Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Downloadmaterial

Jeannette Bischkopf, Daniel Deimel, Christoph Walther, Ralf-Bruno Zimmermann (Hg.)



A 2 Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie

Abbildung A 2.1 Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit

Leitfaden für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen

A 3 Psychiatrische Grundlagen

Abbildung A 3.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Abbildung A 3.2 Drei-Phasen-Verlaufsmodell psychischer Störungen

A 4 Häufige psychische Störungen

Abbildung A 4.1 Einordnung häufig konsumierter Drogen nach ihren hauptsächlichen Effekten

Abbildung A 4.2 Krankheitsbezeichnungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Abbildung A 4.3 Persönlicher Stil und Persönlichkeitsstörung

Abbildung A 4.4 Die Wirkung von Neuroleptika

Abbildung A 4.5 Synoptische Darstellung der Wirkungen von Psychopharmaka

Exkurs Drogen und Psychose

Exkurs Stimmenhören

Exkurs Soteria und Hometreatment

A 5 Das psychiatrische Hilfesystem

Abbildung A 5.1 Psychiatrische Unterstützungsangebote und ihre Finanzierungsgrundlagen

A 6 Die Rechte von Klientinnen und Klienten

Abbildung A 6.1 Formen und Voraussetzungen der Unterbringung bei psychischer Krankheit

Exkurs Unterbringung im Rahmen des Maßregelvollzugs

Formular einer Behandlungsvereinbarung

A 7 Ethik in der Sozialen Arbeit

Abbildung A 7.1 Rangordnung der ethischen Bezugssysteme

Abbildung A 7.2 Höchste Werte und oberste Ziele professionell sozialberuflichen Handelns

Abbildung A 7.3 Ethische Prinzipien Sozialer Arbeit

Abbildung A 7.4 Ethische Kompetenz

Formular einer Behandlungsvereinbarung

B 1 Sozialtherapeutische Grundhaltung

Abbildung B 1.1 Die Verwendung der Begriffe Sozialtherapie und Soziotherapie im Überblick

Abbildung B 1.2 Paradigmen Klinischer Sozialarbeit

B 2 Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung

Fallbeispiel 1: Herr Bruckner und die nonverbale Interaktion

Fallbeispiel 2: Frau Streicher und ihre beiden Betreuerinnen

Fallbeispiel 3: Herr Neumeyer und das gemeinsame Frühstück

B 3 Psychosoziale Diagnostik

Abbildung B 3.1 Übersichtsmodell Diagnostisches Fallverstehen

Abbildung B 3.4 Sektoreneinteilung der Netzwerkkarte

B 5 Krisenintervention

Abbildung B 5.1 Krisenparadigmen

Abbildung B 5.2 Professionelle Entwicklung des Sozialarbeiters in der Krisenintervention

Abbildung B 5.3 Das Krisenkontinuum und die inhaltliche Handlungsebene

Abbildung B 5.4 Die Prozessebene im Interventionshandeln

Abbildung B 5.5 Zusammenstellung der Unterschiede in den Handlungslogiken

B 6 Analyse egozentrierter sozialer Netzwerke

Abbildung B 6.1 Theoretische Aspekte sozialer Netzwerke

Abbildung B 6.3 Beispiel für eine Ecomap

Anleitung zur Erstellung und Auswertung einer Ecomap

B 7 Methoden der Prozesssteuerung: Casemanagement und Hilfeplanung

Abbildung B 7.1 Funktionen des Casemanagements (

Abbildung B 7.2 Die Hilfeplanverfahren in der BRD

B 8 Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen

Abbildung B 8.1 Vergleich des Recoveryansatzes mit der klassischen Psychiatrie

Abbildung B 8.1 Gemeinsames Erfahrungswissen

Exkurs Shared Decision Making

Exkurs Open Dialogue

B 9 Kooperationsmanagement und professionelle Netzwerkpflege

Abbildung B 9.1 Netzwerkbeispiel »Versorgung psychisch Kranker«

Abbildung B 9.2 Raster zur Bedarfsanalyse von Netzwerken am Beispiel von ambulanten psychiatrischen Diensten für junge Erwachsene

Raster zur Bedarfsanalyse von Netzwerken

C 1 Lernfall Psychose

Abbildung C 1.1 Netzwerkkarte von Herrn Schneider

Exkurs Die Trennung von Wohnraum und mobiler Unterstützung

Exkurs Teilzeitarbeit für Menschen mit Behinderung

HEB-Bogen von Herrn Schneider

Betreuungsvereinbarung zwischen dem Träger des Betreuten Wohnens und Herrn Schneider

Untermietvertrag zwischen dem Träger des Betreuten Wohnens und Herrn Schneider

C 2 Lernfall Depression

Abbildung C 2.1 Wie Kinder und Eltern unterstützt werden können

Exkurs Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder

Krisenplan für die Familie

Krisenplan für Kinder psychisch kranker Eltern

C 3 Lernfall Suchterkrankung

Abbildung C 3.1 Die wichtigsten Drogen und ihre Wirkqualität

Biografischer Zeitbalken von Herrn Werner

Inklusions-Chart von Herrn Werner

Netzwerkkarte von Herrn Werner

C 4 Lernfall Demenz

Exkurs Kultursensible Pflege und Sozialarbeit

Formular zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

Betreuungsbeschluss für Herrn Michailow

Beschluss

Betreuerbestellung für Herrn Michailow

C 5 Lernfall Trauma

Exkurs Einsatz von Dolmetschern im interkulturellen Setting

C 6 Lernfall Borderline-Persönlichkeitsstörung

Abbildung C 6.4 Entstehung und Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Abbildung C 6.5 PRO-ZIEL-Basisdiagnostik Sascha Klein (nach Heiner 2004)

PRO-ZIEL-Diagnostikbogen (nach HEINER 2004)

Exkurs Forensische Ambulanz

D 1 Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung in der Klinischen Sozialarbeit

Abbildung D 1.3 PDCA-Prozess

Exkurs Der PDCA-Zyklus

Exkurs Besonderheiten sozialer Dienstleistungen

D 2 Forschung in der Sozialpsychiatrie

Abbildung D 2.2 Modell der Versorgungsforschung

Leitfaden für eine strukturierte Literaturrecherche

D 3 Partizipative Forschung für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Abbildung D 3.1 Beispiele für die Ausrichtung von Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen

Abbildung D 3.2 Kernaktivitäten der Praxisforschung

D 5 Supervision und Selbstklärung in der Sozialen Arbeit

Abbildung D 5.1 Das Salamander-Modell der Burnout-Prävention

A 2 Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie

Abbildung A 2.1 Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (nach MIELCK 2005, S. 53)

SOZIALE UNGLEICHHEIT Unterschiede in Wissen, Geld, Macht und Prestige Unterschiede bei der Bilanz aus: Unterschiede bei der gesundheitlichen Versorgung -gesundheitlichen Belastungen z.B. biologische, chemische, z.B. Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung physikalische Belastungen in der Wohnumgebung und am und Prävention; ökonomische Arbeitsplatz; soziale Exklusion Barrieren bei zuzahlungspflichtigen Gesundheitsleistungen; -gesundheitlichen Ressourcen Qualität der ambulanten z.B. soziale Unterstützung; Versorgung; Arzt-Patient-Freizeitangebote und Grün-Kommunikation flächen in der Wohnumgebung; Selbstbewusstsein; Partizipation Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten z.B. Ernährung, Rauchen, Symptomtoleranz, Compliance **GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT** Unterschiede in Morbidität und Mortalität

MIELCK, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.

Leitfaden für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen

Leitfaden für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen

Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen befasst sich mit in der Regel sieben Lebensweltbereichen:

Materielle Absicherung: Wie ist der Klient derzeit materiell abgesichert?

Rechtliche Position: Gibt es eine besondere Rechtssituation zu beachten, z. B. gesetzliche Betreuung, Minderjährigkeit, Asylstatus, Zwangsunterbringung?

Wohnsituation und Selbstversorgung: Wie wohnt der Klient und wie kann er sich versorgen?

Tagesstruktur und Beschäftigung: Wie sehen der Tagesablauf, Beschäftigungsmöglichkeiten und die Teilhabe am Arbeitsleben aus?

Soziales Netz: Welche Beziehungen bestehen zu Verwandten, Freunden, Kollegen, Bekannten, anderen Betroffenen und professionellen Helfern? Hilfreich sind Netzwerkkarten, die das soziale Netzveranschaulichen.

Interessen, Freizeitgestaltung: Welche Interessen, Talente und Lebenspläne gibt es? Wie sieht die Freizeit aus?

Umgang mit der Erkrankung: Welche Einstellung besteht zu der Erkrankung? Wie wird mithilfe welcher Unterstützungsangebote mit ihr umgegangen?

A 3 Psychiatrische Grundlagen

krankheiten

Geschwister

Rasch nachfolgende Geburten jüngerer

Entwicklungsprobleme der Geschwister

Abbildung A 3.1 Risiko- und Schutzfaktoren (nach Rahn & Mahnkopf 2005, S. 60)

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
 Psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern Erkrankungen der Eltern Schlechte Erziehung und Ausbildung der Eltern Scheidung, Trennung, Tod der Eltern Chronische Familienzwistigkeiten Abwesenheit des Vaters 	 Dauerhafte und gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson Internale Kontrollüberzeugungen Aufwachsen in einer Familie mit Entlastung der Mutter, weitere kompensatorische Bezugspersonen Ein insgesamt attraktives Mutterbild und positive Elternimagines
 Arbeitslosigkeit des Vaters Wechsel des Wohnorts Chronische Armut Perinatale Komplikationen Verlängerte Trennungen von der primären Pflegeperson 	 Mindestens durchschnittliche Intelligenz Ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament Soziale Förderung (Schule, Kirche Jugendgruppen) Eine oder mehrere verlässlich unterstützende
Ernsthafte und wiederholte Kinder-	Bezugspersonen im Erwachsenenalter

- Lebenszeitlich späteres Eingehen so genannter

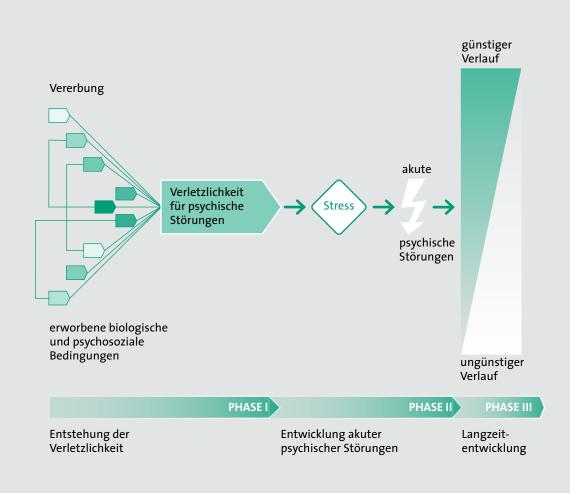
»schwer auflösbarer Bindungen«

- Geringere Risikogesamtbelastung

RAHN, E.; MAHNKOPF, A. (2005): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Abbildung A 3.2 Drei-Phasen-Verlaufsmodell psychischer Störungen

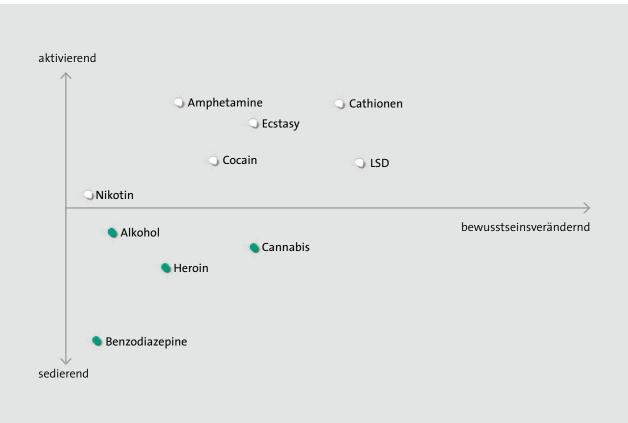
(in Anlehnung an CIOMPI 1998)



CIOMPI, L. (1998): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta.

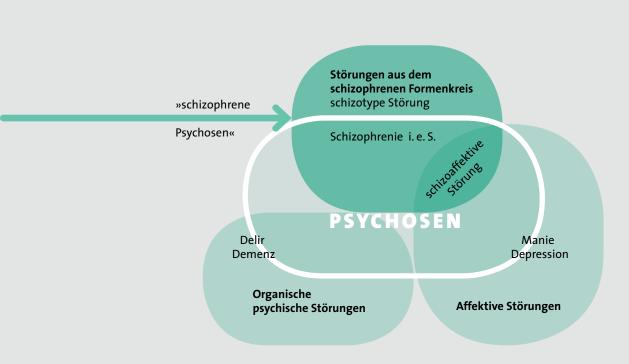
A 4 Häufige psychische Störungen

Abbildung A 4.1 Einordnung häufig konsumierter Drogen nach ihren hauptsächlichen Effekten (nach Tretter 2017, S. 16)



TRETTER, F. (Hg.) (2017): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Abbildung A 4.2 Krankheitsbezeichnungen aus dem schizophrenen Formenkreis (nach Wienberg u. a. 2013, S. 62)



WIENBERG, G.; WALTHER, C.; BERG, M. (2013): PEGASUS. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Köln: Psychiatrie Verlag.

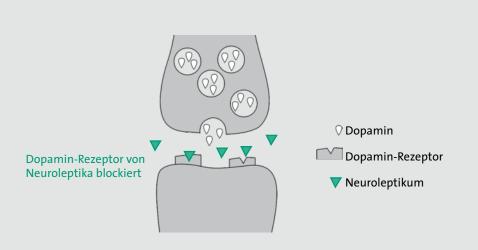
Abbildung A 4.3 Persönlicher Stil und Persönlichkeitsstörung

(nach Hammer & Plössl 2013, S. 125)

Persönlicher Stil	Persönlichkeitsstörung
ehrgeizig, selbstbewusst	narzisstisch
emotional, selbstdarstellend	histrionisch
risikofreudig, abenteuerlustig	dissozial
sorgfältig, gewissenhaft	zwanghaft
anhänglich, loyal	dependent
einzelgängerisch, zurückhaltend	schizoid
selbstkritisch, vorsichtig	selbstunsicher
wachsam, scharfsinnig	paranoid

HAMMER, M.; PLÖSSL, I. (2013): Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen. 2. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Abbildung A 4.4 Die Wirkung von Neuroleptika (nach Greve u. a. 2013, S. 127)



GREVE, N.; OSTERFELD, M.; DIEKMANN, B. (2013): Umgang mit Psychopharmaka. 4. Auflage. Köln: Balance buch + medien verlag.

Abbildung A 4.5 Synoptische Darstellung der Wirkungen von Psychopharmaka

Psychopharmakagruppe mit Beispielen	Erwünschte Wirkungen	Unerwünschte Wirkungen, (je nach Wirkstoffgruppe sehr verschieden
Neuroleptika (Antips	sychotika)	
Klassische Neuroleptika: Haldoperidol (Haldol®) Perazin (Taxilan®) Promethazin (Atosil®) Levomepromazin (Neurocil®) Atypische Neuroleptika: Clozapin (Leponex®) Risperidon (Risperdal®) Olanzapin (Zyprexa®) Quetiapin (Seroquel®) Aripiprazol (Abilify®)	antipsychotisch sedierend emotional stabilisierend	Bewegungsstörungen Blutdrucksenkung Blutbildstörungen Herzrhythmusstörungen Blasen- und Darmstörungen Gewichtszunahme epileptische Anfälle Sedierung Depression Abnahme von Libido und Potenz Fotosensibilisierung der Haut
		Totosensisinsierung der Hude
Antidepressiva Klassische Antidepressiva: Amitriptylin (Saroten®) Maprotilin (Ludiomil®) Doxepin (Aponal®) Neuere Antidepressiva: Mirtazapin (Remergil®) Fluoxetin (Fluctin®) Paroxetin (Seroxat®) Duloxetin (Cymbalta®)	stimmungsaufhellend antriebsmindernd oder -steigernd schmerzlindernd schlafanstoßend	Mundtrockenheit Schwitzen Verstopfung, Harnverhalt Tremor Herzrhythmusstörungen Unruhe oder Müdigkeit Aktivierung suizidaler Impulse Gewichtszunahme Abnahme von Libido und Potenz
Phasenprophylaktika	(Stimmungsstabilisiere	r)
Lithium (Quilonum®) Carbamazepin (Tegretal®) Valproinsäure (Ergenyl®)	Reduktion manischer oder depressiver Symptome Rezidivprophylaxe: Verhinderung weiterer Phasen	Müdigkeit Tremor Übelkeit Durst Gewichtszunahme Nierenschäden EKG-Veränderungen Desorientierung
Tranquilizer (Beruhi	gungsmittel)	
Diazepam (Valium®) Oxazepam (Adumbran®) Lorazepam (Tavor®)	angstlösend sedierend muskelentspannend antiepileptisch schlafanstoßend	Gewöhnung, Abhängigkeit Sedierung Schwindel Muskelschwäche Atemdepression eingeschränkte Reaktionsfähigkeit
Hypnotika (Schlafmi	ittel)	
Flunitrazepam (Rohypnol®) Lormetazepam (Noctamid®)	schlafanstoßend stabilisierend	Gewöhnung, Abhängigkeit eingeschränkte Reaktionsfähigkeit emotionale Abstumpfung Antriebsminderung

Exkurs Drogen und Psychose

Eine Besonderheit stellt das Auslösen einer schizophrenen Psychose durch Drogenkonsum dar. Schon anhand der sich ähnelnden Symptome zwischen der Wirkung halluzinogener Drogen und der akuten Episode einer schizophrenen Psychose ist eine gewisse Analogie naheliegend: Mit der Einnahme dieser Drogen will der Drogenkonsument eine zeitlich begrenzte Bewusstseinserweiterung erleben. Aus Luc Ciompis (1998) Überlegungen zu den Ursachen der Psychosen können wir folgern, dass Menschen mit einer erhöhten Vulnerabilität für die Entwicklung einer schizophrenen (oder bipolaren) Psychose dieses Risiko durch die Einnahme von Drogen, namentlich von Halluzinogenen, erhöhen. Menschen, die bereits eine oder mehrere Episoden einer schizophrenen (oder bipolaren) Psychose erlebt haben, laufen durch Drogeneinnahme Gefahr, weitere Episoden auszulösen. Ein anderer Zusammenhang besteht darin, dass nicht wenige der unter chronischen Psychosen leidenden Betroffenen zusätzlich Alkohol und / oder Drogen missbräuchlich oder abhängig konsumieren. Dies kann mitunter als Versuch einer Selbstmedikation verstanden werden: »Es ist die Suche nach ein bisschen Ruhe in meinem Herzen«, wie es ein Klient formulierte (SANDER 2010, S.29).

SANDER, J.J. (2010): Ruhe im Kopfkino. Beitrag eines Betroffenen. In: SADOWSKI, H.; NIESTRAT, F.: Psychose und Sucht. S. 24 – 29. Köln: Psychiatrie Verlag.

Exkurs Stimmenhören

Die Psychiatrie hat jahrhundertelang das Phänomen des Stimmenhörens ausschließlich als ein psychopathologisches Symptom meist schwerer psychischer Störungen angesehen. Heute wissen wir, dass viele Menschen Stimmen hören, die sie zeitweise oder andauernd begleiten, einen sehr unterschiedlichen Charakter haben, sehr unterschiedlich erlebt werden und dass längst nicht alle eine psychische Störung haben. Auch Menschen, die Psychosen haben, nehmen ihre Stimmen sehr unterschiedlich wahr: Manche sind gequält, belästigt, verängstigt, andere haben die Stimmen in ihr Erleben integriert, erfahren sie vielleicht sogar als Unterstützung, wollen sie nicht um jeden Preis, jedenfalls nicht um den Preis andauernder Psychopharmakaeinnahme »loswerden«. Für viele geht es um eine Bearbeitung dieses Erlebens und sie profitieren von einer interessierten und zugewandten Begleitung. Eine biografische Einordnung der Stimmen ist oft möglich und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter können ihren Klienten helfen, sich mit dem Sinn dieser psychotischen Erlebnisse zu beschäftigen und einen konstruktiven Umgang mit den Stimmen zu finden (»Netzwerk Stimmenhören«, KLAFKI & WOJKE 2006, ROMME & ESCHER 2013).

