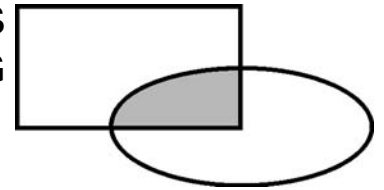


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



14. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2018

Inhalt

Themenschwerpunkt: Krisenintervention

- 3 Editorial
- 4 *Olaf Neumann*
Krisenintervention? Eine pointierte Annäherung an einen schillernden gemeindepsychiatrisch geprägten Begriff
- 5 *Miriam Hailer, Markus Witzmann*
Soziale Arbeit in multiprofessionellen Teams am Beispiel der Krisenintervention im »Krisendienst Psychiatrie« für Oberbayern
- 8 *Gerd Pauli, Olaf Neumann*
Berliner Krisendienst in der Krise? Geschehen am Breitscheidplatz 2016 bestätigt langjährige Netzwerkarbeit
- 10 *Asita Behzadi, Anja Hermann*
Psychosoziale Krisenintervention in der Onkologie
- 12 *Martha Schneider und Kolleginnen*
Wege aus der Krise für »hard-to-reach«-KlientInnen? Erfahrungen aus einem Forschungsprojekt zum Thema Frauenhandel
- 13 *Dietrun Lübeck, Annegret Böhmer*
Zur Bedeutung von Spiritualität in der Begleitung von Krisen
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
2 Zu den Autor*innen dieser Ausgabe
2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Zu den Autor*innen dieser Ausgabe

Asita Behzadi, Dipl.-Psych., Psychoonkologin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie der Charité am Campus Virchow-Klinikum, Palliativstation. Kontakt: Asita.Behzadi@charite.de

Annegret Böhmer, Prof. Dr., Professur für Psychologie im Studiengang Religionspädagogik der Evangelischen Hochschule Berlin, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (DGSV), Coach (dvct). Kontakt: boehmer@eh-berlin.de

Marilena de Andrade, studentische Mitarbeiterin an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Kontakt: marilena.deandrade@ash-berlin.eu

Silke Birgitta Gahleitner, Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit, Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Kontakt: sb@gahleitner.net

Katharina Gerlich, Dr., Promotion in Soziologie, seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems. Kontakt: Katharina.Gerlich@donau-uni.ac.at

Miriam Hailer, Dipl.-Soz.päd., Master Mental Health, Vorstandsbereich Versorgungsentwicklung und -qualität, kbo – Kliniken des Bezirks Oberbayern, Referentin Steuerungsgruppe Krisendienst Psychiatrie Oberbayern. Kontakt: miriam.hailer@kbo.de

Roshan Heiler, Dipl.-Regionalwissenschaftlerin Lateinamerika, seit 2011 Leiterin der SOLWODI Beratungsstelle für Betroffene von Menschenhandel und Frauen in der Prostitution in Aachen. Kontakt: heiler@solwodi.de

Anja Hermann, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Gastprofessorin an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, Schwerpunkt Somatische Medizin, Psychoonkologie und Gesundheitswissenschaften. Kontakt: anja.hermann@khsb-berlin.de

Heidemarie Hinterwallner, MA, MA, Soziologin und Sozialarbeiterin, ehemalige Mitarbeiterin am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems. Kontakt: heidemarie.hinterwallner@gmail.com

Edith Huber, Dr., Promotion in Sozialwissenschaften an der Universität Wien, seit 2012 PostDoc an der Donau-Universität Krems im Bereich Kriminalsoziologie. Kontakt: Edith.Huber@donau-uni.ac.at

Dietrun Lübeck, Prof. Dr., Professur für Psychologie im Studiengang Soziale Arbeit der Evangelischen Hochschule Berlin, Studiengangsbeauftragte. Kontakt: luebeck@eh-berlin.de

Olaf Neumann, Prof. Dr. phil., Professor an der Alice Salomon Hochschule Berlin, bis 2012 Leiter einer Region des Berliner Krisendienstes. Kontakt: olaf.neumann@ash-berlin.eu

Karlheinz Ortman, Prof. Dr. phil., Sozialpädagogie (grad.), Professor für gesundheitsorientierte Soziale Arbeit, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB). Kontakt: ortmann@khsb-berlin.de

Gerd Pauli, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Geschäftsführer des KBS e.V. (BKD Region Mitte), eines der sechs Träger der Berliner Krisendienst GbR. Kontakt: g.pauli@kbsev.de

Martha Schneider, Psychologin, Mag., wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Donau-Universität Krems, Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, Psychotraumatologie. Kontakt: Martha.Schneider@donau-uni.ac.at

Yvette Voelschow, Prof. Dr., Professorin für Sozial- und Erziehungswissenschaften an der Universität Vechta. Kontakt: yvette.voelschow@uni-vechta.de

Markus Witzmann, Prof. Dr. phil., BBA, MSM, MA, Vorstandsbereich Versorgungsentwicklung und -qualität, kbo – Kliniken des Bezirks Oberbayern, Professor in der Psychiatrie an der Hochschule München. Kontakt: markus.witzmann@kbo.de

Rückblick: 7. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit

Am 29./30.09.2017 fand die diesjährige Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit unter dem Titel »Soziale Teilhabe fördern – in Praxis, Theorie und Forschung« an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin erfolgreich statt. Rund 120 Teilnehmer*innen

besuchten die Workshops und Vorträge.

Tagungsmaterialien: www.khsb-berlin.de/studium/studieren-an-der-khsb/masterstudiengaenge/klinische-sozialarbeit-ma/aktuelles/#c28123

27./28.04.2018: DGSA-Jahrestagung in Hamburg

Die Jahrestagung 2018 der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit thematisiert: »Demokratie und Soziale Arbeit. Teilhabe, Solidarität und bürgerschaft-

liche Identifikation in einer pluralen Gesellschaft«.

Weitere Informationen: Seite 15

14./15.06.2018: 8. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit

Die 8. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit zu »Sozialtherapie, Beratung, Case Management – Praxeologie der Klinischen Sozialarbeit« findet an der FH Nordwestschweiz in Olten/Schweiz statt.

Um psychosoziale Probleme differenziert zu erfassen und angemessen zu bearbeiten, sind spezifische Konzepte, Methoden und Instrumente erforderlich. Die Klinische Sozialarbeit als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit hat den erklärten Anspruch, die Entwicklung von Handlungsmethoden voranzutreiben. Etwa 20 Jahre nach den Anfängen der Kli-

nischen Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum ist es Zeit, eine Zwischenbilanz zu ziehen und sich über den Stand des methodischen Wissens und Könnens zu verständigen. Von besonderem Interesse sind dabei Zusammenhänge von Handlungslogik und Handlungspraxis, d.h. die Praxeologie(n) Klinischer Sozialarbeit. Beim Tagungsthema zeichnen sich verschiedene aktuelle oder aktualisierte Herausforderungen ab, die diskutiert und bearbeitet werden sollen.

Weitere Informationen/Call for Papers: Seite 16

In eigener Sache: die nächsten Themen

Über Ihr Feedback zu dieser Ausgabe würden wir uns ebenso freuen wie über Anregungen und Beitragsvorschläge zu den nächsten Themenschwerpunkten der Zeitschrift »Klinische Sozialarbeit«:

■ April 2018: »Teilhabe/Teilhabeengesetz« (Redaktionsschluss 01.01.2018)

■ Juli 2018: »Biopsychosoziale Diagnostik« (Redaktionsschluss 01.04.2018)

Kontakt & weitere Informationen
Anna Lena Rademaker
(anna.lena.rademaker@dvs.org)

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttemann
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner
Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum
Bensheim

Prof. Dr. Helmut Pauls
Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner
Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mitweida

Impressum

Herausgeber

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v. i. S. d. P.)
DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e.V.

Redaktionsteam

Karlheinz Ortman (Leitung)
Gerhard Klug, Ute Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker, Dieter Röh

Anzeigenakquise

Ingo Müller-Baron
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, ingo.mueller-baron@dvs.org

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
c/o Prof. Dr. Karlheinz Ortman
Katholische Hochschule für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin
Tel. 030 50 10 10-84
karlheinz.ortman@khsb-berlin.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Bachmann & Weiss Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2470

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Krisenintervention ist in aller Munde. In keiner Selbstdarstellung von psychosozialen bzw. sozialpsychiatrischen Angeboten darf die Nennung dieser Methode in der Angebotspalette fehlen. Das signalisiert den Nutzer*innen (und vielleicht ebenso den Geldgeber*innen), dass auch in chaotischen Situationen professionell gehandelt werden kann. Egal, was passiert: Wir sind vorbereitet! Darüber hinaus ist auch ein breiter handlungspraktischer Diskurs zum Thema zu beobachten, und es gehen – wie manchmal bei Theorie-Praxis-Diskursen zu beobachten – wichtige Fakten und Ausrichtungen während der Zeit verloren, werden »vergessen«, oder andere Diskurse bemächtigen sich deren ursprünglicher Intention.

Der Artikel von *Olaf Neumann* will deswegen einige »merkwürdige« (also des Merkens würdige) Fundstellen heben. Damit verbunden ist auch das Ziel, aus den Paradigmen (also grundlegenden Denkmustern) der Krisenintervention und ihrer gemeindepsychiatrischen Geschichte Impulse zu einer Lesart Klinischer Sozialarbeit zu geben. Dies geschieht durchaus pointiert und erhebt nicht den Anspruch einer grundlegenden Einführung.

Idee des Heftes war es, zwar ausgehend von der Gemeindepsychiatrie, aber

über diese hinaus, ein wenig die (mittlerweile zu verzeichnende) Breite des Diskurses anklingen zu lassen und wenig beleuchtete Perspektiven aufzuzeigen und zu stärken. Im folgenden Artikel von *Miriam Hailer* und *Markus Witzmann* wird Einblick in die besondere Arbeitsweise eines ambulanten Krisendienstes in einer ländlichen Region gegeben. Die Besonderheiten des ländlichen Raumes verlangen nach anderen Antworten auf Bedarfe, als sie in einer Stadt mit kurzen Wegen möglich sind. Am Beispiel des Krisendienstes Oberbayern wird insbesondere auf die Rolle der Sozialen Arbeit innerhalb der multiprofessionellen Teams eingegangen.

Mit dem Artikel von *Gerd Pauli* und *Olaf Neumann* steht ebenfalls eine Innensicht eines ambulanten Krisendienstes im Zentrum. Allerdings handelt es sich mit dem Berliner Krisendienst um einen großstädtischen Krisendienst. Insbesondere die Netzwerkperspektive dieser Organisation wird in der Bearbeitung von Krisen deutlich herausgearbeitet. Als Beispiel dient dazu die Einbindung des Krisendienstes in das Geschehen unmittelbar nach dem terroristischen Anschlag Weihnachten 2016 in Berlin. Gerade die Verknüpfung zwischen psychiatrisch ambulanter Regelversorgung und dem Katastrophenschutz ist in diesem Artikel eine Perspektive von besonderer Bedeutung.

In einem anderen klinischen Arbeitsfeld, der Onkologie, zeigen *Asita Behzadi* und *Anja Hermann* anschließend den Umgang mit psychosozialen Krisen auf. Besonders interessant scheint uns an diesem Artikel zu sein, dass nicht allein die Krebserkrankung zu Krisen führt, sondern das Spektrum der Krisenanlässe eine erhebliche Erweiterung findet.

Martha Schneider, Marilena de Andrade, Katharina Gerlich, Roshan Heiler, Heidemarie Hinterwallner, Edith Huber, Yvette Völschow und *Silke Birgitta Gahleitner* berichten von einem deutsch-österreichischen Forschungsprojekt zum Thema Menschenhandel und Zwangsprostitution. Bei diesen schwer erreichbaren (»Hard-to-reach«-)Klientinnen werden insbesondere die zu beachtenden Besonderheiten in der Krisenversorgung herausgearbeitet.

Der letzte Artikel beschäftigt sich mit einer Dimension von Krisenintervention, die selten Veröffentlichung findet. *Dietrun Lübeck* und *Annegret Böhmer* arbeiten die Spiritualität im Alltag der Krisenintervention heraus. Dabei zeigen sie nicht nur Spiritualität als mögliche Ressource von Klient*innen auf, sondern widmen sich auch der Spiritualität – und deren Funktion – bei den Helfer*innen.

Für die Redaktion
Olaf Neumann und Karlheinz Ortman

Anzeige

MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

Studienumfang:

90 Credits

Studienkosten:

z. Zt. 7.000,- Euro

Bewerbungsschluss:

1. Juli 2018

Studienbeginn:

WS 2018/19

Kontakt/Informationen:

Katholische Hochschule
für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin

Ansprechpartnerin:

Margit Wagner
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 - 47
margit.wagner@khsb-berlin.de



www.khsb-berlin.de

Krisenintervention? Eine pointierte Annäherung an einen schillernden gemeindepsychiatrisch geprägten Begriff

Olaf Neumann

In dem im klinischen Kontext weit verbreiteten Standardwerk »Irren ist menschlich« findet sich folgende »Anweisung« an professionelle Helfer*innen für das Vorgehen in der Krisenintervention (KI): »Krise so lange wie möglich offen halten: Da jeder nach Entblößung schnell wieder seine Abwehrfassade hochzieht, habe ich die Krise zu verlängern und zu vertiefen, nicht zu beruhigen und abzukürzen« (Dörner & Plog, 1996, S. 335). Diese Textpassage ist durchaus irritierend, man hört förmlich das »Aber« vieler Praktiker*innen, denn ist es nicht auch Aufgabe der KI, selbst- und/oder fremdschädigendes Verhalten zu verhindern? Was heißt hier, den Prozess zu »verlängern«? Verboten dies nicht unter der Maßgabe ökonomischer Effizienz?

Der Satz hat es in die neueste, 24. Auflage des Buches nicht mehr geschafft, was sicherlich der kompletten Neubesetzung des Autorenteam geschuldet ist (Dörner et al., 2017), aber er soll in diesem Artikel als Ausgangspunkt einer kleinen Reise in die Diskurslandschaft der KI dienen.

