

- zur-praxis/++co++78aa5846-3690-11e4-b7f7-52540023ef1a (veröffentlicht 2013, abgerufen am 12.10.2016)
- Institut DGB-Index Gute Arbeit** (Hrsg.): Der Report 2013. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. In: <http://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/jahresreports/++co++20acc212-dec2-11e3-a855-52540023ef1a> (veröffentlicht 2014, abgerufen am 12.10.2016)
- Karges**, Rosemarie; Lehner, Ilse M.: Soziale Arbeit zwischen eigenem Anspruch und beruflicher Realität – Veränderung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsvollzüge. In: Dahme, Heinz-Jürgen; Otto, Hans-Uwe; Trube, A.; Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat. Opladen 2003, S. 333-368
- Klein**, Uta; Wulf-Schnabel, Jan: Männer auf dem Weg aus der Sozialen Arbeit. In: WSI Mitteilungen 3/2007, S. 138-144
- Klomann**, Verena: „Helfer/innen am Limit?!.“ Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Sozialen Diensten der Jugendämter. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis 4/2014, S. 115-120
- Klomann**, Verena: Arbeitszufriedenheit sowie Stress- und Beanspruchungserleben in den Sozialen Diensten der Jugendämter. In: Unsere Jugend 10/2016, S. 411-418
- Mohr**, Simon: Einrichtungsbindung und Wechselbereitschaft als Herausforderung für das Personalmanagement. In: Hagen, Björn (Hrsg.): Zukunft Personalentwicklung für Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe. Abschlussdokumentation des EREV-Projektes ZuPe. Hannover 2013, S. 34-44
- Mohr**, Simon: Soziale Arbeit als Profession – eine Organisationsanalyse. In: neue praxis 4/2015, S. 400-419
- Mohr**, Simon; Ziegler, Holger: Soziale Arbeit und professionelle Organisationen. In: Hagen, Björn (Hrsg.): Zukunft Personalentwicklung für Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe. Abschlussdokumentation des EREV-Projektes ZuPe. Hannover 2013, S. 9-23
- Rose**, Barbara; Wulf-Schnabel, Jan: Von der Schwierigkeit, die Lohnarbeitsverhältnisse zum Thema zu machen. In: Widersprüche 2/2013, S. 87-109
- Seckinger**, Mike; Gragert, Nicola; Peucker, Christian; Pluto, Liane: Arbeitssituation und Personalbemessung im ASD. Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung. DJI. In: [http://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs/64\\_9515\\_ASD\\_Bericht.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/64_9515_ASD_Bericht.pdf) (veröffentlicht 2008, abgerufen am 22.12.2015)

# GESUNDHEITSARBEIT UND SOZIALE ARBEIT | Awareness, Beratungsprävalenz und Professionsverantwortung bei psychischen Störungen

**Andrea Riecken**

**Zusammenfassung** | Die Studie beschäftigt sich mit sozialer Gesundheitsarbeit in sozialen Diensten außerhalb des Gesundheitswesens anhand von Awareness, Beratungsprävalenz und Professionsverantwortung (Wissen, Einstellung und Handlungskompetenz) bei psychischen Störungen. An der durchschnittlichen Höhe der geschätzten Beratungsprävalenz für psychische Erkrankungen von fast 50 Prozent zeigt sich die Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit. Es konnten Hinweise auf einen Unterschätzungeffekt in einigen Praxisfeldern sowie eine geringere Awareness gefunden werden.

**Abstract** | The study deals with social health work in social services outside the health care system by referring to factors like awareness, counselling rates, and professional responsibility (knowledge, skills and attitude) in relation to mental disorders. As can be seen from an average counselling rate of almost 50 percent, this topic is relevant in social work. It became evident that some fields of practice display underestimation and a low degree of awareness.

**Schlüsselwörter** ► psychische Störung  
 ► Soziale Arbeit ► Gesundheit  
 ► Professionalisierung ► Beratung

**1 Einleitung | 1-1 Psychische Störungen in der Bevölkerung** | Körperliche und seelische Gesundheit können in jeder Altersstufe gefährdet sein. Für den Kinder- und Jugendbereich zeigen das die Studienergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS) (Hölling u.a. 2014, Schlack u.a. 2008). Je nach Studienlage ist bei Kindern und Jugendlichen von einer Prävalenz von 10 bis 20 Prozent für psychische Auffälligkeiten auszugehen (Hölling u.a. 2014, S. 816). Im Erwachsenenalter gefährden psychische Störungen vor allem die berufliche Teilhabe. Sichtbar wird diese Entwicklung an der Zunahme

von Arbeitsunfähigkeitstagen (Lohmann-Haislah 2012, Jacobi 2009) und der steigenden Zahl von Bezieherinnen und Beziehern einer Erwerbsminderungsrente (Dannenberg u.a. 2010) aufgrund psychischer Störungen. Außerdem werden Menschen mit einer psychischen Behinderung mit steigender Tendenz in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) aufgenommen (Detmar u.a. 2008). Ein schlechter sozioökonomischer Status ist ferner mit einem erhöhten Risiko für depressive Erkrankungen und andere psychische Störungen assoziiert (Busch u.a. 2013, S. 738, Jacobi u.a. 2014). Auch für Hochbetagte gibt es besondere Gesundheitsrisiken. Bereits 1997 ermittelte die Berliner Altersstudie eine Zunahme der Demenz im höheren Lebensalter (Reischies u.a. 1997, Ziegler; Doblhammer 2009). Da psychische Störungen zu vielfältigen psychosozialen Folgen führen können, treffen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in allen Praxisfeldern auf psychisch erkrankte Klienten und Klientinnen, unabhängig davon, ob es sich um „Sozialarbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ oder „gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in sozialen Diensten und Projekten außerhalb des Gesundheitswesens“ handelt (Franzkowiak 2009, S. 66).