КLAFKI, H.; WOJKE, R. (2006): Texte einer engagierten Stimmenhorerin. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.

ROMME, M.; ESCHER, S. (2013): Stimmenhoren verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhoren. 2. Aufl. Koln: Psychiatrie Verlag.

Exkurs Soteria und Hometreatment

In den 1970er Jahren hat Loren R. Mosher in Kalifornien nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaften die Behandlung von Menschen mit Schizophrenien ganz anders aufgebaut und »Soteria« genannt (griechisch: Rettung, Befreiung, Heilung). Luc Ciompi hat dieses Konzept in Bern aufgegriffen und weitergeführt. Zu den Kernelementen der Soteria gehören: Begleitung der Betroffenen in Form des aktiven Dabeiseins in einer angenehmen und reizarmen Umgebung, zurückhaltender Umgang mit Psychopharmaka und ein milieutherapeutischer Ansatz. Die Behandlungsmethode bewährte sich, wurde wissenschaftlich untersucht und weiterentwickelt (CIOMPI u. a. 2011). Inzwischen gibt es Versuche, die Kernideen der Soteria auch im stationären Krankenhaussetting umzusetzen (Hartmann 2013). Letztlich führten diese Erfahrungen auch zu Modellen, die Behandlung von Menschen in akut psychotischen Krisen zu Hause (Hometreatment) durchzuführen (ADERHOLD 2014).

ADERHOLD, V. (2014): Heilsames Milieu – von der Soteria-Idee zum »Home-Treatment«. In: Bock, T. u. a. (Hg.): Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie, S. 294 – 307. Koln: Psychiatrie Verlag.

A 5 Das psychiatrische Hilfesystem

Abbildung A 5.1 Psychiatrische Unterstützungsangebote und ihre Finanzierungsgrundlagen (nach Görres 2013, S. 136 f.)

Bündelung verschiedener l	Hilfen auch möglich über das	Bündelung verschiedener Hilfen auch möglich über das Persönliche Budget SGB IX § 17	71			
Beratung und Begleitung	Behandlung ambulant und stationär	Unterstützung zur Alltags- bewältigung und Teilhabe in der Gemeinschaft	Teilhabe am Arbeitsleben	Pflege ambulant oder stationär	Medizinische Rehabilitation	
Sozialpsychiatrischer Dienst Länder (PsychKG, Ausführungsrichtlinien)	Hausarzt, Facharzt SGB V	Kontakt-und Beratungs- stelle Sozialpsychiat- risches Zentrum Steuermittel, SGB XII §53	Arbeitsgelegenheiten SGB II §§16 d,e	Häusliche Kranken- pflege SGB V	Stationäre medizinische Rehabilitation (psychosomatisch, psychotherapeutisch und Sucht)	(Hach Gol
Kommunale Beratungs- stellen Freiwillige Leistungen, Selbsthilfe	Psychiatrische Instituts- ambulanz (PIA) SGB V §§ 27, 118	(Beschäftigungs-)Tages- stätte SGB XII §53	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), Berufliche Reha SGB IX §33 Unterstützte Beschäftigung (UB) SGB IX §38a	Hilfe zur Pflege SGB XI, SGB XII	Ambulante medizinische Rehabilitation (auch ambulante Entwöhnungsbehandlung)	163 2013, 3. 13
Selbsthilfegruppen Angehörigengruppen Selbsthilfeförderung SGB V § 20	Ambulante psychiatrische Pflege (APP) SGB V §§ 27, 37, 38, 132a	Mobile Unterstützung, Betreutes Wohnen allein oder im Verbund SGB XII § 53	Zuverdienst Länderbezogene Unterschiede (Basis SGB XII § 53 oder 56) oder kommunale Regelung (Basis § 11)	Ambulante Betreu- ungsleistungen § 45b SGB XI	Berufliche Rehabilitation (Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke; RPK) SGB III §§ 112 ff., SGB V § 107, SGB VI § 15, SGB XII § 54, SGB IX § 26	0 1.)
Psychiatrie-Beschwerde- stellen Steuermittel Spenden, Selbsthilfe	Ambulante Soziotherapie SGB V §§ 27, 37a, 132b	Sozialpsychiatrisches Wohnheim SGB XII § 53	Integrationsfirmen SGB IX §§ 132ff.	Tagespflege SGB XI, SGB XII		
Krisendienst Steuermittel, Leistungs- erbringer gemeinsam	Ambulante Ergotherapie SGB V §§ 27, 92, 125	Übergangswohnheim SGB XII §53	Integrationsfachdienste SGB IX §§109ff.	Verhinderungspflege SGB XI § 39		
	Ärztliche und psychologische sche Psychotherapie SGB V §§ 27, 95 PsychThG		Berufsförderungswerke SGB IX §§ 13, 20, 35	Pflegeheim SGB XI, SGB XII		
	Integrierte Versorgung (IV) SGB V § 140		Berufstrainingszentren (BTZ) SGB III §§ 112 ff., SGB VI §§ 16–19, SGB IX § 35			
	Tageskliniken (teilstatio- när) SGB V §§ 27, 39		Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) SGB III §§ 112 ff., SGB V §§ 107, SGB VI § 15, SGB XII § 54, SGB IX § 26			
	Klinik, Abteilung (statio- när), Entzugsbehandlung SGB V §§ 27, 39a		Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) SGB IX §§ 136ff. Werkstattverordnung (WVO) SGB XII § 53, Fördergruppe § 56			

A 6 Die Rechte von Klientinnen und Klienten

Abbildung A 6.1 Formen und Voraussetzungen der Unterbringung bei psychischer Krankheit

Voraussetzung	Ort	Aufgabe	Rechtsgrundlage
Selbstgefährdung	Geschlossene Abteilung eines Krankenhauses oder Heims	Schutz des Betroffenen	§ 1906 Abs. 1 BGB
Selbstgefähung und / oder Fremdgefährdung	Geschlossene Abteilung eines Krankenhauses	Schutz Dritter	PsychKG, UBG, FreihEntG
Begangene Straftat in Schuldunfähigkeit	Maßregelvollzug	Sicherung, Behandlung und Besserung	§§ 63 und 64 StGB

Exkurs Unterbringung im Rahmen des Maßregelvollzugs

Die Möglichkeit einer Unterbringung sieht auch das Strafgesetzbuch vor. Kommt das Gericht aufgrund des Gutachtens eines psychiatrischen Sachverständigen zu der Auffassung, dass eine Straftat vom Täter im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen wurde und er auch in Zukunft aufgrund seiner Krankheit eine Gefahr für die Allgemeinheit darstellen kann, dann ordnet es im Rahmen des sogenannten Maßregelvollzugs die Unterbringung in der geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses (Forensik) an (§ 63 StGB). Suchtkranke Straftäter können bei verminderter Schuldfähigkeit in eine Entziehungsanstalt eingewiesen werden, es sei denn, dass eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint (§ 64 StGB). Das Ziel dieser Unterbringung sind Behandlung und Rehabilitation.

Die Durchführung der strafrechtlichen Unterbringung im Maßregelvollzug ist Ländersache (mehr dazu unter: www.forensik.de). Jedes Bundesland hat ein Maßregelvollzugsgesetz, aus dem sich die Eingriffsmöglichkeiten ergeben. Alle Unterbringungsmaßnahmen haben die oben aufgeführten Grund- und Menschenrechte zu beachten und müssen regelmäßig überprüfen, ob die Voraussetzungen der Unterbringung noch gegeben sind.

Da in der Forensik neben der Pharmako- und Psychotherapie dem therapeutischen »Milieu« eine bedeutsame Rolle zukommt, sind hier auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als Experten für Alltagsgestaltung, Gruppenarbeit, Motivierung und Aktivierung eine wichtige Berufsgruppe. Ebenso unverzichtbar sind sie bei der Beurlaubung, Entlassungsvorbereitung und Nachsorge. Hier stellen die Sozialarbeiterinnen die Verbindungen zur Außenwelt und die notwendigen Betreuungsnetzwerke her. Nicht selten werden forensische Patienten in sozialpsychiatrische Einrichtungen entlassen, wofür eine enge Kooperation zwischen den Sozialarbeitern der forensischen Klinik und dem Betreuungspersonal in der aufnehmenden Einrichtung die Voraussetzung ist.

Formular einer Behandlungsvereinbarung

Behandlungsvereinbarung

zwisc	chen		
Vorn	ame, Name:		
Straß	Se, PLZ, Ort:		
und c	der		
Klini	k		
Willer entsp Unve	tzlichen Pflichtversorgungs n auf richterlichen Beschl oricht einer schweren Ein	kommt in ihrem psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereic sauftrag nach. Sie nimmt in diesem Rahmen Menschen auch gege luß in die stationäre psychiatrische Behandlung auf. Diese Mal nschränkung der im Grundgesetz verbürgten Rechte auf Freih kungen dieser Einschränkungen in Zukunft möglichst klein zu hal pflichtet sich die Klinik:	en ihren ßnahme neit und
		rachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im n Krankengesetzes (PsychKG) oder des Betreuungsrechtes.	
		mentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen, insbesond nicht an die Absprachen halten konnte.	ere für
Obera Einze	ärztin bzw. der fachärztlich elfall von den Behandlungs	abgewichen werden, wenn nicht zuvor der/die zuständige Oberarz ne Hintergrundsdienst eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. W absprachen abgewichen wird, ist dies von seiten der Klinik zu begründen und mit dem/der Patienten/Patientin zu besprechen.	
Herr/	Frau erk	kennt die Verbindlichkeit der getroffenen Vereinbarung an.	
		Zusammenfassung der wichtigsten Vereinbarungen:	
1.	Medikamente:		
2.	Auf keinen Fall folgende	Medikamente:	
3.	Zwangsmaßnahmen:		
4.	Umgang mit Krisen:		
5.	Vereinbarte Station:		
6.	Vertrauensperson:		

Seite 1 von 7 der Behandlungsvereinbarung

Angehörige:

7.

IGdApK Herford

Jatu	m des Gesprächs:
Anwe	esend sind:
Es w	erden folgende Vereinbarungen getroffen:
۱.	Im Falle einer stationären Aufnahme beauftragt Herr/Frauseine/ihre Vertrauensperson
	Name, Anschrift, Telefon
	alle Angelegenheiten, die er/sie nicht selbst wahrnehmen kann, zu übernehmen. Die Vertrauensperson soll möglichst von Anfang an hinzugezogen werden.
	Ihr gegenüber entbindet Herr/Frau die Klinik von der Schweigepflicht und ermächtigt sie,
	O Daten weiterzugebenO Daten von Institutionen und Sozialleistungsträgern abzufragen.
	Falls die o.a. Vertrauensperson nicht erreichbar ist, soll
	ihre Vertretung übernehmen.
	Umgehend informiert werden müssen folgende Angehörige:
	Behandelnder Psychiater / zuständige ambulante Dienste sind:
2.	Kontakte
	Folgende Personen sollen in den ersten Tagen möglichst viel Zeit mit ihm/ihr verbringen:
	Mit folgenden Personen möchte er/sie keinen Kontakt haben, auch wenn sie von sich aus in die
	Klinik kommen:

Herr/	Frau wohnt im Zuständigkeitsbereich von Station
Als B	ezugspersonen aus dem Stationsteam sind gewünscht:
In de	r Aufnahmesituation ist für ihn/sie folgendes hilfreich:
0	in Ruhe gelassen werden möglichst nicht allein sein Gespräche
0	
0	
0	
	ndelt werden. Auf ihr besonderes Schutzbedürfnis ist Rücksicht zu nehmen.
	ere Hinweise für die Behandlung (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit vorsch ssungswünschen etc.):

1	
2	
3.	
In der Krise wa	aren bisher folgende Medikamente hilfreich:
1	
2.	
J	
Horr/Erou	lehnt folgende Medikamente grundsätzlich ab, weil schw
	eitsreaktionen aufgetreten sind:
	•
Herr/Erau	wünscht regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der
	wünscht regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der er Medikamente.
Wirksamkeit d	er Medikamente.
Wirksamkeit d	
Wirksamkeit d Sofern nach ca	er Medikamente.
Wirksamkeit d Sofern nach ca nehmen.	er Medikamente.
Wirksamkeit d Sofern nach ca nehmen. Bei der Medika	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:
Wirksamkeit d Sofern nach ca nehmen. Bei der Medika Tabletter	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente
Wirksamkeit d Sofern nach ca nehmen. Bei der Medika Tabletter Tropfen	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:
Wirksamkeit d Sofern nach canehmen. Bei der Medika Tabletter Tropfen Spritzen	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:
Wirksamkeit d Sofern nach canehmen. Bei der Medika O Tabletter O Tropfen O Spritzen O Depot	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:
Wirksamkeit d Sofern nach canehmen. Bei der Medika Tabletter Tropfen Spritzen	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:
Wirksamkeit d Sofern nach canehmen. Bei der Medika O Tabletter O Tropfen O Spritzen O Depot	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:
Wirksamkeit d Sofern nach canehmen. Bei der Medika Tabletter Tropfen Spritzen Depot Gründe:	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: n/Dragees
Wirksamkeit d Sofern nach canehmen. Bei der Medika Tabletter Tropfen Spritzen Depot Gründe:	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:
Wirksamkeit d Sofern nach canehmen. Bei der Medika Tabletter Tropfen Spritzen Depot Gründe:	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: n/Dragees
Wirksamkeit d Sofern nach canehmen. Bei der Medika Tabletter Tropfen Spritzen Depot Gründe:	er Medikamente. a. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente amenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: n/Dragees

Seite 4 von 7 der Behandlungsvereinbarung

IGdApK Herford

5. Zwangsmaßnahmen:

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, so vorher folgendes unbedingt versucht werden (Prioritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen):
O Begleitung im weichen Zimmer/Rückzug in reizarme Umgebung O Einzelbetreuung O Vertrauensperson hinzuziehen O Gespräch O Bad O Spaziergang mit: O Bewegung O Essen anbieten O Rauchen O Musik machen/Musik hören
Bei Zwangsmaßnahmen soll benachrichtigt werden.
Zur Abwendung eines Beschlusses soll aufgrund meiner Erfahrungen berücksichtigt werden: (nach Möglichkeit Reihenfolge):
o
o
O
Falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, ist folgende Reihenfolge anzustreben: (Prioritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen) O Ausgangsbeschränkung O Zwangsmedikation O Isolierung O Fixierung O
O
Folgende Personen bittet Herr/Frau um Beteiligung an der Sitzwache:
Folgende Personen sollen im Falle einer Fixierung Zugang haben:
Dies ist keine Zustimmung im voraus zu diesen Maßnahmen! Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam eingesehen und besprochen werden.

Schu	s Herr/Frau utzmaßnahmen bei nellstmöglich eine F	psychische	en Krankheiten in	die Klinik zwang	m Gesetz über Hilfen gseingewiesen werde
Sozi	iale Situation				
lm N	lotfall ist folgendes	zu regeln			
<u>Woh</u>	nnung:				
0	Situation im Haus Ist die Wohnung a		,)	
Der	Haustürschlüssel/W	ohnungsso	chlüssel befindet	sich bei:	
Kind	l <u>er</u>				
Herr	:/Frau	ha	t folgende Kinder	(Name, Geburt	sdatum):
Für d	die Kinder ist folger	nde Betreuu	ungsmöglichkeit v	orgesehen:	
Für d	die Kinder ist folger	nde Betreuu	ungsmöglichkeit v	orgesehen:	
Für (die Kinder ist folger	nde Betreuu	ungsmöglichkeit v	orgesehen:	
		nde Betreuu	ungsmöglichkeit v	vorgesehen:	
Haus	sdienste:	nde Betreuu		vorgesehen:	
Haus	sdienste: Licht	nde Betreuu	Gas	rorgesehen:	Wasser
Haus	sdienste:	nde Betreuu		vorgesehen:	Wasser Pflanzen
Haus O O	sdienste: Licht Strom	nde Betreuu	Gas	orgesehen:	
Haus O O Fina	sdienste: Licht Strom Haustiere	0	Gas	orgesehen:	
Haus O O Fina	sdienste: Licht Strom Haustiere nzen regelmäßige Zahlu Rückgängigmache	ungen en von Rate	Gas Inventar enzahlungen	0	Pflanzen
Haus O O Fina	sdienste: Licht Strom Haustiere nzen regelmäßige Zahl	ungen en von Rate	Gas Inventar enzahlungen	0	Pflanzen
Haus O O Fina	sdienste: Licht Strom Haustiere nzen regelmäßige Zahlu Rückgängigmache	ungen en von Rate	Gas Inventar enzahlungen	0	Pflanzen
Haus O O Fina	sdienste: Licht Strom Haustiere nzen regelmäßige Zahlu Rückgängigmache	ungen en von Rate Kontos, Abs	Gas Inventar enzahlungen	0	Pflanzen

Seite 6 von 7 der Behandlungsvereinbarung

IGdApK Herford

`	(z.B. über den Haus	an Arbaitachar abna Kanny				
_	Der Kontakt mit dem Arb		eichnung "Psychiatrische Klinik" nommen werden:			
	/erpflichtungen: Es wurden für folgende F	Personen Verpflichtungen üb	ernommen:			
	Vichtige Termine und Er	eignisse:				
. s	Sonstige Absprachen					
-						
ereinb			rüft werden. Sollten sich bei einem der sie sich mit den weiteren Teilnehmern in			
ütersl	oh, den					
sychiatri	e-Erfahrene/r	Vertrauensperson	Gesetzliche/r BetreuerIn			
	e/r Facharzt/Fachärztin von 7 der Behandlungsverei	zuständige/r MitarbeiterIn Pflege	edienst IGdApK Heri			

A 7 Ethik in der Sozialen Arbeit

Abbildung A 7.1 Rangordnung der ethischen Bezugssysteme



Abbildung A 7.2 Höchste Werte und oberste Ziele professionell sozialberuflichen Handelns

Höchste Werte	Gesellschaftliche Relevanz	Oberste Ziele
Eigenständigkeit	Selbstständigkeit	Befähigung zur Lebensführung
Zugehörigkeit	Teilhabe	Förderung und Erhalt von Inklusion und Partizipation
Grundsicherheit	Lebensqualität	Förderung und Erhalt von materieller Versorgung und von gewaltfreien Lebensbedingungen

Abbildung A 7.3 Ethische Prinzipien Sozialer Arbeit

Prinzip	Forderung
Autonomie	Die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der Klienten und Klientinnen wahrnehmen, respektieren und fördern
Nicht schaden	Mit dem professionellen Tun und Unterlassen die Rechte der Klienten und Klientinnen nicht verletzen und ihre Interessen nicht durchkreuzen
Zuträglichkeit	Mit dem professionellen Tun und Unterlassen zur Selbstständigkeit, Teilhabe bzw. Lebensqualität der Klienten und Klientinnen beitragen
Solidarität	In Auseinandersetzung mit Dritten für das Interesse der Klientinnen und Klienten am Erhalt und an der Förderung ihrer sozialen Existenz eintreten
Gerechtigkeit	Die Ressourcen professionell sozialberuflichen Handelns gerecht verteilen
Effektivität	Mit Blick auf die Zielsetzungen Sozialer Arbeit die Wirksamkeit des eigenen sozialberuflichen Tuns sicherstellen bzw. wenigstens beobachten und dokumentieren

Abbildung A 7.4 Ethische Kompetenz

Abstraktes Orientierungswissen

Handlungssituation

HANDLUNGSENTSCHEIDUNG

Formular einer Behandlungsvereinbarung

Behandlungsvereinbarung

zwischen		
Vorname, N	lame:	
Straße, PLZ	Z, Ort:	
und der		
Klinik		
Willen auf r entspricht e Unversehrth	kommt in ihrem psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich der Pflichtversorgungsauftrag nach. Sie nimmt in diesem Rahmen Menschen auch gegen ihre richterlichen Beschluß in die stationäre psychiatrische Behandlung auf. Diese Maßnahmeiner schweren Einschränkung der im Grundgesetz verbürgten Rechte auf Freiheit un neit. Um die Auswirkungen dieser Einschränkungen in Zukunft möglichst klein zu halten un zu vermeiden, verpflichtet sich die Klinik:	en ne nd
	Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im des psychiatrischen Krankengesetzes (PsychKG) oder des Betreuungsrechtes.	
	Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen, insbesondere für daß die Klinik sich nicht an die Absprachen halten konnte.	^
Oberärztin b Einzelfall vo	sprachen darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor der/die zuständige Oberarzt / ozw. der fachärztliche Hintergrundsdienst eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im on den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von seiten der Klinik zu ren, ausführlich zu begründen und mit dem/der Patienten/Patientin zu besprechen.	n
Herr/Frau	erkennt die Verbindlichkeit der getroffenen Vereinbarung an.	
	Zusammenfassung der wichtigsten Vereinbarungen:	
1. Medik	kamente:	
2. Auf ke	einen Fall folgende Medikamente:	
3. Zwan	gsmaßnahmen:	
4. Umga	ang mit Krisen:	
	nbarte Station:auensperson:	

Seite 1 von 7 der Behandlungsvereinbarung

Angehörige:

7.

