ in der Gesellschaft angenommen fühlten. Dass die Klienten sich häufig, bzw. immer in der Gesell-

---

<sup>532</sup> Hiermit ist gemeint, dass formelle Helfer, z.B. ein PPM Betreuer, unterstützend dazu beitragen für den Klienten ein Netz zu schaffen, welches aus informellen Kontakten besteht.

schaft angenommen fühlten, bestätigte keiner der Befragten. Mehr als die Hälfte der Befragten (58,1%, n = 31) sagte aus, dass die Klienten häufig oder immer hauptsächlich in einem sozialen Netz mit professionellen Kontakten wie PPM Betreuern oder gesetzlichen Betreuern lebten.

Die im Theorieteil in Kapitel 2: Psychische Erkrankung und Kapitel 3: Lebenslage beschriebenen Aspekte bezüglich chronisch psychisch kranker Menschen wurden von den befragten Einrichtungen bestätigt. Dies sagt aus, in welcher multiplen belastenden Lebenslage sich die Klienten befinden.

Zum Abschluss dieses Kapitels soll auf die zweite Nebenforschungsfrage eingegangen werden: *Wie ist die Zufriedenheit der befragten Fachkräfte mit den Rahmenbedingungen?* Nähere Betrachtung soll hierbei auf die Ist-Situation und die derzeitige Zufriedenheit der Mitarbeiter bezüglich finanzieller Mittel, Gehalt, gesetzlicher Rahmenbedingungen und trägerübergreifender Zusammenarbeit gelegt werden. Bei der Auswertung der Forschung fiel auf, dass in Hinblick auf Budget, Gehalt und verschiedene gesetzliche Rahmenbedingungen Unzufriedenheit herrscht. Mehr als die Hälfte der Befragten sind mit dem gegebenen Budget und den finanziellen Mitteln, die ihnen für ihre Arbeit zur Verfügung stehen unzufrieden. Ebenfalls Unzufriedenheit herrscht bei der Höhe der Gehälter, die genauso wie das zur Verfügung stehende Budget als zu gering bewertet wurden. Die Unzufriedenheit über die Gehälter wurde durch die Befragten mit 64,5% als Summe aus überhaupt nicht zufrieden (12,9%, n = 31), bzw. unzufrieden (51,6%, n = 31) bewertet. Gegenüber den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen wurde ebenfalls Unzufriedenheit geäußert. Nahezu die Hälfte der Befragten zeigt sich mit den Rahmenbedingungen durch das SGB unzufrieden. Ähnliches gilt für die gesetzliche Rahmung der Globalrichtlinien für PPM, mit der mehr als die Hälfte der Befragten unzufrieden ist. Ebenfalls Unzufriedenheit besteht gegenüber der Vermögens und Einkommensgrenzen im Sozialhilferecht.

Demgegenüber steht eine hohe Zufriedenheit in Bezug auf Berufsaussichten und zukünftiger Nachfrage der beiden Hilfeformen PPM und BeWo. Ebenfalls große Zufriedenheit herrscht gegenüber trägerinterner Zusammenarbeit und der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Trägern. Diese Einschätzung ist besonders wichtig, da 87,1% (n = 31) der Befragten davon überzeugt sind, dass die Qualität der Kooperationen zwischen allen Beteiligten über den Erfolg rückfallverhütender Arbeit entscheidet.

Mehrheitliche Zufriedenheit zeigt sich auch gegenüber der Anerkennung der Arbeit durch das Klientel. Ganz anders wird die Anerkennung seitens der Öffentlichkeit bewertet. Voll und ganz zufrieden sind darüber nur 22,6%.



## 7. Schlussbetrachtung

Zum Schluss dieser Arbeit werden die Ergebnisse noch einmal im Fazit zusammengefasst, ein abschließendes Resümee gezogen und Perspektiven, Ausblick und Konsequenzen aufgezeigt.

### 7.1 Fazit

In den vorangegangenen Kapiteln ging es darum, „Die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit für die ambulante Eingliederungshilfe im Rahmen von personenbezogenen Leistungen und betreutem Wohnen für psychisch kranke Menschen in Hamburg“ in einer zweigliedrigen Master-Thesis unter Anwendung der Methode der Befragung empirisch zu durchdringen. Im theoretischen Teil (Kapitel 2-5) wurden der aktuelle Forschungsstand zu den komplexen Untersuchungsfeldern psychische Erkrankung, Lebenslage, Klinische Sozialarbeit und ambulante Eingliederungshilfe für den Personenkreis chronisch psychisch kranker Menschen herausgearbeitet (Kapitel 2-5) sowie die damit einhergehenden zentralen Begrifflichkeiten eindeutig definiert. Ein besonderer Schwerpunkt wurde dabei auf die Person-in-Environment Perspektive, die bio-psycho-soziale multidimensionale Verstehens- und Handlungsweise sowie auf das spezielle Verständnis menschlicher Bedürfnisse und Probleme gelegt. Es bietet sich dadurch „eine interdisziplinäre Klammer an, die gepaart mit bewährten sozialpsychiatrischen Ideen (Sozialraumorientierung, Empowerment, Inklusion) eine exzellente fachliche Grundlage für bedürfnisangepasste und lebensweltorientierte und natürlich personenbezogene Hilfen liefert.“<sup>533</sup>

Aus diesem aktuellen theoretischen Fundament wurden die zentralen Forschungsfragen für die vorliegende Arbeit (Kapitel 6.4) herausgearbeitet, das methodische Vorgehen erläutert und abschließend die wesentlichen Ergebnisse diskutiert (Kapitel 6.6 - 6.7).

Folglich lässt sich die Entstehung von psychischen Krankheiten auf keine Personengruppe reduzieren. Vielmehr sind Entstehung, Verlauf und Ausprägung einer chronischen psychischen Erkrankung von biologischen, psychischen, sozialen, und persönlichen Bedingungen abhängig. So ist in den meisten der untersuchten Fälle weder im Krankheitsverlauf, noch in der Symptomatik eine Kontinuität zu erkennen. Negative Auswirkungen und Begleiterscheinungen der Krankheit finden sich in allen Lebensbereichen chronisch psychisch kranker Menschen wieder. Es handelt sich um einen Krankheitsprozess, der für Betroffene häufig in soziale Ausgrenzung und Isolation mündet. Eine psychische Erkrankung ist zumeist zwin-

---

<sup>533</sup> Röh, Dieter; Sielaff, Martin: *Zu diesem Heft*. In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand. standpunkt: sozial 1/2011*. S. 6-7.

gend mit sozialem Abstieg, fehlender sozialer Unterstützung, Status- und Rollenverlust, Arbeitslosigkeit, ungünstigen Wohnverhältnissen sowie Armut verbunden. In der vorliegenden Arbeit wurde deutlich aufgezeigt, in welchen Problemlagen sowie Defizitsituation sich die Betroffenen befinden, an deren enormem Ausmaß sie außerordentlich leiden. Chronisch psychisch kranke Menschen sind häufig stark überfordert, ohne fachliche Unterstützung die Belastungsanforderungen des Alltags angemessen zu bewältigen.

Social Support (Kapitel 4.3.6) und Psychosoziale Beratung (Kapitel 4.3.7) sind in der Klinischen Sozialarbeit als nachgewiesenermaßen bedeutende allgegenwärtige Handlungsmethoden der Klinischen Sozialarbeit Das Case Management (kurz CM, Kapitel 4.5) dient dabei als neue klassische Methode der Klinischen Sozialarbeit. Diese sollte in Situationen angewandt werden, wenn sich der Klient in einer außerordentlichen Belastungssituation befindet und aus eigener Kraft kein eigenes Hilfenetzwerk aufbauen bzw. angemessen pflegen kann. CM übernimmt eine unterstützende Funktion, indem es eine Hilfeprozesssteuerung initiiert, welche das Hilfenetzwerk von informellen und formellen Ressourcen des Klienten aktiviert, koordiniert und organisiert. Dabei verfolgt CM einen dem jeweiligen Klienten zugeschnittenen lebensweltlichen klientenzentrierten Arbeitsansatz und informiert diesen sowie die anderen Beteiligten im Hilfenetzwerk transparent über alle anfallenden Arbeitsschritte. CM verfolgt das Ziel, eine möglichst optimale und ganzheitliche Versorgung der Klienten zu erreichen. Deren Autonomie soll durch Empowerment gestärkt und zur eigenständigen Bewerkstelligung alltäglicher Aufgaben animiert werden.

Dies lässt den allgemeinen Schluss zu, dass der methodische Fokus in der Klinischen Sozialarbeit auf die zentralen Bedürfnisse der Klienten wie Unterstützung, Aufklärung, Begleitung, Beratung, Krisenintervention, sozialanwaltschaftliches Engagement sowie sozialtherapeutische Behandlung gerichtet ist.<sup>534</sup> Die Behandlungsbeiträge sind von der Wertigkeit (z.B. darunter. Akzeptanz der Arbeit, Wichtigkeit und Effizienz der Arbeit) denen von Ärzten, Psychologen und Pflegepersonal gleichzusetzen.<sup>535</sup>

Die ambulante Eingliederungshilfe hat den (gesetzlichen) Auftrag die Teilhabe - welche (in ausgeschöpfter Weise) als Inklusion zu verstehen ist - ein gesellschaftliches Leben zu ermöglichen bzw. zu stärken. Dies ist insbesondere für das Klientel der Sozialpsychiatrie, d.h. chronisch psychisch kranke Menschen, von Bedeutung, da dieser Personenkreis stark von Exklusion bedroht ist (siehe u.a. Kapitel 3). Es besteht folglich die Gefahr, dass der Erkrankte ausschließliche Kontakte innerhalb der Betroffenenszene pflegt oder sich komplett von

---

<sup>534</sup> Vgl. Pauls, Helmut; Mühlum, Albert: *Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit*. DGS Sektion Klinische Sozialarbeit. Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit. S. 1. <http://www.klinischeSozialarbeit.de/Klinische%20Kompetenzen%20%20Eine%20Ortsbestimmung%20der%20DGS-Sektion%20KlinSA.pdf> Eingesehen am 15.02.2012, 14.15 Uhr.

<sup>535</sup> Vgl. Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 19.

seiner Umwelt isoliert. Es erschließt sich ein komplexes Gesamtsystem von Exklusionsmechanismen, in dem von einer gegenseitigen Verstärkung negativer psychosozialer Faktoren ausgegangen werden kann (siehe u.a Kapitel 5.1) und sich die Exklusion in verschiedenen Dimensionen und Teilsystemen wechselseitig für den jeweilig Betroffenen verstärkt und manifestiert. Für die Betroffenen ist es unter der ohnehin schon stark belastenden Ausgangssituation nahezu unmöglich, ohne Unterstützung von außen gegen diese Exklusionsmechanismen anzukämpfen und letztendlich eine Verbesserung der Lebensumstände herbeizuführen. Dies ist die zentrale Arbeitsgrundlage ambulanter Eingliederungshilfe. Im Speziellen soll die Teilhabe gefördert und ermöglicht werden.

Die Sozialpsychiatrie hat in den letzten Jahren starke Veränderungen und Entwicklungen erlebt (Kapitel 5.2 – 5.3). Das Versorgungsangebot für chronisch psychisch kranke Menschen ist seit der Psychiatrie-Enquete 1975 kontinuierlich verbessert worden. Nach wie vor bestehen jedoch vor allem im ambulanten Bereich Versorgungslücken, die nicht selten für die Betroffenen zu einer problematischen Situation führen können. Insbesondere für chronisch psychiatrisch erkrankte Menschen fehlt es an einer ambulanten Infrastruktur im Sinne einer abgestuften Versorgung, so dass der Übergang von einer Hilfeform in eine andere oftmals nicht reibungslos abläuft. Dies hat häufig eine (unnötige) Verlängerung stationärer Aufenthalte, das Auftreten von „Drehtüreffekten“ sowie eine mögliche Chronifizierung zur Folge.<sup>536</sup>

Ein Hauptbestandteil des dynamischen Prozesses der Sozialpsychiatrie bezieht sich auf die Versorgungsbedürfnisse der chronisch psychiatrisch erkrankten Menschen. Es ist Ziel und Aufgabe, sich dieser angemessen in ihrem eigenen Lebensraum anzunehmen und auf ihre Bedürfnisse einzugehen. In der Reform der Sozialpsychiatrie und der damit einhergehenden Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe wurde somit versucht, mit den personenzentrierten Hilfen und Teilhabeleistungen spezifisch auf die Bedürfnisse des Klientel einzugehen. Mit der Psychiatriereform gingen Enthospitalisierung, Entstehung der Gemeindepsychiatrie sowie der Sozialpsychiatrie einher, so dass erstmals ambulante Wohn- und Unterstützungsmöglichkeiten entstehen konnten.

Es hat sich innerhalb dieser Entwicklung gezeigt, dass sich psychisch kranke Menschen bis heute mit Hilfe von ambulanten und komplementären Diensten in der Gemeinde weitestgehend integrieren lassen - zumindest in lokalem Bezug zum räumlichen Ort bzw. zum Lebensumfeld. Darüber hinaus ist eine Inklusion zur weiteren gesellschaftlichen Teilhabe aus

---

<sup>536</sup> Vgl. Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovatives Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit. Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009, S. 9-10.

unterschiedlichen, in den Kapiteln 2-3 und Kapitel 5.1 bereits beschriebenen Gründen, mit Schwierigkeiten verbunden. Der Lebensmittelpunkt vieler Klienten ist im gewohnten Lebensumfeld. So muss die ambulante und gemeindenahere Hilfestellung, neben der Fokussierung auf den Einzelfall, zwangsläufig zu einer Einbeziehung des Wohnumfeldes, der Nachbarschaft, des Gemeinwesens sowie des Sozialraums führen.<sup>537</sup> Dies geht einerseits aus der Eingliederungshilfe hervor, deren Auftrag es ist, auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hinzuwirken. Zudem besteht mit der Ambulantisierung ein Grundanspruch, jedem Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung ein weitestgehend normales Leben zu ermöglichen.<sup>538</sup>

Dieser Anspruch findet sich auch in den 2006 verabschiedeten UN-Behindertenrechtskonventionen wieder und wird dadurch gestärkt (Siehe Kapitel 5.8). Um ein wie von der BRK gefordertes Höchstmaß an Unabhängigkeit und eine volle Teilhabe zu garantieren, ist es notwendig einen Ausbau des bislang bestehenden Hilfesystems fortzuführen. Dies beinhaltet den Ausbau umfassender ambulanter Leistungen für chronisch psychisch erkrankte Menschen.

Somit kehrt sich die Konvention eindeutig von einem System ab, welches komplexere Leistungen mehrheitlich nur stationär erbringt und fördert bzw. stärkt demnach den historischen Paradigmenwechsel in der generellen Behandlung von psychisch chronisch Erkrankten und fordert damit eine konsequentere Umsetzung.<sup>539</sup> „Der Reformprozess und seine Auswirkungen auf die Sozialgesetzgebung können dazu beitragen, den individuellen Bedarfen und den fundamentalen Selbstbestimmungsrechten der Menschen mit Behinderungen besser als bisher Rechnung zu tragen.“<sup>540</sup> Dieser plausiblen Argumentation folgend ist es zwingend notwendig, den gesellschaftlichen Stellenwert sowie die Infrastruktur ambulanter Versorgungsmaßnahmen wie Eingliederungshilfen wie z.B. BeWo und PPM nicht nur zu erhalten, sondern konsequent und dauerhaft auszubauen. Die personenzentrierten somit individuell auf die jeweiligen Klienten zugeschnittenen Hilfeformen dieser ambulanten Eingliederungshilfen können die prekäre Lebenssituation Hilfebedürftiger spürbar und nachhaltig verbessern. Dank personenzentrierter ambulanter Maßnahmen kann eine schrittweise Gewöhnung

---

<sup>537</sup> Vgl. Georg-Wiese, Axel: *Zur Entwicklung der Eingliederungshilfe. Personenzentrierte & sozialräumliche Hilfen: zwei Seiten einer Medaille.* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Bildung ist mehr! – Kompetenzentwicklung braucht Bildung. standpunkt: sozial 3/2009*, S. 107.