Die Diskussion, ob psychische Störungen in den letzten Jahren zugenommen haben, wird kontrovers geführt (Spießl; Jacobi 2008). Festzustehen scheint, dass solche Störungen ausgesprochen häufig sind, aber früher in ihrem Aufkommen unterschätzt wurden, weshalb von einem Unterschätzungseffekt gesprochen wird (Jacobi 2009, S. 17 ff.). Ihr heutiger Anstieg ist deshalb keine tatsächliche Zunahme, sondern ein Effekt, der mit einer veränderten Awareness, einer verbesserten Diagnostik, einem veränderten Kankschreibeverhalten und einer höheren Repräsentativität aktueller Studien erklärt werden kann (Jacobi 2009, S. 17). Gestiegene Prävalenzen sind deshalb auch kein Artefakt, sondern vielmehr ein Ausdruck davon, dass nun psychische Störungen identifiziert werden, die bisher übersehen wurden. Kritiker hoher Prävalenzraten argumentieren nicht selten, „dass nicht sein kann, was nicht sein darf“. Allerdings ist eine Lebenszeitprävalenz von 50 Prozent für psychische Störungen sehr wahrscheinlich, da sie für körperliche Erkrankungen bei über 60 Prozent liegt (ebd., S. 17). Das Erstaunen über hohe Prävalenzraten von psychischen Störungen in der Bevölkerung hängt möglicherweise mit ihrer Stigmatisierung zusammen (ebd.). Psychische Störungen scheinen so stark als

Stigma erlebt zu werden, dass man ihr Vorkommen lieber als gering einschätzt. Gegen eine „Psychatriierung normaler Probleme“ sprechen außerdem die zuvor erwähnten Arbeitsunfähigkeitstage, die bei denjenigen mit aktueller psychischer Diagnose doppelt so hoch sind wie bei denjenigen ohne eine psychische Problematik (ebd., S. 19).

**1-2 Soziale Gesundheitsarbeit außerhalb des Gesundheitswesens** | Eine Übertragung der Ergebnisse auf die soziale Gesundheitsarbeit führt zu der Frage, ob Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter das Aufkommen psychischer Störungen bei Klienten und Klientinnen unterschätzen. Sinnvollerweise kann der Unterschätzungseffekt nur in sozialen Diensten außerhalb des Gesundheitswesens, wo nicht die Heilbehandlung oder die medizinische Rehabilitation im Vordergrund stehen, untersucht werden, weil zu erwarten ist, dass dort die Awareness gegenüber psychischen Störungen geringer ist als in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Allerdings gilt diese Annahme nicht für Sozialpsychiatrische Dienste, die zwar kommunal, also nicht von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern finanziert werden, deren Leistungsauftrag aber ausschließlich in der Unterstützung psychisch erkrankter Klienten und Klientinnen liegt. Deshalb wurden sie von vornherein aus der Untersuchung ausgeschlossen. Berücksichtigt wurden hingegen soziale Dienste, die Leistungen der Eingliederungshilfe anbieten, weil hier der Auftrag in der Teilhabeförderung liegt.

Aufgrund des Unterversorgungseffekts, der besagt, dass sowohl das Behandlungsangebot als auch das Inanspruchnahmeverhalten nicht dem „wahren“ Bedarf entspricht (Jacobi 2009, S. 19), ist gleichzeitig davon auszugehen, dass Klienten und Klientinnen mit psychischen Erkrankungen zu allererst durch soziale Dienste außerhalb des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel durch Beratungsstellen und andere niederschwellige Angebote, unterstützt werden, bevor sie in eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung gelangen. Wenn diese Annahme zutrifft, dann ist zum einen mit einem hohen Aufkommen psychisch erkrankter Klienten und Klientinnen in sozialen Diensten außerhalb des Gesundheitswesens zu rechnen und zum anderen stellt sich die Frage, ob Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter diesem Umstand mit einer hohen Professionsverantwortung Rechnung tragen.

**1-3 Professionsverantwortung und Awareness | Professionsverantwortung** beschreibt in dieser Untersuchung zunächst einmal ganz allgemein das Ausmaß, in dem sich Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter dem Thema psychische Störungen annehmen. Eine hohe Professionsverantwortung liegt zum Beispiel vor, wenn Fachkräfte sich als eine Art Frühwarnsystem verstehen und Klienten und Klientinnen zur diagnostischen Abklärung ihrer psychischen Probleme motivieren. Aber auch eine solide Kenntnis psychischer Störungen und eine psychoedukative Arbeitsweise sind Ausdruck einer hohen Professionsverantwortung. Ferner zeigt sie sich in einer guten Perspektivenübernahme und einer störungsspezifischen Ausrichtung der Beratungsarbeit (Gebbe; Riecken 2011). Um die Mehrdimensionalität von Professionsverantwortung abzubilden, erfolgt in dieser Untersuchung eine Operationalisierung über die Ebenen Wissen, Einstellungen und Handlungskompetenzen.

Ein Maß für die Awareness ist in dieser Studie die Initiative des Informationsgewinns, also das regelhafte Nachfragen der Fachkräfte nach psychischen Störungen. Um die kontextuelle Eingebundenheit der Professionsverantwortung zu berücksichtigen, wurden Informationen zum Praxisfeld und zur organisationsbezogenen Handlungspraxis erhoben. Die Untersuchung versucht vor dem Hintergrund dieser kontextuellen Eingebundenheit Zusammenhänge zwischen Awareness, Beratungsprävalenz (BP) (als Einschätzung des Aufkommens psychischer Störungen in der Einrichtung) und Professionsverantwortung zu bestimmen.