IGdApK Herford

Datu	m des	Gesprächs:	
Anw	esend	sind:	
_			
Es w	erden	folgende Vereinbarungen getroffen:	
1.		alle einer stationären Aufnahme beauftragt Herr/Fraue/ihre Vertrauensperson	
	Name	e, Anschrift, Telefon	
		Angelegenheiten, die er/sie nicht selbst wahrnehmen kann, zu übernehmen. Vertrauensperson soll möglichst von Anfang an hinzugezogen werden.	
	Ihr g	egenüber entbindet Herr/Frau die Klinik von der Schweigepf ermächtigt sie,	licht
	0	Daten weiterzugeben	
	0	Daten von Institutionen und Sozialleistungsträgern abzufragen.	
	Falls	die o.a. Vertrauensperson nicht erreichbar ist, soll	
	ihre '	Vertretung übernehmen.	
	Umg	ehend informiert werden müssen folgende Angehörige:	
	Beha	andelnder Psychiater / zuständige ambulante Dienste sind:	
2.	Kont	takte	
	Folge	ende Personen sollen in den ersten Tagen möglichst viel Zeit mit ihm/ihr verbringen:	
		olgenden Personen möchte er/sie keinen Kontakt haben, auch wenn sie von sich aus ir k kommen:	ı die

Herr/Frau wohnt im Zuständigkeitsbereich von Station Als Bezugspersonen aus dem Stationsteam sind gewünscht: In der Aufnahmesituation ist für ihn/sie folgendes hilfreich: O in Ruhe gelassen werden	
In der Aufnahmesituation ist für ihn/sie folgendes hilfreich:	
_	
O in Ruhe gelassen werden	
and the second of the second o	
möglichst nicht allein seinGespräche	
O	
o	
0	
Frau sollte möglichst von Mitarbeiterinnen aufger behandelt werden. Auf ihr besonderes Schutzbedürfnis ist Rücksicht zu nehm Weitere Hinweise für die Behandlung (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang	nommen und nen.
Entlassungswünschen etc.):	

пепл	raunimmt_zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medika
1	
2	
3	
In der	Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:
1	
2	
3	
Herr/F	rau lehnt folgende Medikamente grundsätzlich ab, weil schwe
Unver	räglichkeitsreaktionen aufgetreten sind:
/5	
	rauwünscht regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der amkeit der Medikamente.
Wirks	amkeit der Medikamente.
Wirks	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente z
Wirksa Soferr nehme	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente z en.
Wirksa Soferr nehme Bei de	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zen. r Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:
Wirksa Soferr nehma Bei de	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zen. r Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: Tabletten/Dragees
Wirksa Soferr nehma Bei de	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zen. r Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: Tabletten/Dragees Tropfen
Soferr nehmo	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zen. r Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: Tabletten/Dragees
Soferr nehmo	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zen. r Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: Tabletten/Dragees Tropfen Spritzen Depot
Soferr nehmo	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zen. r Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: Tabletten/Dragees Tropfen Spritzen Depot
Wirksa Soferr nehma Bei de O	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zen. r Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: Tabletten/Dragees Tropfen Spritzen Depot
Wirksa Soferr nehma Bei de O	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zen. r Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: Tabletten/Dragees Tropfen Spritzen Depot e:
Soferr nehmo	amkeit der Medikamente. nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zen. r Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt: Tabletten/Dragees Tropfen Spritzen Depot e:

5. **Zwangsmaßnahmen:**

0	
	Begleitung im weichen Zimmer/Rückzug in reizarme Umgebung
9	Einzelbetreuung
9	Vertrauensperson hinzuziehen
9	Gespräch
9	Bad
9	Spaziergang mit:
9	Bewegung
9	Essen anbieten
$\mathbf{\hat{c}}$	Rauchen
)	Musik machen/Musik hören
	Zwangsmaßnahmen sollachrichtigt werden.
	Abwendung eines Beschlusses soll aufgrund meiner Erfahrungen berücksichtigt werder h Möglichkeit Reihenfolge):
1	
_	
)	
)	
	s Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, ist folgende Reihenfolge anzustreben:
Prio	S Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, ist folgende Reihenfolge anzustreben: pritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen) Ausgangsbeschränkung Zwangsmedikation Isolierung Fixierung
Prio	Ausgangsbeschränkung Zwangsmedikation Isolierung
Pric	Ausgangsbeschränkung Zwangsmedikation Isolierung Fixierung
(Prior	Ausgangsbeschränkung Zwangsmedikation Isolierung Fixierung
(Prior	Ausgangsbeschränkung Zwangsmedikation Isolierung Fixierung ende Personen bittet Herr/Frau um Beteiligung an der Sitzwache:
Prior	Ausgangsbeschränkung Zwangsmedikation Isolierung Fixierung ende Personen bittet Herr/Frau um Beteiligung an der Sitzwache: eende Personen sollen im Falle einer Fixierung Zugang haben:

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll

Seite 5 von 7 der Behandlungsvereinbarung

IGdApK Herford

	utzmaßnahmen bei nellstmöglich eine F	psychischen	Krankheiten in die	Klinik zwang	m Gesetz über Hilfer seingewiesen werde
Soz	iale Situation				
Im N	Notfall ist folgendes	zu regeln			
Woł	nnung:				
0	Situation im Haus		•		
Der	Haustürschlüssel/V	/ohnungssch	llüssel befindet sich	bei:	
Kind	der				
Heri	r/Frau	hat	folgende Kinder (Na	ame, Geburts	sdatum):
Für	die Kinder ist folger	nde Betreuur	gsmöglichkeit vorg	esehen:	
Hau O	<u>sdienste</u> : Licht	0	Gas	0	Wasser
Hau O O		0	Gas Inventar	0	Wasser Pflanzen
000	Licht Strom	0		0	
000	Licht Strom Haustiere anzen regelmäßige Zahl Rückgängigmache	en von Rater	Inventar	•	
O O O	Licht Strom Haustiere anzen regelmäßige Zahl Rückgängigmache	en von Rater	Inventar	•	Pflanzen

Seite 6 von 7 der Behandlungsvereinbarung

IGdApK Herford

	Arbeitgeber / Schule:
	O Krankmeldung an den Arbeitgeber ohne Kennzeichnung "Psychiatrische Klinik" (z.B. über den Hausarzt) Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden:
	Verpflichtungen: Es wurden für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:
	Wichtige Termine und Ereignisse:
7.	Sonstige Absprachen
Vereii Verbii	Vereinbarung kann jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der nbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er/sie sich mit den weiteren Teilnehmern in ndung setzen.
Güter	sloh, den
Psychia	atrie-Erfahrene/r Vertrauensperson Gesetzliche/r BetreuerIn
zuständ	dige/r Facharzt/Fachärztin zuständige/r MitarbeiterIn Pflegedienst

Seite 7 von 7 der Behandlungsvereinbarung

IGdApK Herford

B 1 Sozialtherapeutische Grundhaltung

Abbildung B 1.1 Die Verwendung der Begriffe Sozialtherapie und Soziotherapie im Überblick

Begriff	Kategorie	Arbeitsfelder	Zielgruppe	Ziele
Sozialtherapie	Haltung mit methodischen Leitideen	Psychiatrie	Psychisch kranke Klientinnen und Klienten	 Beachtung der Lebensumstände Förderung von Teilhabe Entwicklung einer ambulanten, gemeindenahen Versorgungsstruktur
		Justizvollzugsan- stalten Maßregel- vollzug	Straffällige	Sozialisierung und Anpassung des KlientenEinbezug des Umfeldes
	Haltung mit anthroposophi- schen Leitideen	Heilpädagogische Einrichtungen	Menschen mit geistigen Behinderungen	 Soziale Emanzipation Gestaltung der Lebenswelt inklusive des räumlich- kulturellen, natürlichen und technischen Raumes
	Sozialrechtli- ches Leistungs- angebot §§ 27, 35a, 41 SGB VIII	Jugendhilfe	Kinder und Jugendliche	 Ambulante Hilfen bei Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Problemen und Erziehungsschwierigkeiten
Soziotherapie	Sozialrechtli- ches Leistungs- angebot § 37a SGB V	Psychiatrie	Schwer psy- chisch kranke Klientinnen und Klienten	 Abbau von psychosozialen Defiziten z.B. durch Motivierungsarbeit und Trainingsmaßnahmen Förderung von Akzeptanz und Durchführung ärztlicher – bzw. ärztlich verordneter – Leistungen
Sozialtherapie Sucht	Weiterbildungs- angebot der Deutschen Renten- versicherung	Suchtrehabilitation	Klientinnen und Klienten mit Sucht- mittelabhän- gigkeiten	 Förderung von Abstinenz und Teilhabe am gesell- schaftlichen und Arbeits- leben

Abbildung B 1.2 Paradigmen Klinischer Sozialarbeit



B 2 Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung

Fallbeispiel 1: Herr Bruckner und die nonverbale Interaktion

Herr Bruckner interessiert sich für einen Platz in einer sozialpsychiatrischen Wohneinrichtung. Er ist 45 Jahre alt, wirkt wegen seiner hoch aufgeschossenen, sehr dünnen Gestalt und wegen seiner langen Haare aber fast zehn Jahre jünger. Er hat eine Mechanikerlehre absolviert, arbeitet aber wegen einer schizophrenen Erkrankung schon länger nicht mehr in seinem Beruf. Als er beim Bewerbungsgespräch gefragt wird, was man für ihn tun könne, wie er sich sein Leben in der Wohneinrichtung vorstelle, macht er deutlich, dass man eigentlich wenig für ihn tun könne, außer ihm eine Wohnstätte und eine freundliche Atmosphäre zu bieten. Weiteres wünsche er nicht. Sein Schicksal sei bestimmt durch Mächte aus der höheren Dimension, die beizeiten kommen würden, ihn abzuholen, vielleicht schon zum nächsten Weihnachtsfest. Er wirkt dabei ruhig-abgeklärt, aber auch irgendwie abwartend.

Fallbeispiel 2: Frau Streicher und ihre beiden Betreuerinnen

Frau Streicher ist 30 Jahre alt. Wegen akuter suizidaler Krisen hat sie mehrere Aufenthalte in der Psychiatrie hinter sich, wo eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Sie lebt nun seit einigen Jahren in einer sozialpsychiatrischen Wohngruppe. Dort wurde sie bis vor Kurzem von der Sozialarbeiterin Frau Heinrich betreut. Diese hat die Aufgabe übertragen bekommen, in einem anderen Stadtteil eine weitere Wohngruppe aufzubauen, arbeitet deswegen nur noch halbtags in der Einrichtung und hat die Bezugsbetreuung von Frau Streicher an ihre Kollegin Frau Jäger abgegeben.

Die Klientin Frau Streicher erzählt ihrer neuen Betreuerin Frau Jäger, dass sie vor einem Monat eine Putzstelle bei einer Familie annehmen wollte, in Absprache mit Frau Heinrich auch schon einen Termin zur Vorstellung abgemacht hatte, diese dabei aber gesagt habe, sie solle sich gründlich überlegen, ob das das Richtige für sie sei, ob sie das überhaupt schaffen würde. Sie, die Klientin, hätte das so verstanden, als wolle Frau Heinrich ihr abraten, sich um die Stelle zu bewerben, weil sie es ihr nicht zutraue, einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen.

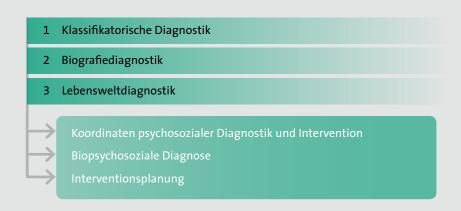
Die Sozialarbeiterin Frau Jäger ist verunsichert: Sie kennt die Kollegin Heinrich, mit der sie zwar nicht immer einer Meinung ist, die sie aber ansonsten als eine kompetente Person wahrnimmt, mit der sie schon seit mehreren Jahren recht gut zusammenarbeitet. Deswegen kann sie sich einerseits nur schwer vorstellen, dass die Klientin mit ihrem Vorwurf recht hat, dass Frau Heinrich ihr die Arbeit nicht zutraue. Andererseits hat Frau Jäger den Eindruck, dass ihre Kollegin einen sehr guten Zugang zu der Klientin hat und dass es hier vielleicht wirklich ein konflikthaftes Missverständnis gegeben hat. Frau Jäger beschließt, die Kollegin darauf anzusprechen. Diese reagiert sehr ungehalten, was das denn nun schon wieder solle, die Klientin sei ja wohl wirklich daneben, so etwas von ihr zu behaupten. Natürlich hätte sie ihr damals zu bedenken gegeben, ob sie leistungsfähig genug sei, einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen. Aber abgeraten hätte sie ihr niemals, das sei ja schon üble Nachrede. Die heftige Reaktion ihrer Kollegin überrascht Frau Jäger sehr und nun fragt sie sich, ob die Klientin nicht vielleicht doch recht hatte mit ihrem Vorwurf gegen die Kollegin, dass diese ihr nichts zutraue.

Fallbeispiel 3: Herr Neumeyer und das gemeinsame Frühstück

Nachdem Herr Neumeyer längere Zeit in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurde, ist er in ein kleines Wohnheim für psychisch kranke Menschen gezogen. Er nimmt aber weiterhin an zwei Tagen in der Woche an der Arbeitstherapie teil, die er in der psychiatrischen Klinik begonnen hat. Dies wird von allen Helfern befürwortet. An den Tagen, an denen er keine Arbeitstherapie hat und lange ausschlafen möchte, sorgt dies nun für Probleme im Haus, weil von den anderen Mitbewohnern, die keine anderweitigen Verpflichtungen haben, erwartet wird, dass sie regelmäßig am Frühstück um 9.00 Uhr teilnehmen. Die Mitarbeiterinnen meinen, zur weiteren Rehabilitation sei es nötig, dass Herr Neumeyer Bereitschaft zeige, ebenfalls am Frühstück teilzunehmen. Es kommt zu Auseinandersetzungen, wie sie zwischen Eltern und Kindern in der Pubertät typisch sind: »Wenn Sie hier wohnen wollen, müssen Sie auch die Regeln im Haus respektieren« versus »Ich benötige gute Betreuung, kein ständiges Unter-Druck-Setzen und Ermahnen«. Dieser verbale Schlagabtausch setzt sich über längere Zeit fort, ohne dass es zu einer konstruktiven Lösung kommt.

B 3 Psychosoziale Diagnostik

Abbildung B 3.1 Übersichtsmodell Diagnostisches Fallverstehen



Gahleitner, S.B.; Pauls, H. (2013): Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodel. In: Gahleitner, S.B. u.a. (Hg.) (2013): Psychosoziale Diagnostik, S. 61–77. Köln: Psychiatrie Verlag.

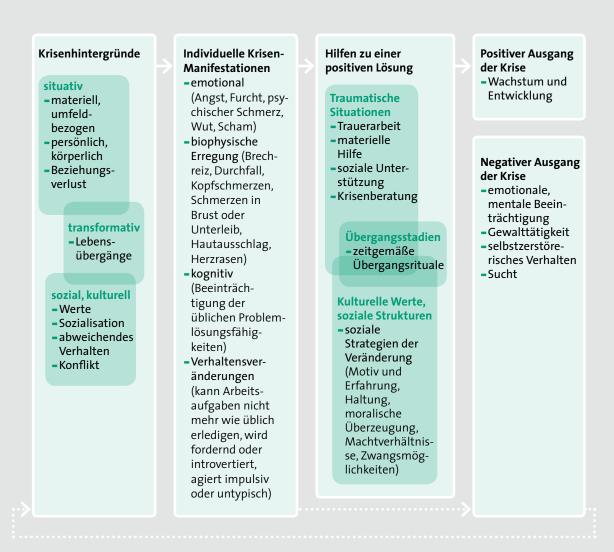
Abbildung B 3.4 Sektoreneinteilung der Netzwerkkarte



РАNTUCEK, P. (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3., aktual. Aufl. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

B 5 Krisenintervention

Abbildung B 5.1 Krisenparadigmen (nach Hoff u. a. 2009, S. 30)



HOFF, L.A.; HALLISEY, B.J.; HOFF, M. (2009): People in crisis: clinical and diversity perspectives. London, New York: Routledge.

