

Trouble Management Programm

Krisenintervention, Stabilisierung und Gesundheitsförderung als psychosoziales Begleitangebot in Primärversorgungszentren

Mag.a Franziska Lechner BA
Priska Österle BA MA

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2024

Erstbegutachter*in: FH-Prof. Mag. (FH) DSA Andrea Pilgerstorfer
Zweitbegutachter*in: FH-Prof. Dipl. Soz. Päd. (FH) Marina Tomic-Hensel, MA

Abstract

Trouble Management Programm: Krisenintervention, Stabilisierung und Gesundheitsförderung als psychosoziales Begleitangebot in Primärversorgungszentren

Franziska Lechner, Priska Österle

Hintergrund/Fragestellung: Angesichts des steigenden Bedarfs an Kriseninterventionsangeboten in Österreich stellen wir die Frage, mit welchen konkreten Maßnahmen die Sozialarbeit im Rahmen der österreichischen Versorgungslandschaft im Gesundheits- und Sozialbereich professionelle Krisenintervention, Gesundheitsförderung und Prävention leisten kann. Das Augenmerk richtet sich auf die Potenziale von Primärversorgungszentren (PVZ), da wir in PVZ spezifische Vorteile wie zeitnahe Unterstützung in Wohnortsnähe, Niederschwelligkeit, kontinuierliche Beziehungsgestaltung, multiprofessionelle Angebote und Sozialraumorientierung verorten. Unter Miteinbeziehung von Aspekten aus etablierten Programmen wie Disease Management Programmen, Case Management oder Social Prescribing, sowie Theorien, Methoden und Fachkenntnissen der Sozialarbeit und der Krisenhilfe wurde das Trouble Management Programm (TMP) konzeptualisiert.

Methoden: Der Bedarfserhebung und Literaturrecherche inkl. eingehender themenorientierter Literaturanalyse folgte eine empirische Datenerhebung in Form eines Expert:innen-Workshops mit dialogischem Anspruch (Fachkräfte der Krisenhilfe und PVZ-Sozialarbeit, krisenerfahrene Personen und deren Angehörige). Das Konzept zu TMP generiert sich aus der Datenanalyse und -verarbeitung aus Fachliteratur, Fachvorträgen und der empirischen Erhebung.

Ergebnisse: Das Trouble Management Programm (TMP) ist ein handlungsanleitendes Konzept bzw. sozialarbeiterisches Betreuungsprogramm, anwendbar als Angebot in Primärversorgungszentren. TMP beinhaltet Handlungsleitfäden für Fachkräfte und Partizipations-Unterlagen für Klient:innen/Patient:innen, sowohl im akuten Krisenfall als auch zur längerfristigen Stabilisierung und Weiterbetreuung bzw. Gesundheitsförderung, sowie konkrete Vorschläge zu qualitätssichernden Maßnahmen. Das Programm erhebt den Anspruch, trotz strukturierter Vorgehensweisen die individuellen Problemlagen und Ressourcen der Nutzer:innen in den Fokus der Hilfestellung zu rücken.

Schlussfolgerungen: Das multiprofessionelle Team und andere spezifische Vorteile von Primärversorgungszentren beinhalten ein enormes Potenzial, die Versorgungslandschaft bzgl. Krisenhilfe und psychosozialer Gesundheitsförderung nachhaltig zu erweitern.

Keywords: psychosoziale Krisen, Krisenintervention, psychosoziale Gesundheit, Gesundheitsförderung, Krisenbewältigungs-Programm, Primärversorgung, Sozialarbeit als Gesundheitsberuf

Abstract

Trouble Management Programme: Crisis Intervention, Stabilisation and Health Promotion as a Psychosocial Support Service in Primary Care Centres

Franziska Lechner, Priska Österle

Background/Question: Considering the increasing need for crisis intervention services in Austria, we ask what specific measures social work can use to provide professional crisis intervention, health promotion and prevention within the Austrian healthcare and social care landscape. The focus is on the potential of primary care centres (PCCs), as we see specific advantages in PCCs such as prompt support close to home, easy-access, continuous relationship management, multi-professional services, and networking in the local community. The Trouble Management Programme (TMP) was conceptualised by incorporating aspects from established programmes such as Disease Management Programmes, Case Management or Social Prescribing, as well as theories, methods and specialist knowledge of social work and crisis support.

Methods: The needs assessment and literature research, including an in-depth, topic-oriented literature analysis, was followed by empirical data collection in the form of an expert workshop with a triad approach (crisis support and PCC social work professionals, crisis experienced persons, and their relatives). The concept for TMP was generated by analysing and processing data from specialist literature, specialist lectures and the empirical survey.

Results: The Trouble Management Programme (TMP) is an instruction manual and social work-related support programme that can be used in primary care centres. TMP contains guidelines for professionals and participation documents for clients/patients, both in acute crises and for longer-term stabilisation and further care or health promotion, as well as concrete suggestions for quality assurance measures. The programme claims to focus on the individual problems and resources of the users despite structured procedures.

Conclusions: The multi-professional team and other specific advantages of primary care centres have enormous potential to sustainably expand the care landscape in terms of crisis support and psychosocial health promotion.

Keywords: psychosocial crises, crisis intervention, psychosocial health, health promotion, crisis management program, primary care, social work as a health profession

Inhalt

1	Einleitung.....	6
2	Theoretische Grundlagen: Begriffserläuterungen	9
2.1	Psychosoziale Krise	9
2.2	Systemisches Krisenverständnis.....	11
2.3	Biopsychosoziales Modell und Salutogenese	12
2.4	Prävention und Gesundheitsförderung.....	15
2.5	Primärversorgung	17
2.6	Multiprofessional-, Intradisziplinär-, Interprofessional- (usw.) -ität	19
3	Forschungsprozess und Methodendiskussion	22
3.1	Bedarfserhebung	23
3.2	Leitlinienerstellung: Literaturrecherche und fachlicher Input.....	24
3.3	Workshop: Konzept und Durchführung	25
3.4	Analyse der empirischen Daten.....	29
4	Verifizierung der Versorgungslücke	30
5	Trouble Management Programm (TMP)	34
5.1	Basismodelle und verwandte Konzepte von TMP	35
5.1.1	Case Management (CM)	35
5.1.2	Disease-Management-Programme (DMP)	40
5.1.3	Social Prescribing (SP).....	43
5.1.4	Kombination, Abgrenzung und Anmerkungen.....	44
5.2	TMP Leitlinien	47
5.2.1	Leitlinie 1: Professionalität.....	48
5.2.2	Leitlinie 2: Informationen	62
5.2.3	Leitlinie 3: Ressourcen	68
5.2.4	Leitlinie 4: Interventionen nach Krisenphase und Krisenform	82
5.3	Die Rolle der Sozialen Arbeit im TMP	95
5.4	TMP als Angebot in der Primärversorgung	100
6	Expertinnenaustausch – empirischer Input.....	105
6.1	Anmerkungen, Erfahrungen und Wünsche	105
6.1.1	Entstigmatisierung	105
6.1.2	Mental Health – Andocken im PVZ	106
6.1.3	Finanzielle Ressourcen	106
6.2	Leitliniendiskussion.....	107
6.2.1	Ad Leitlinie Professionalität (LL1)	107
6.2.2	Ad Leitlinie Information (LL2).....	109
6.2.3	Ad Leitlinie Ressourcen (LL3)	110
6.2.4	Ad Leitlinie Interventionen nach Phasen (LL4).....	111
7	Conclusio.....	114

Literatur	116
Daten	124
Abkürzungen	125
Abbildungen	126
Anhang: Unterlagen für Betroffene.....	127
Anhang: Unterlagen für Professionist:innen.....	133
Eidesstattliche Erklärung	157
Eidesstattliche Erklärung	158

1 Einleitung

Franziska Lechner, Priska Österle

Jedes Kind weiß: wenn man Schmerzen hat, dann geht man zum Arzt oder Ärztin. Doch was macht man, wenn emotionale Belastungen auftreten; wenn aufgrund von bestimmten Lebenssituationen Sorgen und Ängste überhand nehmen; wenn die materielle Sicherheit gefährdet ist, also Befürchtungen bzgl. Finanzen, Job und Wohnung im Raum stehen; wenn soziale Beziehungen zur Belastung werden; wenn man das Gefühl bekommt: „Ich halte es nicht mehr aus!“ – Wohin wende ich mich dann?

Das Wohlbefinden reduziert sich nicht auf den körperlichen Gesundheitszustand. Neben der physischen (bzw. biologischen) Dimension existiert der Mensch auch als psychisches und soziales Wesen. In den letzten Jahren rückt die Tatsache, dass jeder Mensch von psychischen Leiden ebenso betroffen sein kann wie von somatischen Krankheiten immer weiter ins Bewusstsein der Gesellschaft. Mit dem Wissen um mentale Gesundheit weicht das Tabu um psychische Erkrankungen langsam auf und Betroffene organisieren sich schneller Hilfe. Doch wie steht es um soziale Leiden? Wissen die Menschen, was damit gemeint ist? Sind sie sich dessen bewusst, dass hier zum Beispiel alte Menschen, die mit Einsamkeit zu kämpfen haben, angesprochen sind; Pubertierende, die Opfer von Mobbing werden; Frauen, die von ihrem Partner geschlagen werden; Männer, die den Tod ihrer Frau nicht verarbeiten können; Homosexuelle, die glauben, ihre Neigung verstecken zu müssen; Menschen, die von der Pflege ihrer Angehörigen überfordert sind; Eltern, deren Kinder gegen das Gesetz verstoßen; Mütter ohne Deutschkenntnisse, die den Schulalltag ihrer Kinder unterstützen sollen oder auch Personen, die ihre Rechnungen nicht mehr zahlen können. So unterschiedlich diese Beispiele auch sein mögen, so haben sie eines gemeinsam: Auf Dauer machen diese Belastungen krank, sowohl somatisch als auch psychisch. Spitzt sich die Lage zu, kann es zu Krisen kommen, die im schlimmsten Fall im Suizid enden.

Laut dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) verzeichnet Österreich einen steigenden Bedarf an Kriseninterventionsangeboten und fördert daher aus Budgetmitteln im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention Projekte und Maßnahmen, die zur Bewältigung psychosozialer Krisen beitragen, in Millionenhöhe (BMSGPK 2022). Im Gespräch mit Expertinnen im Feld Krisenintervention und Suizidprävention wird darüber berichtet, dass die Versorgungslage teilweise so prekär ist, dass Personen, die „nur“ latent suizidal sind, nicht stationär aufgenommen werden können und nachhause geschickt werden müssen.¹

Unsere Forschungsfrage lautet daher: Mit welchen konkreten Maßnahmen kann die Sozialarbeit im Rahmen der österreichischen Versorgungslandschaft im Gesundheits- und Sozialbereich professionelle Krisenintervention, Gesundheitsförderung und Prävention leisten?

¹ Interview im Zuge der Lehrveranstaltung „Forschungslabor I mso22“ FH St. Pölten; [Int3 01:18:48].

Mit der Veröffentlichung „Das Team rund um den Hausarzt“ hat das zuständige Bundesministerium ein „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ erstellt (BMG 2014). Das Ziel dabei ist unter anderem das Zusammenführen unterschiedlicher Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialbereichs in einer Organisation, um flexible Antworten auf Fragen komplexer Lebenssituationen bieten zu können. Unseres Erachtens sind Primärversorgungszentren (PVZ) der ideale Ort, um Krisenintervention, Stabilisierung und Gesundheitsförderung als psychosoziales Begleitangebot zu implementieren.

Die Vorteile von PVZ sind folgende:

- rasche, unkomplizierte, niederschwellige, wohnortsnahe, (mobile?) Hilfe in akuten Krisen
- kontinuierliche, langfristige Begleitung in vertraulicher Beziehung
- ein multiprofessionelles Team unter einem Dach vereint
- impliziert die Möglichkeit zur Umsetzung sozialraumorientierter Angebote (Gemeinwesenarbeit, Social-Support-Projekte, Selbsthilfe-Angebote etc.)

Das Ziel unserer Arbeit besteht in der Schaffung eines Programms, das sogenannte *Trouble Management Programm*, kurz TMP, das die Vorteile von PVZ nutzt, um Betroffenen von psychosozialen Krisen, anhaltenden sozialen Belastungen und psychischen Erkrankungen eine individuelle Beratung und Begleitung anbieten zu können, solange Unterstützung nötig ist. Das Programm soll auch präventiv wirksam sein, um wiederholte Krisenzuspitzungen zu vermeiden bzw. diese frühzeitig zu erkennen. Dies soll im Idealfall die Stabilisierung im gewohnten Umfeld ermöglichen und stationäre Aufenthalte vermeiden. Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Ressourcenorientierung ist ebenfalls Teil des Konzepts.

Als Basismodelle von TMP werden das sozialarbeiterische Case Management (CM), Disease Management Programme (DMP) und Social Prescribing (SP) herangezogen. Hierbei handelt es sich um Methoden aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich, die standardisiert bzw. standardisierbar sind und trotzdem flexibel und individuell angewendet werden können. Sowohl die Bearbeitung von komplexen Problemlagen als auch die Partizipation und das Empowerment der Betroffenen sind zentrale Themen dieser Modelle und so auch von TMP.

Für die Entwicklung von TMP wurde eine trialogische Sichtweise gewählt. Das heißt, dass die jeweiligen Perspektiven sowohl von Fachkräften als auch von Betroffenen und deren Angehörigen berücksichtigt worden sind. Eine weitere Besonderheit von TMP liegt in der Zusammenstellung von nichttherapeutischen Interventionsmöglichkeiten. Denn zum einen sind psychosoziale Krisen keine Krankheiten, die Therapie erfordern, zum anderen profitieren auch psychisch kranke Menschen von alltagsnahen, pragmatischen Stabilisierungsmaßnahmen. Nicht jede:r kann oder möchte eine Therapie machen und nicht jede:r kann oder möchte sein Leben analysieren. Oft reicht es zu überlegen, welches die nächsten Schritte sind, welche Dringlichkeiten es zu organisieren gilt, wie Alltagsschwierigkeiten erledigt werden können und welche Probleme eher nebensächlich sind. Die Sozialarbeit verfügt über effektive, evidenzbasierte Konzepte und Methoden zur erfolgreichen Durchführung eben dieser Herausforderungen. Aus diesem Grund soll die Fallführung (Durchführung, Koordination, Monitoring und Evaluation) von TMP bei der Sozialarbeit liegen. TMP im PVZ kann außerdem dazu beitragen, die Situation bezüglich unzureichend vorhandener Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit

psychischen Problemen und psychiatrischen Diagnosen zu verbessern und Schnittstellenproblematiken zwischen institutionellen Angeboten zu lösen.

Kurz zum Inhalt dieser Arbeit: Nach der Erklärung zentraler Begriffe, einer Diskussion der Forschungsmethoden und einer Darstellung der derzeitigen Versorgungssituation wird das Trouble Management Programm vorgestellt. Zuerst erfolgt ein Vergleich mit den Basismodellen, darauf folgt das Herzstück der Arbeit: eine Handlungsanleitung für Sozialarbeiter:innen in Form von Leitlinien und die Partizipations-Unterlagen für Betroffene². Im Folgenden wird näher auf die Rolle der Sozialen Arbeit im TMP eingegangen und über die Implementierung von TMP im PVZ reflektiert. Zum Abschluss erfolgt der *Expertinnenaustausch*, in dessen Verlauf empirisch erhobene Sichtweisen zum Thema dargestellt werden.

Wir hoffen, mit dieser Arbeit einen Beitrag dazu leisten zu können, dass künftig „jedes Kind weiß“, dass man bei Problemen, ganz egal welcher Art, ins Primärversorgungszentrum geht.

² Sämtliche Unterlagen sind im *Anhang* zu finden.

2 Theoretische Grundlagen: Begriffserläuterungen

2.1 Psychosoziale Krise

Priska Österle

Krisen sind ein Teil des Lebens. Eine Krise ist ein Ereignis, das den Wendepunkt einer schwierigen Situation darstellt. Diese Übergangsphase birgt Gefahren der Verschlechterung der vorangegangenen Situation und kann in Zusammenbruch und/oder Chronifizierung enden. Gleichzeitig beinhalten Krisen aber auch Chancen der Verbesserung bzw. des Wachstums. Eine überstandene Krise kann als stärkend, ermutigend und zukunftsweisend empfunden werden.

Die wissenschaftliche Theorienbildung zu Krisen begann in den 1940ern mit dem Werk von Erich Lindemann zu Trauerreaktionen und posttraumatischen Symptomen. In den 1960ern formulierte Gerald Caplan wesentliche Grundsätze der Krisentheorie, indem er die zeitliche Begrenzung einer Krise, die Relevanz des subjektiven Erlebens der Bedrohungssituation und die Bedeutung der verfügbaren Ressourcen hervorhob. Außerdem entwickelte er das Modell der primären, sekundären und tertiären Prävention. Mit dem Konzept der traumatischen Krise trug Johann Cullberg in den 1970ern zu einer weiteren, bis heute gültigen Position der Krisentheorie bei (Kapusta 2016:Vorwort). Der Begriff *psychosoziale Krise* wurde von Gernot Sonneck geprägt und bezieht sich unmittelbar auf Caplan und Cullberg. Demnach bezeichnet er eine psychosoziale Krise als

„den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.“ (Sonneck et al. 2016:15).

Die Krise definiert sich also durch das subjektive Empfinden und der inneren Überzeugung, dass die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen nicht ausreichen, um die Belastungen und Herausforderungen bewältigen zu können (Stein 2020:23). Abhängig vom krisenauslösenden Ereignis werden psychosoziale Krisen in zwei Arten eingeteilt: die traumatische Krise (nach Cullberg) und die Veränderungskrisen (nach Caplan), welche sich jeweils durch (ideal-)typische Krisenverläufe auszeichnen (Hausmann 2016:28f; Sonneck et al. 2016:16f, 33ff; Stein 2020:61f, 64ff; WRK 2017:63ff; folgende Ausführungen beziehen sich auf diese Literatur).

Traumatische Krisen bzw. Verlustkrisen bezeichnen plötzliche, unerwartete Ereignisse und schwere Schicksalsschläge wie zum Beispiel schwere Unfälle, Tod eines nahestehenden Menschen, plötzliche schwere Krankheit, Naturkatastrophen oder technische Katastrophen, durch Menschen verursachte Gewaltereignisse, aber auch unerwartete Trennungen, Kündigungen oder soziale Kränkungen. Die vier typischen Phasen sind: Schock, Reaktion, Bearbeitung und Neuorientierung.

Die Auslöser für (*Lebens-*)*Veränderungskrisen* sind erwartbare, zum Leben gehörende Ereignisse wie zum Beispiel Pubertät, Schwangerschaft, Berufswechsel, Pensionierung, etc. Die Lebensveränderungen überfordern die Betroffenen und werden als nicht bewältigbar empfunden. Der Verlauf entwickelt sich schleichend über einen Zeitraum von einigen Tagen bis wenigen Wochen. Auf die Konfrontation mit der Veränderung folgt das Gefühl des Versagens, worauf die Mobilisierung von Ressourcen und Hilfen anschließt. Dadurch kann es entweder zur Bewältigung und Neuanpassung kommen oder, durch Fehlschläge, zur Entwicklung des Vollbilds der Krise.

Die Reaktionsphase der traumatischen Krise und das Vollbild der Krise während einer Veränderungskrise sind einander sehr ähnlich. Die Reaktionen sind individuell und von unterschiedlicher Intensität und Dauer. Die Situation kann sich subjektiv enorm zuspitzen. Starke Anspannung, Blockierung, Lähmung, Rückzug und Resignation können folgen. Es besteht die Gefahr von Substanzmissbrauch als verzweifelter Versuch des ‚nicht-spüren-Müssens‘. Somatisierungen, psychische Erkrankungen und eine Chronifizierung der Symptome können sich abzeichnen. Sowohl Gewalt- und Aggressionshandlungen als auch Suizidgedanken und Suizidhandlungen sind mögliche Folgen einer psychosozialen Krise.

Neben der Unterscheidung in traumatische Krisen und Veränderungskrisen gibt es weitere Einteilungen, Krisenmodelle und Formen der Krise (Hülshoff 2017:15ff) sowie Kritik an den Kategorisierungsmodellen per se (Hofer-Moser et al. 2020:18). Stein (2020:50) widerspricht der Meinung, dass eine sinnvolle Kategorisierung nicht möglich sei, ergänzt aber: „Wesentlich ist, dass Krisen prozesshaft (und nicht linear) verlaufen und immer einen sehr individuellen und subjektiven Charakter haben.“ Ähnlich schreiben Hofer-Moser et al. (2020:14):

„Dieser Prozess [der Krise, Anm.] verläuft oft in mehreren Durchgängen, also nicht so sehr in definierten aufeinanderfolgenden Phasen als vielmehr zirkulär und spiralförmig in Schleifen, wobei er zwischen Phasen hoher Instabilität und innerem Chaos und solchen relativer Stabilität hin und her pendeln kann.“

Die zeitliche Begrenzung ist ein Merkmal, das allen Krisen gemeinsam ist (einige Wochen bis maximal drei Monate; Stein 2020:24). Da der Ausnahmezustand so unerträglich ist, wird versucht, der Situation auf jeden Fall zu entkommen. Im günstigsten Fall wird Hilfe in Anspruch genommen, wodurch eine Bewältigung der Krise und Integration des Erlebten erreicht werden kann. Gelingt dies nicht, werden andere, destruktive Strategien wie die eben genannten Gefahrenpotentiale entwickelt und eingesetzt (Hülshoff 2017:13). Jedem Problemlösungsversuch, sei er noch so destruktiv, liegt ein adaptiver Charakter zugrunde (Stein 2020:12).

Außerdem hat eine Krise immer einen bestimmten Auslöser. Im Psychosozialen Handbuch des Wiener Roten Kreuz werden, neben plötzlichen Schicksalsschlägen, folgende Faktoren als mögliche Auslöser für psychosoziale Krisen benannt (WRK 2017:61): körperliche Belastungen (chronische Krankheit, Pflegebedürftigkeit, etc.), psychische Belastungen (Mobbing, Stressüberlastung etc.) und soziale, finanzielle und sonstige existentiell bedrohliche Belastungen (Delogierung, Arbeitsplatzverlust etc.). Psychosoziale Krisen können jedoch auch durch von Außenstehenden als völlig harmlos empfundene Zwischenfälle ausgelöst werden (wobei der Auslöser nicht unbedingt die Ursache der Krise darstellt, sondern der letzte „Anstoß für ein Akutwerden bestehender Probleme“; Sonneck et al. 2016:30). Entscheidend sind das

individuelle und subjektive Erleben, Wahrnehmen und Bewerten einer Situation. Das Erlebte fällt aus dem Rahmen, es ist kein Rückgriff auf Erfahrungswissen möglich, es kann weder rückgängig noch ungeschehen gemacht werden und wird subjektiv als (lebens-)bedrohlich wahrgenommen, als unfassbar und erschütternd, die persönliche Integrität verletzend.

Unabhängig davon, ob es sich um ein plötzliches schlimmes Ereignis oder um eine sich immer weiter zuspitzende Belastung handelt, haben psychosoziale Krisen bestimmte Gemeinsamkeiten: Die betroffene Person sieht sich nicht in der Lage, mit eigenen Ressourcen und Lösungsstrategien angemessen zu reagieren und die Belastung zu bewältigen. Betroffene fühlen sich hilflos ausgeliefert, handlungsunfähig und ohnmächtig. Außerdem haben psychosoziale Krisen physische, psychische und soziale Dimensionen (ebd.:32). Diese Erkenntnis deckt sich mit der Sichtweise des biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit, welches dieser Arbeit als Leitmodell zugrunde liegt (siehe *Kapitel 2.3*).

2.2 Systemisches Krisenverständnis

Priska Österle

Personen bzw. biopsychosoziale Individuen sind in materielle, soziale und ideelle Umwelten eingebettet und stehen in dauerhafter gegenseitiger Beeinflussung, Ergänzung und Abhängigkeit zu diesen. Durch die stetigen Wechselwirkungen werden Wirklichkeiten in Form von z.B. gesellschaftlichen Normen und Werten, Verhaltensregeln und Vorschriften, persönlichen Rechten oder spezifischen Bedürfnissen geschaffen (konstruiert). Damit einher gehen bestimmte Erwartungen und bei deren Nicht-Erfüllung folgen Irritationen oder Konflikte, aber auch Veränderungen der Systeme durch Anpassungsprozesse. Diese Anpassungen können wiederum erwünscht bis unerwünscht, konstruktiv bis destruktiv, verstärkend-eskalierend bis ausgleichend-stabilisierend sein. Klient:innen der Sozialarbeit werden i.d.R. zu solchen, weil sie sich in unsicheren, problematischen oder konfliktreichen Situationen befinden. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit liegt in der professionellen Unterstützung hin zu einem möglichst erwünschten, konstruktiven, ausgleichend-stabilisierenden Anpassungsprozess (sowohl auf die Person als auch auf die Umwelt bezogen; Neuffer 2013:25). In Anerkennung der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit muss den Fachkräften der Sozialen Arbeit bewusst sein, dass sie durch ihre Methoden und Interventionen zu Co-Konstruierenden der Klient:innen-Realität werden. Sie haben somit einen gewissen Einfluss auf das Gelingen oder Scheitern bestimmter Interventionen. Die nachhaltigste Unterstützung liegt in der Aktivierung jener Stärken und Ressourcen, welche eine autonome Lebensführung und ein zufriedenstellendes Alltagserleben ermöglichen.

Unser Verständnis – von Krisen als biopsychosoziale Phänomene, von sich in Krisen befindlichen Personen, und von professionellen Unterstützer:innen (Krisenhilfe, Sozialarbeit, TMP-Begleitung etc.) – teilt diese ontologischen und epistemologischen Hintergründe, welche ein Menschenbild offenbaren, in dem Individuen immer systemisch als ‚Person-in-Umwelt‘ und (Krisen-)Fälle als ‚Person-in-Situation‘ definiert werden. Dadurch wird neben der

ganzheitlichen Betrachtungsweise auch der momentane, veränderbare Zustand hervorgehoben. Die von der Krise betroffene Person kann auch als Symptomträgerin einer krisenfördernden Umwelt begriffen werden. Als Beispiel dafür können im Dauerstress lebende, von Armut betroffene Personen genannt werden. Hier kann bereits eine kaputte Waschmaschine ein krisenauslösendes Ereignis sein. Systemisch betrachtet „differenziert sich der Blickwinkel auf eine Fallsituation automatisch und öffnet sich für verschiedene System- und damit Handlungsebenen“ (ebd.).

Hofer-Moser et al. (2020:13) definieren Krisen aus systemtheoretischer Sichtweise und verweisen auf konstruktivistische Aspekte (ohne diese als solche zu benennen). Denn Krisen äußern sich indem

„akute lebensverändernde Ereignisse eingespielte Regeln und Normen außer Kraft setzen und dadurch massive Ängste vor dem Verlust von Alltagsnormalitäten hervorgerufen werden“ (ebd.).