Was tun? Die Absicht der Methode

Krise ist zunächst einmal keine Krankheit. Diese fast gebetsmühlenartig wiederholte Kernweisheit der Krisenliteratur weist darauf hin, dass die moderne Krisentheorie in Abgrenzung zur Krankheitslehre entstanden ist und die Aufmerksamkeit auf (ambulante) KI in engem Zusammenhang mit den Reformbestrebungen der (Anstalts-)Psychiatrie steht. Ortiz-Müller (2010) drückt das damit verbundene *Unterstützungsparadigma* gegenüber Menschen mit psychiatrischen Diagnosen haltungsrelevant für die KI so aus: »Alle Menschen haben Krisen, und längst nicht jede beobachtete Verschlechterung innerhalb eines Krankheitsbildes geht auf die angenommene Eigendynamik einer Depression, einer Psychose oder auch einer körperlich-geistigen Behinderung zurück« (ebd., S. 73). Das bedeutet, dass die sozialpsychiatrische Forderung nach mehr ambulanter KI (also flächendeckender Krisendienste) in erster Linie auf die Unterstützung der in der Gemeinde lebenden psychisch beeinträchtigten Menschen zielt. Im unterstützenden Para-

digma ist also durchaus auch eine sozialräumliche Orientierung hin zur Gemeinde entdeckbar, die im Gegensatz zu allzu schnell vorgetragenen Klinikunterbringungen steht. Aus dieser Perspektive der Klinikvermeidung wurden auch Qualitätsunterschiede verschiedenster Organisationsmodelle diskutiert. Wienberg (1993) benennt zwei Qualitätsmerkmale, die auf die Ausgestaltung der Mitarbeit er*innenzusammensetzung abzielen: Im Rahmen der Organisation der Krisenhilfe muss konzeptionelle und personelle Kontinuität in der Krisenbegleitung sichergestellt, und Delegationsprozesse sollen unbedingt in den Fallverläufen vermieden werden (S. 61).

Neben der beschriebenen unterstützenden Idee der KI ist aber durchaus auch ein *Präventionsparadigma* zu entdecken, das im Reflektieren des Zusammenhangs zwischen Krise und (psychischer) Krankheit deutlich wird: Im Ausgangspunkt eines krankhaften Geschehens sind (häufig) Krisen entdeckbar, und Krankheiten machen (aufgrund der erhöhten Vulnerabilität) Individuen krisenanfälliger. Mit Blick auf die Krankheitsentwicklung ist es also sinnvoll, das professionelle Eingreifen sozusagen vorzulegen, um »Implikationen einer präventiven Psychiatrie im Hinblick auf die Störung oder Beeinträchtigung der Mensch-Umwelt-Interaktion« (Caplan & Grunebaum, 1967/1977, S. 56) zu fördern, wie Caplan und Grunebaum es bereits 1967 beschrieben. Klinischen Sozialarbeiter*innen wird sicherlich die Andeutung einer ökologischen Denkfigur im Zitat auffallen, die genau solche, die soziale Umwelt betonende Perspektive auch im präventiven Aspekt der Krisenintervention entdeckbar macht.

Eine weitere Intention ist zu beachten, die im Fachdiskurs zur KI eine breite Aufmerksamkeit genossen hat, nennen wir sie das *Wendepunkt-Paradigma*. In dieser Intention geht es der KI nämlich nicht um Krisenverhinderung, sondern um Krisenbegleitung, denn die »Richtung der psychischen Entwicklung einer Person (zur psychischen Gesundheit oder psychischen Beeinträchtigung) ist wahrscheinlich äußerst sensibel gegenüber Einflüssen in Krisenzeiten. Diese Krisen stellen Wendepunkte dar« (S. 52) Dass die Gefahr (Selbst- und/oder Fremdgefährdung) dabei nicht aus dem Auge verloren werden darf, versteht sich

von selbst. Aber die Idee eines Wendepunktes bedeutet eben auch, dass der Weg aus der Krankheit ebenfalls meist über Krisen läuft, und deswegen greift »isolierte Suizidprävention zu kurz« (Stein, 2009, S. 18). Die Untersuchungen und Geschichten von Betroffenen unter dem Stichwort »Recovery« verfügen, unter diesem Krisenaspekt betrachtet, über eine beredete und sehr konkrete Sprache (vgl. u. a. Amering & Schmolke, 2007).

Was wann tun? Die Spezifik der Methode

Die vorgestellte Lesart der Paradigmen der KI aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit legt nahe, eine grundlegende kritische Sichtweise gegenüber psychopathologisierenden Praktiken im Bereich der KI zu vertreten. In der neuesten Auflage von »Irren ist menschlich« (Dörner et al., 2017) wird deshalb zu Recht darauf hingewiesen: »Niemals sollen wir einem Menschen in einer psychischen Krise nur aus der Verhaltensbeobachtung heraus, ohne genauere Anamnese, eine psychiatrische Diagnose zuschreiben. Die psychische Krise kann in kürzester Zeit jede Gestalt annehmen« (Schleuning et al., 2017, S. 499). Dies lässt einen Blick auf die Zeitdimension zu.

Der Hinweis auf diese Dimension der Zeit taucht häufiger in der Krisenliteratur auf. Aguilera (1970/2000) spricht beispielsweise vom »rechten Augenblick« (S. 14) des Eingreifens. In der griechischen Philosophie wird diese Zeitqualität »kairos« genannt, des – wie Bourdieu (1980/1993) erklärt – »passenden oder günstigen Augenblicks und der für Ort und Zeit treffsicheren und passenden Rede« (S. 61, Fußnote 1). Wir verdanken den Begriff den Sophisten, über die Bourdieu (ebd.) formuliert: »Als Rhetoriker waren sie wie geschaffen, aus der Praxis der Sprache als *Strategie* eine Philosophie zu machen« (ebd., Herv.i.Orig.). In diesem strategischen Sinne können Krisen als ein kreativitätsträchtiger Abschnitt im Leben eines Menschen (auch bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen!) verstanden werden, in dem Unverhofftes, Neues geschehen kann. Die Krisentheorie spricht davon, dass in Krisenzeiten ein (sonst vorhandenes) innerpsychisches Gleichgewicht verloren geht, das sich nun neu (und anders) bildet. Die möglichst (klei-

nen) Interventionen zeigen große Wirkungen, wenn diese »innerhalb der relativ kurzen Periode des gestörten Gleichgewichts in der Krise« (Caplan & Grunebaum, 1967/1977, S. 60) erfolgen. Deutlich wird aus zeitlicher Perspektive auch, welche hohe Macht und Verantwortung im Handeln (und in den Worten!) der professionellen Helfer*innen liegen und warum die Ressourcenorientierung (Schürmann, 2011) so wichtig ist, damit ein selbst gefundenes, neues Gleichgewicht entstehen kann. Deshalb sollten im Rahmen einer KI keine Diagnosen gestellt (s.o.) und diese Methode möglichst nicht außerhalb von akuten Krisen angewendet werden, denn dies schafft sonst Abhängigkeit vom Hilfesystem (Kordecky & Neumann, 2011).

Abschluss

Anfang der 1980er-Jahre untersuchte ein Forscher*innenteam um Ulich das Krisenerleben und die Krisenbewältigung arbeitsloser Lehrer*innen und stärkte damit auch die Wahrnehmung der sozialen Dimension im Krisendiskurs. Aus dieser Perspektive heraus formulierten sie damals: »Wir glauben, daß der Krisen-Begriff bestimmt Qualitäten und Besonderheiten psychischer Prozesse benennen kann, die mit keinem anderen Begriff erfaßt werden« (Ulich et al., 1985, S. 13).

In diesem Artikel sollte insbesondere die Aufgabe der Stärkung dieser sozialen Dimension im Interventionsalltag deutlich geworden sein. In der Neuauflage von »Irren ist menschlich« ist folgende Passage dazu zu finden: »Grade in der nach wie vor oft »fürsorglichen Bela-

gerung« von Betroffenen durch die Strukturen des psychiatrischen Alltags hilft das Immer-wieder-Einnehmen der Krisenperspektive ungemein, den Blick auf die vitale Kraft jedes Betroffenen – die vielfältigen individuellen Möglichkeiten zum Zurechtkommen mit widrigen Lebensumständen – nicht aus dem Auge zu verlieren« (Schleuning et al., 2017, S. 518).

Eigentlich geht es auch im multiprofessionellen Arbeitsalltag der KI darum, einseitig biomedizinische oder psychologisch dominante Sichtweisen mit dem reflexiven Blick auf den sozialen Kontext zu relativieren (Neumann, 2017). In dieser Auseinandersetzung, die in Supervisionen und Teamfortbildungen geführt werden muss, wird die eingangs zitierte Passage als Beschreibung einer Haltungsmaxime in der KI fehlen. Abschließend seien diese Sätze noch einmal in vollständiger Länge zitiert, weil damit die psychologische wie auch die biomedizinische Dimension normativ eingefangen wird und damit eine umfassende handlungspraktische Klarheit bestechend hervortritt:

»Krise so lange wie möglich offen halten: Da jeder nach Entblößung schnell wieder seine Abwehrfassade hochzieht, habe ich die Krise zu verlängern und zu vertiefen, nicht zu beruhigen und abzukürzen. Seine und meine Angst ist das Material, mit dem wir gemeinsam arbeiten. Daher ist es ein Fehler, dem Patienten seine Angst zu nehmen – mit Worten oder Medikamenten. Medikamente nur, um ihn begegnungsfähig zu halten, wenn die Angst überwältigend ist« (Dörner & Plog 1996, S. 335).

Dem ist nichts hinzuzufügen.

Literatur

- Aguilera, D. C. (2000). *Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung*. Bern: Huber (engl. Orig. 1970).
- Amering, M. & Schmolke, M. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bourdieu, P. (1993). *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt: Suhrkamp (frz. Orig. 1980).
- Caplan, G. & Grunebaum, H. (1977). Perspektiven Primärer Prävention. In G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.), *Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt* (S. 51-69). München: Urban & Schwarzenberg (engl. Origl. 1967).
- Dörner, K. & Plog, U. (1996). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie* (Neuauf.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. & Wendt, F. (Hrsg.) (2017). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (24., vollst. überarb. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Kordecky, K. & Neumann, O. (2011). Die hochfrequente Inanspruchnahme ambulanter Krisendienste – eine Analyse von Beratungsverläufen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 43(3), 643-652.
- Neumann, O. (2017). Krisenintervention. In J. Bischoff, D. Deimel, C. Walthert & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 241-258). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Ortiz-Müller, W. (2010). Theorie für die Praxis – Vom fraglichen Nutzen der Krisenmodelle. In W. Ortiz-Müller, U. Scheuermann & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe* (2., überarb. Aufl.; S. 64-76). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schleuning, G., Menzel, S. & Brieger, P. (2017). Der für sich und Andere ausweglose Mensch (Krisen und Krisenintervention). In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (24., vollst. überarb. Aufl.; S. 493-519). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Schürmann, I. (2011). Ressourcenorientierte Krisenintervention. In A. Lenz (Hrsg.), *Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis* (S. 321-338). Tübingen: DGVT.
- Stein, C. (2009). *Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ulich, D., Haußer, K., Mayring, P., Strehmel, P., Kandler, M. & Degenhardt, B. (1985). *Psychologie der Krisenbewältigung. Eine Längsschnittuntersuchung mit arbeitslosen Lehrern*. Weinheim: Beltz.
- Wienberg, G. (1993). Qualitätsmerkmale außerstationärer Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modellvarianten. In G. Wienberg (Hrsg.), *Bevor es zu spät ist. Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. Standards und Modelle* (S. 42-68). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Soziale Arbeit in multiprofessionellen Teams am Beispiel der Krisenintervention im »Krisendienst Psychiatrie« für Oberbayern

Miriam Hailer, Markus Witzmann

Unter der Nummer 0180-6553000 können die Bürger*innen Oberbayerns den Krisendienst Psychiatrie täglich von 9 bis 24 Uhr erreichen. Sie erhalten dort wohnortnahe qualifizierte psychiatrische Krisenhilfe – niedrigschwellig, verbindlich und zeitnah. Ein gelungenes Beispiel der Kooperation von psychiatrischen Versorgungskliniken, psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi).

Häufig scheuen sich Menschen, in psychischen Krisen Hilfe in Anspruch zu nehmen, was möglicherweise an der weiterhin andauernden Stigmatisierung oder der psychischen Erkrankung an sich liegt. Deshalb braucht es gerade für psychische

Krisen und psychiatrische Notfälle spezifische Angebote mit besonderen Merkmalen (D'Amelio et al., 2006). Trotz des seit 2000 vorliegenden bayerischen »Rahmenkonzepts für ein ambulantes Kriseninterventionssystem« und der Weiterentwicklung im Jahr 2012 (Verband der Bayerischen Bezirke, 2012) schreitet die Verfügbarkeit flächendeckender und 24 Stunden erreichbarer Angebote für Menschen in seelischen Krisen in Bayern nur langsam voran. Neben den wenigen psychiatrischen Krisendiensten gibt es zwar weitere Hilfeangebote für Menschen in seelischen Krisen – jedoch mit jeweils erheblichen Einschränkungen in Angebot oder

Verfügbarkeit: Beratungsstellen, SpDi, Hausärzt*innen, Nervenärzt*innen und Psychotherapeut*innen, PIA und psychiatrische Versorgungskliniken.