Abbildung B 5.2 Professionelle Entwicklung des Sozialarbeiters in der Krisenintervention

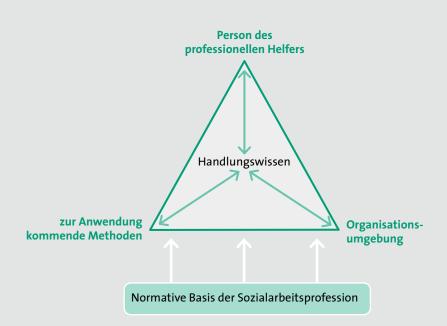


Abbildung B 5.3 Das Krisenkontinuum und die inhaltliche Handlungsebene

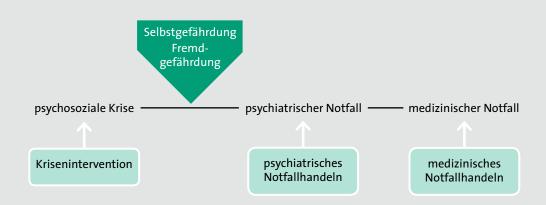


Abbildung B 5.4 Die Prozessebene im Interventionshandeln

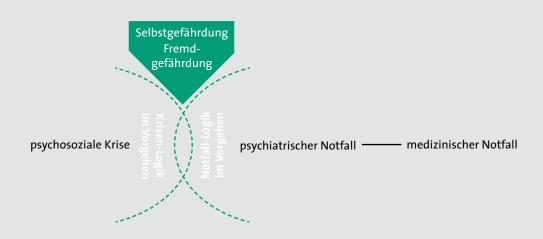


Abbildung B 5.5 Zusammenstellung der Unterschiede in den Handlungslogiken

	Krisen-Logik	Notfall-Logik
Ziel	Aktivierung des Klienten	Gefahrenabwehr für den Klienten
Sprache	nicht direktiv	direktiv
Ressourcenhandhabung	Suche nach Ressourcen ist von Anfang an zentral: Was funktioniert? Was kann hilfreich sein?	Ressourcen werden nach der Diagnose des Helfers einbezogen
Zeit	meist zeitintensiv wegen Suche nach Bereichen gemeinsamen Arbeitens	

B 6 Analyse egozentrierter sozialer Netzwerke

Abbildung B 6.1 Theoretische Aspekte sozialer Netzwerke

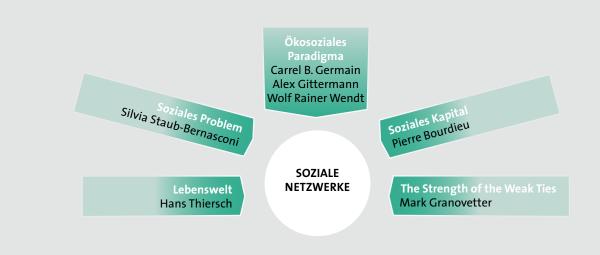
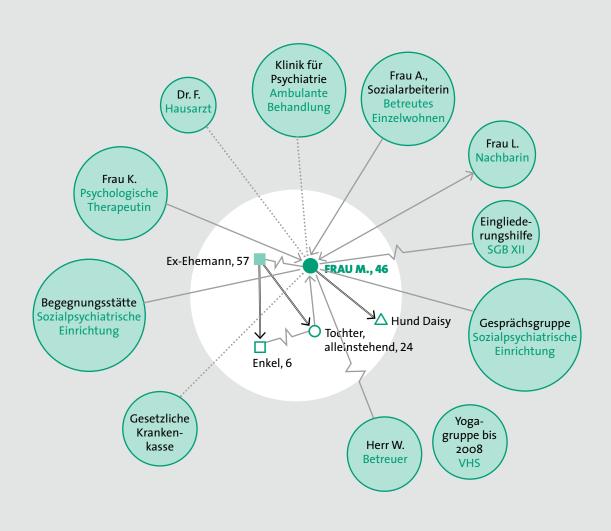


Abbildung B 6.3 Beispiel für eine Ecomap



Anleitung zur Erstellung und Auswertung einer Ecomap

Die Darstellung der Kernfamilie erfolgt über den größeren Kreis. Das weibliche Geschlecht wird durch Verwendung eines Kreises und das männliche durch eine eckige Kastenform symbolisiert. Die Ziffern bezeichnen das Alter der Personen zum Zeitpunkt der Erstellung, gleichzeitig sind Familienrollen beschrieben. Weitere Personen und Institutionen aber auch z.B. Tiere werden außerhalb der Familie skizziert.

Die Qualität der Beziehungen spiegelt sich in der Form der Verbindungslinien wieder. Die Stärke der Linie steht für die positive Intensität der Beziehung, Pfeile kennzeichnen die Richtung der Energie und Unterstützung, reziprokes Handeln findet sich bei Pfeildarstellungen in beide Richtungen. In diesem Fall beschreibt die Klientin Frau M. die Beziehung ihres geschiedenen Ehemannes mit der gemeinsamen Tochter und dem sechsjährigen Enkelsohn als stark positiv und reziprok. Dünn gestrichelte bis hin zu gepunkteten Linien zeigen an, dass die Beziehung nicht sonderlich in emotionaler und unterstützender Hinsicht intensiv ist. Die zackige Verbindungslinie symbolisiert stressreiche und konfliktreiche Beziehungen wie hier zwischen Klientin und geschiedenem Ehemann oder zur Eingliederungshilfe ihrer Kommune. Kontaktabbrüche können durch Querstriche auf einer Verbindungslinie dargestellt werden. Diese Visualisierung eröffnet noch die jeweiligen Themen hinter den Beziehungen und kann als Reflexionshilfe für weitere Fragestellungen dienen. In unserem Fall zeigt sich, dass viele Angebote aus dem Gesundheitssystem in den Alltag von Frau M. integriert sind. Gleichzeitig finden sich nur wenige stabile Beziehungen hinsichtlich Familien und Freundschaften.

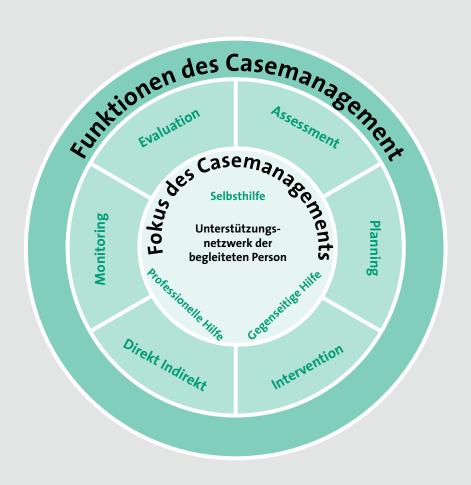
Es ist ratsam, die Ecomaps mit Filzstiften auf DIN A3 Bögen zu erstellen und später zu digitalisieren. Die Sitzposition wird mit Verzicht auf Machtrequisiten konstruiert. Es werden jeweils gleiche Sitzgelegenheiten und Positionen gewählt. Die Erstellung erfolgt durch die Sozialarbeiter bzw. den Sozialarbeiter und wird durch die Hinweise und Rückmeldungen der befragten Person ständig angepasst und validiert. Außerdem ist es sinnvoll, die Ecomap mit Datum zu versehen und unterschreiben zu lassen, damit spätere erstellte Ecomaps die Entwicklung des jeweiligen sozialen Netzwerkes dokumentieren.

Analysieren lassen sich beispielsweise folgende Aspekte:

- Die Stellung in der Kernfamilie und die unterschiedliche Einschätzung der psychisch erkrankten Personen und ihrer Angehörigen
- Potenzielle Unterstützungspersonen und -institutionen vs. Belastungen
- Beziehungen und deren Qualität mit Angabe der Reziprozität
- Beteiligte Institutionen und Organisationen aus dem Gesundheitswesen und deren Zugang zu der Klientin bwz. dem Klienten
- Arbeitsplatz und Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen
- Ressourcen in Freizeit und Kultur
- Besonderheiten
- Eigene Interpretationen

B 7 Methoden der Prozesssteuerung: Casemanagement und Hilfeplanung

Abbildung B 7.1 Funktionen des Casemanagements (nach MoxLEY 1989)



MOXLEY, D. P. (1989): The practice of case management. New York: Sage.

Abbildung B 7.2 Die Hilfeplanverfahren in der BRD

Bundesland	Hilfondoniantohan
Bundesiand	Hilfeplanverfahren
Baden-Württemberg	Stationär: HMB-W-Verfahren; Ambulant: Kein einheitliches Verfahren, der IBRP wird in vielen Landkreisen mit herangezogen
Bayern	Gesamtplanverfahren, Bayerischer Hilfeplan (angelehnt an IBRP)
Berlin	Gesamtplanverfahren, Berliner Rehabilitationsplan; Steuerungsgremien in den Bezirken
Brandenburg	Gesamtplanverfahren, modifiziertes HMB-W-Verfahren
Bremen	Gesamtplanverfahren nach dem HMB-W-Verfahren
Hamburg	Gesamtplanverfahren; Erhebung nach dem HMB-W-Verfahren
Hessen	Gesamtplanverfahren, HMB-W-Verfahren für Menschen mit kognitiver und /oder körperlicher Behinderung, ITP für Menschen mit seelischen Behinderungen
Mecklenburg- Vorpommern	Landesregelung IBRP mit Hilfeplankonferenz; Aspekte des HMB-W-Verfahrens fließen mit ein
Niedersachsen	Verbindliche Landesregelung IBRP; Stationär: HBM-W-Verfahren wird mit einbezogen
NRW Rheinland (LVR)	Individuelle Hilfeplanung mit Hilfeplankonferenz
NRW Westfalen-Lippe (LWL)	Individuelles Hilfeplanverfahren
Rheinland-Pfalz	THP mit Teilhabekonferenz
Saarland	THP über Teilhabekonferenzen in den jeweiligen Versorgungsregionen
Sachsen	Sozialplanung durch den Leistungsträger, amtsärztliche Begutachtung
Sachsen-Anhalt	Gesamtplanverfahren; THP in fast allen Landkreisen
Schleswig-Holstein	Einheitliches Hilfeplanverfahren; THP
Thüringen	ITP als einheitliches Hilfebedarfsfeststellungsverfahren für alle Menschen mit Behinderung

B 8 Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen

Abbildung B 8.1 Vergleich des Recoveryansatzes mit der klassischen Psychiatrie (nach KNUF 2016, S. 14)

	Recovery-Ansatz	Klassische Psychiatrie
Ziele	Ein zufriedenes und erfülltes Leben; gesellschaftliche Teilhabe (Inklusion)	Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, berufliche Wiedereingliederung
Perspektive	Zufriedenes Leben ist für alle Be- troffenen möglich, manchmal gelingt auch eine völlige Gesundung von der Erkrankung und deren Folgen	Keine »falschen Hoffnungen« machen; »vita minima« muss hingenommen werden; wer keine Symptome hat, kann froh sein
Hilfen	Alle Hilfen, die das Wohlbefinden, die individuelle Bewältigung der Erkrankung und die Auseinander- setzung damit fördern; Peer-Support erhält hohe Bedeutung	Klassisches psychiatrisches Angebot; Fokus auf Medikation
Hoffnung	Wird als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden; ihre Förderung ist Auftrag für professionelle Arbeit	Bezieht sich lediglich auf die Wirkung der Medikamente und der übrigen Behandlung, ansonsten keine besondere Bedeutung
Selbsthilfe	Selbsthilfe ist zentral für den Recoveryprozess, ohne Selbsthilfe ist Recovery nicht möglich; Selbst- hilfeförderung ist selbstverständli- ches Element jedes Behandlungs- angebots	Selbsthilfe trägt zur Symptomreduktion wenig bei und wird von professioneller Seite kaum gefördert
Selbstverantwortung	Übernahme von Selbstverantwor tung ist wichtiger Entwicklungs- schritt für Betroffene; ihre Förderung ist Auftrag für die professionelle Arbeit; Selbstverantwortung bedeu- tet auch, den eigenen Anteil an der Aufrechterhaltung der Erkrankung anzuerkennen	Hilfe erfolgt durch Medikation und Behandlung; Selbstverantwortung kann die Compliance reduzieren und die Behandlung erschweren und wird daher nicht gefördert, sondern durch einseitige biologische Erklärungsmodelle eher behindert

KNUF, A. (2016): Empowerment und Recovery. 3. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Abbildung B 8.1 Gemeinsames Erfahrungswissen (nach Utschakowski 2015, S. 41)



Utschakowski, J. (2015): Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung. Köln: Psychiatrie Verlag.

Exkurs Shared Decision Making

Ein wichtiger handlungsorientierter Beteiligungsansatz ist das Shared Decision Making (Treffen von gemeinsamen Entscheidungen). Das aus der Medizin stammende Modell (Charles u.a. 1997) definierte das Verhältnis zwischen Arzt und Patient neu und veränderte vor allem die Kommunikation miteinander. In der klassischen paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung erstellt der Arzt eine Expertenanalyse (Diagnose), um dann direktiv zu behandeln oder zu verordnen. Der Patient nimmt in der Regel passiv die ärztlichen Entscheidungen hin. Beim Shared Decision Making begründet der Arzt seine fachliche Einschätzung und klärt über verschiedene Handlungsoptionen auf, sodass der Patient gemeinsam mit dem Arzt entscheiden kann, welcher Weg eingeschlagen werden soll. Diese Form der partizipativen Entscheidungsfindung wird auch in der Sozialarbeit angewandt (Bertelsmann Stiftung u.a. 2005). Shared Decision Making ist im psychiatrischen Handlungsfeld ein wichtiges Instrument des Empowerment. Die Klienten werden eingeladen und ermuntert, sich einen Überblick über ihre Situation zu verschaffen und selbst Entscheidungen zu treffen.

Bertelsmann Stiftung; Universitat Bremen, Zentrum fur Sozialpolitik (Hg.) (2005): Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Gutersloh: Bertelsmann Stiftung. http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/shareddecision-making.pdf (12.02.2016).

Charles C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997): Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? Social Science & Medicine, 44, (5), S. 681 – 692.

Exkurs Open Dialogue

Um einen Prozess des gemeinsamen und vertieften Verstehens zu ermöglichen, verzichten die psychiatrischen Fachkräfte auf vorschnelle Festlegungen und Diagnosen. Durch die Wahrnehmung der subjektiven Problemlagen der einzelnen Beteiligten und durch die Transparenz der unterschiedlichen Einschätzungen bei den Professionellen entsteht eine Vielstimmigkeit (Polyfonie), die die sonst üblichen professionell dominierten Problemanalysen und Lösungskonzepte ersetzt. Insofern sind Unsicherheit, die Fähigkeit, sich kein schnelles Urteil zu bilden, nicht zu wissen, was das Problem und was die Lösung ist, die wichtigsten professionellen Kompetenzen im Open Dialogue.

Der Schwerpunkt der professionellen Intervention liegt auf der Förderung von offenen Dialogen in und mit der Familie und dem sozialen Umfeld. Gemeint sind damit Menschen, die im Leben einer Person von besonderer Bedeutung sind. Dies können Angehörige, Freunde, aber auch Arbeitskollegen oder Nachbarn sein. Die gemeinsamen Gespräche werden als gemeinsames Nachdenken aufgefasst, in dem neue Möglichkeiten für die eigene Lebensgestaltung verfügbar werden. Mehr Handlungsfähigkeit entsteht nicht durch professionelle Instruktion, sondern durch Austausch und die Entwicklung eines gemeinsamen neuen Verständnisses für Alternativen und nächste Schritte. In dem so entstehenden Raum können die Betroffenen und ihr soziales Netzwerk nach eigenen Lösungen suchen. Die Betroffenen sind nicht mehr Klienten, die betreut und behandelt werden, sondern Menschen, die aktiv mit entscheiden und gestalten (vgl.Aderhold u.a. 2003).

ADERHOLD, V.; ALANEN, Y.; HESS, G.; HOHN, P. (Hg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansatze aus Skandinavien. Giesen: Psychosozial-Verlag.

B 9 Kooperationsmanagement und professionelle Netzwerkpflege

Abbildung B 9.1 Netzwerkbeispiel »Versorgung psychisch Kranker«

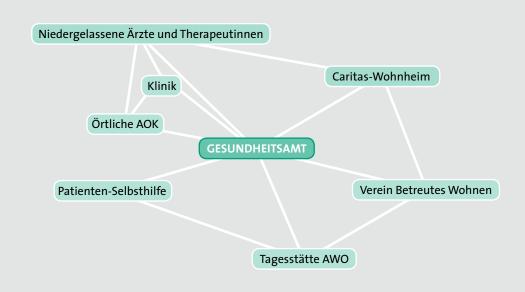


Abbildung B 9.2 Raster zur Bedarfsanalyse von Netzwerken am Beispiel von ambulanten psychiatrischen Diensten für junge Erwachsene

	Spontane, unsyste- matische Sammlung einzelner Aspekte	Quellen für (zahlen- mäßig) belegbare Daten	Cluster bilden und Prioritäten festlegen	Bewertung
Was kennzeichnet die aktuelle Situation?	 Große Belastung durch die Zahl der Doppeldiagnosen bei jungen Er- wachsenen Besondere An- fragen von Altenheimen zur psychischen Begleitung von Senioren 	 Statistiken der Krankenkassen und des Gesund- heitsamtes Belegungsdaten Senioren- wohnheime 	 Die Anforderungen für die Versorgung junger Erwachse- ner und psychisch kranker Senioren sind sehr unter- schiedlich und aktuell nicht zusammenzu- bringen 	- Aufgrund der Unvereinbarkeit der unterschiedli- chen Anforderun- gen entsteht ein starker Entschei- dungsdruck
Welche Trends und Entwicklungen erwar- ten Sie?	 Uneindeutigkeit bei den jungen Erwachsenen (weniger Nach- wuchs junger Menschen vs. mehr Drogenmiss- brauch) Wachsendes Auf- gabenfeld seeli- sche Gesundheit bei Senioren 	 Unterlagen zur demografischen Entwicklung der Kommune Ergebnisse der Polizeistatistiken 	 Das Problem der jungen Erwachse- nen wird hinter den Problemen der Senioren zurück- treten 	- Diese Entwick- lung ist nur zu bewältigen, wenn klare sachliche Kriterien für die Priorisierung der ambulanten Dienste für Senio- ren gegeben sind
Welche Wirkungszu- sammenhänge erge- ben sich bezogen auf die Trends?	 Mehr Aufwand bei der Vermittlung in Beschäftigung von jungen Er- wachsenen Größere Bedeutung ambulanter Dienste und aufsuchender Angebote für Senioren 	 Planungsunterlagen des Jobcenters Planung der Investitionsprogramme der zuständigen (Landes-)Behörden 	- Die ambulanten Dienste für Senio- ren sind leichter zu finanzieren	- Die Entscheidung für den Ausbau ambulanter Dienste für Senioren muss immer wieder neu geprüft werden, da die Gefahr einer Verschiebung der Problematik junger Erwachsener ins Erwachsenenalter entsteht

Raster zur Bedarfsanalyse von Netzwerken

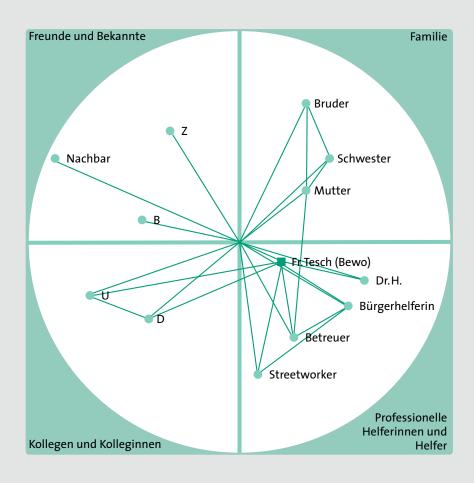
	Spontane, unsyste- matische Sammlung einzelner Aspekte	Quellen für (zahlenmäßig) belegbare Daten	Cluster bilden und Prioritäten festlegen	Bewertung
Was kennzeichnet die aktuelle Situation?				
Welche Trends und Entwicklungen erwarten Sie?				
Welche Wirkungszu- sammenhänge erge- ben sich bezogen auf die Trends?				

U. Deller: Kooperationsmanagement und professionelle Netzwerkpflege. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther,

R.-B. Zimmermann (Hg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie, S. 309–322. Zusätzliches Downloadmaterial.

C 1 Lernfall Psychose

Abbildung C 1.1 Netzwerkkarte von Herrn Schneider



Exkurs Die Trennung von Wohnraum und mobiler Unterstützung

Das Konstrukt der Untervermietung ermöglicht es, auch Menschen eine eigene Wohnung zur Verfügung zu stellen, die auf dem freien Wohnungsmarkt wenig Chancen haben. Vermietern fällt es oft leichter, an psychisch kranke Menschen zu vermieten, wenn sie als Ansprechpartner in schwierigen Situationen z.B. einen Träger sozialer Einrichtungen haben. Dabei sollte der (Unter-)Mietvertrag dann aber unabhängig vom Betreuungsvertrag geschlossen werden, denn wenn es dazu kommt, dass der Klient die Unterstützung durch Betreutes Wohnen nicht mehr möchte, kann er den Betreuungsvertrag kündigen, ohne automatisch seine Wohnung zu verlieren. Ein Qualitätskriterium Sozialer Arbeit ist es in diesem Sinne, Betreuungs- und Mietverträge entsprechend kundenfreundlich zu gestalten sowie mit den Klienten diesen Sachverhalt zu thematisieren. So gibt sie ihren Klienten die Möglichkeit, sich auch gegen eine weitere Betreuung oder für die Betreuung durch einen anderen Leistungserbringer zu entscheiden, ohne Angst haben zu müssen, das Dach über dem Kopf zu verlieren.

Exkurs Teilzeitarbeit für Menschen mit Behinderung

Alle Arbeitnehmer, die nicht in Vollzeit arbeiten wollen, können nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) einen Anspruch auf Teilzeitarbeit gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen. Die Rahmenbedingungen dafür sind in § 8 TzBfG geregelt und gelten prinzipiell auch für Menschen mit einer Behinderung, die in einer WfbM beschäftigt sind.