Dadurch können das Selbst- und das Weltverständnis erschüttert werden und sich Entfremdungsphänomene gegenüber der eigenen Person oder anderen Menschen manifestieren. Die Herstellung einer Situation, die als aushaltbar empfunden wird und in Folge die Wiederherstellung einer Normalität, die subjektiv als solche bezeichnet wird, sowie die Stabilisierung des Alltagserlebens kann daher nur unter radikaler Berücksichtigung der jeweiligen Lebensrealität und unter aktivem Mitwirken (und Mit-wollen) der betroffenen Person erreicht werden. Krisen sind im höchsten Maße individuell. Es gibt kein Rezept zur erfolgreichen Bewältigung, denn auch dieser Weg ist einzigartig. TMP folgt dem Ziel, Prozesse zu entwickeln, die richtungssteuernd sein können und bedient sich hierfür bewährter Konzepte aus der Krisenforschung und der Sozialarbeits-Wissenschaft. Wir sind uns jedoch dessen bewusst, dass die Ergebnisse der Interventionsversuche nie im Vorhinein feststellbar sind, denn Unvorhersehbarkeit ist eine systemimmanente Konstante.

2.3 Biopsychosoziales Modell und Salutogenese

Franziska Lechner

Das biopsychosoziale Modell und die Salutogenese sind beides Modelle zum Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheit und beschäftigen sich mit verschiedenen Dimensionen, die Einfluss darauf haben. Dabei werden nicht nur die biologischen Faktoren berücksichtigt, sondern auch die psychologischen und sozialen Faktoren. Beim biopsychosozialen Modell handelt es sich um ein Krankheitsmodell, es ist also krankheitsorientiert und beschäftigt sich mit der Frage ‚Wie entsteht Krankheit?‘ Wo hingegen die Salutogenese ein Gesundheitsmodell darstellt und sich mit den Fragen rund um die Gesundheit beschäftigt. Dennoch stehen die beiden Modelle in einem engen Zusammenhang.

In der Literatur werden als Vorgänger und Erschaffer des Konzeptes der Salutogenese Aaron Antonovsky und Bruno Bettelheim genannt. „Salutogenese ist die Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung der Gesundheit.“ (Rosch 2018). In seinen Werken kritisiert Antonovsky den reinen pathogenetischen-kurativen Blick und gibt der Gesundheitserhaltungsfrage Vorrang gegenüber der Ursachenfrage (BZgA 2001:9). Es gilt also zu erforschen, warum Menschen gesund bleiben?

Im Konzept der Salutogenese wird von einem breiten Begriff der Gesundheit ausgegangen, geprägt durch das biopsychosoziale Krankheitsmodell (Hülshoff 2017:31f).

„Health is the state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO Alma-Ata Declaration 1978).

In dieser Definition von Gesundheit durch die WHO steht das Wohlbefinden im Zentrum und neben der biologischen und psychischen Dimension werden soziale Faktoren als grundlegende Bedingungen zur Erreichung und zum Erhalt von Wohlbefinden genannt - oder wie Redelsteiner (2017:138) sich ausdrückt: „Gesundheit ist nicht der Überbegriff für Soziales, Soziales nicht der Überbegriff für Gesundheit – sie sind zwei Aspekte des Wohlergehens.“

Egger (2018:3) bringt es in seinem Text zum biopsychosozialen Modell gut auf den Punkt:

„Das biopsychosoziale Modell gilt inzwischen als die bedeutendste Theorie für die Beziehung zwischen Körper und Geist. Mit ihm ließ sich das über Jahrhunderte fortbestehende logische und empirisch-wissenschaftliche Problem der Psychosomatik auf systemtheoretischer (und semiotischer) Basis einigermaßen zufrieden stellend lösen. Nach diesem Modell eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es keine psychosomatischen Krankheiten geben – genau so wenig wie es nicht-psychosomatische Krankheiten gibt. Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems Mensch nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist. Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens geschaffen werden.“

Für das Konzept der Salutogenese ist „krank sein“ nicht nur eine physische Verfassung, es geht um mehr. Zudem gibt es nicht die Schwarz-Weiß Betrachtung entweder krank oder gesund, sondern alle Menschen sind mehr oder weniger gesund und mehr oder weniger krank. Dies führt zu folgender Fragestellung: „Wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?“ (BZgA 2001:24).

Antonovsky prägte den Begriff der Salutogenese im Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl und dessen Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Das Kohärenzgefühl ist eine Grundorientierung, eine generelle Lebenseinstellung, ein Gefühl des Vertrauens, die durch die drei Komponenten bestimmt werden (Stein 2020:48f). Zu den einzelnen Komponenten gibt es ergänzende Ausführungen in den später ausformulierten Leitlinien,

LL3a: *Persönliche Ressourcen* (Kapitel 5.2.3.1), hier sei nur kurz angeführt (Andreatta et al. 2015:175f): Bei der Verstehbarkeit handelt es sich um den kognitive Teil, bei Handhabbarkeit um den kognitiv-emotionalen Teil und bei Sinnhaftigkeit um den motivationalen Teil. Zur Veranschaulichung dient die Abbildung 1.



Abb. 1: Die drei Dimensionen + Einflussfaktoren zum Kohärenzgefühl nach Antonovsky mit Zitaten von Heiner Keupp zit. nach Krause (2017)

Das Modell der Salutogenese beschreibt ein komplexes Gefüge von Bedingungen, die Gesundheit erklären soll. Dieses komplexe Gefüge wird in der Abbildung 2 gezeigt.

„Das Salutogenesemodell von Antonovsky geht von Stressoren, die sowohl positiv als auch negativ – für Individuum oder Individuen – sein können, aus. Ob diese Stressoren gut oder weniger gut verarbeitet werden können, entscheiden die so genannten Widerstandsressourcen. (...) Krankheit heißt hier also, dass Widerstandsressourcen nicht vorhanden oder aber nicht nutzbar sind. Behandlung im Sinne des Salutogenesemodells meint also Unterstützung beim Erschließen neuer oder bei der Nutzbarmachung vorhandener Widerstandsressourcen. Diesbezügliche Interventionen sind auf biopsychosozialer, also auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene möglich. Behandlung haben auf individueller und sozialer Ebene anzusetzen.“ (Fritz 2018:25f)

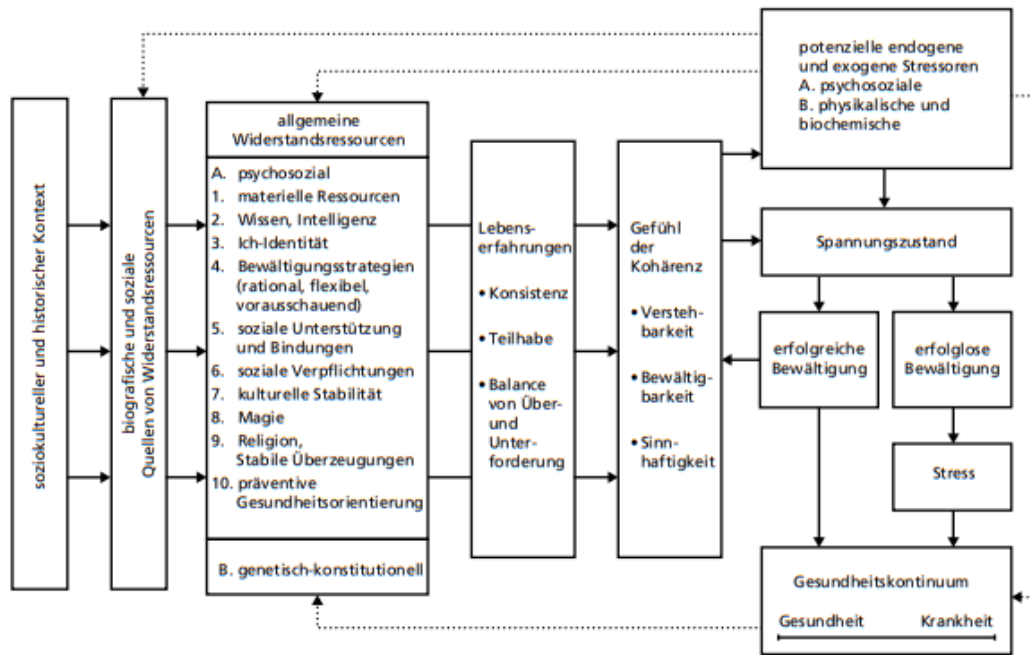


Abb. 2: Das Modell der Salutogenese von Antonovsky zit. nach Faltermaier et al. (2023:23)

Die Abbildung 2 zeigt, wie breit die Betrachtungsweise auf das Gesundheitskontinuum ist. Die Einordnung anhand der Skala von Gesundheit bis Krankheit wird von vielen verschiedenen Faktoren (z.B. den Widerstandsressourcen) und nicht nur von medizinischen Faktoren beeinflusst.

Durch die neue salutogenetische Betrachtungsweise von Krankheit geschah ein Paradigmenwechsel: Weg von der Krankheit und dem Defizit, hin zur Gesundheit, deren Erhaltung, Prävention, welches einhergeht mit der Entwicklung von Fähigkeiten wie z.B. Resilienz, Förderung von Kohärenzgefühl etc. (Stein 2020:46f).

2.4 Prävention und Gesundheitsförderung

Priska Österle

Das Trouble Management Programm in der Primärversorgung ist ein Angebot an Menschen, die sich in psychosozialen Krisen bzw. krisenhaften Situationen befinden, von chronifizierten Krisen betroffen sind (z.B. durch Suchterkrankungen) oder mit wiederholten psychosozialen Problemen in der Alltagsbewältigung konfrontiert sind, wodurch diese krisenhaft erlebt wird (z.B. aufgrund einer psychischen Erkrankung oder sozialer Benachteiligung). Wichtig für die Definierung der Zielgruppe ist die Feststellung, dass ‚bereits etwas passiert‘ ist, was der Definition einer psychosozialen Krise (siehe Kapitel 2.1) entspricht und erneute Zuspitzungen zu

befürchten sind.³ Durch diese Eingrenzung der Zielgruppe ist TMP ein sekundär- bzw. tertiärpräventiv wirkendes Instrument.

Die Prävention von Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen umfasst strategische Maßnahmen und konkrete Problemlösungen, welche die Vermeidung der Entstehung und des Fortschreitens von Erkrankungen zum Ziel haben. Habermann-Horstmeier und Lippke (2021a:47) verweisen auf unterschiedliche Ebenen, wie z.B. die Unterscheidung von Verhältnis- und Verhaltensprävention, wodurch die Umwelt, Arbeits- und Lebensbedingungen ebenso in den Fokus der Prävention gelangen wie individuelle Personen und deren Verhalten.⁴ Prävention wird außerdem in die Phasen der primären, sekundären und tertiären Prävention eingeteilt, wobei die genaue Einteilung nicht immer einheitlich erfolgt (ebd.:52). Primärprävention umfasst Maßnahmen, welche die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten senken soll. Die Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken sind zentral. Sekundärprävention bezieht sich auf die Früherkennung und Frühbehandlung. Im Mental Health Bereich sollen Rückfälle verhindert werden. Die Tertiärprävention soll sowohl Folgeschäden und Chronifizierung vermeiden, als auch „die soziale Teilhabe der Betroffenen im Rahmen eines aktiven, weitgehend selbstbestimmten Lebens – trotz eines krankheitsbedingten, chronischen Zustandes, der durch Funktionseinschränkung gekennzeichnet ist“, ermöglichen (ebd.).

Im Kontext von psychosozialen Krisen müssen die Präventionsbegriffe spezifisch diskutiert werden, da Krise per Definition keine Krankheit im medizinischen (bzw. psychiatrischen) Sinn ist, jedoch großen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden hat und daher ganz klar eine Frage der Gesundheit darstellt. Krisenintervention ist per se eine präventive Maßnahme, da durch die psychosoziale Akutbetreuung erste Verarbeitungsschritte eingeleitet werden und durch bewährte Vorgehensweisen (psychische Stabilisierung, Beschaffung wichtiger Informationen, soziale Unterstützung, Förderung der Bewältigungskompetenz etc.; siehe *Kapitel 5.2.4 Leitlinie 4*) Folgeschäden (wie z.B. PTBS) nachweislich reduziert werden können (Plattform Krisenintervention 2019:5). TMP als präventiv wirksames Tool soll Rückfälle vermeiden. Das heißt, dass nach der Akut- und Stabilisierungsphase eine Weiterbetreuung stattfindet, wodurch krisenauslösende Faktoren möglichst beseitigt und Stabilisierungs- und Bewältigungsstrategien entwickelt werden. Im Falle einer erneuten Zuspitzung der Situation kann frühzeitig interveniert werden, um weitere Krisen möglichst zu vermeiden. Die Ziele von TMP und Krisenintervention (welche ein Teil von TMP darstellt) liegen demnach in der Vermeidung von (medizinisch/psychiatrisch relevanten) Krankheiten, beziehen sich aber vor allem auf die Förderung der biopsychosozialen Gesundheit.

Wie in den Ausführungen zur Salutogenese (*Kapitel 2.3*) deutlich wird, ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Wenn Gesundheit nun das Stadium ist, das „einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“, indem sowohl die inneren (körperlichen und psychischen) als auch die äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingend bewältigt werden können (Hurrelmann / Franzkowiak 2018:180), dann ist Gesundheit das eigentliche Ziel von TMP. Mit dem Begriff ‚Gesundheitsförderung‘ wird dem risikomindernden

³ In *Kapitel 5.2.1.3* wird eine Checkliste vorgestellt, um potenzielle TMP-Teilnehmer:innen zu identifizieren.

⁴ Diese Sichtweise entspricht einem systemischen Verständnis, so wie dies in *Kapitel 2.2* besprochen worden ist.

Präventions-Konzept ein ressourcenförderndes Konzept hinzugefügt. Gesundheitsförderung bezieht sich explizit auf den salutogenetischen Ansatz (Habermann-Horstmeier / Lippke 2021b). Interventionen orientieren sich demnach an der Frage nach jenen Faktoren, die gesund erhalten und wie diese hergestellt, bewahrt und gefördert werden können. Sogenannte Widerstandsressourcen beinhalten persönliche Fähigkeiten (z.B. Problemlösefähigkeit, Kooperationsfähigkeit etc.), ein funktionierendes soziales Umfeld (Familie, Freunde), ausreichende finanzielle Ressourcen, eine gute Bildung, Arbeitsplatz und Gesundheitsversorgung (ebd.:67). Konzepten wie Resilienz und Kohärenz wird eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Außerdem kann Gesundheitskompetenz in Form von angemessenen Handlungs- und Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) vermittelt werden, wodurch auch die Autonomie gefördert wird (Empowerment). Dabei müssen jeweils die Fähigkeiten, Stärken und Lebenssituationen der Personen berücksichtigt werden. Da Gesundheit auch sozial determiniert ist, setzt die Gesundheitsförderung folglich an den materiellen, sozialen und kulturellen Bedingungen an, in denen Menschen leben und arbeiten (ebd.:71). Im Kontext von TMP im PVZ bestehen Möglichkeiten, sozialraumorientierte Angebote zu schaffen, z.B. in Form von moderierten Selbsthilfe- oder Psychoedukationsgruppen. Die Konzeptionalisierung von TMP orientiert sich an ebendiesen gesundheitsfördernden Aspekten. Ziel von TMP ist das Erreichen einer Lebensqualität, die von Betroffenen und deren Angehörigen als möglichst zufriedenstellend empfunden wird.

Wir haben uns für die Begriffe „Krisenintervention, Stabilisierung und Gesundheitsförderung“ im Untertitel entschieden, da damit implizit (sekundär- und tertiär-)präventive Ansätze enthalten sind und durch den Begriff der ‚Gesundheitsförderung‘ die ressourcenorientierte Herangehensweise hervorgehoben wird.

2.5 Primärversorgung

Franziska Lechner

Unter Primärversorgung versteht man generell die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem. Es handelt sich um eine „allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen“ (§ 3 Zif 9 G-ZG). In Österreich kommt die Primärversorgung in drei Formen vor (BMSGPK o.A.):

- Hausärztliche Einzelordination
- Gruppenpraxen von Ärzt:innen
- Primärversorgungseinheiten

Unter Primärversorgungseinheiten (PVE) werden Primärversorgungszentren (PVZ) und Primärversorgungsnetzwerke (PVN) verstanden. Ein PVE ist eine „durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit [...] als Einheit auftretenden Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem“ (§ 2 PrimVG). Dabei handelt es sich laut Gesetz um ein multiprofessionelles

Team, das aus einem Kernteam der Allgemeinmedizin und einem erweiterten Team aus anderen Gesundheits- und Sozialberufen besteht wie in Abbildung 3 unten ersichtlich.

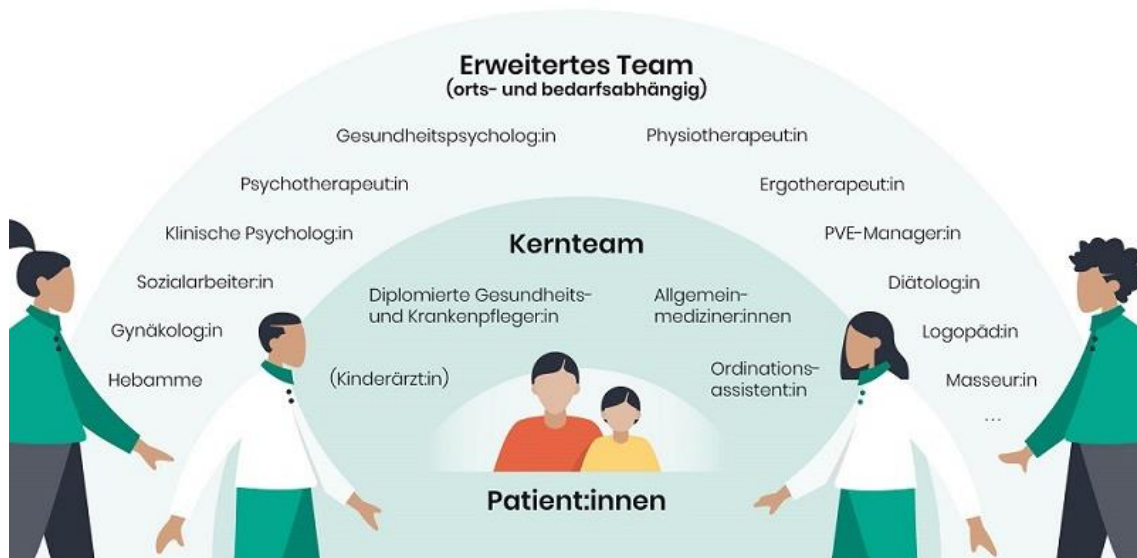


Abb. 3: Das Team einer PVE (GÖG o.A.)

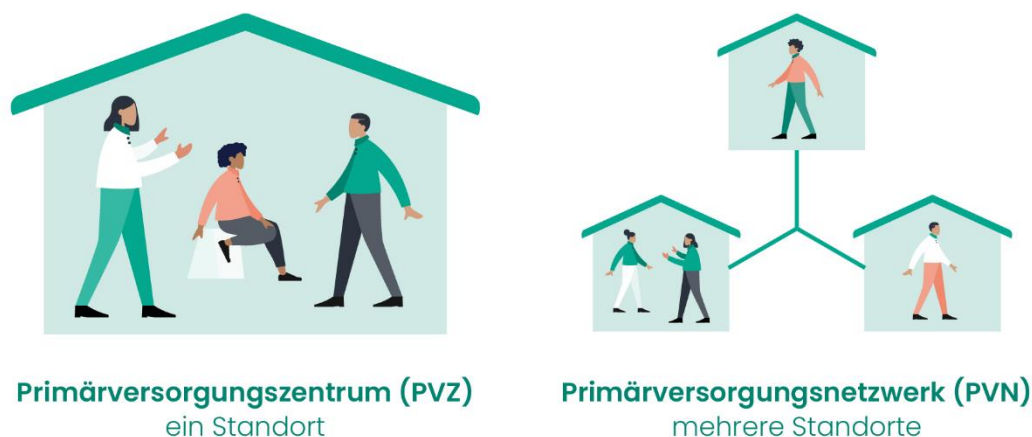


Abb. 4: Organisationsformen von PVE (ebd.)

In der Praxis machen PVN nur einen Bruchteil aller bestehenden PVE aus, weshalb sich der Fokus unserer Arbeit auf PVZ konzentriert. Dies ergibt sich zum einen aufgrund der Häufigkeit der PVZ, zum anderen, da bei einem PVZ alle Professionen unter einem Dach vereint werden. Im Gegensatz dazu arbeiten PVN zwar auch in einem multiprofessionellen Team, allerdings dezentral angeboten und an unterschiedlichen Standorten wie in der Abbildung 4 ersichtlich wird.

In der Primärversorgung wird nicht nur auf die Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen wert gelegt, sondern auch die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention nimmt einen großen Stellenwert ein. Ein zentraler Bestandteil dabei ist außerdem die Förderung der psychosozialen Gesundheit (ebd.). In PVZ muss auch in der Sozialen Arbeit die

Prävention einen Teil der Arbeit ausmachen [WS TN3 02:22:48]. Im Primärversorgungsgesetz findet sich an einigen Stellen die Prävention und Gesundheitsförderung wieder, es sollen Leistungen in diesen Bereichen angeboten werden und eine der Kompetenzen von PVE darstellen.

Der zusätzliche Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention entspricht dem biopsychosoziales Gesundheitsmodell als Ideal in der neuen Primärversorgung. Mit der Gesundheitsreform 2013 wurde der Grundstein für die Neugestaltung der österreichischen Primärversorgung gelegt (Koordination Primärversorgung der GÖG 2023), die letztlich 2017 zur Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes geführt hat. Als die neue Primärversorgung werden die multiprofessionellen Teams, die sich als Netzwerke (PVN), Gesundheitszentren (PVZ) oder Gruppenpraxen zusammenschließen, bezeichnet (SV 2021). Es stehen seither also zusätzlich zu den gewohnten Hausärzt:innen auch weitere Gesundheitsberufe zur Verfügung.

Mit den Entwicklungen im Gesundheitssektor wird versucht, dem biopsychosozialen Gesundheitsmodell zu entsprechen. Dieses hat sich aber bei den Reformen im Gesundheitssystem nicht einheitlich in einem biopsychosozialen Zugang zu Gesundheit und Krankheit niedergeschlagen (Fritz 2018). Der biopsychosoziale Ansatz ist zwar zu erkennen, allerdings wird sich die Umsetzung in der Praxis erst noch zeigen und viele Regelungen wurden von Soll-Bestimmungen hin zu Kann-Bestimmungen entschärft (ebd.:44–58). So ist beispielsweise nicht zwingend in jedem PVZ auch eine Sozialarbeitsstelle vorhanden, nur die Kernbereiche müssen in einem PVZ vorhanden sein (§ 2 PrimVG). Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell setzt die Betrachtung mehrere Ebenen voraus, jedoch werden „Hausärzt*Innen [weiter; Anm.] auf der biologischen Systemebene behandeln und Sozialarbeiter*Innen auf der sozialen Systemebene“ (Gampenrieder 2020:20f). Soziale Arbeit wird zwar als Teil des biopsychosozialen Gesundheitsmodells wahrgenommen, jedoch werden auch bei sozialen Einflussfaktoren nicht immer automatisch Sozialarbeiter:innen hinzugezogen und sozialarbeiterische Kompetenzbereiche werden teilweise selbst übernommen oder anderen zugeordnet (ebd.:24f). Die fehlende Etablierung der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung führt also auch dazu, dass dem biopsychosozialen Ansatz nicht vollkommen entsprochen wird. Dennoch sind Verbesserungen zu verzeichnen [WS TN3 00:45:02] und die Soziale Arbeit als Bestandteil im PVZ ist auf einem guten Weg.

Es gibt bereits zahlreiche Forschungsprojekte der FH St. Pölten, die sich mit der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung auseinandersetzen (FH St. Pölten 2019, 2020, 2021).

2.6 Multiprofessional-, Intradisziplinär-, Interprofessional- (usw.) -ität

Franziska Lechner

Multiprofessionalität, interprofessionelle Zusammenarbeit, Intradisziplinarität, Interprofessionalität usw..... Durch den Umfang der Bezeichnungen kann der Überblick, was welche Bedeutung hat, leicht verloren gehen. In Primärversorgungszentren ist häufig die Rede von

multiprofessionellen Teams und interdisziplinärer Arbeitsweise, daher folgt eine kurze Erläuterung zu den einzelnen Begrifflichkeiten.

Beginnen wir zunächst mit einer einfachen Begriffsbestimmung der Vorsilben:

- Multi – „bedeutet in Bildungen mit Substantiven, Adjektiven und Verben vielfach, Vielfach..., mehrere..., viel.../Viel...“ (Duden o.A.a)
- Inter – „kennzeichnet in Bildungen mit Substantiven, Adjektiven oder Verben eine Wechselbeziehung; zwischen zwei oder mehreren ... [bestehend, sich befindend, sich vollziehend]“ (Duden o.A.b)
- Intra – „drückt in Bildungen mit Adjektiven aus, dass die beschriebene Sache innerhalb von etwas liegt, besteht, stattfindet“ (Duden o.A.c)

Also lässt sich dadurch schon grundsätzlich unterscheiden, dass es bei einer Multiprofessionalität, Multidisziplinarität etc. darum geht, dass mehrere Professionen, Disziplinen etc. mit etwas beschäftigt sind, ohne in einer Wechselbeziehung zu stehen wie dies bei Interprofessionalität, Interdisziplinarität, etc. der Fall ist. Ein **multiprofessionelles Team** bedeutet also nicht zwingend, dass dieses gemeinsam an einem Fall arbeitet. Es sagt nur aus, dass mehrere Professionen im Team vorhanden sind.

Als eine allgemeine Definition zur **Interdisziplinarität** kann die Definition von Reinalter (2019:503) bezeichnet werden:

„Die Bezeichnung ‚Interdisziplinarität‘ versteht sich als Sammelbegriff für fächerübergreifendes Denken und wird zur Kennzeichnung disziplinenüberschreitender Zusammenarbeit verwendet.“

Diese kurze und einfache Definition wird der Komplexität nicht gerecht. In der Recherche zeigte sich, dass **Interprofessionalität** in unterschiedlichen Disziplinen andere Bedeutungen zugemessen werden. Aus diesem Grund hat sich das Bundesamt für Gesundheit der Schweiz mit der Begriffsbestimmung im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext auseinandergesetzt und eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben. Darin wird eine interprofessionelle Zusammenarbeit verstanden, wenn (Gerber / Rüefli 2021:3):

- verschiedene Berufsgruppen gemeinsam statt unabhängig an der Versorgung von Patient:innen arbeiten
- gemeinsames Interpretieren von Informationen und gemeinsame Entscheidungen im Vorgehen stattfinden
- die Ergebnisse aus der Zusammenarbeit entstehen, keine Berufsgruppe alleine dazu gekommen wäre
- Zusammenarbeit auf Augenhöhe erfolgt und Rollen gemeinsam geklärt werden
- Patient:innen einbezogen werden

In der Praxis ist es für Fachpersonal schwierig eine Unterscheidung von Interprofessionalität und -disziplinarität zu treffen und meist wird auf der Ebene verschiedener Intensitätsgrade der Zusammenarbeit interpretiert (ebd.:4). Bei der Interprofessionalität handelt es sich um die Zusammenarbeit innerhalb von Professionen im Sinne von Berufsgruppen und bei

Interdisziplinarität geht es um die Zusammenarbeit innerhalb unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen (Mitzkat et al. 2016:Anhang). Die Unterscheidung, ob es sich nur um unterschiedliche Berufsgruppen oder auch um unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen handelt, ist für die Anwendung des Programmes irrelevant und kann daher auch synonym verwendet werden.

