

# STÖRUNGSSPEZIFISCHE PSYCHOSOZIALE BERATUNG | Ein Paradigmenwechsel in der Klinischen Sozialarbeit

*Andrea Gebbe; Andrea Riecken*

**Zusammenfassung** | In einer dreimonatigen Studie wurden 2010 an einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Untersuchungen an 27 Patienten und Patientinnen mit einer Abhängigkeitserkrankung (zumeist multipler Substanzgebrauch) sowie 14 Patienten und Patientinnen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht durchgeführt. Die Studie weist auf Entwicklungsaufgaben der Klinischen Sozialarbeit hin und fordert zu einem Paradigmenwechsel auf, indem sie zeigt, warum eine stärkere Ausrichtung der psychosozialen Beratung an der Diagnose (ICD 10 F) notwendig ist und zur Qualitätssteigerung in der Sozialen Arbeit beiträgt.

**Abstract** | In 2010 a research on 27 patients with drug abuse diseases and 14 patients with the twin diagnosis of addiction (most of them multi-toxic) and psychosis was held in a hospital for psychiatry and psychotherapy. The study indicates developmental tasks of clinical social work and requests a paradigm shift by showing why a stronger orientation of psychosocial counseling towards the diagnosis (ICD 10 F) is necessary and why it contributes to the quality improvement of social work.

**Schlüsselwörter** ► psychisch Kranker ► Sucht  
► Sozialarbeit ► psychosozial ► Beratung  
► Methode ► Klinische Sozialarbeit

**Einleitung** | In der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen sehen sich psychosozial Beratende mit komplexen Aufgaben und vielschichtigen Problemlagen konfrontiert. So führen lange oder wiederkehrende Krankheitsphasen bei den Klienten und Klientinnen beziehungsweise Patienten und Patientinnen zu tiefgreifenden Exklusionsprozessen in verschiedenen Lebensbereichen. Eine intelligent vorgenommene psychosoziale Beratung zeichnet sich durch ihre fachlich begründete, differenzierte Betrachtung aus, die störungsspezifische Gesundheitsunterschiede

- Ambivalenzen und Optionen. In: OSC 1/2007, S. 17-28
- Martens-Schmid**, Karin: Wissensressourcen im Coachingdialog. In: Birgmeier, Bernd (Hrsg.): Coachingwissen. Wiesbaden 2011, S. 63-74
- Möller**, Heidi; Hausinger, Brigitte: Quo vadis Beratungswissenschaft? Wiesbaden 2009
- Otto**, Hans-Uwe; Ziegler, Holger: Capabilities. Wiesbaden 2010
- Raithel**, Jürgen: Beratung. In: Dollinger, Bernd; Raithel, Jürgen (Hrsg.): Aktivierende Sozialpädagogik. Wiesbaden 2006, S. 41-50
- Rauen**, Christopher: Coaching. In: Schreyögg, Georg (Hrsg.): Handwörterbuch Unternehmensführung und Organisation. Stuttgart 2004, S. 137-144
- Rauen**, Christopher: Was kommt nach dem Hype? In: ManagerSeminare 11/2006a, S. 58-63
- Rauen**, Christopher: Coaching-Newsletter Mai 2006. In: [http://www.coaching-newsletter.de/archiv/2006/2006\\_05.htm#2](http://www.coaching-newsletter.de/archiv/2006/2006_05.htm#2) (Mai 2006b, Abruf am 23.3.2011)
- Schreyögg**, Astrid: Coaching. In: Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Tübingen 2004, S. 947-958
- Schreyögg**, Astrid: Die Wissensstruktur von Coaching. In: Birgmeier, Bernd (Hrsg.): Coachingwissen. Wiesbaden 2011, S. 49-62
- Thiersch**, H.: Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Beratung. In: Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel (Hrsg.): Handbuch der Beratung. Tübingen 2004, S. 115-124
- Volz**, Fritz Rüdiger: In aller Freundschaft. In: Mührel, Eric; Birgmeier, Bernd (Hrsg.): Theorien der Sozialpädagogik. Wiesbaden 2009, S. 287-306

169

**Alice Salomon**   
**HOCHSCHULE BERLIN**  
University of Applied Sciences

berufsbegleitender Master-Studiengang

## Biografisches und Kreatives Schreiben

Studienstart jeweils zum Oktober

Wir beraten Sie gern telefonisch  
unter der Nummer:  
(030) 99245-332  
Weitere Infos unter:  
[www.ash-berlin.eu/bks](http://www.ash-berlin.eu/bks)



und daraus resultierende Schwierigkeiten in der Lebensführung wahrnimmt und in entsprechende Interventionen münden lässt. Um die Wirksamkeit der psychosozialen Beratung zu erhöhen, ist sie deshalb an der Diagnose auszurichten. Die Entwicklung von störungsspezifischen Beratungs- und Behandlungsmanualen ist als zukünftige Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit anzusehen. Hierdurch erfährt die Klinische Sozialarbeit einen Paradigmenwechsel, der neben einer besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen auch dazu beiträgt, das eigene klinische Profil zu stärken und den drohenden Wettbewerbsnachteilen gegenüber anderen Disziplinen entgegenzuwirken.