<sup>538</sup> Vgl. Ebd. S. 107.

<sup>539</sup> Vgl. Barkenhoff, Dirk: *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Triebfeder für eine neue Sozialpsychiatrie?* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand. standpunkt: sozial 1/2011.* S. 31.

<sup>540</sup> Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: *Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovative Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit. Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin.* In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009, S. 2.

an außerstationäre Angebote erreicht und somit eine stationäre Behandlung verhindert werden. Die Betroffenen können schrittweise und zielgerichtet in vertrauter Atmosphäre wieder Fuß fassen, da PPM und BeWo ein kontinuierliches Kontaktangebot im Bezugsbetreuungssystem im angestammten Wohnumfeld der Betroffenen gewährleisten. Dadurch kann eine Kontinuität und Unterstützung bei der Tagesstrukturierung garantiert werden, was sich wiederum positiv auf eine mögliche psychische Stabilisierung und somit zur Stärkung von Selbstwert und Autonomie auswirken kann. Die Entwicklung der Eingliederungshilfe ist seit Jahren durch stetig stark ansteigende Nachfrage gekennzeichnet. Damit geht einher, dass die dafür benötigten finanziellen Mittel der öffentlichen Hand ansteigen. Gegensätzlich dazu ist die Finanzkraft der öffentlichen Haushalte rückläufig. „Hält diese Entwicklung an, wovon auszugehen ist, dann steht zu befürchten, dass die Eingliederungshilfe als Leistung der Sozialhilfe an die Grenzen ihrer Finanzierbarkeit kommen wird. Um die Leistungsfähigkeit der Eingliederungshilfe zu erhalten, sind Veränderungen erforderlich.“<sup>541</sup> Aufgabe der Sozialpolitik sowie der in der Sozialpsychiatriepraxis Tätigen ist es neue Möglichkeiten und Wege zur Sicherung der Hilfen für psychisch kranke Menschen zu erarbeiten.

Zwei dieser bereits geschaffenen Hilfen sind PPM und BeWo. Um die Arbeitsweise dieser ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo weiter zu erfassen, sind alle 104 Hamburger Einrichtungen zu der zuvor beschriebenen Thematik (Kapitel 6.5) schriftlich auf dem Postweg per quantitativen Fragebogen befragt worden. Der Rücklauf betrug 32,24%. Den im Theorieteil beschriebenen Aspekten stimmten laut der in dieser Arbeit erhobenen Daten die Experten aus der Praxis mehrheitlich zu. Durch deren Aussagen wird deutlich, in welcher mehrfach belastenden Lebenssituation sich die Betroffenen befinden. Folgend einige Schlagworte zu den empirisch erhobenen Thesen, die die komplexe prekäre Situation in der sich viele Betroffene befinden valide beschreiben: Chronisch psychisch kranke Menschen, das Klientel der ambulanten Eingliederungshilfe...

- nimmt gesellschaftlich nicht oder nur im ganz geringen Rahmen am „normalen“ öffentlichen- und gesellschaftlichen Leben teil
- fühlt sich nicht oder nur zu Teilen von der Gesellschaft angenommen
- lebt im Haushalt allein
- ist selten in einer partnerschaftlichen Beziehung
- lebt weitestgehend ohne oder mit wenig sozialen Kontakten (sehr isoliert)

---

<sup>541</sup> Georg-Wiese, Axel: *Zur Entwicklung der Eingliederungshilfe. Personenzentrierte & sozialräumliche Hilfen: zwei Seiten einer Medaille.* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Bildung ist mehr! – Kompetenzentwicklung braucht Bildung. standpunkt: sozial 3/2009, S. 107.*

- leiden unter einer Stigmatisierung
- haben oft krankheitsbedingte soziale Ängste und auf Grund dessen Kontaktschwierigkeiten
- haben oft nur formelle Hilfen als soziales Netz
- leben mit Unterstützung von Transferleistung wie Alg. II, Grundsicherung und EU-Rente
- sind aus Teilsystemen der Gesellschaft exkludiert
- leiden überwiegend unter Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen.
- sind zu einem hohen Teil von Komorbidität betroffen
- haben eine hohe Behandlungs- und Unterstützungsbedürftigkeit in unterschiedlichen Bereichen
- haben einen Bedarf an multidisziplinäre Versorgung

Anhand der Übereinstimmung der abgefragten Vorgehensweise, Arbeitshaltung und der verschiedenen Methoden der ambulanten Eingliederungshilfe konnte empirisch bestätigt werden, dass die ambulante Eingliederungshilfe als klassisches Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit verstanden werden kann (Vgl. Kapitel 6.6 und 6.7).

Insgesamt zeigt sich, dass die sozialarbeiterische Methode CM zumindest auf der Mikroebene Einsatz im Einzelfall in der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo eingesetzt wird. Dieses Ergebnis, das sich aus der vorgestellten Forschungsarbeit ergibt, wird ergänzt durch meine vielfältigen persönlichen Erfahrungen. Durch meine eigene Mitarbeit in der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo bei unterschiedlichen Trägern kann festgestellt werden, dass auch in verschiedenen Einrichtungen ähnlich verfahren wird. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass CM, wie es in der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo eingesetzt wird, nicht immer in einer zertifizierten Form ausgeführt wird. Im Gegensatz zu einigen Institutionen sind die Mitarbeiter nicht immer geschulte bzw. speziell ausgebildete Case-Manager. Die Mitarbeiter stützen ihre Arbeit auf die im Studium und durch eigene Fortbildung erlangten Techniken und Methoden. Die spezielle Ausbildung und Zertifizierung hinsichtlich CM wird erst seit relativ kurzer Zeit durchgeführt. Dennoch wird schon in der Konzeption verschiedener Einrichtungen in der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo CM als zum Hilferpertoire gehörende Tätigkeit der Beratungsarbeit und Unterstützungsarbeit genannt. Die Kriterien hat die ambulante Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo in der oben beschriebenen Form nachweislich umsetzen können.

Auch den im Theorieteil beschriebenen Aspekten zur Arbeit von PPM und BeWo stimmten die Experten aus der Praxis, aus den befragten Einrichtungen mehrheitlich zu. Durch deren Aussagen wird deutlich, wie die Hilfeform arbeitet und was sie leiste.

Prägnante Erkenntnisse sind:

- Die Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo ist ein klassisches Feld der Klinischen Sozialarbeit.
- Klinische Sozialarbeit im Feld der Ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo beinhaltet die Methoden des Case Managements auf der Einzelfallebene.
- Das Angebot der ambulanten Eingliederungshilfe wirkt Krisen entgegen und kann diese zum auch Teil auffangen bzw. kontinuierlich abmildern.
- Das Angebot der ambulanten Eingliederungshilfe wirkt Stationären Krankenhausaufenthalten und dem „Drehtüreffekt“ entgegen.
- Trägt zur Genese der Erkrankten bei.
- Die Ambulante Eingliederungshilfe hat ein breites methodisches Angebot.
- Das Angebot von PPM und BeWo ist nicht zwingend an einen Ort gebunden und ist diesbezüglich flexibel einsetzbar (z.B. in der Einrichtung, bei den Klienten zu Hause und im Lebensraum, bei Terminen beispielsweise Ämtern, Ärzten).
- Für einen erfolgreichen Hilfeprozess ist eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit, welche über rückfallverhütendes Arbeiten entscheidet von besonderer Bedeutung.
- Bietet ein umfangreiches Angebot an Gruppenangeboten an.
- Bietet regelmäßige entlastende und reflektierende psychosoziale Beratungsgespräche und Begleitungs- sowie Unterstützungsmöglichkeiten im Bezugsbetreuungssystem an.
- Bietet die Möglichkeit, Unterstützung und die Befähigung zur Teilhabe.
- Die ambulante Eingliederungshilfe entlastet durch ihre Funktion andere Stellen und Hilfen im Netzwerk des Klienten.
- Die Klienten erhalten Sicherheit und Vertrauen durch stetige und konstante Ansprechpartner.

Auf Grund der Umfrageergebnisse wurde die Unzufriedenheit bzgl. der Anerkennung des Arbeitsfeldes der ambulanten Eingliederungshilfe klar deutlich (Vgl. Tabelle 17). Was die ambulante Eingliederungshilfe tatsächlich leistet und welche Auswirkungen die Arbeit auf das Wohl und die Inklusion der Klienten, aber auch auf die Entlastung anderer Behandlungsbeiträge z.B. die finanzielle starke Teilentlastung der Krankenkassen leistet, ist gesellschaftlich nicht anerkannt. Demgegenüber steht die starke Anerkennung und

Wertschätzung der ambulanten Eingliederungshilfe von Seiten des Klientel. (Vgl. beispielsweise Tabelle 17, S. 138) Diese Master-Thesis soll einen Beitrag zur besseren Gesamtpositionierung der bedeutenden Arbeit der ambulanten Eingliederungshilfe leisten.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit konnte gezeigt werden, dass ambulante Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo Klinische Sozialarbeit ist. Durch die Abfrage und Erhebung des Handlungsverständnisses und verschiedenen Methoden, die im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe angewendet werden, wurde erläutert, dass diese sich überschneiden, bzw. den Methoden der Klinischen Sozialarbeit entsprechen. Ausdrücklich anzumerken ist an dieser Stelle noch einmal, dass die klassischen Eigenschaften der Klinischen Sozialarbeit mit dem spezifischen Generalismus, dem bio-psycho-soziale Modell, der Personenzentrierung und der dargelegten Handlungseigenschaften des Case Managements in der Praxis der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo zugegen sind. CM in Form von „Einsatz im Einzelfall“ (Mikroebene) wird als Arbeitsinstrument neben den anderen Arbeitsansätzen und Methoden in der Klinischen Sozialen Arbeit und somit auch in der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo angewendet. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit, die CM fordert, wird innerhalb der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo optimal umgesetzt und ist auch in der Klinischen Sozialarbeit allein schon durch die Mehrdimensionalitätsperspektive und ihrem spezifischen Generalismus von Grund auf verankert. Mit dem gesamten Wissens- und Handlungsrepertoire der Klinischen Sozialarbeit, im besonderen mit ihrem neuesten klassischen fachspezifischen Handlungskonzept des Case Managements kann PPM und BeWo zu einer personenzentrierten Aktivierung, Vernetzung, Koordination und Überwachung weiterer informeller und formeller Hilfen, Angebote und Kontakte sowie zu der Motivation zu deren Nutzung entschieden beitragen. Diese Arbeitsweise hat insbesondere für den Klienten eine entlastende Funktion. Es kann sich für den Klienten eine Situation mit gedämpften Stressoren einstellen, da Unterstützung zur schwierigen Schnittstellenarbeit für bedarfsgerechte Versorgung gegeben ist. Sekundär kann durch das transparente Vorgehen des CM das gesamte Hilfesystem profitieren. Doppelte Arbeitshandlungen können vermieden werden, wodurch weniger Kosten entstehen und auch der Kontakt mit den zum Teil schwierigen Klientel durch die vermittelnde Funktion des oft vertrauteren PPM/BeWo Unterstützers zu anderen Personen (zum Beispiel Amtsmitarbeitern) im Hilfesystem besser gestaltet werden kann. Grundsätzlich können Klienten auch in Kombination mit sozialem Kompetenztraining z.B. in Gruppen zu mehr Teilhabe, ihren persönlichen Copingprozessen und ihrem Krankheitsmanagement bestärkt werden. Das ideale Ziel ist es, Inklusion und die Autonomie des Klienten möglichst soweit zu stärken, dass er entsprechende Kontakte, Freundschaften und Angebotsformen wieder selbständig pflegen und koordinieren kann. Dieser Hilfeprozess der ambulanten Eingliederungshilfe trägt



somit entscheidend zur Gewinnung von Teilhabe bei und führt somit zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebenssituation chronisch psychisch kranker Menschen. Dies trägt grundsätzlich dazu bei, das Leben des chronisch psychisch Erkrankten im eigenen Wohnraum konsequent zu erhalten und langfristig zu sichern.

Aus den Ergebnissen der Untersuchung resultiert, dass die Klinische Sozialarbeit für den Arbeitsbereich der ambulant psychiatrischen Versorgung, z.B. die ambulante Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo, ein hohes Maß im Arbeitsanteil und somit an allgemeiner Bedeutung hat. Das beweist, dass sie ein klassisches Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit ist.

Abschließend kann gesagt werden, dass die ambulante Eingliederungshilfe ein sehr wichtiges Element für die Klienten der Sozialpsychiatrie ist. Durch sie werden Teilhabechancen der Klienten verbessert, bzw. für manche überhaupt erst ermöglicht. Das Methodenrepertoire ist vielseitig, von klassischer Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit und Sozialraumorientierung bis hin zum Case Management. Der Fokus ist personenzentriert in der direkten Arbeit mit dem Klientel. Dies ist das klassische Arbeitsvorgehen der Klinischen Sozialarbeit, die Berufsbezeichnung Sozialarbeiter/Sozialpädagoge wurde auch in der Umfrage als häufigste Qualifikation in dem Arbeitsfeld von PPM und BeWo genannt. Die Qualifikationen bzw. Berufsgruppen, die neben der Klinischen Sozialarbeit in diesem Feld der Sozialpsychiatrie arbeiten, werden durch die multiprofessionelle Grundhaltung der Klinischen Sozialarbeit weiter transportiert, ergänzend aufgenommen und wirken sich somit in umfassend qualitativer Form positiv auf das gesamte Hilfesystem der Sozialpsychiatrie, im Speziellen auf das Netzwerk von PPM und BeWo aus.