Konzepte zur Krisenintervention (KI) knüpfen an Modelle zur Entstehung psychischer Erkrankungen an (Welschhold et al., 2013). Die Gründe für die Entstehung psychischer Krisen sind jedoch für eine hochwertige Krisenhilfe nur insofern bedeutsam, als professionelle Helfer*innen in der Lage sein müssen, die Situation korrekt zu erkennen und entsprechend die richtigen Maßnahmen einzuleiten. Wichtigste Kriterien hierbei sind im Krisendienst Psychiatrie für Oberba-

Der Versorgungsprozess im Krisendienst Psychiatrie für Oberbayern

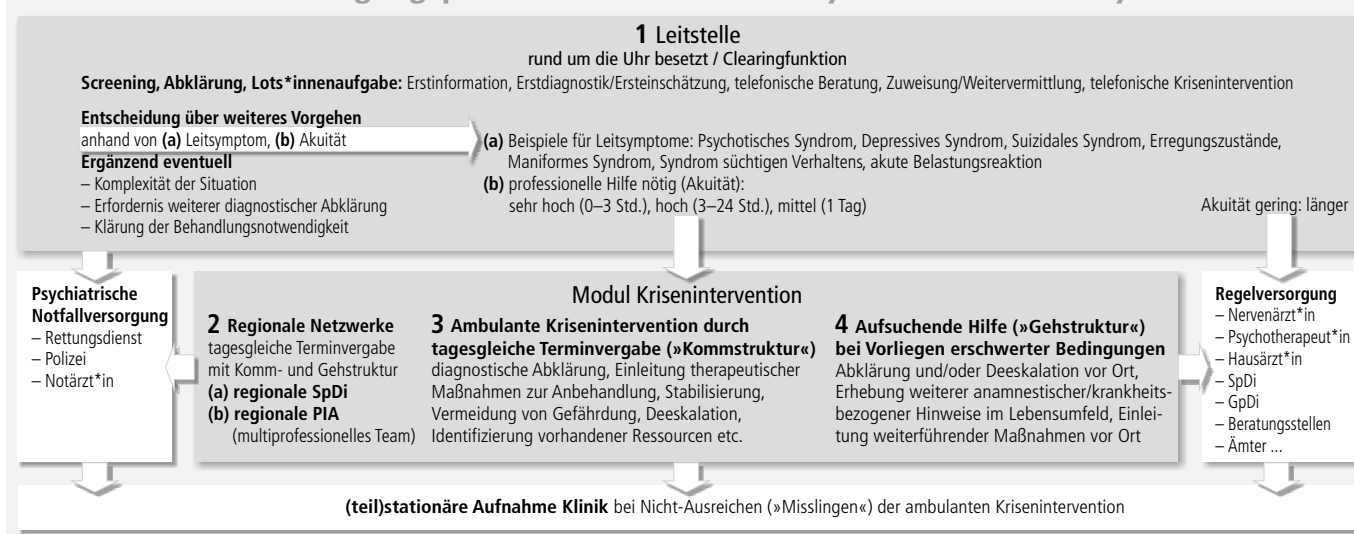


Abbildung 1: Der Versorgungsprozess im Krisendienst Psychiatrie für Oberbayern (vgl. Hailer et al., 2016)

gern das jeweilige Leitsyndrom, die Dringlichkeit des Hilfebedarfs und die Aktualität. Grundsätzlich geht man in der Krisenhilfe davon aus, dass eine Krise bewältigt werden kann, und setzt damit auf die Ressourcen der Betroffenen. Von entscheidender Bedeutung ist das Anknüpfen an die subjektive und individuelle Situation der Klient*innen. Ein tragfähiges Ergebnis wird nur erreicht, wenn von Beginn an auf die Mitwirkung der Klient*innen gebaut wird. So beinhaltet der Prozess der Krisenintervention viele Aspekte des Empowerments.

Krisendienst Psychiatrie für Oberbayern

Am 17. Juni 2015 hat der Sozial- und Gesundheitsausschuss des Bezirks Oberbayern den Aufbau eines Krisendienstes Psychiatrie für Oberbayern beschlossen. Es wurde eine fünfjährige Projektlaufzeit bewilligt. In dieser Zeit soll das geplante Kriseninterventionssystem in den 20 Landkreisen und drei kreisfreien Städten Oberbayerns etabliert werden. Die dafür erforderlichen Mittel in Höhe von 7,4 Millionen Euro pro Jahr werden ausschließlich durch den Bezirk Oberbayern bereitgestellt (Bezirk Oberbayern, 2015). Die Krankenkassen beteiligen sich bislang nicht an der Finanzierung. Seit dem 1. Oktober 2017 ist der Krisendienst Psychiatrie in ganz Oberbayern aufgebaut.

Bausteine der Krisenversorgung. Ein wichtiger Meilenstein war u. a. das Fachkonzept regionale psychiatrische Krisenversorgung der Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) und des Krisendienstes Psychiatrie München von 2012. Zentrale Komponenten im Krisendienst Psychiatrie für Oberbayern sind (1) der Ausbau der bestehenden fachärztlich geführten

Leitstelle des Krisendienstes Psychiatrie München unter dem Dach von kbo für ganz Oberbayern, die mit speziell geschulten Fachkräften besetzt ist, (2) die Schaffung *regionaler Netzwerke* für die ambulante Krisenversorgung, in denen insbesondere die SpDi mit den PIA eng kooperieren und an denen niedergelassene Hausärzt*innen, Nervenärzt*innen und Psychotherapeut*innen – wenn möglich – beteiligt werden sollen, (3) sofort und verbindlich verfügbare, krisenspezifische *ambulante und stationäre Beratungs- und Behandlungsangebote*, (4) *mobile, aufsuchende Kriseninterventionsteams* sowie die Verfügbarkeit eines (fach)ärztlichen (Not-)Dienstes (Abb. 1).

Der Versorgungsprozess. Die Kontaktaufnahme erfolgt telefonisch zentral über die Leitstelle. Hier wird die erste Abklärung des Anliegens nach sog. Leitsyndromen vorgenommen. Von besonderer Bedeutung ist hier auch die Einschätzung der Situation der Dringlichkeit nach folgendem Schema: (a) sehr hohe und hohe Dringlichkeit (Handlungsbedarf sofort bzw. innerhalb von 24 Stunden), (b) mittlere Dringlichkeit (Handlungsbedarf spätestens am Folgetag) und (c) niedrige Dringlichkeit (Aufschub um einige Tage problemlos). Je nach Einschätzung der Situation erfolgt direkt am Telefon eine Beratung, Entlastung oder sofortige Krisenintervention (z. B. aufsuchendes Team, Termin PIA, Empfehlung einer stationären Behandlung) sowie eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen. Auf Basis der Netzwerkstruktur kann die Leitstelle gezielt weitervermitteln, direkt zu anderen Einrichtungen zuweisen oder den Einsatz eines mobilen ausrückenden Teams veranlassen. Dazu hat die Leitstelle direkte Zugriffsmöglichkeiten auf tagesgleiche Vermittlung in eine Institutsambulanz, zu einem SpDi (aufsuchend oder als

Beratung im Dienst) oder zur Behandlung in einer psychiatrischen Praxis.

Die Rolle der Sozialarbeit

Die Rolle der Sozialarbeit im Rahmen des Krisendienstes Psychiatrie kann im multiprofessionellen Team u. a. mit folgenden Tätigkeiten angesiedelt werden:

In der Leitstelle. Wegen der inhaltlichen Bandbreite der Anliegen ist die Tätigkeit am Krisentelefon äußerst komplex. In der Leitstelle findet das erste Screening statt, die Mitarbeiter*innen bieten entlastende Gespräche und planen gemeinsam mit Klient*innen das weitere Vorgehen. Die Fachkräfte müssen zuallererst eine Beziehung zur anrufenden Person herstellen, was als zentrale Kompetenz der Sozialarbeit gesehen werden kann (AIEJI, 2006/2010). Sie müssen die Situation deeskalieren, allerdings gleichzeitig eine fachliche Einschätzung treffen, Selbst- und Fremdgefährdung erkennen und passende Hilfe vermitteln. Die besondere Schwierigkeit in der Leitstelle ist mit Sicherheit die Arbeit mit Klient*innen, ohne diese direkt im Gespräch zu sehen, auch nonverbal in Interaktion treten zu können. Dies erschwert die Einschätzung der Situation, aber auch die Beziehungsarbeit zum Teil deutlich.

Im aufsuchenden Dienst. Die Tätigkeit im aufsuchenden Dienst erfordert ähnliche Kompetenzen der Krisenintervention wie die Tätigkeit in der Leitstelle. Jedoch gibt es hier im Gegensatz zur Leitstelle einen direkten und persönlichen Kontakt mit Klient*innen, ihrem Umfeld und den Angehörigen. Die Einsätze am Ort der Krise finden immer zu zweit statt, sodass hier auch die Arbeit im Team mit wechselnden Kolleg*innen eine besondere Herausforderung ist. Die besonde-

re Kompetenz der Sozialarbeit im kommunikativen Bereich ist besonders in der Krisenintervention im häuslichen Umfeld gefragt, da hier eine intensive Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Netzwerk der Klient*innen notwendig ist.

In der Gebietskoordination. Um das regionale Netzwerk zu entwickeln, wurde für jede der vier oberbayerischen Regionen eine Gebietskoordination für das Krisen-Netzwerk eingerichtet. Diese hat vorrangig die Aufgabe, das Kooperationsnetzwerk der jeweiligen Region zu koordinieren und die Schnittstelle zwischen Gebiet und Leitstelle zu sein. Außerdem ist sie verantwortlich für die Implementierung eines Lenkungsausschusses und beteiligt sich im Rahmen des Gesamtprojekts an Qualitätsmanagement sowie Personalführung und Weiterbildung. Diese Funktion erfordert überdurchschnittliche Erfahrung und Wissen in den Versorgungsbereichen der Hilfen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Neben Kommunikations-, Sozial-, Personen- sowie Gremienführungs-kompetenz ist im Bereich der Organisation ein besonders hohes Maß an Kompetenz erforderlich. Aufgrund der komplexen Netzwerkstruktur eignen sich Sozialarbeiter*innen mit ihren besonderen Kompetenzen im kommunikativen Bereich sowie im systemischen Denken und Handeln für diese Tätigkeit besonders.

Notwendige Kompetenzen zur Krisenintervention

Aufgrund der komplexen Anforderungen bei dieser Tätigkeit finden im Rahmen des Krisendienstes Psychiatrie Schulungen für alle Mitarbeiter*innen statt. Auch können diese Kompetenzen in anderen Fortbildungsangeboten erworben werden, wie z.B. im Bildungswerk des Bayerischen Bezirktages in Irsee. Besonders hohe Relevanz haben fachspezifische Qualifikationen zur Befähigung der Durchführung von Kriseninterventionen, die Analyse unterschiedlicher Kontexte und Settings von Krisenintervention und der dazugehörigen Anwendung verschiedener therapeutischer Konzepte in Bezug auf spezifische Themenbereiche und besondere Zielgruppen. Die Mitarbeiter*innen benötigen umfangreiches Wissen über Entstehung, Verlauf und Risiken von Krisen, um diese erkennen, abgrenzen, einordnen und bewerten zu können. Außerdem ist es wichtig, Basistechniken der Krisenintervention und praktische Fertigkeiten in der Gesprächsführung in komplexen Krisensituationen zu beherrschen. Neben sicherem Umgang mit rechtlichen Anforderungen inklusive Dokumentation und Qualitätssicherung ist ein besonders wichtiger Bestandteil die Fähigkeit zur Selbstreflexion

eigener krisenbeeinflussender Faktoren (z. B. Haltungen, Einstellungen).

Der Krisendienst Psychiatrie mit seinen Versorgungsbausteinen Leitstelle, Aufsuchender Dienst und Gebietskoordination integriert die Kompetenzen der Sozialen Arbeit in sein Leistungsspektrum und bildet in unterschiedlichen Verantwortungsbereichen ein verantwortungsvolles und spannendes Aufgabenfeld.

Literatur

- AIEJI – International Association of Social Educators (2010). *Die professionellen Kompetenzen von Sozialpädagogen/innen*. Kopenhagen: AIEJI Europe. Online verfügbar: <http://aieji.net/wp-content/uploads/2010/12/Professional-competences-DE.pdf> [18.11.2017] (engl. Orig. 2006).
- Bezirk Oberbayern (2015). *Bezirk Oberbayern baut Krisendienst Psychiatrie flächendeckend aus*. München: Bezirk Oberbayern. Online verfügbar: <http://www.bezirk-oberbayern.de/krisendienst> [18.11.2017].
- D'Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P. & Pajonk, F.-G. B. (2006). Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. *Notfall und Rettungsmedizin*, 9(2), 194-204.
- Hailer, M., Weizel, R., Welschehold, M. & Witzmann, M. (2016). Das Leben wählen. *Psychiatrische Pflege heute*, 22(6), 322-326.
- Verband der Bayerischen Bezirke (2012). *Bayerisches Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung*. München: Verband der Bayerischen Bezirke. Online verfügbar: http://www.bay-bezirke.de/downloads/74ed3e4a8dd87a4efaa064ac00538393_12-10-18%20HA-Beschluss%20-%20Bayerisches%20Rahmenkonzept%20zur%20ambulanten%20Krisenversorgung.pdf [18.11.2017].
- Welschehold, M., Eiche, S. & Schleuning, G. (2013). *Regionale psychiatrische Krisenversorgung, Fachkonzept* (2., geänd. Aufl.). München: Krisendienst Psychiatrie München. Online verfügbar: https://www.kbo.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/kpm_fachkonzept_regionale_krisenversorgung.pdf [18.11.2017].

Anzeige

n | w Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

8. Fachtagung Klinische Sozialarbeit

«Sozialtherapie, Beratung, Case Management – Praxeologie der Klinischen Sozialarbeit», 14. und 15. Juni 2018 in Olten/Schweiz

Fokus

Um psychosoziale Probleme differenziert zu erfassen und angemessen zu bearbeiten, sind spezifische Konzepte, Methoden und Instrumente erforderlich. Beim Tagungsthema zeichnen sich verschiedene aktuelle Herausforderungen ab, die diskutiert und bearbeitet werden.

Keynotes und Referierende

Expertinnen und Experten aus verschiedenen Hochschulen des deutschsprachigen Raums sowie Praktikerinnen und Praktiker, die über ausgewiesene Forschungs- und Praxiserfahrung verfügen.