**Paradigmenwechsel in der Klinischen Sozialarbeit** | Die Klinische Sozialarbeit etabliert sich zunehmend als Teildisziplin der Sozialen Arbeit (Pauls 2004, Geißler-Piltz 2005, Geißler-Piltz u.a. 2005). Diese Entwicklung erfordert eine genaue Gegenstandsbestimmung. Wofür steht die Klinische Sozialarbeit und was sind ihre Aufgaben, Ziele und Methoden? Gesundheit ist unbestritten ein Querschnittsthema der Sozialen Arbeit und spielt in verschiedenen Praxisfeldern und Beratungskontexten eine immer wichtigere Rolle. Die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit setzt genau hier ihre inhaltlichen Schwerpunkte. Sie definiert Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation explizit als ihren Gegenstand (Geißler-Piltz u.a. 2005, Gahleitner; Hahn 2008, 2009). Aufgrund dieser Selbstbeschreibung sind verschiedene psychosoziale Beratungsansätze wie zum Beispiel das Skoll-Training aus der ambulanten Suchtberatung entstanden (Bruns u.a. 2006). Klinische Sozialarbeit wird aber auch mit teilstationären und stationären Settings assoziiert. Sie vervollständigt hier als mitbehandelnde Disziplin die ärztliche, psychologische und pflegerische Versorgung (Hahn; Pauls 2008, S. 36). Dabei will die Klinische Sozialarbeit einerseits psychosoziale Krankheitsfolgen eingrenzen, das heißt Wohlbefinden und Gesundheit nachhaltig verbessern. Andererseits zielt sie darauf ab, die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit gesundheitlichen Problemen, psychischen Störungen oder seelischen Behinderungen wiederherzustellen und im günstigsten Fall zu verstärken (ebd., S. 22). Bei genauerer Betrachtung stellt sich dieses Unterfangen in der Praxis immer wieder als äußerst schwierig dar. Womit haben diese Schwierigkeiten zu tun?

Zum einen lassen sich die Probleme darauf zurückführen, dass die psychosoziale Beratung nur unzureichend an der Diagnose ausgerichtet wird. Es liegen bisher kaum Beratungsmanualen vor, die gezielt Beratungstechniken, -vorgehensweisen und -aufgaben für einzelne psychische Störungen empfehlen, also die Fragen nach der Technik, der Vorgehensweise und den der jeweiligen Störung entsprechenden Aufgaben beantworten. Zum anderen fehlt es an einer auf die Störung ausgerichteten fundierten psychosozialen Diagnostik. Die im DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) vorgesehene vierte Achse der psychosozialen Diagnostik ist inhaltlich noch kaum ausgestaltet. Und schließlich gibt es nur eine geringe Anzahl von Studien zur Wirksamkeit Klinischer Sozialarbeit, die Aufschluss darüber geben könnten, welche Beratung bei welchen Störungsbildern welche Wirkung zeigt. Hier fehlt es noch an wissenschaftlicher Überprüfung im Sinne einer Beratungsforschung. Für Gahleitner und Hahn bleibt deshalb noch immer unklar, „welche Hilfsangebote wie wirken und warum Klinische Sozialarbeit mal mehr und mal weniger erfolgreich ist – ja, oftmals ist keineswegs klar, welche Erfolgskriterien überhaupt anzuwenden sind“ (Gahleitner; Hahn 2009, S. 7).

Aus den genannten Gründen scheint ein Paradigmenwechsel in der Klinischen Sozialarbeit notwendiger denn je: Entgegen der Position, Probleme entstünden durch „Zuschreibungseffekte von Diagnosen“ beziehungsweise durch einen „Sog der Diagnose“ (Walter; Gollnow 2009, S. 333), ist vielmehr die Ausrichtung der psychosozialen Beratung an der Diagnose zu entwickeln. Nicht die Zuschreibung einer Diagnose ist problematisch, sondern die Ausblendung des klinischen Befundes und das daraus resultierende Fehlen von Störungswissen und -verständnis. Die Folgen für die Klinische Sozialarbeit sind bereits genannt. Für Klientinnen und Klienten beziehungsweise Patientinnen und Patienten führen diese Entwicklungsdefizite in der Klinischen Sozialarbeit im ungünstigsten Fall zur Fortsetzung ihres Leidenswegs, wenn ihnen womöglich unwissentlich die bestmöglichen Beratungs- und Behandlungsmethoden vorenthalten werden. Für psychosozial Beratende und Behandelnde stellt sich ein zentrales Problem: Woher können sie wissen, welche Beratungs- oder Behandlungsmethode eine gute Wirksamkeit aufweist, das heißt für den Klienten und die Klientin tatsächlich förderlich ist? Da die Klinische Sozialarbeit bisher wenige empiri-

sche Studien zur Wirksamkeit von psychosozialer Beratung und Behandlung vorgelegt hat, ist sie derzeit noch auf Ergebnisse von Bezugsdisziplinen angewiesen. Diese Ergebnisse gilt es nutzbringend mit den Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit in Verbindung zu bringen. Hier liegen das große Entwicklungspotenzial und die Chance der Klinischen Sozialarbeit, das eigene klinische Profil zu stärken.