**2 Methode und Stichprobenbeschreibung |** Zur Überprüfung der Fragen führten Studierende im Rahmen der Lehrveranstaltung Klinische Sozialarbeit des Studiengangs Soziale Arbeit an der Hochschule Osnabrück im Wintersemester 2016/2017 die Untersuchung zum Thema Gesundheitsförderung im Sozialwesen durch. Dazu wurden auf der Grundlage eines teilstandardisierten Fragebogens 61 Einrichtungen aus verschiedenen Praxisfeldern befragt (siehe Tabelle 1). Pro Einrichtung sollte eine Person, die über ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit verfügte, einzbezogen werden. Die Befragten nahmen freiwillig an der Untersuchung teil und die Daten wurden anonymisiert ausgewertet. Der Fragebogen unterteilte sich in einen allgemeinen Teil (Teil1) mit den Rubriken 1. Soziodemographische Daten (4 Items), 2. Daten

zum Vorkommen psychischer Erkrankungen (4 Items, unter anderem ein Item zur Beratungsprävalenz), 3. Daten zur organisationsbezogenen Handlungspraxis (5 Items), 4. Daten zur Awareness (1 Item) sowie in einen speziellen Teil (Teil 2) mit den Rubriken 5. Daten zu Einstellungen (11 Items), 6. Daten zum Wissen (4 Items) und 7. Daten zu Handlungskompetenzen (4 Items) für die Professionsverantwortung. Die Items der Rubriken 5, 6 und 7 wurden mit einer fünfstufigen Likert-Skala von „trifft nicht zu“ (1) bis „trifft voll zu“ (5) erhoben. Die Items zur Dokumentationspraxis waren offen formuliert.

Die Auswertungen erfolgten über Korrelationsberechnungen und die Ermittlung von prozentualen Häufigkeiten sowie Mittelwertvergleiche. Da die meisten Variablen nicht normalverteilt sind, wurde mit non-parametrischen Verfahren gerechnet (Korrelationen nach Spearman und Mittelwertvergleiche mit dem U-Test von Mann und Whitney).

Das Alter der 61 Befragten lag im Durchschnitt bei 44,9 Jahren ( $SD=11,9$ ), die Altersspanne lag zwischen 22 und 63 Jahren. Fünf Personen gaben ihr Alter nicht an. Die durchschnittliche sozialarbeiterische Berufserfahrung lag bei 17,8 Jahren ( $SD=10,7$ ), dabei lag die kürzeste Berufstätigkeit bei einem Jahr und die längste Berufserfahrung bei 40 Jahren. Alter und Berufserfahrung hatten keinen Einfluss auf Awareness, Beratungsprävalenz und Professionsverantwortung.

Eine Studienlimitation ergibt sich aufgrund der Stichprobengröße aus der eingeschränkten Repräsentativität der Studie. Zudem müssen die Ergebnisse aufgrund von teilweise kleinen Stichproben in Untergruppen zurückhaltend interpretiert werden. Außerdem erfasst die Studie kein breiteres Meinungsspektrum innerhalb der Einrichtung, da nur eine Fachkraft pro Einrichtung befragt wurde. Ein sozial erwünschtes Antwortverhalten kann im Einzelfall nicht ausgeschlossen werden, jedoch wurde im Durchschnitt nicht unerwartet positiv geantwortet.

**3 Ergebnisse | 3-1 Psychische Erkrankungen im Kontext praxisfeldbezogener Aufgaben |** Die Arbeit mit psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen ist für viele Fachkräfte alltägliche Praxis und somit kein Randphänomen sozialer Gesundheitsarbeit in sozialen Diensten außerhalb des Gesund-

**Tabelle 1: Geschätzte Beratungsprävalenzen (BP) nach Praxisfeldern**

Praxisfelder gruppiert	Anzahl der beteiligten Einrichtungen	Anteil psychisch erkrankter Klienten*			Anteil der Befrag- ten, die von einer Zunahme ausgehen*
		M	SD	Minimal	
<b>Wohnen</b>					
Ambulant betreutes Wohnen	5	75,0	36,5	18,0	100,0
Stationär betreutes Wohnen	4	100,0	0,0	100,0	100,0
Wohnungslosenhilfe	2	70,0	0,0	70,0	70,0
Altenheime	4	58,0	28,3	30,0	92,0
Mutter-Kind-Einrichtung	4	85,0	9,1	75,0	95,0
Stationäre Jugendhilfe	4	58,7	20,9	30,0	80,0
<b>Bildung und Arbeit</b>					
Schulsozialarbeit	4	12,6	15,1	2,0	30,0
Offene Jugendarbeit	5	18,2	27,9	1,0	60,0
WfbM	4	72,5	41,9	10,0	100,0
Tagesstätten	4	100,0	0,0	100,0	100,0
<b>Sonstige Angebote</b>					
Allgemeine Sozialberatung	4	30,0	18,7	5,0	50,0
Schuldnerberatung	2	10,0	2,8	8,0	12,0
Familienberatung	4	19,5	15,4	3,0	40,0
Migrationssozialarbeit	4	11,0	12,6	4,0	30,0
Straffälligenhilfe	4	23,0	15,2	5,0	40,0
Rechtliche Betreuung	3	50,0	39,9	5,0	75,0
<b>Gesamt im Durchschnitt</b>	<b>61</b>	<b>51,3</b>	<b>37,2</b>	<b>29,1</b>	<b>67,1</b>

Anmerkungen: M=Mittelwert; SD=Standardabweichung \* (in Prozent)

heitswesens. Diese Erkenntnis ergibt sich aus der durchschnittlichen Beratungsprävalenz, nach der die Hälfte aller Klienten und Klientinnen eine psychische Störung aufweisen ( $M=51,3\%$ ,  $SD=37,2\%$ ). Gestützt wird dieses Ergebnis durch die in der Fachliteratur diskutierte Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen von 50 Prozent. Die Höhe der durchschnittlichen Beratungsprävalenz ist auch ein Ausdruck eines erlebten Anstiegs von psychischen Störungen. So geben 61 Prozent der Fachkräfte an, dass sich der Anteil von psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen in den letzten fünf Jahren erhöht hat. Da die Angaben zur Beratungsprävalenz zwischen den Praxisfeldern deutlich variieren, ist zu überprüfen, ob möglicherweise ein Zusammenhang mit der Awareness besteht, da es eine größere Gruppe von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern (37,7 %) gibt, die nicht regelhaft nach psychischen Störungen fragt.