## **7.2 Ausblick und Konsequenzen**

Die Klinische Fachsozialarbeit hat klassische Aufgabengebiete, in denen ihre spezifische Qualifikation besonderes notwendig ist. Dies geht eindeutig aus den Ergebnissen der Untersuchung dieser Master-Thesis hervor. Es konnte aufgezeigt werden, dass die ambulante Eingliederungshilfe exakt die Kompetenzen benötigt, welche die Klinische Sozialarbeit aufzuweisen hat. Diese besonderen Qualifikationen basieren auf den in der Master-Thesis beschriebenen professionseigenen Handlungsmethoden und wissenschaftlichen Grundlagen bzw. Standards der Klinischen Sozialarbeit, aus denen der spezifische Handlungshabitus eines Klinischen Sozialarbeiters hervor geht. Diese (wissenschaftliche) Profession mit ihrem besonderen (bio-psycho-sozialen multidimensionalen) Handlungshabitus ist ausschließlich durch ein umfangreiches Studium der (gesundheitsorientieren oder Klinischen) Sozialen Arbeit in Kombination mit praktischer Erfahrungen zu erlangen. Diese Wissens- und Handlungsgrundlagen sowie die Behandlungsbeiträge sind von der Wertigkeit her denen von Ärz-

ten, Psychologen und Pflegern gleichzusetzen.<sup>542</sup> Die Klinische Sozialarbeit sollte deshalb eine gebührende fachliche Anerkennung sowie eine bessere Gesamtpositionierung im Versorgungs- Gesundheitssystem und auch gesamtgesellschaftlich erfahren. Dementsprechend sollten auch die hier tätigen Fachkräfte finanziell angemessen entlohnt werden. Die komplexe Arbeit soll für qualifizierte Arbeitnehmer in diesem schwierigen Arbeitsbereich lohnenswert bleiben. Leider gehen aktuelle Tendenzen in eine andere Richtung, da es neben der grundsätzlich marginalen Entlohnung auch schon vereinzelt Träger bzw. Anbieter in diesem Arbeitsbereich der Sozialpsychiatrie geben soll, welche zur Burnoutprävention nur Arbeitsverhältnisse bis 30 Stunden eingehen. Dies hat finanzielle Einbußen des Arbeitnehmers zur Folge. Dieses Dilemma sollte transparent gemacht und an den Arbeitsbedingungen sollte etwas verändert werden. Sonst bleiben zukünftig qualifizierte Fachkräfte in diesem hochsensiblen Arbeitsbereich aus und das gesamte Hilfesystem würde darunter leiden, insbesondere die, welche die Hilfe am dringendsten benötigen, nämlich das Klientel selbst.

Die schlechte finanzielle Situation der öffentlichen Träger ist sozialpolitisch mit innovativen Ideen anzugehen und perspektivisch müssen angemessene sozialstaatliche Lösungen zum Beispiel durch Mischfinanzierungen (durch eine eventuelle Einbeziehung der Krankenkassen, siehe beispielsweise dazu das neue Modell der Integrative Versorgung Kapitel 5.7) oder generelle Systemumstellungen gegeben werden.

Eine Neujustierung, Veränderung oder Umstellung des Systems ist zukünftig nicht abzuwenden, sondern vielmehr zwingend notwendig um auf künftige Herausforderungen adäquat vorbereitet zu sein. Wir befinden uns seit einigen Jahren in einem Prozess, in dem die Prävalenz der psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft gravierend ansteigt. Diese allgemeine alarmierende Vulnerabilität in unserer heutigen Gesellschaft muss von den richtigen Stellen erkannt und gesellschaftlich transparent gemacht werden. Hier muss zunächst auf allen gesellschaftlichen Ebenen, wie z.B. Schul- und Arbeitsmarktsystem, stärker präventiv gearbeitet werden um diesen Prozess entgegenzuwirken. Weiterhin müssen Wege und Lösungen für die antiproportionale Entwicklung gefunden werden, wie die steigende Zahl psychisch kranker Menschen angemessen von einem qualifizierten und adäquat bezahlten Personal, beispielsweise einem Klinischen Sozialarbeiter der ambulanten Eingliederungshilfe im eigenen Wohnraum behandelt und unterstützt werden kann. Dem gegenüber steht die immer schwächere Finanzkraft der öffentlichen Trägerkassen. Die Sozialhilfeleistung ambulanter Eingliederungshilfen für chronisch psychisch kranke Menschen in Form von PPM und BeWo wurde durch die Master-These in ihrer gesamtgesellschaftlichen Bedeutung, ihrem bio-psycho-sozial Wirken und ihrem individuellen Nutzen ausführlich beschrieben. Dieses Hilfesystem und Arbeitsfeld sollte in einem Sozialstaat weiter mit den angemessenen Mitteln

---

<sup>542</sup> Vgl. Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004. S. 19.

zur Umsetzung qualitativ hochwertiger Arbeit unterstützt, gesichert und erhalten bleiben. Dies gilt besonders vor dem Hintergrund der allgegenwärtigen Prognose, dass der Bedarf an diesen Hilfen zukünftig eher weiter steigen wird. Bis dato waren die Krankenkassen nicht bereit über eine kooperative Zusammenarbeit mit der ambulanten Eingliederungshilfe in Bezug auf Leistungsfinanzierung nachzudenken. Doch jüngste Entwicklungen, z.B. in Hamburg wo weitere Krankenhausplätze bzw. –betten auf Grund von Kosten eingespart werden sollen, geben perspektivisch Hoffnung zukünftig auch gemeinschaftliche (Finanzierungs-) Wege gehen zu können und somit das Hilfesystem ambulant psychiatrischer Versorgung weiter zu stärken und auszubauen.<sup>543</sup>

Zuletzt soll noch einmal deutlich gesagt werden, dass die sozialpsychiatrischen Dienste, wie zum Beispiel die ambulante Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo, als eine der wenigen Hauptantworten auf die immer weiter steigenden gesellschaftlichen Bedarfe und die für den jeweiligen chronisch psychisch Erkrankten individuellen Bedarf an der Sozialpsychiatrie anzuerkennen und zu sehen sind. Diese Arbeit soll einen weiteren Beitrag dazu leisten, die derzeitig noch wenig vorhandenen Studien bzgl. der ambulant psychiatrischen Versorgung und im Speziellen des Arbeitsbereichs der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo zu ergänzen. Desweiteren sollen die Entwicklung der multiprofessionellen Versorgungsstrukturen weiter gestärkt werden, da gezeigt werden konnte, dass durch die Optimierung der Netzwerkstrukturen, u.a. durch CM die Häufigkeit, Intensität und Dauer von stationären und teilstationären Behandlungen verringert werden konnte und damit für den einzelnen Klienten eine Hilfeform geboten wird, die ihm ein Leben, zu einem hohen Maß an Normalität und Teilhabe, in seinem gewohnten Lebensumfeld ermöglichen soll.

---

<sup>543</sup>Vgl. Georg-Wiese, Axel: *Eingliederungshilfe und Krankenversicherung. Eine Perspektive, unterschiedliche Interessen*. In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand. standpunkt: sozial 1/2011*. S. 39-46.

## Literaturverzeichnis

Ansen, Harald: *Klinische Sozialarbeit*. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch. Sozialarbeit Sozialpädagogik*. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München, <sup>4</sup>2011.

Ansen, Harald: *Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 51-69.

Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2004.

Ansen, Harald: *Soziale Beratung bei Armut*. Ernst Reinhardt Verlag, München Basel, 2006.

Atteslander, Peter: *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Walter de Gruyter Verlag, Berlin u. New York, <sup>9</sup>2000.

Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena: *GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1997.

Barkenhoff, Dirk: *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Triebfeder für eine neue Sozialpsychiatrie?* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg.): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand. standpunkt: sozial 1/2011*. S. 29-37.

Binner, Ulrich; Ortmann, Karlheinz: *Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie*. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S.71-87.

Bock, Thomas: *Eigensinn und Psychose. „Noncompliance“ als Chance*. Paranus-Verlag, Neumünster, 2006.

Bommes, Michael; Scherr, Albert: *Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktion organisierter Hilfe*. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Grundlagentexte Soziologie*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2000.

Bönisch, Sebastian: *Profession versus Ökonomisierung. Eine Untersuchung zu Stellenwert und Perspektiven Sozialer Arbeit im Krankenhaus*. In: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.): *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*. 1/2011.

Bude, Heinz: *Die Ausgeschlossenen. Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft*. Carl Hanser Verlag, München, 2008.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): *ICF-Praxisleitfaden Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation*. Frankfurt am Main, 2006.

Clausen, Jens; Eichenbrenner; Ilse: *Soziale Psychiatrie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart, 2010.

Clausen, J. A.: Stigma and mental disorder: Phenomena and mental terminology. *Psychiatry* 44, 1981, S. 87-296.

Crefeld, Wolf: *Draußen zurechtkommen. Berufsbetreuer fordern eine Weiterentwicklung des Behindertenrechts und professionelles Unterstützungsmanagement, um die Inklusion behinderter Menschen umzusetzen.* In: *Psychosoziale Umschau* 04/2010.

Dehmel, Stefanie: *Klinische Sozialarbeit als professionelle soziale Unterstützung.* In: Ortman, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit.* Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 17-33.

Delcamp, Astrid: *Basiswissen. Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch erkrankte Menschen.* Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn, 2010.

Dettmers, Stephan: *Feldforschung tut not! Eine Einschätzung zur Situation von Sozialdiensten in Universitätskliniken.* In: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.): *Forum Sozialarbeit + Gesundheit.* 2/2009.

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.: *Sozialpsychiatrie- ein Auslaufmodell?* In: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *Bundeskongress 2011. Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Ressourcen nutzen – Potenziale entfalten.* 13.-14. Oktober 2011 Münster/Westfalen Programmheft. 2011.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV: 4. Revision, deutsch 1996.

Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Frank Wendt: *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie.* Psychiatrie-Verlag, Bonn <sup>5</sup>2010.

Dörner, Klaus: *Was sind chronisch psychisch Kranke für Menschen?* In: Dörner, Klaus (Hrsg.) *Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie.* Paranus Verlag, Gütersloh, 1998.

Dörr, Margret: *Soziale Arbeit in der Psychiatrie.* In: Homfeldt, Hans-Günter; Mühlum, Albert; Mühlum Trier (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 8.,* Ernst Reinhard Verlag München, 2005.

Ebert, Dieter; Loew, Thomas: *Psychiatrie systematisch.* UNI-MED-Verlag, Bremen, 2001, 45-47.

Editorial: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg): *Jahrbuch für Kritische Medizin* 31. *Chronische Erkrankungen.* Argument-Verlag, Hamburg, 1999.

Eikermann, Bernd; Zacharias, Barbara: *Sozialpsychiatrische Grundlagen psychischer Krankheiten.* In: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter: *Psychiatrie und Psychotherapie.* Springer Medizin Verlag, Heidelberg, <sup>2</sup>2005, S. 208-224.

Eikermann, Bernd; Reker, Thomas; Richeter Dirk: *Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker. Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts.* *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 73, 2005a, S.664-673.

Eikermann, Bernd; Zacharias-Eikermann, Barbara; Richter, Dirk; Reker, Thomas: *Ziel ist Teilnahme am "wirklichen" Leben.* *Deutsches Ärzteblatt* 102, 2005b S. 1104-1110.

*Eppendorfer.* Zeitung für Psychiatrie. Doppelausgabe 12/2010 & 1/2011. Jahrgang.25/26/25 C 42725.

Europäische Kommission: *Gemeinsamer Bericht über die soziale Eingliederung*. Generaldirektion Beschäftigung und Soziales, Brüssel, 2004.

Flick, Uwe: *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek bei Hamburg, 2009.

Feustel, Adriane In: *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.), LIT Verlag, Münster, 2005.

Gaertner, Bettina: *Zur Lage chronisch psychisch Kranker*. In: Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999.

Gahleitner, Silke Birgitta; Ortmann, Karlheinz.: *Qualitative Sozialarbeitsforschung. Auf der Suche nach ‚sozialer Realität‘*. In: *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2. Jg. Online-Sonderausgabe. 2006, S. 40 – 44.

Galuske, Michael: *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Juventa Verlag, Weinheim und München, <sup>3</sup>2001.

Geiser, Kasper: *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung*. Lambertus Verlag GmbH, Freiburg i. Br. <sup>4</sup>2009.

Geißler-Piltz, Brigitte: *Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work*. In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit; Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *KLINISCHE SOZIALARBEIT. ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS UND FORSCHUNG. Online Sonderausgabe*. 2. Jg, August 2006.

Geißler-Piltz, Brigitte: *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In: Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlungen in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. LIT-Verlag, 2005.

Gemeinsamer Bundesausschuss: *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“)*. in der Fassung vom 22. Januar 2004  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004; Nr. 18: S. 1 343, zuletzt geändert am 19. Juni 2008  
veröffentlicht im Bundesanzeiger; Nr. 124: S. 3 017 in Kraft getreten am 20. August 2008.

Georg-Wiese, Axel: *Zur Entwicklung der Eingliederungshilfe. Personenzentrierte & sozial-räumliche Hilfen: zwei Seiten einer Medaille*. In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Bildung ist mehr!– Kompetenzentwicklung braucht Bildung. standpunkt: sozial 3/2009*. S. 107-110.

Georg-Wiese, Axel: *Eingliederungshilfe und Krankenversicherung. Eine Perspektive, unterschiedliche Interessen*. In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand. standpunkt: sozial 1/2011*. S. 39-46.

Gerlinger, Thomas; Herrmann, Markus; Hinricher, Lioba; Hungeling, Germanus; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael; Stegmüller, Klaus; Wolf, Nicola (Hrsg): *Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Chronische Erkrankungen*. Argument-Verlag, Hamburg, 1999.

Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>3</sup>1999.

Germain, Carel B.; Gitterman, Alex: *Praktische Sozialarbeit. Das Life Model der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, <sup>2</sup>1988.

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne: *Komorbidität Psychose und Sucht. Von Grundlagen zur Praxis*. Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2003.

Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans: *Lebensweltorientierung. Zur Entwicklung des Konzepts Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch. Sozialarbeit Sozialpädagogik*. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München, <sup>3</sup>2005.

Häfner, Heinz: *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird Entschlüsselt*. C.H. Beck Verlag. München 2000.

Homfeld, Hans-Günter.: *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung*. In: Thole, Werner (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit*. VS Verlag. Wiesbaden <sup>2</sup>2002.

Hurrelmann, Klaus: *Gesundheitssoziologie*. Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) Juventa Verlag Weinheim und München <sup>4</sup>2000.

Huss, C; Berghold, J; Zimmermann, RB: „Krisen und soziale Lage - Kennzeichen der Nutzer/innen des Berliner Krisendienstes“ in Geene, R; Gold, C; Hans, C (Hrsg.): *Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Teil II. Berlin, 2003, S. 222-227*.

Huster, Ernst-Ulrich; Boeckh, Jürgen; Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hrsg.): *Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008.

Kardoff, Ernst: „Kein Ende der Ausgrenzung: Ver-rückter in Sicht?“ S. 2.92-318. In: *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit, Positionsbestimmung einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. (Hrsg): Anhorn, R; Bettinger, F.; Stehr, J.: Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008.

Keupp, Heiner: *Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus?* In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie 02/2011*.

Kirchhof, Sabine; Kuhnt, Sonja; Lipp, Peter; Schlawin, Sigfrid: *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, <sup>4</sup>2008.

Kiuppis, Florian; Kurzke-Maasmeier, Stefan: *Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Elf Empfehlungen für innovatives Handeln in Kommunalpolitik, Verwaltung und Sozialer Arbeit*. Ein Positionspapier der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. In: (V.i.S.d.P.): Haas, Hanns-Stephan, Evangelische Stiftung Alsterdorf; Treber, Monika, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin/Hamburg, 2009.

Klassen, Michael: *Was leisten Systemtheorien in der Sozialen Arbeit? Ein Vergleich der systemischen Ansätze von Niklas Luhmann und Mario Bunge*. Haupt Verlag, Bern/Stuttgart/Wien, 2002.

Kleve, Heiko: *Methoden Sozialer Arbeit. Einführungstexte und Übersichten für das Grundstudium*. O. V., Berlin, 2002.

Kleve, Heiko: *Die postmoderne Theorie Sozialer Arbeit. Ein möglicher Blick auf die real- und theorie-historische Entwicklung der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik* In: Heiko Kleve: *Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne*. Lambertus Verlag GmbH, Freiburg i. Br. 2003 S. 88-117.