**Ausrichtung der psychosozialen Beratung an störungsspezifischen Unterschieden** | Mit dieser Aufgabe hat sich die vorliegende Studie beschäftigt. In der psychiatrischen Versorgung, aber auch in anderen Beratungskontexten hat es die Soziale Arbeit oft mit den sogenannten „Hard to reach“-Klientinnen und -Klienten beziehungsweise -Patienten und -Patientinnen zu tun, also mit Menschen, die chronisch psychisch erkrankt sind und in Multiproblemsituationen leben (Pauls 2004, S. 27). Zu dieser Gruppe gehören zum Beispiel Suchtmittelabhängige, Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, oder Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen (Psychose und Sucht) (Hahlweg; Dose 1998, Lindenmeyer 2005, Gouzoulis-Mayfrank 2007). Wichtig für die Entwicklung störungsspezifischer psychosozialer Beratungs- und Behandlungskonzepte ist die Berücksichtigung klinisch relevanter Unterschiede zwischen diesen Gruppen (Dörfert 2006, Rink 2000, Löhner 1999, Wagner u.a. 1994, Gouzoulis-Mayfrank 2007, Donati; Moggi 2003). So gibt es Hinweise darauf, dass Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen im Vergleich zu Suchtmittelabhängigen häufiger an Suizidgedanken leiden, ein höheres Suizidrisiko aufweisen und ihre Erkrankung zu längeren stationären Behandlungszeiten führt. Angenommen wird auch, dass sie über schwächere soziale Netzwerke verfügen und daher seltener in stabile und positive Partnerschaften und Freundschaften eingebunden sind. Aufgrund ihrer geringeren Belastbarkeit im Arbeitsleben sind nur wenige in der Lage, einer Erwerbstätigkeit in Vollzeit nachzugehen, was eine geringere berufliche Teilhabe zur Folge hat (Vauth; Stieglitz 2008). Eine eingeschränktere Selbstständigkeit in der Lebensführung dokumentiert sich in ihrer Wohnsituation, da viele auch im fortgeschrittenen Erwachsenenalter noch bei den Eltern leben.

Das EE-Konzept (Expressed Emotions) verdeutlicht, dass gerade der oftmals schwierige Kontakt zu den Eltern ein weiteres Risiko bedeutet, erneut zu

erkranken (Hahlweg; Dose 1998). Die klinische Forschung hat zudem gezeigt, dass die Schizophrenie mit großen kognitiven Problemen einhergeht, also die Aufnahme und Verarbeitung von Information oftmals erheblich beeinträchtigt ist (Roder u.a. 2002, Vauth; Stieglitz 2008, Lincoln 2006).

In unterschiedlicher Qualität können die Bereiche Gedächtnis, Aufmerksamkeit und exekutive Funktionen betroffen sein. Diese Informationsverarbeitungsstörung könnte zum Beispiel in der psychosozialen Beratung dazu führen, dass sich Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen im Vergleich zu Suchtmittelabhängigen schlechter konzentrieren und ihre Aufmerksamkeit weniger gut aufrechterhalten können. Eine mögliche Folge wäre ein stärkerer Erinnerungsverlust, was sowohl die Inhalte der Beratung als auch die Häufigkeit und Qualität der Unterstützungsleistung betreffen könnte. Eine schnellere Überforderung durch die vielen vermittelten Informationen in der Beratung verhindert möglicherweise zusätzlich das Abspeichern positiver Beratungsinhalte und Erfolgsergebnisse. Die Studie hat einige dieser Überlegungen überprüft.

**Methode** | Die Untersuchung wurde 2010 in einer dreimonatigen Studie an einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie in einem stationären Setting durchgeführt. Es wurden 27 Patienten und Patientinnen mit einer Abhängigkeitserkrankung (zumeist multipler Substanzgebrauch) sowie 14 Patienten und Patientinnen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht mittels eines vollständig standardisierten Fragebogens einmalig befragt. Die Patienten und Patientinnen nahmen freiwillig an der Untersuchung teil und die Daten wurden anonymisiert ausgewertet. Der Fragebogen für die Patienten unterteilte sich in folgende Rubriken:

- ▲ Soziodemographische Daten
- ▲ Daten zur Behandlung
- ▲ Daten zur Suchterkrankung
- ▲ Daten zur psychischen Erkrankung
- ▲ Weitere klinische Daten
- ▲ Unterstützungsbedarf
- ▲ Behandlungserfolg

Der Fragebogen für den Sozialdienst enthielt nur die Rubrik Unterstützungsbedarf. Die tatsächlich geleistete Unterstützung wurde über die Frage „Wo (in welchen Bereichen) hat der Patient konkret Unter-

stützung von Ihnen erhalten?“ erhoben. Mit Mehrfachnennung konnten die Bereiche Wohnen, Arbeit, Finanzen und Behördenangelegenheiten, strafrechtliche Situation und Nachsorge ausgewählt werden, welche im Vorfeld der Untersuchung mit dem Sozialdienst (Experteninterviews) ermittelt wurden.