Um zu verstehen, wie Awareness und Beratungsprävalenz zusammenhängen, wurden praxisfeldbezogene Annahmen bezüglich der Höhe der Beratungs-

prävalenz formuliert. Bei Praxisfeldern aus dem Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe wurde zum Beispiel erwartet, dass die Schätzwerte überdurchschnittlich sind, weil die Zugangsvoraussetzungen für dieses Leistungsangebot gut sind und weil die Eingliederungshilfe, die unter anderem chronisch psychisch erkrankte Menschen in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesstrukturierung unterstützt, zu einer zentralen Säule der psychiatrischen Grundversorgung außerhalb des Gesundheitswesens geworden ist. Ebenfalls überdurchschnittliche Schätzwerte wurden aufgrund einer veränderten Zuweisungspraxis der Jugendämter, die dem Paradigmenwechsel „ambulant vor stationär“ folgt, für die stationäre Jugendhilfe und die Mutter-Kind-Einrichtungen angenommen. Da psychische Störungen oft mit erheblichen Teilhabeeinbußen einhergehen, die sich beispielsweise im Verlust der eigenen Wohnung äußern können, und Wohnungslosigkeit wiederum die psychische Gesundheit stark beeinträchtigt, wurde auch im Praxisfeld Wohnungslosenhilfe mit einem überdurchschnittlichen Schätzwert gerechnet (Bäuml u.a. 2017). Gleches gilt für

**Tabelle 2: Wissen zu psychischen Erkrankungen**

<b>Wissen</b>	<b>Rating</b>			<b>Prozent</b>	
<b>Allgemeines Wissen</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Z</b>	<b>T</b>	<b>A</b>
Mit psychischen Störungen kenne ich mich sehr gut aus	3,5	0,9	50,8	34,4	14,8
Ich nutze Selbsthilfeleratur, um mich über psychische Erkrankungen zu informieren	2,4	1,0	18,0	27,9	54,1
<b>Störungsspezifisches Wissen</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Z</b>	<b>T</b>	<b>A</b>
Mit Abhängigkeitserkrankungen kenne ich mich sehr gut aus	3,5	0,9	52,4	32,8	14,8
Von der DBT (Dialektisch-Behavioralen-Therapie) habe ich schon viel gehört	2,4	1,6	26,2	16,4	57,3

Anmerkungen: M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Z=Zustimmung; T=Teils/Teils; A=Ablehnung

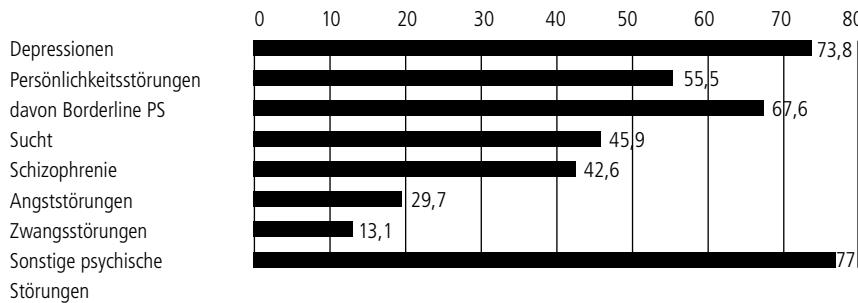
die Altenhilfe, wo eine hohe Prävalenz für demenzielle Erkrankungen im Alter überdurchschnittliche Schätzwerte wahrscheinlich machen. Wie die Ergebnisse in Tabelle 1 zeigen, haben sich diese Annahmen durchgehend bestätigt.

Gleichwohl gibt es Praxisfelder, die unterhalb der durchschnittlichen Beratungsprävalenz liegen, wofür sich mehrere Erklärungen anbieten. So kann es sich um Praxisfelder handeln, in denen tatsächlich deutlich weniger psychisch erkrankte Klienten und Klientinnen anzutreffen sind, so dass ein unterdurchschnittlicher Schätzwert die Situation genau wiedergibt. Hier wäre zum Beispiel an Praxisfelder wie die Schulsozialarbeit oder die Migrationssozialarbeit zu denken, letztere jedoch mit Ausnahme der Flüchtlingssozialarbeit, die nur ein Teilbereich der Migrationssozialarbeit ist (siehe Tabelle 1). Allerdings kann die Annahme einer geringen Störungsprävalenz auch dazu führen, dass das Auftreten psychischer Störungen von Fachkräften systematisch unterschätzt wird und deshalb ein regelmäßiges Nachfragen unterbleibt. In einem solchen Fall würde die Awareness mit der Beratungsprävalenz korrelieren. Und schließlich kann ein unterdurchschnittlicher Schätzwert ein Produkt aus beiden Erklärungen sein. Der leichte Zusammenhang zwischen Awareness und Höhe der Beratungsprävalenz ( $r=.426$ ,  $p\leq 0.001$ ) könnte ein Hinweis auf einen Unterschätzungseffekt sein, weil weniger Nachfrage weniger Prävalenz erzeugen kann. Dieses bestätigt auch der Mittelwertvergleich zwischen den Awarenessgruppen ja/nein und der Beratungsprävalenz ( $p\leq 0.001$ ), der besagt, dass bei Bestätigung des Nachfragens eine höhere Beratungsprävalenz genannt wurde ( $M=62,6$  zu  $M=31,1$ ).