Kleve, Heiko; Haye, Britta: *Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung*. In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006.

Kleve, Heiko: *Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit*. In: Kleve, Heiko; Haye, Britta; Hampe-Grosser, Andreas; Müller, Matthias (Hrsg.): *Systemisches Case Management, Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, 2006.

Kronauer, Martin: *Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus*. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2002.

Klassen, Michael: *Was leisten Systemtheorien in der Sozialen Arbeit? Ein Vergleich der systemischen Ansätze von Niklas Luhmann und Mario Bunge*. Haupt Verlag, Bern/Stuttgart/Wien, 2002.

Könsgen, Dirk: *Antipsychiatrie. Von den Auslösern bis zu Gegenwart*. In: *Psych. Pflege heute vol. 14*. Thieme Verlag, Stuttgart, 2008.

Kulig, Wolfram.: *Soziologische Anmerkungen zum Inklusionsbegriff in der Heil- und Sonderpädagogik*. In: Theunissen, Georg; Schirnbort (Hrsg.): *Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze- Unterstützungsangebote*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2006. S.49-58.

Leferink, K: *„Mangelde Einsicht“ als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie*. In: Angermeyer, M.; Zaumseil, M. (Hrsg.) *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1997, S. 206-255.

Lieb, Klaus; Freuenknecht, Sabine; Brunhuber, Stefan; Wewetzer, Christoph: *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban und Fischer Verlag, München, <sup>5</sup>2005.

Lob-Hüdepohl, Andeas; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit*. Ferdinand Schöning Verlag, Paderborn, 2007, S. 286-310.

Luhmann, Niklas: *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1987.

Luhmann, Niklas: *Einführung in die Systemtheorie*. Carl-Auer-Systeme Verlag. Heidelberg, 2002.

Luhmann, Niklas: *Einführung in die Theorie der Gesellschaft*. Luhmann, Niklas; Baecker, Dirk (Hrsg.), Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2005.



Lüssi, Peter: *Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung*. Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, <sup>5</sup>2001.

Lüttringhaus, Maria: *Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen Katernberg und der Dresdener Neustadt. Beiträge zur Demokratieentwicklung von unten Nr.17*. Stiftung Mitarbeit, Bonn, 2000.

Mayrhofer, Hemma: *Soziale Inklusion und Exklusion: Eine (system-) theoretische Unterscheidung als Beobachtungsangebot für die Soziale Arbeit*. In: *soziales\_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit Nr. 2*, 2009, St. Pölten, Printversion.

Mannesmann, Hugo; Kant, Eva; Monzer, Michael; Podeswik, Andreas: *Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management*. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, o. O., 2008.

Miller, Tilly: *Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie*. Lucius & Lucius DE, Stuttgart, 2001, S. 76-101.

Moers, Martin; Schaeffer, Doris: *Bewältigung chronischer Krankheiten. Herausforderung für die Pflege*. In: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa Verlag, Weinheim, 2000. S. 447-483.

Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, <sup>3</sup>2005.

Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, <sup>2</sup>2005.

Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg Berlin, Heidelberg, New York, <sup>2</sup>2003. 1746-1763.

Mulot, Ralf; Schmitt, Sabine (Redaktion u. Lektorat): *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, <sup>6</sup>2007.

Nau, Hans: Editorial. In: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.): *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*. 3/2005, S. 3-3.

Nestmann, Frank: *Beratung, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. In: Beck, M; Brückner, G.; Thiel, H.-U. (Hrsg.): *Psychosoziale Beratung. Klient/inn/en, Helfer/innen, Institutionen*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1991.

Neuffer, Manfred: *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. Juventa Verlag, Weinheim und München, <sup>4</sup>2009.

Obrecht, Werner: *Das Systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit. Eine transdisziplinäre Antwort auf das Problem der Fragmentierung des Professionellen Wissens und die unvollständige Professionalisierung der Sozialen Arbeit*. In: Zürich Hochschule für Soziale Arbeit (Hrsg.): *Zürcher Beiträge zu Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Nr. 4, September*, Zürich, 2001.

Obrecht, Werner: *The Poverty of Social Work, Soziale Arbeit und ihre gesellschaftlichen und institutionellen Umwelten. Typoskript Hochschule für Soziale Arbeit Zürich*. Zürich, 2002. Vgl.

nach: Staub-Bernasconi: *Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft.* In: Lob-Hüdepohl, Andreas; Lesch, Walter (Hrsg.): *Ethik Sozialer Arbeit.* Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn, 2007, S. 20-53.

Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (Hrsg.): *Sozialmedizin in der Sozialarbeit - Forschung für die Praxis.* Verlag Wissenschaft und Forschung, Berlin, 2000.

Ortmann, Karlheinz; Schaub, Heinz-Alex: *Die Bedeutung des Zusammenwirkens von Praxis, Theorie und Forschung für eine praxeologisch begründete klinische Sozialarbeit.* In: *neue Praxis*, Jg. 34, Heft 6, 2004, S. 598- 607.

Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko: *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder.* Schneider Verlag, Hohengehren, 2005.

Ortmann, Karlheinz (Hrsg.): *Bericht über die Forschungsarbeiten zur Psychosozialen Beratungsstelle an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin.* 2007.

Ortmann, Karlheinz; Gurrus, Norbert; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Das Projekt „Psychosoziale Beratungsstelle“ an der Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin.* In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit.* Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008. S. 109-120.

Ortmann, Karlheinz; Gurrus, Norbert; Zimmermann, Ralf-Bruno: *Die soziale Dimension von Krankheit. Erste Ergebnisse aus dem Projekt „Psychosoziale Beratungsstelle.“* In: *Wege aus der Armut. Beiträge der Sozialen Arbeit.* standpunkt: sozial 1+2/2008.

Pauls, Helmut; Mühlum, Albert: *„Klinische Kompetenzen“. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit.* In: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung.* 1/2005.

Pauls, Helmut: *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011.

Porst, Rolf: *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009.

*Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch.* Wörterbuch-Redaktion des Verlages unter der Leitung von Helmut Hildebrandt (Hrsg.), Berlin, de Gruyter Verlag, 1998.

Raithel, Jürgen: *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008.

Rauchfleisch, Udo: *Menschen in psychosozialer Not. Beratung.Betreuung.Psychotherapie.* Vandenoek und Ruprecht Verlag, Göttingen. 2004.

Rauschenbach, Thomas: *Soziale Arbeit und soziales Risiko.* In: Rauschenbach, Thomas; Gängler, Hans (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Erziehung in der Risikogesellschaft.* Luchterhand Verlag, Neuwied/Kriftel/Berlin, 1992.

Rosemann, Matthias; Konrad, Michael: *Vorwort.* Rosemann, Matthias; Konrad, Michael (Hrsg.): *Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung.* Psychiatrie Verlag, Bonn, 2011.

Röh, Dieter: *Tagesstättenarbeit wirkt! Die Tagesstätte als wichtiger Baustein in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Sozialpsychiatrische Informationen 34. Jahrgang: 2/2004.* Sonderdruck S. 9-11.

Röh, Dieter: *Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialen Arbeit.* In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit.* Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2008, S. 35-50.

Röh, Dieter: *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe.* Ernst Reinhard GmbH & Co KG Verlag, München, 2009.

Röh, Dieter; Weber, Petra: *Evaluation mit Steuerungswirkung. Von der stationären zur ambulanten Leistungserbringung in der Behindertenhilfe.* In: Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Hrsg.): *Evaluation in der Sozialen Arbeit – zwischen Forschung, Steuerung und Entwicklung.* standpunkt: sozial 3/2010.

Röh, Dieter; Sielaff, Martin: *Zu diesem Heft.* In: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales (Hrsg.): *Modernisierung der Psychiatrie. Neue und alte Ideen und Konzepte der Sozialpsychiatrie auf dem Prüfstand.* standpunkt: sozial 1/2011. S. 6-7.

Salomon, Alice: Zitiert nach: Müller, C. Wolfgang: *Wie helfen zum Beruf wurde. Band I. Eine Methode der Geschichte der Sozialen Arbeit. 1988-1945.* Weinheim Verlag, Basel, 1988.  
Schaub, Heinz-Alex: *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung.* V & R unipress, Göttingen, 2008.

Schilling, Johannes; Zeller, Susanne: *Soziale Arbeit. Geschichte-Theorie-Profession.* Ernst Reinhardt Verlag. München, 2007.

Schneider, Wolfgang Ludwig: *Grundlagen der soziologischen Theorie. Band 2.* In: *Grundlagen der soziologischen Theorie. Band 2.* Garfinkel, RC, Habermas, Luhmann (Hrsg). Westdt. Verlag, Wiesbaden, 2002.

Schnell, Rainer; Hill, Paul B. ; Esser, Elke: *Methoden der empirischen Sozialforschung.* R. Oldenburg Verlag, München Wien, 2005.

Speck, Otto: *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung.* Reinhard Verlag, München, 2003.

Spreng, Gerhard: *Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung.* In: *Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 32. Jg. Heft4, April 2007, S. 43.

Staub-Bernasconi, Silvia: 1995, S. 130. Zitiert in: Lüttringhaus, Maria: *Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen Katernberg und der Dresdener Neustadt. Beiträge zur Demokratieentwicklung von unten Nr. 17.* Stiftung Mitarbeit, Bonn, 2000.

Staub-Bernasconi, Silvia: *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international oder vom Ende der Bescheidenheit.* Bern, Stuttgart, Wien, 1995a.

Staub-Bernasconi, Silvia: *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft.* Haupt Verlag, Bern, Stuttgart, Wien, 2007.

Staub-Bernasconi, Silvia: *Menschengerecht Handeln.* In: Engleke, Ernst; Borrmann, Stefan; Spatscheck, Christian (Hrsg.): *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung.* Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2009. 444-461.

Theunissen, Georg; Schirnbort (Hrsg.): *Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze- Unterstützungsangebote*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2006.

Theunissen, Georg: *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburgim Beisgau,<sup>2</sup>2009.

Thornicroft, G., Sartorius, N.: The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders. *Psychol Med.*1993, S.1023-1032.

Wehrheim, Jan: *Die überwachte Stadt. Sicherheit, Segregation und Ausgrenzung*. In: Häußerman, Hartmut; Ipsen, Detlev; Krämer-Badoni, Thomas; Rodenstein, Marianne; Siebel, Walter (Hrsg.): *Stadt, Raum und Gesellschaft. Band 17*. Leske+Budrich, Opladen.

Wendt, Wolf Rainer: *Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 3/1988.

Wendt, Wolf Rainer: *Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert*. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hrsg.): *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 2/2004.

Wendt, Wolf Rainer: *Spezifik und Erfahrungen. Dokumentation der Landesfachtagung 2001 des DBSH Landesverband Rheinland-Pfalz*. Eigendruck, Morbach, 2001.

Weyerer, Siegfried: *Epidemiologie psychischer Störungen*. In: Faust, Volker (Hrsg.): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik; Praxis und Beratung*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart u. New York, 1995 S. 83-90.

Wilkinson, Richard; Marmot: *SOZIALE DETERMINANTEN VON GESUNDHEIT*. Die Fakten. WHO (Hrsg.) <sup>2</sup>2004.

Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank: „Size and burdon of mental disorders in Europe- a critical review and appraisal oft 27 studies.“In: *European Neuropsychopharmacology* 15, S. 357-376. 2005.

Wittchen, Hans-Ulrich: *Epidemiologie affektiver Störungen*. In: Hlemchen, H.;Henn, F.;Lauter,H.; Sartorius, N. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 5. Schizophrene und affektive Störungen*. Springer Verlag,Berlin/Heidelberg/New York,<sup>4</sup>2000, S.357-372.

World Health Organization WHO: *WHO-Kurzdefinition .Gesundheit*. 1946. In: *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946  
Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947  
Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946<sup>2</sup>  
Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948  
(Stand am 25. Juni 2009)

World Health Organization: *World Health Report 1998*. Genf. Zitiert nach: Häfner, Heinz: *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird Entschlüsselt*. C.H. Beck Verlag. München 2000.  
World Health Organization: *The World Health Report. Mental Health, New Understanding, New Hope*. World Health Organization (Hrsg.), Genf, 2001.

WHO Report 2001, zit. nach. Eikelmann, Bernd; Reker, Thomas; Richter, Dirk: „Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick“. 2005. In: *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 73. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart/New York, 2005.

Wolfersdorf, M., Neher, F. *Schizophrenia and suicide –results of a control group comparison of schizophrenic inpatient suicides with schizophrenic inpatients without suicide*. Psychiatr Prax . 2003, S. 272-278.

Zaumseil, M.; Lefefink, K.: Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie. Zaumseil, M.; Lefefink (Hrsg.). Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1997.

Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: *Die Züricher Schule und das systemische Pradigma der Sozialen Arbeit*. In: Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Hrsg.): *Soziale Arbeit 100-Jahr Jubiläum*. Züricher Fachhochschule, Zürich.

Zimbardo, Philip G.; Gerrig, Richard J.: *Psychologie*. Graf, Ralf; Nagler, Markus, Ricker, Brigitte (Hrsg.), Pearson Education, München; Boston; San Francisco; Harlow; Don Mills; Sydney, Mexico City; Madrid; Amsterdam, <sup>16</sup>2004.

Zimmermann, Ralf-Bruno & Maasmeier, Stefan.: *Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit. Anmerkungen zu einer notwendigen Entwicklung*. *Soziale Arbeit* 6/2003. S. 207-214.

Zimmermann, Ralf-Bruno: *Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrie*. In: Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (Hrsg.): *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmansweiler, 2005, S.207-221.

## Internetquellenverzeichnis

Homepage des Antipsychiatrieverlags: *Über den Antipsychiatrieverlag*  
<http://www.antipsychiatrieverlag.de/index.htm>  
Eingesehen am 15.04.2012, 15.55 Uhr.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe: *Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO)*:  
<http://www.hamburg.de/contentblob/2145494/data/fa-sgbxii-53-egh-bagues20091124-feststellungen.pdf>.  
Eingesehen am 05.06.2012, 11.50 Uhr.

Homepage der Bundesinitiative Ambulante Pflege e.V. (2008):  
Was ist psychiatrische Pflege, was APP?  
<http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf>  
Eingesehen am 09.04.2012, 20.00 Uhr.

Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales:  
Trägerübergreifendes Persönliches Budget:  
[http://www.budget.bmas.de/MarktplatzPB/DE/StdS/Home/stds\\_node.html](http://www.budget.bmas.de/MarktplatzPB/DE/StdS/Home/stds_node.html)  
Eingesehen am 08.04.2012, 11.34 Uhr.

Homepage des deutschen Instituts für Menschenrechte:  
Behindertenrechtskonvention (CRPD)  
[http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/CRPD\\_behindertenrechtskonvention/crpd\\_de.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_de.pdf)  
Eingesehen am 08.04.2012, 21.15 Uhr.

International Federation of Sozial Workers (IFSW): *Neue Definition von Sozialarbeit. Internationale Definition "Was ist Sozialarbeit" zum Herunterladen (incl. engl. Original)*. Übersetzung des englischen Originaltextes (IFSW Delegates Meeting Montreal 2000) durch Barbara Molderings, DBSH.

Homepage des Deutscher Berufsverbands für Soziale Arbeit e.V. DBSH :  
<http://www.dbsh.de/internationale.pdf>

Eingesehen am 03.04.2012, 12.30 Uhr.