In einer nächsten Frage sollte der Sozialdienst die Höhe der geleisteten Unterstützung auf einer Skala von 0 bis 7 für jeden einzelnen Bereich einschätzen. 0 bedeutete „überhaupt nicht“ (ich habe keine Unterstützung geleistet) und 7 „sehr stark“ (ich habe sehr viel Unterstützung geleistet). Zum Abschluss wurde noch die Einschätzung als Gesamtscore (Gesamtunterstützung) nach der beschriebenen Skala vorgenommen. Ganz ähnlich erfolgte das Rating der subjektiv erlebten Unterstützung durch die Patienten und Patientinnen. Zunächst wurden diese gefragt, in welchen Bereichen sie Unterstützung erhielten („Wo haben Sie konkret Unterstützung vom Sozialdienst erhalten?“). Dann konnte die Stärke der Unterstützungsleistung auf einer Skala von 0 bis 7 eingeschätzt werden (0: ich habe überhaupt keine Unterstützung bekommen; 7: ich habe sehr starke Unterstützung bekommen). Abschließend sollten die Patienten und Patientinnen noch eine Gesamteinschätzung über die erhaltene Unterstützungsleistung vornehmen.

Für die Erstellung der Patientenprofile wurden zusätzlich noch Daten aus der Dokumentation hinzugezogen, um zum Beispiel die durchschnittliche Behandlungsdauer berechnen zu können. Die Auswertung der Daten erfolgte mithilfe des Programmes SPSS Statistics 17.0. Zur Überprüfung der statistischen Signifikanz der Mittelwertunterschiede zwischen den Patientenkollektiven wurde der t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

**Bedarfsanalyse als Grundlage psychosozialer Beratung |** Die Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren sowohl bei den Suchtmittelabhängigen (SMA) als auch bei den Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen (DD) zumeist Männer. Das durchschnittliche Alter betrug 35 Jahre. Die in der Forschungsliteratur beschriebenen störungsspezifischen Unterschiede in der Lebenssituation und bei den Gesundheitsrisiken konnten durch die Studie repliziert werden. Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen lebten häufig sozial isoliert und hatten nur Kontakte zur Familie, bei der sie zu 78,6 Prozent

wohnten. 50 Prozent gaben an, mit keiner Person befreundet zu sein (bei SMA waren es im Vergleich 18,5 Prozent). Die wenigen sozialen Kontakte schienen sich zudem zumeist auf ihre Betreuer und Betreuerinnen zu beziehen (57,1 Prozent). Darüber hinaus bestand auch keine Möglichkeit Kontakte zu Arbeitskollegen und -kolleginnen aufzubauen, da 50 Prozent aufgrund dauerhafter Erwerbsunfähigkeit nicht am Berufsleben teilnahmen.

Signifikant bestätigten sich auch doppelt so lange Behandlungszeiten für Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen im Vergleich zu Suchtmittelabhängigen (38,4: 17,7 Tage, T-Test  $p \leq .000$ ). Latente und akute Suizidalität war ein weiteres belastendes Problem für diese Patienten und Patientinnen: 78,6 Prozent berichteten, im Laufe ihres Lebens unter Suizidgedanken gelitten zu haben (25,9 Prozent SMA), und 42,8 Prozent hatten mindestens einen Suizidversuch begangen (14,8 Prozent SMA). Bei suchtmittelabhängigen Personen fanden sich ebenfalls die erwarteten Problemlagen: Verschuldung (66,7 Prozent), strafrechtliche Belastungen einschließlich Freiheitsentzug (85,2 Prozent) und eine hohe Arbeitslosenquote (77,8 Prozent). Wohnungslosigkeit verschärfte bei 14,8 Prozent der Patienten und Patientinnen den starken Exklusionsprozess. Einhergehend mit einem politoxikomanen Konsummuster (74,1 Prozent) stiegen zudem die gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen und damit die körperlichen Gesundheitsrisiken weiter an.