**3-2 Organisationsbezogene Handlungs-praxis** | Mit der Kategorie „Organisationsbezogene Handlungspraxis“ wurden Fragen zur *Ausrichtung der Einrichtung*, zur *Dokumentationspraxis* und zu den *Möglichkeiten des Eigenstudiums* untersucht, um zu klären, inwieweit die Arbeit mit psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen in einer Einrichtung verankert ist und wie sie sich in den Arbeitsroutinen abbildet. Die Ergebnisse zeigen Entwicklungslücken in den Bereichen Konzept, Dokumentation und Möglichkeiten des Eigenstudiums. Zwar korreliert die Beratungsprävalenz mit der Spezialisierung ( $r=.710$ ,  $p\leq 0.01$ ) und der Konzeptentwicklung ( $r=.605$ ,  $P\leq 0.01$ ), das heißt je höher die Anzahl der psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen geschätzt wurde, desto häufiger waren Einrichtungen mit einer Spezialisierung und einem Konzept darauf eingestellt, aber die Mehrheit der Einrichtungen (60,7 %) reagiert nicht mit speziellen Konzepten auf das durchschnittlich hohe Aufkommen psychisch erkrankter Klienten und Klientinnen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Dokumentationspraxis. Eine deutliche Mehrheit der Befragten (62,3 %) dokumentiert wenig bis gar nichts zu den psychischen Erkrankungen ihrer Klientel. Und selbst von denjenigen Fachkräften, die Awareness zeigen, nimmt lediglich die Hälfte (47,4 %) eine umfassende Dokumentation mit Vermerken zur Diagnose, zu Vorbehandlungen, zum Verlauf und zu Veränderungen im aktuellen psychischen Befinden vor. Zudem bieten sich für Fachkräfte am Arbeitsplatz wenig Möglichkeiten des Eigenstudiums, weil ihnen Fachliteratur zu psychischen Erkrankungen nur in geringem Umfang zur Verfügung steht ( $M=3,3$ ,  $SD=1,4$ ). Dieses Ergeb-

**Abbildung 1: Geschätzte Verteilung der Diagnosen (Mehrfachnennung)**



Anmerkung: In der Kategorie sonstige psychische Störungen wurden seltener genannte psychische Störungen wie ADHS, Demenz, PTBS, bipolare Störungen etc. zusammengefasst.

nis könnte ein Hinweis darauf sein, dass Einrichtungen möglicherweise ihren Bestand an Fachliteratur nicht den gegebenen Herausforderungen anpassen.

**3-3 Professionsverantwortung 1: Wissen |**  
Soziale Gesundheitsarbeit setzt ein fundiertes Wissen über psychische Störungen voraus, weshalb mit Fragen zum *allgemeinen* und zum *störungsspezifischen Wissen* dieser Teilbereich der Professionsverantwortung erheben wurde (siehe Tabelle 2). Die Ergebnisse enthalten Hinweise auf Defizite beim allgemeinen Wissen, die mit der Awareness ( $r=.520, p\leq.001$ ) und der Höhe der Beratungsprävalenz ( $r=.726, p\leq.001$ ) korrelieren. Das bedeutet, dass Fachkräfte, die nicht regelhaft nach psychischen Störungen fragen und zugleich eine geringere Beratungsprävalenz angeben, über weniger allgemeines Wissen verfügen als diejenigen, die Awareness zeigen und häufiger mit psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen arbeiten. Eine wichtige Technik, um Klienten und Klientinnen sowie Angehörige im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe beim Verstehen und Bewältigen von psychischen Erkrankungen zu unterstützen, ist der Einsatz von Selbsthilfeleratur. Da Fachkräfte diese Informationsquelle selber kaum nutzen ( $M=2,4, SD=1$ ), ist anzunehmen, dass sie sich damit wenig auskennen und dass sie dieses Verfahren auch nicht in ihrer Arbeit einsetzen. Die Nutzung von Selbsthilfeleratur ist zudem unabhängig von der Awareness und der Häufigkeit, mit der die Befragten mit psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen zusammenarbeiten.

Das störungsspezifische Wissen wurde über Kenntnisse zu Abhängigkeitserkrankungen und zur Dialek-

tisch-Behavioralen-Therapie (DBT), einer Therapieform zur Behandlung der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus, ermittelt. Auffallend beim Wissen zu Abhängigkeitserkrankungen ist, dass sich diejenigen, die angeben, oft mit solchen Klienten und Klientinnen zu arbeiten ( $M=3,75, SD=0,9$ ), nicht signifikant in ihrem Wissen von denjenigen unterscheiden, die selten oder keinen Kontakt zu Abhängigkeitserkrankten haben ( $M=3,3, SD=0,9$ ). Hier war erwartet worden, dass die regelmäßige Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten mit einem höheren Wissen einhergeht. Beim Wissensstand zur DBT zeigen sich drei Haupteffekte. Zum einen ist der Bekanntheitsgrad der DBT ( $M=2,4, SD=1,6$ ) insgesamt gering, das heißt es gibt so gut wie keine Fachkräfte, die von der DBT schon viel gehört haben. Zum anderen kennen Fachkräfte, die regelmäßig mit Klienten und Klientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) arbeiten, die DBT zwar besser ( $M=3,0, SD=1,7$ ) als diejenigen, die dies nicht tun ( $M=2,0, SD=1,4$ ) ( $p \leq 0,05$ ), aber gleichzeitig ist dieser Zusammenhang sehr schwach ausgeprägt ( $r = 0,320, p\leq.05$ ). Und schließlich besteht ein schwacher Zusammenhang zwischen der Bekanntheit des Verfahrens und der Höhe der Beratungsprävalenz ( $r=.582, p\leq.001$ ) und der Awareness ( $r=.460, p\leq.001$ ). Die Ergebnisse legen deshalb nahe, dass alle Fachkräfte, einschließlich derjenigen, die regelmäßig mit Klienten und Klientinnen mit einer BPS arbeiten, ihr Wissen zur DBT ausbauen sollten, weil die DBT die derzeit effektivste Therapiemethode zur Behandlung der BPS ist und die BPS als Hauptdiagnose bei den Persönlichkeitsstörungen von den Befragten genannt wird (siehe Abbildung 1).