Homepage des Bundesministeriums der Justiz:

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_\\_\\_2.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/___2.html)

Eingesehen am 10.04.2012, 20.00 Uhr.

Homepage des Bundesministeriums der Justiz:

SGB V § 37 Häusliche Krankenpflege

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_37.htm](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___37.htm)

Eingesehen am 09.04.2012, 20.15 Uhr.

Homepage des Bundesministerium der Justiz:

SGB V § 39 Krankenhausbehandlung

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_39.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___39.html)

Eingesehen am 21.04.2012, 19.00 Uhr.

Homepage des Bundesministerium der Justiz:

SGB IX§ 19 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_\\_\\_19.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/___19.html)

Eingesehen am 12.04.2012, 20.00 Uhr.

Homepage des Bundesministerium der Justiz:

SGB XII § 13 Leistungen für Einrichtungen, Vorrang anderer Leistungen

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_\\_\\_13.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/___13.html)

Eingesehen am 21.04.2012, 19.05 Uhr.

Homepage des Bundesministeriums der Justiz:

SGB XII § 53 Leistungsberechtigte und Aufgabe

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_\\_\\_53.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/___53.html)

Eingesehen am 07.04.2012, 20.00 Uhr.

Homepage des Bundesministeriums der Justiz:

SGB XII § 57 Trägerübergreifendes Persönliches Budget

[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/\\_\\_\\_57.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/___57.html)

Eingesehen am 08.04.2012, 11.40 Uhr.

Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit: *Was ist CM?*

<http://www.case-manager.de/wasist.html>

Eingesehen am 21.05.2012, 18.00 Uhr.

Homepage der Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit:  
*Case Management*

<http://www.case-manager.de/wasist.html>

Eingesehen am 23.05.2012, 18.15 Uhr.

Homepage des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information

(DIMDI): <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/chapter-v.htm>

Eingesehen am 1.03.2012, 11.15 Uhr.

Homepage der Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. DGSA:  
Sektion Klinische Sozialarbeit  
<http://www.dgsainfo.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/inhalt.html>  
Eingesehen am 15.02.2011, 12.15 Uhr.

Homepage der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V DVSG:  
*Teilnehmer für Studie zur ICF-Anwendung gesucht.*  
<http://dvsg.org/uploads/media/HintergrundICF-Studie.pdf>  
Eingesehen am 8.04.2012, 20.00 Uhr.

Homepage der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.  
<http://dvsg.org/uploads/media/FragenForschungsprojektICF.pdf>  
Eingesehen am 8.04.2012, 20.00 Uhr.

Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Nervenheilkunde (DGPPN):  
*Psyhiartrie-Enquete.*  
[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/dokumente/enquete1975/enquete1975.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/enquete1975/enquete1975.pdf)  
Eingesehen am 27.03.2012, 11.15 Uhr.

Pauls, Helmut; Mühlum, Albert: Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion  
Klinische Sozialarbeit. DGS Sektion Klinische Sozialarbeit. Deutsche Gesellschaft für  
Sozialarbeit. S. 1. <http://www.klinische-sozialarbeit.de/Klinische%20Kompetenzen%20-%20Eine%20Ortsbestimmung%20der%20DGS-Sektion%20KlinSA.pdf>  
Eingesehen am 15.02.2012, 14.15 Uhr.

Homepage der Hamburger Behörde Abteilung/Projekt Sozialpädagogisches  
Fallmanagement der ambulanten Eingliederungshilfe für geistig, körperlich, psychisch  
/seelisch behinderte Menschen (W/EH 3):  
<http://www.hamburg.de/fallmanagement/2351812/eingliederungshilfe-wandsbek-fallmanagement.html>. Eingesehen am 21.05.2012, 17.00Uhr.

Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration:  
Globalrichtlinien zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr.3 und 6 SGB  
IX. Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen ( PPM) vom 21.12.2004 (Az. SI 3309/111.20-3-1-10), Stand 22.02.2008  
<http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126384/54-55-ppm.html?print=true>  
Eingesehen am 22.04.2012, 11.50 Uhr.

Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration:  
Konkretisierung zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Ziffern 3,4,6,7  
SGB IX  
<http://www.hamburg.de/kr-sgbxii-kap06-54/126614/ppm.html>  
Eingesehen am 07.06.2012, 17.50 Uhr.

Homepage der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration: Betreutes  
Wohnen für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen:  
<http://www.hamburg.de/ambulante-leistungen-erwachsene/2122402/betreutes-wohnen-seelisch-behinderte-psychisch-krank.html>.  
Eingesehen am 25.05.2012, 13.45 Uhr.

Homepage *Freie und Hansestadt Hamburg*, Bezirk Wandsbek: Betreutes Wohnen (BeWo):  
<http://www.hamburg.de/eingliederungshilfe-wandsbek/fragen-und-antworten/2398616/betreutes-wohnen-bewo.html>.  
Eingesehen am 25.05.2012, 14.00 Uhr.

Homepage des HamburgService - Einrichtungssuche:  
Sozialpädagogischer Fachdienst  
<http://www.hamburg.de/behoerdenfinder/hamburg/11266099/>  
Eingesehen am 3.05.2012, 19.00 Uhr.

Homepage des HamburgService - Einrichtungssuche:  
<https://gateway.hamburg.de/hamburggateway/fvp/fv/BSF/Einrichtungssuche/?sid=101#>  
Eingesehen am 1.03.2012, 20.00 Uhr.

Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen:  
Integrierte Versorgung (IV)  
<http://www.kbv.de/koop/8777.html>  
Eingesehen am 09.04.2012, 17.00 Uhr.

Homepage der Lilly Deutschland GmbH:  
<http://www.lilly-pharma.de/gesundheit/depression/ursachen.html>  
Eingesehen am 12.03.2012, 17.00 Uhr.

Homepage Psychose.de:  
<http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychosen-06.html>  
Eingesehen am 12.03.2012, 17.10 Uhr.

Homepage *Aufruf zur Psychosozialen Lage in Deutschland*: <http://www.psychosoziale-lage.de/> Eingesehen am 11.01.2011, 11.15 Uhr.

Kleve, Heiko; Ortmann, Karlheinz: Sozialmedizin in der Sozialarbeit – ein Schlüssel für die Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In: *Das Gesundheitswesen*. Jg.62, Heft 7, 2000, S. 361-364.

Homepage der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin:  
Eingesehen am 16.02.2012, 18.00Uhr.

Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit: *Was ist CM?*  
<http://www.case-manager.de/wasist.html>  
Eingesehen am 01.04.2012, 14.00 Uhr.

Dehmel, Stefanie; Ortmann, Karlheinz: *Soziale Unterstützung (Sozial Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit*.  
Homepage der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin:  
[www.khsb-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Weiterbildung/Dehmel\\_Ortmann-Soziale\\_Unterst\\_tzung.pdf](http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Dehmel_Ortmann-Soziale_Unterst_tzung.pdf)  
Eingesehen am 15.04.2012, 12.30 Uhr.

Dunkelberg, Sandra; Sperber, Sinje: *Chronische Krankheit und Multimorbidität*. Zentrum für Psychosoziale Medizin. Institut für Allgemeinmedizin. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
[www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/.../VLchronKHkurz.pdf](http://www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/.../VLchronKHkurz.pdf)  
Eingesehen am 01.03.2012, 16.00 Uhr.



Homepage Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern:

Keel, Bruno: Die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. 2004, S. 6-7.

[http://www.sfss.ch/dateien/42/2004Bruno\\_KeelArtikel\\_ICF\\_klassifikation.pdf](http://www.sfss.ch/dateien/42/2004Bruno_KeelArtikel_ICF_klassifikation.pdf)

Eingesehen am 25.04.2012, 21.00 Uhr.

Homepage des UKE:

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention- Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS): *Suizide, Suizdversuche und Suizidalität. Empfehlung für die Berichterstattung in Medien*. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention- Hilfe in Lebenskrisen e.V. (Hrsg.)

<http://www.uke.de/extern/tzs/online-text/dgsmedien.pdf>

Eingesehen am 19.04.2012, 16.15 Uhr.

Homepage [www.verhaltenswissenschaft.de](http://www.verhaltenswissenschaft.de). Walter, Oliver (Hrsg):

[http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische\\_Storungen/psychische\\_storungen.htm](http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Storungen/psychische_storungen.htm)

Eingesehen am 28.03.2012

Homepage der World Health Organization WHO:

[http://translate.google.de/translate?hl=de&langpair=en|de&u=http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://translate.google.de/translate?hl=de&langpair=en|de&u=http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)

Eingesehen am 15.02.2012, 14.00 Uhr.

Wendt, Wolf Rainer zit. n. Meier Kressig, Marcel; Husi, Gregor: *Auf den Spuren des Lebens. Eine Weiterentwicklung des Lebenslagenkonzepts*.

[www.socialia.ch/Teaching/Lebenslagekonzept.pdf](http://www.socialia.ch/Teaching/Lebenslagekonzept.pdf), S. 1.

Eingesehen am 28.03.2012, 21.30 Uhr.

## Anhang 1: Ergebnistabellen der Auswertung

**Anh. Tabelle1: Altersverteilung Stichprobe**

Alter (Jahre)				
	20-29	30-39	40-49	50-59
n	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>6</b>
%	<b>23,8</b>	<b>14,3</b>	<b>33,3</b>	<b>28,6</b>

Anmerkung: 10 Personen machten keine Angaben zu ihrem Alter

**Anh. Tabelle 2: Angaben der Teilnehmer bezüglich der Anzahl ihrer Mitarbeiter**

Anzahl Mitarbeiter					
	1-20	21-40	41-60	61-80	>100
n	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
%	<b>58,1</b>	<b>16,1</b>	<b>6,5</b>	<b>6,5</b>	<b>12,9</b>

**Anh. Tabelle 3: Qualifikation der Mitarbeiter**

Qualifikation der Mitarbeiter	Mittelwert Mittlere Anzahl
Sozialarbeiter/pädagogen	<b>7,23</b>
Psychologen	<b>1,15</b>
Ergotherapeuten	<b>0,77</b>
Pfleger	<b>0,81</b>
Diplom Pädagogen	<b>0,58</b>
Erzieher	<b>1,19</b>
Ärzte	<b>0,04</b>
Ungelernt oder anderer Abschluss	<b>0,46</b>
Sonstige	<b>0,38</b>

**Anh. Tabelle 4: Weitere Leistungen neben der Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo**

Weitere Leistungen	Häufigkeit X von 20	Prozent
Hilfen aus dem SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe	9	45,0
Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW)	17	85,0
Wohnassistenz (WA)	16	80,0
Ambulante heilpädagogische Leistungen für Kinder (HPL)	0	0
Hilfen für Familien mit einem oder mehreren behinderten Kindern (HFbK)	10	50
Ambulant betreute Wohnge- meinschaft (ABW)	8	40
Ambulante psychiatrische Pflege (APP)	0	0
Teilstationäre Pflege (psychi- atrisch)	0	0
Stationäre Pflege (psychiat- risch)	0	0
Sonstige	6	30

**Anh. Tabelle 5: Störungen/Erkrankungen**

Störungen/Erkrankungen	ca. Anzahl
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,70
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,55
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	16,80
Affektive Störungen	8,50
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	5,15
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,80
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	12,05
Intelligenzminderung	1,2
Entwicklungsstörungen	0,4
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Ju- gend	3,25
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1,25
Wie viele Ihrer Klienten leiden unter Komorbidität (ca. Anzahl)?	12,80

**Anh Tabelle 6: Sicherung des Lebensunterhaltes**

Lebensunterhalt	Ja in %	Nein in %	Mittelwert An- zahl der Klien- ten
durch ALGII	100	0	20,17
durch GruSi	93,3	6,7	10,48
durch EU Rente	76,7	23,3	4,79
durch Erwerbseinkommen	56,7	43,3	0,65
durch Erwerbseinkommen und GruSi	63,3	36,7	1,61
durch GruSi und Rente	86,7	13,3	3,65
Beziehen GruSi und sind < 65 J.	43,3	56,7	2,32
Andere Formen/Sonstiges	16,7	83,3	0,38

### Anh. Tabelle 7: Soziale Kontaktstrukturen

Wie viel der Klienten, die Ihre Einrichtung betreut...

	Mittelwert (Anzahl der Klienten)
...leben in einer Beziehung?	<b>5,96</b>
...sind verheiratet	<b>1,96</b>
...haben einen oder mehrere Freunde?	<b>24,57</b>
...haben einen festen Freundeskreis	<b>14,91</b>
...haben Kinder	<b>8,78</b>

### Anh. Tabelle 8: Einschätzung zur gesellschaftlichen Teilhabe:

Angabe in Prozent	nie	selten	teils/teils	Häufig	immer
14.1 Fühlen sich Ihre Klienten in der Gesellschaft angenommen?	<b>9,7</b>	<b>29,0</b>	<b>61,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
14.2 Leben Ihre Klienten hauptsächlich in einem sozialen Netz mit formellen (z.B. PPM-Betreuer, gesetzlicher Betreuer) Kontakten?	<b>0</b>	<b>9,7</b>	<b>32,3</b>	<b>48,4</b>	<b>9,7</b>
14.3 Leben Ihre Klienten hauptsächlich in einem sozialen Netz, welches durch formelle Hilfen geschaffen wurde?	<b>3,2</b>	<b>19,4</b>	<b>54,8</b>	<b>19,4</b>	<b>3,2</b>
14.4 Nehmen Ihre Klienten am kulturellen/gesellschaftlichen Leben ihres Stadtteils/ihrer Lebenswelt teil?	<b>0</b>	<b>61,3</b>	<b>38,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### Anh. Tabelle 9: Formen von Gruppenangeboten in den befragten Einrichtungen

Gruppenangebote (n = 26)	Angebot vorhanden %
Kreativgruppen (z.B. Textil-,Kunst-, Theater-, Tanz-, Werk- und Gartengruppen)	<b>69,2</b>
Sport-, Bewegungs- und Entspannungsgruppen	<b>53,8</b>
Hauswirtschaftsgruppen (z.B. Koch-, Back-, Frühstück-, Essensgruppen)	<b>92,3</b>
Kulturgruppen (Literatur-, Musik-, Film-, Foto-, Fest-, Ausflugs-, Reisegruppen)	<b>92,3</b>
Kommunikations- Gesprächsgruppen (z.B. Gesundheits-, Gendergruppen)	<b>61,5</b>
Offener Treff	<b>80,8</b>
Sonstige	<b>23,1</b>

**Anh. Tabelle 10: „Drehtüreffekt“ und Krisen (n = 31)**

	stimme voll zu	stimme zu	teils, teils	lehne ab	lehne stark ab
20.1 In der ambulanten Eingliederungshilfe ist der „Drehtüreffekt“ immer wieder (bedeutendes) Thema.	9,7	58,1	32,3	0	0
20.2 Durch PPM/BeWo kann „Drehtüreffekten“ entgegengewirkt werden.	22,6	48,4	19,4	9,7	0
20.3 Bei vielen der Klienten konnte der „Drehtüreffekt“ durch PPM/BeWo ganz vermieden werden, so dass regelmäßige stationäre Aufenthalte ausbleiben.	12,9	35,5	51,6	0	0
20.4 Krisen können während ihrer Arbeit im Vorfeld/vor Ausbruch erkannt werden.	41,9	29,0	19,4	9,7	0
20.5 Erkannten Krisen kann entgegengewirkt werden, so dass sie in einer geminderten Form auftreten.	32,3	19,4	38,7	9,7	0
20.6 Anzeichen für eine mögliche Krise werden rechtzeitig erkannt, so dass durch Ihre Unterstützung die Krise ganz ausbleibt.	6,5	19,4	61,3	12,9	0
20.7 Die Qualität der Kooperationen zwischen allen Beteiligten entscheidet über den Erfolg rückfallverhütender Arbeit	38,7	48,4	3,2	9,7	0