Zu unterscheiden von der Interprofessional- oder -disziplinarität ist die intraprofessionelle Arbeit, die „Leistungen einer oder mehrerer Person/en innerhalb derselben Profession“ bezeichnet (Fritz 2018:70; Mitzkatz et al. 2016:Anhang). Ebenfalls abzugrenzen ist die transdisziplinäre oder -professionelle Praxis, in der Personen Aufgaben anderer Disziplinen oder Berufsgruppen übernehmen (Fritz 2018:69; Mitzkatz et al. 2016:Anhang). Diese Konzepte sind nicht im Detail notwendig für das TMP. Und auch, wenn sich die Soziale Arbeit an sich als transdisziplinäre Disziplin versteht, werden sie in dieser Arbeit nicht konkreter weiter behandelt.

3 Forschungsprozess und Methodendiskussion

Priska Österle

Unser Ziel liegt in der Konzeptionalisierung eines psychosozialen Begleitangebots in Primärversorgungszentren, konkretisiert durch die Erstellung von Handlungsanleitungen für die Krisenintervention, Stabilisierung und Prävention bzw. Gesundheitsförderung inklusive Arbeitsunterlagen für Betroffene. Das Manual soll folgenden Kriterien entsprechen:

- umfassende Handlungsanleitungen sowohl für den akuten Krisenfall als auch für die mittel- bis langfristige Stabilisierung und Gesundheitsförderung von Krisenbetroffenen
- die Handlungsanleitungen müssen professionell anerkannten Standards entsprechen und sollen die Perspektiven von Betroffenen und deren An- und Zugehörigen inkludieren (triadische Sichtweise)
- die Handlungsanleitungen sind auf die Fallführung und Koordination durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit zugeschnitten⁵

Um diese Kriterien zu erfüllen, haben wir uns unterschiedlicher Methoden bedient. Der Forschungsablauf erfolgt im Triangel, bestehend aus Bedarfserhebung, Literatur- bzw. Dokumentenanalyse und empirischer Datenerhebung in Form eines Workshops. Mit unserer Arbeit leisten wir einen Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft im Sinne des dritten Mandats der Sozialen Arbeit, nämlich

„der Transformation von wissenschaftlichem Wissen in Arbeitshypothesen und Handlungsleitlinien für die Praxis im Hinblick auf die besonderen Notlagen ihrer [der sozialarbeiterischen; Anm.] AdressatInnen“ (Staub-Bernasconi 2018:114)

Mithilfe von theoretischen Konzepten im Themenbereich ‚Krisen und Krisenversorgung‘ (siehe *Kapitel 2*) sowie einschlägiger Fachliteratur der praktischen Krisenhilfe gelangten wir zur Erstellung von Handlungsanleitungen, welche durch eine laufende Re-Evaluierung angepasst worden sind. Dies entspricht einem iterativen Forschungsprozess, der bei theoretischem Fachwissen ansetzt, um in einem spezifischen Praxisbereich, nämlich der Sozialarbeit in Primärversorgungszentren, Anwendung zu finden. Um der Möglichkeit der Verknüpfung von Ideen Raum zu geben und mit dem Ziel ein reichhaltigeres Ergebnis für unsere Zwecke des TMP im PVZ zu erlangen, luden wir zum Austausch von Expertinnen im Felde. Sowohl Fachkräfte der Krisenhilfe und Sozialarbeiter:innen in Primärversorgungseinrichtungen als auch Betroffene und deren Angehörige wurden zu einem Workshop geladen.

In *Kapitel 4* wird die Ausgangslage in Form einer *Verifizierung der Versorgungslücke* dargestellt. Unsere Ergebnisse werden als *Leitlinien von TMP* in *Kapitel 5.2* präsentiert. In *Kapitel 6, Expertinnenaustausch*, werden die Leitlinien in Verbindung mit den Daten aus der Praxis ausführlicher diskutiert. Hier in *Kapitel 3* wird die genaue Herangehensweise zur

⁵ Die Begründung dafür wird in *Kapitel 5.3* ausführlich dargelegt.

Leitlinienerstellung und zur Erhebung von Expertinnen-Meinungen in Form eines Workshops vorgestellt. Außerdem wird das Vorgehen bei der Datenanalyse kurz besprochen.

3.1 Bedarfserhebung

Franziska Lechner

Die Bedarfserhebung erfolgte im Zuge unseres gemeinsamen Forschungsprojektes „Assessment und Analyse der Psychosozialen Versorgung und Krisenintervention in Österreich an drei ausgewählten Standorten“ (FH St. Pölten 2024). In diesem Projekt geht es um die Bestandsaufnahme der Versorgungslandschaften zur psychosozialen Versorgung und Krisenhilfe anhand der drei Bundesländer Oberösterreich, Steiermark und Niederösterreich. Die Forschung wurde mittels mixed-method-Design durchgeführt (Internet- und Literaturrecherchen, Interviews mit Expertinnen der Einrichtungen der Suizidprävention und Krisenhilfe).

Die Ergebnisse der Forschungsgruppe wurden zur leichteren Nachvollziehbarkeit visuell dargestellt und in einer gemeinsamen Excel-Tabelle zusammengefügt, Dabei erfolgte eine Unterscheidung und Einteilung nach Leistungsart. Diese Tabelle diente in weiterer Folge als Arbeitsdatei. Anhand der Tabelle war es uns möglich, alle Einrichtungen und Ergebnisse einzeln einzutragen und eine Gesamtauswertung für die Bundesländer zu erhalten. Anhand der laufenden Diskussionen innerhalb der Forschungsgruppe über die Versorgungslandschaft wurden Versorgungslücken verifiziert, die in unseren Masterthesen ausgearbeitet werden. Die anderen Masterarbeiten widmen sich dem Thema Krisenhilfe im virtuellen Raum, Auffassung von Krise in anderen Kulturen am Beispiel von geflüchteten Personen aus Afghanistan und Suizidprävention im vollbetreuten Wohnen.

Zur Veranschaulichung der Versorgungslage wurden Fallbeispiele ausgearbeitet, welche die bisherigen Rechercheergebnisse nutzen und die Exceldatei als Datenquelle heranziehen. Ergänzt wurden diese Daten durch eine E-Mail-Umfrage, adressiert an alle PVZ⁶ bundesweit in Bezug zum Umgang mit Krisen in ihrem Versorgungszentrum. Von den 39 angeschriebenen Zentren haben 9 auf unsere Umfrage geantwortet und uns Auskunft über die Krisenversorgung im PVZ gegeben. Nähere Ausführungen zur Ausgangslage unserer Masterarbeit im Speziellen finden sich in *Kapitel 4, Verifizierung der Versorgungslücke*.

Die Masterarbeit wurde um die erhobenen Daten aus den Expertinneninterviews des Forschungsprojektes ergänzt. Es wurde vor allem Bezug genommen auf die Interviews mit den Expertinnen der Krisendiensten aus Niederösterreich, Steiermark und Oberösterreich.

⁶ 39 PVZ zum Zeitpunkt der Umfrage.

3.2 Leitlinienerstellung: Literaturrecherche und fachlicher Input

Priska Österle

In einem ersten Schritt wurde einschlägige Fachliteratur

- zum Thema Krise (BAG Traumapädagogik 2011; Gerngroß et al. 2015; Hausmann 2016; Hofer-Moser et al. 2020; Hülshoff 2017; Lackner 2021; Lasogga / Gasch 2011; Lasogga / Karutz 2012; Ortiz-Müller et al. 2010; Sonneck et al. 2016; Stein 2020; WRK 2017) und
- zu Leitlinien im Bereich Mental Health (DeGPT 2019; DGPPN 2018a,b) recherchiert,
- sowie Mitschriften aus themenrelevanten Workshops, Seminaren und Vorträgen (Bremberger 2022; Marboe 2022; Prein 2023; Reinbacher 2023; Weber 2023; Weber-Schigutt 2023) angefertigt.

Nach einer überblicksmäßigen Durchsicht haben wir ein Cluster mit zentralen Begriffen und Schlagwörtern erstellt, wie dies in Abbildung 5 veranschaulicht wird. In Folge haben wir die Literatur gründlich durchgearbeitet und den Begriffen entsprechende Zitate zugeordnet. Durch diese ‚Sättigung‘ konnten die Begriffe hierarchisiert, teilweise ersetzt, ergänzt, zusammengeführt und neu angeordnet werden. Aufgrund dieser Vorgehensweise wurden die Leitlinien in ihrer Grundstruktur entwickelt. In den einzelnen Handlungsabläufen der Leitlinien wurden die Inhalte, den erhobenen Zitaten folgend, eingearbeitet. Um die Inhalte der Leitlinien gemeinsam mit Expertinnen zu reflektieren und nach Möglichkeit zu erweitern, haben wir einen Workshop durchgeführt.



Abb. 5: Cluster mit zentralen Begriffen nach anfänglicher Literaturrecherche, -analyse und ersten Praxisdaten aus Vorträgen, Workshops, Lehrveranstaltungen, etc. Die „Hintergründe“ beziehen sich auf unsere spezifische Perspektive.

3.3 Workshop: Konzept und Durchführung

Franziska Lechner

Im Rahmen unserer Masterarbeit organisierten wir einen Workshop, um auch Expertinnen in den Prozess zu inkludieren und Feedback aus der Praxis zu erhalten. Der Workshop fand am 14.11.2023 in Linz statt. Als Ort wurde Linz gewählt, da sich in unmittelbarer Nähe zumindest zwei PVZs befinden und die Möglichkeit zur Nutzung der vorhandenen Räumlichkeiten bei pro mente möglich war.

Ziele des Workshops

- Miteinbeziehung von Expert:innen in der Entwicklung von TMP
- Verifizierung der Leitlinien
- Erarbeiten von Ideen für die Weiterbetreuungsleitlinie

Teilnehmer:innen

Für uns war es wichtig, Teilnehmer:innen aus verschiedenen Bereichen einzuladen. Der Fokus lag auf den Gruppen: Sozialarbeiter:innen aus dem PVZ, Betroffene bzw. Betroffenenvertretung und Krisenfeld. Wichtig war uns eine dialogische Sichtweise, die auch im Forschungsprojekt Anwendung fand. Wir konzentrierten uns auf diese drei Bereiche, da das Konzept im Idealfall PVZ von dem:der Sozialarbeiter:in angewendet werden sollte. Expert:innen aus dem Krisenfeld haben einen guten Einblick in das Thema Krise und sind im Umgang damit vertraut. Auch die Sichtweise von Betroffenen wollten wir nicht außer Acht lassen. Im späteren Programm sind Partizipation und Individualität ein wichtiger Punkt, der auch in der Entwicklung nicht weggelassen werden sollte.

Es wurden gesamt 14 Einladungen per Mail versendet und ein Telefonat geführt. Die Einladungen wurden je nach angesprochener Person unterschiedlich gestaltet. Hier beispielhaft für Angehörige:

Mail:

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Studierende des Masterlehrgangs Soziale Arbeit an der FH St. Pölten forschen wir zur psychosozialen Versorgung für von Krisen betroffene Menschen.

Wir wenden uns an Sie, da Sie sowohl Angehörige von Menschen in der Krise sind, aber evtl. auch als Betroffene von Trauerkrisen eigene Krisenerfahrungen machen mussten.

Von Praktikerinnen der Krisenhilfe wurden wir wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass sich die Versorgung nach der Akutintervention als schwierig gestaltet, da es sowohl an Therapieplätzen als auch an alternativen Möglichkeiten zur Stabilisierung und Weiterbetreuung/Sekundärprävention fehlt.

Im Rahmen unseres Forschungsprojekts bzw. als Ziel unserer Masterarbeit möchten wir ein Programm entwickeln, um neben der Akutintervention auch mittel- und langfristige Krisen-Begleitung/Sekundärprävention zu ermöglichen. Priorität dabei hat die rechtzeitige Stabilisierung von Menschen im gewohnten Umfeld. Daher soll das Programm in Primärversorgungszentren Anwendung finden, da wir dort drei gewichtige Vorteile erkennen können: 1.) Niederschwelligkeit, 2.) dezentrales Angebot direkt in den Gemeinden und 3.) multiprofessionelle Teams.

Durch intensive Literaturrecherche entwickelten wir ein vorläufiges Programm in Form eines nach Leitlinien strukturierten Manuals. In einem nächsten Schritt möchten wir unsere Arbeit präsentieren, durch Expert:innen valorisieren und uns durch weiteren Input anregen lassen. Daher möchten wir Sie herzlich einladen zu unserem

Workshop, am 14.11.2023 von 14:00 bis ca. 17:30 Uhr

in den Räumen der pro mente OÖ, Lonstorferplatz 1, 4020 Linz

Wir sind um einen Austausch zwischen Expert:innen aus unterschiedlichen Bereichen bemüht und interessieren uns daher sehr für das Erfahrungswissen von Betroffenen und Angehörigen. Neben dem Versuch Betroffene zu erreichen, laden wir Professionist:innen im Krisenbereich und PVZ-Mitarbeiter:innen ein. Nutzen Sie die Möglichkeit zur multiperspektivischen Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Krise‘ und zur Entwicklung von Ideen, wie Unterstützung gelingen kann!

Wir bitten Sie, die Information an eventuell interessierte Personen weiterzuleiten, da uns die Sichtweise von Betroffenen und deren Angehörigen ein großes Anliegen ist. Bitte zögern Sie nicht, sich bei Fragen oder Anregungen an uns zu wenden.

Wir freuen uns auf eine kurze Rückmeldung Ihrerseits und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Franziska Lechner und Priska Österle

PS: Bitte beachten Sie, dass wir den Workshop aufzeichnen möchten. Dies geschieht ausschließlich zur Datengenerierung für die Masterthesis. Die Aufnahmen werden nicht veröffentlicht.

Wir erhielten vier Zusagen, vier Absagen und acht weitere Mails wurden überhaupt nicht oder nicht klar beantwortet. Daher rechneten wir mit einer Teilnehmerinnenzahl von vier Personen, wobei jeder Bereich zumindest einmal vertreten war.

In einer zweiten Runde wurden abermals sechs Mails an Selbsthilfegruppen und Betroffenenvertretungen versendet, um eventuell noch eine Person aus dem Betroffenenbereich zu erhalten. So konnte noch eine Teilnehmerin dazu gewonnen werden. Gesamt haben daher 5 Personen teilgenommen, wobei eine Person verspätet kam und eine verfrüht gehen musste.

Zeitlicher Ablauf

Beginn des Workshops um 14.15 Uhr

- 10 min Einführung
 - Vorstellen des Masterarbeitsthemas und der Leitlinien ohne konkrete Inhalte zu nennen
- 90 min Workshop Teil I (Verifizierung der Leitlinien)
 - 5 min Einführung in die Methode und Rückfragen
 - 20 min Brainstorming (à 5 min pro Fragestellung)
- 5 min Vorstellungsrunde
 - 65 min Besprechen in der Gruppe
- 15 min Pause
- 65 min Workshop Teil II (Input für Weiterbetreuung)
 - 5 min Einführung in die Methode und Rückfragen
 - 60 min Brainstorming und Erarbeiten einer Mind-Map, einschließlich Diskussion
- 10 min Abschlussrunde und Verabschiedung

Die Vorstellung des Masterarbeitsthemas wurde kurzgehalten und auf eine Präsentation verzichtet. Die Ist-Situation der Versorgungslandschaft wurde beschrieben. Versorgungslücken wurden verifiziert und im Weiteren wurde erläutert, warum die Ansiedelung eines TMP im PVZ diese minimieren könnte. Es wurden die Ziele eines TMP ausgeführt und über den Hintergrund dieses Workshops aufgeklärt.

Workshopmethoden

Workshop Teil I

Der erste Workshopteil wurde nach dem World Café Workshop Konzept⁷ konzipiert. Beim World Café wird das Umfeld einem Café angepasst (mehrere Tische mit wenigen Stühlen). Nach einer Begrüßung und Einführung werden Kleingruppen gebildet (4-5 Personen), welche an den Tischen Platz nehmen. An den Tischen sind unterschiedliche Fragestellungen oder Themen als Diskussionsthema hinterlegt. Nach jeweils 20 Minuten gehen die Teilnehmer:innen zu einem anderen Tisch weiter und führen dort erneut ein Gespräch über das neue Tischthema. Nach den Gesprächen in den Kleingruppen werden die Gruppen eingeladen, ihre Ergebnisse aus den Gesprächen mit dem Plenum zu teilen.

Für unseren Workshop wurde das Konzept auf die Teilnehmerinnenzahl angepasst und Modifikationen vorgenommen. Aufgrund der wenigen Teilnehmerinnen wurde es den Teilnehmerinnen freigestellt, wann sie sich von Tisch zu Tisch bewegen und ob sie dies in der Gruppe oder allein machen. Zwei Personen wanderten gemeinsam von Tisch zu Tisch, die anderen einzeln. Vorgegeben war, nach spätestens 10 Minuten zur nächsten Fragestellung weiterzugehen. Die Tische wurden bereits nach 5 Minuten gewechselt und eine längere Diskussion

⁷ Nähere Informationen über das Konzept finden sich auf der Website der Word Café Methode (The World Café 2024)

wurde eingeplant. Um das Clustern der Meldungen zu ermöglichen, wurden den Teilnehmerinnen Kärtchen bereitgestellt.

Fragestellungen:

- Welche Informationen, welches Wissen brauchen Betroffene für die Bewältigung von Krisen?
- Welche Ressourcen brauchen Betroffene für die Bewältigung von Krisen? Wie können Ressourcen aktiviert werden?
- Welche Fähigkeiten brauchen Fachkräfte, um von Krisen Betroffene gut unterstützen zu können?
- Welche Methoden (Techniken) wenden Sie gerne an? (Lieblingsmethoden, warum?)

Es wurde bewusst entschieden, die Leitlinien vorher nicht im Detail vorzustellen, sondern mit offenen Fragen die Themenbereiche abzufragen bzw. anzuschneiden. Wir wollten sehen, welche Rückmeldungen kommen und ob sich diese mit den ausgearbeiteten Leitlinien decken. Außerdem wollten wir ermitteln, welche Ergänzungen durchzuführen sind. Ziel dieses Teils war die Verifizierung der erarbeiteten Leitlinien bzw. deren Ergänzung.

Workshop Teil II

Für den zweiten Teil des Workshops wurde die Mindmapping-Methode gewählt. Eine Mind-Map oder Gedankenlandkarte ist eine visualisierte Darstellung von Informationen, eines Themas, eines Plans... etc. Durch Brainstorming in der Großgruppe soll letztendlich eine zusammenhängende Mind-Map entstehen. Zur Einleitung der Methode wird in wenigen Minuten die Idee der Leitlinie vorgestellt.

Thema:

- Weiterbetreuung nach stabilisierter Krisensituation

Bei der Methode wurde den Teilnehmerinnen nur das Thema vorgegeben. Es gab keine weiteren Vorgaben in Bezug auf Inhaltsschwerpunkte und Strukturierung. Diese Thematiken wurden in der Gruppendiskussion entschieden.

Bei diesem Teil des Workshops geht es darum, Input für eine mögliche Leitlinie zur Weiterbetreuung nach einer stabilisierten Krisensituation zu sammeln. Diese Methode wurde gewählt, um auch die internen Diskussionen zur Erstellung der Mind-Map zu nutzen.

Während des Workshops wurden Tonaufnahmen angefertigt, die anschließend transkribiert und ausgewertet wurden. Die Workshop-Ergebnisse werden im *Kapitel 6 – Expertinnenaustausch* besprochen.

3.4 Analyse der empirischen Daten

Priska Österle

Die Auswertung und Systematisierung des Workshop-Outputs erfolgte mithilfe des Datenanalyseprogramms *ATLAS.ti*.⁸ Der Aufbau der Software orientiert sich an der *Grounded Theory* (Glaser / Strauss 1976), wodurch sich einzelne an diese Methode angelehnten Schritte durchführen lassen. Konträr zur *Grounded Theory* hatte unsere Forschungsstrategie primär einen deduktiven Charakter, indem die aus der Literatur analysierten Leitlinien mit den Praxisbefunden verglichen wurden. Das methodisch bekannte Kodieren erfolgte nicht interpretativ und aus der unmittelbaren Logik der Daten heraus. Stattdessen wurde die Kodefunktion für die bereits erstellten Leitlinien verwendet, um die Daten nach diesen Kriterien zu systematisieren. Mithilfe dieser vordefinierten Kategorien wurde das Workshop-Transkript überarbeitet und Zitate entsprechend zugeordnet. Dabei wurde bewusst darauf geachtet, nach weiteren Aspekten zu suchen, die nicht durch die bis zu diesem Zeitpunkt erarbeiteten Leitlinienkategorien und -inhalte abgedeckt worden sind. Dadurch konnten neue Codes im induktiven Sinne analysiert werden, wodurch die Inhalte der Leitlinien spezifiziert, detailreicher gestaltet und näher begründet werden konnten. Außerdem konnten Vorschläge und Probleme identifiziert werden, die während der Literaturrecherche nicht aufgefallen sind. Diese Zitate wurden klassisch der *Grounded Theory* entsprechend mit Codes versehen und fanden rückwirkend Eingang in die Leitlinien. Eine detaillierte Diskussion der Ergebnisse findet sich in *Kapitel 6, Expertinnenaustausch*.

⁸ *ATLAS.ti*: Computer-assisted qualitative data analysis software von ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.

4 Verifizierung der Versorgungslücke

Franziska Lechner

In unserem übergeordneten Forschungsprojekt „Assessment und Analyse der Psychosozialen Versorgung und Krisenintervention in Österreich an drei ausgewählten Standorten“ (FH St. Pölten 2024) zeigte sich eine Versorgungslücke zwischen der akuten Krisenversorgung und der Nachbetreuung in therapeutischen oder ähnlichen Settings.

Zur kurzen Einführung folgt ein im Forschungsprojekt ausgearbeitetes Fallbeispiel von Herrn Altmann:

Exkurs: Fallbeispiel Herr Altmann

Herr Altmann

Anamnese: 81 J, verheiratet, Einfamilienhaus, keine Kinder

Ausgangssituation: schlechter Allgemeinzustand der Ehefrau, hoher Pflege- und Unterstützungsbedarf, wahnhafte Ideen und Angst (Sie versteckt z.B. Lebensmittel, da sie glaubt, dass der Nachbar den Kühlschrank ausräumt), keine externen Hilfen aus Sozial- oder Pflegebereich

Krise: Seit 2 Wochen hält er es nicht mehr aus → Frau wird gewalttätig

Wie kommt Herr Altmann in Oberösterreich zur Krisenintervention?

Szenario 1:

Herr Altmann geht zu seinem Hausarzt und erzählt diesem von seinem Problem. Der Hausarzt erkennt die krisenhafte Situation und verweist Herrn Altmann an das Krisentelefon oder ruft eventuell direkt mit ihm an oder schickt ihn zum Kriseninterventionszentrum. Für weitere Vorgehen siehe Szenario 2.

Sein Hausarzt erkennt die ernsthafte Lage nicht und Herr Altmann schleppt sich gequält wieder nach Hause. Seine Lage verbessert sich nicht und führt zu einer sozialen Isolation. Im schlimmsten Fall tut er sich oder seiner Frau etwas an, da er die Situation so nicht mehr ertragen kann.

Szenario 2:

Herr Altmann kann sich selbst an das Krisentelefon wenden. Das Krisentelefon ist eine Einrichtung der Krisenhilfe Oberösterreich, ein Trägerverbund bestehend aus: pro mente OÖ, EXIT-sozial, Rotes Kreuz, Telefonseelsorge OÖ und der Notfallseelsorge. Die Finanzierung findet durch das Land statt und das Angebot kann kostenlos in Anspruch genommen werden.

Es gibt für die akute Situation von Herrn Altmann auch die Möglichkeit einer Unterbringung in einem Krisenzimmer (Krise durch die gewalttätige Frau zu Hause). Das Angebot der Krisenhilfe umfasst die Notfallseelsorge, den psychischen Krisendienst, eine 24h Hotline inklusive Chatberatung. Zuständigkeitsvoraussetzung ist lediglich der Wohnort/Aufenthalt im Bundesland, eine Versicherung etc. wird nicht benötigt. Es geht darum, den Betroffenen ihre eigene Stabilität, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zurückzugeben und so negative Folgen von Krisen zu vermeiden (z.B. soziale Isolation). Eine längerfristige psychische Betreuung durch die Krisenhilfe ist nicht möglich.

Das Angebot ist für Herrn Altmann auch nutzbar bei fehlender Mobilität oder Ansiedlung im ländlichen Gebiet (über die telefonische Erreichbarkeit). Herr Altmann kann bei gegebener Mobilität oder Ansiedlung in Linz ebenfalls das Kriseninterventionszentrum aufsuchen. Zudem gibt es ein mobiles Angebot der Krisenhilfe durch einen einmaligen Hausbesuch.

Zum Angebot der Krisenhilfe kommt er daher aktiv durch einen Anruf am Krisentelefon oder durch Aufsuchen des Kriseninterventionszentrums.

Szenario 3:

Herr Altmann sucht das „PVE Grüne Mitte“ auf. Dort ist es möglich, neben der ärztlichen Akutversorgung auch das psychosoziale Angebot (Sozialarbeit, Psycholog:in) in Anspruch zu nehmen, Termine können von der Ordinationsassistentin direkt an die Sozialarbeiter:in oder Psycholog:in weiterverbunden werden. Befindet sich Herr Altmann in einer Akutsituation, wird er an die Krisenhilfe oder an das Krankenhaus weitervermittelt.

Herr Altmann sucht das PVZ Machtrenk auf, dort wird er telefonisch oder persönlich beraten. In einer Krisensituation ist eine Krisenintervention durch eine:n Psycholog:in oder Sozialarbeiter:in möglich. Eine Zuweisung zur jeweiligen Abteilung erfolgt durch den behandelnden Arzt oder durch die behandelnde Ärztin bzw. Therapeut:in.

Wie man anhand des Fallbeispiels sieht, gibt es für den akuten Krisenfall eine Versorgung, solange die Situation ernst genommen wird. Bei der Anbindung im Kriseninterventionszentrum oder der Krisenhilfe geht es um die Krisenversorgung, es gibt kein Angebot für eine längerfristige Begleitung nach der Stabilisierung. Bei der Anbindung im PVZ gibt es in jedem PVZ ein anderweitiges Vorgehen, je nachdem welche Stellen besetzt sind und welche Professionen im erweiterten Team vorhanden sind. Eine Nachbetreuung durch ein psychosozial geschultes Personal ist in dem beschriebenen Beispiel möglich. Es gibt jedoch kein Schema nach dem vorgegangen wird. Hier könnte ein Programm helfen, ein strukturiertes Vorgehen zu schaffen und Kompetenzen an andere Professionen als an die bereits sehr ausgelasteten Hausärzt:innen zu übertragen.