Zielpublikum

Fachpersonen und Interessierte aus Forschung und Praxis der Sozial- und Beratungsarbeit, Gesundheit und psychosozialen Praxis

Tagungsleitung

Prof. Dr. Günther Wüsten, guenther.wuesten@fhnw.ch

Tagungsorganisation

Monika Amann, monika.amann@fhnw.ch

Details, Call for Papers und Anmeldung

www.klinischesozialarbeit.ch

Call for Papers offen
bis 25. Januar
2018

Berliner Krisendienst in der Krise? Geschehen am Breitscheidplatz 2016 bestätigt langjährige Netzwerkarbeit

Gerd Pauli, Olaf Neumann

Krisendienste sind eine zentrale sozialpsychiatrische Forderung. Der fachliche Anspruch, »keine Einschränkungen a priori (und) keine Ausschlusskriterien« (Schleuning et al., 2017, S. 516) gegenüber der Zielgruppe in der konzeptuellen Ausgestaltung eines Krisendienstes vorzunehmen, entspringt dem »Verständnis, dass psychische Krisen eine zentrale Bedeutung bei der Entstehung psychischer Störungen haben« (Stein, 2009, S. 18). Diese Eckpfeiler modernen krisentheoretischen Verständnisses legen nahe, Krisenintervention nicht nur multiprofessionell anzugehen, sondern ein netzwerkbastriertes Verständnis in allen Interventions- und Organisationsebenen eines Krisendienstes zu etablieren. In Berlin ist man diesen Weg gegangen. Krisenintervention wird hier als Gemeinschaftsaufgabe der Organisationen des gemeindepsychiatrischen Netzes verstanden, dessen zentrale Schaltstelle (insbesondere in den Abend- und Nachtstunden und an Feiertagen und Wochenenden) der rund um die Uhr erreichbare Berliner Krisendienst (BKD) ist. Mit einem netzwerkbastrierten Grundansatz des Dienstes und seiner Mitarbeiter*innen sollen Übergänge im Hilfesystem erleichtert und Abbrüche seitens der Adressat*innen vermieden werden. Im Folgenden werden wir darstellen, wie dieses Netzwerkverständnis im BKD konzeptionell verankert ist, und aufzeigen, dass dieses Verständnis von Krisenintervention hervorragend anschlussfähig zu anderen (sonst in aller Regel getrennt gedachten und verwalteten) Versorgungsbausteinen des Gesundheits- und Sozialsystems, der inneren Sicherheit und der Gefahrenabwehr ist. Als Beispiel wird uns dabei das Geschehen um den terroristischen Anschlag auf den Berliner Weihnachtsmarkt 2016 dienen. Beginnen werden wir mit Letzterem.

Das Geschehen rund um den Breitscheidplatz

Um 20.04 Uhr am 19. Dezember 2016 wurde in der Zentrale der Berliner Feuerwehr Alarm ausgelöst wegen eines schweren Verkehrsunfalls auf dem Breitscheidplatz. Schnell wurde den eintreffenden Rettungskräften klar, dass das Geschehen als ein sog. Massenansturm von

Verletzten (MANV) einzustufen war, und entsprechend den dafür ausgearbeiteten Notfallplänen des Katastrophenschutzes wurden Versorgungskapazitäten in den Krankenhäusern hochgefahren bzw. am Unfallort gebündelt. Insgesamt waren 130 Feuerwehrleute und 80 Ärzt*innen und Rettungssanitäter*innen beteiligt. Infolge des Anschlags waren zwölf Todesopfer und eine Vielzahl von Verletzten zu beklagen. So weit die kurze Ereignisdarstellung, von der in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Anschlag vielfach in den Medien berichtet wurde. Ein solches Ereignis entfaltet jedoch breite Wirkungen in alle möglichen Bereiche des öffentlichen und privaten Lebens. Wie verarbeiten eine Großstadt und deren Bürger*innen ein solches Ereignis? Welche Institutionen sind dabei hilfreich? Spätestens hier muss sich der Blick auch auf den BKD und seine Arbeit richten.

Der Berliner Krisendienst im »normalen« Alltag

Seit 1999 hat Berlin einen flächendeckenden ambulanten Krisendienst. Dieser im Rahmen der Enthospitalisierung entstandene Dienst ergänzt das gemeindepsychiatrische Regelversorgungssystem. Multiprofessionelle regionale Teams bieten an neun Standorten in der Stadt psychosoziale und notfallpsychiatrische Krisenintervention am Telefon, persönlich in der Beratung und/oder im Rahmen von mobilen Einsätzen an. Die Beratungen erfolgen kostenlos, niedrigschwellig (ohne Wartezeiten) und auf Wunsch anonym (BKD, 2000). Der BKD versteht sich mit Blick auf die tägliche Struktur der Dienste, die Gesamtorganisation des Trägerverbundes und die Arbeitsphilosophie als eine Netzwerkorganisation. Sehr bewusst hat man sich in Berlin gegen einen rein additiven Dienst in der Krisenversorgung entschieden.

Die vernetzte Struktur. Freie Mitarbeiter*innen auf Honorarbasis, die in ihrer Haupttätigkeit in ambulanten und stationären Organisationen der jeweiligen gemeindepsychiatrischen Region tätig sind, bilden neben den festangestellten Mitarbeiter*innen eine wesentliche Säule der Vernetzung in der Arbeitsstruktur (sog. vernetzte Mitarbeiter*innen). Sozialarbeiter*innen mit dem Netzwerk-

wissen und der Kontextorientierung ihrer Profession sind sowohl bei der Gruppe der vernetzten, als auch bei der Gruppe der festangestellten Mitarbeiter*innen integraler Bestandteil.

Die vernetzte Organisation. Die Gesamtorganisation des Dienstes wird von sechs Trägern mit regionalen Schwerpunkten verantwortet, die wichtige Akteur*innen in der ambulanten gemeindepsychiatrischen Regelversorgung Berlins darstellen. Die festangestellten Mitarbeiter*innen bieten regelmäßig Fortbildungen und Informationsveranstaltungen in psychosozialen bzw. sozialpsychiatrischen Einrichtungen der jeweiligen Versorgungsregion an und führen in den Berliner Polizeiabschnitten kontinuierlich Schulungen und an der Berliner Polizeiakademie eine mehrtägige Seminareinheit zum Thema »Einsätze mit psychisch Kranken« durch. Ein Rahmenvertrag mit dem Polizeipräsidenten von Berlin regelt diese Kooperation. Festangestellte Mitarbeiter*innen sind darüber hinaus in Einsatz-Nachsorge-Teams der Berliner Feuerwehr eingebunden.

Die Arbeitsphilosophie der Vernetzung. Das Qualitätsmerkmal des Dienstes – das bedarfsabhängige Angebot von fünf bis zehn Folgegesprächen nach einer Akutintervention – trägt zusammen neben der Möglichkeit, mit Beziehungskontinuität ambulante Krisenintervention durchführen zu können, dem Umstand Rechnung, dass psychosoziale Krisen zwar oft Ausgangspunkt einer Veränderungsmotivation sind, aber die konkreten Hilfesysteme (z. B. Psychotherapie, stationäre Aufnahmen) in aller Regel nur mit Verzögerung diesen Bedarf decken können (Stichwort: Wartelisten).

Auch wenn der Dienst und seine Mitarbeiter*innen möglichst frühzeitig und präventiv durch das niedrigschwellige Angebot in eine Krisenentwicklung eingreifen möchten, ist der BKD auch in der Lage, in psychiatrischen Notfällen wirksam und professionell einzugreifen. Eine wichtige Funktion übernimmt hierbei der ärztliche Hintergrunddienst. Die Psychiater*innen sind sowohl beratend per Telefon (bspw. zur fachlichen Einschätzung von Medikationen) als auch im mobilen Einsatz (bei sog. Zwangseinweisungen) eine wichtige Ergänzung der multiprofessionellen Teams. Der BKD versteht sich als ein wichtiger Baustein in einem Gesamtnetzwerk zur För-

Zeitlicher Verlauf nach dem Anschlag auf dem Breitscheidplatz im Dezember 2016

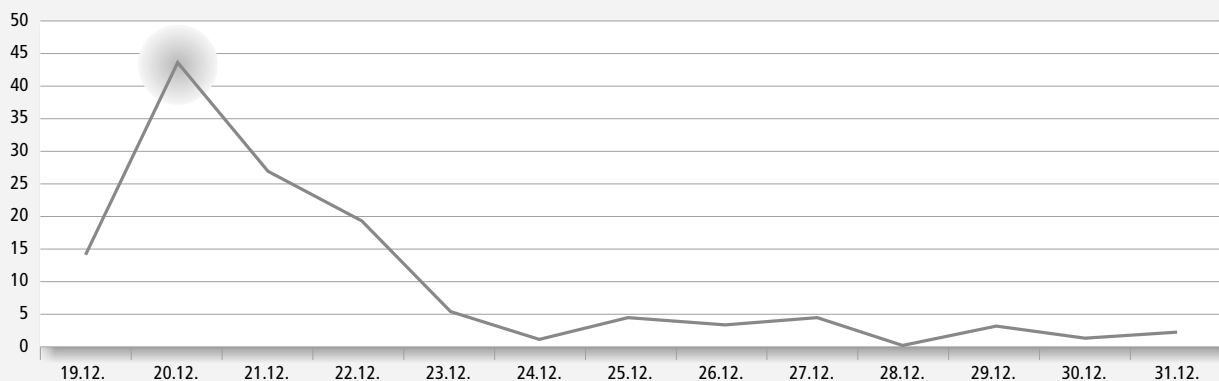


Abbildung 1: Zeitlicher Verlauf nach dem Anschlag auf dem Breitscheidplatz im Dezember 2016 (BKD)

derung psychischer Gesundheit in Berlin (BKD, 2009). Sein Angebot richtet sich sowohl an Klient*innen und deren Angehörige/Beteiligte, als auch (im Sinne kollegialer Unterstützung) an professionelle Helfer*innen bzw. Hilfeeinrichtungen.

Der Berliner Krisendienst nach dem Anschlag

Seit Mitte der 2000er-Jahre ist der BKD auch an den Netzwerken der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) beteiligt und gehört zu den Erstunterzeichnern einer entsprechenden Rahmenvereinbarung des Landes Berlin (AK PSNV, 2007). Die Notwendigkeit einer psychosozialen Unterstützung in einer Großschadenslage (neben der medizinischen Akutversorgung der Opfer) gehört mittlerweile national wie international zu einem anerkannten Standard des Katastrophenschutzes. Unter Federführung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) wurde zwischen 2007 und 2010 ein sog. Konsensus-Prozess initiiert und begleitet, der Leitlinien zur Qualitätssicherung in der PSNV bundesweit verbindlich festgelegt hat. 120 Delegierte aus 45 Organisationen einigten sich trotz länder-, institutionen- und professionsspezifischer Unterschiede auf Qualitätsstandards (Bengel & Becker, 2012). So soll eine möglichst qualitativ hochwertige Versorgung von Opfern gesichert werden. Im Berliner Arbeitskreis PSNV arbeiten in der Umsetzung dieser Qualitätsleitlinien solch unterschiedliche Organisationen wie Arbeiter-Samariter-Bund, Feuerwehr, Krisendienst, Polizei, Johanniter-Unfall-Hilfe, Malteser Hilfsdienst, Notfallseelsorge und verschiedene Senatsverwaltungen ressortübergreifend zusammen. Den Akteur*innen ist bewusst, dass eine Einsatzlage wie jene vom Breitscheidplatz im Dezember 2016 über die Akutversorgung hi-

naus weitreichende psychosoziale Folgen für das Gemeinwesen hat. Aufgabe des BKD ist es deshalb insbesondere, für mittelbar durch die Großschadenslage ausgelöste psychische Reaktionen von weiten Bevölkerungsteilen ein Gesprächsangebot zur Verfügung zu stellen und nach Bedarf die begleitete Weiterleitung in andere Unterstützungs- und Behandlungssysteme zu organisieren. Das interne Handlungskonzept des BKD für das Zeitfenster einer Akutlage sieht eine enge Vernetzung mit o.g. Organisationen und eine mögliche personelle Aufstockung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einsatzlage vor. Im Geschehen um den Breitscheidplatz wurde noch am selben Abend Kontakt mit dem leitenden Notfallseelsorger, dessen Einsatzkräfte am Schadensort tätig waren, aufgenommen und die Zusammenarbeit koordiniert. In der Folge wurden die personellen Kapazitäten im BKD verstärkt. Insgesamt 129 Kontakte konnten für die zwei Wochen nach dem Ereignis in der pseudonymisierten Dokumentation des Berliner Krisendienstes direkt mit dem Ereignis in Zusammenhang gebracht werden. Zum Vergleich: Die Gesamtkontaktzahl des BKD betrug im gesamten Jahr 2016 65.540 Kontakte. Ein solches krisenverursachendes Ereignis führt allerdings sehr schnell zu kapazitären Engpässen, wenn nicht (wie geschehen) sehr schnell in Abstimmung mit anderen Netzwerkpartnern gegengesteuert wird. Abbildung 1 zeigt die zeitliche Frequentierung der Kontakte, die thematisch den Auswirkungen des Anschlags zugeordnet werden konnten.

Noch heute ist dieses Ereignis Gegenstand von Beratungsgesprächen im BKD insbesondere mit Menschen, die ohnehin mit psychischen Belastungen zu kämpfen haben. Diese Personen tauchen natürlich in Statistiken zu Opferzahlen und Auswirkungen eines Großschadensereignisses etc. nicht auf, und doch

ist ihre Belastung und auch die außergewöhnliche Belastung des gemeindepsychiatrischen Regelsystems während des Geschehens und noch weit darüber hinaus ein beobachtbares Phänomen. Im Prinzip sind in einer Großschadenslage all jene Dinge wirksam, die in der Regelversorgung von Bedeutung sind und die psychische Gesundheit von Menschen eines Gemeinwesens als eine Netzwerkleistung angehen. In Berlin und im BKD wird um solche Gestaltung von Netzwerken immer wieder gerungen. Sie haben sich aber in ihrer Praxistauglichkeit bereits als wirksam erwiesen. Die Soziale Arbeit mit Ihrer Kontext- und Netzwerkorientierung stellt für dieses Ansinnen eine wichtige fachliche Basis.