In der Werkstättenverordnung (WVO) hingegen ist in § 6 geregelt, dass die wöchentliche Beschäftigungszeit in Werkstätten zwischen 35 und 40 Stunden betragen muss (inklusive Erholungspausen und arbeitsbegleitender Maßnahmen). Sie kann im Einzelfall verkürzt werden, wenn es wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Erfüllung des Erziehungsauftrages bei eigenen Kindern notwendig erscheint. Die Reduzierung im Einzelfall nach § 6 WVO kann im Prinzip mit einem ärztlichen Attest erreicht werden, zumindest solange eine Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden wöchentlich erreicht wird. In diesem Fall werden z.B. auch weiterhin in vollem Umfang Beiträge in die Rentenkasse einbezahlt. Das kann natürlich bei einer Teilzeitarbeit gemäß § 8 TzBfG anders sein. Ebenso kann mit einer Teilzeitarbeit für die Werkstätten eine Kürzung der Maßnahmepauschale verbunden sein. Dies führt momentan dazu, dass die weitere Ausgestaltung und Ausweitung solcher Formen der Teilzeitarbeit, wie sie für nicht behinderte Arbeitnehmer weit verbreitet und »normal« sind, leider noch viel zu häufig scheitern.

HEB-Bogen von Herrn Schneider

HEB-Bogen B Entwicklungsbericht

The Dogott D Estationary Governors	
Anschrift des Leistungsträgers:	Anschrift des Leistungserbringers:
	Telefon:
	Ansprechpartner:
	Email:
	Fax:
Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abse	chlussberichtsbogen (HEB_Bogen)
für Menschen mit einer wesentl zur Erstellung eines Gesamtp	•
Name: Schneider Vorname: Jan	geb.: 21.11.1985
Die im HEB Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage bei der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des in SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser HEB Bogen ist Te währung.	
Der HEB Bogen besteht aus drei Teilen. Bitte verwende Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung. Für die Erstellung ei lungsbericht sowie bei Beendigung der Maßnahme als al möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können form Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sowie der geschl § 79 SGB XII) sind die Leistungserbringer zur Weiterleitung	äufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Teilbogen A) ines Entwicklungsberichtes bitte den Teilbogen B) Entwickbschließendes Berichtsinstrument den Teilbogen C). Bitte nlos beigefügt werden. lossenen Rahmenvereinbarung (vgl. § 75 Abs. 3 i. V. m
Paragraph 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflic tungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch)	chtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleis) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen wirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zu
A) Drugheis des codificient Hilfselesson	D) Schrichterschericht
A) Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung	B) Entwicklungsbericht C) Abschlussbericht
Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von drei Monaten wie folgt mitzutei-	Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid ge- nannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Ab- schlussbericht folgendes mitzuteilen:
len: 1. Die Beschreibung der aktuellen Situation/ Problemlage 2. Die Förderziele 3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen. Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die	Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes Die Fortschreibung der Förderziele (entfällt beim Abschlussbericht) Die weiteren Maßnahmen Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er
Beteiligung der/des Betroffenen wird mit de- ren/dessen Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreu- ers/in) auf der letzten Seite bestätigt.	bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Er- stellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.

Name, Vo	orname:	Schneid	ler, Jan			geb. am:	21.11	1.1985	Erstellt am:	18.11.2015
3) Teilbo	gen: Eı	ntwickl	ungsbe	ericht	t Nr. <u>7</u>					
Förder	zeitraum	vom 01	1.12.15	bis 3	30.11.16					
1. Aufr	1. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen									
a)	Reflexion	der durc	haeführt	en Ma	ıßnahmen	innerhalb	der le	tzten		
۵, ۱		/onate	gorum	_	2 Monate			24 Monate	■ _1	1 Monate
		nissen na								en sowie seinen e Freizeit aktiver zu
b)		ibung der ntigung de			nerhalb de	es letzten P	lanun	gszeitraumes a	nhand der Rah	menziele unter Be-
	Herr Schneider nimmt weiterhin die Freizeitangebote des Wohnverbundes gerne wahr. Desweiteren finden regelmässig Aktivitäten gemeinsam mit einem weiteren Klienten des Verbundes statt. Auch zu Freunden in X und einem Arbeitskollegen besteht ein guter Kontakt. An den Wochenenden besucht er meist seine Familie in Y. Herr Schneider fällt die Kontaktaufnahme zu neuen Menschen nicht leicht, da er sich ihnen gegenüber eher introvertiert verhält. Auf Probleme in der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung reagiert er tendenziell eher mit Vermeidungsverhalten. Nach der Arbeit verbringt er seine Freizeit gerne alleine mit Fernsehen. Auf der anderen Seite fühlt er sich dabei manchmal einsam. Nach anfänglicher Zurückhaltung, konnte er zu der neuen Fachkraft Vertrauen fassen.									
c)	Einschät	tzung des	Hilfebe	darfs						
	☐ kein	ne Hilfeste	ellung							
	☐ Info	rmation u	ind Bera	tung						
	☐ Erso	chließung	von Hilf	en im	Umfeld					
	☐ Indi	viduelle F	Planung,	Beoba	achtung, F	Rückmeldu	ng			
	■ beg	leitende,	übende	Unters	stützung					
	☐ inter	nsives inc	dividuelle	es Ang	jebot					
d) F	ortschre	eibung de	r Rahme	enziele	9					
	- Langt	fristig Auf	bau weit	erer K	ontakte	zu Familie ng anderer		reunden enüber zu vertr	eten	
e) F	Reschreih	una der (nenlante	n Maß	nahmen f	ine .				
6) [_	onate	gopianie [_	Monate	ui.		24 Monate		Monate
	soziale - Stärku	r Beziehu ung seine	ingen s Selbst	bewus	stseins in	Bezug au	f die k	eine Wünsche Kontaktaufnahr konstruktiven I	ne zu neuen M	enschen

Seite 2 von 8

Name, Vo	rname:	Schneider, Ja	n	geb. am:	21.1	1.1985	Erstellt am	: 1	18.11.2015
2. Selbs	stverso	rgung und Wo	hnen						
		-	ihrten Maßnahmer	n innerhalh	der le	tzten			
α, ι	_	Monate	12 Monate			24 Monate		11	Monate
		vioriate	12 Worlate	,		24 Worlate			ivioriate
	Unters	tützung beim T	g Hausbesuche zu ätigen von Großeir rortlichen Planung usgezahlt.	nkäufen un	d dem	zuverlässigen	Erledigen de	er Ha	ausordnung
		eibung der Entw htigung der Res	ricklung innerhalb d ssourcen	es letzten P	lanun	gszeitraumes a	nhand der Ra	hme	nziele unter Be-
	Gesta zuverl benöt ernäh fande Planu	ltung seiner W lässigen Erledig igt er noch Unti ren (er kauft sie n regelmäßig K	errn X befindet sich ohnung handwerkl gen der Hausordnu erstützung durch d ch bisher gerne Fe Kochtermine statt. A nzen erhält Herr X chauender ein.	ich aktiv ge ung, damit e ie Fachkrat rtiggerichte Alleine setz	worde es kei ft. Her e). Er v t er di	en. Dies bereite ne Schwierigke r X äußert den wurde hierzu d es jedoch noch	et ihm viel Freiten mit den Wunsch, sic urch die Fach nicht immer	eude ande h ge nkraf um.	e. Bei dem eren Mietern gibt, sünder zu it beraten und es In Bezug auf die
c)	ke	dividuelle Plan egleitende, übe	ng .		ung				
d) E	Eorteobr	eibung der Ra	hmonziolo						
	- Selbst - Erhalt - Ausba	tständigeres Er vorhandener F au eines reflekti	ledigen der Hauso Fähigkeiten in Bezu ierten Umgangs mi ner gesünderen En	ıg auf die H it seinen fin	anzie		d Selbstverso	orgur	ng
e) B	eschreil	hung der genla	nten Maßnahmen	für					
ا	_	lonate	12 Monate	rsii		24 Monate			Monate
,	- Weite	erhin Beratung Imäßige Hausb rstützung bei e	und praktische Un esuche zur Überpr inem verantwortun m Tätigen von Gro	rüfung der i gsvollen U	bei d Wohn	ler Umsetzung situation	-	dere	

Seite 3 von 8

Name, Vor	rname:	Schneider, Ja	n	geb. am:	21.11.1	985	Erstellt am	: 1	18.11.2015
3. Arbeit,	, arbeits	ähnliche Täti	gkeiten, Ausbild	ung/ Für W	/erkstätt	en siehe aud	ch Einlegeb	latt \	WfbM
a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten									
a) K	_	-	_		_				
	⊔ 6М	onate	☐ 12 Monate	,	□ 2	4 Monate		11	Monate
	Arbeits	tätigkeit gefüh	Reflektionsgesprä rt und es fand ein Ausfüllen von Fo	e Vernetzu	ng mit de	m Tageszen			
b)		eibung der Entv ntigung der Re	wicklung innerhalb essourcen	des letzten	Planungs	zeitraumes a	nhand der R	ahm	enziele unter Be-
	Selbsh zwei Ta sich da sah. Se sehr zu wöcher gewün:	ilfeprojekt-Caf age in der Wo unn jedoch dag eitdem ist er w ufrieden mit He ntlich statt find schter Wechse	che dort arbeitet u gegen, da er sich	Die Arbeit ind den Re den wechse der Woche r fühlt sich o (Einkaufei ntrum nach	dort sagt st der Wo einden Au e im Tage dort wohl n, Arbeits W wurde	te ihm zunäc oche im Tage ufgaben und eszentrum. D . Mittlerweile einteilung fü e von Herrn)	hst zu und e eszentrum ve Anforderung ie Kollegen leitet er dor r die andere K nicht mehr	s wa erbringen r im Ta t eine n Klie then	or geplant, dass er ngt. Er entschied hicht gewachsen ageszentrum sind e zwei enten). Ein natisiert. Zu zwei
c)	keir		g Beratung Hilfen im Umfeld	Düşkmald					
			ing, Beobachtung		ung				
	_ `		nde Unterstützung uelles Angebot						
d) F		bung der Rah	-						
	- Erhalt	des Status Qu	uo in Bezug auf da twicklung zusātzli			spektiven			
e) Be	eschreibu	ıng der geplar	nten Maßnahmen	für					
	☐ 6 Mo		☐ 12 Monate		■ 24	Monate			Monate
	Bespre - Verne	chung von mö tzung mit den	gs- und Reflexior glichen Entwicklu Kollegen vom Ta h bei der Rehaabt	ngspotentia geszentrun	alen 1		ätigkeiten in	n Tag	geszentrum und

Seite 4 von 8

Name, Vo	rname:	Schneider, Jar	n	geb. am:	21.11.1985	Erstellt am:	18.11.2015	
4. Tage	4. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben							
a) F	Reflexion	der durchgefü	hrten Maßnahmer	n innerhalb	der letzten			
-,	_	Monate	☐ 12 Monate		☐ 24 Monate	■ _1	1 Monate	
	Deswe weiterh	iteren nahm er nin regelmäßig	an Freizeitangebo teil, und schaute s	oten des Ve sich zusami	se hinsichtlich der erbundes (Schwim men mit der Fachk Diesen besucht er	mangebot, Sonnta raft einen offenen	agskochen) auch Treff für junge	
b)	Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Be- rücksichtigung der Ressourcen							
	Freize Koche Intere Konst Einric die Fa Erkra	eitverhaltens vo einheiten mit eir sse und Engag ruktion von seir htung teil, bei d achkraft besuch	n Herrn X. Zusätz nem anderen Klier ement zeigte er in nen Küchenmöbel lenen er teilweise t er manchmal ein eren pflegte er Ko	lich zu sein nten des Ven n handwerk n durchfühl auch selbsi en offenen	erbundes in seine f dichen Bereich, ind te. Sehr gerne nim	en Gestaltung der Freizeitstruktur int Iem er u.a. die Pla Imt er an Kochan Jubereitet. Nach V Inschen mit einer	Freizeit hat Herr X egriert. Großes anung und geboten der forbereitung durch psychischen	
c)	_	itzung des Hilfe ine Hilfestellung						
		formation und B	-					
			Hilfen im Umfeld					
			ng, Beobachtung,	Rückmeld	una			
			nde Unterstützung		ug			
		ensives individ						
d) F	ortschr	eibung der Rah	nmenziele					
	- Bei F	Rückzugstender		n dieser un	zu nutzen d Entgegenwirkung der Freizeitgestalti			
e) B	_		nten Maßnahmen	für	24 Moneto		Monoto	
l	6 IVI	onate	☐ 12 Monate		24 Monate	ш	Monate	
	"Schw	vimmgruppe" de erstützung bei d	es Wohnverbunde er Planung von U	s nternehmur	bindung in das "So ngen und Bedürfnisse I			

Seite 5 von 8

Name, Vo	rname:	Schneider,	Jan		geb. am:	21.11	.1985	Erstellt am:	18.	.11.2015
_	_	den Auswir eneinnahme	_	Behinder	ung (z.B.	Kranki	neitseinsicht	, Compliance	, Krise	en, Arztbesuche,
a) F	Reflexion	der durchg	eführten Maí	ßnahmen	innerhalb	der letz	ten			
	□ 6 N	Monate	□ 12	2 Monate			24 Monate		11	Monate
	Alkoho Wasch	lproblematik zwänge sta	, als auch w	egen erne chtberatur	ut hoher N ngsstelle u	Nebenk und Ärz	ostennachzal	nang mit seine nlungen aufgr rnetzt gearbei	und se	
b)			ntwicklung inr Ressourcen	nerhalb de	s letzten P	Planungs	szeitraumes a	nhand der Ral	nmenz	tiele unter Be-
	Gespi Gesta Medik Mit He Nebel	räche in eine altung seiner kamente nim errn X wurde nkostennach	er Suchtbera Freizeit hat Imt Herr X zu en seine zwa Inzahlungen r	tungsstelle sich der A uverlässig unghaften ' egelmäßig	e und ein Ikoholkon ein und a Verhaltens thematis	Termin sum zw uch die smuster iert. De	bei einem Int vischenzeitlich Termine bei er und die dara esweiteren wu	n wieder etwa dem Neurolog aus resultierer	Durch s redu en nir den h Haus	h eine aktivere uziert. Seine mmt er wahr.
c)	Einschä	itzung des H	Hilfebedarfs							
	☐ ke	ine Hilfestel	lung							
	☐ Inf	formation un	d Beratung							
	☐ En	schließung v	von Hilfen im	Umfeld						
	☐ Inc	dividuelle Pla	anung, Beob	achtung, F	Rückmeld	ung				
	☐ be	gleitende, ü	bende Unter	stützung						
	■ int	ensives indi	viduelles An	gebot						
d) F	ortschre	eibung der l	Rahmenziele	e						
	- Erhalt	der guten C	Alkoholkonsu compliance en soweit wie					ahnen lenken		
e) B	_	oung der gep onate	olanten Maßr ☐ 12	nahmen fü Monate	ir	■ 2	24 Monate			_ Monate
	Erkran	nkung natisieren de	-	nsums un	d bespred	hen vor		struktiven Um Verhaltenswe		s mit der

Seite 6 von 8

Name, Vorname:	Schneider, Jan	geb. am:	21.11.1985	Erstellt am:	18.11.2015
Bitte kreuzen Sie an,	auf welchem/n der fünf Bereiche der	Schwerpun	kt der Förderung inne	erhalb des Bewilli	gungszeitraumes liegt:
1. Aufnahm	e und Gestaltung persönlicher, so	zialer Bezi	ehungen		
2. Selbstver	rsorgung / Wohnen				
3. Arbeit / ar	rbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbild	dung			
4. Tagesges	staltung, Freizeit, Teilnahme am g	esellschaft	ichen Leben		
5. Umgang	mit den Auswirkungen der Behind	lerung (z. B	. Krankheitseinsicht	, Krisen etc.)	
Sichtweise des	Leistungsberechtigten bezüglich	n der durch	geführten bzw. gep	olanten Maßnah	men:

Na	me, Vorname: Schneider, Jan	geb. am:	21.11.1985	Erstellt am:	18.11.2015
	Weitere Planung:				
	Stationäre Wohnform	Ja 🗌		Nein ■	
	Außenwohngruppe	Ja 🗌		Nein 🔳	
	Betreute Wohngemeinschaft	Ja 🗌		Nein 🔳	
	Betreutes Einzelwohnen	Ja ■		Nein 🗌	
	Tagesstätte	Ja 🗌		Nein 🔳	
	Keine Veränderung	Ja ■			
	Sonstiges	Ja 🗌		Nein 🔳	
	■ Innerhalb eines Jahres	□ von 1-2 Jah	nren	von	Jahren
	reuungsschlüsselempfehlung für das ge empfohlener Stundenbedarf: e ambulante / teilstationäre Maßnahme			n nicht möglich:	
/ Erg	änzende Ausführungen, z.B. Krisen w	ährend des Berichtsz	eitraumes, Kli	nikaufenthalte etc.:	
/ Von	rangiger Ansprechpartner (Casemanag	er) ist:			
mung Boge die d	ozialverwaltung des Sozialhilfeträgers (Leistu g sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspfli ns. Der Leistungsberechtigte bzw. bzw. sein g er hierzu erforderlichen Daten an den Sozialt gener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).	chten und auf die Folger jesetzlicher Betreuer erkl	n fehlender Mitv ärt für die Zwec	wirkung ergeben sich aus o kbestimmung dieses Bogen	dem Deckblatt des HEB- s seine Einwilligung in
	Datum, Unterschrift des Leistungserbring	ers (Datum, Unterso	hrift des / der Leistungsbe	rechtigten
Da	tum, Unterschrift des / der gesetzlichen Bet	reuers / in			

Betreuungsvereinbarung zwischen dem Träger des Betreuten Wohnens und Herrn Schneider



BETREUUNGSVEREINBARUNG FÜR BETREUTES WOHNEN

Zwischen dem

Erthal-Sozialwerk gemeinnützige GmbH, Wohn- und Betreuungsverbund Würzburg, Dürerstr. 14, 97072 Würzburg,

und

Frau/Herrn NAME

wird folgender Betreuungsvertrag geschlossen:

1. Aufnahme in das betreute Wohnen

Die Betreuung beginnt am TT.MM.JJJJ mit einer dreimonatigen Phase des Kennenlernens, die mit der vorläufigen Hilfeplanung (HEB-A-Bogen) endet. In dieser Phase kann die Vereinbarung von beiden Seiten jederzeit unter Angabe von Gründen gekündigt werden, wenn sich keine Basis für eine Zusammenarbeit entwickeln lässt. Wenn nicht ausdrücklich etwas anderes besprochen wird, dann wird das Betreute Wohnen nach drei Monaten mit Abschluss der vorläufigen Hilfeplanung (HEB-A-Bogen) zum unbefristeten Betreuten Wohnen.

2. Ziele, Inhalte und zeitlicher Umfang der psychosozialen Begleitung

Das betreute Einzelwohnen versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel, die Kompetenzen der / des Betreuten zu fördern um ihr / ihm ein weitestgehend selbstständiges Leben zu ermöglichen. Im Einzelnen bezieht sich diese Hilfe in Anlehnung an das Gesamtplanverfahren auf folgende Schwerpunkte:

- Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen
- Selbstversorgung und Wohnen
- Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung
- Tagesgestaltung, Freizeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung
 (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)

Die Betreuung orientiert sich in ihren Schwerpunkten am individuellen Hilfebedarf und kann im Rahmen von Besuchen im Büro des sozialpsychiatrischen Fachpersonals erfolgen – sie hat jedoch in hohem Maße aufsuchenden Charakter in Form von Hausbesuchen und umfasst vor allem Unterstützung

- bei der Alltagsbewältigung und im lebenspraktischen Bereich (Sauberhalten der Wohnung; Ernährung; Umgang mit Geld usw.);
- im Umgang mit Behörden, Vermieter / in, Arbeitgeber / in usw.;
- bei einer für den Klienten befriedigenden Freizeitgestaltung;
- bei der Suche nach einem passenden Arbeitsplatz oder einer passenden tagesstrukturierenden Beschäftigung;
- bei Aufbau und Gestaltung sozialer Kontakte;
- bei der Bewältigung von Krisen und Konflikten;
- beim verantwortlichen und möglichst selbstbestimmten Umgang mit der psychischen Erkrankung.