Neben dem Forschungsprojekt und dem genannten Fallbeispiel wurden weitere Lücken identifiziert:

Die Versorgung rund um die Krise ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. So sehen sich die Krisenhilfe OÖ und das AKUTteam NÖ für die akute Krisenversorgung zuständig und haben auch begrenzte Ressourcen, um eine weitere Betreuung zu ermöglichen (10 Termine bei der Krisenhilfe OÖ, Int4 00:11:47; 6h beim AKUTteam NÖ, Int3 00:09:34). Das

Kriseninterventionsteam des Landes Steiermark sieht sich auch als Überbrückungshilfe und füllt so selbst eine vorhandene Lücke. Was nicht den Standard darstellt.

„Also, wir sehen unsere Leistung als Überbrückungshilfe, ja also in Zeiten, wo es andere Dienste, die es ja vielleicht gibt, aber noch nicht wirksam werden können, weil die Strukturen das so nicht vorsehen.“ [Int1 00:09:23]

Kritik am aktuellen Versorgungssystem gibt es am Entlassungsmanagement und an der Nachversorgung nach einem psychiatrischen Aufenthalt (Eberle 2022). Aus einem Interview vom moment Magazin lässt sich entnehmen:

„...bekam nach seinen vier Aufenthalten immer nur einen Rezeptzettel und die Empfehlung, eine Psychotherapie zu machen. Dann war er wieder auf sich allein gestellt. (...) Es hätte eine psychosoziale Fachkraft gebraucht, die dabei unterstützt, Vertrauen gegenüber der Therapie aufzubauen. Stattdessen verfiel er zu schnell wieder dem Alltag.“ (ebd.)

Dieser Artikel macht besonders darauf aufmerksam, dass das Versorgungssystem nach einem Klinikaufenthalt mangelhaft ist. Es ist schwer an Therapieplätze zu kommen und die Entlassung geschieht abrupt mit zu wenig Nachbetreuung [Int3 01:18:48].

Besonders für Personen mit niedrigeren Einkommen ist es schwierig, Therapieplätze zu finden. Auf Kassenplätze gibt es lange Wartezeiten, wenn man nicht bereit oder nicht fähig ist, den Psychotherapieplatz aus der eigenen Tasche zu bezahlen (ebd.) und auch der Nachweis, dass kein Kassenplatz vorhanden ist, führt nur zu einer geringen Kostenübernahme der Krankenkasse (Kraussler 2023). Nicht umsonst hat der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie die Initiative #mehrpsychotherapiejetzt ins Leben gerufen, denn nur für rund 1% der Bevölkerung gibt es krankenkassenfinanzierte Psychotherapieplätze (ÖBVP o.A.).

Neben der Problematik, dass zu wenig Therapieplätze vorhanden sind bzw. eine lange Zeit darauf gewartet werden muss [Int 3 01:17:48, 01:21:12], ist auch das Entlassungsmanagement und der Betreuungswechsel ein Thema. Nicht umsonst wird in vielen Bereichen auf den Beziehungsaufbau und die Beziehungskontinuität [Int4 00:10:43] gesetzt. Ein Wechsel im Betreuungssetting geht auch immer einher mit einem Beziehungsabbruch und einem erneuten Beziehungsaufbau. Die Entlassung und der miteinhergehende Beziehungsabbruch sollte gut vorbereitet sein und ein „Auf-sich-alleine“ gestellt sein, wie oben beschrieben, vermieden werden. Sowohl in der Krisenintervention als auch bei anderen verwandten Thematiken wie den Traumaambulanzen führen fehlende Anschlussinterventionen zu Problemen (Keller et al. 2021:56; Int4 00:56:00).

„Wir versorgen sie gut in der akuten, ja versorgen, wir unterstützen sie gut in der ersten Phase und merken, sie sind auf einem guten Weg, merken aber, sie brauchen noch längerfristig auch noch was und da ist irgendwie nichts.“ [Int4 00:56:30]

Wie wichtig die psychosoziale Gesundheit ist und wie man diese fördern kann, ist bereits Teil des österreichischen Gesundheitsprogrammes und wird von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im speziellen durch die Veröffentlichungen des Fond Gesundes Österreich verdeutlicht (GÖG o.A.). Dabei geht es generell darum, wie man die Gesundheit, darunter auch die psychosoziale Gesundheit, erhalten kann- egal, ob im beruflichen Setting, bei Kindern und Jugendlichen oder im Alter. Es handelt sich um allgemeine anwendbare empirisch erforschte

Maßnahmen um die Gesundheit zu erhalten. Problematisch ist eher, wie diese Unterlagen zu den Betroffenen kommen und Anwendung finden.

Aufgrund dieser identifizierten Lücke haben wir uns entschieden ein Programm zu schaffen, das eine längerfristige (post-)Krisenbegleitung ermöglicht und viele Personen im Rahmen der Primärversorgung ansprechen soll. Es soll ein konkretes Programm angelehnt an bestehende Programme geschaffen werden, um den Erhalt der psychischen Gesundheit in der Primärversorgung zu etablieren.

5 Trouble Management Programm (TMP)

Franziska Lechner

TMP steht für Trouble Management Programm und ist dem Disease Management Programm (DMP) nachempfunden. Beim DMP handelt es sich um Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Durch den an die Medizin angelehnten Begriff soll eine leichtere Etablierung im Gesundheitsbereich, im speziellen in den Primärversorgungseinrichtungen, ermöglicht werden. Ideengebend für die Bezeichnung war die Definition von *disease* – dies meint laut dem American Heritage Dictionary of the English Language (HarperCollins Publishers 2022): *lack of ease; trouble*.

Ziel des Programms ist ein umfassendes Betreuungsangebot während und nach Krisen und krisenhaften Situationen qualitativ abzusichern, wobei die Betreuung in PVZ stattfinden soll. Es geht nicht darum eventuellen Therapiebedarf zu ersetzen. Es soll eine möglichst lückenlose Versorgung in diesem Bereich angeboten werden können und während eventueller Wartezeiten auf Therapieplätze Stabilisierung ermöglichen. Teil des Programms ist es ebenso, eine Abklärung externer Hilfemöglichkeiten durchzuführen und deren Notwendigkeit zu prüfen. Im Programm enthalten ist dabei auch die Unterstützung bei der externen Anbindung, um reine Weiterweisungen zu verhindern. Doch nicht alle Personen haben den Bedarf extern angebunden zu werden oder brauchen eine Überbrückung, bis es freie Therapieplätze gibt. Es ist jederzeit möglich externe Anbindungen im Programm zu inkludieren und zu jedem Zeitpunkt aus dem Programm ein- oder auszusteigen. So soll die Anpassung auf die individuellen Bedürfnisse gewahrt werden. Die Ansiedlung in den PVZ bietet die Möglichkeit eine breite Palette an Weiterbetreuungsmaßnahmen anbieten zu können und das hausintern. Dies bietet den großen Vorteil, dass Betroffene nicht zusätzlich unter Druck gesetzt werden. Für die Behandlung von Depressionen hat es sich bereits etabliert, die Interventionen auf verschiedene Therapiearten auszuweiten wie Ergo-, Sozial-, Sport- und Bewegungs-, Licht- und Schlafentzugstherapie (BÄK et al. 2022), welche teilweise bereits durch die Angebote im PVZ abgedeckt werden können.

Im TMP sollen die Ressourcen insoweit gestärkt werden, dass eine eventuelle zukünftige Krise verhindert werden kann und der Umgang damit erleichtert wird. Aus diesem Grund ist die Weiterbetreuungsphase ein wichtiger Bestandteil des Programms und wird in einer eigenen Leitlinie konkretisiert.

Die Ausübung des Programms im PVZ bietet sich an, da hier die vorhandenen multiprofessionellen Strukturen genutzt werden können, um ein facettenreiches und individuelles Programm zu gestalten. Zu den näheren Ausführungen hierzu verweisen wir auf *Kapitel 5.4 TMP als Angebot in der Primärversorgung*.

Jede Krise ist anders und jede Person geht anders mit Krisensituationen um, daher ist es nicht möglich, ein komplett steifes Programm zu kreieren und gleichzeitig auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen. Die Leitlinien sollen sowohl eine Grundlage als auch

ein Standardrepertoire, das angewendet werden kann, bieten. Eine Ergänzung um individuelle Weiterbetreuungsmöglichkeiten ist wünschenswert und mit dem Programm vereinbar. In der Krisenbehandlung gibt es „keine einheitlichen, wissenschaftlich begründeten Konzepte über die *richtige* Vorgehensweise im Umgang mit Krisen“ (Hofer-Moser et al. 2020:9; *kursiv* im Original). Krisen sind immer individuell und haben unterschiedliche Dynamiken (ebd.:9), darum ist es wichtig, das Programm individuell gestalten zu können und so auf die Bedürfnisse des Einzelnen einzugehen.

Zu Beginn des Kapitels werden die dem TMP zugrunde liegenden Konzepte vorgestellt und es wird auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede verwiesen. Danach folgt die Ausarbeitung der Leitlinien, welche als Unterlagen für TMP-begleitende Fachkräfte dienen sollen. Die Leitlinien werden durch Erklärungen ergänzt. Außerdem wurden Unterlagen für Betroffene entwickelt, um aktiv am TMP-Prozess teilnehmen zu können (die vollständigen Unterlagen finden sich im *Anhang*). Danach wird die Rolle der Sozialarbeit im TMP und die Implementierung von TMP im PVZ diskutiert.

5.1 Basismodelle und verwandte Konzepte von TMP

Zur Ausarbeitung des TMP wurde sich bewährter Methoden bedient: das sozialarbeiterische Case Management (CM), Disease Management Programmen (DMP) und Social Prescribing (SP). Hierbei handelt es sich um Methoden aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich, die standardisiert bzw. standardisierbar sind und trotzdem flexibel und individuell angewendet werden können. Im folgenden Kapitel werden die herangezogenen Basismodelle erläutert und die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum vorliegenden TMP herausgearbeitet.

5.1.1 Case Management (CM)

Franziska Lechner, Priska Österle

Die folgende Darstellung von Case Management bezieht sich auf die *Standards für Social Work Case Management* (Goger / Tordy 2020), in denen das Idealbild eines CM-Programms präsentiert wird. Im Rahmen dieser Arbeit wird bei CM über das sozialarbeiterische CM gesprochen. Der Unterschied zum generalistischen CM-Verständnis liegt darin, dass die Soziale Arbeit als Wissenschaft dem CM übergeordnet wird und damit das CM fachlich gestaltet (Müller 2018:337). Ein generealistisches Verständnis von CM geht davon aus, dass es ein von Disziplinen unabhängiges Verfahren ist. Es fehlt also an Expertise für die Rahmung der

Abläufe (ebd.:336f). In der Praxis folgt CM oft der Organisationslogik und den Effizienzvorstellungen von Geldgeber:innen.⁹ Im Gegensatz dazu aus der Theorie:

„Case Management ist ein Handlungskonzept, welches dann indiziert ist, wenn bei Personen sowohl eine zeitlich andauernde und komplexe Problemlage als auch Schwierigkeiten bei der Nutzung von Sozial- und Gesundheitsangeboten vorhanden sind. Es soll zur Sicherstellung von abgestimmten einrichtungs- sowie professionsübergreifenden und passgenauen Unterstützungen dienen, welche sich in der Lebenswelt der Klient:innen an deren Defizite anpassen“ (Goger / Tordy 2020:11).

Case Management wurde ursprünglich aus den Fallerfordernissen der sozialarbeiterischen Einzelfallhilfe entwickelt und folgt einer Vielzahl handlungsleitender Prinzipien, methodischer Vorgehensweisen und ethischer Ansprüche der Sozialen Arbeit. Darunter gehören u.A. Konzepte wie die Lebensweltorientierung, Empowerment, Stärken- und Ressourcenorientierung und die informierte Zustimmung.¹⁰ Die Fallbearbeitung folgt festgelegten Informations-, Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen. Der standardisierte Ablauf der Phasen des CM wird Regelkreis (Abb. 6) genannt.



Abb. 6: stärkenorientierten Regelkreis des CM-Prozesses (Ehlers o.A.)

⁹ Böhm (2022:77) stellt (angelehnt an Kleve) die jeweiligen Logiken von Lebensweltorientierung und Ökonomisierung gegenüber, um dieses Spannungsfeld der sozialarbeiterischen Praxis zu veranschaulichen, wobei die unterschiedlichen Prämissen der Hilfsbedürftigen-Orientierung und Auftrags- bzw. Geldgeber-Orientierung deutlich zum Vorschein kommen.

¹⁰ Eine vollständige und detaillierte Auflistung der „Handlungsleitenden Prinzipien“ finden sich in den *Standards für Social Work Case Management* (Goger / Tordy 2020:32ff).

Der Regelkreis im Case Management ist ein fortlaufender Prozess, der aus Klärung, Einschätzung, Planung, Umsetzung, Überprüfung und Bewertung von Maßnahmen zur Unterstützung und Betreuung von Einzelpersonen oder Gruppen besteht. Dieser Zyklus ermöglicht es, die Bedürfnisse und Fortschritte der Klienten zu bewerten, Interventionen anzupassen und die Effektivität des Gesamtprozesses zu verbessern.

Der Prozess ist nicht linear zu verstehen, die Phasen können auch parallel und rekursiv verlaufen:

„Ausgehend von einer Erhebung der Istsituation im Assessment soll eine umfassende Ziel- und Hilfeplanung erfolgen und in weiterer Folge die Umsetzung der Hilfen koordiniert (Intervention) und kontrolliert (Monitoring) werden, um schließlich am Ende des Prozesses die Ergebnisse und den Prozess zu evaluieren.“ (Goger / Tordy 2020:11)

Der Fall ist der Ausgangspunkt für alle Prozesse und Interventionen. Die Fallführung und Prozessverantwortung liegt bei dem:der Case Manager:in. Diese:r trägt die Sorge für eine Unterstützung, die den Bedürfnissen, Zielen, Wünschen und der Lebenswelt der Klient:innen entspricht und auch die Bedürfnisse der An- und Zugehörigen miteinbezieht. Case Manager:innen agieren anwaltschaftlich für ihre Klient:innen und erschließen Ressourcen im informellen und institutionellen/professionellen Bereich, wobei informelle Hilfe immer der professionellen Unterstützung vorzuziehen ist, um institutionelle Abhängigkeiten zu vermeiden und die Autonomie der Klient:innen zu stärken. Die Unterstützung durch CM erfolgt so lange, wie die Unterstützung benötigt wird.

Ein Wesensmerkmal des CM liegt in der zweifachen Ausrichtung, sowohl auf Fall- als auch auf Systemebene. Das heißt, dass im CM-Prozess die Angebote und Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens evaluiert und bei Bedarf modifiziert oder neu kreiert werden sollen. Die Vision des CM liegt in der Anpassung von professioneller Hilfe und Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens an die Logik der Fälle. Die entsprechende Organisation von Hilfsangeboten auf Systemebene wird Care Management genannt und ist ein impliziter Teil von CM. Das Wissen der organisationalen Netzwerke wird auch an die Ebene der Verwaltung und der Politik weitergegeben und die Organisationen stehen beratend zur Seite, um neue Lösungen zu entwickeln.

Da einzelne Aspekte des Case Management für das TMP genutzt werden und auch später in den Leitlinien (abgekürzt LL; siehe *Kapitel 5.2*) vorkommen, wird auf diese Aspekte näher eingegangen.

Wie in der Leitlinie zur Professionalität (LL1; *Kapitel 5.2.1*) näher erläutert wird, ist Beziehungsarbeit ein wichtiger Bestandteil eines professionellen Arbeitsverständnisses. Auch CM legt großen Wert auf die Beziehungsarbeit. Im TMP erachten wir diese als besonders wichtig, da die kontinuierliche Beziehung einen großen Vorteil für Betroffene darstellt. Es herrscht ein durchgängiger Kontakt mit dem PVZ und der fallführenden TMP-begleitenden Fachkraft. Beziehungsarbeit als Aspekt von CM und TMP wird daher genauer vorgestellt.

Zunächst wird hier Grundlegendes zum Beziehungsaufbau im CM erläutert. Für den Beziehungsaufbau ist wichtig (Goger / Tordy 2023:47ff):

- Prozedurale Fairness (also Einbindung und Beteiligung von Klient:innen)
- Vertrauensvolle Arbeitsbeziehung (Vertrauen ist gegeben, wenn fachlich schlüssig begründet wird und ein waches Interesse für das Gegenüber gegeben ist)
- Beziehungskontinuität (Kontinuität über Management hinaus, eine langfristige und dauerhafte Arbeitsbeziehung hat am meisten Erfolg)
- Anerkennung in distanzierter Nähe (Hier wird die eigene Distanz und Reflexion vorausgesetzt, angebotene Deutungen sind als Verstehensangebote aufzufassen, die mit den Klient:innen ausgehandelt werden)

„Das Zustandekommen einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung kann von den Professionellen nicht erwartet werden, sondern muss von diesen in einem Prozess der Beziehungsgestaltung und des Vertrauensaufbaus mit den Adressat_innen erarbeitet werden. In diesem Kontext ist die Ausprägung bestimmter Kriterien in der Zusammenarbeit wie Verlässlichkeit, Respekt, Sicherheit, Stabilität, Transparenz, Teilhabe und Zutrauen von Bedeutung. Der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung ist mit der Herausforderung der Gestaltung von professioneller Nähe und Distanz verbunden.“ (Linke 2021)

Ein Beziehungsaufbau geschieht daher nicht von selbst, sondern erfordert Bemühungen seitens der Professionist:innen. Die Beziehungsarbeit verlor in Hinblick auf die Management Funktion (= Broker Funktion) im CM seinen Stellenwert. In den USA ist beispielsweise im CM die Klient:innenarbeit in den Hintergrund gerückt und die Ökonomisierung in den Vordergrund (Neuffer 2007:417). Die Entwicklungen des CM in Bezug auf die Beziehungsarbeit wird kritisch beobachtet. So wird generell darüber diskutiert, ob die Beziehungsarbeit im CM noch relevant ist oder vernachlässigt werden kann (Goger / Tordy 2023:40f). Als wesentliche Kritik am CM gilt, dass mehr Fokus auf andere Themen gelegt wird und die Beziehungsarbeit nur nachrangig ist (Neuffer 2007:417). Trotz aller Kritik und Diskussionen kommt das CM nicht ohne Beziehungsgestaltung aus. Die Fallverantwortung im CM erfordert Beziehungsarbeit, um das Vertrauen und die Arbeitsbasis zu erhalten (ebd.:419).

Da auch für das TMP organisatorische und managende Elemente für die fallführende Person (= Sozialarbeiter:in) enthalten sind, sollte darauf geachtet werden, dass von Anfang an auf die Stellung der Beziehungsarbeit Wert gelegt wird und aus der Kritik über die Beziehungsarbeit im CM gelernt werden kann. Nur mit einer tragfähigen Arbeitsbeziehung kann das Zusammenarbeiten im Rahmen des TMP funktionieren. Eine fehlende Beziehungskontinuität führt dazu, dass Maßnahmen letztendlich zum Scheitern verurteilt sind (Klug 2017:155).

Die Besonderheit in der Beziehungsarbeit im CM ist die Komplexität, die durch viele Akteur:innen mit unterschiedlichen Kompetenzen entsteht (ebd.:152f). Das bezieht sich nicht nur auf Helfer:innen, sondern umfasst das gesamte soziale Netzwerk. Es gibt also nicht nur ein komplexes Gefüge an Helfer:innen und die Beziehungsarbeit endet nicht zwischen der:dem Case Manager:in und Klient:in, sondern beeinflusst auch die Beziehungen zwischen Klient:in und Sozialen Netzwerk (Abb. 7).

„Beziehungsarbeit im CM geht über die reflexive Gestaltung der Beziehung zwischen Case Manager:in und Klient:in hinaus. Der intermediären Funktion Rechnung tragend, gilt es, das soziale Gefüge des:der Klient:in in den Blick zu nehmen und die Beziehungen mit allen beteiligten Akteur:innen im CM-System aktiv zu pflegen.“ (Goger / Tordy 2023:62).

Bei der Beziehungsarbeit im CM muss daher nicht nur auf die Beziehungsarbeit mit dem:der Klient:in eingegangen werden. Sie umfasst beispielsweise auch auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind (Klug 2017:152f).

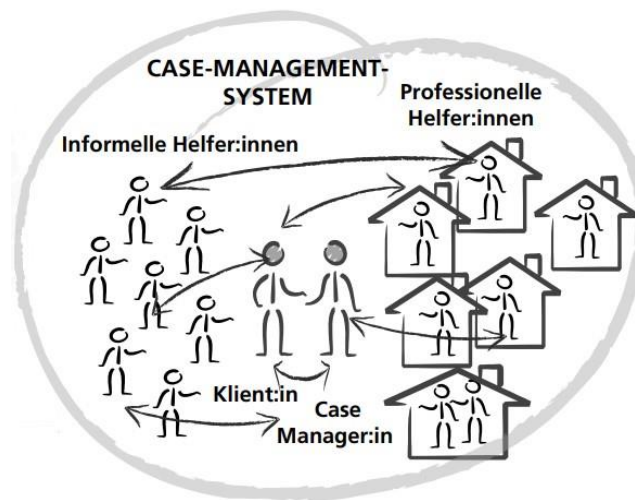


Abb. 7: Vielfalt der Beziehungen im CM zit. nach Goger / Tordy (2023:42)

Diese Ausführungen sind auch für das TMP relevant. Die sozialen Ressourcen stellen einen wichtigen Eckpfeiler im TMP dar (LL3b; Kapitel 3.2.3). Das soziale Umfeld kann und soll im TMP nicht weggedacht werden, daher ist eine Auseinandersetzung, wie mit den sozialen Ressourcen gearbeitet wird und wie die Beziehung zwischen den Betroffenen und dem sozialen Umfeld gestaltet wird, ebenfalls für das TMP von Bedeutung.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu TMP

CM und TMP teilen viele Gemeinsamkeiten, zeichnen sich aber auch durch diverse Unterschiede aus. Gemeinsam sind ihnen ein Menschenbild, in dem Individuen immer systemisch als ‚Person-in-Umwelt‘ betrachtet werden und Fälle als ‚Person-in-Situation‘, wodurch neben der systemischen Ausrichtung der momentane (veränderbare!) Zustand verdeutlicht wird. Weitere Gemeinsamkeiten bilden das strukturierte Vorgehen und die standardisierte Verfahrensweise bei gleichzeitig radikaler Fallorientierung („im Einzelfall kann und soll von den Routinen und Strukturen abgewichen werden“; Goger / Tordy 2020:15). In beiden Programmen wird die Kontinuität der Beziehung als essenziell betrachtet, da Vertrauen als Basis für eine gelingende Problembewältigung erachtet wird. Eine relative Besonderheit von CM und TMP ist die vertragsmäßige Zusammenarbeit. Das schriftliche Festhalten von Vereinbarungen im TMP soll zu Eigenverantwortung motivieren, Selbstwirksamkeit sichtbar machen und dadurch die Compliance und aktive Mitarbeit fördern. Weder CM noch TMP sind von Organisationsseite her zeitlich beschränkt. Beide Angebote werden so lange durchgeführt, bis die Unterstützung nicht mehr benötigt wird. Bemerkenswert im Hinblick auf diese Arbeit ist die Ausführung von Wendt (2010:172), der „Evidenzbasierte Leitlinien und Empowerment-Strategien, präventive Maßnahmen, um Verschlimmerungen und Komplikationen vorzubeugen“ als Merkmale von CM nennt. Diesen Anspruch stellt sich auch TMP.

Unterschiede zum CM zeigt TMP vor allem darin, dass die Unterstützung im TMP primär als lebensweltorientierte Individualhilfe konzipiert ist und gezielte Interventionen auf Systemebene nur eine sekundäre Rolle spielen. Case Management ist keine bloße Methode der strukturierten sozialarbeiterischen Einzelfallhilfe, sondern auch ein Handlungskonzept für ein Organisationsmodell, das sich bereichsübergreifend über mehrere Disziplinen, Fachlichkeiten und gesellschaftliche Institutionen erstreckt (Gierlinger et al. 2022:107). TMP ist eher bedürfnis- und weniger bedarfsorientiert. Care Management wird in den Leitlinien nur sehr rudimentär angeführt. Aus unserer Sicht sind Interventionen auf Systemebene nicht in dem Maße notwendig wie im CM, da dort die Errichtung von organisationalen Netzwerken zentral ist. Im TMP ist dies weniger der Fall, obwohl die Angebote des Sozial- und Gesundheitssystems als nutzbare Ressourcen gesehen werden und die Vernetzung mit Anbieter:innen im Bereich forciert werden soll.¹¹

TMP ist im Vergleich zu CM ein Nischenprojekt. Dennoch – das Professionsverständnis der Sozialen Arbeit impliziert ein ‚Intervenieren im System‘. Dies ist aber ein Anspruch an die Sozialarbeit generell und nicht an TMP-Verantwortliche im Speziellen. Sozialarbeiter:innen in PVZ sind dazu angehalten, Bedürfnisse wahrzunehmen und nach Möglichkeit spezifische Angebote zu schaffen (siehe dazu auch *Kapitel 6*, in dem die Ergebnisse des Workshops präsentiert werden). PVZ sind wichtige Akteurinnen im Gemeinwesen und sollen sich aktiv in die Entwicklungsplanung von Gemeinden und Grätzeln einbringen.

Der Hauptunterschied zwischen CM und TMP liegt in der Prozessverantwortung. Diese beschränkt sich im Falle von TMP hausintern auf das Team im PVZ. Der:Die Sozialarbeiter:in im PVZ kann die institutionenübergreifende Zusammenarbeit weder gewährleisten, noch verantworten.

CM und TMP begründen sich jeweils auf die disziplinäre Sozialarbeit und berufen sich auf deren Theorien, Methoden und Standards. Die Rolle der Sozialen Arbeit im TMP wird in *Kapitel 5.3* ausführlich diskutiert.

5.1.2 Disease-Management-Programme (DMP)

Franziska Lechner

„Disease-Management-Programme (DMP) sind Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen.“ (IQWiG 2023). Das Konzept stammt ursprünglich aus den USA, die Disease Management Association of America (DMAA) und Care Continuum Alliance (CCA) definieren das Disease Management wie folgt (CCA o.A.):

“Disease Management is a system of coordinated healthcare interventions and communications for populations with conditions in which patient self-care efforts are significant.
Disease management:

¹¹ Die Umsetzung von TMP an sich würde hingegen Interventionen auf Systemebene erfordern, da mehr Ressourcen für die Sozialarbeit in PVZ lukriert werden müssten.

- supports the physician or practitioner/patient relationship and plan of care
- emphasizes prevention of exacerbations and complications utilizing evidence-based practice guidelines and patient empowerment strategies
- evaluates clinical humanistic, and economic outcomes on an ongoing basis with the goal of improving overall health.”