Literatur

- Arbeitskreis Psychosoziale Notfallversorgung (AK PSNV) (2007). *Rahmenvereinbarung zur Psychosozialen Unterstützung (PSU) bei Großschadenslagen in Berlin*. Berlin: PSNV. Online verfügbar: http://notfallseelsorge-berlin.de/typo3conf/ext/naw_secured/secure.php?u=0&file=fileadmin/downloads/fachberater/Rahmenvereinb_zur_PSU_in_Berlin.pdf&t=1496944980&hash=2d2d6cf11ac862c8fbd9d864d9ccd4f3 [18.11.2017].
- Bengel, J. & Becker, K. (2012). *Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien. Teil I und II* (Reihe: Praxis im Bevölkerungsschutz, Bd. 7). Bonn: BBK. Online verfügbar: http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_Bevoelkerungsschutz/Band_7_Praxis_BS_PSNV_Qualit_stand_Leitlinien_Teil_1_2.pdf?__blob=publicationFile [18.11.2017].
- Berliner Krisendienst (BKD) (2000). *Wege aus der Krise*. Berlin: BKD. Online verfügbar: <https://www.berliner-krisendienst.de/wp-content/uploads/2014/08/broschuere.pdf> [18.11.2017].
- Berliner Krisendienst (BKD) (2009). *10 Jahre Berliner Krisendienst. Danke! Wege aus der Krise*. Berlin: BKD. Online verfügbar: https://www.berliner-krisendienst.de/wp-content/uploads/2014/08/10jahre_bkd_broschuere.pdf [18.11.2017].
- Schleuning, G., Menzel, S. & Brieger, P. (2017). Der für sich und Andere ausweglose Mensch (Krisen und Krisenintervention). In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), *Irrren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (24., vollst. überarb. Aufl.; S. 493-519). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Stein, C. (2009). *Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Psychosoziale Krisenintervention in der Onkologie

Asita Behzadi, Anja Hermann

Eine psychosoziale Krise, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung und deren Behandlung entsteht, erfordert neben dem Grundwissen in Krisenintervention eine besondere Berücksichtigung medizinischer und setting-spezifischer Einflussfaktoren. Um Krisenarbeit im Feld der Onkologie leisten zu können, braucht es Wissen über Spezifika des Zeitraums der onkologischen Erkrankung, die medizinische Handlungslogik, setting-spezifische Abläufe und Möglichkeitsräume. Kontinuierliche multidisziplinäre Teamarbeit und/oder Netzwerkarbeit bilden eine zentrale Basis, um Möglichkeitsräume zu eröffnen, d.h., auch bei fortdauernden medizinischen Interventionen psychosoziale Krisenarbeit als Hilfe zur Selbsthilfe leisten zu können.

An Krebs erkrankte Menschen und ihre Angehörigen durchleben vielfältige Krisensituationen im Krankheits- und Behandlungsverlauf. Krisenintervention ist daher eine der zentralen psychosozialen Interventionen in der Onkologie – stationär und ambulant. Dieser Artikel sensibilisiert für zeitraumspezifische Krisen in der Onkologie sowie die Besonderheiten psychosozialer Krisenintervention in der somatischen Medizin mit einem multiprofessionellen Behandlungsteam.

Neben unterschiedlichen medizinischen Behandlungen – wie Operation, Bestrahlung und Chemotherapie – ist seit einigen Jahren die psychosoziale Unterstützung von Patient*innen und Angehörigen als Teil der onkologischen Behandlung festgeschrieben. Krisenintervention wird in diesem Zusammenhang als Teil von »Psychosozialer Beratung« gefasst (Leitlinienprogramm Onkologie: DGK et al., 2014). In den Zertifizierungsrichtlinien für onkologische Zentren ist als Inhalt der Beratung durch den Sozialdienst die Identifizierung psychischer Notlagen von Patient*innen sowie die Intervention bei Notfällen als Anforderung festgeschrieben (Zertifizierungskommission Onkologische Zentren, 2016, S. 20ff.).

Die Krisentheorien und das in der Krisenintervention gesammelte umfangreiche Wissen sind Grundlage der psychosozialen Krisenintervention in der Onkologie (Neumann, 2017; Sonneck et al., 2016). An Krebs erkrankte Menschen und ihre Angehörigen erleben in unterschiedlichen Momenten das, was Goll und Sonneck (1997) in Anlehnung an Caplan (1964) und Cullberg (1978) als psychosoziale Krise definiert haben: »den Verlust des see-

lischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern« (S. 31). Cullberg (1978) zählt eine schwere Krankheit zu den Ursachen einer traumatischen Krise.

Zwei Fallbeispiele

Die Symptomaten von psychosozialen Krisen in der Onkologie sind vergleichbar mit anderen psychosozialen Krisen. Doch gibt es im Verlauf einer onkologischen Erkrankung und Behandlung einen spezifischen Kontext, der in den Interventionen zu berücksichtigen ist.

Kasuistik A: Seit Aufnahme ins Krankenhaus erscheint Frau W als zugewandte, optimistische Patientin. Bei der 47-jährigen Bankangestellten wurde vor zwei Wochen Leukämie diagnostiziert. Nach stationärer Diagnostik hat bereits eine Chemotherapie begonnen. Bisher hat sie sich sehr zusammengerissen – auch vor ihrem Mann und den beiden Kindern. Im Zimmer trifft sie nun auf eine ältere Dame als Bettnachbarin, die schwer pflegebedürftig ist, bei jeder Ausatmung stöhnt und alle Toilettengänge nur mit Hilfe verrichten kann. Nach einer schlaflosen Nacht hält Frau W die Situation nicht mehr aus und weint den ganzen Tag. Es belastet sie ihre eigene zunehmende Immobilität seit Therapiebeginn, und die Bettnachbarin erinnert sie erschreckend an ihre Mutter, die vor zwei Jahren infolge einer Leukämie verstorben sei. Aufgrund der Belegungssituation sei eine Verlegung in ein anderes Zimmer aktuell nicht möglich, erfährt sie. Und nun haben sich für den nächsten Tag ihre Schwester und ihr Vater angekündigt, denen sie bisher den Namen ihrer Erkrankung verschwiegen hat. Am Abend erklärt sie, nach Hause zu gehen und die Therapie abzubrechen. Das Behandlungsteam möchte den Therapieabbruch unbedingt verhindern, der nach medizinischer Einschätzung lebensbedrohlich wäre.

Kasuistik B: Frau M kommt in eine Krebsberatungsstelle. Vor sechs Jahren habe sie ihre rechte Brust verloren. Sie habe damals aufgrund ihrer Brustkrebser-

krankung operiert werden müssen und in die Ablation eingewilligt. Ein Arzt habe nach Operation und Kenntnisnahme der pathologischen Befunde in einem Nebensatz gesagt, dass vielleicht doch eine brusterhaltende Operation möglich gewesen wäre, aber so sei sie ja auf der sicheren Seite. Frau M sagt in starrer Haltung und Mimik, sie wäre immer so gern schwimmen und in die Sauna gegangen, aber ihr Körper sei nun entstellt, und sie gehe nirgendwo mehr hin. Sie habe sich von ihren Freund*innen und Bekannten zurückgezogen, gehe kaum noch raus. In der inzwischen beendeten Nachsorge sei kein Krebs mehr gefunden worden, aber sie finde keine Freude und Inspiration mehr und trinke und rauche zu viel. Die vor einiger Zeit aufgesuchte Psychotherapeutin sei auf die Folgen der Krebsbehandlung nicht eingegangen, ihre Vorschläge hätten ihr nicht geholfen. Ärzt*innen meide sie. Nun habe sie den Krebs überlebt, aber ihr Leben sei ihr zuwider, und sie finde kein Entrinnen.

Krisenauslösende Momente im Verlauf einer onkologischen Erkrankung

Was kann in der Onkologie potenziell Krisen auslösend wirken? Welche besonderen Krisenmomente lassen sich im Verlauf markieren? Verstehen wir mit Caplan (1964) eine Krise als akute Überforderung eines gewohnten Verhaltens- bzw. Copingsystems durch belastende äußere oder innere Erlebnisse, bietet ein onkologischer Krankheitsverlauf einige potenziell Krisen auslösende Ereignisse. Insgesamt ist die Integration der Diagnostik und Behandlung (oder deren Fehlen) in die Zusammenhänge des eigenen Lebens eines onkologisch erkrankten Menschen eine immer neue Herausforderung, weil sich die körperliche, psychische oder soziale Ausgangssituation u.U. immer wieder massiv verändert. Der Verlauf einer onkologischen Erkrankung kann als Geschichte von Krisen, Kriseninterventionen und Krisenbewältigungen gelesen werden, die sich auf verschiedenen Ebenen ereignen kann:

- körperliche und psychische Erkrankungsfolgen,
- Warten auf Behandlungen und Ergebnisse, Wirkungen und Nebenwirkungen von Behandlungen oder aber deren Ausbleiben,
- eigene Lebensführung,

- Zusammenleben und Rolle als Eltern- teil, Partner*in, Kind, Freund*in usw.,
- Arbeitsfähigkeit und materielle Bela- stungen,
- Zukunftsplanungen, -vorstellungen und zukunftsweisende Entscheidungen.

Sechs Zeiträume markieren nach Kapp- auf und Gallmeier (2000) den Verlauf ei- ner Krebserkrankung:

- 1 Zeitraum unmittelbar vor und nach Di- agnosestellung,
- 2 Zeit der kurativen oder palliativen tu- morspezifischen Behandlung,
- 3 frühe Zeit nach erfolgreicher Behand- lung,
- 4 Situation bei erfolgloser Primärthera- pie oder einem Rückfall,
- 5 Zeitraum einer weiteren Krankheits- progredienz bis zum Tod,
- 6 Situation der Nachsorge bzw. längere Zeit nach Primärbehandlung einer on- kologischen Erkrankung.

Diese Zeiträume enthalten spezifische krisenauslösende Konstellationen: Wäh- rend der Diagnostik trifft Ungewiss- heit auf Wartenmüssen (auf Diagnostik- termine und Befunde). Als Reaktion auf die Befundmitteilung Krebs wird durch- gängig ein Diagnoseschock beschrie- ben, oder mit Gerdes (1984, S. 15) als »der (unfreiwillige) Sturz aus der norma- len Wirklichkeit«. Das Wort Schock ent- hält bereits die Beschreibung der Über- forderungreaktion. Das Realisieren von Konsequenzen invasiver medizinischer Behandlungen, denen Patient*innen oft- mals noch unter (teilweise lang anhal- tendem) Schock zustimmten, kann nach Abklingen des Schocks in eine reaktive Krise führen. Im Zeitraum der initialen tu- morspezifischen Behandlung (auch Pri- märtherapie genannt) treffen die teilwei- se massiven Wirkungen und Nebenwir- kungen der Behandlung auf einen Verlust des gewohnten Alltags (Behandlungs- aufenthalte, Isolation, keine Berufstätig- keit oder anderer Stellenwert der Berufs- tätigkeit, neue Aufgabenverteilung in der Familie bzw. bei Alleinlebenden, zuneh- mende Angst und Unsicherheit).

Bei Beendigung der Behandlung be- schreiben viele Patient*innen neben Er- leichterung, dass sie im vertraut gewor- denen Rahmen der medizinischen Be- handlung Sicherheit und Orientierung erfuhren. Fällt dieser nun weg und wird in den vor der Erkrankung gelebten Rah- men nicht mehr zurückgefunden, erleben Menschen dies als verunsichernd. Krisen- auslösend kann außerdem sein, dass das soziale Umfeld das Ende der Behandlung anders versteht und mit anderen Erwar- tungen versieht als der erkrankte Mensch (Hermann et al., 2015).

Nicht nur neue Erkrankungs- und Be- handlungsphasen bergen Krisenmo- mente, sondern auch beispielsweise

Nachrichten über das Schicksal ande- rer an Krebs Erkrankter. Bad News über Menschen mit vergleichbarer Erkran- kung können während des eigenen re- zidivfreien Überlebens Krisenauslöser sein. Krisen in der Primärtherapie erfol- greich bewältigt zu haben bedeutet nicht, die Nachsorge krisenfrei zu durchleben. Hier sind die behandelnden Ärzt*innen gefordert und niedrigschwellige ambu- lante Kriseninterventions- und Beratungs- angebote. Auch in der Selbsthilfe wird zunehmend Kriseninterventionskompe- tenz erfragt und erworben.

Mit dem Wiederauftreten der Krebser- krankung wird die Erwartung zerstört, im Anschluss an die Primärtherapie gesund zu bleiben. Erneut werden z. B. der Alltag und eine begonnene berufliche Wieder- eingliederung unterbrochen. Hinzu kom- men die negative Bedeutung eines Rezi- divs für die Prognose und Erinnerungen an die Primärtherapie.

Bei Fortschreiten der Erkrankung und nahendem Sterben entstehen krisenhafte Situationen vor allem dann, wenn im Vor- feld die existenzielle Bedrohung nicht thematisiert wurde (Hermann, 2005). Die Situation von Angehörigen sowie des Behandlungsteams rückt hier ins Blick- feld der Krisenarbeit. Waren Angehöri- ge bisher wenig informiert über die Er- krankungssituation, erleben sie u. U. nun einen Schock wie Patient*innen bei Di- agnosestellung. Zudem kann durch das Fortschreiten der Krebserkrankung die Interaktion gestört werden und eine zu- nehmende Hilflosigkeit zu krisenhaften Situationen führen – bei Angehörigen und Behandler*innen.

Psychosoziale Krisenintervention in der somatischen Medizin

Was heißt es, im Team mit Kolleg*innen Krisenarbeit zu leisten, die in medizi- nischer Akut- und Notfalllogik sozialisiert sind? Egal, wie gut im Krankenhaus die ärztliche und pflegerische mit der psy- chosozialen Arbeit verzahnt ist (konsili- arisch oder im Liaisondienst), Integri- on erfolgt in Krisensituationen. Hier zeigt sich die Notwendigkeit von Kontextsen- sibilität und Wissen über medizinische Behandlungsrealitäten.

In allen stationären Arbeitsmodellen ist eine zentrale Aufgabe der psychosozialen Fachkräfte in der Krisenintervention, ein Offenhalten der Krise zu ermöglichen, d. h., weder einem möglichen Impuls der medizinischen Fachkräfte zu folgen, so- fort ein Pflaster auf eine seelische Wunde zu kleben, noch vorschnell einen psychi- atrischen Notfall anzunehmen. Bedeut- sam wird zum einen der kollegial-unter- stützende, zum anderen der diagnostisch-

gefahrenabschätzende Aspekt der Kri- seninterventionspraxis (Neumann, 2009, S. 39-41). In einer Krisensituation heißt das, neben der Arbeit mit Patient*innen oder Angehörigen, die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter*innen zu coachen und somit die Krisensituation im gesam- ten dynamischen Geschehen einzuschät- zen.

Ambulant arbeiten psychosoziale Fach- kräfte mit Krebskranken und Angehöri- gen in den Bereichen Beratung und The- rapie nur selten in multidisziplinären on- kologischen Behandlungsteams. Es be- darf gerade dann spezifischer Kenntnisse über das Behandlungssystem sowie ver- lässlicher Netzwerke, um einen onkolo- gisch kranken Menschen oder Angehöri- gen aus der Krise hin zu aktiver, konstruk- tiver und innovativer Bewältigung und neuer Handlungsfähigkeit zu begleiten – unter Umständen trotz bzw. bei fort dau- ernder Erkrankung und Behandlung.