Eine stationäre Einweisung in ein Krankenhaus unterbricht die Betreuung nicht. Auf Wunsch wird nach Möglichkeit der Kontakt durch Besuche aufrechterhalten.

In Vorgesprächen mit der Klientin / dem Klienten wurden konkrete Ziele und Inhalte und der zeitliche Umfang der Betreuung festgelegt. Als Grundlage dienen die Formulare des Gesamtplanes nach § 58 SGB XII (siehe oben). Diese Vereinbarungen werden entsprechend dem aktuellen Betreuungsbedarf und den Wünschen der / des Betreuten regelmäßig reflektiert und aktualisiert. Mindestens einmal jährlich wird in einem Gespräch zwischen der / dem Betreuten, der zuständigen Fachkraft sowie bei Bedarf der gesetzlichen Betreuerin / dem gesetzlichen Betreuer und der Leitung des Wohnverbundes der Stand der Betreuung besprochen und schriftlich festgehalten. Dabei werden sowohl fachliche Überlegungen als auch Wünsche und Interessen der/des Betreuten einbezogen. Wesentliche Änderungen im Betreuungsumfang werden dem zuständigen Kostenträger mitgeteilt.

3. Pflichten der sozialpsychiatrischen Fachkraft im Rahmen der psychosozialen Begleitung

Die Fachkraft verpflichtet sich, bei der Betreuung grundsätzlich die Wünsche und das Wohlergehen der / des Betreuten zu berücksichtigen, gemeinsam vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig zu verschieben sowie im Krankheitsfall oder bei Urlaub eine Vertretung zu beauftragen. Bei Fremd- oder Selbstgefährdung im Rahmen einer akuten Phase der psychischen Erkrankung muss die Fachkraft notwendige Behörden einschalten, um eine stationäre Einweisung in eine psychiatrische Klinik zu erwirken. Grundsätzlich wird jedoch zunächst intensiv versucht, Herr / Frau NAME in diesem Fall von der Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu überzeugen und die notwendigen Schritte einvernehmlich zu regeln.

4. Pflichten der / des Betreuten

Die / der Betreute verpflichtet sich, aktiv an den Zielen der Betreuung mitzuarbeiten, vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig zu verschieben und regelmäßig nervenärztliche und / oder psychotherapeutische in Anspruch zu nehmen. Um hier eine effiziente Kooperation zwischen dem Arzt, gesetzlichem Betreuer mit entsprechenden Aufgabenkreisen und Fachkraft zu ermöglichen, wird die Erteilung einer Entbindung von der Schweigepflicht erwartet.

5. Finanzierung

Die Finanzierung der Betreuung ergibt sich

- aus den Richtlinien des Bezirks Unterfranken für die Errichtung und Finanzierung von Betreutem Wohnen für psychisch Kranke und Behinderte.
- Aus den Regelungen der Sicherung der Teilhabe an der Gesellschaft nach dem Persönlichen Budget.

6. Kündigung

Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat zum Monatsschluss. Die Kündigung muss schriftlich abgefasst werden.

Frau / Herr NAME kann ohne Angabe von Gründen mit einer vierwöchigen Frist kündigen. Es wird allerdings erwartet, dass einer Kündigung der Versuch einer Klärung vorangeht.

Das Erthal-Sozialwerk gGmbH ist zur einseitigen Kündigung berechtigt,

- wenn die Finanzierung der Betreuung nicht mehr gewährleistet ist (z.B. bei Ablehnung der Kostenübernahme durch den Bezirk);
- die vereinbarte psychosoziale Begleitung aufgrund mangelnder Mitwirkung (wiederholtes Nichteinhalten von Terminen und Absprachen, beharrliches Verweigern von therapeutischen Maßnahmen oder des Kontaktes zur sozialpsychiatrischen Fachkraft) oder durch Fremd- und / oder Eigengefährdung nicht verantwortungsgemäß erbracht werden kann.

Vor Ausspruch einer Kündigung wegen mangelnder Mitwirkung ist die/der Betreute schriftlich abzumahnen. Bei besonders wichtigem Grund, insbesondere bei Gewalt gegen die Betreuerin/den Betreuer, ist der Wohn- und Betreuungsverbund des ESW zur fristlosen Kündigung des Betreuungsverhältnisses auch ohne vorherige schriftliche Abmahnung berechtigt.

- 7. Nachträgliche Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform.
- **s.** Sollte eine der Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

Würzburg, den	
Betreuter	gesetzl. Betreuerin / gesetzl. Betreuer
Bernhard Götz Geschäftsführer Erthal-Sozialwerk gGmbH	Peter Brückner Leiter des Wohnverbundes



Vereinbarung über die Nutzung von Wohnräumen

zwischen dem

Erthal-Sozialwerk gGmbH, Pfarrer-Robert-Kümmert-Straße 1, 97249 Eisingen

als Vermieter und NAME MIETER / MIETERIN

als Bewohner der Wohnung ADRESSE WOHNUNG wird folgender Nutzungsvertrag geschlossen.

- 1. Der Nutzerin wird im STOCKWERK eine ZIMMERANZAHL Zi -Wohnung mit Küche und Bad überlassen
- 2. Die Nutzungskosten betragen bei Vertragsabschluss Mietkosten Euro mtl. für die Miete, plus Nebenkosten Euro mtl. als pauschale Vorauszahlung für die Betriebskosten.
 - Die Betriebs- und Energiekosten richten sich nach dem tatsächlichen Verbrauch und werden vom NAME HAUPTVERMIETER und dem Energieversorger abgerechnet.
 - Die Zahlung hat jeweils bis zum 5. Tag eines Monats auf das Konto Nr. 300 93 00 bei der Liga Würzburg, BLZ 750 903 00 per Dauerauftrag zu erfolgen.
- 3. Als Kaution für die Wohnung wurden KAUTIONSBETRAG Euro hinterlegt. Dieser Betrag wird von MIETERNAME mit dem Vermerk "Kaution für ADRESSE" an das obige Konto überwiesen und vom Vermieter auf einem Kautionskonto angelegt.
- 4. Die Nutzung erfolgt ab MIETBEGINN
- 5. Die Kündigung des Nutzungsverhältnisses bedarf der Schriftform. Der Vertrag kann bis zum dritten Werktag eines Kalendermonats für den Ablauf des übernächsten Kalendermonats gekündigt werden.
- 6. Der Nutzer übernimmt die Wohnung renoviert (u.a. mit tapezier- bzw. streichfähigen Wänden) und in besenreinem Zustand. Beim Auszug ist dieser Zustand wieder herzustellen. Sämtliche Schönheitsreparaturen gehen zu Lasten des Nutzers. Beschädigungen durch unsachgemäße Nutzung sind zu ersetzen. Bauliche Veränderungen dürfen nicht vorgenommen werden.
- 7. Der Nutzer erhält beim Einzug 1 Haus-/Wohnungsschlüssel, 1 Kellerschlüssel sowie 1 Briefkastenschlüssel. Die Weitergabe der Schlüssel an Dritte ist nur in Absprache mit dem Leiter des Wohnverbundes des Erthal-Sozialwerk gGmbH gestattet. Alle Schlüssel sind beim Auszug zurückzugeben.

- **8.** Das Übergabeprotokoll wird bei der Wohnungsübergabe aufgenommen, unterschrieben und ausgehändigt und damit Vertragsbestandteil.
 - Folgende Unterlagen sind Bestandteil des Mietvertrages und werden der Nutzerin ausgehändigt:
 - die allgemeinen Vertragsbestimmungen,
 - die Hausordnung,
 - Merkblatt »Richtig heizen und lüften«.
- 9. MIETERNAME hat mit dem Erthal-Sozialwerk gGmbH eine Betreuungsvereinbarung für ambulant Betreutes Einzelwohnen abgeschlossen. Falls diese Betreuungsvereinbarung endet, und MIETERNAME in der Wohnung bleiben möchte, wird das Erthal-Sozialwerk sich bei VERMIETERNAME dafür einsetzen, dass der Mietvertrag direkt auf MIETERNAME übertragen wird.

Würzburg, den	
MIETERNAME Mieter	Peter Brückner Leiter Wohnverbund Erthal-Sozialwerk gGmbH

C 2 Lernfall Depression

Abbildung C 2.1 Wie Kinder und Eltern unterstützt werden können (angelehnt an Schrappe 2014)

Kinder	Eltern
 Aufklärung über die elterliche Erkrankung Ende der Verleugnung und Sprachlosigkeit Hilfe in der emotionalen Ver arbeitung Freier Austausch mit der sozialen Umgebung Zeitweise Schutz vor dem kranken Elternteil Angemessene Erziehung Anerkennung eigener kindlicher Bedürfnisse Entlassung aus unangemessenen Rollen Wahrnehmung durch die Fachkräfte Behandlung der Krankheit des Elternteils Verlässliche erwachsene Bezugspersonen im sozialen Umfeld Notfallpläne für Krisensituationen Recht auf Ablösung vom Elternhaus und ein eigenes Leben 	 Angemessene Behandlung ihrer Erkrankung Anerkennung ihrer Elternrolle Beratung und Unterstützung in der Erziehung Information und Hilfe beim Umgang mit den Kindern hinsichtlich der psychischen Erkrankung Abwägen des Kindeswohls im besten Fall unter Einbeziehung der erkrankten Eltern

Schrappe, A. (2014): Die vergessenen kleinen Angehörigen. Kinder psychisch erkrankter Eltern. Neurotransmitter, 25 (2), S. 22–28.

Exkurs Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder

Rund 20–30 % der stationär behandelten Patientinnen und Patienten haben minderjährige Kinder (vgl.Lenz 2012, S.10). Schätzungen zufolge leben rund drei Millionen Kinder in Deutschland mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Sie sind einer ganzen Reihe von Belastungen ausgesetzt, mit schwierigen Lebensbedingungen konfrontiert und tragen selbst ein erhöhtes Risiko, an einer psychischen Beeinträchtigung zu erkranken.

Die Bedürfnisse der Kinder nach Kontakt und Einfühlung, nach elterlicher Initiative und Anregung, nach emotionaler Orientierung und nach Grenzen werden nur unregelmäßig beantwortet. Kinder depressiv erkrankter Eltern sind durch deren Suizidalität mit existenziellen Ängsten konfrontiert. Dadurch wird auch die Entwicklung eines positiven Selbstwertes behindert. Familien mit psychisch krankem Elternteil haben oftmals geringe materielle Ressourcen, es droht immer wieder ein Mangel an Beziehungskontinuität, und die Modell- und Vorbildfunktion des Erkrankten ist stark eingeschränkt. So haben die Kinder Angst um den erkrankten Elternteil, aber auch davor, selbst zu erkranken. Die Atmosphäre in der Familie ist durch Frustration geprägt, die sich aufgrund unerfüllter Bedürfnisse ergibt. Kinder geben sich die Schuld an der Erkrankung der Eltern und wechseln in ihren Gefühlen von Zuneigung und Mitleid hin zu Aversion und Wut. Meist fehlen in der Familie erwachsene stabile Bezugspersonen. Die Kinder werden mit ihren Nöten alleingelassen. Es existiert ein Mangel an Aufklärung und emotionaler Unterstützung. Die Kindheit der Betroffenen ist geprägt von Verantwortungsübernahmen (Parentifizierung), einem Überwachen der elterlichen Befindlichkeit und dem Verlust, selbst Kind sein zu können. Die Familie schottet sich mehr und mehr nach außen ab. Dadurch gehen Freundschaften verloren, es herrscht ein Mangel an Beziehungen und sozialen Ressourcen. So wird auch die Ablösung der Kinder vom Elternhaus behindert (vgl. Lenz 2012).

LENZ, A. (2012): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Koln: Psychiatrie Verlag.

Was muss ich im Notfall tun? - KRISENPLAN für die Familie

An wen können wir uns in i	unserer Familie b	ei einer plötzlichen Erkrankung wenden?			
Name:		Name:			
Telefon:		Telefon:			
An wen können wir uns in d	der Klinik für Psyd	chiatrie bei einer plötzlichen Erkrankung wenden?			
Name:		Name:			
Telefon:		Telefon:			
Wer hilft uns bei einem not	twendigen Klinik	-Aufenthalt?			
Name:		Name:			
Telefon:		Telefon:			
	onst noch holen?	Wo erhalten wir außerdem Rat?			
Name:	Name:	Name:			
Telefon:	Telefon:	Telefon:			
Name:	Name:	Name:			
Telefon:	Telefon:	Telefon:			
Kinderarzt/Kinderärztin:		Hausarzt/Hausärztin:			
Name:		Name:			
Telefon:		T1.6			
Kinderpsychotherapie: Name:		Elternpsychotherapie:			
Telefon:		Telefon:			
Beratungslehrer(in) in der So Name: Telefon:	chule:	13 2			
Kinderschutzbund/Patin:		Jugendamt/-hilfe:			
Name:		Name:			
Telefon:		Telefon:			
Sozialpsychiatrischer Dienst Name:	: :	Psychologische Beratungsstelle: Name:			
Telefon:		Telefon:			

Internetadressen: www.kipsy.net • www.kinder-kranker-eltern.de • www.bke-elternberatung.de

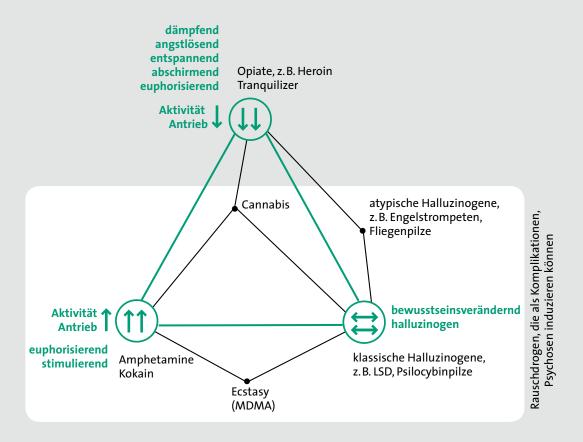
Krisenplan für Kinder psychisch kranker Eltern

	schlecht geht, rufe ich hier an:
	-
	Oder ich gehe zu:
	-
	Was sonst noch wichtig ist:
3 2	➤ Die »Nummer gegen Kummer« (Sorgentelefon): 0800 111 0 333
and the	

C 3 Lernfall Suchterkrankung

Abbildung C 3.1 Die wichtigsten Drogen und ihre Wirkqualität

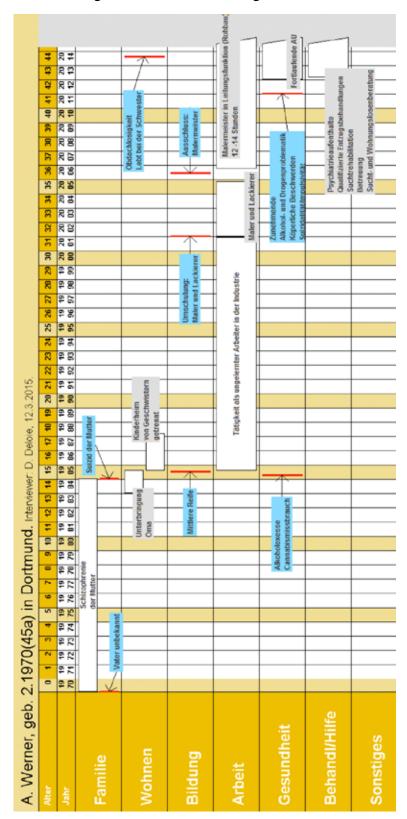
(nach Gouzoulis-Mayfrank 2011, S. 257)



GOUZOULIS-MAYFRANK, E. (2011): Drogeninduzierte Psychosen. Psychiatrie und Psychotherapie upzdate, 5 (5), S. 257–267.

Biografischer Zeitbalken von Herrn Werner

Der Biografische Zeitbalken bündelt und visualisiert die wichtigsten Daten der Lebensgeschichte von Herrn Werner und wurde gezielt für das bessere und vertiefte Verständnis der Biografie erstellt und eignet sich zur Fallvorstellung.



Biografischer Zeitbalken Herr A. Werner erstellt mit easyBiograph – frei verfügbare Software zur Erstellung von biographischen Zeitbalken, siehe: http://www.easybiograph.com/

Der Biografische Zeitbalken wurde ohne den Klienten, anhand der anamnestischen Daten erstellt. Die weitere Diagnostik wurde bewusst in einem kooperativen, partizipativen Modus durchgeführt.

D. Deloie & D. Deimel: Lernfall Suchterkrankung. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther, R.-B. Zimmermann (Hg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie, S. 354–370. Zusätzliches Downloadmaterial. © Psychiatrie Verlag 2017.

Inklusions-Chart von Herrn Werner

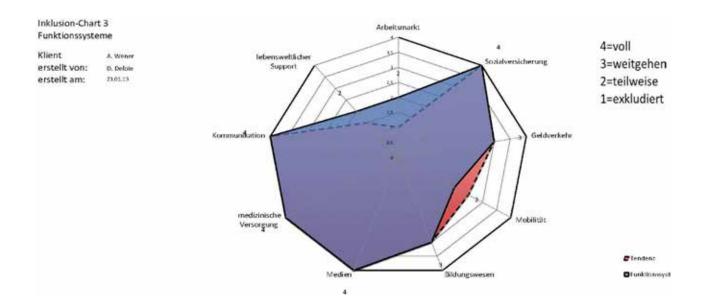
In der folgenden Abbildungen zeigt sich der Inklusionsgrad in den Funktionssystemen. Ein unproblematischer Zugang besteht zu den Bereichen Medien, Kommunikation, medizinische Versorgung und Sozialversicherung; mit leichten Einschränkungen die Zugänge zu den Bereichen Bildungswesen und Geldverkehr. Problematischer ist die Mobilität, aber es zeichnet sich nach erfolgter erfolgreicher Operation der Kniebeschwerden eine Besserungstendenz ab. Der lebensweltliche Support ist mangelhaft, hier deutet sich eine Verschlimmerung an. Eine dramatische Entwicklung ist beim Arbeitsmarkt zu beobachten, hier droht eine Exklusion.