Nichtsdestotrotz sei zu erwähnen, dass es keine einheitliche Definition gibt und auch andere Definitionen vorgeschlagen wurden und kursieren (Schrijvers 2009).

Ein DMP besteht aus wissenschaftsbasierten praktischen Guides, Selbstlehre der Patient:innen und Beobachtung der Resultate (Angela Neumeyer-Gromen et al. 2004:1211). Das Competence Center Integrierte Versorgung schafft Rahmenkonzepte für systemische Behandlungsansätze in Österreich, so auch die Rahmenkonzepte für DMPs. In Österreich wird das DMP namens *Therapie aktiv* bereits für die Behandlung von Diabetes Mellitus Typ 2 angewendet und ist bis dato das einzige österreichweit angebotene DMP. Neben diesem wird an einem DMP für Herzinsuffizienz gearbeitet. Es gibt noch lokale und regionale Initiativen zu unterschiedlichen Krankheitsbildern, die sich am DMP orientieren, aber keine DMPs sind. Wiedererkennungswert haben die Programme aufgrund der Begleitung durch mannigfaltige Unterlagen. Für *Therapie aktiv* stehen für die Patient:innen beispielsweise ein Diabetespass, ein Diabetes-Tagebuch, ein Diabetes-Tagebuch-Insulinanpassung, ein Pocket-Guide, ein Folder Patienteninformationen und ein Patientenhandbuch zur Verfügung. In anderen Ländern wie beispielsweise in Deutschland sind die Programme schon weitverbreitet und werden für unterschiedliche chronische Krankheiten angewendet. Aktuell wird ein DMP zur Behandlung von Depression ausgearbeitet, das erste DMP im deutschsprachigen Raum zur Behandlung einer psychischen und nicht physischen Krankheit.¹²

Diese Programme haben sich in der medizinischen Versorgung aufgrund ihrer positiven Einflüsse etabliert. Studien zeigen den nachweislichen Erfolg bei der Anwendung von DMP. Es konnte die generelle Zufriedenheit von Anbieter:innen und Nutzer:innen gesteigert werden, Stigma und Diskriminierung gesenkt werden und das ohne zusätzliche Kosten (ebd.:1219).

Die Vorteile eines DMP sind laut dem deutschen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2023) folgende:

- Die behandelten Ärzt:innen haben sich intensiv mit der Therapie der Erkrankung auseinander gesetzt.
- Die Vorgaben beruhen auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens.
- Alle beteiligten Ärzt:innen sind über den Verlauf informiert und können sich besser auf die Termine einstellen.
- Alle Fachkräfte sind angehalten, ihre Maßnahmen untereinander abzustimmen.
- Spezielle Schulungen ergänzen das Programm.
- „Manche Menschen empfinden einen strukturierten Behandlungsplan auch deshalb als hilfreich, weil er ihnen einige praktische Dinge abnimmt“.

¹² Bisher gibt es die Rahmenbedingungen, allerdings wird es noch nicht als Programm angeboten und daher gibt es auch keine weiteren Unterlagen zur Orientierung des TMP.

Unter anderem funktioniert dies, da sich alle Beteiligten dazu verpflichten, sich an die Qualitätskriterien und Behandlungspläne zu halten. Dies wird durch regelmäßige Auswertungen durch die Krankenkassen kontrolliert (ebd.).

Die Etablierung dieser Programme dauert Jahre, wie das Beispiel des DMP zu Depressionen in Deutschland zeigt. Bereits 2020 wurden die Rahmenbedingungen geschaffen, dennoch kann es bisher noch nicht angeboten werden. Auch das bisher einzig angewendete DMP in Österreich *Therapie aktiv* begleitet eine lange Vorlaufdauer (rund 4 Jahre) bis zur letztlichen Umsetzung Ende 2007 (Nagy 2013). Die Abbildung des Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Abb. 8 zeigt, warum die Einführung von DMP langwierig ist.



Abb. 8: Entstehung DMP Angebot (G-BA 2022)

DMP als Grundlage für TMP

Da das TMP in der Primärversorgung Anwendung finden soll, haben wir uns sowohl namentlich als auch mit den Unterlagen an den DMP orientiert.

Die Stellung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf ist gesetzlich nicht anerkannt (siehe *Kapitel 5.3*) und die Etablierung der Sozialen Arbeit in Primärversorgungszentren ist nach wie vor im Gange. Daher wollten wir ein Programm schaffen, dass den Mediziner:innen nicht unbekannt ist. Das DMP wird bereits angewendet und ist etabliert, daher soll in Anlehnung daran das TMP als Programm für die psychische und soziale Gesundheit geschaffen werden.

Die Vorteile des DMP sollen auf das TMP übertragen werden. Durch das Programm soll eine koordinierte Abstimmung innerhalb des PVZ möglich sein. Die Abläufe werden auf jede:n Patient:in eigens abgestimmt, anders als beim DMP gibt es kein Schema F, das bei jeder Person gleich abläuft. Eine psychosoziale Krise ist immer eine individuelle Angelegenheit, dennoch hilft ein Rahmenprogramm dem PVZ bei der Koordinierung von Terminen. Allen weiteren Professionen innerhalb des PVZ ist das Programm bekannt und alle wissen um die Teilnahme am Programm.

Das DMP ist durch eine evidenzbasierte Grundlage geprägt, auf die die Behandlungen etc. aufbauen. Zwar wurden wissenschaftsbasierte Leitlinien bei der Ausarbeitung des TMP mitbezogen, allerdings gibt es nur eine begrenzte Anzahl an relevanten Leitlinien für die Versorgung von psychosozialen Krisen. Mehr zum Thema Qualitätsmanagement findet sich im Kapitel 5.2.1.4, der LL1d Qualitätsmanagement.

Die Einführung eines DMP dauert aufgrund der Auflagen und evidenzbasierten Grundlagen Jahre, führt aber langfristig zu sehr positiven Ergebnissen; für das TMP in diesem Rahmen nicht denkbar und nicht vorstellbar.

5.1.3 Social Prescribing (SP)

Priska Österle

In den letzten Jahren erhält dieses in England entwickelt Konzept auch in Österreich vermehrt Aufmerksamkeit und wurde hier vor allem für die Anwendung in der Primärversorgung konzipiert. Auf den salutogenetischen Ansatz aufbauend, zielt Social Prescribing (SP) auf die Verbesserung des Wohlbefindens durch die Vermittlung an nicht-medizinische Maßnahmen und Aktivitäten. Zentral ist die Förderung der (biopsychosozialen) Gesundheit durch die Aktivierung der sozialen Teilnahme („unter die Leute kommen“) und die Förderung der sozialen Teilhabe (aktives Mitgestalten, z.B. im Rahmen von Vereinstätigkeiten). Ein:e sogenannte *Link-Worker:in* übernimmt die Vermittlungsarbeit, nachdem eine „Überweisung“ (analog zu fachärztlichen Überweisungen) durch den:die Ärzt:in oder anderes Fachpersonal stattgefunden hat. Link-Worker:innen verfügen über eine genaue Kenntnis der im Sozialraum zur Verfügung stehenden Angebote und sind mit den Anbieter:innen vernetzt. Gemeinsam mit dem:der SP-Klient:in werden passende Angebote gesucht.



Abb. 9: Grafische Darstellung des Ablaufs einer „sozialen Verschreibung“ (Factsheet Social Prescribing; Haas et al. 2019:2)

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hat im Rahmen der Erfahrungen aus Fördercalls und Pilotprojekten (2021-2024) Informationen und Unterstützungstools zu SP ausgearbeitet und stellt diese auf ihrer Homepage zur Verfügung (GÖG 2024). Da sowohl SP als auch TMP Gesundheitsförderung im psychosozialen bzw. nicht-medizinischen Bereich zum Thema haben und beide Programme zur Umsetzung in PVZ konzipiert sind, sind die Erfahrungen und Erkenntnisse für TMP sehr wertvoll und für eine etwaige Umsetzung unbedingt zu berücksichtigen.

Im Unterschied zu SP bietet TMP eine breite psychosoziale bzw. sozialarbeiterische Unterstützung und beschränkt sich nicht auf eine eher kurzfristige Vermittlerfunktion. Wie im CM übernimmt TMP neben der Vermittlerfunktion (*Broker*) auch eine anwaltschaftliche (*Advocacy*) und unterstützende (*Social Support*) Funktion (Goger / Tordy 2020:25ff). Die Beziehungsarbeit mit der betroffenen Person steht im Zentrum der Fallarbeit im TMP. TMP ist dahingehend konzipiert, dass die durchgehende Fallführung für alle psychosozialen Belange eine:r Patient:in des PVZ bei der Sozialarbeit liegt. Im SP hingegen liegt das Link Working nicht zwingend in den Händen der Sozialarbeit (mehr zu diesem Thema siehe *Kapitel 5.3 Die Rolle der Sozialarbeit im TMP*). Ein weiterer Unterschied liegt in der Methode der Aktivierung durch die Implementierung der „Unterlagen für Betroffene“ (mehr dazu im *Kapitel 5.2.4*, Unterlagen finden sich im *Anhang*), welche die Partizipation der Klient:innen gezielt fördern. Es kann argumentiert werden, dass TMP eine Erweiterung von SP darstellt bzw. dass SP als eine Methode des TMP angesehen werden kann.

5.1.4 Kombination, Abgrenzung und Anmerkungen

Franziska Lechner, Priska Österle

Kombination und Abgrenzung

Durch die verschiedenen Einflüsse anderer Konzepte (CM, DMP und SP) sollen bewährte Ansätze herausgegriffen und für das TMP angepasst werden. Eine vergleichende Darstellung der verschiedenen Konzepte veranschaulicht die Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Abgrenzungen:

	TMP	CM	DMP	SP
<i>Zielgruppe</i>	Personen, die von psychosozialen Krisen betroffen sind oder sich in instabiler psychosozialer Lage befinden	Personen mit Multiproblemlagen (biopsychosozial, materiell), zugleich komplexe Strukturbedingungen im Sozial- und Gesundheitswesen	Personen mit bestimmten chronischen physischen (oder psychischen) Krankheiten	Personen mit nichtmedizinischen Gesundheitsproblemen
<i>Interventionsziele</i>	Stabilisierung nach Krisenerfahrung, Prävention und Gesundheitsförderung, gelingende Alltagsbewältigung	Unterstützungsleistungen erarbeiten und koordinieren; formelle/informelle Angebote und Nutzer:innen zusammenführen	Lebensqualität verbessern, erhalten; Folgeschäden verhindern; Komplikationen vermeiden	Stärkung der psychosozialen Gesundheit, soziale Inklusion
<i>Methoden</i>	Systematisch erstellte, strukturierte Hilfeplanung; laufende Evaluierung und individuelle Adaptierung; Methoden der Sozialarbeit	Siehe „Regelkreis“ (Abb 6); Vermittlung von individuell angepassten Unterstützungsleistungen; CM als Methode der Sozialarbeit	Systematischer, strukturierter, evidenzbasierter Behandlungsplan; individuell adaptiert	Vermittlung von sozialen Angeboten (Versorgungslandschaft, zivilgesellschaftliche Angebote)
<i>Zeitraum</i>	Eher mittel- bis langfristig; am Einzelfall orientiert (Subsidiaritätsprinzip)	Mittel- bis langfristig (Subsidiaritätsprinzip)	Lebenslang	Kurzfristig (bzw. am Einzelfall orientiert)
<i>Fallführung</i>	Sozialarbeit	Case Manager:in (i.d.R. Sozialarbeit oder Pflege)	Hausarzt (Mediziner:in)	Link Worker:in (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Ordinationssassistent, Pflege)
<i>Multiprofessionelles Team involviert?</i>	Ja (enge Zusammenarbeit)	Je nach Konzept	Ja (enge Zusammenarbeit)	Ja (vor Zuweisung zu LW; also vor der Intervention)
<i>Evidenzbasierte Leitlinien</i>	Künftig angestrebt	Standards laut Sozialarbeitswissenschaft	Ja	Nein
<i>Kurse, Schulungen, SHGs im Angebot (Cypionka 2011)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>„Community Resources“ inkludiert (Findley 2014)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja, SP definiert sich dadurch
<i>Fallabhängige Netzwerkarbeit</i>	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Fallunabhängige Netzwerkarbeit</i>	Eher nein	Ja	Nein	Ja

Anmerkungen

Die Standardisierung in Form eines TMP für psychosoziale Krisen und Nachbetreuung muss kritisch betrachtet werden. Auch im Diskurs zum sozialarbeiterischen CM wird über die Thematik der Standardisierung debattiert. Zur Diskussion trägt dieses Zitat von Klug (2017:156) passend bei: „hinter Standards steht die Fachlichkeit des CM, eben jene Logik, die die positiven Effekte erzielen kann, die CM verspricht.“. Es geht also darum, dass Standardisierungen Hilfen für Fachkräfte und Klient:innen darstellen, die Standards orientieren sich an Wissenschaft und Praxiskonsens. Dies wird nicht nur positiv gesehen, denn: „In der Realität muss festgestellt werden, dass sich die Klientel nicht in vorgegebene Schemata pressen lässt oder fremdbestimmte Vorgaben akzeptiert.“ (Neuffer 2007:422). Es gilt, dass Fordern ohne Fördern nicht funktioniert, daher wirken auch fix vorgegebene Schemata nicht (ebd.:423). Die Kunst liegt darin, einen Ausgleich zwischen den standardisierten Vorgaben und den individuellen Bedürfnissen zu finden, auf die besonders in der Sozialen Arbeit wert gelegt wird. Diese Kritik und Anregung kann auch so für das TMP übernommen werden.

Der Krisenverlauf von Personen ist sehr individuell und ein standardisiertes Programm muss die Möglichkeit bieten, auf diese Individualität eingehen zu können. So Stein (2020:11) zum Krisenverlauf:

“Wir wissen heute, dass allzu schematische Vorstellungen von Entstehung und Verlauf von Krisen überholt sind. Man kann davon ausgehen, dass sich Krisen nicht nur interindividuell, sondern im Verlauf eines Lebens auch intraindividuell sehr unterschiedlich äußern können. Trotz kritischer Sichtweise bieten viele der vorgestellten Theorien nach wie vor wichtige und im klinischen Alltag hilfreiche Anhaltspunkte, um ein Krisengeschehen besser verstehen zu können.”

„Medikalisierung von sozialen Problemen“ ist ein weiterer Aspekt, der kritisch betrachtet werden muss. Da TMP den DMP angelehnt konzipiert wird und wir diese Tatsache unter anderem als Vorteil dafür betrachten, Ziele, Abläufe und Wirkung von TMP medizinischem Personal nahebringen zu können, muss die psychosoziale Komponente als solche betont werden. Außerdem werden PVZ in der Öffentlichkeit als medizinische Einrichtungen wahrgenommen. Dieser Kontext birgt die Gefahr der Medikalisierung von sozialen Problemen. Medikalisierung passiert dann, wenn nicht-medizinische Angelegenheiten in den Deutungsbereich der Medizin übernommen werden. Psychosoziale Krisen sind Teil des Lebens und sind nicht per se für professionelle Interventionen indiziert. Wenn professionelle Hilfe benötigt wird, ist psychosoziale Unterstützung oft ausreichend. Menschen in Krisen brauchen nur in seltenen Fällen Therapie und Medizin. Ortmann (2015:15) verweist auf die sozialen Hintergründe hinsichtlich der Entstehung und Behandlung von psychischen Erkrankungen – Wer arbeitslos, verschuldet oder einsam ist, ist häufiger von Krankheit betroffen als Menschen, die in funktionierenden sozialen Netzen leben. Um mögliche Interventionsformen zu eruieren und zu koordinieren, verweisen wir auf das transdisziplinäre Fachwissen der Sozialarbeit, auch um die am wenigsten invasiven Alternativen im Hilfeprozess zu evaluieren. Interprofessionelle Fallbesprechungen sollen fixer Teil der organisationsinternen Abwicklung von TMP sein, was auch „blinde Flecken“ in der Sozialarbeit sichtbar machen kann.

5.2 TMP Leitlinien

Franziska Lechner, Priska Österle

Bei Leitlinien handelt es sich um „eine empfehlende Handlungsanweisung ohne bindenden Charakter“ (Löcherbach 2020:123). Die hier präsentierten Leitlinien bilden eine systematische Zusammenstellung der Ergebnisse der Literatur- und Leitlinienrecherche und der Workshop-Daten.¹³ Die Handlungsempfehlungen basieren somit auf Expertisen aus Krisenintervention, Notfallpsychologie und Traumapädagogik sowie auf Methoden der Sozialarbeit. Die Leitlinien sind so gestaltet, dass sie von TMP-Begleitpersonen¹⁴ als Manual herangezogen werden können. Sie sind dort, wo es sich anbietet, als Schritt-für-Schritt-Abfolge ausgearbeitet. Es wird dringend davon abgeraten, diese Leitlinien ohne die dafür nötige fachliche Expertise anzuwenden. Sozialarbeitswissenschaftliche Theorien, Methoden und Standards bilden die Grundlage von TMP. Wer mit den Fachbegriffen in den Leitlinien nicht vertraut ist, neigt mitunter zur bloßen Abarbeitung des vorstrukturierten Schemas, ohne die nötige Anpassung an individuelle Hilfestellungen zu beachten (Stichwörter sind hier z.B. Lebensweltorientierung, Zielearbeit oder Stärkenanalyse). Neben den Handlungsanleitungen für Begleitpersonen entwerfen wir Unterlagen für Betroffene, denn diese sind dazu aufgefordert, aktiv am TMP-Prozess teilzunehmen.

Wir erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Leitlinien und weisen darauf hin, dass es sich bei dieser Arbeit um eine erste Konzepterstellung eines umfangreichen Betreuungs-Programms handelt. Eine laufende (Re-)Evaluation und Weiterentwicklung wird daher als notwendig betrachtet (siehe *Kapitel 5.2.1.4; LL1d Qualitätsmanagement*).

Wir haben folgende Leitlinien erstellt:

LL1: Professionalität

- LL1a: professionelle Haltung
- LL1b: Soziale Arbeit
- LL1c: Inter- und Multiprofessionalität
- LL1d: Qualitätsmanagement

LL2: Informationen

- LL2a: Kontext und Setting
- LL2b: Psychoedukation
- LL2c: Konzepte
 - LL2c.a: Salutogenese
 - LL2c.b: Kohärenz
 - LL2c.c: Resilienz
 - LL2c.d: Selbstwirksamkeit
 - LL2c.e: Emotionale Stabilität

¹³ Zur methodischen Vorgehensweise siehe *Kapitel 3*.

¹⁴ Unserer Empfehlung nach übernehmen Fachkräfte der Sozialen Arbeit in multiprofessionellen PVZ-Teams die Durchführung von TMP; mehr dazu in *Kapitel 5.3*.

LL2c.f: Empowerment

LL2c.g: Recovery

LL3: Ressourcen

LL3a: persönliche Ressourcen

LL3b: soziale Ressourcen

LL3c: instrumentelle Ressourcen

LL4: Interventionen

LL4a: Interventionen in unterschiedliche Phasen

LL4a.a: Akutphase

LL4a.b: Stabilisierungsphase

LL4a.c: Weiterbetreuungsphase/ Gesundheitsförderung

LL4b: Interventionen bei spezifischen Krisen

LL4b.a: suizidale Krise

LL4b.b: traumatische Krise (akute Traumatisierung)

LL4b.c: Verlustkrise

LL4b.d: Veränderungskrise

Die Leitlinien LL1 – LL4a werden nun detailliert vorgestellt. Da die Ausarbeitung der Leitlinien 4b den Rahmen dieser Arbeit übersteigt, müssen wir uns auf Literaturverweise beschränken. ‚Leitlinie‘ wird in Folge mit LL abgekürzt und im weiteren Text als Verweis verwendet.

5.2.1 Leitlinie 1: Professionalität

Franziska Lechner

Ziel der Krisenintervention soll es sein, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, damit Personen in der Krise diese auch bewältigen können. Keine Krise gleicht der anderen, dies betrifft die Erscheinungsformen sowie auch die Bewältigungsversuche (Stein 2020:11). Dies macht es Professionist:innen besonders schwer, konkrete Leitlinien anzuwenden. Vorwissen zum Krisenverlauf und Kenntnisse über verschiedene Konzepte (LL2c) können helfen einen individuellen Weg durch eine Krise zu finden (ebd.:7). Zur professionellen Haltung gehört auch eine entsprechende Einordnung von Krise. Eine Krise ist keine „krankhafte Störung“, sondern stellt unter bestimmten Bedingungen „natürliche“ Warn- und Bewältigungsreaktionen hervor (Sonneck et al. 2016:21). Der erste Schritt der Krisenintervention ist die Herstellung einer tragfähigen Beziehung (Stein 2020:167). Um Personen aus der Krise verhelfen zu können, ist zunächst der Kontakt und der Beziehungsaufbau im Vordergrund. Ziel ist es, „ein gemeinsames Verständnis für die Probleme des Klienten zu entwickeln“ (ebd.:95). Professionist:innen erlernen in ihren Ausbildungen die notwendigen und hilfreichen Schritte, um Beziehungsarbeit zu leisten. Wie eine professionelle Haltung dazu beiträgt und bei der Beziehungsarbeit unterstützen kann, wird in der LL1a ausgeführt. Die Ausbildung zur Sozialen Arbeit umfasst diesen Bereich, Hilfe zur Selbsthilfe ist ein Paradigma der Sozialen Arbeit, weshalb dieser professionelle

Hintergrund auch Professionalität in der erfolgreichen Krisenbewältigung gewährleisten kann (LL1b). Für die ausführlichen Erläuterungen, wie die Soziale Arbeit in diesem Kontext helfen kann, wird auf das entsprechende Kapitel der Masterarbeit verwiesen (5.3 *Die Rolle der Sozialen Arbeit im TMP*).

Psychosoziale Krisen sind komplex und im Umgang damit meist mehrere Professionen eingebunden (LL1c). Auch in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde werden evidenzbasiert multidisziplinäre Teams empfohlen und auch in der eingearbeiteten Literatur wird darauf hingewiesen (LL1d). Die Krisenintervention im Speziellen lebt von der Multiprofessionalität (Ortiz-Müller et al. 2010:109). Im Falle der Krisenintervention ist nicht nur eine interprofessionelle Zusammenarbeit, sondern auch eine interinstitutionelle Zusammenarbeit gefragt, da eine genaue Abgrenzung zwischen Krisenintervention und Notfallpsychiatrie gegeben ist (Stein 2020:21). Das PVZ bietet von der Grundstruktur her schon ein multiprofessionelles Team und ein Einbetten des Programms ist daher besonders sinnvoll. (Siehe hierzu mehr im Kapitel 5.4 *TMP als Angebot in der Primärversorgung*). Die Leitlinien sind die Basis einer professionellen Intervention und können auch von anderen psychosozialen Berufen adaptiert werden. In erster Linie wird von unserer Seite auf die Position der Sozialen Arbeit im PVZ eingegangen.

Zur stetigen Weiterentwicklung einer jeden Arbeitsmethode gehören auch die Evaluation und das Qualitätsmanagement (LL1d). Die beste Methode um neue Krisen zu vermeiden, ist die entsprechend gute Nachbearbeitung, sie beinhaltet Neuorientierung und Neuorganisation (Hofer-Moser et al. 2020:51). Nicht nur bei Krisen ist eine Nachbearbeitung richtig und wichtig, auch Arbeitsmethoden können so laufend verbessert werden.

5.2.1.1 LL1a: professionelle Haltung

Franziska Lechner

Die professionelle Haltung ist ein undefinierter Überbegriff für ein Sammelsurium an Anweisungen, Empfehlungen und Eigenschaften. Es gibt keine schrittweise Anleitung wie eine professionelle Haltung einzunehmen ist, es finden sich aber wichtige Indikatoren in der Literatur, auf die geachtet werden sollte.