**Anh. Tabelle 11: Durchführung der Hilfe I**

Angaben in Prozent n = 31	Ja	Nein	Zum Teil	Phasenverlauf CM zum Vergleich Tabelle XXX
22.1 Wird mit anderen formellen oder informellen Helfern im <b>Netzwerk</b> zusammengearbeitet?	67,7	0	32,3	1f, 3c, 3b, 3d, 5a, 5c
22.2 Wird der Einsatz verschiedener Fachkräfte allgemein durch Ihre Arbeit abgestimmt und koordiniert?	64,5	0	35,5	5b, 5c,
22.3 Wird am Anfang Kontakt zu anderen professionellen Hilfen des Beratungsprozesses gesucht, um einen fachlichen Austausch über die Problematik des Klienten zu ermöglichen und sich über bereits versuchte Lösungsansätze zu informieren?	48,4	12,9	38,7	1f, 3d
22.4 Wird innerhalb Ihrer Arbeit das Wissen über die Erkrankung (z.B. Umfang, spezielle Verhaltensweisen der Erkrankten) im informellen Hilfenetzwerk (Angehörige, Freunde) durch Sie vermittelt?	25,8	3,2	71,0	1b, 5a, 3d
22.5 Wird im Rahmen Ihrer Arbeit gemeinsam mit dem Klienten geschaut wer, was, wann, wie und von wem im Prozess des Hilfeverlaufs erwartet (Beispielsweise Austausch mit den verschiedenen Institutionen wie z. B. mit Ämtern wie dem JobCenter oder dem SpD)?	54,8	6,5	38,7	2b, 5a, 5b, 5c

**Anh. Tabelle 12: Durchführung der Hilfe II**

Angaben in Prozent	Ja	Nein	Zum Teil	Phasenverlauf CM zum Vergleich
21.1 Wird zu Beginn der Arbeit eine Analyse der eigenen Stärken und Ressourcen des Klienten durchgeführt? (Coping)	45,2	3,2	51,6	1e
21.2 Wird zu Anfang eines Falls eine Ressourcen- und Netzwerkanalyse erstellt, um zu sehen, ob schon andere professionelle Dienstleister mit dem Klienten arbeiten oder gearbeitet haben?	67,7	12,9	19,4	1a, 1b, 1d, 1f
21.3 Informieren Sie sich nach den informellen Ressourcen im Hilfenetzwerk des Klienten, wie z.B. Eltern, Geschwister, Nachbarn, Freizeitgruppen, Freunde?	62,5	3,2	32,3	1a, 1b, 1d, 3b
21.4 Lassen Sie sich von den Klienten selbst erklären, wie der Hilfebedarf ist und wie es zu den Problemen ihrer Ansicht nach kam?	100	0	0	1a, 1b
21.5 Wird ein individueller <b>Hilfeplan mit</b> (Nah- und Fern-) <b>Ziele</b> durch die Betreuer gemeinsam mit dem Klienten erstellt?	96,8	3,2	0	2a, 3a, 3d
21.6 Arbeiten sie bei der Zielformulierung mit den <b>S.M.A.R.T.</b> Kriterien ( <b>S</b> pezifisch-konkret, <b>M</b> essbar, <b>A</b> ktiv-beeinflussbar, <b>R</b> ealistisch, <b>T</b> erminiert)?	45,2	38,7	16,1	
21.7 Werden gemeinsam mit dem Klienten regelmäßig Korrekturen und Nachbesserungen an den (Nah- und Fern) Zielen erarbeitet, und somit auch Veränderungen bzw. Feinabstimmungen im Hilfeplan vorgenommen?	90,3	0	9,7	4a, 4b
21.8 Werden informelle Ressourcen aktiviert wie z.B. Freunde, Familie?	48,4	0	51,6	3a (indirekt), 3b, 5a
21.9 Werden formelle Ressourcen aktiviert wie z.B. Psychotherapeut, Schuldnerberatung?	83,9	0	16,1	3b, 3c, 5a, 5c

**Anh. Tabelle 13: Durchführung der Hilfe III**

Angaben in Prozent	sehr bedeutend	bedeutend	teils, teils	eher nicht bedeutend	nicht bedeutend	Phasenverlauf CM zum Vergleich
23.1 ...die Rolle Ihrer Arbeit als Vermittler von Information innerhalb des <b>formellen</b> Hilfenetzwerks ein?	25,8	54,8	16,1	3,2	0	
23.2 ...die Rolle Ihrer Arbeit als Vermittler von Information innerhalb des <b>informellen</b> Hilfenetzwerks ein?	29,0	22,6	48,4	0	0	
23.3 ...die Rolle Ihrer Arbeit als Vermittler von Information vom <b>formellen</b> Hilfenetzwerk zum Klienten?	48,4	38,7	12,9	0	0	
23.4 ...Ihre Netzwerkarbeit im gesamten Hilfesystem bezüglich Kosten-Ersparnisse ein (um z.B. Doppeldiagnosen zu vermeiden)?	3,2	25,8	32,3	25,8	12,9	

23.5 ..multiprofessionelle Zusammenarbeit für Ihre Arbeit?	<b>38,7</b>	<b>54,8</b>	<b>6,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
23.6 ...eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit mit festen oder stetigen Kooperationsstrukturen (in Form von konstanten Netzwerken der Dienstleistungsanbieter) ein?	<b>19,2</b>	<b>57,7</b>	<b>15,4</b>	<b>7,7</b>	<b>0</b>	
23.7 Wie bedeutend ist Ihnen die Selbstbefähigung des Klienten in Ihrer Arbeit (Z.B. dass er die professionellen Dienste eigenständig aufsucht)?	<b>77,4</b>	<b>12,9</b>	<b>9,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3a, 1e</b>
23.8 Wie bedeutend ist in der Arbeit Ihrer Einrichtung die Schaffung von Alltagsstrukturen für die Klienten?	<b>74,2</b>	<b>25,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Nicht CM</b>
23.9 Wie bedeutend ist in der Arbeit Ihrer Einrichtung die berufliche Eingliederung der Klienten?	<b>22,6</b>	<b>41,9</b>	<b>32,3</b>	<b>3,2</b>	<b>0</b>	
23.10 Wie bedeutend sind in der Arbeit Ihrer Einrichtung entlastende und reflektierende Gespräche mit den Klienten?	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
23.11 Wie bedeutend schätzen Sie aus Sicht des Klienten Ihre geleistete Betreuung ein, um die an den Klienten gestellten Anforderungen einzuhalten (z.B. Termin Jobcenter, Einkaufen)?	<b>38,7</b>	<b>61,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

**Anh. Tabelle 14: Bedeutung der Begleitung durch PPM/BeWo**

24. Wie bedeutend ist die Begleitung durch Mitarbeiter des PPM/BeWo für die Klienten Ihrer Einrichtung zu...	sehr bedeutend	Bedeutend	teils, teils	eher nicht bedeutend	nicht bedeutend
Ämtern	<b>83,9</b>	<b>9,7</b>	<b>6,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Gericht	<b>51,6</b>	<b>32,3</b>	<b>12,9</b>	<b>3,2</b>	<b>0</b>
Therapeuten	<b>3,2</b>	<b>19,4</b>	<b>64,5</b>	<b>12,9</b>	<b>0</b>
Freizeitgruppen	<b>0</b>	<b>35,5</b>	<b>48,4</b>	<b>16,1</b>	<b>0</b>
Ärzten	<b>41,9</b>	<b>41,9</b>	<b>16,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Rechtlichen Betreuung	<b>19,4</b>	<b>64,5</b>	<b>12,9</b>	<b>3,2</b>	<b>0</b>
Einkäufen	<b>6,5</b>	<b>16,1</b>	<b>64,5</b>	<b>12,9</b>	<b>0</b>
Andere Institutionen (Banken, Versicherung)	<b>6,5</b>	<b>35,5</b>	<b>54,8</b>	<b>3,2</b>	<b>0</b>

**Anh. Tabelle 15: Einschätzung der Bedeutung von Begleitung durch PPM/BeWo durch einzelne Berufsgruppen**

Angaben in Prozent	sehr wichtig	wichtig	teils, teils	eher nicht wichtig	unwichtig
Amtsmitarbeiter	9,7	54,8	32,3	3,2	0
Juristen	12,9	22,6	61,3	3,2	0
Therapeuten	9,7	6,5	64,5	19,4	0
Bewährungshelfern	24,1	20,7	37,9	0	17,2
Rechtlichen Betreuern	51,6	38,7	9,7	0	0
Ärzten	25,8	54,8	16,1	3,2	0
Psychotherapeuten	12,9	19,4	45,2	19,4	3,2
Einkaufscentermitarbeitern	0	3,3	50,0	36,7	10

**Anh. Tabelle 16: Arbeitshaltung/Arbeitsbeziehung/Arbeitsweisen**

Angaben in Prozent	Ja	Nein	Kenne ich nicht	Phasenverlauf CM zum Vergleich
26.1 Haben Sie im Unterstützungsprozess eine lebensweltorientierte Grundhaltung?	100	0	0	1a
26.2 Wird im Rahmen ihrer Arbeit sozialraumorientiert gearbeitet?	96,8	3,2	0	
26.3 Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung mit dem Handlungskonzept Empowerment?	90,3	9,7	0	3a
26.4 Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung nach dem bio-psycho-sozialen Modell?	58,1	22,6	19,4	
26.5 Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung nach dem Person-in Environment Modell?	3,2	58,1	38,7	
26.6 Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung mit der Methode des Case-Managements?	67,7	32,3	□	1 bis 6
26.7 Können Sie dem Klienten durch den Informationsaustausch im Hilfsnetzwerk helfen, die an ihn gestellten Anforderungen zu verstehen?	100	0		5a
26.8 Können durch eine „oft engere“ professionelle Arbeitsbeziehung zwischen Mitarbeitern und Klienten andere professionelle Dienstleistern im Hilfesystem bezüglich des „teils schwierigen“ Umgangs unterstützt werden?	100	0		5a
26.9 Wird für die Klienten in einer schwierigen Situation, welche sie überfordern kann (wie beispielsweise bei Behörden oder gegenüber anderen Beteiligten des Hilfenetzwerks) eine Position der Klientenfürsprache/anwaltschaftliche Vertretung für den Klienten eingenommen?	100	0	0	5a, 5b, 5c



**Anh. Tabelle 17: Qualitätsmanagement**

<b>Angaben in Prozent</b>	nie	wöchentlich	alle zwei Wochen	monatlich	jährlich	bei Bedarf	gibt es nicht
27.1 Weiter- und Fortbildung	0	0	0	6,5	41,9	51,6	0
27.2 Supervision	0	0	19,4	71,0	0	6,5	3,2
27.3 Kollegiales Coaching	0	41,9	19,4	9,7	0	29,0	0
27.4 Teamsitzungen	0	71,0	25,8	3,2	0	0	0
27.5 Dokumentation	3,8	88,5	0	3,8	0	3,8	0
27.6 Evaluation (Klientenzufriedenheit)	0	0	0	0	93,3	6,7	0

**Anh. Tabelle 18: Arbeitszufriedenheit**

Zufrieden in Prozent mit Ihrem/Ihrer...	überhaupt nicht zufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	voll und ganz zufrieden
28.1 Budget/ Finanziellen Mitteln	6,5	54,8	9,7	25,8	3,2
28.2 mit den Gehältern?	12,9	51,6	12,9	19,4	3,2
28.3 Berufsaussichten (zukünftige Nachfrage in den Bereichen PPM/BeWo)?	0	6,5	19,4	64,5	9,7
28.4 Ausstattung mit Arbeitsmitteln und -plätzen?	6,5	12,9	29,0	48,4	3,2
28.5 gesetzlichen Rahmenbedingungen, die durch das SGB geschaffen wurden?	6,5	41,9	41,9	9,7	0
28.6 gesetzlichen Rahmung der Globalrichtlinien für PPM?	0	55,6	40,7	3,7	0
28.7 Vermögens und Einkommengrenzen im Sozialhilferecht?	16,1	38,7	32,3	12,9	0
28.8 Zusammenarbeit mit anderen Institutionen/ Trägern?	0	16,1	16,1	67,7	0
28.9 mit der Anerkennung Ihrer Arbeit durch das Klientel?	0	12,9	9,7	67,7	9,7
28.10 Anerkennung seitens der Öffentlichkeit?	6,5	48,4	22,6	22,6	0
28.11 Der trägerinternen Zusammenarbeit?	0	0	9,7	83,9	6,5

## Anhang 2    **Untersuchungsanschreiben Experten im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe PPM/BeWo**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe Sie als Experten im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe durch Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke Menschen (PPM) und ambulant betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen (BeWo) ausgewählt und bitte Sie um Ihre **Unterstützung bei meiner Untersuchung zum Wirken und der Möglichkeiten der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo.**

Ich bin Student des **Masterstudiengangs „Soziale Arbeit“ der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg** und möchte im Rahmen meiner **Master-Thesis**, betreut durch Herrn Prof. Dr. Röh, **„Die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit für die ambulante Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo für psychisch kranke Menschen in Hamburg“** untersuchen. Dieser Thematik ist mir durch meine eigene praktische Tätigkeit in der ambulanten Eingliederungshilfe bekannt.

In dieser Forschungsarbeit soll deutlich werden, wie die Soziale Arbeit im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von BeWo und PPM **wirkt** bzw. was sie für die Menschen mit (chronisch) psychischer Erkrankung **bewirkt**, um so Notwendigkeit und Wirkung von PPM und BeWo aufzuzeigen.

Diese Forschung ist von besonderer Bedeutung, da bisher das Feld der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo kaum erforscht wurde. Zur Erhebung dieser Daten werden alle zutreffenden Einrichtungen in Hamburg angeschrieben und um Unterstützung gebeten.

Ihre Auskunft im Rahmen des Fragebogens ist besonders wichtig, um **Notwendigkeit und Wirkung der ambulanten Eingliederungshilfe transparent zu machen**, um im nächsten Schritt Unterstützungsleistungen besser begründbar zu machen und somit sozialpolitische Entscheidungen unter anderem von öffentlichen Trägern (z.B. zur Kostenübernahme und anderen Rahmenbedingungen) zu beeinflussen.

Ziel dieser Forschungsarbeit soll damit die **Stärkung und Festigung des Standpunktes der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen sein**, so dass sie sozial, human und ökonomisch wertgeschätzt wird. Ihr Spektrum an fachlicher Kompetenz soll hervorgehoben und transparenter gemacht werden. Diese Arbeit soll dazu beitragen, dass sie besser im Gesundheitswesen positioniert ist und zu mehr Anerkennung gelangt.