Welche Bedeutung haben diese Ergebnisse für den zu erwartenden Unterstützungsbedarf der beiden unterschiedlichen Patientengruppen? Bei Suchtmittelabhängigen wird aufgrund der Datenlage ein Unterstützungsbedarf in den Bereichen Finanzen, rechtliche Hilfen, Wohnen sowie Gesundheitsförderung zugrunde gelegt. Zudem ist der Bereich Nachsorge von zentraler Bedeutung, da nach der stationären Entgiftungsbehandlung über die ambulante Nachsorge die Entwöhnungsbehandlung eingeleitet werden soll. Bei Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen sind es die Wohnsituation, die häufig den Tag begleitenden negativen Gedanken, die langen Behandlungszeiten, die starke soziale Isolation sowie fehlende Freizeitgestaltung, die wichtige Beratungsbedarfe bestimmen. Das Ausloten beruflicher Perspektiven ist für Personen wichtig, bei denen noch Möglichkeiten der Rehabilitation bestehen.

## Unterstützungsbereiche psychosozialer

**Beratung** | Wie die Ergebnisse aus der Bedarfsanalyse zeigen, weisen beide Patientengruppen in einem hohen Ausmaß gesundheitliche und soziale Probleme auf (hoher Hilfebedarf). Zudem bildeten sich die für die Störungen jeweils typischen Gesundheitsprobleme und schwierigen Lebensverhältnisse ab (unterschiedlicher Hilfebedarf). Diese störungsspezifischen Besonderheiten sind ernst zu nehmen und die psychosoziale Beratung ist darauf konzeptionell auszurichten. Was passiert, wenn die Beratung nicht explizit an der Diagnose ausgerichtet wird? Eine Antwort auf diese Frage ergibt sich aus dem Vergleich zwischen Bedarfsanalyse und eingeforderter Unterstützung. Es muss festgestellt werden, inwieweit die zu erwartenden Beratungsbedarfe (was benötigen Patienten und Patientinnen mit einer bestimmten psychischen Störung aus fachlicher Sicht) mit den tatsächlich eingeforderten Hilfen (was haben Patientinnen und Patienten mit einer bestimmten psychischen Störung tatsächlich eingefordert) übereinstimmen.

Zwei Ergebnisse dieses Vergleichs müssen besonders hervorgehoben werden. Das erste Ergebnis zeigt eine Diskrepanz zwischen dem erwarteten Beratungsbedarf und der subjektiven Sicht des Patienten bezüglich seines Unterstützungsbedarfs. Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen gingen selbst davon aus, dass sie nur wenig Unterstützung benötigten. Ganz anders war die Haltung von Suchtmittelabhängigen: Sie nahmen die Sozialberatung regelmäßig in Anspruch und setzten sich für ihre Belange ein. Bei gleich hohem Hilfebedarf – wenn auch in unterschiedlichen Bereichen – forderten Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen signifikant weniger Unterstützungsleistungen vom Sozialdienst ein als Suchtmittelabhängige ( $p \leq 0,05$ ).

Das zweite Ergebnis deckt zusätzlich eine Diskrepanz zwischen den tatsächlich nachgefragten und den erwarteten Beratungsinhalten, den sogenannten Unterstützungsbereichen, auf. Suchtmittelabhängige suchten in allen für sie relevanten Problembereichen, mit Ausnahme der Gesundheitsförderung, auch tatsächlich die psychosoziale Beratung auf. Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen wollten fast ausschließlich finanzielle Angelegenheiten mithilfe des Sozialdienstes regeln. Andere Unterstützungsleistungen wurden von den Patienten und Patientinnen kaum nachgefragt.

Wenn es Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen möglicherweise weniger gut gelingt, von sich aus Unterstützung einzufordern und relevante Unterstützungsbedarfe zu benennen, dann sollte die Klinische Sozialarbeit ein Beratungsmanual entwickeln, das genau diesen Problemen Rechnung trägt und entsprechende Interventionen bereithält, mit denen eine Aktivierung der Patientinnen und Patienten gelingt. Schwerpunkte könnten das Einüben von sozialen Kompetenzen (Aufbau eines sozialen Netzes), das Initiieren von Freizeitaktivitäten (Entwicklung von Hobbys) und das Training von Alltagskompetenzen (Förderung der Verselbstständigung) sein. Ähnliches gilt, wenn auch in anderer Form, für die psychosoziale Beratung von Suchtmittelabhängigen. Hier ist der Bereich der Gesundheitsförderung beispielsweise durch psychoedukative Gruppenangebote zur Körper- und Kleiderpflege, zu gesundem Ess- und Trinkverhalten sowie im stationären Setting zur Übernahme von Stationsdiensten stärker zu aktivieren. An dieser Stelle wird deutlich, dass psychosoziale Beratung, wenn sie fachlich begründet und hilfreich sein will, an der jeweiligen psychischen Störung auszurichten ist. Es ließen sich anhand dieser Ergebnisse noch viele Fragestellungen mit dem Ziel einer besseren Versorgung beider Patientengruppen diskutieren, aber auch die Befunde zur Erinnerung an die Beratungsinhalte einerseits und an die Menge der erhaltenen Unterstützung andererseits liefern Argumente für die Ausrichtung der psychosozialen Beratung an der Diagnose.