Eine grobe Einteilung kann gemacht werden in Vorwissen, das zur Haltung beiträgt und Grundannahmen für die professionelle Haltung an und für sich

Vorwissen	<p>Vorwissen und Können ist eine Voraussetzung für die Krisenintervention (Stein 2020:7).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welches Wissen habe ich über Krisen, -verlauf, Interventionen und grundlegende Konzepte? • Was ist eine Krise? (<i>Kapitel 2</i>) • Was ist eine Traumatisierung? (BAG Traumapädagogik 2011:4)
-----------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kann eine Krise ablaufen? (<i>Kapitel 2</i>) • Welche diagnostischen Tools und Faktoren beeinflussen die Entstehung und den Verlauf von Krisen? (Stein 2020:28) • Welche Interventionsmöglichkeiten gibt es? (LL4) • Welche grundlegenden Konzepte gibt es? (LL2c) • Welche Einflüsse haben biografischen Belastungen? (BAG Traumapädagogik 2011:4)
Professionelle Haltung	<p>Eine professionelle Haltung ist ein Zusammenspiel aus unterschiedlichen inneren Einstellungen, Verhaltensregeln für Helfer:innen und Konzepten, die bei der Interaktion mit Klient:innen hilfreich sein können. Die professionelle Haltung ist ein wichtiger Grundstein für den Beziehungsaufbau mit Betroffenen. Die Aktivität und Haltung unterscheiden sich teilweise je nach Art der Krisenform und -phase (Stein 2020:165), auf diese Besonderheit wird bei den jeweiligen Interventionen eingegangen (LL4). Sortiert werden die zusammengetragenen Punkte nach der Häufigkeit in der verwendeten Literatur. Einige Punkte sind schwer voneinander zu trennen und Grenzen sind eher als fließend zu sehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie: Ziel und zentraler Aspekt der KI ist die Hilfe zur Selbsthilfe (Sonneck et al. 2016:21, 156), die Autonomie als Teil der Menschenwürde (Hülshoff 2017:80) und Entscheidungsfreiheit soll gewahrt werden (Sonneck et al. 2016:59) und so die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit wiederhergestellt werden (Hülshoff 2017:67). Es soll die Partizipation der Klient:innen an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen fördern (BAG Traumapädagogik 2011:5f) und daher sollen Helfer:innen in den Hintergrund treten, wenn die eigenständige und angemessene Handlungsfähigkeit der Klient:innen aufgebaut wurde (Hausmann 2016:159). Denn eigenständiges Handeln hilft gegen Kontrollverlust und Hilflosigkeit (ebd.:153ff). [WS TN2 02:36:05] • Empathie: als Teil der professionellen Grundhaltung (DeGPT 2019:21; Hülshoff 2017:91, 137; WRK 2017:21). Es geht um eine empathische Interaktion (DGPPN 2018b), Mitgefühl zeigen und darum Wärme auszustrahlen (Hausmann 2016:165; Stein 2020:7). [WS 01:21:18] • wertfreies Verständnis: als Teil der professionellen Grundhaltung (BAG Traumapädagogik 2011:4; DGPPN 2018b; Hausmann 2016:165). Es soll dabei auch versucht werden, die subjektive Bedeutung zu verstehen (Stein 2020:159). Insbesondere bei Suizidalen Krisen braucht es Verständnis statt einer moralisierenden wertenden Haltung (Hülshoff 2017:137). [WS 01:21:18] • Wertschätzung: als Teil der professionellen Grundhaltung (DeGPT 2019:21; Hausmann 2016:165; Hülshoff 2017:80, 91). Das Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Willkür lassen Sinn

	<p>und Wert verlieren, daher soll ein positives Selbstbild ermöglicht werden (BAG Traumapädagogik 2011:4).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz und Ja-Haltung: als Teil der professionellen Grundhaltung (DeGPT 2019:21; Gerngroß 2015:66f; Hausmann 2016:153ff; Hülshoff 2017:80, 91). • Aushalten: Es geht darum, die Gefühle des Gegenübers zuzulassen und auszuhalten (ebd.:137), ohne zu versuchen, diese ändern zu wollen (ebd.:75). Also ein Mit-Aushalten des für den Betroffenen Unerträglichen (Stein 2020:169). Kein Trösten, sondern Aushalten ist gefragt (Prein 2023). [WS TN2 01:22:09] / Große emotionale Belastbarkeit (Stein 2020:7) • Strukturiertheit: (Hülshoff 2017:137; Sonneck et al. 2016:59). Struktur hilft gegen Chaos (Hausmann 2016:153ff). • Vertrauen: Beziehungsarbeit beruht auf Vertrauen (DGPPN 2018b; Gerngroß 2015:66f) und ist somit Teil der Grundhaltung (Hausmann 2016:165). Die Beziehungsarbeit ist ein wichtiger Teil einer funktionierenden KI und somit erster Schritt der KI (Sonneck et al. 2016:21ff, 167). Ein tragfähiges Beziehungsangebot ist möglich durch Zuhören (WRK 2017:21), Erkunden und die Möglichkeit zu haben, sich ausdrücken zu können (Stein 2020:43). [WS 01:30:39] • Partnerschaftlichkeit: (DGPPN 2018b; Hülshoff 2017:91). Es soll auf den größtmöglichen Konsens mit den Betroffenen geachtet werden (Stein 2020:100). • Grenzen der Helfer:innen: sind ebenfalls zu berücksichtigen (Hülshoff 2017:101), es soll die eigene emotionale Belastung nicht außer Acht gelassen werden (Stein 2020:100f). Mit Auftreten von Gegenübertragungsphänomenen ist zu rechnen und darauf zu achten (Gerngroß 2015:66f), daher ist eine entsprechende Ausbildung wichtig. [WS 01:21:18] • Ruhe: (Hülshoff 2017:137). Ruhiges und sicheres Auftreten hilft gegen Angst (Hausmann 2016:153ff). Zusätzlicher Stress soll vermieden werden (Sonneck et al. 2016:59). • Transparenz: ist ein Grundprinzip der KI (ebd.). Es geht um einen transparenten, verantwortungsvollen Umgang mit Hierarchien, Strukturen und Machtverhältnissen (BAG Traumapädagogik 2011:5f). • Salutogenetische Orientierung: (Gerngroß 2015:66f) siehe LL2c.a Ressourcen sollen genutzt werden (Sonneck et al. 2016:59). • Verschwiegenheit: ist wichtig für ein offenes Gesprächsklima (Stein 2020:159). Klient:innen müssen sich auf die Verschwiegenheit der Berater:innen verlassen können. Wenn dies nicht möglich ist (z.B. Selbst- und Fremdgefährdung, dann „sollen die Grenzen
--	--

	<p>der Schweigepflicht und das notwendige Prozedere offen dargelegt werden“ (Hülshoff 2017:68). [WS 01:07:27]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalisieren: Jede Reaktion ist erlaubt und normal (Hausmann 2016:16), das Verhalten ist eine normale Folge für anormale Situation (Gerngroß 2015:66f). [WS TN2 01:36:41] • Abhängigkeit vermeiden: Es ist ein schmaler Grat zwischen notwendiger Unterstützung und Vermeidung von Abhängigkeit (Stein 2020:156). Auf die Gefahr von Überversorgung und grenzenloser Hilfeleistung soll geachtet werden (Hülshoff 2017:100f). • Offenheit (ebd.:80; Sonneck et al. 2016:59) [WS 00:56:40] • Respekt (Hausmann 2016:165; Hülshoff 2017:80) • Humor [WS 01:30:39; WS TN4 01:42:15] • Zuversicht vermitteln (Stein 2020:159). Spaß und Freude, ein positives Erleben weitergeben (BAG Traumapädagogik 2011:5f). [01:30:39] • Ernst nehmen: von Gedanken und Handlungen (Stein 2020:159) und auch schädliche oder destruktive anerkennen (ebd.:99f). [WS TN2 02:57:17] • Unvoreingenommenheit (Gerngroß 2015:66f) [WS 01:21:18] • Annahme des guten Grundes: Bestimmte Verhaltensweisen sind notwendige Überlebensstrategien (LL4) (BAG Traumapädagogik 2011:5f) • Keine Ratschläge erteilen (Prein 2023) • Spekulationen und Interpretation meiden (WRK 2017:21) • Unrecht benennen (Sonneck et al. 2016:59) • Parteilichkeit (ebd.) • Flexibilität (Stein 2020:10) • Verlangsamung: hilft gegen Übererregung (Hausmann 2016:153ff) • Halt geben: Protektiv, teilweise Autorität ausstrahlende und Halt gebende Interventionen in der Akutphase (Hülshoff 2017:69) mit leitendem Kommunikationsstil (ebd.:91).
--	---

5.2.1.2 LL1b: Soziale Arbeit

Priska Österle

Klassische Adressat:innen der Sozialen Arbeit charakterisieren sich über eine problematische Lebenssituation, deren Bewältigung fachliche Unterstützung benötigt. Die Definition der psychosozialen Krise bezieht sich unter anderem auf das Kriterium des ‚nicht-mehr-alleine-bewältigen-Könnens‘ (siehe *Kapitel 2.1*). Der professionelle Umgang mit krisenhaften Situationen ist Teil der täglichen Routine für Sozialarbeiter:innen. Daher ist es naheliegend, dass sich sozialarbeiterische Haltungen und Methoden in der Krisenintervention und -prävention als

besonders hilfreich erweisen. Gemeinsamkeiten lassen sich bereits aus den in LL1a dargelegten Aspekten der professionellen Haltung im Vergleich zum Ethikkodex der Fachkräfte für Soziale Arbeit (obds 2020) herauslesen. Auch die sozialarbeiterischen Fachkräfte im Praxisfeld ‚Krise‘ verweisen auf wirkungsvolle Kompetenzen der Sozialarbeit [Int3 00:19:42; WS 02:11:28]. Hülshoff (2017:20) erwähnt eine Vorgehensweise, die den üblichen sozialarbeiterischen Standards entspricht: Er nennt die „Setzung von Prioritäten und einem Krisenplan zur Lösung der – aus Klientensicht – dringendsten Probleme“ als wesentlichen Teil einer erfolgreichen Krisenintervention. Lebenswelt- und Ressourcenorientierung ist sowohl der sozialarbeiterischen Tätigkeit als auch der Krisenbegleitung immanent. Auf diese Basics der Sozialarbeit wurde auch im Workshop verwiesen [WS 01:30:39]. Die Autor:innen der recherchierten Literatur weisen außerdem auf soziale, materielle und/oder finanzielle Faktoren hin, die sowohl krisenauslösend, krisenverschärfend oder als Risikofaktor für die Entwicklung von mittel- und langfristigen Belastungsstörungen wirken oder als Krisenfolge zu weiteren Problemen führen können (Hausmann 2016:76; Hofer-Moser et al. 2020:32; Hülshoff 2017:18; Sonneck et al. 2016:64; WRK 2017:25). Vor allem Stein wird sehr deutlich:

“Da viele Krisen soziale Probleme nach sich ziehen, ist es äußerst wichtig, dass Krisen Helfer einen guten Überblick über rechtliche Ansprüche und die sozialen Unterstützungsmöglichkeiten im jeweiligen gesellschaftlichen Umfeld haben” (Stein 2020:153).

Der Sicherstellung dieser äußeren Ressourcen wird im Prozess der Krisenintervention eine wichtige Funktion beigemessen. Außerdem wird der Zusammenhang von individuellen Krisen und gesellschaftlichen Verhältnissen genannt (ebd.:25) – ebenfalls ein professioneller Aspekt im sogenannten Tripelmandat der Sozialen Arbeit (Lutz 2020). Die soziale Dimension als protektiver Faktor gegen Krisenanfälligkeit findet in den Konzepten der Salutogenese, Resilienz oder Kohärenz (LL2c) Beachtung und wird in der Leitlinie 3b Soziale Ressourcen (LL3b) nochmals detailliert präsentiert. Außerdem werden in einem separaten *Kapitel* (5.1.4) Gemeinsamkeiten, Verbindungen und Hintergründe in Bezug auf Soziale Arbeit und Krisenmanagement/TMP ausführlich besprochen. Hier werden die konkreten Methoden, Vorgehensweisen und Möglichkeiten zur Fallbearbeitung theoriegeleitet und praxisorientiert anhand von einschlägiger Literatur (Haye / Kleve 2002; Michel-Schwartz 2016) vorgestellt.¹⁵ Der in *Kapitel* 5.1.1 vorgestellte Regelkreis des CM kann ebenfalls als Handlungsanleitung herangezogen werden.

<p>Schritt 1 Struktur</p>	<p>Strukturierte Vorgehensweise (idealtypisch) festlegen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anamnese (Informationssammlung) b) Diagnose (Problem- und Stärken-/Ressourcenanalyse) c) Intervention d) Evaluation <p>→ bzw. ähnliche Modelle (Haye / Kleve 2002; Michel-Schwartz 2016)</p>
-------------------------------	--

¹⁵ Die Einteilung folgt dem klassischen Phasenmodell Anamnese – Diagnose – Intervention – Evaluation. Michel-Schwartz (2016) entwirft ein “Vier-Ebenen-Modell”, Haye / Kleve (2002) schlagen ein 6-Schritte-Verfahren vor. Beide Konzepte basieren auf dem klassischen Modell, kritisieren jedoch die dabei implizierte lineare Abfolge und plädieren für eine parallele bzw. zirkuläre Bearbeitung der Ebenen und Schritte.

Schritt 2 Situation	Situationsanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Informationen sammeln • Erfassung von Sachverhalten • Aufstellen von ersten Hypothesen
Schritt 3 Mandat	Mandatsklärung: Auf wessen Auftrag beginnen wir mit TMP? <ul style="list-style-type: none"> • Hat uns die von der Krise betroffene Person selbständig aufgesucht oder wurde sie z.B. von An- und Zugehörigen gebracht, von anderer Stelle verwiesen etc.? • Ist die betroffene Person zu einer (längerfristigen) Zusammenarbeit bereit?
Schritt 4 Probleme	Problemanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Welche Probleme werden beschrieben? • Werden bereits (verfolgbare) Lösungsansätze erwähnt? • Welche Bedürfnisse, Wünsche, etc. werden beschrieben?
Schritt 5 Kontext	Kontextklärung (LL2a) Eine transparente Vorgehensweise, allseitige Aufklärung der Klient:innen über den Gesamtprozess, Ziel und Inhalt der Beratung etc. sind ein zentraler Teil der sozialarbeiterischen Tätigkeit. Diese Art von Informationsweitergabe soll dem Sicherheitsgefühl der Klient:innen dienen und Vertrauen zur hilfeleistenden Person schaffen. Da dieser Aspekt als Teil von TMP im Fokus steht, wurde die Kontextklärung der Leitlinie 2, Informationen und Fakten, zugeordnet.
Schritt 6 Ressourcen	Ressourcenanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Welche Stärken und Ressourcen werden beschrieben? • Gescheiterte und gelungene Problemlöseversuche • Strukturierte Ressourcenanalyse (LL3)
Schritt 7 Tools	Lebenslagenanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Diagnosetools: Eco-Map, NW-Karte, Biographiebalken, Genogramm etc.
Schritt 8 Komplexität	Komplexitätsreduzierung¹⁶ und Problemhierarchisierung <ul style="list-style-type: none"> • Kategorisierung von Sachverhalten • Zielsetzung • Relevanz und Realisierbarkeit

¹⁶ „Die Unüberschaubarkeit der beschriebenen Lebenslage wird durch segmentierende und kategorisierende Codierungen in der Informationssammlung in überschaubare Situationen differenziert und damit in bearbeitungsfähige Sachverhalte transformiert, so dass trotz aller Vielschichtigkeit ein abgestufter Informationsstand für die Arbeit auf den weiteren Arbeitsebenen entsteht“ (Michel-Schwartz 2016:254).

Schritt 9 Lösungen	Lösungskompetenzen und Ressourcenerschließung <ul style="list-style-type: none"> • Selbständig zu bewältigen • Mit Unterstützung zu bewältigen (formell, informell)
a	Gemeinsame Erarbeitung von <ul style="list-style-type: none"> • Problemaspekten • Zielvorstellungen • Lösungsvorschlägen
b	Bei Bedarf externe Unterstützung, Netzwerkaktivierung (LL3b) <ul style="list-style-type: none"> • Informelle soziale Unterstützung • Ermittlung von Rechtsansprüchen auf Hilfeleistungen • Interdisziplinäre und multiprofessionelle Abklärung (LL1c) • Ermittlung von spezifischer institutioneller Unterstützung (z.B. Schuldnerberatung, Suchthilfe, frühe Hilfen etc.)¹⁷ • Ermittlungen von rechtlichen Komponenten (z.B. bei nötiger Mit-Einbeziehung vom Jugendamt etc.)
Schritt 10 Interventionen	Maßnahmen entsprechend der Lebensweltorientierung, Sozialraumorientierung <ul style="list-style-type: none"> • Welche Ressourcen können tatsächlich genutzt werden? • Welche Rahmenbedingungen sind nötig? • Welche Coping Strategien erscheinen durchführbar/ erfolgsversprechend, welche eher weniger? (LL3c) • Was soll jeweils erreicht werden?
Schritt 11 Evaluation	Evaluation bzw. Nachbearbeitungsphase: gemeinsame Bewertung von (Modifizierung bei Bedarf) <ul style="list-style-type: none"> • Coping-Strategien • Vorläufigen Ergebnissen • Weiteren Lösungsschritten
Schritt 12 Qualitätsstandards	Qualitätsstandards einhalten (LL1d) <ul style="list-style-type: none"> • Falldokumentation • Interprofessionelle Fallbesprechung und Nachbesprechung (falls nötig) • Vernetzung mit anderen Einrichtungen (falls nötig) • Inter- und Supervision

¹⁷ siehe dazu Müller (2017): "Fall-Dimensionen" - Müller entwirft ein Modell, das u.a. in die Dimensionen "Fall von" (Sachverhaltsebene) und "Fall für" (Verweisungsebene) einteilt. z.B.: Fall von Substanzabhängigkeit - Fall für Suchthilfe; das Modell hilft Zuständigkeiten zu ordnen, Probleme zu hierarchisieren und generell zur Kategorisierung und Übersichtlichkeit (siehe Schritt 8).

5.2.1.3 LL1c: Inter- und Multiprofessionalität

Franziska Lechner

In der vorherrschenden Literatur wird die Bedeutung der Inter- und Multiprofessionalität in der Krisenintervention betont (BAG Traumapädagogik 2011:18f; Hausmann 2016:253; Hofer-Moser et al. 2020:11; Hülshoff 2017:20; Ortiz-Müller et al. 2010:109; Stein 2020:157, 161). Stein (ebd.:157) führt weiter aus: "Krisenintervention kann als Modellfall für einen berufsgruppen- und methodenübergreifenden, integrativen Behandlungsansatz gesehen werden. Idealerweise wird sie daher auch von einem multidisziplinären Team getragen". In der Behandlung von psychisch erkrankten Personen wurden die Vorteile von multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen und teambasierten Behandlungen erforscht, diese führten nachweislich zu einer Reduktion von stationären Behandlungen, die Behandlungszufriedenheit war höher und auch die Kosteffektivität wurde gesteigert (DGPPN 2018a:38f, 98ff). Gefragt ist nicht nur eine Inter- und Multiprofessionalität, sondern auch eine enge Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (=interinstitutionelle Zusammenarbeit) (Stein 2020:21, 159). Die Unterscheidung der einzelnen Begrifflichkeiten wird näher im *Kapitel 2* ausgeführt.

Die psychosoziale Krisenintervention im Speziellen wird von unterschiedlichen Berufsgruppen gemeinsam durchgeführt. Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Berater:innen "sind innerhalb ihres Berufsfeldes immer wieder mit krisenhaften Situationen und Verläufen konfrontiert und müssen schnelle, situationsadäquate Antworten darauf finden." (Hofer-Moser et al. 2020:11). Zudem braucht es in bestimmten Situationen eventuell die Kooperation mit der Polizei wie beispielsweise beim Vorliegen einer akuten Gefährdung (Stein 2020:100). Dafür benötigt es eine Professionalität aller Berufsgruppen (LL1a) und gute Zusammenarbeit setzt ein Zusammenspiel aller Beteiligten voraus (BAG Traumapädagogik 2011:5). In der Praxis kann die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen auch eine Herausforderung darstellen [Int3 00:19:42]. Es stellt sich die Frage, wie dennoch ein gutes Zusammenspiel gewährleistet werden kann, ohne den Überblick zu verlieren. Die Schritte sind als zirkuläres System zu verstehen, denn schon zu Beginn benötigt es eine Evaluation des eigenen Teams und die Vernetzung mit den anderen involvierten Professionen, um Zuständigkeiten zu klären.

Schritt 0 Fremd-/Selbst- gefährdung	Hinzuziehen der Polizei oder des psychiatrischen Notdienstes bei akuter Fremd- oder Selbstgefährdung .
Schritt 1 Bedarfsanalyse	Bedarfsanalyse: <ul style="list-style-type: none">• Welche Professionen werden benötigt?• Welche sind intern vorhanden?• Können diese durch Zusammenarbeit mit anderen Organisationen abgedeckt werden? (Interdisziplinäre Vernetzung und Kooperationen (ebd.:18f))

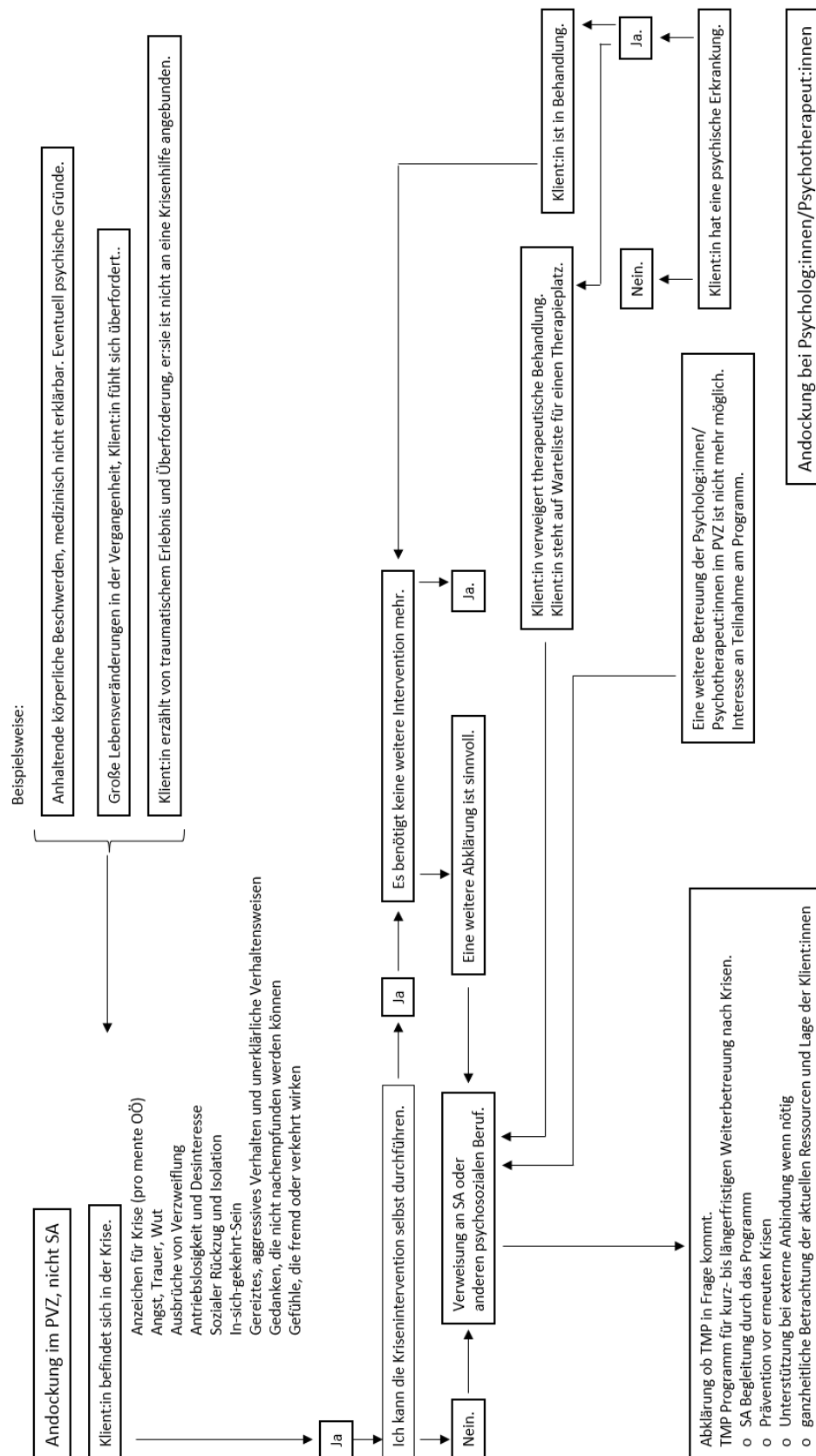
Schritt 2 Aufgabenabgrenzung	<p>Abklären der Zuständigkeit mittels Aufgabenzuteilung und –abgrenzung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenzuteilung nach Kompetenzen (Hausmann 2016:127ff) • Aufgabenabgrenzung der jeweiligen beteiligten Teams • Wer übernimmt die Fallführung? (<i>Kapitel 5.3</i>)
Schritt 3 Interventionen	Durchführung der jeweiligen Interventionen durch Mithilfe der fallführenden Person.
Schritt 4 Externer Unterstützungsbedarf	<p>Feststellung eines eventuellen weiteren externen Unterstützungsbedarfs z.B. medikamentöse Hilfe, Psychotherapie, pädagogische Maßnahmen, Veränderung der sozialen Bedingungen etc. (Hülshoff 2017:78).</p> <p>Je nach Größe der multiprofessionellen Teams im PVZ ist kein Verweisen auf externe Stellen notwendig. Eine interne Verweisung an andere Stellen des PVZ wird zur Stressreduktion der Betroffenen bevorzugt.</p> <p>Wenn dennoch benötigt, dann Verweisen an die jeweilige Organisation oder Institution.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie erfolgt die Übergabe an die jeweilige Organisation oder Institution? • Kann der betroffenen Person zugemutet werden, die Stelle allein aufzusuchen? • Welcher Hilfsbedarf besteht, um den externen Unterstützungsbedarf in Anspruch zu nehmen?
Schritt 5 Qualitätsmanagement	<p>Qualitätsmanagement (BAG Traumapädagogik 2011:15f) durch</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Evaluationen der Arbeitsprozesse b) regelmäßige Vernetzung mit den anderen Akteur:innen c) Supervision und Intervention
a Evaluation	<p>Evaluation durch reflektierende Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was hat gut funktioniert in der interprofessionellen Zusammenarbeit? • Wie hat die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team funktioniert? • Waren die Aufgaben klar verteilt? • Wäre eine weitere Profession eine sinnvolle Ergänzung im multiprofessionellen Team? <p>Sowie durch Fallbesprechungen (teamintern und im Bedarf teamübergreifend)</p>
b Vernetzung	<p>Vernetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was sind die jeweiligen Aufgabenbereiche?

	<ul style="list-style-type: none"> • Wie funktioniert die Zusammenarbeit? • Welche Kompetenzen sind in den verschiedenen Teams vorhanden?
c Super-/Intervision	Regelmäßige Super- und Intervisionen der Helfer:innen (Hülshoff 2017:70)

Durch die strukturellen Gegebenheiten im PVZ bietet sich die Anwendung dieses Programms vor allem dort an (näheres hierzu im Kapitel 5.4 *TMP als Angebot in der Primärversorgung*). Hier ist ein multiprofessionelles Team vorhanden und eine Zusammenarbeit zwischen den Professionen vereinfacht möglich. Eventuell wird so das Hinzuziehen von externen Unterstützungsmöglichkeiten überflüssig (Schritt 4). Genauere Details zu den jeweiligen multiprofessionell angebotenen Interventionen in der Weiterbetreuung können der entsprechenden Leitlinie (LL4a.c) entnommen werden.

Die erste Anlaufstelle im PVZ ist nicht immer die Soziale Arbeit. Doch wann ist ein Verweisen zur Sozialarbeit zur Aufnahme im Programm wichtig und notwendig? Das Programm beinhaltet sozialarbeiterische Aspekte und befasst sich mit den individuellen Problemlagen der Betroffenen. Es soll keine Therapie ersetzen, sollte diese notwendig sein, sondern diese im Programm mit Hilfe von multiprofessionellen Teams oder externen Unterstützungsmöglichkeiten inkludieren.

Checkliste für die Zuweisung zum Programm¹⁸:



¹⁸ Die verschiedenen Punkte können je nach internen Regelungen und vorhandenen Professionen der PVZ variieren. Letztlich soll das TMP ein Angebot für Personen in Krisen oder nach Krisen sein, um eine Weiterbetreuung auch über ein kurzfristiges Angebot hinaus zu gewährleisten.

5.2.1.4 LL1d: Qualitätsmanagement

Priska Österle

Zentral für das Qualitätsmanagement ist die laufende Evaluation und folglich die Festlegung von Standards der kompetenten und erfolgreichen TMP-Interventionen. Dazu gehören die Sicherstellung von krisenspezifischen Voraussetzungen und von fachlichen Qualifizierungen der Mitarbeiter:innen, eine gelingende Koordination und Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams, die Weiterentwicklung von Arbeitsabläufen und gegebenenfalls die Adaption von Informations- und Dokumentationsprozessen. Neben intern modifizierbaren Abläufen und Strukturen ist die Vernetzung nach außen, sowohl mit anderen Organisationen (hier auch: Betroffenen-Vereine und Interessensgruppen), Stakeholder:innen und politischen Entscheidungsträger:innen, ein zentraler Aspekt der Qualitätsentwicklung, um langfristig Angebote entsprechend der Bedürfnisse von Betroffenen setzen zu können. Stein (2020:316) nennt außerdem Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen Suizidalität, Trauma, Krise als Standard der Krisenintervention und Suizidprävention. Im Workshop wurde der Bedarf nach Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung vor allem von Betroffenen genannt (siehe dazu *Kapitel 6.1.1*).