**Tabelle 3: Einstellungen zu psychischen Erkrankungen**

Einstellungen	Rating		Prozent		
	M	SD	Z	T	A
<b>Wissen</b>					
Ich wünsche mir mehr Weiterbildungen zum Thema psychische Erkrankungen	3,1	1,4	42,6	32,8	24,6
Es ist für Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter sehr wichtig, sich mit psychischen Erkrankungen auszukennen	4,3	0,7	80,3	19,7	0,0
Klienten mit und ohne psychische Erkrankungen unterscheiden sich gar nicht*	1,6	0,8	3,4	10,3	86,2
Für meine Arbeit ist es nicht relevant, ob Klienten psychisch krank sind	1,7	1,1	10,3	12,1	77,5
<b>Zuständigkeit</b>					
Psychische Erkrankungen sind mehr ein Thema für Psychologen als für Sozialarbeiter	2,2	1,1	21,7	16,7	61,7
Ich sehe es nicht als meine Aufgabe an, mich mit psychischen Erkrankungen zu beschäftigen	1,6	1,0	11,4	8,2	80,3
Als Sozialarbeiterin, Sozialarbeiter kann ich nicht viel machen, wenn ein Klient psychisch krank ist	1,6	0,8	1,7	15,5	82,8
Unsere Einrichtung bräuchte ein Konzept für die Arbeit mit psychisch erkrankten Klienten**	2,4	1,2	25	19,4	55,6
<b>Diagnose</b>					
Diagnosen stigmatisieren mehr als dass sie helfen	2,2	1,0	10,2	40,7	49,2
Ich verzichte ganz bewusst auf die Information, ob ein Klient psychisch krank ist	1,8	1,1	12,5	14,3	73,2
<b>Störungsspezifische Arbeit</b>					
Es ist sehr wichtig, die Beratungsmethode störungsspezifisch auszurichten	3,7	1,2	59,7	21,1	22,8

Anmerkung: M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Z=Zustimmung; T=Teils/Teils; A=Ablehnung

\*Die kursiv gesetzten Items sind negativ formuliert und wurden für ausgewählte Berechnungen umcodiert.

\*\*In die Auswertung sind nur die Einrichtungen eingegangen, die noch über kein spezielles Konzept für die Arbeit mit psychisch erkrankten Klienten verfügen.

### 3-4 Professionsverantwortung 2: Einstellung-

**gen** | Einstellungen zu psychischen Erkrankungen wurden über die Bereiche *Wissen*, *Zuständigkeit*, *Diagnose* und *störungsspezifische Arbeit* erfasst (siehe Tabelle 3). Mit Ausnahme des Wunsches nach Weiterbildung ( $M=3,1$ ,  $SD=1,0$ ) zeigen die Befragten in allen vier Einstellungsbereichen hohe Durchschnittswerte. So ist die Mehrheit der Fachkräfte der Meinung, dass sich Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sehr gut mit psychischen Störungen auskennen sollten ( $M=4,3$ ,  $SD=0,7$ ), psychische Erkrankungen genauso ein Thema für diese wie für Psychologen sind ( $M=3,8$ ,  $SD=1,1$ ; umcodierter Wert) und Diagnosen eher helfen als stigmatisieren ( $M=3,8$ ,  $SD=1,0$ ; umcodierter Wert). Die Professionsverantwortung scheint sogar bei einer kleinen Gruppe von Fachkräften (25%) zuzunehmen, die aus Einrichtungen ohne ein spezielles Konzept für

die Arbeit mit psychisch erkrankten Klienten kommen, weil sie sich ein solches Konzept für ihre Einrichtung wünschen. Diese Annahme wird ferner dadurch gestützt, dass der Wunsch nach einer konzeptionellen Erweiterung mit dem Wunsch nach Weiterbildung korreliert ( $r=-.465$ ,  $p\leq .001$ ). Auch wenn die Mehrheit der Fachkräfte (55,6 %) aus Einrichtungen ohne spezielle Konzeption eine solche Erweiterung ablehnt, wünschen sich 42,6 Prozent aller Befragten Weiterbildungen zu diesem Thema.

Eine geringe Professionsverantwortung zeigt sich ferner bei Fachkräften, die es nicht als ihre Aufgaben ansehen, sich mit psychischen Erkrankungen zu beschäftigen. Diese Einstellungsfrage scheint bezüglich der Professionsverantwortung besonders aussagekräftig zu sein, weil sie gleich mit mehreren Variablen

**Tabelle 4: Handlungskompetenzen bei psychischen Erkrankungen**

Handlungskompetenzen	Rating		Prozent		
	M	SD	Z	T	A
<b>Umgang mit Suizidalität</b> <i>Bei suizidalen Klienten fühle ich mich oft überfordert</i>	2,6	1,3	26,3	21,1	52,7
<b>Sicherheit im Unterscheiden</b> <i>Es fällt mir schwer, die einzelnen psychischen Erkrankungen auseinanderzuhalten</i>	2,3	0,9	9,9	34,4	49,1
<b>Zuversicht bei Handlungsoptionen</b> <i>In der Arbeit mit psychisch Erkrankten weiß ich oft nicht so recht, was ich tun kann</i>	1,9	0,9	6,9	15,5	77,6
<b>Fähigkeit der Perspektivenübernahme</b> <i>Ich kann mich in Klienten mit psychischen Erkrankungen nur schwer hineinsetzen</i>	2,1	1,6	10,3	25,9	63,8

Anmerkungen: M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Z=Zustimmung; T=Teils/Teils; A=Ablehnung.  
Die kursiv gesetzten Items sind negativ formuliert und wurden für ausgewählte Berechnungen umcodiert.

wie der Awareness ( $r=-.510, p\leq .001$ ), der Beratungsprävalenz ( $r=-.448, p\leq .001$ ), der Relevanz ( $r=.542, p\leq .001$ ), dem bewussten Informationsverzicht ( $r=.464, p\leq .001$ ), der Fähigkeit der Perspektivenübernahme ( $r=.484, p\leq .001$ ) und der Möglichkeit, etwas machen zu können ( $r=.535, p\leq .001$ ), korreliert. So fragen Fachkräfte, die es nicht als ihre Aufgabe ansehen, weniger regelhaft nach psychischen Erkrankungen, geben eine geringere Beratungsprävalenz an, finden es für ihre Arbeit häufiger nicht relevant, dass Klienten und Klientinnen psychisch krank sind, verzichten öfter bewusst auf die Information, ob ein Klient psychisch krank ist, haben mehr Schwierigkeiten, sich in diese Klienten hineinzuversetzen und gehen stärker davon aus, dass sie in einem solchen Fall nicht viel machen können, als diejenigen mit einer positiven Haltung. Damit kristallisiert sich eine Gruppe von Fachkräften heraus, die gleich in mehreren Einstellungsfragen eine geringe Professionsverantwortung zeigt.