Zu Beginn der Befragung möchte ich einige Daten **zu Ihnen, zu Ihrer Einrichtung und dessen Aufgabengebiet erheben**. Im zweiten Teil werden Fragen bezüglich **des Klientel** der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo erhoben. Zuletzt werden im dritten Teil **konkrete Fragen zur ambulanten Eingliederungshilfe und ihrer Wirkung** erhoben.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 20-30 Minuten. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym. *Einzelne Datensätze* werden nicht veröffentlicht. Die Gesamtauswertung der Fragebögen wird im Rahmen meiner Master-Thesis präsentiert. Falls Sie Interesse an den Forschungsergebnissen haben, kontaktieren Sie mich gerne.

Ich bitte Sie, alle Fragen zu beantworten, da nur vollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden können.

Aus Gründen der Lesbarkeit nehme ich in diesem Fragebogen bei unbestimmten Personenbezeichnungen keine Unterscheidung des Geschlechts vor. Natürlich schließt die Verwendung von „Sozialarbeiter“ auch immer „Sozialarbeiterinnen“ mit ein.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im frankierten Rückumschlag bis zum **26.07.2011** an mich zurück.

Bei Rückfragen bin ich gerne telefonisch unter [REDACTED] oder auch per E-Mail unter [REDACTED] für Sie erreichbar.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Jan Lohmann

**Anhang 3: Fragebogen zum Wirken und der Möglichkeiten der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo**

**Teil I: Daten zur Person und Einrichtung**

**1. Daten zu Ihrer Person**

Angaben zur Person die den Fragebogen bearbeitet.  
Bitte kreuzen Sie an:

1.1 Sie sind  weiblich  männlich

1.2 Ihr Alter? Ich bin \_\_\_\_\_ Jahre alt.

1.3 Was ist Ihre Berufsbezeichnung? \_\_\_\_\_

1.4 Was zählt zu Ihren Aufgabenbereichen innerhalb Ihrer Einrichtung (Mehrfachnennung möglich)?

Leitung

Teamleitung

Mitarbeiterin des BeWo/PPM

Sonstige, bitte nennen: \_\_\_\_\_

**2. Daten zu Ihrer Einrichtung:**

2.1 Welche Leistungen der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen bietet Ihre Einrichtung an? Bitte kreuzen sie die jeweiligen Hilfeformen an (Mehrfachnennung möglich).

PPM <input type="checkbox"/>	BeWo <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------

2.2 Wie viele fest angestellte Mitarbeiter hat ihre Einrichtung insgesamt?

1-20 <input type="checkbox"/>	21-40 <input type="checkbox"/>	41-60 <input type="checkbox"/>	61-80 <input type="checkbox"/>	81-100 <input type="checkbox"/>	> 101 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

2.3 Wie viele Mitarbeiter im Bereich der ambulanten Hilfen (PPM/BeWo) beschäftigen Sie?

1-20 <input type="checkbox"/>	21-40 <input type="checkbox"/>	41-60 <input type="checkbox"/>	61-80 <input type="checkbox"/>	81-100 <input type="checkbox"/>	> 101 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

2.4 Wie viele Mitarbeiter arbeiten in Ihrer Einrichtung?

Mitarbeiter/Innen	PPM Anzahl	BeWo Anzahl
Frauen		
Männer		

2.5 Angaben zur Qualifikation der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung (Mehrfachnennung möglich bei verschiedenen Qualifikationen der Mitarbeiter):

	ca. Anzahl
Sozialarbeiter/pädagogen	
Psychologen	
Ergotherapeuten	
Pfleger	
Diplom Pädagogen	
Erzieher	
Ärzte	
Ungelernt oder anderer Abschluss	
Sonstige, bitte nennen	

2.6 Bieten Sie ausschließlich Leistungen der ambulanten Eingliederungshilfe an? (Wenn nein, dann weiter mit Frage 2.8)

Ja  Nein

2.7 Wenn Nein, welche Leistungen bieten Sie noch an (Mehrfachnennungen möglich)?

- Hilfen aus dem SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe
- Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW)
- Wohnassistenz (WA)
- Ambulante heilpädagogische Leistungen für Kinder (HPL)
- Hilfen für Familien mit einem oder mehreren behinderten Kindern (HFbK)
- Ambulant betreute Wohngemeinschaft (ABW)
- Ambulante psychiatrische Pflege (APP)
- Teilstationäre Pflege (psychiatrisch)
- Stationäre Pflege (psychiatrisch)

Sonstiges, bitte nennen \_\_\_\_\_

2.8 Wo bietet Ihre Einrichtung PPM an? (Mehrfachnennung möglich)

- hamburgweit
- in einzelnen Bezirken, mit denen Kooperationsvereinbarungen getroffen wurden.
- Altona,  Bergedorf,  Eimsbüttel,  Hamburg-Mitte,  Hamburg-Nord,  Harburg,  Wandsbek

2.9 Wo bietet Ihre Einrichtung BeWo an? (Mehrfachnennung möglich)

hamburgweit

in einzelnen Bezirken, mit denen Kooperationsvereinbarungen getroffen wurden.

Altona,  Bergedorf,  Eimsbüttel,  Hamburg-Mitte,  Hamburg-Nord,  Harburg,  Wandsbek

2.10 Ist Ihr Träger mit anderen Trägern in einem Verbund (z.B. Sozial- und Gemeindepsychiatrische Verbund) zusammengeschlossen?

Ja  Nein

○ Wenn ja, beschreiben Sie den Verbund bitte in Stichworten

---

---

---

## Teil II: Daten zum Klientel der ambulanten Eingliederungshilfe in Form von PPM und BeWo

### 3. Allgemeine Daten zu Ihrem Klientel

Im folgenden Fragenblock geben Sie bitte die Anzahl (ca.) an:

3.1 Wie viele Fälle in der ambulanten Eingliederungshilfe betreut Ihre Einrichtung insgesamt?	
3.2 In wie vielen Fällen wurde die Eingliederungshilfe in Form von PPM erbracht?	
3.3 In wie vielen Fällen wurde die Eingliederungshilfe in Form von BeWo erbracht?	
3.4 Wie viele von Ihren <b>PPM</b> Klientinnen sind weiblich?	
3.5 Wie viele ihrer <b>PPM</b> Klienten sind männlich?	
3.6 Wie viele von Ihren <b>BeWo</b> Klientinnen sind weiblich?	
3.7 Wie viele von Ihren <b>BeWo</b> Klientinnen sind männlich?	

4. Wie viele Fälle hat Ihre Einrichtung im Bereich Betreutes Wohnen jeweils in den einzelnen Hilfebedarfsgruppen? (Falls kein BeWo weiter mit Frage Nr. 5)

Hilfebedarfsgruppe	ca. Anzahl
HBG 1	
HBG 2	
HBG 3	
HBG 4	
HBG 5	

5. Wie viele Fälle hat Ihre Einrichtung im Bereich der PPM Maßnahmen, die folgende Fachleistungsstundenzahl bewilligt haben? (Falls kein PPM weiter mit Frage 6)

Fachleistungsstunden	ca. Anzahl
1-3	
3-6	
6-9	
>9	

6. Wie ist die Altersstruktur der Klienten Ihrer Einrichtung im Bereich PPM und BeWo?

Alter der Klienten	ca. Anzahl
21-30 Jahre	
31-40 Jahre	
41-50 Jahre	
51-60 Jahre	
> 60 Jahre	

7. Wie viel der Klienten Ihrer Einrichtung leiden unter folgend aufgelisteten psychischen- und Verhaltensstörungen (ICD10)<sup>544</sup>? (Mehrfachnennungen bei Mehrfacherkrankungen der Klienten möglich)

Störungen/Erkrankung	ca. Anzahl
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	
Affektive Störungen	
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
Intelligenzminderung	
Entwicklungsstörungen	
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	

8. Wie viele Ihrer Klienten leiden unter Komorbidität (ca. Anzahl)?	
---	--

9. Wie viele Klienten, die Ihre Einrichtung betreut, sind bezüglich der von Ihnen angebotenen Hilfen...

	ca. Anzahl
...Selbstzahler?	
...zum Teil Selbstzahler?	
...Werden über Transferleistung (z.B. Sozialhilfe) finanziert?	

10. Bitte schätzen Sie die Gründe für die Nichtinanspruchnahme ambulanter Eingliederungshilfen in Form von PPM und BeWo seitens der Klienten ein.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	immer

<sup>544</sup> Vgl. Homepage der *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*:  
<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/chapter-v.htm>  
 Eingesehen am 15.05.2011, 11.15 Uhr.



10.1 Angst vor Statusverlust (z.B. soziale Wertschätzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	immer
10.2 Vermögensgrenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 Einkommensgrenzen (durch Arbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 Andere Hilfen des SGB sind vorrangig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 Andere Persönliche Gründe (z.B. Angst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Teilhabe/ Integration/ Soziale Netzwerke der Klienten**

11. In welcher Haushaltsform leben Ihre Klienten?

	ca. Anzahl
alleinstehend	
mit Angehörigen/Familie	
mit Partner	
Wohngemeinschaft	
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

12. Wie viel der Klienten, die Ihre Einrichtung betreut...

	ca. Anzahl
...leben in einer Beziehung?	
...sind verheiratet	
...haben einen oder mehrere Freunde?	

...haben einen festen Freundeskreis	
...haben Kinder	
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

13. Wie sichern Ihre Klienten insgesamt ihren Lebensunterhalt? Machen Sie eine Einschätzung (**ca.**) bezüglich der Anzahl.

	ja	nein	wenn ja, <b>ca.</b> Anzahl
durch ALGII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
durch GruSi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
durch EU Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
durch Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
durch Erwerbeseinkommen und GruSi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
durch GruSi und Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beziehen GruSi und sind < 65 J.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Formen/Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### **14. Einschätzung zur gesellschaftlichen Teilhabe:**

Bitte machen Sie eine Einschätzung zur Teilhabe Ihrer Klienten: Wie ist für die Klienten Ihrer Einrichtung insgesamt die Situation der Teilhabe in der Gesellschaft?

	nie	selten	teils/teils	Häufig	immer
14.1 Fühlen sich Ihre Klienten in der Gesellschaft angenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2 Leben Ihre Klienten hauptsächlich in einem sozialen Netz mit formellen (z.B. PPM-Betreuer, gesetzlicher Betreuer) Kontakten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3 Leben Ihre Klienten hauptsächlich in einem sozialen Netz, welches durch formelle Hilfen geschaffen wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	teils/teils	häufig	immer

14.4 Nehmen Ihre Klienten am kulturellen/gesellschaftlichen Leben ihres Stadtteils/ihrer Lebenswelt teil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Teil III: Fragen zu Arbeitsweisen der Ambulanten Eingliederungshilfe und ihrer Wirkung**

	Ja	Nein
15. Gibt es neben dem jeweiligen Betreuern für die Klienten eine zentrale Kontaktmöglichkeit per Telefon/Mail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ist es für andere Mitarbeiter neben dem jeweiligen Bezugsmitarbeiter möglich in die aktuelle Dokumentation Einblick zu nehmen, um in Notfällen vertretend tätig zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bietet Ihre Einrichtung eine Rufbereitschaft außerhalb der Betreuungszeiten (z.B. Wochenende/Nachts) für die Klienten an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Gruppenangebote:**

18.1 Bietet Ihre Einrichtung Gruppenangebote für die Klienten an?

Ja  Nein (weiter mit Frage 20.1)

Bitte machen sie eine Einschätzung zu den Gruppenangeboten:

	nie	eher selten	teils/teils	eher häufig	immer
18.2 Nehmen Ihre Klienten an Gruppenangeboten teil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.3 Werden in diesen Gruppenangeboten auch Bekanntschaften zwischen den Klienten gemacht, die dann über die Treffen in der jeweiligen Gruppe hinausgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Welche verschiedenen Formen von Gruppenangeboten und Aktivitäten bietet Ihre Einrichtung an:

<b>Gruppenangebote</b>	Ja	Nein
Kreativgruppen (z.B. Textil-,Kunst-, Theater-, Tanz-, Werk- und Gartengruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport-,Bewegungs- und Entspannungsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftsgruppen (z.B. Koch-, Back-, Frühstück-, Essensgruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturgruppen (Literatur-, Musik-, Film-, Foto-, Fest-, Ausflugs-, Reisegruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikations- Gesprächsgruppen (z.B. Gesundheits-,Gendergruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Offener Treff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, bitte nennen:		

**20. „Drehtüreffekt“ (wiederholte Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus) und Krisen**

Im folgenden (Fragen)Block bitte ich Sie um Ihre Einschätzung.

	stimme voll zu	stimme zu	teils, teils	lehne ab	lehne stark ab
20.1 In der ambulanten Eingliederungshilfe ist der „Drehtüreffekt“ immer wieder (bedeutendes) Thema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2 Durch PPM/BeWo kann „Drehtüreffekten“ entgegengewirkt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.3 Bei vielen der Klienten konnte der „Drehtüreffekt“ durch PPM/BeWo ganz vermieden werden, so dass regelmäßige stationäre Aufenthalte ausbleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.4 Krisen können während ihrer Arbeit im Vorfeld/vor Ausbruch erkannt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.5 Erkannten Krisen kann entgegengewirkt werden, so dass sie in einer geminderten Form auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimme voll zu	stimme zu	teils, teils	lehne ab	lehne stark ab
20.6 Anzeichen für eine mögliche Krise werden rechtzeitig erkannt, so dass durch Ihre Unterstützung die Krise ganz ausbleibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.7 Die Qualität der Kooperationen zwischen allen Beteiligten entscheidet über den Erfolg rückfallverhütender Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fragen zur Arbeitsweise**

<b>21. Methoden zur Falleinschätzung/Anamnese und zur weiteren Hilfeplanung</b>	Ja	Nein	Zum Teil
---	----	------	----------

21.1 Wird zu Beginn der Arbeit eine Analyse der eigenen Stärken und Ressourcen des Klienten durchgeführt? (Coping)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2 Wird zu Anfang eines Falls eine Ressourcen- und Netzwerkanalyse erstellt, um zu sehen, ob schon andere professionelle Dienstleister mit dem Klienten arbeiten oder gearbeitet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.3 Informieren Sie sich nach den informellen Ressourcen im Hilfenetzwerk des Klienten, wie z.B. Eltern, Geschwister, Nachbarn, Freizeitgruppen, Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.4 Lassen Sie sich von den Klienten selbst erklären, wie der Hilfebedarf ist und wie es zu den Problemen ihrer Ansicht nach kam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.5 Wird ein individueller <b>Hilfeplan mit</b> (Nah und Fern) <b>Ziele</b> durch die Betreuer gemeinsam mit dem Klienten erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.6 Arbeiten sie bei der Zielformulierung mit den <b>S.M.A.R.T.</b> Kriterien ( <b>S</b> pezifisch-konkret, <b>M</b> essbar, <b>A</b> ktiv-beeinflussbar, <b>R</b> ealistisch, <b>T</b> erminiert)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.7 Werden gemeinsam mit dem Klienten regelmäßig Korrekturen und Nachbesserungen an den (Nah- und Fern) Zielen erarbeitet, und somit auch Veränderungen bzw. Feinabstimmungen im Hilfeplan vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Zum Teil
21.8 Werden informelle Ressourcen aktiviert wie z.B. Freunde, Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.9 Werden formelle Ressourcen aktiviert wie z.B. Psychotherapeut, Schuldnerberatung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>22. Durchführung der Hilfe</b>	Ja	Nein	Zum Teil
22.1 Wird mit anderen formellen oder informellen Helfern im <b>Netzwerk</b> zusammengearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2 Wird der Einsatz verschiedener Fachkräfte allgemein durch Ihre Arbeit abgestimmt und koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.3 Wird am Anfang Kontakt zu anderen professionellen Hilfen des Beratungsprozesses gesucht, um einen fachlichen Austausch über die Problematik des Klienten zu ermöglichen und sich über bereits versuchte Lösungsansätze zu informieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.4 Wird innerhalb Ihrer Arbeit das Wissen über die Erkrankung (z.B. Umfang, spezielle Verhaltensweisen der Erkrankten) im informellen Hilfenetzwerk (Angehörige, Freunde) durch Sie vermittelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.5 Wird im Rahmen Ihrer Arbeit gemeinsam mit dem Klienten geschaut wer, was, wann, wie und von wem im Prozess des Hilfeverlaufs erwartet (Beispielsweise Austausch mit den verschiedenen Institutionen wie z. B. mit Ämtern wie dem JobCenter oder dem SpD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **23. Rolle und Selbstverständnis**