Für die Krisenintervention, Stabilisierung und Gesundheitsförderung gibt es einige Voraussetzungen und Standards. Zum einen muss Hilfe und Unterstützung für die krisenbetroffene Person rasch, kostenlos und unkompliziert erreichbar sein (Hofer-Moser et al. 2020:22; Hülshoff 2017:68; Stein 2020:159; WS 00:56:40). Überforderung ist ein Merkmal von Krise, weshalb das Organisieren von Hilfe keine zusätzliche Hürde darstellen darf [WS TN2 2:53:13]. Die rechtzeitige Stabilisierung von Menschen im gewohnten Umfeld muss Priorität haben, weshalb das Setzen von niederschwelligen Angeboten den Krisenverlauf erheblich beeinflusst.

Weitere essenzielle Faktoren einer gelingenden Krisenintervention und -begleitung sind die Kompetenzen und das Wissen der unterstützenden und beratenden Personen. Die Multiprofessionalität des betreuenden Teams ist eine wichtige Ressource. Die Sozialarbeit zeichnet sich vor allem durch eine konsequente Ressourcen- und Lebensweltorientierung aus und nimmt stets eine systemische Sichtweise ein (im Gegensatz zur Personenzentriertheit anderer Professionen). Hülshoff (2017:70) nennt eine methodisch-fachliche Ausbildung in Krisenintervention, die gezielte und reflektierte Selbsterfahrung, Wissen bzgl. Übertragen und Gegenübertragung als zentrale Qualifikationen. Die diagnostische Einschätzung und gesetzten Interventionen müssen professionellen Standards folgen. So schreibt Stein (2020:100):

„Die richtige Einschätzung des Gefährdungspotenzials und in der Folge die Einleitung der richtigen Hilfsmaßnahmen zählen zu den schwierigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben von Krisenhelfern.“ – und ergänzt (ebd.): „Eine endgültige Sicherheit gibt es allerdings nicht“

Außerdem betonen die Autor:innen die Relevanz von Selbstfürsorge und Psychohygiene in Form von Supervision und Intervision, Achtsamkeit und Ausgleich, Wissen über Empathiestress, Schuldgefühle, Anzeichen für Burn-Out etc. (Hausmann 2016:390ff; Hofer-Moser et al. 2020:121ff; Hülshoff 2017:70).

Die Evaluation der individuellen Klient:innen-Arbeit ist selbstverständlich ebenfalls Teil der Qualitätssicherung, wird jedoch als Teil der Leitlinie 4a beschrieben.

Schritt 1 Hilfe	Niederschwelligkeit der Hilfe und Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • unkompliziert (ohne formelle Abklärungen, Bürokratie, Kosten etc.) • zeitnah (schnellstmögliche Verfügbarkeit; bestenfalls 24/7 Angebote) • erreichbar (örtlicher Aspekt – wohnortsnah bzw. telefonische, digitale Erreichbarkeit) • evtl. nachgehende Hilfe (mobile Krisenintervention) • flexibel den individuellen Bedürfnissen angepasst
Schritt 2 Fachkräfte	Persönliche Anforderungen an die helfende Person, das helfende Team <ul style="list-style-type: none"> • fachliche Ausbildung, Weiterbildung • spezifisches Fachwissen, Methodenvielfalt und -flexibilität • professionelle Haltung (LL1a) • Verschwiegenheit • Selbstfürsorge und Psychohygiene (Supervision und Intervention) • eigene Coping-Strategien kennen und entwickeln (wie in LL3c) • psychoemotionale Belastbarkeit • Gesprächsführungskompetenzen [WS 01:21:18] • Krisenfestigkeit [aushalten können, ruhig bleiben; WS TN2 01:22:09]
Schritt 3 Institutionen	Institutionelle Anforderungen <ul style="list-style-type: none"> • Setting (ungestörtes, angenehmes Ambiente) • zeitliche Ressourcen (ausreichende und exklusive Zeit) • Supervisionsangebot und Interventionsmöglichkeiten • Überprüfung und Einhaltung der Qualitätsstandards • (Video-)Dolmetsch [WS 01:44:22]
Schritt 4 Prozesse	Prozessuale Anforderungen <ul style="list-style-type: none"> • diagnostische Einschätzung durch Fachkräfte • interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit (LL1c) • Netzwerkarbeit • gewissenhafte Klient:innendokumentation • zuständige, dienstleistende Hilfe [Kein „Wir sind nicht zuständig“, sondern „Wir kümmern uns um einen Rückruf“; WS TN2 2:56:04]
Schritt 5 Betroffene	Anforderung an die betroffene Person <ul style="list-style-type: none"> • Freiwilligkeit • vorzugsweise: Krankheits- bzw. Problemeinsicht [WS 1:09:48]
Schritt 6 Evaluation	Laufende Evaluation und Anpassung <ul style="list-style-type: none"> • gemeinsam mit der betroffenen Person • im multiprofessionellen Team • innerhalb der Organisation, Institution (PVZ)

	<ul style="list-style-type: none"> • externe Organisationen und politische Entscheidungsträger (siehe Konzept Case Management)
--	---

5.2.2 Leitlinie 2: Informationen

Franziska Lechner

Wie bereits in der Leitlinie zur Professionalität herausgearbeitet wurde, sind Fakten und Informationen ein wichtiger Bestandteil der Krisenintervention (LL1). Mit Informationen sind dabei nicht nur Daten über Geschehnisse gemeint, sondern auch die Psychoedukation, also eine Aufklärung über Ursprung und Bedeutung von Symptomen (Sonneck et al. 2016:59) und Wissen über bestehende Konzepte (LL2c). In diesem Punkt geht es im Wesentlichen um die Weitergabe von Informationen an Betroffene selbst und ihr soziales Umfeld.

In der Abklärung von Kontext und Setting (LL2a) wird die Zusammenarbeit zwischen der betroffenen Person, dem:der Krisenbegleiter:in und der involvierten Institution (hier: PVZ) besprochen, was zu einem transparenten Ablauf und einer vertrauensvollen Beziehung beitragen soll.

Bei der Psychoedukation (LL2b) geht es für die Betroffenen darum, sich selbst und ihre Reaktionen zu verstehen. Sie dient der Normalisierung, Stressreduktion und Distanzierung vom Erlebnis (DeGPT 2019:25). Das Wissen über physiologische, neurobiologische und psychologische Aspekte der Krisenreaktion und -bewältigung helfen beim Verstehen und Einordnen und zeigt den Betroffenen, dass es sich um normale Belastungsreaktionen handelt, was Stress reduziert. Das Wissen wirkt entlastend und bietet Sicherheit (Hausmann 2016:136f).

Weiteres wertvolles Wissen sind die zugrunde liegenden Konzepte (LL2c). Wie kann der Umgang mit einer krisenhaften Situation positiv beeinflusst werden und welche Faktoren spielen hier mit und sollten gefördert werden? Die Konzepte stehen in einem engen Zusammenhang mit der Ressourcenförderung (LL3c). Die verschiedenen Strategien, Techniken und Tools (LL3c) lassen die Konzepte (LL2c) miteinfließen, um bestimmte Ressourcen zu stärken und zu kräftigen.

5.2.2.1 LL2a: Kontext und Setting

Priska Österle

Wie bereits in der Leitlinie 1b (LL 1b, Schritt 5) erwähnt wurde, bezieht sich die Kontextklärung auf eine transparente Vorgehensweise und allseitige Aufklärung der Klient:innen über den Gesamtprozess von TMP im Setting des PVZ. Ziele und Inhalte werden besprochen,

Schwierigkeiten und Grenzen aufgezeigt, offene Fragen geklärt etc. Diese Art von Informationsweitergabe soll dem Sicherheitsgefühl der Klient:innen dienen und Vertrauen zur hilfeleistenden Person und Institution schaffen. Dadurch kann vermieden werden, dass falsche Erwartungen (und folglich Enttäuschungen) entstehen. Stein (2020:161) betont, dass die Vorgabe klarer Strukturen hilfreich ist, um zusätzliche Konflikte zu vermeiden – vor allem dann, wenn mehrere Personen (ein interprofessionelles Team) am Prozess beteiligt sind. Die Verhandlung dieser Strukturen ist ebenso Teil der Kontextklärung. Kleve (2002) hat sich ausführlich mit der systemischen Kontextklärung „in 8 praktischen Schritten“ befasst, weswegen wir auf seine Vorgehensweise zurückgreifen wollen. Einige Schritte sind Teil anderer Leitlinien und daher redundant. Die LL2a kann daher auch als Zusammenfassung von relevanten Aspekten gelesen werden und als Rückversicherung dienen, dass diese Aspekte die nötige Aufmerksamkeit bekommen.

Schritt 1 Institutionell	Institutioneller Kontext: Funktion und Aufgaben der Institution <ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle spielt die Beraterin in der Institution? (z.B. Sozialarbeiter:in im PVZ) • PVZs sind Gesundheitszentren und keine spezialisierten Krisenzentren • dementsprechend sind die Teams im PVZ i.d.R. keine Krisen-Expert:Innen, sondern ‚nur‘ geschult im Umgang mit Krise → Diese Tatsache muss besprochen werden. Mit Betroffenen kann erörtert werden, welche Situationen ein Hinzuziehen von Spezialist:innen erfordern.
Schritt 2 Überweisung	Überweisungs-Kontext: <ul style="list-style-type: none"> • Von welcher Person, Institution oder PVZ-Kolleg:in wurde der:die Klient:in geschickt? • Welches Motiv steht dahinter? • Ist diese Person/Institution Teil des weiteren Betreuungsgeschehens?
Schritt 3 Hilfesystem	Hilfesystem-Kontext: <ul style="list-style-type: none"> • Zu welchen anderen Institutionen besteht Kontakt? • Welche Bedeutung haben diese für die betroffene Person? (auch im Sinne von LL2b, formelle soziale Ressourcen)
Schritt 4 Historisch	Historischer Kontext: <ul style="list-style-type: none"> • Welche Erfahrungen, welche Problem- ‚Karriere‘, welche Art von professioneller Hilfe bringt der:die Klient:in mit? • Was hat geholfen? Was weniger?
Schritt 5 Zeitlich	Zeitlicher Kontext <ul style="list-style-type: none"> • Motiv für den Zeitpunkt der Suche nach Unterstützung? • Vorstellungen und Wünsche zur Dauer der Begleitung

Schritt 6 Anspruch	Anspruchs-Kontext <ul style="list-style-type: none"> • Klärung des Begriffs „Beratung“ – Was erwartet sich die betroffene Person? • Grenzen und Möglichkeiten der Beratung und Begleitung besprechen
Schritt 7 Ziel	Ziel-Kontext <ul style="list-style-type: none"> • Welches Ziel soll mit der Krisenbegleitung verfolgt werden? • Wie soll die Ziel-Erreichung kontrolliert werden?
Schritt 8 Berater:innen	Berater:innen-Kontext <ul style="list-style-type: none"> • Welche Bedeutung haben persönliche Merkmale eines:einer Berater:in für die betroffene Person (z.B. Alter, Geschlecht)? • Vorstellungen und Wünsche über Eigenschaften (Art und Weise der Problembehandlung)

5.2.2.2 LL2b: Psychoedukation

Franziska Lechner

Psychoedukation nennt man die Aufklärung von Betroffenen über physiologische, neurobiologische und psychologische Aspekte der Krisenreaktion und -bewältigung, um sich selbst und ihre Reaktionen zu verstehen. In der Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN 2018a:202ff) wurden die äußert positiven Affekte der Psychoedukation in verschiedenen Anwendungsbereichen hervorgehoben. Die Psychoedukation soll dabei helfen, dass erlebte Beschwerden weniger belastend erlebt werden und die Symptome als angemessen angesehen werden, was der Normalisierung und Stressreduktion dient (DeGPT 2019:25). Die Vermittlung der Inhalte kann dabei durch unterschiedliche Methoden erfolgen wie Broschüren, Informationsgespräche, Vorträge oder Bücher. In der Literatur sind bereits Informationsblätter für Betroffene zu finden (Beispiel: Hausmann 2016:247).

Die Informationen, die mitgeteilt werden, sollen helfen, individuelle Gefühle und Reaktionen zu normalisieren und das Wissen über mögliche Folgen hilft der psychischen Stabilisierung (ebd.:242) und wirkt entlastend (ebd.:136). Zudem kann darüber hinaus informiert werden, welche Methoden zur Krisenbewältigung geeignet sind und wie man versuchen kann, den Alltag wieder “normal” zu gestalten. Welche Informationen sollten daher enthalten sein?

- Normalisieren der Reaktionen: Normale Reaktionen auf ein nicht normales Ereignis (Betonung der Normalität vermittelt ein Gefühl der Sicherheit (ebd.:136f)).
- Es gibt unterschiedliche Arten von Krisen.
- Was passiert bei einer Krise allgemein in unserem Gehirn? (Hülshoff 2017:21ff; Stein 2020:38ff)
- Mögliche Reaktionen (Hausmann 2016:18ff; Hülshoff 2017:22ff; WRK 2017:24f).
- Ressourcenaktivierung – soziales Umfeld, eigene Ressourcen, etc.

Da im Rahmen des TMP verschiedene schriftliche Unterlagen ausgearbeitet werden, die für die Betroffenen gedacht sind, erscheint uns auch in unserem Fall die Mitgabe von Informationsblättern als sinnvoll. Diese Unterlagen wurden nicht im Rahmen der Masterarbeit ausgearbeitet.

Auch Schulungen sollen Teil des Programmes sein. So bietet es sich an, Psychoedukation als Schulung oder im Gruppensetting zu ermöglichen. Gerade das Gruppensetting und die Möglichkeit zum Austausch mit anderen kann Betroffene unterstützen [WS TN2 02:44:00].

5.2.2.3 LL2c: Konzepte

Franziska Lechner

Unterschiedlichen Konzepte, die nach der Krisenbewältigung helfen können, finden sich öfters an verschiedenen Stellen in der Literatur. In Lasogga / Karutz (2012:59ff) werden Teile der Konzepte beispielsweise als Moderatorvariablen bezeichnet. Reaktionen und Folgen nach einem Ereignis sind nicht bei jeder Person gleich, schuld daran sind die Moderatorvariablen. Diese werden von Lasogga / Karutz sehr weit gefasst und umfassen protektive Faktoren (positive) und Risikofaktoren (negative). Zu den Moderatorvariablen gehören dabei nicht nur die Konzepte, sondern auch die Coping Strategien (LL3c). Die Konzepte stehen in engem Zusammenhang mit der Leitlinie 3 (LL3), welche sich mit den Ressourcen der Betroffenen befasst. Die Erläuterung der Konzepte soll letztlich dabei helfen, die Zusammenhänge und Auswirkungen von Ressourcen zu verstehen. Verschiedene Strategien, Techniken und Tools (LL3c) lassen die erwähnten Konzepte miteinfließen, um bestimmte Ressourcen zu stärken und zu kräftigen (LL3a).

LL2c.a: Salutogenese

In der Literatur werden hier als Vorgänger und Erschaffer des Konzeptes Aaron Antonovsky und Bruno Bettelheim genannt. "Salutogenese ist die Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung der Gesundheit." (Rosch 2018). Aaron Antonovsky prägte den Begriff der Salutogenese im Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl und dessen Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. "Selbstwirksamkeit, Resilienzfaktoren und Kohärenzgefühl sind zentrale Begriffe des Konzeptes der Salutogenese" (Hülshoff 2017:35), auf diese Punkte wird in den folgenden Leitlinien noch näher eingegangen. Es ergeben sich daher auch enge Zusammenhänge zwischen den einzelnen Begriffen (Hausmann 2016:90f; Hülshoff 2017:18, 31f). Grundsätzlich geht es aber um einen weiten Begriff der Gesundheit (biopsychosoziales Krankheitsmodell; ebd.:31f) und wie diese positiv durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden kann. Gesundheit ist nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen und die Übergänge von Krankheit und Gesundheit sind fließend, denn jeder Mensch besitzt gesunde und kranke Aspekte (o.A. 2023). Siehe auch *Kapitel 2.3, Biopsychosoziales Gesundheitsmodell und Salutogenese*.

LL2c.b: Kohärenz

“Das Gefühl der Kohärenz bezeichnet eine Grundorientierung, die ausdrückt, in welchem Maße ein Individuum ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht bzw. Vertrauens hat und die Welt entsprechend als zusammenhängend und sinnvoll erlebt” (Andreatta et al. 2015:175).

Als Bestimmungsstücke des Kohärenzgefühls werden genannt (ebd.:175f):

- Verstehbarkeit oder auch Verständlichkeit, comprehensibility = kognitiver Teil
- Handhabbarkeit oder auch Bewältigbarkeit, manageability = kognitiv-emotionaler Teil
- Sinnhaftigkeit oder auch Bedeutsamkeit, meaningfulness = motivationaler Teil

Diese drei Kernbegriffe sind eng miteinander verbunden und stehen im wechselseitigen Zusammenhang. Interventionen richten sich auf die beispielsweise auf die verschiedenen Teile des Kohärenzgefühls wie Übungen, um Zukunftsorientierung einzuführen oder gemeinsame Rituale um die Sinnhaftigkeit zu bestärken (ebd.:176ff). Das Kohärenzgefühl ist also eine Grundorientierung, eine generelle Lebenseinstellung, ein Gefühl des Vertrauens, das durch die Eigenschaften Vorhersehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit bestimmt wird (Stein 2020:48f).

LL2c.c: Resilienz

Die Resilienzforschung befasst sich weiterführend mit “der Frage der Widerstandskraft der Person gegenüber schädigenden Einflüssen und ihre Gesunderhaltung” (Andreatta et al. 2015:175). Es geht dabei um die Förderung der physischen und psychischen Widerstandsfähigkeit (BAG Traumapädagogik 2011:9). Einfacher ausgedrückt bedeutet Resilienz, die “Widerstandskraft gegenüber Belastungen” (Lasogga / Karutz 2012:68f) oder in anderen Worten, die Fähigkeit trotz belastender oder traumatisierender Ereignisse oder Lebensumstände die psychische Gesundheit zu wahren oder den Zustand wiederherzustellen (Hausmann 2016:82). Weitere Ausführungen in ebd.:82f; Hülshoff 2017:18; Juen et al. 2015:139; Lackner 2021:59ff.

Resilienz ist ein sozialer Prozess mit vier Kernelementen: dem Ereignis, inneren Ressourcen der Person, Umwelt mit ihren vermittelnden Ressourcen und Gemeinschaft oder Gruppe, der die Person angehört und die mit bestimmten Fähigkeiten und Möglichkeiten der Ressourcennutzung ausgestattet. (Juen et al. 2015:140 nach Juen et al 2013).

LL2c.d: Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist die Erwartung “aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können” (Hülshoff 2017:30). Dabei ist die Überzeugung von Bedeutung, ob man auf die Situation selbst Einfluss nehmen kann oder nicht (Lasogga / Karutz 2012:67). Hat man etwas selbst in der Hand oder ist alles vorgegeben und ich habe keinen Einfluss darauf? Selbstwirksamkeit gibt ein Gefühl von Sicherheit, in dem

Dinge im Griff zu sein scheinen (Stein 2020:47), dadurch ist Selbstwirksamkeit auch eine wichtige protektive Variable (Lasogga / Gasch 2011:104). Es geht darum, dem Betroffenen zu verdeutlichen, welchen eigenen Anteil er an der Lösung der krisenhaften Situation hatte und welche Coping Strategien (LL3c) ihm zur Verfügung stehen für ähnliche Situationen (Hülshoff 2017:19).

LL2c.e: Emotionale Stabilität

Emotionale Stabilität wird als psychologische Moderatorvariable (Lasogga / Karutz 2012:59ff) genannt. Als protektive Faktoren tragen hier bei: Selbstsicherheit, positives Selbstbild und überdurchschnittliche Intelligenz (ebd.:66f). Die emotionale Stabilität wird in der Literatur aber selten als eigenes Konzept angesehen.

LL2c.f: Empowerment

Beim Empowerment "handelt es sich nicht um eine Methode, sondern eher um ein Gesamtkonzept..." (Hülshoff 2017:86f). Empowerment hat eine andere wichtige Wirkung auf die Betroffenen. Es geht darum, die Autonomie und Selbstbestimmung über das eigene Leben zu fördern. Im Konkreten geht es um die Verantwortungsübernahme, darum, die Kontrolle zurückzugewinnen und den Fokus zu stärken (DGPPN 2018a:50ff). Da Krisensituationen Betroffene oft ohnmächtig erscheinen lassen, ist die Wiederbefähigung zum eigenen Handeln ein zentraler Aspekt. Die Förderung der Autonomie ist auch ein zentraler Aspekt der professionellen Haltung (LL1a). Herringer (2010:20) bietet hier eine Definition:

"Empowerment bedeutet Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung der Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung. Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewußt werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen."

LL2c.g: Recovery

Recovery (MHE o.A.) ist ein Konzept, das unter anderem aus der Arbeit mit psychisch erkrankten Personen bekannt ist. Es wurde aus der Expertise Psychiatrie-Erfahrener entworfen. Es geht darum, mit der Erkrankung, psychischen Problemen oder Traumata leben zu können und Selbstbestimmung über das eigene Leben zurückzuerlangen. Inhalte des Recovery sind die Weiterentwicklung der inneren Einstellungen, Gefühle etc. und wird begleitet von Arbeitsbüchern zur Selbsterfahrung, Selbstbestimmung, Empowerment, Selbsterforschung und Vertrauen. Protektive Faktoren sollen gestärkt werden wie auch in dem von uns vorgeschlagenen Programm. Diese Unterlagen können daher auch für unser Programm genutzt werden. Beim Recovery geht es hauptsächlich um die inneren und eigenen Prozesse. Beim TMP wird auch

Rücksicht genommen auf die Einbindung im Primärversorgungszentrum und Nutzung der Angebote, auch wenn Recovery in diesem Sinne eine große Rolle im TMP spielt.

5.2.3 Leitlinie 3: Ressourcen

Priska Österle

Die Leitlinie 3 (LL3) konzentriert sich auf konkrete Inhalte und Möglichkeiten der Krisenbewältigung. Welche Fähigkeiten, Unterstützungen und Bewältigungsstrategien sind vorhanden? Welche können/sollen/müssen geschaffen werden? Welche sind – entsprechend der Lebenswelt – sinnvoll/hilfreich/dysfunktional? Mit welchen Methoden lassen sich die protektiven Faktoren (LL2c) stärken? Es geht also darum, Ressourcen zu erkennen, zu entwickeln, einzusetzen und zu evaluieren. Hausmann (2016:149) definiert Ressourcen als „Fähigkeiten, bewährte Strategien, aber auch materielle, soziale und ideelle Unterstützung.“ Er ordnet diesen höchste Priorität zu: „Ein Hauptansatzpunkt [der Intervention, Anm.] ist die Aktivierung und Förderung der individuellen Ressourcen und Bewältigungsstrategien“ (ebd.:9). Lackner (2021:77) bezeichnet Ressourcen als das „Herzstück der Stabilisierung“. In der Unterkategorisierung der Leitlinien folgen wir Stein (2020:37), der nach persönlichen, sozialen und instrumentellen Ressourcen unterscheidet. Persönliche Ressourcen sind sehr individuell und subjektiv – Wo liegen charakterliche Stärken und Schwächen, Interessen und Fähigkeiten? Die sozialen Ressourcen beinhalten sowohl das soziale Netzwerk (formell und informell), als auch die sozioökonomischen Lebensbedingungen. Instrumentale Ressourcen beziehen sich auf Copingstrategien, Techniken und Tools zur Krisenbewältigung. Dazu zählt sowohl die Erhebung von bereits vorhandenen, persönlichen Entlastungstechniken (z.B. sportliche oder künstlerische Betätigung), als auch das Ausprobieren neuer (teils in der fachlichen Praxis entwickelten) Methoden.

Wir haben im Zuge der Recherche zu Ressourcen Videos von (suizidalen) Krisen betroffener Personen auf der Plattform GoOn Suizidprävention Steiermark (2022) analysiert. In den 10 veröffentlichten Videos erklären fast alle, dass sie sich ein offenes und öffentliches Sprechen über Suizid, psychische Krankheiten und Krisen wünschen. Im Workshop wurde ebenfalls auf diese Notwendigkeit hingewiesen, weswegen dieser Aspekt gesondert behandelt wird (siehe Kapitel 6.1.1). In den Videos betonen alle die effektive Wirkung von professioneller Hilfe. Weitere Ressourcen, die genannt werden: Familie und Freunde (8x), Natur-Erlebnisse (6x), Hunde (3x), Humor (3x), Musik und sonstige künstlerische Betätigung (2x), Bewegung und Sport (2x), Meditation bzw. Atemübungen (2x). Als innere Ressourcen werden Perspektivenwechsel, Akzeptanz, Selbstaffirmation, Wille und Durchhaltevermögen genannt.

5.2.3.1 LL3a: Persönliche Ressourcen

Franziska Lechner

Die persönlichen Ressourcen können den Verlauf und die Entwicklung psychosozialer Krisen maßgeblich beeinflussen. Einflussfaktoren sind unter anderem die subjektive Bedeutung für den Betroffenen, also das individuelle Erleben und Bewerten von Situationen, die Krisenanfälligkeit, Verletzlichkeit, Biographie, zusätzliche Belastungen und für den Verlauf im Speziellen: der Rückzug, Suchtmittelkonsum und Reizbarkeit (WRK 2017:61f). Negative Situationen können im Leben nicht vermieden werden, aber es geht darum, den richtigen Weg zu finden damit umzugehen. Die persönlichen Ressourcen zu fördern ist daher ein wichtiger und richtiger Schritt im Umgang mit krisenhaften Situationen.

Förderung anhand bereits bekannter Konzepte:

Die bereits benannten Konzepte (LL2c) haben wesentlichen Einfluss auf die persönlichen Ressourcen. Im TMP sollen die persönlichen Ressourcen gestärkt werden anhand von Tools und Techniken (LL3c) und in der Weiterbetreuungsphase (LL4a.c). Zur Förderung der Ressourcen ist eine Beschäftigung mit den folgenden Konzepten sinnvoll: Kohärenz (LL2c.b), Resilienz (LL2c.c), Selbstwirksamkeit (LL2c.d) und emotionale Stabilität (2c.f). Methoden und Techniken zur Stärkung und Förderung sind in der Leitlinie (LL3c) enthalten.

Das **Kohärenzgefühl** ist eine Grundorientierung, eine generelle Lebenseinstellung, ein Gefühl des Vertrauens, das durch die Eigenschaften Vorhersehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit bestimmt wird (Stein 2020:48f). Das Kohärenzgefühl ist in verschiedenen Ausmaßen in Personen ausgeprägt und ist teilweise ein Ergebnis unserer Biografie, kann aber auch ein Leben lang beeinflusst werden (Weyers o.A.). So hilft es, sich immer wieder Fragen zu stellen, die die eigene Person und ihr Kohärenzgefühl betreffen (ebd.). Diese Sichtweise wird durchaus auch kritisch gesehen und davon ausgegangen, dass im Erwachsenenalter die Entwicklung des Kohärenzgefühls abgeschlossen sei (BZgA 2001:72). Veränderungen können nur kurzfristig bzw. im geringen Ausmaß erreicht werden, warum Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und präventive Maßnahmen ein breites Spektrum an individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren ansprechen sollen (ebd.). Selbst wenn das Kohärenzgefühl nur schwer veränderbar ist, hilft die achtsame Auseinandersetzung bei der Selbsterforschung und kann so seinen Teil zur Stärkung der persönlichen Ressourcen beitragen.