## Informationsverarbeitungsstörung und psychosoziale Beratung

| Die vorliegende Studie hat sich auch mit der Frage beschäftigt, was Patientinnen und Patienten aus der Beratung mitnehmen, das heißt an was sie sich erinnern können und wie sie das Ergebnis der Beratung einschätzen. Alle Patientinnen und Patienten wurden während ihrer stationären Behandlungszeit regelmäßig vom Sozialdienst begleitet und bei der Lösung ihrer Probleme unterstützt. Diese Arbeit konnte innerhalb verschiedener Zeitintervalle erfolgen. Für suchtmittelabhängige Patientinnen und Patienten stand in der Regel ein zwei- bis dreiwöchiger und für Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen ein fünf- bis sechswöchiger Beratungs- und Behandlungszeitraum zur Verfügung. Ein Beratungselement der psychosozialen Beratung war immer der Aufbau einer positiven Beziehung. Dann wurden die Unterstützungswünsche der Patienten

tinnen und Patienten ziel- und lösungsorientiert aufgenommen und gemeinsam mit ihnen bearbeitet. Dabei zeigten sich ganz unterschiedliche Bedarfe.

Manche Patienten und Patientinnen wollten in mehreren Bereichen unterstützt werden, bei anderen wiederum konzentrierte sich die Beratung auf einen Bereich, der dafür aber besonders intensiv und ausführlich bearbeitet wurde. Bei der Frage nach der Menge der erhaltenen beziehungsweise gegebenen Unterstützung, die auf einer Skala von 0 bis 7 sowohl von den Patienten und Patientinnen als auch vom Sozialdienst beurteilt werden konnte, zeigten sich störungsspezifische Unterschiede. Suchtmittelabhängige kamen bei der Bewertung der Häufigkeit der Unterstützung zum überwiegenden Teil (70,4 Prozent) zu einer ähnlichen Einschätzung wie der Sozialdienst. Lediglich 29,6 Prozent schätzten die Unterstützungsleistung geringer als der Sozialdienst ein. Bei den Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen ergab sich genau das umgekehrte Bild. Die vom Sozialdienst geleistete Unterstützung wurde von ihnen eher negativ eingeschätzt. So waren 66,7 Prozent der Überzeugung, sie hätten viel weniger Unterstützung bekommen als vom Sozialdienst angegeben. Nur bei 33,3 Prozent stimmte die Beurteilung mit der des Sozialdienstes überein.

Auch bezüglich des Erinnerungsvermögens zeigten sich diese Unterschiede in der Bewertung. Während Suchtmittelabhängige recht präzise die Beratungsinhalte benennen konnten, erinnerten sich Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen oft falsch. Sie erinnerten sich somit signifikant schlechter an die Beratungsinhalte als Suchtmittelabhängige ( $p \leq .05$ ). Es kam regelrecht zu Erinnerungslücken, so dass vieles von dem, was in der Beratung besprochen wurde, verloren ging. Demnach konnten Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen im Vergleich zu Suchtmittelabhängigen weniger gut von der psychosozialen Beratung profitieren.

Wenn die in der Studie ermittelten Erinnerungsfehler als Folge der Informationsverarbeitungsstörung interpretiert werden und es Doppeldiagnosepatienten und -patientinnen im Vergleich zu Suchtmittelabhängigen also schwerer fällt, Gesprächsinhalte abzuspeichern und abzurufen, dann benötigen sie auch eine andere Form der Beratung, die zum Beispiel stärker auf die Verankerung von Gesprächsinhalten

abzielt. Dies könnte durch besser strukturierte Beratungsgespräche mit sich anschließenden Zusammenfassungen, durch kürzere, aber häufigere Gesprächskontakte, um besprochene Inhalte immer wieder zu aktivieren, aber auch durch eine stärkere Betonung von Verhaltensübungen, also dem Training von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen unter Anleitung, erreicht werden (Schaub 2004, S. 212).

**Ausblick |** Die Studie lieferte hinreichend Argumente, um in der Klinischen Sozialarbeit neue Wege zu gehen, sich interdisziplinär zu öffnen und dabei gleichzeitig disziplinär zu konturieren. Die Ergebnisse sind selbstverständlich nicht repräsentativ und bedürfen weiterer empirischer Überprüfung. Abschließend stellt sich jedoch die Frage, wie störungsspezifische, psychosoziale Beratungsmanuale konzipiert sein sollten.

Besonders wichtig ist es, Manuale zu den häufig vorkommenden psychischen Störungen zu entwickeln, wobei sich die Häufigkeit jedoch nicht allein auf die Daten zur Prävalenz, sondern vor allem auf die Beratungs- beziehungsweise Behandlungsdaten bezieht, das heißt auf die Störungsbilder, mit denen psychosozial Beratende in allen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit am häufigsten in Kontakt gelangen. Für den Erwachsenenbereich sind das derzeit die psychischen Störungen von Depressionen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitsstörungen, Angsterkrankungen und Demenzerkrankungen. Jedes Manual zu einer psychischen Störung sollte sich ausführlich mit der Diagnostik beschäftigen und Fragen nach den Symptomen einer psychischen Störung stellen, beispielsweise einer Schizophrenie oder einer Depression. Dabei ist es wichtig, ein möglichst plastisches Bild mit hohem Alltagsbezug entstehen zu lassen. Wie lebt und arbeitet ein Mensch, der an einer Schizophrenie oder Depression erkrankt ist? Über die intensive Beschäftigung mit diagnostischen und differentialdiagnostischen Fragestellungen entsteht ein interdisziplinäres und disziplinäres Störungswissen und -verständnis.