**3-5 Professionsverantwortung 3: Handlungskompetenzen** | Die Handlungskompetenzen wurden über das Überforderungserleben im Umgang mit Suizidalität, die Sicherheit im Unterscheiden von psychischen Erkrankungen, die Zuversicht, in der Arbeit mit psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen über Handlungsoptionen zu verfügen, und die Fähigkeit der Perspektivenübernahme erhoben (Tabelle 4). Etwas mehr als ein Viertel der Befragten (26,3 %) fühlt sich in der Arbeit mit suizidalen Klientinnen und Klienten überfordert. Da das Überforderungserleben

nicht von der Höhe der Beratungsprävalenz abhängt, profitieren Fachkräfte, die häufig mit psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen arbeiten, offensichtlich nicht von diesen Erfahrungen für ihre Arbeit mit suizidalen Personen. Interessanterweise hängt das Überforderungserleben aber mit dem Wunsch nach Weiterbildung ( $r=.455, p\leq .001$ ) und dem Wunsch nach konzeptioneller Erweiterung der Einrichtung ( $r=.465, p\leq .001$ ) zusammen (siehe Professionsverantwortung Einstellungen). Demnach wählen Fachkräfte, die sich in der Arbeit mit suizidalen Klienten und Klientinnen überfordert fühlen, zwei Copingstrategien zur Bewältigung ihres Überforderungserlebens. Die eine Strategie besteht in dem persönlichen Engagement, sich fachlich weiterzubilden, und die andere äußert sich in der Forderung nach einer konzeptionellen Anpassung ihrer Einrichtung an Krisensituationen.

Fachkräfte, denen es schwerer fällt, die einzelnen psychischen Erkrankungen auseinanderzuhalten, wissen in der Arbeit mit psychisch Erkrankten häufiger nicht so recht, was sie tun sollen, im Gegensatz zu denjenigen, die sich diagnostisch sicher fühlen ( $r=.632, p\leq .001$ ). Da diese beiden Items zugleich mit dem allgemeinen Wissen negativ korrelieren ( $r=-.524, p\leq .001$ ;  $r = -0.455, p\leq .001$ ), spricht vieles dafür, dass Defizite im Fachwissen die Handlungskompetenzen einschränken (siehe Professionsverantwortung Wissen). Wer nicht so recht weiß, was er tun kann, hat auch Schwierigkeiten bei der Perspektiven-

übernahme, oder umgekehrt, wem es schwer fällt, die Perspektive von psychisch Erkrankten einzunehmen, dem fehlen die Handlungsoptionen. Bei beiden Variablen besteht zudem ein Zusammenhang mit der Höhe der Beratungsprävalenz. Fachkräfte, die häufiger mit psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen arbeiten, waren bezüglich ihrer Handlungsoptionen zuversichtlicher und konnten sich besser in Menschen mit psychischen Erkrankungen hineinversetzen.

**4 Ausblick** | Die Studie hatte sich zum Ziel gesetzt, Aspekte sozialer Gesundheitsarbeit in sozialen Diensten außerhalb des Gesundheitswesens zu untersuchen. Aus den Untersuchungsergebnissen ergeben sich drei zentrale Diskussionspunkte:

▲ **Organisationsentwicklung:** Bei den Daten zur Beratungsprävalenz handelt es sich um Schätzwerte von Fachkräften. Dieses Untersuchungsvorgehen war gewählt worden, weil es in den meisten sozialen Einrichtungen keine Statistiken gibt, die zu dieser Fragestellung verlässliche Daten liefern könnten, und weil es ein notwendiges Vorgehen für die Überprüfung des Unterschätzungseffekts war, wenngleich die Aussagen

der Befragten nicht mit einem institutionseigenen Berichtswesen abgeglichen werden können. Das schränkt zwar einerseits die Aussagekraft der Ergebnisse ein, zeigt aber andererseits den Entwicklungsbedarf von sozialen Einrichtungen an dieser Stelle auf. Da bei einem Großteil der sozialen Dienste auch kaum Informationen zum Krankheitsverlauf dokumentiert werden, lässt sich kritisch rückfragen, ob es Fachkräften überhaupt möglich ist, angemessen auf den Gesundheitszustand der Klienten und Klientinnen in ihrer Arbeit einzugehen und inwieweit sie die Wirksamkeit ihrer Interventionen diesbezüglich überprüfen können. Auf jeden Fall erschwert eine unzureichende Dokumentation eine systematische Evaluation. Auch im Bereich der Konzeptentwicklung, die nicht notwendigerweise an die Spezialisierung der Einrichtung, eine hohe Beratungsprävalenz und bestimmte Praxisfelder geknüpft sein muss, stellt sich die Frage, inwieweit Einrichtungen für eine konzeptionelle Öffnung im Sinne eines krankheits- und störungssensiblen Arbeitens bereit sind, insbesondere dann, wenn es um die Begleitung und Beratung von suizidalen Klienten und Klientinnen geht.