Literatur

- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cullberg, J. (1978). Krisen und Krisentherapie. *Psychi- atrische Praxis*, 5(1), 25-34.
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Krebs- hilfe & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2014). *S3-Leitlinie. Psychoonkologische Diagnostik, Bera- tung und Behandlung von erwachsenen Krebspati- enten. Langversion 1.1*. Berlin: Leitlinienprogramm Onkologie. Online verfügbar: [http://www.leitlini- enprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/ Downloads/Leitlinien/Psychoonkologieleitlinie_1.1/ LL_PSO_Langversion_1.1.pdf](http://www.leitlini- enprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Psychoonkologieleitlinie_1.1/LL_PSO_Langversion_1.1.pdf) [18.11.2017].
- Gerdes, N. (1984). *Der Sturz aus der normalen Wirk- lichkeit und die Suche nach Sinn. Ein wissenssozi- ologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverar- beitung bei Krebspatienten*. Vortrag bei der 2. Jah- restagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in Bad Herrenal, 01.-04.11.1984. Online verfügbar: http://www.dapo-ev.de/filead- min/templates/pdf/gerdes_sturz.pdf [18.11.2017].
- Goll, H. & Sonneck, G. (1997). Was sind psychosozia- le Krisen? In G. Sonneck (Hrsg.), *Krisenintervent- ion und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen* (4., verb. u. erw. Aufl.; S. 31-37). Wien: Facultas.
- Hermann, A. (2005). *Das Arrangement der Hoffnung. Kommunikation und Interaktion in einer onkolo- gischen Spezialklinik während der chirurgischen Behandlung von Knochen- und Weichgewebesar- komen*. Frankfurt: Mabuse.
- Hermann, A. & (ehemalige) Brustkrebspatientinnen. (2015). Frauen mit der Diagnose Mamma Karzi- nom zwischen Trauer und Hoffnung. Psychoonko- logische Überlegungen entlang der Phasen der Er- krankung. *Leidfaden*, 4(2), 15-19.
- Kappauf, H. & Michael, G. W. (2000). *Nach der Diagno- se Krebs – Leben ist eine Alternative* (6., überarb. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Neumann, O. (2009). *Chemie der Beziehung. Empo- werment in der Praxis sozialpsychiatrischer Krisen- intervention*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Neumann, O. (2017). Krisenintervention. In J. Bisch- kopf, D. Deimel, C. Walthert & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 241- 258). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G. & Voracek, M. (Hrsg.) (2016). *Krisenintervention und Suizidverhü- tung* (3., akt. Aufl.). Wien: Facultas UTB.
- Zertifizierungskommission Onkologische Zentren (2016). *Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren*. Berlin: Deutsche Krebs- hilfe. Online verfügbar: www.onkozert.de/down- loads/eb_OZ-G1%28161208%29.pdf [18.11.2017].

Wege aus der Krise für »hard-to-reach«-KlientInnen? Erfahrungen aus einem Forschungsprojekt zum Thema Frauenhandel

Martha Schneider, Marilena de Andrade, Katharina Gerlich, Roshan Heiler, Heidemarie Hinterwallner, Edith Huber, Yvette Völschow, Silke Birgitta Gahleitner

Menschenhandel und Zwangsprostitution

Menschenhandel in Form von Zwangsprostitution¹ ist ein weltweites Phänomen, verletzt die Menschenrechte der Opfer und geht i. d. R. mit physischer und psychischer Gewalteinwirkung (BKA, 2015; Rabe & Tanis, 2013) einher. Trotz zahlreicher Maßnahmen auf nationaler wie internationaler Ebene bleiben durchschlagende Erfolge bislang aus (u. a. UNODC, 2014; BKA, 2015). Das Ausmaß der Problematik geht Schätzungen zufolge weit über die in den polizeilichen Hellfelddaten dargestellten Dimensionen hinaus (ebd.). Ein Großteil der Betroffenen kann von Hilfsangeboten nicht erreicht werden.

Menschenhandel hat zudem eine geschlechtsspezifische Ausprägung. Die weitaus meisten Opfer sind Frauen. Die betroffenen Frauen werden jedoch vom Gesundheits- und Sozialsystem nicht angemessen erreicht. Brackertz (2007) bezeichnet schwer bzw. nicht erreichbare Gruppen von AdressatInnen als »hard to reach«-Klientel. Gemeinsam ist diesen KlientInnen, dass sie – aufgrund erschütterter Bindungserfahrungen – sozial schlecht integriert sind und ihr Vertrauen in Menschen und Institutionen tief greifend zerstört wurde. Ausgrenzung, psychosoziale Problemlagen und manifeste psychische und physische Krankheiten sind die Folge.

Ursachen für die schwere Erreichbarkeit können in demografischen, kulturellen, strukturellen und verhaltensbedingten Aspekten gesehen werden (ebd.) sowie in Begrenzungen von Ressourcen und einer »organisationalen Umstrukturierung« (Hanses & Homfeldt, 2009, S. 153), die im Kontrast zu einer NutzerInnenorientierung steht. Die Versorgungssysteme sind demnach maßgeblich an der »schweren Erreichbarkeit« beteiligt.

Das deutsch-österreichische Projekt »PRIMSA«

Die Teil-Studie des deutsch-österreichischen Forschungsprojekts »Prävention und Intervention bei Menschenhandel

zum Zweck sexueller Ausbeutung (PRIMSA)² hatte zum Ziel, passfähige Hilfsangebote für ein multidisziplinäres Präventions- und Interventionskonzept zu entwickeln. Entlang einer konsequenten Adressat*innenorientierung erfolgte die Annäherung an die Problematik in erster Linie über Interviews mit den betroffenen Frauen. Zentral war die Frage, wie von professioneller Seite für die Betroffenen konstruktiv in diesen Prozess eingegriffen werden kann.

In 30 problemzentrierten Interviews (Witzel, 1982) wurden Betroffene mit einer offenen Eingangsfrage und explorativen Erzählanstößen befragt. In der Datenaufbereitung und -auswertung wurde bewusst eine inhaltsanalytische Methode gewählt, die den induktiven Textanteilen ein besonderes Gewicht verleiht (Mayring & Gahleitner, 2010). Die Interviews dienten der Entwicklung von Aufmerksamkeitslinien für ein passfähiges Diagnostik-, Beratungs- und Gesprächsführungskonzept zu Schulungszwecken im Bereich Soziale Arbeit, Polizei und Rechtswesen.

Im interpersonalen Gewaltbereich Forschung durchzuführen, wird weithin als riskant angesehen. Die dortigen Probleme gilt es reflektiert – und mithilfe angemessener Traumakompetenz – auszubalancieren. So konnten die belasteten Frauen beispielsweise das Interview in Anwesenheit der Betreuerin führen, es zu jedem Zeitpunkt beenden und die anwesende beratende Hilfe in Anspruch nehmen. Für die befragten Frauen waren dadurch heilungsfördernde und positive Wirkungen keine Seltenheit.

Projektergebnisse für die Krisen- und Akutintervention

Aus den 30 Interviews und den zehn daraus erarbeiteten Einzelfallstudien wurden in Bezug auf die Krisen- und Akutintervention die nachfolgenden Aufmerksamkeitslinien herausgearbeitet:

Traumatasensibilität. Die entscheidende Frage ist: Wie kann ein Neuanfang nach der Gewalterfahrung gelingen? Die betroffenen Frauen sind im Gewaltsystem u. a. Drohungen, körperlichen Misshand-

lungen und Vergewaltigungen ausgesetzt. »Da hat die Frau absolut keine Entscheidung. Über sich selber. Das ist einfach so, in diesem Milieu ist die Frau eine Ware. Die Frau ist kein Mensch«, drückte dies eine Interviewpartnerin aus. Viele der Frauen zeigen daher nach langjähriger Belastung im Gewaltmilieu die volle Ausprägung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Oram et al., 2012). Da im Rahmen der Krisenarbeit die traumatischen Erfahrungen oft so akut und gravierend sind, dass eine schnellstmögliche Traumakonfrontation nicht förderlich ist, bietet sich stattdessen an, sie durch kompetente »Traumazuordnungsarbeit« (Gahleitner, 2012, S. 126) behutsam kognitiv zu rahmen und dabei auf spätere Aufarbeitungschancen und -möglichkeiten zu verweisen.

Bindungssensibilität. Diese schwere traumatische Erschütterung verändert den Zugang zum Hilfesystem für die Frauen in destruktiver Weise und begünstigt eine lange Verhaftung im Gewaltsystem. Aufgrund dieser desorganisierten Hilfestrukturen kann der Zugang zu den Frauen nur über Fachkräfte mit hohen Wissens- und Kompetenzbeständen aus dem Bereich Trauma, Bindung und Vertrauensanbahnung erfolgen. Es muss »wirklich irgendwie Klick machen, und ich glaube, das ist wirklich schwierig, ... wie man diesen Punkt erreichen kann«, sagte eine Interviewpartnerin. Bei Versuchen, Beziehungen einzugehen, wiederholen sich häufig die Enttäuschungen, da es an gesunden Bindungsmustern fehlt, es kommt zu Reinszenierungen und erneuten Ausbeutungssituationen. Hierzu Kenntnisse und Kompetenzen zu haben, ist für alle am Prozess beteiligten Fachkräfte aus der Beratungsarbeit und dem Polizei- und Rechtswesen von absoluter Priorität.

Vertrauenskompetenz. Aufgrund der langjährigen sexuellen Ausbeutung sind psychische Problematiken, Bindungsstörungen, starke Hilflosigkeit, Schamgefühle und häufig auch Selbsthass tief in die Psyche eingedrungen, sodass eine aktive – traumainformierte – Vertrauensarbeit seitens der Professionellen nötig ist. Vertrauen birgt für die Betroffenen Gefahr, denn Vertrauen hat zum Missbrauch geführt. Aussagen von Fachkräften wie »Da braucht man immens lange, um das Vertrauen aufzubauen der Frau gegenüber, dass sie sagt, ›Okay, ich

weiß, bei dir bin ich sicher« (aus einem Expert*inneninterview) verdeutlichen, dass eine Annäherung nur schrittweise und sehr langsam erfolgen kann. Wird eine erste »schützende Inselerfahrung« (Gahleitner, 2005, S. 63) möglich, so muss diese durch vorsichtige Zugänge zu weiteren hilfreichen Personen, Netzwerken und Institutionen kontinuierlich gestärkt werden.

Sekundärer Viktimisierung entgegenwirken

Die Tatsache, dass Betroffene von Zwangsprostitution in aller Regel mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung zu kämpfen haben, bedingt im Krisen- und Akutbereich Besonderheiten, die in der Sozialen Arbeit als »hard to reach«-Problematik bekannt sind (Labonté-Roset et al., 2010). Summit (1983) benennt diese Dynamik sexueller Gewalttaten und die darauffolgenden typischen Reaktionsweisen der Betroffenen als »sexual abuse accomodation syndrome«. Ähnlich dem Modell der sequenziellen Traumatisierungen nach Keilson (1979) tragen insbesondere gesellschaftliche Ausgrenzungsprozesse mit ihrer Tendenz zur Tabuisierung zusätzlich zur Stigmatisierung und Unglaubwürdigkeit der Opfer bei.

Soziale Arbeit hat hier – wie stets – auch einen politischen Auftrag. Es bedarf also vielschichtig angelegter Präventions- und Interventionsstrategien. Insbesondere aber geht es um die »Komplexität der Beziehungsdimension« (Stemmer-Lück,

2004, S. 55) im Kontext der Umfeldbedingungen. Das Bestehen nur einer einzigen förderlichen Bindung kann den gesamten weiteren Lebensverlauf positiv mitgestalten (vgl. aktuell Gahleitner, 2017). Sich dieser Chance bewusst zu sein, hat große Bedeutung für Krisenarbeiter*innen. Die im Bundesweiten Koordinierungskreis gegen Menschenhandel (KOK e.V.) zusammengeschlossenen Frauenberatungsstellen leisten hier bereits hervorragende Arbeit, die durch dieses Projekt mit einigen aktuellen Ergebnissen zur Traumaproblematik hoffentlich weitere Unterstützung erfährt. Auf dass es noch mehr Frauen gibt, die so überzeugt wie eine der Interviewpartnerinnen sagen können: »Sie hat mich verrettet, oder wie sagt man das?«

Anmerkungen

- 1 Relevante Straftatbestände in diesem Zusammenhang sind für Deutschland: § 232 StGB Menschenhandel und § 232a StGB Zwangsprostitution, für Österreich: § 104a StGB Menschenhandel und § 217 StGB Grenzüberschreitender Prostitutionshandel.
- 2 Das Projekt wurde von der Förderrichtlinie »Zivile Sicherheit – Schutz vor organisierter Kriminalität« des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sowie vom österreichischen Förderprogramm für Sicherheitsforschung KIRAS des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) gefördert.

Literatur

- Brackertz, N. (2007). *Who is hard to reach and why?* (Reihe: ISR Working Paper, Bd. 7). Hawthorne, Australien: The Swinburne Institute for Social Research. Online verfügbar: http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1/875/1/Whois_htr.pdf [19.11.2017].
- Bundeskriminalamt (BKA) (2015). *Menschenhandel. Bundeslagebild 2015*. Wiesbaden: BKA. Online verfügbar: <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Menschenhandel/menschenhandelBundeslagebild2015.pdf> [28.10.2017].
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungorientierte Therapie bei sexueller Trauma-*

- tisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2012). Traumapädagogik. Ein psychosozialer Ansatz in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Soziale Arbeit*, 61(4), 122-130.
- Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Hanses, A. & Homfeldt, H. G. (2009). Biografisierung der Lebensalter in Zeiten eines sich transformierenden Wohlfahrtsstaates. Herausforderung und Optionen für die Soziale Arbeit. In F. Kessl & H.-U. Otto (Hrsg.), *Soziale Arbeit ohne Wohlfahrtsstaat? Zeitdiagnosen, Problematisierungen und Perspektiven* (S. 149-164). Weinheim: Juventa.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden* (Reihe: Forum der Psychiatrie, Bd. 5). Stuttgart: Enke.
- Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W. & Cornel, H. (Hrsg.) (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Uckerland: Schibri.
- Mayring, P. & Gahleitner, S. B. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In K. Bock & I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 295-304). Opladen: Budrich.
- Oram, S., Stockl, H., Busza, J., Howard, L. M. & Zimmerman, C. (2012). Prevalence and risk of violence and the physical, mental, and sexual health problems associated with human trafficking: systematic Review. *PloS Medicine*, 9(5), 1-13.
- Rabe, H. & Tanis, N. (2013). *Menschenhandel als Menschenrechtsverletzung. Strategien und Maßnahmen zur Stärkung der Betroffenenrechte* (Reihe: Handreichung). Berlin: KOK. Online verfügbar: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Handreichung_Menschenhandel_als_Menschenrechtsverletzung.pdf [19.11.2017].
- Stemmer-Lück, M. (2004). *Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accomodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 177-193.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2014). *Global report on trafficking in persons 2014*. New York: UN. Online verfügbar: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/GLO-TIP_2014_full_report.pdf [28.10.2017].
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen* (Reihe: Campus Forschung, Bd. 322). Frankfurt: Campus.