Um Missverständnissen vorzubeugen, sei gesagt, dass es nicht darum geht, in der psychosozialen Beratung eine Diagnose zu stellen. Die Diagnostik von psychischen Störungen ist der Psychologie und der Medizin vorbehalten. Die intensive Beschäftigung mit Symptomen ist aber die Grundlage jedes Stö-

rungsverständnis und das wiederum ist der Schlüssel zu einem wirklichen Begreifen der störungsspezifischen Denk-, Erlebens- und Verhaltensprozesse von Klientinnen und Klienten beziehungsweise Patienten und Patientinnen. Konkret müssen die Fragen gestellt werden, welche Schwierigkeiten sich bei der Lebensgestaltung durch die psychische Störung erklären lassen und warum störungsbedingt eine selbstständige Tagesstrukturierung nicht gelingt. Fehlt störungsbedingt der Antrieb oder die Motivation? Gibt es aufgrund der psychischen Erkrankung kognitive Schwierigkeiten, die die selbstständige Lebensführung behindern? Sind störungstypische Merkmale dafür verantwortlich, dass die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit nicht möglich wird? Mit welcher Wahrscheinlichkeit wird sich diese Problematik verändern? Diese Fragen können nur dann beantwortet werden, wenn sie in Bezug zur jeweiligen psychischen Störung gesetzt werden. Natürlich verhilft das Störungswissen auch zu einer präventiven und psychoedukativen Arbeitsweise und befähigt, diagnostische Prozesse einzuleiten beziehungsweise Diagnosen im interdisziplinären Dialog überprüfen zu lassen.

Aufbauend auf den diagnostischen Kenntnissen sollten die Manuale multifaktorielle Störungsmodelle vermitteln, die explizit soziale Faktoren berücksichtigen. Hier gilt es, die bisherigen Modelle vonseiten der Sozialarbeitswissenschaft mit Inhalten zu füllen. Da auch in diesem Bereich bisher wenig geforscht wurde, bestehen hier ebenfalls noch erhebliche Entwicklungsmöglichkeiten für die Klinische Sozialarbeit. In der Weiterentwicklung der Manuale wären dann konkrete Beratungsschritte in den klassischen Unterstützungsbereichen der Sozialen Arbeit zu formulieren. Auch hier wäre wieder der Bezug zur psychischen Störung ganz konkret herzustellen: Denn die berufliche Rehabilitation, um bei dem oben genannten Beispiel zu bleiben, gestaltet sich bei Klientinnen und Klienten beziehungsweise Patienten und Patientinnen, die an Schizophrenie erkrankt sind, ganz anders als bei Menschen mit depressiven Störungen.

Die fachlichen Gründe für einen Paradigmenwechsel in der Klinischen Sozialarbeit sind vielfältig. Neben den angestrebten Zielen gibt es gesellschaftspolitische Entwicklungen, die ihn über kurz oder lang bedingen werden. Der Kostendruck im Gesundheits- und Sozialsystem zwingt oder wird die Institutionen in absehbarer Zeit noch stärker zwingen, Nachweise

über die Qualität ihrer Arbeit zu liefern. Die Abschaffung der Fallpauschalen im Bereich der Eingliederungshilfe führt zum Beispiel dazu, dass sich Einrichtungen nicht nur viel genauer mit dem individuellen Hilfebedarf ihrer Klienten und Klientinnen auseinandersetzen, sondern diesen auch gegenüber dem Leistungsträger plausibel erklären müssen. Wollen die Institutionen ihren Klienten und Klientinnen gerecht werden, dann gilt es, ihre bisherigen Angebote um störungsspezifische Aspekte zu erweitern. Um diesen Hilfebedarf auch gegenüber dem Kostenträger wissenschaftlich fundiert und mit Erfolg vertreten zu können, müssen Wirksamkeitsnachweise erbracht werden. Die Debatte um die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit hat gerade erst begonnen, umso wichtiger ist es, sich rechtzeitig mit Argumenten zu positionieren, um drohenden Wettbewerbsnachteilen und Kürzungen im Leistungskatalog Einhalt zu gebieten.