In den folgenden Fragen bitte ich Sie um Ihre Einschätzung. Wie bedeutend schätzen Sie...

	sehr bedeutend	bedeutend	teils, teils	eher nicht bedeutend	nicht bedeutend
23.1 ...die Rolle Ihrer Arbeit als Vermittler von Information innerhalb des <b>formellen</b> Hilfenetzwerks ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2 ...die Rolle Ihrer Arbeit als Vermittler von Information innerhalb des <b>informellen</b> Hilfenetzwerks ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.3 ...die Rolle Ihrer Arbeit als Vermittler von Information vom <b>formellen</b> Hilfenetzwerk zum Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.4 ...Ihre Netzwerkarbeit im gesamten Hilfesystem bezüglich Kosten-Ersparnisse ein (um z.B. Doppeldiagnosen zu vermeiden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.5 ..multiprofessionelle Zusammenarbeit für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.6 ...eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit mit festen oder stetigen Kooperationsstrukturen (in Form von konstanten Netzwerken der Dienstleistungsanbieter) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.7 Wie bedeutend ist Ihnen die Selbstbefähigung des Klienten in Ihrer Arbeit (Z.B. dass er die professionellen Dienste eigenständig aufsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.8 Wie bedeutend ist in der Arbeit Ihrer Einrichtung die Schaffung von Alltagsstrukturen für die Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.9 Wie bedeutend ist in der Arbeit Ihrer Einrichtung die berufliche Eingliederung der Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	sehr bedeutend	bedeutend	teils, teils	eher nicht bedeutend	nicht bedeutend
23.10 Wie bedeutend sind in der Arbeit Ihrer Einrichtung entlastende und reflektierende Gespräche mit den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr bedeutend	bedeutend	teils, teils	eher nicht bedeutend	nicht bedeutend
23.11 Wie bedeutend schätzen Sie aus Sicht des Klienten Ihre geleistete Betreuung ein, um die an den Klienten gestellten Anforderungen einzuhalten (z.B. Termin Jobcenter, Einkaufen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wie bedeutend ist die Begleitung durch Mitarbeiter des PPM/BeWo für die Klienten Ihrer Einrichtung zu...	sehr bedeutend	bedeutend	teils, teils	eher nicht bedeutend	nicht bedeutend
Ämtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtlichen Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkäufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Institutionen (Banken, Versicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



25. Wie wird die Begleitung durch Mitarbeiter PPM/BeWo der Klienten Ihrer Einrichtung von den einzelnen Berufsgruppen aufgenommen? Machen Sie jeweils eine Einschätzung zu den verschiedenen Berufsgruppen.

	sehr wichtig	wichtig	teils, teils	eher nicht wichtig	unwichtig
Amtsmitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juristen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewährungshelfern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtlichen Betreuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr wichtig	wichtig	teils, teils	eher nicht wichtig	unwichtig
Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufscentermitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Arbeitshaltung/Arbeitsbeziehung/Arbeitsweisen**

	Ja	Nein	Kenne ich nicht
26.1 Haben Sie im Unterstützungsprozess eine lebensweltorientierte Grundhaltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.2 Wird im Rahmen ihrer Arbeit sozialraumorientiert gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.3 Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung mit dem Handlungskonzept Empowerment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.4 Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung nach dem bio-psycho-sozialen Modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.5 Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung nach dem Person-in Environment Modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.6 Arbeiten die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung mit der Methode des Case-Managements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.7 Können Sie dem Klienten durch den Informationsaustausch im Hilfsnetzwerk helfen, die an ihn gestellten Anforderungen zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

26.8 Können durch eine „oft engere“ professionelle Arbeitsbeziehung zwischen Mitarbeitern und Klienten andere professionelle Dienstleistern im Hilfesystem bezüglich des „teils schwierigen“ Umgangs unterstützt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26.9 Wird für die Klienten in einer schwierigen Situation, welche sie überfordern kann (wie beispielsweise bei Behörden oder gegenüber anderen Beteiligten des Hilfenetzwerks) eine Position der Klientenfürsprache/anwaltschaftliche Vertretung für den Klienten eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **27. Fragen zur Qualitätsmanagement:**

In welcher Frequenz nehmen die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung an folgenden Angeboten Teil...?

	nie	wöchentlich	alle zwei Wochen	monatlich	jährlich	bei Bedarf	gibt es nicht
27.1 Weiter- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.2 Supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.3 Kollegiales Coaching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.4 Teamsitzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.5 Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.6 Evaluation (Klientenzufriedenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **28. Fragen zu Arbeitszufriedenheit**

Zum Abschluss möchte ich gerne von Ihnen wissen, wie zufrieden Sie mit Ihrer Situation und den allgemeinen Rahmenbedingungen der Einrichtung sind. Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

Wie zufrieden sind sie mit Ihrem/Ihrer...	überhaupt nicht zufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	voll und ganz zufrieden
28.1 Budget/ Finanziellen Mitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.2 mit den Gehältern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.3 Berufsaussichten (zukünftige Nachfrage in den Bereichen PPM/BeWo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.4 Ausstattung mit Arbeitsmitteln und -plätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.5 gesetzlichen Rahmenbedingungen, die durch das SGB geschaffen wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind sie mit Ihrem/Ihrer...	überhaupt nicht zufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	voll und ganz zufrieden
28.6 gesetzlichen Rahmung der Globalrichtlinien für PPM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.7 Vermögens und Einkommensgrenzen im Sozialhilferecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.8 Zusammenarbeit mit anderen Institutionen/ Trägern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.9 mit der Anerkennung Ihrer Arbeit durch das Klientel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.10 Anerkennung seitens der Öffentlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.11 Der trägerinternen Zusammenarbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich danke Ihnen sehr für die Zeit, die Sie sich zum Ausfüllen des Fragebogens genommen haben. Die Auswertungen dieses Fragebogens werden im Rahmen meiner Master-Thesis präsentiert.

#### **Anhang 4: Definition Case Management (DGS)**

Ausführliche Definition von Case Management der Fachgruppe CM der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS). Die DGS hat die Verbreitung, Förderung und Weiterentwicklung von CM als Ziel. Im Juni 2005 wurde durch die Begleitung der Fachgruppe CM der DGS die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) gegründet. Sprecher der DGS-Fachgruppe und stellvertretender Vorsitzender der DGCC ist Prof. Dr. Peter Löcherbach, welcher die folgende Definition von CM auf seiner Homepage anbietet.<sup>545</sup>

„Case Management oder Unterstützungsmanagement, zunächst als Erweiterung der Einzelfallhilfe in den USA entwickelt, ist zu einer methodischen Neuorientierung in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen geworden. Systemische und ökosoziale Perspektiven kommen in dieser Konzeption grundlegend zum Ausdruck. Case Management soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird. Nicht die Qualitäten als Berater/-in allein sind gefragt, sondern die als Moderatoren mit Letztverantwortung, die im Prozess der Hilfe die Bedürfnisse der Klienten einschätzen, die die Planung und Sicherung der Bereitstellung medizinischer und sozialer Dienstleistungen koordinieren, die Prioritäten setzen und ggf. zukünftig Standards erarbeiten bzw. festlegen und für ihre Einhaltung sorgen. Ziel ist eine Qualitätsgewährleistung, die untrennbar verknüpft ist mit der Sicherung von Konsumentenrechten.

Relevant im Case Management ist die Unterscheidung von Fallmanagement (Optimierung der Hilfe im konkreten Fall) und Systemmanagement (Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich). Die Übergänge von Systemmanagement zum Care Management sind fließend.“<sup>546</sup>

---

<sup>545</sup> Vgl. Homepage der Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit: *Case Management*

<http://www.case-manager.de/wasist.html>  
Eingesehen am 23.05.2012, 18.15 Uhr.

<sup>546</sup> Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit: *Was ist CM?*  
<http://www.case-manager.de/wasist.html>  
Eingesehen am 21.05.2012, 18.00 Uhr.

## Anhang5: „Praxeologisch fundiertes Denken und Handeln in der Beratung“

Tabelle: „Praxeologisch fundiertes Denken und Handeln in der Beratung“<sup>547</sup>

Fach- und Prozesskompetenzen	Praxeologisch fundiertes Denken und Handeln in der Beratung
<i>Haltungen</i>	
Verständnis	Verständnis für die Befindlichkeit der ratsuchenden Person bekunden.
Affekte zulassen	Gelegenheit zur Affektabfuhr geben, aber keine Bestätigung oder gar Bearbeitung der Affekte; denn so würde eine Quasi Psychotherapie eröffnet mit nicht gewünschten regressiven Aspekten, die die Zielsetzung der Beratung stört. Im Einzelfall (Schutz) Maßnahmen zur Affektbegrenzung fördern und durchsetzen helfen.
Empathie	Empathie entwickeln als Fähigkeit darauf zu achten, wie Verhalten des ratsuchenden Klienten auf das eigene Handeln als Berater/in einwirkt. Sich als Berater/in darauf einstellen zu verstehen, jedoch nicht alle Verhaltensweisen zu akzeptieren.
<i>Wissen und Können</i>	
Fachwissen und kommunikative Kompetenz	Für die Durchführung der bisherigen und folgenden Schritte ist Fachwissen und kommunikative Kompetenz notwendig. Dies ist eine komplexe Fähigkeit und Fertigkeit, in die unter besonderer Berücksichtigung der Empathie theoriegeleitetes Praxiswissen und -können einfließen. Die Kunst der so verstandenen Kommunikation und Interaktion liegt darin, sowohl Verständnis für die ratsuchende Person aufzubringen als auch zumutbare Impulse zu geben, um möglichst die Hilfe zu Selbsthilfe zu stärken. In Einzelfällen bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung ist eine eingreifende Hilfestellung im Sinne des Schutzes zu gewähren. Besonders in eingreifenden Hilfestellungen ist kompetent kommunizieren können eine Voraussetzung dafür, auch nach einem Eingriff die Beratung angemessen fortsetzen zu können
<i>Beratungsprozess</i>	
Ausgangspunkt	Die subjektive Sicht des Problems der ratsuchenden Person ist der entscheidende Ausgangspunkt für den Beratungsprozess
Problemdefinition	Die gegenwärtige Situation ist genau zu eruieren. Es ist möglichst mit der ratsuchenden Person herauszuarbeiten, welches Anliegen bzw. Problem sie hat, seit wann dieses besteht, wer daran beteiligt ist und in welchem Ausmaß selbst- oder fremdgefährdende Motive das Denken und Handeln mitbestimmen. Diese Problemdefinition kann einen

<sup>547</sup> Ortman, Karlheinz; Schaub, Heinz-Alex: *Die Bedeutung des Zusammenwirkens von Praxis, Theorie und Forschung für eine praxeologisch begründete klinische Sozialarbeit*. In: *neue Praxis*, Jg. 34, Heft 6, 2004, S. 607 ff.

	umfangreichen Teil des gesamten Beratungsprozesses ausmachen und ist sehr konkret zu halten, weil sie auf spezifische Möglichkeiten sozialarbeiterischer Intervention hinweist
Vorgeschichte	Soweit wie zum Verständnis der gegenwärtigen Situation des präsentierten Problems nötig, ist die Vorgeschichte zu erfahren. (Wie lange besteht das Problem und was ist zu seiner Lösung bisher unternommen worden?)
Kontext	Der Kontext des Problemfeldes ist zu erweitern und zu vertiefen
Rolle und Konzept	Die Rolle der ratsuchenden Person in diesem Kontext ist zu klären. Damit wird die Möglichkeit eruiert, in wie weit sie selbst in der Lage ist, das Problem zu lösen oder auf materielle und/oder personale Hilfe oder auf besonderen Schutz angewiesen ist. Es muss deshalb auf der Seite des Sozialarbeiters/ der Sozialarbeiterin ein generalistisches Konzept dafür vorhanden sein, wie die Problemstellung der ratsuchenden Person möglichst umfassend (soziopsychosomatisch) verstanden werden kann.
<i>Problemlösungsstrategien</i>	
Positive Konnotation als methodischer Grundsatz	Die lösungsbehinderten Eigenheiten der ratsuchenden Person sind zu klären, zu benennen und in der Regel positiv zu konnotieren. Mit einer benennenden, positiv konnotierenden Intervention wird der Selbstwert der ratsuchenden Person gestärkt und die Möglichkeit einer <i>Distanzierung</i> von bisherigem Verhalten potentiell vorbereitet. Bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung sollte das Verhalten zwar als Lösungsversuch benannt, jedoch als inakzeptabel gewertet werden.
Ziel	Das konkrete <i>Ziel der Beratung</i> , wird wiederholt überprüft. Dieses Ziel muss im eigenen Handlungsbereich der ratsuchenden Person liegen und mögliche sozialarbeiterische Hilfemaßnahmen berücksichtigen. Die Zielsetzung sollte handlungsnah überprüft werden. Bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung muss im Einzelfall die konkrete Zielsetzung formuliert und in Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Institutionen durchgesetzt werden.
Verhalten	Es gilt auch herauszuarbeiten, welches Verhalten die ratsuchende Person evtl. ändern kann und/oder muss, um das erarbeitete konkrete Ziel im eruierten Kontext zu erreichen. Je realitätsbezogener dies betrachtet werden kann, desto naheliegender sind konkrete Lösungsschritte, die die ratsuchende Person selbst durchführen kann.
Beziehungen und Loyalitäten	Es ist zu überprüfen, ob sächliche Hilfestellungen, neue Verhaltensweisen und Orientierungen mit der Lebensweise, den Werten, relevanten Beziehungen und Loyalitäten der ratsuchenden Person vereinbar sind. Falls dies nicht der Fall ist, müssen diese überprüft und das Ziel modifiziert werden. Es ist deshalb

	<p>der Dispositionsrahmen zu klären, in dem die ratsuchende Person steht. Evtl. können konkrete Hausaufgaben gegeben werden, die bis zum nächsten Beratungsgespräch erledigt werden sollten. Bei Selbst-und/oder Fremdgefährdung ist der Dispositionsrahmen in besonderer Weise zu klären. Dabei sind interdisziplinäre, mittel-oder langfristig angelegte Interventionen (z.B. Casemanagment) als weiterführende Beratungsangebote zu erwägen.</p>
Absprachen	<p>Die Abstände zwischen Beratungsgesprächen sind abzusprechen und so zu gestalten, dass Chancen erprobt werden können, mögliche notwendige Hilfestellungen oder Veränderungen im Alltag auch durchzuführen</p>

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Master-Thesis selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Hamburg, \_\_\_ Juni 2012

(Jan Lohmann)