▲ **Präventive soziale Gesundheitsarbeit:** Die Beschäftigung mit der Awareness und der Beratungsprävalenz hatte unter anderem zum Ziel, Hinweise auf einen Unterschätzungseffekt zu bekommen. Die Korrelation hierzu ist zwar nur leicht gegeben, dennoch hat sich der erwartete Zusammenhang bestätigt. Ob die Beratungsprävalenz in den Praxisfeldern Schulsozialarbeit, offene Jugendarbeit, allgemeine Sozialberatung, Schuldnerberatung, Familienberatung, Migrationssozialarbeit und Straffälligenhilfe tatsächlich unterschätzt wird, weil weniger regelhaft nach psychischen Erkrankungen gefragt wird, müssen allerdings weitere Studien zu diesem Thema zeigen, bevor von einem belastbaren Befund gesprochen werden kann. Sollte sich der Unterschätzungseffekt in weiteren Studien bestätigen, dann wäre es im Rahmen einer präventiven sozialen Gesundheitsarbeit sinnvoll, die Awareness gegenüber psychischen Störungen gerade in den Praxisfeldern zu erhöhen, die sich nicht qua ihrem Auftrag in diesem Feld bewegen, damit psychisch belastete Menschen frühzeitig eine angemessene Hilfe bekommen.

▲ **Professionsverantwortung:** Da die Studie in allen drei Teilbereichen der Professionsverantwortung auf fachliche Probleme in der sozialen Gesundheitsarbeit aufmerksam macht, bietet sie eine ganze Reihe von Anregungen und Impulsen für zukünftige Untersu-



### Schreiben, Lesen und Erleben

Praxis und Theorie im Master  
„Biografisches und Kreatives Schreiben“  
Jetzt für das Wintersemester 2018/19 bewerben!

ASH  
Berlin

Alice Salomon Hochschule Berlin  
University of Applied Sciences

[www.ash-berlin.eu/bks](http://www.ash-berlin.eu/bks)  
(030) 99 245 - 332 . [bks@ash-berlin.eu](mailto:bks@ash-berlin.eu)

chungen und Fachdiskussionen. Für den Wissensbereich lässt sich zum Beispiel die geringe Nutzung von Selbsthilfekultur diskutieren. Sie ist womöglich ein Hinweis darauf, dass Selbsthilfekultur von den Befragten nicht genügend rezipiert wird. Eine Folge könnte sein, dass sie Selbsthilfekultur nicht nutzbringend in ihrer Arbeit mit psychisch Erkrankten und Angehörigen einsetzen können, weil sie diese nicht ausreichend kennen. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Dialektisch-Behavioralen-Therapie. Sie ist den wenigsten Fachkräften gut bekannt, weshalb es ihnen nicht möglich ist, Informationen zum diesem Behandlungsverfahren an Klienten und Klientinnen mit einer BPS zu vermitteln. Im Einstellungsbereich scheint sich eine Frage als Gretchenfrage herauszukristallisieren. Diejenigen, die es nicht als ihre Aufgaben ansehen, sich mit psychischen Erkrankungen zu beschäftigen, zeigen auch in mehreren anderen Einstellungsfragen eine geringe Professionsverantwortung. Im Bereich der Handlungskompetenzen ist einerseits das Überforderungserleben in der Arbeit mit suizidalen Menschen hervorzuheben und andererseits die Verbindung von Handlungsoptionen und Fähigkeiten zur Perspektivenübernahme. Wem es schwerfällt, sich in psychisch erkrankte Klienten hineinzuversetzen, der scheint auch wenig Handlungsoptionen zu sehen und umgekehrt. Da Handlungsoptionen zusätzlich durch Wissensdefizite eingeschränkt werden, deuten sich Wechselwirkungen zwischen den Teilbereichen der Professionsverantwortung an, die in einer detaillierten Auswertung noch überprüft werden müssen.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit für das Studium ersehen, weil sie das notwendige Störungswissen und die entsprechenden soziaklinischen Handlungskompetenzen vermittelt, die notwendig sind, um angehende Fachkräfte der Sozialen Arbeit besser auf ihre Arbeit mit psychisch erkrankten Klientinnen und Klienten vorzubereiten. In der Konsequenz sollten die Inhalte der Klinischen Sozialarbeit in den Bachelor-Studiengängen Soziale Arbeit als Basiswissen stärker berücksichtigt werden.

**Professorin Dr. Andrea Riecken**, Dipl.-Psychologin und Dipl.-Sozialarbeiterin, lehrt Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Abhängigkeiten und Psychiatrie an der Hochschule Osnabrück. E-Mail: a.riecken@hs-osnabrueck.de

Dieser Beitrag wurde in einer Double-Blind Peer Review begutachtet und am 9.8.2017 zur Veröffentlichung angenommen.

## Literatur

- Bäuml**, J. u.a.: Die SEEWOLF-Studie: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Freiburg im Breisgau 2017
- Busch**, M.A. u.a.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt 56/2013, S. 733-739
- Dannenberg**, A. u.a.: Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. In: RVaktuell 9/2010, S. 283-293
- Detmar**, W. u.a.: Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen (im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales). Berlin 2008
- Franzkowiak**, P.: Soziale Gesundheitsarbeit und Gesundheitsförderung. Standortbestimmung und Praxisübersicht. In: Prävention 3/2009, S. 66-69
- Gebbe**, A.; Riecken, A.: Störungsspezifische psychosoziale Beratung. Ein Paradigmenwechsel in der Klinischen Sozialarbeit. In: Soziale Arbeit 5/2011, S. 169-176
- Hölling**, H. u.a.: Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). In: Bundesgesundheitsblatt 57/2014, S. 807-819
- Jacobi**, F.: Nehmen psychische Störungen zu? In: Reportpsychologie 1/2009, S. 16-18
- Jacobi**, F. u.a.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. In: Nervenarzt 85/2014, S. 77-87
- Lohmann-Haislah**, A.: Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden (hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). Dortmund u.a. 2012
- Reischies**, F.M. u.a.: Demenz bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. In: Nervenarzt 68/1997, S. 719-729
- Schlack**, R.; Kurth, B.M.; Hölling, H.: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS). In: Umweltmedizin in Forschung und Praxis 13/2008, S. 245-260
- Spießl**, H.; Jacobi, F.: Nehmen psychische Störungen zu? In: Psychiatrische Praxis 35/2008, S. 318-320
- Ziegler**, U.; Doblhammer, G.: Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. In: Das Gesundheitswesen 5/2009, S. 281-290