Zur Bedeutung von Spiritualität in der Begleitung von Krisen

Dietrun Lübeck, Annegret Böhmer

Die professionsbedachte Auseinandersetzung mit Spiritualität spielt in der sozialarbeitswissenschaftlichen Literatur und somit auch in der Klinischen Sozialarbeit kaum eine Rolle. Allenfalls wird spezifisch Religiosität als Thema aufgegriffen und das Erfordernis religionssensibler Sozialer Arbeit herausgearbeitet (z.B. Lutz & Kiesel, 2016; Nauert et al., 2017). Insofern wurde von uns kürzlich aufgeworfen, inwiefern Spiritualität als Dimension in der Sozialen Arbeit relevant sei (Lübeck & Böhmer, 2017). Im Folgenden soll nicht Spiritualität als Ressource von Menschen in Krisen thematisiert werden, sondern die Spiritualität der Krisenbegleitenden, das sind vielfach Klinische Sozialarbeiter*innen.

Welche Spiritualität ist gemeint?

Spiritualität wird häufig mit Religiosität gleichgesetzt und spricht damit viele Akteur*innen in der Klinischen Sozialarbeit nicht an, weil sie sich der »Institution Kirche« nicht zugehörig fühlen. Vor diesem Hintergrund erscheint es zielführend, Religiosität und Spiritualität als separate, wenngleich überlappende Konstrukte zu behandeln. Wir folgen Buchers (2014, S. 69) breitem Verständnis von Spiritualität, »deren Kern *Verbundenheit* ist, zum einen horizontal mit der sozialen Mitwelt, der Natur und dem Kosmos, zum anderen vertikal mit einem den Menschen überstei-

genden, alles umgreifenden Letztgültigen, Geistigen, Heiligen, für viele nach wie vor Gott« (Herv.v.Verf.). Er spricht hier von *Einssein* als Erfahrung allumfassender Einheit. Mit diesem Verständnis kann Spiritualität auch von Personen gelebt und erfahren werden, die weder explizit einer Religion angehören oder bei einem konfessionellen Träger ange stellt sind noch ausgeprägt Meditations- oder Achtsamkeitsströmungen folgen, sich aber mit dem sie Umgebenden zutiefst verbunden fühlen. Spiritualität ist entsprechend weiter als Religiosität abzustecken und birgt den Versuch, eine säkulare Sprache für inner(st)e Erfahrungen zu finden, vor allem von Transzendenz und Sinnsuche.

Zum Krisenbegriff und Menschenbild von Krisenbegleitenden

Wir folgen Dross (2001, S.10), dass Menschen in Krisen in einem Zustand psychischer Belastung sind, der für sie kaum mehr erträglich ist, sie emotional destabilisiert und ihre bisherigen Lebensgewohnheiten und Ziele massiv infrage stellt. Ihr gewohntes Verhaltensrepertoire ist in der Krise akut überfordert. Entsprechend sind vonseiten der Krisenbegleitenden erweiterte Zugänge und Kompetenzen gefragt. Kunz, Scheuermann und Schürmann (2009, S. 198ff.) erläutern in diesem Zusammenhang verschiedene Kompetenzen, die Professionelle dazu befähigen, qualifizierte flexible Krisenintervention zu leisten. Sie unterteilen in Berufs- und Lebenserfahrung, Fach-, Handlungs- und Organisationswissen, Handwerkszeug in Gesprächsführung mit beraterischer bzw. therapeutischer Kompetenz und Schlüsselqualifikationen. Spiritualität wird nicht thematisiert, allerdings wird auf die Wichtigkeit von Reflexion über das eigene Menschenbild hingewiesen, da dieses die Intervention stark mitbestimme.

Spiritualität kann nur unter Beachtung der mit ihr einhergehenden intrapsychischen Belief-Systeme gelingen, um die »Reichweite von Spiritualität« bei der Krisenbegleitung zu verstehen. Die Frage ist, was trägt, wenn das Ich und die sichereren sozialen Bezüge im- oder explodiert sind. Hier ist der humanistischen Denktradition zu folgen, dass nur unter ganzheitlicher Betrachtung inklusive spiritueller Gehalte und des im Menschen angelegten Strebens nach Weiterentwicklung ein adäquater Umgang mit Menschen in Krisen geschehen kann. Dass dem Menschen die Beschäftigung mit spirituellen Gehalten von Natur aus innewohnt, haben bereits Maslow (1971), Frankl (1985) und Antonovsky (1987/1997) ausführlich herausgearbeitet. Aus diesem Aspekt resultiert, dass sich Krisenbegleitende fragen, inwiefern die Begegnung mit Klient*innen ihre eigene Entwicklung und ihr eigenes (spirituelles) Lebensgefühl tangiert. Das könnte beispielsweise in der Supervision geschehen, sollte aber bereits in der Ausbildung zur Klinischen Sozialarbeit Berücksichtigung finden.

Spiritualität der Krisenbegleitenden in der Klinischen Sozialarbeit

In der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit hat sich das biopsychosoziale Rahmenmodell etabliert (vgl. Gahleitner et al., 2013) und umgibt sich mit der

Aura ganzheitlicher Betrachtung. Hierzu wurde angeregt, das Modell um eine spirituelle Ebene zu erweitern (vgl. Bergländer, 2010; kontra: Egger, 2013). Wir halten dieses Anliegen für einen fruchtbaren Ansatz, sehen Spiritualität aber eher als eine Leistung der Psyche, wobei die Kompetenz zur *Wahrnehmung* von Spiritualität (auch) durch soziale Erfahrungen angeregt und entwickelt werden kann. Dies bedeutet für die krisenbegleitende Person zum einen, dass sie sich ihrer eigenen Spiritualität in Krisensituationen gewahr werden sollte, und zum anderen, dass sie spirituelle Erfahrungen befördern kann, um Menschen in einer Krisensituation adäquat zu begegnen. Eine überzeugende Einordnung der spirituellen Dimension in das biopsychosoziale Rahmenmodell steht bislang allerdings noch aus.

Weber (2005) zufolge sind alle Menschen spirituell (weil jede/r sich mit existenziellen Fragen trägt) und Spiritualität könne zur Erreichung praktischer Freiheit im Kontext Sozialer Arbeit beitragen. Mühlum (2007) argumentiert mit Blick auf die genuine Würde des Menschen, dass die Soziale Arbeit sensibel für Sinnfragen und spirituelle Anliegen sein muss, schließlich werde sie (v. a. im Zusammenhang mit Krisenbegleitung, Anm. der Verf.) sehr häufig mit existenziell bedrohlichen, sinnlos erscheinenden oder höchst ambivalenten Lebenskonstruktionen konfrontiert. Spiritualität und die Möglichkeit des Transzendierens sieht auch er als Ressource. Wasner (2009) befindet gerade kennzeichnend für die Soziale Arbeit die Fähigkeit, sich in Krisenfeldern zu bewegen und Menschen mit all ihren Bedürfnissen zu sehen. Auch sie geht von einem Einfluss der eigenen Spiritualität auf das professionelle Handeln aus.

Jeder Mensch hat eine mehr oder weniger bewusste Konstruktion davon, was transzendente Wirklichkeit sein mag. Dies hat konkrete Auswirkungen auf seine biopsychosoziale Existenz: Wirklichkeit ist das, was wirkt. Es geht letztlich um Beziehungserfahrungen (Verbundenheit, s. o.), die – so kann man es säkular nur sagen – einseitig von Menschen kreiert werden, indem sie ihre Erfahrungen in einer Beziehung zum Transzendenten und des Transzendenten zu ihm attribuieren. Die Qualität dieser Beziehung nennt Antonovsky (1987/1997) Kohärenzgefühl (Einssein, s. o.), das mit Gesunderhaltung im Kontext von Krisen assoziiert ist. Krisen sind durch ihren existenziellen Gehalt spirituell, und Spiritualität als Prinzip unserer Existenz tritt offenbar immer dann zutage, »wenn man vom Geschäftsmäßigen, direkten Problemlösen einen Schritt zurücktritt und bereit ist, sich zu öffnen für das ›Sein‹ an sich, für das, was diesen

aktuellen Augenblick ausmacht und bestimmt« (Dezenter, 2006, S. 26). Spiritualität öffnet, indem sie die Wahrnehmung und die Präsenz auf den Augenblick richtet. Damit wird sie auch zur inneren Ressource für die Krisenbegleitenden – unabhängig davon, welches konkrete Handeln in der spezifischen Krisensituation erforderlich ist.

Fruchtbar dürfte ferner die Hinzunahme des Konzepts der Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966) sein: Es handelt sich hierbei um das subjektive Empfinden, wer oder was das Leben maßgeblich bestimmt. Unterschieden werden die interne Kontrollüberzeugung als innere Gewissheit, dass man das eigene Leben selbst in der Hand hat, die external-soziale Kontrollüberzeugung als Lebenskonzept, dass andere Menschen das Leben bestimmen, sowie die fatalistische (Flammer, 1994) bzw. external-transzendente (Böhmer, 2004) Kontrollüberzeugung, das Leben werde letztlich durch Schicksal, Zufall, höhere Mächte, mystische Vorgänge oder Götter bestimmt. Sie kann im negativen Fall zu Passivität führen, im positiven zu einem Gefühl von Vertrauen in den Lauf der Dinge, die man nicht selbst beeinflussen kann. Als entwicklungsförderlich und gesund wird ein »idealer Grad mittlerer Kontrolle« angesehen: Ich tue, was ich selbst tun kann, ich lasse mich von anderen Menschen unterstützen, und ich vertraue darauf, dass es gut wird. Spiritualität gehört zur dritten Form und ihre reflektierte Hinzunahme wird von uns als verstehensfördernd und hilfreich für die Praxis der Krisenbegleitung bewertet.

Fazit

Für Professionelle ist als Fazit dieser Zugangswege zum Thema Spiritualität zunächst wichtig, den eigenen Standpunkt zu klären. Vor diesem Hintergrund ist Spiritualität nicht nur als Ressource für Menschen in Krisen (aus der Sozialen Arbeit z. B. Schachameier, 2011; Wasner, 2009; Mühlum, 2007; aus der Psychologie z. B. Bucher, 2014; Krause, 2015; Schnell, 2016) aufzufassen, sondern auch als *eine* Ressource für Krisenbegleiter*innen. Wir verfügen dabei nicht über Spiritualität als festes Instrumentarium unserer Lebensführung und Berufspraxis (vgl. Lewkowicz & Lob-Hüdepohl, 2003, S. 7), vielmehr können wir uns dafür offenhalten, dass diese Dimension der Erfahrung sich uns eröffnet und ergreift. Sie kann darüber hinaus in Krisensituationen auch als intendierte Zäsur verstanden werden, die dazu verhilft, aus dem Abstand zum Problemdruck möglicherweise Nähe zu einem Lösungspotenzial zu finden (Dezenter, 2006).

Literatur

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: DGVT (englisches Original erschienen 1987).

Berghändler, T. (2010). Spiritualität als Ergänzung des bio-psycho-sozialen Modells. *Primary Care, 10*(9), 162-164. Online verfügbar: <https://primary-hospital-care.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/pc-d.2010.08606/2010-09-016.pdf/> [20.11.2017].

Böhmer, A. (2004). *Psychologische Theorien in den Diskussionen um Ethikunterricht. Ein Blick über den Zaun – Religionspsychologie*. Dissertation. Berlin: Freie Universität. Online verfügbar: urn:nbn:de:kobv:188-2004000484 [20.11.2017].

Bucher, A. A. (2014). *Psychologie der Spiritualität. Handbuch* (2., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Dezenter, M. (2006). Spiritualität – (ungenutztes?) Potenzial für die Beratung. *Zeitschrift für Organisationsentwicklung und Gemeindeförderung, 10*(Nr. 8), 25-31. Online verfügbar: http://www.amd-westfalen.de/fileadmin/dateien/dateien_lambeck/ZOEGB/OE-Zeitschrift-8-Rituale-Flow-Spiritualitaet.pdf [20.11.2017].

Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe.

Egger, J. W. (2013). Zur spirituellen Dimension des biopsychosozialen Modells. Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaftlicher Medizin einerseits und Spiritualität und Esoterik andererseits. *Psychologische Medizin, 24*(2), 39-46. Online verfügbar:

http://www.steigls.org/fileadmin/Artikel/Zur_spirituellen_Dimension_des_biopsychosozialen_Modells.pdf [20.11.2017].

Flammer, A. (1994). Mit Risiko und Ungewissheit leben. Zur psychologischen Funktionalität der Religiosität in der Entwicklung. In G. Klosinski (Hrsg.), *Religion als Chance oder Risiko. Entwicklungsfördernde und entwicklungsstimmende Aspekte religiöser Erziehung* (S. 20-34). Bern: Huber.

Frankl, V. E. (1985). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*. München: Piper.

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen, 1*(1), 1-13. Online verfügbar: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/188/245> [20.11.2017].

Krause, C. (2015). *Mit dem Glauben Berge versetzen? Psychologische Erkenntnisse zur Spiritualität*. Heidelberg: Springer.

Kunz, S., Scheuermann, U. & Schürmann, I. (2009). *Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung* (3., akt. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Lewkowicz, M. & Lob-Hüdepohl, A. (Hrsg.) (2003). *Spiritualität in der sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus.

Lübeck, D. & Böhmer, A. (2017). Spiritualität als professionelle Dimension in der Sozialen Arbeit? So-

ziale Arbeit, *66*(11), 410-417.