Inklusions-Chart (IC3)	hart (C3						
Klentin: A. Wener Alter	L					erstelt von: D. Deloie erstelt am:		23.01.2013
Presenting Problem			Alkoho	- nud C	annabisa	Alkohol- und Cannabisathlangigkeit, Depressionen, Wohnungslos, fehlende berufliche Perspektive	berufliche Perspei	dive
	Ankak	ndlens	historiangs-grad		Tendenz (Dymamik)	пессия		hitervension
f. Funktionssysteme	llov	риецебрам	fleriflegnem	exkludiert V A	II 🕺	(Dates box sates)		duejdoš pas pasyrej)
A. Arbeitsmarkt			×	-	<u>~</u>	Gelemter Mater, Arbeitsplatz noch erhalten, set ca. 13 Monaten besteht eine Arbeitsunfligete auf Grand der psychischen Störungen und Kniebeschwerden. In der vorgeschafteten Sücht-Reinablitätion wurde eine volle Erwerbsunfähigkeit fersigestelt.	aten besteht eine ngen und stion wurde eine	Zur Tageschuktur wurde kurzfrissig, nach Bessenung der somalischen Beschwerden, an eine ehrenamtliche Tatigkeit in einem Abathanzcafe der Suchtberatungsstelle gedacht.
B. Soziahreriicherung	×				п	Herr Wemer 1st im Funktions system der Sozialversichenung voll inkludiert	g voll inkludiert.	
C. Geldwerkelw		×			п	Gesetzlicher Betreuer u. a. für den Wirkungsbreis der Finanzen ohne Einwilligungevorbehalt, Konio erhalten.	nanzen ohne	
D. Mobilest			×		v	Auf Gnund der Kniebeschwerden eingeschräniste Beweglichkeit und dadurch erschwerte Teilhabemöglichkeiten.	keit und dadurch	Operation erfogreich verlaufen. Beschwerden bessern sich.
E. Bildungswesen		×			11	Keine Fortbildungsmöglichkeit aktuell möglich auf Grund der gesundheitlichen Probleme.	gesundheldichen	Langdistig ggf. berufiche Rehabitation.
f. Medien	×				п	улданд бидерев		
medialnische Versorgung	×				п	Уиданд реферси		
H. Kommunikation	×				п	Уодина серевен		
L. lebensweltl. Support			×	$\vdash \vdash \vdash$	^	Schielshender Verlust von sozialem Support im Freundes- und Bekanntenkreis. Überbelastung der Schester.		Integrafon in das Suchthilfesystem, Selbsthirfegruppe, ehrenamtliche Tätgicelt, Familiengespräche mit der Schwester

Inklusions-Chart (IC3), Funktionssysteme

IC3-Formular mit automatischer Visualisierung von Peter & Kitty Lüdtke: http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren

D. Deloie & D. Deimel: Lernfall Suchterkrankung. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther, R.-B. Zimmermann (Hg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie, S. 354–370. Zusätzliches Downloadmaterial. © Psychiatrie Verlag 2017.

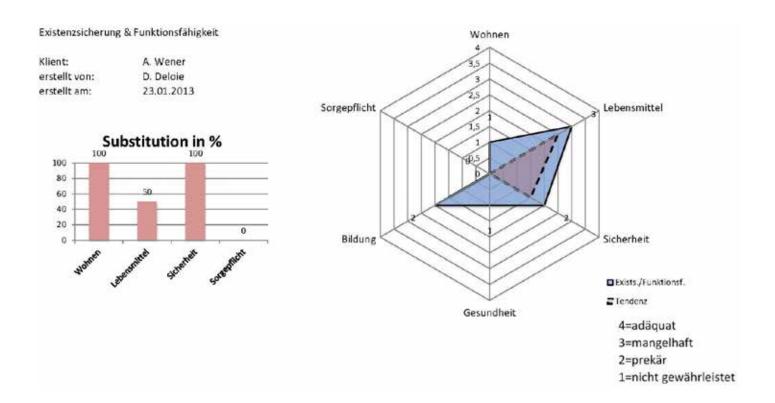


Inklusions-Chart (IC3), Funktionssysteme, Visualisierung IC3-Formular mit automatischer Visualisierung der frei verfügbaren Software von Peter & Kitty Lüdtke: http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren

Im Bereich der Existenzsicherung zeigt sich in allen Dimensionen eine Verschlechterungstendenz, wenn auch am dramatischsten im Bereich des Wohnens. Bei den Funktionsfähigkeiten zeigten sich Problemlagen im Bereich Gesundheit, am deutlichsten bei den psychischen Problemen (Suchtverhalten, Depression einhergehend mit rezidivierender Suizidalität, Verlust der Impulskontrolle), die die Teilhabemöglichkeiten insbesondere im beruflichen Bereich und beim lebensweltlichen Support gefährden.

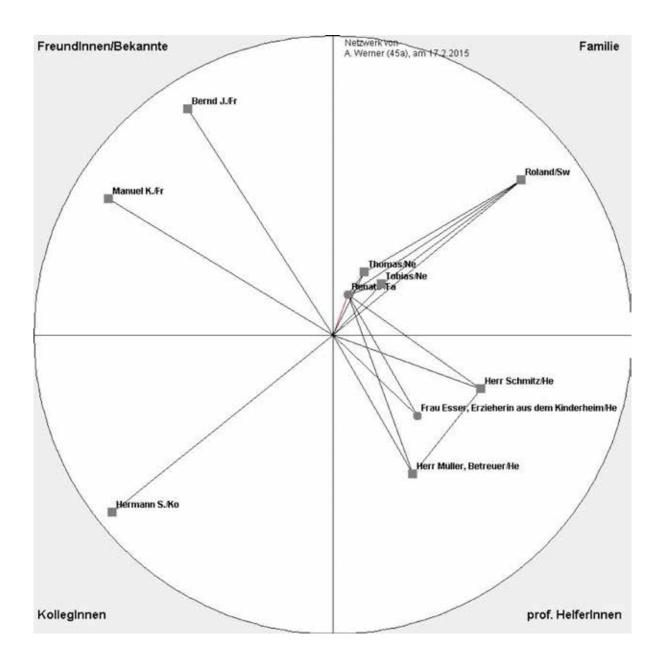
2.Existenzsicherung	teupëbe	bnedegtiew	hedlegnem	nicht gewährl.	% ni noitutitadu?	Tendenz (Dynamik) < = > >>!	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A. Wohnen				X	100	>>!	Aktuell keine Wohnung, lebt bei der Familie der Schwester, Konflikte mit dem Schwager, soziotherapeutisches Wohnheim angedacht.	Familiengespräche, Wohnheimplatz suche
B.Lebensmittel		×			50	^	Geringeres Einkommen, da Krankengeldbezug, Verfahren auf volle Erwerbsminderungsrente Jäuf. Finazielle Reserven fast aufgebraucht.	Freiwillige gesetzliche Betreuung wurde eingerichtet.
C. Sicherheit			×		100	^	Fühlt sich durch seinen Schwager und seiner eigene Implusivität bedroht.	Siehe Unterpunkt Wohnen
3. Funktionsfähigkeit	sehr gut	eingeschränkt	nsngelhaft	gefährdend	(D)	Tendenz (Dynamik) < = > >>!	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A. Gesundheit				×		;<	Psychische Störungen, Alkohol- und Cannabisabhängigkeit, Suizidalität, Kniebeschwerden	Psychosoziale Beratung, Behandlung und Betreuung, ambulant psychiatrische Behandlung, orthopädische Weiterversorgung.
B.Bildung/Wissen			×			^	Eingeschränkte soziale und lebenspraktische Kompetenzen	Unterstützung durch den gesetzlichen Betreuer, Suchtberater und der Selnbsthilfegruppe
c. Sorgepflicht					0		Keine Sorgpflichten	
D. Funktionsniveau	Eju	schä	nätzung n Formular	ng n ular	©pe	Einschätzung nach GAF-Scale Formular ©peter pantuce	ach GAF-Scale Maximum im Jahr 50 ©peter pantucek 2005-2009.Verwendung unter Beibehaltung des Copyright-Hinweises frei	50 aktuell 41
		1					and discount of the state of th	

Inklusions-Chart (IC3), Existenzsicherung und Funktionsfähigkeit IC3-Formular mit automatischer Visualisierung von Peter & Kitty Lüdtke: http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren



Inklusions-Chart (IC3), Existenzsicherung und Funktionsfähigkeit, Visualisierung (IC3-Formular mit automatischer Visualisierung von Peter & Kitty Lüdtke: http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren

Netzwerkkarte von Herrn Werner



Netzwerkkarte Herr A. Werner erstellt mit easyNWK – Software zur Erstellung digitaler Netzwerkkarten, siehe: http://www.easynwk.com/

Bei der Erstellung der Netzwerkkarte wurde Herrn Werner deutlich, dass er bereits viele seiner Beziehungen durch psychosoziale Probleme verloren hat und dass auch gerade die Kontakte zu seinen zwei Freunden und einem Kollegen wegzubrechen drohen. Die Beziehung zum Schwager ist, belastend und mit viel Ärger verbunden, die zur Schwester innig, aber mit der Sorge verknüpft, diese könnte loser werden, da die Schwester durch seine häufige Suizidalität belastet ist und schon geäußert hat, sie würde dies nicht gut aushalten. Insgesamt wurde Herrn Werner deutlich, dass er im Alltag wenig Austausch hat, mit Ausnahme der professionellen Helfer.

C 4 Lernfall Demenz

Exkurs Kultursensible Pflege und Sozialarbeit

Nicht erfasst ist, wie viele alte Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland auf Pflege angewiesen sind. Geschätzt wird, dass von den 2013 im Mikrozensus erhobenen 2,6 Millionen Pflegebedürftigen zwischen 7 und 9% Menschen mit einem Migrationshintergrund sind, die zu Hause oder in einer Einrichtung versorgt werden (Statistisches Bundesamt 2015). Auch bei den Migranten steigt die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich, sodass sich Studium und Ausbildung mit der Frage der Kultursensibilität beschäftigen müssen. Soziale Arbeit und Pflege orientieren sich immer an der in einen kulturellen Hintergrund eingebundenen individuellen Person. Sozialarbeiterinnen und Pflegepersonen informieren sich über die Herkunft ihrer Patienten, über die kulturellen und spirituellen Besonderheiten in deren Heimat und erwerben so interkulturelle Kompetenzen. Sie befragen, soweit möglich, den Klienten selbst, seine Familie und die vertrauten Bezugspersonen. Biografiearbeit bekommt hier eine enorme Bedeutung. Beim Konzept der kultursensiblen Pflege wird davon ausgegangen, dass jeder Pflegende in der Lage ist, sich mit ausreichender Vorbereitung und gutem Einfühlungsvermögen auf die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der zu pflegenden Person einzustellen. Im Pflegealltag ist es weitaus komplizierter: In vielen Kulturen gibt es enge Vorgaben zum Geschlecht der Pflegeperson, manchmal spielt auch das Alter eine Rolle. Vor allem Demenzkranke fühlen sich häufig in ihre Kindheit und Jugend zurückversetzt. Sie verlieren eine spät erworbene Zweitsprache und sind nur noch in ihrer Muttersprache erreichbar. Deshalb spielt die Pflege durch die Angehörigen bei Menschen mit Migrationshintergrund eine noch größere Rolle, als dies ohnehin der Fall ist. In vielen Regionen gibt es jedoch inzwischen muttersprachlich arbeitende Pflegedienste, bei denen sorgfältig die passenden Pflegekräfte ausgewählt werden, die bestenfalls sogar im vertrauten Dialekt der Kindheit mit den Klienten kommunizieren können.

Kultursensibel gearbeitet werden sollte in allen Bereichen der Sozialen Arbeit und Pflege. Während bei jungen Menschen die Integration angestrebt wird, liegt der Fokus bei alten Menschen auf der kulturspezifischen Betreuung. In Krankenhäusern und Pflegeheimen gehört das Konzept der kultursensiblen Pflege inzwischen zu den unverzichtbaren Qualitätsstandards. In Städten mit einer türkischen, muslimischen, lateinamerikanischen oder russischen Community ist ein differenziertes Angebot von ambulanter und stationärer Pflege die Regel.

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (25.05.2016).

Formular zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

Crarkenkesia luw. Kostentriige	Verordnung häuslicher	Krankenpflege 13
Varny, Vorriame des Vorsicherten gelli, inn	Versicherte die erforderlichen Maß im Haushalt lebende Pers	skenpflege besteht nicht, soweit der nahmen selbst durchführen oder eine son diese übernehmen kann.
	Die Beurteilung, ob eine im Haushaf verordnete(n) Maßnahme(n) überneh	l lebende Person die men kann, ist nicht möglich.
Tessen-Nr. Venscherten-Nr. Status	Erst-	Folge-
Servensettitran-Nr. Azzi-Nr. Custam	verordnung	verordnung
1	vom bis	Unfall
Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen:		
läusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krank	enhausbehandlung zur Sicherung de	ar ambulanten ärztlichen Behandlung
Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe V	erzeichnis der verordnungsfähigen M	laBnahmen):
Behandlungspflege:		
Anteitung zur Behändlungspflege		
	folgende Calistongen	Arushi Emaltze Häufigkeit Dauer
		x tgt. 7 x wtt. vom bis
Blutzuckermessung		
Dekubitusbehandlung		
Lokalisation/Grad/Größe:		
Injektionen: hemichten i.m.	ac.	
Medikamentengabe: herrichten verabrek	Thomas	
Präparate: (auch bei injektionem:		
Verbände: Anlegen von stürzenden/stabilisier	enden Verbänden	
Anlegen von Kompressionsverbänd	den:	
Anlegen und Wechseln von Wundv	erbänden	
Lokalisation / Wundbefund:		
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einscht.)	Harligkelt and Devert	
Service and the service and th		
Grundpflege:		
AND		
Anleitung zur		
Anleitung zur Grundpflege folgende Leistungen	Argan/Einstra	
Grundoflege	Arzan/Einstite Häufigkeit Dauer x tgl. / x wtl. vom bis	
Grundpflege folgende Leistungen	Häufigkelt Dauer	
Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	Häufigkelt Dauer	
Gründpflege folgende Leistungen	Häufigkelt Dauer	
Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	Häufigkelt Dauer	Vertraguarzhitempe) / Unterschrift des Aczles Ausfertigung für die Krankenkasse

Betreuungsbeschluss für Herrn Michailow

Amtsgericht Steglitz-Zehlendorf

Geschäftszeichen: AX 260970

BESCHLUSS

In dem Betreuungsverfahren für Herrn Michailow, Pjotr geboren am 03.05.1938 in Nowosibirsk wohnhaft Bergstr. 17, 12109 Berlin

hat das Amtsgericht Steglitz-Zehlendorf durch die Richterin am Amtsgericht Schlosser am 19.2.2016 beschlossen:

Verfahrenspfleger: Rechtsanwältin Grasmann, Dorfstr. 33, 12109 Berlin

Für den Betroffenen wird die Tochter des Betroffenen, Frau Julia Behrendt, wohnhaft Am Langen Winkel 13, 12109 Berlin zur Betreuerin mit dem Aufgabenkreis »Aufenthaltsbestimmungsrecht, Vermögenssorge, Vertretung gegenüber Behörden und Gerichten, Zustimmung zur Heilbehandlung« bestellt.

Das Gericht wird spätestens bis zum 19.2.2021 über eine Aufhebung oder Verlängerung der Betreuung entscheiden.

Gründe: Es ist erforderlich, für den Betroffenen einen Betreuer mit dem oben bezeichneten Aufgabenkreis zu bestellen (§ 1896 BGB). Der Betroffene ist aufgrund einer psychischen Krankheit (Demenz) nicht in der Lage, diese Angelegenheiten selbst zu besorgen. Dies folgt aus dem Ergebnis der gerichtlichen Ermittlungen, insbesondere aus dem Gutachten des Dr. König vom 13.01.2016, der Anhörung des Betroffenen sowie dem unmittelbaren Eindruck, den sich das Gericht am 29.01.16 von dem Betroffenen verschafft hat. Die Verfahrenspflegerin wurde angehört. Bei der Festsetzung der Frist für die Entscheidung über eine Aufhebung oder Verlängerung der Betreuung (§ 69 Absatz 1 Nummer 5 FGG ist das Gericht dem Gutachten gefolgt.

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diese Entscheidung ist das Rechtsmittel der Beschwerde zulässig. Sie ist beim Amtsgericht Steglitz-Zehlendorf oder beim Landgericht Berlin durch Einreichung einer Beschwerdeschrift oder durch Erklärung zu Protokoll der Geschäftsstelle einzulegen.

Ausgefertigt (Stempel)

Bittner, Justizsekretärin

Amtsgericht Steglitz-Zehlendorf

Geschäftszeichen: AX 260970

BESTELLUNG

Frau Julia Behrendt, geboren 1978,

ist für Herrn Pjotr Michailow geboren am 03.05.1938 zur Betreuerin bestellt.

Der Aufgabenkreis umfasst: Aufenthaltsbestimmungsrecht Vermögenssorge Vertretung gegenüber Behörden und Gerichten Vermögenssorge Zustimmung zur Heilbehandlung

Die Betreuerin vertritt den Betroffenen im Rahmen der Aufgabenkreise gerichtlich und außergerichtlich.

Diese Bestellung dient als Ausweis. Sie ist deshalb sorgfältig aufzubewahren, und in allen Fällen, indenen es eines Ausweises bedarf, namentlich im Verkehr mit Behörden, vorzulegen.

Nach Beendigung des Amtes ist die Bestellung dem Betreuungsgericht zurückzugeben.

Berlin, den 19.02.2016 Müller (Rechtspflegerin) Stempel

C 5 Lernfall Trauma

Exkurs Einsatz von Dolmetschern im interkulturellen Setting

Um Sprachbarrieren im interkulturellen Setting zu überwinden, werden in der Beratung und im therapeutischen Kontext Dolmetscher und Dolmetscherinnen eingesetzt. Der Einsatz von Freunden, Verwandten oder gar Kindern als Dolmetscher sollte vermieden werden. Neben der ungenauen Übersetzung besteht die Gefahr, dass die Klientin nicht offen über ihre Probleme und Beschwerden sprechen kann.

Dolmetscher unterliegen der Schweigepflicht. Das ist für die Klienten von besonderer Bedeutung, da häufig Ängste bestehen, der Dolmetscher könnte etwas in der Community weitererzählen.

Dolmetscher übersetzen möglichst wortgetreu und in der Ich-Form. Sie fügen nichts hinzu und lassen nichts weg. Andernfalls kann es zu Fehldiagnosen kommen und zu unpassenden Interventionen. Alles, was im Raum gesprochen wird, muss übersetzt werden. Die Klientin ist so immer beteiligt und bekommt nicht den Eindruck, dass über sie gesprochen wird.

Der Beraterin obliegt die Gesprächsführung, Fachbegriffe werden vermieden, das Gesprochene muss von der Beraterin und nicht vom Dolmetscher an das Bildungsniveau der Klientin angepasst werden.

Im Nachgespräch zwischen Dolmetscher und Beraterin können Missverständnisse geklärt und Informationen zu kulturellen, politischen und auch therapeutischen Hintergründen ausgetauscht werden. Auch Dolmetscher und Dolmetscherinnen sollten regelmäßig an Supervision teilnehmen.

C 6 Lernfall Borderline-Persönlichkeitsstörung

Abbildung C 6.4 Entstehung und Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (nach Dulz & Jensen 2011, S. 224)

Genetische Ebene			Strukturelle Ebene	Deskriptive Ebene
– pränatale Einflüsse		- »Familienklima«	Ich-Schwäche	Angst als
erbbiologische		zur Zeit der Trauma-	mit Spaltung	Zentralsymptom
Faktoren		tisierung, insbeson-	und den Hilfs-	sowie die Hilfs-
 neuroanatomische 		dere das Verhalten	abwehrmecha-	symptome
und neurobiochemi-		der Nicht-Täter	nismen primitive	
sche Faktoren		 Prätraumatische 	Idealisierung,	
– externale Faktoren,		Persönlichkeits-	projektive	
z.B. Krankheit des		struktur	Identifizierung,	
späteren Opfers)		- Missbrauch und /	Omnipotenz-	
frühkindliche		oder Vernach-	gefühl,	
Familiensituation		lässigung	Entwertung,	
		 Gesellschaftliche 	Verleugnung	
		Faktoren (z.B. Be-		
		lastungen durch		
		Arbeitslosigkeit)		

Dulz, B.; Jensen, M. (2011): Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O. u.a. (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen, S. 203–224. Stuttgart: Schattauer.