**Andrea Gebbe**, Sozialarbeiterin und Sozialpädagogin (B.A.), arbeitet in der Suchtkrankenhilfe des Diakonischen Werkes Emsland-Bentheim, Unterm Kreuz 1, 49716 Meppen-Apeldorn  
E-Mail: A.Gebbe@gmx.net

**Prof. Dr. Andrea Riecken**, Dipl.-Psychologin und Dipl.-Sozialarbeiterin, lehrt Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Abhängigkeiten und Psychiatrie an der Hochschule Osnabrück, Postfach 1940, 49009 Osnabrück, E-Mail: a.riecken@hs-osnabrueck.de

## Literatur

- Bruns**, B. u.a.: Frühinterventionsmodell bei substanz- und verhaltensbezogenem Problemverhalten. Freiburg im Breisgau 2006
- Donati**, R.; Moggi, F.: Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen 2003
- Dörfert**, J.: Jahresbericht 2005 des Therapiezentrum Maximilianshöhe. Furth im Wald 2006
- Gahleitner**, S.; Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit: Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 1. Bonn 2008
- Gahleitner**, S.; Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit: Forschung in der psychiatrischen Praxis. Bonn 2009
- Geißler-Piltz**, B.: Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu? In: Geißler-Piltz, B. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit. Münster 2005
- Geißler-Piltz**, B.; Mühlum, A.; Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. Band 7 - Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München 2005
- Gouzoulis-Mayfrank**, E.: Komorbidität Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis. Mit Manualen für die Psy-

- choedukation und Verhaltenstherapie. Darmstadt 2007
- Hahlweg, K.;** Dose, M.: Schizophrenie. Göttingen 1998
- Hahn, G.; Pauls, H.: Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In: Gahlleitner, S.; Hahn, G. (Hrsg.): a.a.O. 2008
- Lincoln, T.:** Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik. Göttingen 2006
- Lindenmeyer, J.:** Alkoholabhängigkeit. Göttingen 2005
- Löhner, F.: Sucht und Psychose: Klinik, Therapie, Prognose. Aachen 1999
- Pauls, H.:** Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim/München 2004
- Rink, J.:** Die Fachklinik Eiterbach. In: Suchttherapie: Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen 1/2000, S. 36-37
- Roder, V. u.a.:** Integriertes psychologisches Therapieprogramm IPT. Weinheim 2002
- Schaub, A.:** Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei schizophrenen und verwandten Störungen. In: Leibling, E. u.a. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3 – Verhaltenstherapie. München 2004
- Vauth, R.;** Stieglitz, R.-D.: Training emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen. Göttingen 2008
- Wagner, H.B. u.a.:** Alkoholismus und schizophrene Psychose – Prävalenz und Wechselwirkung in einer klinischen Stichprobe. In: Schwoon, D.R.; Krausz, M. (Hrsg.): Psychose und Sucht. Kreismodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Freiburg im Breisgau 1994
- Walter, M.;** Gollnow, M.: Fälle in der Falle – Reflexionen zur Konstruktion von Aussichtslosigkeit in der Suchthilfe. Chronisch alkoholkranken Menschen in der Klinischen Sozialarbeit. In: Soziale Arbeit 9/2009, S. 332-339

## MEHRGENERATIONENWOHNEN | Soziale Unterstützung in einem Wohnprojekt

*Ulrich Binner; Karlheinz Ortmann;  
Ralf-Bruno Zimmermann*

**Zusammenfassung** | Die Entstehung des Mehrgenerationenwohnprojekts „Alte Schule Karlshorst“ wurde drei Jahre wissenschaftlich begleitet. Der Artikel beleuchtet die Bewohnerstruktur und das Zusammenleben der Menschen in diesem Projekt unter dem Aspekt der gegenseitigen Unterstützung (Social Support). Die Bewohnerinnen und Bewohner sind in hohem Maße bereit, gegenseitige Unterstützungsleistungen anzubieten, und erhoffen sich umgekehrt auch Hilfen von ihren Nachbarn. Insbesondere die alleinerziehenden Bewohnerinnen und Bewohner sowie diejenigen mit Beeinträchtigungen fühlen sich unterstützt und profitieren vom Zusammenleben.

**Abstract** | The origin and development of the multi generation residential project „Alte Schule Karlshorst“ (old school Karlshorst) was guided scientifically. This article examines the tenant structure and the living together of the tenants in terms of mutual social support. The tenants are exceedingly willing to offer support to their housemates and reciprocally hope to be offered the same support from their housemates. Especially the single mothers and single fathers as well as people with disabilities feel supported and benefit from the living together.

**Schlüsselwörter** ▶ *Generationengemeinschaft*  
▶ *Demographie* ▶ *Wohngemeinschaft*  
▶ *Nachbarschaftshilfe* ▶ *empirische Sozialforschung*

**Einleitung** | Angesichts des prognostizierten demographischen Wandels in Deutschland, wonach der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung erheblich zunehmen wird, und angesichts einer Pluralisierung von Lebenslagen und -stilen, mit denen die Individualisierung von Bedürfnissen der aktuell älter und alt werdenden Menschen einhergeht, wird auch nach neuen Wohnformen für das Leben im Alter Ausschau gehalten, die sich von den bestehenden und meist noch zu wenig differenzierten Angeboten der