Lutz, R. & Kiesel, D. (2016). *Sozialarbeit und Religion. Herausforderungen und Antworten*. Weinheim: Beltz Juventa.

Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Viking Press.

Mühlum, A. (2007). Spiritualität – eine vergessene Ressource der Sozialen Arbeit. In H. G. Homfeldt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben?* (S. 78-90). Baltmannsweiler: Schneider.

Nauerth, M., Hahn, K., Tüllmann, M. & Kösterke, S. (Hrsg.) (2017). *Religionssensibilität in der Sozialen Arbeit. Positionen, Theorien, Praxisfelder*. Stuttgart: Kohlhammer.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*(1), 1-28. Online verfügbar: <http://socserv.soc.iastate.edu/sapp/soc512Rotter.pdf> [20.11.2017].

Schachameier, A. (2011). Soziale Arbeit und Spiritualität. *Soziale Arbeit, 60*(5), 183-189.

Schnell, T. (2016). *Psychologie des Lebenssinns*. Heidelberg: Springer.

Wasner, M. (2009). Spiritualität und Soziale Arbeit. In E. Frick & T. Roser (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den Menschen* (S. 244-250). Stuttgart: Kohlhammer.

Weber, J. (2005). *Spiritualität und Soziale Arbeit*. Münster: Lit.

Information

DGSA Jahrestagung »Demokratie und Soziale Arbeit«, 27./28.04.2018 in Hamburg

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) findet 2018 in Hamburg statt unter dem Titel »Demokratie und Soziale Arbeit. Teilhabe, Solidarität und bürgerschaftliche Identifikation in einer pluralen Gesellschaft«.

Soziale Arbeit ist historisch eng mit Fragen von Demokratie und Teilhabe verbunden. Sie verstand sich als wohlfahrtsstaatliche Antwort auf die potenzielle soziale Desintegration von Individuen, Familien und Bevölkerungsgruppen. Und sie stand auch immer wieder in Verbindung mit sozialen Bewegungen, die Demokratie und gleichberechtigte Teilhabe für alle Menschen eingefordert haben. In ihrer professionellen Rolle setzte sie sich für die Stärkung der Perspektive von Bürger*innen ein. In diesem Kontext erhebt Soziale Arbeit den Anspruch, in ihren Angeboten und Institutionen Orte zu schaffen, an denen Demokratie, politische Partizipation und gesellschaftliche Teilhabe verwirklicht und gefördert werden. Aktuell muss sie sich als Profession und Disziplin jedoch auch die Frage stellen, ob sie diesen Anspruch noch so umfassend realisieren und gestalten kann, ob sie dafür die geeigneten programmatischen und konzeptionellen Ansätze aufweist. Es ist ferner zu diskutieren, ob die nötigen gesellschaftlichen Bedingungen und institutionellen Strukturen vorzufinden sind – dies vor dem Hintergrund einer sozialen Rahmung, in der, entgegen wohlfahrtsstaatlicher Prinzipien, sozialpolitische Entscheidungen getroffen werden, bei denen soziale Gerechtigkeit gegenüber ökonomischen Erwägungen und Argumentationen an Bedeutung verliert. Soziale Probleme wie Armut oder Arbeitslosigkeit werden dabei als individuelle Bewältigungsleistungen konstruiert und ihre strukturellen Ursachen verdeckt, Fragen sozialer Gerechtigkeit zunehmend dethematisiert. Es geht also darum, durch Partizipation ein solidarisches Miteinander zu kultivieren, den Anliegen marginalisierter Bevölkerungsgruppen (wieder) eine Stimme zu geben.

Die Regierungsform der Demokratie gerät in ihrer westlichen Ausprägung zuneh-

mend unter Druck. Es gibt Menschen, die sich von den politischen Institutionen und gewählten Vertreter*innen nicht hinreichend repräsentiert fühlen. Die damit einhergehende Unzufriedenheit gibt Raum für populistische Kräfte und stellt damit auch die tradierten Formen von Teilhabe und Mitgestaltung infrage. Aber der Unmut richtet sich aktuell auch immer wieder gegen eine zunehmend empfundene soziale Unsicherheit und Unübersichtlichkeit sowie die moderne vielfältige und offene Gesellschaft. Rechtspopulistische Kräfte kanalisieren diesen Unmut, suggerieren einfache Lösungen für die komplexen Fragen der Moderne und die Möglichkeit einer Rückkehr zu einer weniger unübersichtlichen Gesellschaft. Verteilungsfragen werden in kulturelle Fragen umgedeutet und führen zu Aus- und Abgrenzungen gegenüber konstruierten Gruppen. Demokratiegefährdende Äußerungen, Einstellungen und Handlungen werden zunehmend unüberhörbar, tradierte rassistische Einstellungen gewinnen an Wirkmächtigkeit, verbunden mit einer Zunahme entsprechender Übergriffe gegenüber Andersdenkenden und vermeintlich schwächeren Bevölkerungsgruppen.

Parallel zeigt sich aber auch eine höchst lebendige Zivilgesellschaft im Engagement für Vielfalt und Offenheit. Dabei ist ein anhaltend hohes Potenzial an bürgerschaftlichem Engagement und an sozialem Zusammenhalt feststellbar, das aktuell in den vielen neuen und bestehenden Projekten, Organisationsformen und bürgerschaftlichen Initiativen sichtbar wird.

Im Rahmen von Sozialer Arbeit sind Konzepte politischer Partizipation und gesellschaftlicher Teilhabe entwickelt und werden umgesetzt. Neue Formen der Beteiligung, auch an Hilfeprozessen in der Sozialen Arbeit, werden umgesetzt. Diese reichen in der Einzelfallhilfe von gemeinsamer Zieldefinition, geteilter Entscheidungsfindung und Planung von Hilfen über aktivierende Gruppenmethoden, die Förderung von Selbsthilfe (in Gruppen und Initiativen) bis hin zu Beteiligungsverfahren in Stadt- oder Quartiersentwicklungsprozessen.

Vor diesem Hintergrund sollen vor allem die folgenden Themenschwerpunkte und Fragestellungen in der Jahrestagung vertiefend betrachtet werden:

- Wie lassen sich politische Partizipation und gesellschaftliche Teilhabe im Kontext von wachsender Vielfalt und sozialer Spaltung realisieren?
- Was bedeutet die Diskreditierung der Demokratie für die weitere Entwicklung der Sozialen Arbeit?
- Inwiefern spielen die neoliberale Verengung des Sozialstaates und das Erstarken rechtspopulistischer Kräfte zusammen, und wie kann sich die Soziale Arbeit hier positionieren?
- Welche Erfahrungen gibt es in der Sozialen Arbeit mit Teilhabe- und Partizipationsmodellen? Welche Verständnisse von Teilhabe und Partizipation haben sich in der Sozialen Arbeit entwickelt?
- In welchen Bereichen – auch der Sozialen Arbeit – fehlen bislang partizipative Konzepte?
- Wie können Selbstwirksamkeitserfahrungen unterstützt werden, die auch die Erfahrung, BürgerIn eines demokratischen Gemeinwesens zu sein, einschließen?
- Wie lassen sich bürgerschaftliches Engagement und professionelle Soziale Arbeit gut miteinander verknüpfen?
- Wie können individuelle und auf Gruppen bezogene Hilfen und Unterstützungskonzepte mit anwaltschaftlichem Mandat konkret verknüpft werden?
- Wie können Fragen der Umverteilung mit Fragen der Teilhabe zusammengedacht und auch in Interventionen der Sozialen Arbeit adressiert werden?
- Und nicht zuletzt: In welcher Gesellschaft wollen wir leben?

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit vom 27. bis 28.04.2018 in Hamburg bietet ein Forum für die Präsentation und Diskussion empirischer, theoretischer und anwendungsorientierter Fragen und Zugänge zum Thema.

Kontakt & weitere Informationen

Website DGSA
www.dgsa.de/veranstaltungen/tagungen/
 oder:
 Prof. Dr. Michaela Köttig
 (Koettig@fb4.fra-uas.de)

Call for Papers

8. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit am 14./15. Juni 2018 in Olten/Schweiz »Sozialtherapie, Beratung, Case Management – Praxeologie der Klinischen Sozialarbeit«

Praxeologie der Klinischen Sozialarbeit

Um psychosoziale Probleme differenziert zu erfassen und angemessen zu bearbeiten, sind spezifische Konzepte, Methoden und Instrumente erforderlich. Die Klinische Sozialarbeit als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit hat den erklärten Anspruch, die Entwicklung von Handlungsmethoden voranzutreiben.

Etwa zwanzig Jahre nach den Anfängen der Klinischen Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum ist es Zeit, eine Zwischenbilanz zu ziehen und sich über den Stand des methodischen Wissens und Könnens zu verständigen. Von besonderem Interesse sind dabei Zusammenhänge von Handlungslogik und Handlungspraxis, d. h. die Praxeologie(n) Klinischer Sozialarbeit. Beim Thema »Sozialtherapie, Beratung, Case Management – Praxeologie der Klinischen Sozialarbeit« zeichnen sich verschiedene aktuelle oder aktualisierte Herausforderungen ab, die während der Tagung diskutiert und bearbeitet werden sollen.

- Die drei zentralen methodischen *Konzepte Sozialtherapie, Beratung und Case Management* sind in der Methodenliteratur mehr oder weniger elaboriert beschrieben. Eine *vergleichende Perspektive* eröffnet Anhaltspunkte zu weiteren Prägnanzsteigerungen: Was genau unterscheidet oder verbindet Sozialtherapie, Beratung und Case Management konzeptionell? Sind ausdrückliche Kombinationen der Konzepte wie z. B. das »sozialtherapeutische Case Management« (vgl. Sommerfeld et al., 2016) weiterführend? Wie werden welche professionellen Standards in der Praxis durchgehalten?
- Sozialtherapie ist ein Konzept, das vor hundert Jahren erstmals auftauchte (Richmond, 1917), in den 1960er- und 1970er-Jahren größere Verbreitung fand, dann weitgehend in den Hintergrund trat und gegenwärtig eine Renaissance erfährt (vgl. z. B. Lammel & Ortman, 2017). Der Begriff *Sozialtherapie* verweist auf das Spannungsfeld zwischen Therapie und Sozialarbeit. Dies kann aktuell wie folgt zugespitzt werden: Wird der *Anspruch einer behandelnden Sozialarbeit* (Pauls, 2011) eingelöst? Sind die sozialtherapeutischen Methoden und Verfahren theoretisch konsistent, erwiesenermaßen therapeutisch wirksam, praktikabel und lehrbar?
- *Wirkungsforschung und -evaluation* wäre ein nächster, entscheidender Schritt, der zur Konsolidierung und Anerkennung der Methoden Klinischer Sozialarbeit beitragen könnte. Die empirische Erforschung der Wirkungsweisen und Effekte des klinischen Handelns von Sozialarbeitenden steht noch weitgehend am Anfang. Geeignete Strategien der Forschung und Evaluation sind anhand vorliegender und geplanter Projekte zu diskutieren.
- International wird die Methodenentwicklung verstärkt über Interventionsprogramme (z. B. Multisystemische Therapie MST) betrieben. Es zeigen sich unterschiedliche fachliche Kulturen: Während man hierzulande oft die flexible und situativ variable Anwendung von Methoden betont, wird im angelsächsischen Raum eher die Standardisierung und die »Programmidentität« akzentuiert, dass also Programme wie geplant umgesetzt werden. Bedrohen oder befördern Programme die Professionalität? (Wie) Können *standardisierbare und nicht-standardisierbare Anteile der professionellen Tätigkeit* unterschieden und gestaltet werden?

- Aspekte der Standardisierung werden auch im Kontext der »Ökonomisierungsdebatte« diskutiert. Sowohl Befürworter*innen als auch Kritiker*innen von ökonomischen Managementansätzen, die das methodische Handeln gegenwärtig beeinflussen und teilweise stark überformen, zeigen dabei die Tendenz, Fragen von *Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit* zu vermischen. Dabei sind theoretisch gut begründete Methoden nicht notwendig wirksam, effektive Methoden nicht notwendig effizient, effiziente Methoden nicht notwendig fachwissenschaftlich fundiert etc. Nur auf der Grundlage eines differenzierten Verständnisses der jeweiligen Perspektive erscheinen Verknüpfungen, wie z. B. die von Kosten und Nutzen, weiterführend.
- Die Klinische Sozialarbeit kann sich gesellschafts- und gesundheitspolitischen Entwicklungen nicht entziehen, und *professionspolitische Positionierungen* erscheinen unumgänglich. Die Entwicklung des Gesundheitsberufegesetzes in der Schweiz kann als (weiteres) Indiz dafür gesehen werden, dass eine Marginalisierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen droht. Neben den fachlichen Kompetenzen braucht es allerdings auch formale Kompetenzen, d. h. Befugnisse, um Methoden anwenden zu können und Menschen wirksam zu helfen. In der interprofessionellen Kooperation werden zunehmend pointiert die Fragen aufgeworfen, welche funktionalen Abgrenzungen, Angrenzungen und Überlappungen vorliegen, wie diese aus der Perspektive Sozialer Arbeit einzuschätzen sind, welche Zuständigkeiten, Rollenzuschreibungen und Kooperationsformen weiterführend, welche dysfunktional sind.

Literatur

- Lammel, U. A. & Ortman, K. (Hrsg.) (2017). Sozialtherapie [Themenheft]. *Klinische Sozialarbeit*, 13(1).
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.

Einreichung von Beiträgen

Beiträge sind herzlich willkommen. Es können Workshops mit mehreren Beiträgen, Einzelbeiträge und Poster eingereicht werden. Die Anzahl der Beiträge ist beschränkt. Die Arbeitsgruppe Tagung Klinische Sozialarbeit behält sich vor, eine Auswahl der Beiträge zu treffen.

- **Bitte reichen Sie Ihren Beitrag bis zum 25.01.2018 ein unter:** <https://express.converia.de/frontend/index.php?sub=153>
- Sie erhalten im Februar 2018 Bescheid zur Auswahl Ihres Beitrags mit einem Vorschlag zum definitiven Format.
- **Beitragsentschädigung:** Pro ausgewähltem Tagungsbeitrag kann eine Person kostenlos an der 8. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit vom 14./15. Juni 2018 teilnehmen.