Abbildung C 6.5 PRO-ZIEL-Basisdiagnostik Sascha Klein (nach Heiner 2004)

Lebensbereich	Problem- und Belastungsebenen	Maßnahmen
Gesundheit, Befindlichkeit	Störungsverstehen, Emotionsregulation, Beziehungsgestaltung, Drogenkonsum, Risikoverhalten, Impulshaftigkeit, Konfliktgestaltung, Ärgermanagement, kognitive Umdeutungen (Schwarz-Weiß- Denken)	DBT (Achtsamkeit, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Umgang mit Gefühlen, Stresstoleranz, Selbstwert, -akzeptanz), Suchtinfo, Drogenscreenings, Selbst- hilfegruppe
Familie, Partnerschaft	Beziehungswunsch, Beziehungsgestaltung, Fixierung auf die Mutter	Reflexion, Biografiearbeit, Psychoedukation (soziale Beziehungen), Angehörigengespräche
Beschäftigung, Ausbildung	Prekäres Arbeitsverhältnis, geringe Plan- barkeit, geringes Einkommen, Bildungs- wunsch	Berufsberatung, Bewerbertraining, Fortbildungscoaching
Einkommen, Finanzen	Hohe Schuldenlast, Überschuldung, geringes Einkommen	Schuldenklärung und -regulation, Vermittlung, Privatinsolvenz
Wohnung, Umfeld	Prekäre Wohnsituation, Veränderungs- wunsch	Wohnungssuche, Vermittlung an Wohnstelle, Koordination
Soziale, kulturelle Integration	Fehlender bzw. unverbindlicher Freundeskreis	Freizeitmaßnahmen, Vermittlung, Erschließung
Beziehung zur Fachkraft	Mehrfachauftrag (Trippelmandat: Hilfe, Kontrolle, fachlich-ethische Grundlagen), Unfreiwilligkeit	Beziehungsangebot, Transparenz, Kooperation, Benennung der Rahmenbedingungen und Grenzen
Juristische Aspekte	Weisungsbindung, Kontrollmaßnahmen, Berichts- und Offenbarungspflicht	Transparenz, Spielregeln, Verbindlichkeit

HEINER, M. (2004): PRO-ZIEL-Basisdiagnostik. In: dies. (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit, S. 165–182. Freiburg: Lambertus.

PRO-ZIEL-Diagnostikbogen (nach Heiner 2004)

Lebensbereich	Problem- und Belastungsebenen	Maßnahmen

Heiner, M. (2004): PRO-ZIEL-Basisdiagnostik. In: dies. (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit, S. 165–182. Freiburg: Lambertus.

G. Hahn: Lernfall Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther, R.-B. Zimmermann (Hg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie, S. 402–420. Zusätzliches Downloadmaterial. **© Psychiatrie Verlag 2017.**

Exkurs Forensische Ambulanz

Diese Spezialeinrichtungen wurden mit der Reform der Führungsaufsicht 2007 bundesweit etabliert und betreuen insgesamt ca. 4500 Patienten, die zuvor im stationären Maßregelvollzug gem. § 63 StGB (psychiatrisches Krankenhaus) oder § 64 StGB (Entziehungsanstalt) behandelt worden sind bzw. als Bewährungsfälle betreut werden (Hahn & Wörthmüller 2011). Das Behandlungsspektrum reicht von psychotherapeutischer Grundversorgung über kriminaltherapeutische Ansätze, Risikobewertung und Kriminalprognostik, Krisenintervention, Psychoedukation, Kontrollmaßnahmen, Casemanagement, Angehörigenarbeit bis hin zur Fachberatung für andere (sozial-)psychiatrische Dienstleister (Freese 2003; Hahn & Stiels-Glenn 2010). Die Behandlung und Nachsorge durch Forensische Ambulanzen werden durch gerichtliche Weisungen angeordnet, d. h., der Kontakt zwischen Patient und Ambulanz findet im Zwangskontext statt; neben Unterstützungsaufgaben bestehen Überwachungs- und Kontrollaspekte, was ein spezialisiertes Vorgehen erfordert. Für das Gelingen der Betreuung und Behandlung ist es bedeutsam, einen Zugang zu den Klienten zu finden, die meist von sich aus kein Anliegen haben, keine Therapie wünschen und in vielen Fällen eine ablehnende Haltung zeigen. Die Interventionen der Fachambulanzen zielen entsprechend auf Motivationsentwicklung und auf die Entwicklung positiver Perspektiven (vgl. Conen & Cecchin 2007; Klug & Zobrist 2013), deren Umsetzung durch Unterstützungsmaßnahmen gefördert werden kann.

CONEN, M.-L.; CECCHIN, G. (2007): Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung in Zwangskontexten. Heidelberg: Carl Auer.

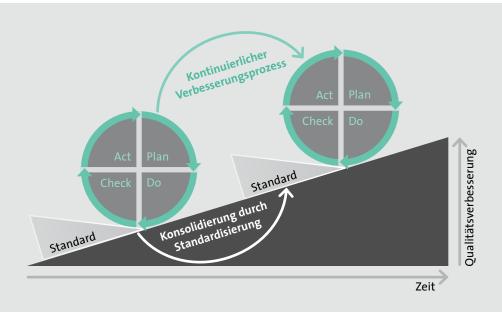
FREESE, R. (2003): Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftater. Lengerich: Pabst.

HAHN, G.; STIELS-GLENN, M. (Hg.) (2010): Ambulante Taterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Köln: Psychiatrie Verlag.

Klug, W.; Zobrist, P. (2013): Motivierte Klienten trotz Zwangskontext. Tools für die Soziale Arbeit.

D 1 Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung in der Klinischen Sozialarbeit

Abbildung D 1.3 PDCA-Prozess (nach Deming 2000, S. 88)

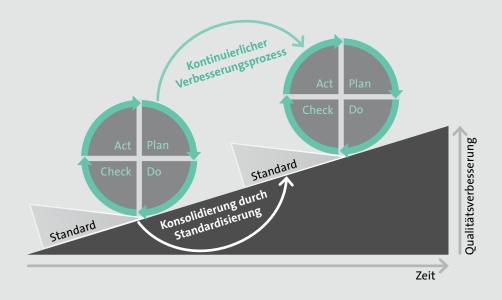


DEMING, E.W. (2000): Out of crisis. Cambrigde: The MIT Press.
© 2000 Massachusetts Institute of Technology, by permission of The MIT Press.

Exkurs Der PDCA-Zyklus

Der amerikanische Physiker und Statistiker William Edwards Deming (2000) beschreibt das strukturierte Vorgehen in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess durch das Akronym PDCA. Jeder Buchstabe steht für eine Phase des Verbesserungsprozesses (siehe Abb. D1.3).

Zu Beginn werden der jeweilige Prozess und das konkrete Vorgehen geplant (Plan). Im zweiten Schritt wird gehandelt und das geplante Vorgehen umgesetzt und ausprobiert (Do). Die Handlung wird nun in ihrer Wirkung überprüft (Check). Aus den Ergebnissen dieser Überprüfung werden Maßnahmen abgeleitet, die zu einer Verbesserung der Handlung führen (Act). Auf diese Weise wird ein neuer Standard für den Prozess festgelegt, der dann seinerseits implementiert und umgesetzt wird. Die Einhaltung dieses Standards ist regelmäßig zu überprüfen. Dies geschieht im Qualitätsmanagement u.a. durch die Durchführung von Audits



Exkurs Besonderheiten sozialer Dienstleistungen

Das Erbringen von sozialen Dienstleistungen unterscheidet sich in vielen Punkten von anderen Dienstleistungsbereichen. Diese Unterschiede sind beim Qualitätsmanagement zu berücksichtigen. So ist Soziale Arbeit bei der Erbringung ihrer Dienstleistungen, z.B. einer Beratung, auf die Klienten angewiesen. Ohne ihre aktive Mitwirkung wären Beratungs- und Behandlungsprozesse nicht durchführbar. Klienten sind deshalb nicht bloße Empfänger der Dienstleistung, sondern gestalten diese als Koproduzenten wesentlich mit. In diesem Zusammenhang ist auch die unreflektierte Übernahme des Kundenbegriffes kritisch anzumerken. Ein Kunde hat in der Regel die Wahl, welche Dienstleistung er nutzen möchte. Zudem bezahlt er die Dienstleistung selbst. Klienten der Sozialen Arbeit befinden sich häufig in einer Notsituation und sind in gewisser Weise abhängig vom Hilfesystem. Sie haben oftmals keine oder nur eine sehr eingeschränkte Wahl, welche soziale Dienstleistung sie bei welchem Träger durch welche Person in Anspruch nehmen möchten. Bei der Qualitätsbewertung von Dienstleistungen hat die Nutzerzufriedenheit einen hohen Stellenwert. Im Idealfall ist sie das Resultat eines partizipativen Prozesses, an dessen Ende die Nutzer ihre subjektiven impliziten und expliziten Erwartungen mit dem erlebten Resultat in Verbindung bringen, z.B. in Form von veränderten eigenen Erlebens- und Verhaltensweisen oder veränderten Lebensbedingungen.

D 2 Forschung in der Sozialpsychiatrie

Abbildung D 2.2 Modell der Versorgungsforschung (nach PFAFF & SCHRAPPE 2011, S. 4)

nput

- Patienten
- Ressourcen
- Gesundheitsdienstleister

Throughout

- Gesundheitsleistung
- Kontext der Gesundheitsleistung

Output

 Versorgungsleistung

Outcome

- körperlich
- psychisch
 verhalten
- verhaltensbezogen
- sozial
- kulturell

PFAFF, H.; SCHRAPPE, M. (2011): Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff, H. u.a.: Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 2–39. Stuttgart: Schattauer.

Leitfaden für eine strukturierte Literaturrecherche

1. Fragestellung formulieren

Formulieren Sie eine klare Fragestellung, welche Sie mit Hilfe der Literatur beantworten möchten.

Beispiel: Welchen Einfluss hat das soziale Umfeld auf den Verlauf einer Schizophrenie?

2. Datenbanken auswählen

Recherchieren Sie in unterschiedlichen wissenschaftlichen Datenbanken. Eine Auswahl wichtiger wissenschaftlicher Datenbanken finden Sie am Ende des Kapitels D2, »Forschung in der Sozialpsychiatrie«.

Beispiel: Recherche in der Datenbank LIVIVO (https://www.livivo.de/app?LANGUAGE=de)

3. Suchbegriffe festlegen

Formulieren Sie Suchbegriffe, mit denen Sie in den wissenschaftlichen Datenbanken nach geeigneten Artikeln suchen möchten. Viele Forschungsarbeiten werden in der englischen Sprache Veröffentlicht. Differenzieren Sie daher nach deutschen und englischen Suchbegriffen. Beispiel: Schizophrenie + Verlauf, Schizophrenie + Genese, Schizophrenie + ...



Abbildung 1: Suche in LIVIVO am o6.07.2016. Suchbegriff: Schizophrenie + Verlauf Anzahl der Treffer: 2427

Sollten Sie sehr viele Treffer erhalten, können Sie diese reduzieren, indem Sie den Suchzeitraum verringern oder nur Treffer auf Deutsch suchen. Diese Einstellungen nehmen Sie im Menü der jeweiligen Datenbank vor (hier Filtermöglichkeiten).

Beispiel: Nur Artikel ab 2005. Dokumententyp: Artikel

In unserem Beispiel hat sich so die Anzahl der Treffer von 2427 auf 140 reduziert.



Abbildung 2: Suche in LIVIVO am o6.07.2016. Suchbegriff: Schizophrenie + Verlauf Filter: Nur Artikel ab 2005, Dokumententyp Artikel Anzahl der Treffer: 140

4. Ein- und Ausschlusskriterien festlegen

Definieren Sie Ein- und Ausschlusskriterien für die weitere Auswahl der Literatur. Nicht alle Fachartikel sind relevant und für Ihre Fragestellung bedeutsam. Definieren Sie Kriterien, an denen Sie die weitere Auswahl vornehmen.

Beispiel Einschlusskriterien: Klinische Studien und systematische Übersichtsarbeiten, welche das soziale Umfeld von Schizophrenie erkrankten Menschen im Fokus haben. Beispiel Ausschlusskriterien: Bachelor- und Masterthesen zum Thema Schizophrenie. Studien, welche sich mit der Lebenssituation von Angehörigen schizophrener Menschen beschäftigen.

5. Abstract lesen

Fachartikel beginnen in der Regel mit einer Zusammenfassung (Abstract) der Studie. Hier wird in einer Kurzform die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung, das Studiendesign, die Untersuchungsmethodik und zentrale Ergebnisse vorgestellt. Diese Abstracts sind in der Regel in wissenschaftlichen Datenbanken zu lesen.

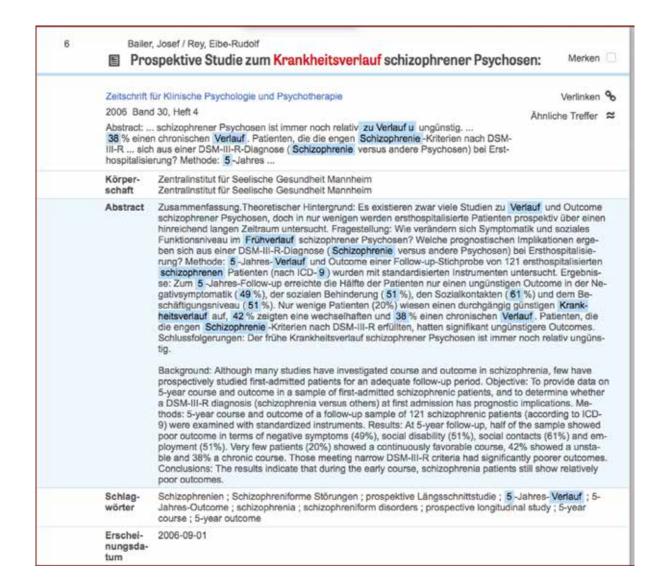


Abbildung 3: Fachartikel mit Abstract in LIVIVO

6. Bestellen der relevanten Fachartikel

Bestellen Sie über Ihre Hochschulbibliothek die für Sie relevanten Fachartikel. Bibliotheken sind miteinander vernetzt und können Bücher und auch einzelne Fachartikel aus Zeitschriften als Fernleihe anfordern.

7. Dokumentation der Literaturrecherche

Dokumentieren Sie die einzelnen Arbeitsschritte Ihrer Literaturrecherche und stellen Sie diese im Methodenteil Ihrer Abschlussarbeit dar. So wird für den Leser nachvollziehbar, wie Sie an Ihre Literatur gekommen sind, um Ihre Fragestellung zu beantworten.

8. Weitere Recherchemöglichkeiten

Neben der hier vorgestellten Datenbankrecherche können Sie zusätzlich weitere Wege zur Literaturrecherche nutzen.

Recherche in Archiven von Fachzeitschriften:

Beispiel: Recherche in der Psychiatrischen Praxis (Thieme Verlag)

https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/journal/10.1055/s-00000062

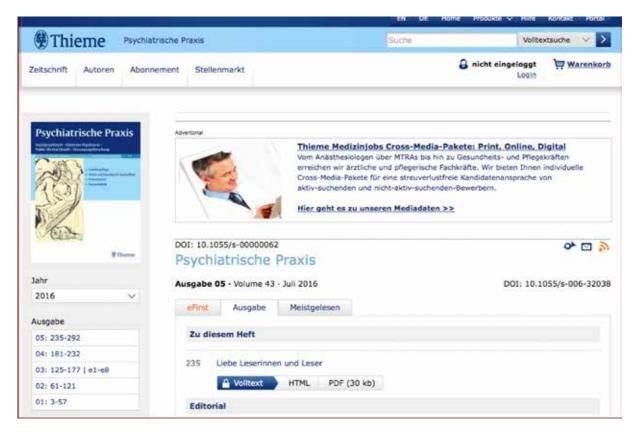


Abbildung 4: Internetauftritt der Zeitschrift Psychiatrische Praxis mit Archiv und Volltextsuche.

Recherche über Literaturlisten von Fachverbänden oder spezifischen Fachbibliotheken Beispiel: Fachbibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen Recherche über das wissenschaftliche soziale Netzwerk researchgate Researchgate ist ein soziales Netzwerk für Forscher. Viele Wissenschaftlerhaben hier ihre Forschungsarbeiten und Artikel online gestellt. Sie können hier gezielt nach Fachartikeln suchen, die Sie für Ihre Arbeit benötigen. Zudem besteht die Möglichkeit mit Wissenschaftlern Kontakt aufzunehmen und spezifische Artikel anzufragen. Die Nutzung des Portals ist kostenlos.

www.researchgate.net

9. Datenmanagement

Da eine Literaturrecherche sehr umfangreich sein kann und man über die Fülle des Materials schnell den Überblick verlieren kann, helfen hier spezifische Computer-Programme zur Literaturverwaltung. Die bekanntesten sind:

Citavi (citavi.de): Kostenpflichtige Software. Viele Hochschulen haben für ihre Studierenden Campus-Lizenzen abgeschlossen. Citavi gibt es nur für Windows-Rechner.

Zotero (zotero.org): Kostenlose plattformunabhängige Software. Deutsche Benutzeroberfläche und Online-Tutorials.

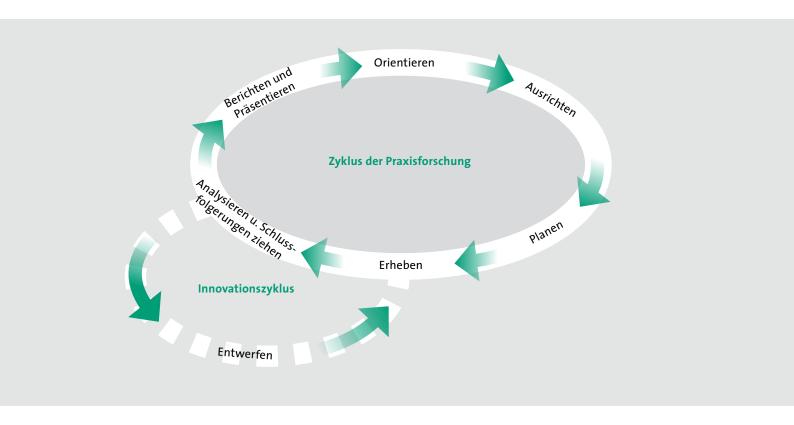
D 3 Partizipative Forschung für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Abbildung D 3.1 Beispiele für die Ausrichtung von Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen

GRUNDLAGENFORSCHUG Theoriebildung und -überprüfung Wissen ist generalisierbar ANWENDUNGSFORSCHUNG Unterstützung von Problemlösungsstrategien Wissen ist problembezogen PRAXISFORSCHUNG Verbesserung der eigenen Praxis Wissen ist kontextbezogen

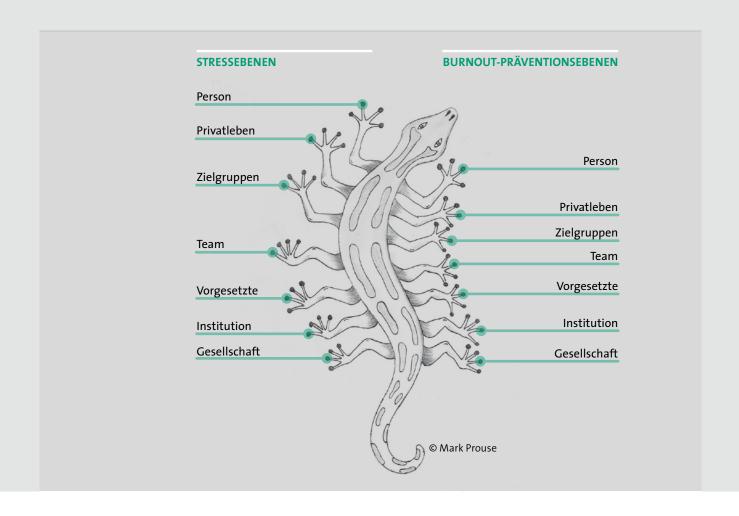
Beispiel: Welche Probleme haben Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, wenn sie neue Beziehungen eingehen? Beispiel: Welche Form von Hilfe brauchen Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, damit sie neue Beziehungen eingehen können? Beispiel: Wie können wir in unserer Einrichtung Klientinnen und Klienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung den Aufbau von Beziehungen zu anderen Personen erleichtern?

Abbildung D 3.2 Kernaktivitäten der Praxisforschung



D 5 Supervision und Selbstklärung in der Sozialen Arbeit

Abbildung D 5.1 Das Salamander-Modell der Burnout-Prävention (nach FENGLER 2013)



FENGLER, J. (2013): Burnout-Prävention im Arbeitsleben. Das Salamander-Modell. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 374