Resilienz ist ein Zusammenspiel aus individuellen Eigenschaften und Ressourcen oder anderen äußeren Faktoren (Hausmann 2016:83). Nicht auf alle Faktoren kann Einfluss genommen werden, dennoch können einzelne Themen gefördert und gestärkt werden. Persönlichkeitseigenschaften können positiven Einfluss nehmen auf die Resilienz (aktiv, aufgeschlossen, freundlich, gesellig, gute Problemlösung, auf sich stolz sein, Bereitschaft Hilfe anzunehmen, optimistisch, leistungsmotiviert, hat Ausdauer, Beharrlichkeit, die Fähigkeit zum emotionalen Ausdruck), ebenfalls positiv wirken äußerlich beeinflusste Faktoren wie eine "frühe Bindung an mindestens eine kompetente, sensible und emotional stabile Person" und emotionale Unterstützung und Ratschläge von Peer Groups sowie positive Vorbildrollen (ebd.:83f nach

Werner 1971; Skodol 2010; Masten 2007). Jegliche Methode, die diese Faktoren fördert, steigert damit die Resilienz und hat einen positiven Einfluss auf die weitere Krisenanfälligkeit.

Bei der **Selbstwirksamkeit** geht es darum, dem Betroffenen zu verdeutlichen, welchen eigenen Anteil er an der Lösung der krisenhaften Situation hatte und welche Coping Strategien (LL3c) ihm zur Verfügung stehen für ähnliche Situationen (Hülshoff 2017:19). Eine erlebte Selbstwirksamkeit und Verbesserung der eigenen Kompetenzen in kleinen Schritten sind für die Entstehung, das kontinuierliche Wachstum und die Stabilisierung von Überzeugungen der eigenen Selbstwirksamkeit unerlässlich (Schwarzer et al. 2002:35ff). Studien zeigen, dass es weniger um die tatsächlichen Kompetenzen geht, sondern mehr um die ausgeprägte Überzeugung in der Bewältigungsmöglichkeit (gesteigerte Selbstwirksamkeit) (Bleichenbacher / Lampert 2021:103). Eine positive Erwartungshaltung unterstützt bei problemorientierten Bewältigungsstrategien und fördert eine günstige Bewertung der eigenen Bewältigungsanstrengungen (Schwarzer et al. 2002:29). Die dazu gehörige Erwartungshaltung (Selbstwirksamkeitserwartung¹⁹) wird nach Bandura (1977) von vier Quellen beeinflusst: eigene Erfolgserlebnisse, stellvertretende Erfahrung, verbale Ermutigung und physiologische Zustände. Ein positives Wirken in einigen oder allen Bereichen ist damit Kompetenz fördernd. Die Selbstwirksamkeitserwartung hat einen Einfluss auf das **Selbstvertrauen**.

Die protektiven Faktoren für die **emotionale Stabilität**, welche gefördert werden können sind die Selbstsicherheit und das positive Selbstbild. Auch durch das eigene Verhalten oder Verhaltensänderungen kann die emotionale Verwundbarkeit gesenkt werden (Bleichenbacher / Lampert 2021:111), beispielsweise durch Bewegung, richtige Ernährung und ausreichend Schlaf.

Förderung der eigenen Person:

Über die bereits erwähnten Konzepte hinaus können die Auseinandersetzung mit **Gefühlen**, der persönlichen Reflexion und weitere persönliche Ressourcen hilfreich sein für die Bewältigung von Krisen.

„Achtsamkeit ist die Basis für Veränderungen! Erst wenn ich bemerke und mir bewusst werde, was in mir und um mich herum geschieht, habe ich die Möglichkeit bewusster Entscheidungen.“ (ebd.:11)

Daher ist es sinnvoll mit diesem Thema zu beginnen. **Achtsamkeit** hilft, Gefühle besser wahrzunehmen und zu verstehen. Es geht dabei darum, konzentriert wahrzunehmen, zu beschreiben und teilzuhaben, ohne Bewertungen vorzunehmen (ebd.:12). Übungen hierfür können die mentalen, kognitiven Techniken in LL3c sein.

In der heutigen Zeit sind wir uns oft unserer eigenen Gefühle nicht mehr bewusst und es kann schwer fallen, Gefühle richtig wahrzunehmen und zu bezeichnen. Schuld und Scham gelten

¹⁹ „Selbstwirksamkeitserwartung wird definiert als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenzen bewältigen zu können.“ (Schwarzer et al. 2002:35)

als eher negativ behaftete Gefühle, was die Verarbeitung von Krisen erschweren kann. Ein Auseinandersetzen mit Gefühlen ist daher hilfreich. Zudem kann dabei unterstützt werden, Schuld und Scham zu überkommen.

Achtsamkeit hilft ebenso bei der **Selbsterforschung**. Hierbei geht es um die Frage nach dem eigenen Selbst- ein Grundstein für eine gelingende Selbstwirksamkeit (ebd.:46). Es geht darum, sich selbst kennenzulernen und bewusst wahrzunehmen, ohne sich selbst zu bewerten. Hilfreich ist hier die Gegenüberstellung von Fragen wie 'Woran bemerke ich, dass ich mich in einer krisenhaften Situation befinde?' und 'Woran erkenne ich, dass es mir gut geht?'. Die Selbsterforschung soll dabei helfen, sich selbst besser kennenzulernen und so Auslöser, Frühwarnzeichen und Anzeichen einer Krise zu erkennen und zu lernen, Coping-Strategien dafür zu entwickeln. Zudem kann Selbsterforschung dabei helfen, seine eigenen Interessen und Fähigkeiten zu entdecken und das Programm danach zu gestalten.

Zur Stärkung des eigenen **Selbstwertgefühls** hilft es, sich mit den ungünstigen, verinnerlichten **Glaubenssätzen** auseinanderzusetzen. Glaubenssätze sind "bestimmte Annahmen, die Menschen über sich selbst, andere oder die Welt im Allgemeinen haben." (Lindner 2022). Es sind also tiefverankerte Meinungen und Ansichtsweisen. Das Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein werden von negativen Glaubenssätzen über sich selbst beeinflusst. Hier können kleine Übungen helfen, diese in positive umzuwandeln (siehe Reframing in LL3c).

5.2.3.2 LL3b: Soziale Ressourcen

Priska Österle

Das soziale Umfeld stellt eine bedeutende Ressource dar. Ausnahmslos alle Quellen der recherchierten Literatur verweisen auf den unschätzbaren Wert der Unterstützung durch ein soziales Umfeld in Krisensituationen, allen voran Familie und Freunde der betroffenen Person. Um Zitate zu nennen:

"Das weitaus wichtigste [Hilfsmittel, Anm.] ist allerdings die **emotionale und reale Unterstützung durch Angehörige, Freunde und andere Menschen ...**" (Sonneck et al. 2016:33, **fett** im Original).

"Gute soziale Unterstützung ist der Eckpfeiler erfolgreicher Krisenbewältigung" (Stein 2020:160).

„Den sozialen Kontakten der Betroffenen kommt bei der Bewältigung eines Notfalls und seiner Folgen größte Bedeutung zu“ (Hausmann 2016:245).

Eine ungestörte soziale Umgebung wird als zentraler protektiver Faktor genannt (Lasogga / Gasch 2011:52) bzw. gilt eine fehlende soziale Unterstützung als wichtigster Risikofaktor einer PTBS (DeGPT 2019:27). Bei der Krisenintervention darf jedoch nicht vergessen werden, dass An- und Zugehörige Helfer:innen und Hilfsbedürftige zugleich sind. Beratung und Information (LL2b und LL2c) können auch für sie einen stabilisierenden Faktor darstellen. Bindungspersonen sind jedoch nicht ausschließlich eine stärkende Ressource, sie können auch krisenhaft in

das Krisengeschehen verwickelt sein (Hülshoff 2017:18). Neben Unterstützung und Anteilnahme ist auch mit Vorwürfen und Beschuldigungen zu rechnen. Oft sind Teile des sozialen Umfelds ursächlich in die Krise verstrickt (das kann auf sehr unterschiedliche Art und Weise passieren; z.B. durch Gewalterfahrungen innerhalb von Beziehungen, ein suchtkranker Freundeskreis, pflegebedürftiges Familienmitglied etc.). Das soziale Umfeld besteht somit aus stärkenden Bindungspersonen und verunsichernden oder krisenfördernden Bindungspersonen.

Als soziale Ressourcen kommen neben nahestehenden Personen auch Selbsthilfegruppen, soziale Dienste oder Arbeitgeber:innen (u.v.m.) in Frage. "Selbsthilfegruppen können hilfreich sein und vor allem gegen Selbstbeschuldigung und Rückzug wirken" (Gerngroß 2015:101). Soziale Dienste können die Bewältigung des Alltags erleichtern (z.B. Haushaltshilfen, mobile Wohnbetreuung etc.). Arbeitgeber:innen sind wichtige Ansprechpersonen, wenn das Krisengeschehen den Job beeinflusst, denn wissen diese um die Ursache von möglichen arbeitsrelevanten Problemen (Unpünktlichkeit, Zerstreuung, lange Krankstände etc.), ist das Verständnis oft größer. Soziale Probleme wie z.B. Arbeitsplatz- und Wohnungsverlust oder Schuldenlast und Armutsgefährdung sind Risikofaktoren für die Krisenanfälligkeit (Stein 2020:153f). Da die sozioökonomischen Lebensbedingungen und die materielle Absicherung zentrale Faktoren im Krisengeschehen sind, sind diese klassischen Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit (LL1b) ein wichtiger Teil der institutionellen sozialen Ressourcen. Im Hinblick auf Selbstwirksamkeit (LL2c.d) und Empowerment (LL2c.f) ist die Unterstützung durch professionelle Hilfe jedoch stets kritisch zu evaluieren.

Schritt 1 Netzwerk	Soziales Netzwerk: Welche Personen (privat, fachlich) sind relevant? <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Diagnostik: Erstellung von Netzwerk-Karte, Eco-Map • Anwendung kreativer Lösungen (z.B. Foto-Collage, Zeichnung etc.) → Die betroffene Person kann eine passende Variante wählen- gemeinsam beginnen- als Aufgabe mitgeben, um in Ruhe weiter zu bearbeiten
Schritt 2 Analyse	Analyse und Kategorisierung der sozialen Ressourcen <ol style="list-style-type: none"> a) Emotionale Verbundenheit: An- und Zugehörige (meist Familie und Freunde) b) Organisatorische, praktische Unterstützung: Nachbar:innen, Arbeitskolleg:innen, Arbeitgeber:innen etc. c) Fachlich: Versorgungslandschaft, Professionist:innen d) Andere (öffentliche Unterstützung): z.B. Selbsthilfegruppen und Peers, Vereine etc.
a	Emotionale Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Bewertung von möglichen sozialen Ressourcen • Wichtige stärkende Bindungspersonen: Wann hilfreich? Wann weniger? • Wichtige verunsichernde Bindungspersonen: Welcher Umgang? • Welche Vorteile könnten durch den Einbezug einer Person entstehen?

	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Probleme könnten durch den Einbezug einer Person entstehen? <p>→ bei emotionalem Naheverhältnis: womöglich Hilfe und Belastung zugleich!</p>
b	Organisatorische, praktische Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Wer könnte wie unterstützen? • Organisationsfragen klären: nötige zeitliche Intervalle und Zeitaufwand insgesamt reflektieren, Erreichbarkeit etc. • Materielle Absicherung (Braucht es Gespräche mit Arbeitgeber:in, Vermieter:in etc.?)
c	Fachliche, beratende und betreuende Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Welche Unterstützung gibt es bereits? • Welche wird noch benötigt? • Gibt es Überschneidungen? • Gibt es ein Zuviel?
d	Sonstige Unterstützung (öffentliche Ressourcen) <ul style="list-style-type: none"> • Was wäre ein passendes Angebot? (Interesse, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, eventuelle Kosten etc.) • Vor- und Nachteile der Inanspruchnahme
Schritt 3 Aktivierung	Netzwerkaktivierung <ul style="list-style-type: none"> • Subsidiaritätsprinzip (so viel wie nötig, so wenig wie möglich) • Informelle vor formeller Hilfe (Selbständigkeit fördern, Abhängigkeit meiden) • Kooperation und Koordination sicherstellen • Kategorisierung entsprechend Schritt 2a-d
a	Emotionale Unterstützung (An- und Zugehörige) <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung in der Gesprächsvorbereitung: Was möchte wie gesagt werden? • Einladung zum gemeinsamen Beratungsgespräch • Moderation von schwierigen Gesprächen • Einübung von Gesprächsführung (z.B. heikle Gespräche mit Bezugspersonen im Rollenspiel üben)
b	Organisatorische Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Anfragen starten • Regelungen festlegen • evtl. vertragliche Festlegung (z.B. bei Mietaufschub)
c	Fachliche Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • multiprofessionelles Team im PVZ (LL1c)

	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung, Verweisung
d	Sonstige Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • evtl. Anwendung von Social Prescribing (LL1b)
Schritt 4 Evaluation	Re-Evaluation von Sozialen Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> • Reflektieren • Evaluieren • Modifizieren → Feedbackschleifen
Schritt 5 An- und Zugehörig	Ergänzung: soziales Gefüge An- und Zugehörige als indirekt von der Krise Betroffene miteinbeziehen: <ul style="list-style-type: none"> • Gespräche anbieten (mit oder ohne die primärbetroffene Person – transparente Vorgehensweise sicherstellen!) • Spezifische Informationen (z.B. Infoblätter für Angehörige, Hausmann 2016:259f; auch: LL2b und LL2c) • Spezifische Angebote (z.B. Selbsthilfegruppen für Angehörige) • Auch: systemische Betrachtung von Krisen – Inwiefern tragen An- und Zugehörige zur Krise bei?

5.2.3.3 LL3c: Instrumentelle Ressourcen

Priska Österle

„Coping umfasst alle Versuche von Betroffenen, bestehende oder noch zu erwartende Belastungen [...] aufzufangen, auszugleichen und zu bewältigen“ (ebd.:97). Alle Menschen verfügen über bestimmte, individuell entwickelte Bewältigungsstrategien, um mit Belastungen umzugehen und um Probleme zu lösen (versuchen)- zur Stressbewältigung, Stressvermeidung und zum Stressabbau; zur Distanzierung und Selbstberuhigung. Manche Strategien sind hilfreich, andere erzielen nicht den erwünschten Effekt, wieder andere erweisen sich als destruktiv. Denn auch Substanzmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten oder Suizid sind letzten Endes Versuche, um Entlastung herzustellen. Stein (2020:12) empfiehlt nachdrücklich eine Betrachtungsweise, „die in allen Problemlösungsversuchen, auch wenn diese destruktive Folgen haben, den adaptiven Charakter sieht.“ Auch Lackner (2021:81) verweist auf die selbstregulierende, entlastende Wirkung von Suchtmitteln oder suchartigem Verhalten und betont das unbedingte Unterlassen von druckausübendem Drängen gegenüber Klient:innen. Unterstützend sollen unterschiedliche Ressourcen, Techniken und Tools erkundet werden, die im optimalen Fall den Einsatz von destruktiven Strategien ablösen können.

Ein zentraler Aspekt der Definition der psychosozialen Krise (siehe *Kapitel 1.1*) ist das Unvermögen, eine Lebenssituation mit bereits erworbenen und erprobten Fähigkeiten und

Hilfsmitteln zu bewältigen. Das heißt jedoch nicht, dass Erfahrungswerte keine Ressourcen darstellen – im Gegenteil, es gilt die mitgebrachten Copingstrategien zu eruieren und reflexiv zu hinterfragen, warum diese in der momentanen Situation nicht helfen bzw. wie diese angepasst werden könnten. Hausmann (2016:97) verweist auf Modelle, in welchen Coping-Stile wie folgt unterschieden werden:

- problemorientiert: durch Information und Handlungen die äußere Situation verstehen, in den Griff bekommen und überwinden
- emotionsorientiert: die negativen Gefühle infolge von Belastung reduzieren (Stress, Angst, Verzweiflung, Schuld u.a.m.)
- vermeidend: Probleme ignorieren, leugnen oder vermeiden

In der helfenden Funktion können Möglichkeiten der Entlastung und Unterstützung praktisch vermittelt werden. Die Coping-Stile nach Hausmann können dabei reflexiv nützlich sein. Im Bedarfsfall können neue Strategien entwickelt und ausprobiert werden. Interessen, Hobbys und Talente können die Richtung vorgeben, was funktionieren könnte. In der Leitlinie 3c (LL3c) werden Techniken und Tools vorgestellt, die eben dazu befähigen sollen bzw. jene Lebensbereiche stärken können, die als Konzepte in LL2c vorgestellt worden sind (Resilienz, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit, emotionale Stabilität). Hier halten wir eine Schritt-für-Schritt Vorgehensweise für unpraktikabel und wollen stattdessen einen Überblick über die unterschiedlichen Techniken und Tools darbieten. Die Kategorisierungen sollen einer besseren Übersicht dienen und keinen Anspruch auf korrekte Zuordnung erfüllen (Die Trennung in körperliche und mentale Techniken ist z.B. für außereuropäische Traditionen wie Yoga nicht zielführend). Im Kontext von TMP kann und muss teilweise an fachlich qualifizierte Ressourcen (LL2b) verwiesen werden (auch Medikamenteneinsatz, Krankenhauseinweisungen oder Psychotherapie sind instrumentelle Hilfen; Kunsttherapie, Achtsamkeitstraining etc. werden i.d.R. nicht im PVZ angeboten). Viele, der hier genannten Interventions-Methoden stammen aus der recherchierten Literatur. Oft sind die Methoden von anderen Expert:innen entwickelt worden, werden zitiert und zusammengefasst. Das heißt, die meisten Methoden lassen sich recht einfach im Internet recherchieren, um genauere Informationen zur Anwendung zu erhalten.²⁰ Bewältigungsformen können je nach Phase in der Akutsituation, Anfangszeit, mittel- und langfristig als mehr oder weniger hilfreich empfunden werden. Deshalb sollten die Strategien zwischenzeitlich evaluiert und bei Bedarf adaptiert werden. Es empfiehlt sich, nicht zu viele Maßnahmen in kurzer Zeit auszuprobieren, um Überforderung zu vermeiden.

Reden	Gespräch Von Krisen betroffenen Menschen die Möglichkeit zu geben über ihre Probleme, über Erlebtes oder ihre Empfindungen zu sprechen, ist die naheliegendste, einfachste und meist effektivste Methoden, um in krisenhaften Momenten Stabilität zu finden, denn:
-------	--

²⁰ Dabei ist zu beachten, dass die hier genannten Stabilisierungs-Methoden durchaus von Sozialarbeiter:innen angewendet werden können, da keine therapeutischen Kompetenzen benötigt werden. Eine Weiterbildung auf Basis von Anwender-Seminaren ist jedoch ratsam bzw. kann im Rahmen des PVZ-Teams an Psycholog:innen verwiesen werden (z.B. bei Imaginationsübungen).

	<ul style="list-style-type: none"> • für die meisten Menschen gilt: Reden hilft (Stein 2020:160f) • der sprachliche Ausdruck von Empfindungen und Emotionen hilft im Umgang damit (BAG Traumapädagogik 2011:8) • Sprechen hilft innere Erregung und Spannung abzubauen (Hausmann 2016:19) • Entlastungsgespräche unterstützen, Da-Sein und Zuhören [WS 2:46:55]
Haltgebende Strukturen schaffen	<p>Rituale</p> <p>Die Ritualforschung hat früh erkannt, dass jedes Ritual im Prinzip ein Übergangsritual ist (<i>rites de passage</i>; Van Gennep 2005 [1909]) und eine sogenannte Liminalitätsphase hat- ein mehrdeutiger Schwellenzustand, vor der Wiedereingliederung in den Alltag, der sowohl kreativ als auch gefährlich sein kann (Turner 1998). Rituale begleiten soziale und biographische Übergangsphasen wie z.B. von der Pubertät in die Adoleszenz oder vom Leben in den Tod. Die Parallelen zu Krisen, vor allem Veränderungskrisen, werden deutlich. Hülshoff (2017:12) bezeichnet Krisen als Übergangsphänomene. Auch Krisen beinhalten sowohl Risiko als auch Chance. Eine Hauptfunktion von Ritualen liegt im Schaffen von haltgebenden Strukturen, um eben jene Übergangsphasen zu meistern, die häufig von Krisen begleitet werden. Durch den fixierten Ablauf können Unsicherheiten aufgefangen und kanalisiert werden. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, weshalb rituelle Handlungen und auch kleine Alltagsrituale helfen können, um in krisenhaften Situationen stabilisierend zu wirken. Es können fixe Tagesabläufe entwickelt werden, Zeitabschnitte rituell gestaltet werden (wie zum Beispiel das tägliche Aus-dem-Bett-kommen) oder spezielle Phasen durch ritualisiertes Handeln überwunden werden (z.B. fixe Abläufe für Momente, wenn der Suchtdruck sehr hoch wird). Der Kreativität sind hier keine Grenzen gesetzt.</p> <p>Tages- und Wochenstrukturen</p> <p>Die pro mente Steiermark (2020) verweist auf die effektive Wirkung eines strukturierten Alltags, um „das psychische Wohlbefinden zu fördern und langfristig aufrechtzuerhalten“. Strukturen geben Sicherheit, routinemäßige Tätigkeiten vermeiden Ungewohntes und Unerwartetes und wirken daher stabilisierend. Aus diesem Grund bieten psychosoziale Dienste diverse Tagesstruktur-Angebote sowie Freizeitbeschäftigung, Sport, Kunst und Kultur etc. an (Zusätzliche Gründe liegen in der Erfahrung von Selbstwirksamkeit durch sinnvolle Tätigkeiten oder im Erleben von Gruppenzugehörigkeit). Termine und Gruppenaktivitäten sind alltagsstrukturierend (BAG Traumapädagogik 2011:12).</p>

<p>Körperliche Betätigung</p>	<p>Körper, Körperempfindung, Selbstgewahr-Sein Lackner (2021:48) bezeichnet den Körper als „Ort und Instrument der Stabilisierung.“ Unser Sein und unsere Existenz hängen vom Körper ab. Körperempfindungen ermöglichen im Hier und Jetzt zu sein, Sicherheit und Halt zu erfahren, Lebendigkeit zu entdecken, Gefühle zu empfinden und Einfluss zu nehmen (ebd.). Körperarbeit und Methoden, welche auf körperlichen Empfindungen beruhen, sind daher ein zentraler Ansatzpunkt für Stabilisierungstechniken, dienen dem Aufbau von Selbstwertgefühl oder können entspannend wirken.</p> <p>Körperliche Aktivität, Sport und Bewegung Unterschiedliche Sportarten und Bewegungsformen aktivieren unterschiedliche Bereiche. Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausdauersportarten wie Laufen, Radfahren, Schwimmen fördern das Durchhaltevermögen, erzielen Euphorie (Flow-Gefühl) und zufriedenstellende Erschöpfungszustände • Sprinten oder Boxen hilft Wut zu kanalisieren, Aggressionen abbauen • Klettern erfordert hohe Konzentration und Mut • Yoga, Qigong etc. inkludieren gezielt mentale Aspekte • Dehnungsübungen helfen, sich aufmerksam spüren <p>Entspannungstraining</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meditationstechniken, • Atemtechniken (z.B. Pranayama) • Autogenes Training <p>Sensorische Reize Helfen dabei, Stress, Nervosität oder Suchtdruck zu verringern</p> <ul style="list-style-type: none"> • kalte Dusche bzw. Wechselduschen • auf etwas Scharfes oder Bitteres beißen • Gummiring über die Haut schnalzen lassen <p>Andere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faust machen, loslassen; auch mithilfe von Knetbällen • in ein Polster schreien • Realitätstraining: durch Gehen, Hüpfen, Aufstampfen, Gesicht kneten, etc. sich im Hier und Jetzt wahrnehmen können • monotone Aktivitäten wie z.B. Putzen
<p>Mentale, kognitive Techniken</p>	<p>Hofer-Moser et al. (2020:44ff) unterteilen Kriseninterventionstechniken in 3 Kategorien: Techniken der inneren Distanzierung, Techniken der inneren Stütze (innere Beistände; Orte, Texte, Zeichen und Gesten der Kraft) und Techniken zur Verankerung von Realität (Ziele-Arbeit). Diese spezifischen, im Beratungskontext anwendbaren</p>

Techniken wirken stabilisierend, entspannend und helfen beim Verstehen. Im Workshop wurde darüber diskutiert, ob der Einsatz dieser Methoden besser bei der Sozialarbeit oder der Psychologie aufgehoben ist - Conclusio: je nach vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen unterschiedlich [WS 02:27:38].

Wahrnehmungsübungen

- Visualisierungen, Imaginationen (Methoden: der sichere innere Ort; innere Helfer:innen; Tresorübung: Alles Unangenehme wird in einen imaginären Tresor verpackt – Ein ausführlicher Gesprächsleitfaden für solche Stabilisierungsübungen findet sich schnell im Internet)
- Wunderfrage („Wenn Sie morgens aufwachen würden, und das Problem wäre wie durch ein Wunder verschwunden, woran würden Sie das erkennen?“ – „Was würden Sie dann anders machen?“)
- Ablenkungsübungen (10 rote Dinge im Raum suchen; von 100 immer 7 subtrahieren etc.)
- Gedankenstopp: gelenkte Aufmerksamkeit – Suchscheinwerfer auf etwas Wünschenswerte lenken; Tätigkeiten unterbrechen und etwas anderes machen
- Reframing: Glaubenssätze relativieren, positiv formulieren

Reflexive Arbeit

- Situationen Revue passieren lassen – Was wurde erlebt? Empfindungen dabei? Gedanken?
- Selbstbild in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (inkl. Rückblick auf die Krise)
- Über welche Kraftquellen, Lebensziele, Hobbys wird verfügt?
- Welche Bedeutung haben Musik, Lyrik etc.?
- Über Träume sprechen: Welche Bedeutung können diese haben? Welche Gefühle werden ausgelöst?
- Filmvorführung: Krisengeschehen wie ein Film – kann vor- und rückgespult, kritisch besprochen werden; die ‚Fernbedienung‘ (Kontrolle) ist beim Betroffenen

Achtsamkeitsübungen

- Achtsamkeit – eine buddhistische Tradition
- sich auf das Hier und Jetzt konzentrieren: Was mache ich in diesem Moment? Was empfinde ich?
- auf die Atmung konzentrieren
- ‚Gegenwärtig-sein‘ bei alltäglichen Verrichtungen
- Versuch: beobachten, ohne zu bewerten

	<p>Humor</p> <ul style="list-style-type: none"> • wirkt distanzierend • fördert Gelassenheit • fördert Beziehungen • Lachen ist gesund <p>Sinnsuche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spiritualität und Religion • logotherapeutische Ansätze – Sinn finden im Krisengeschehen (Krise als Chance, Reifung, neue Wertschätzung, neue Möglichkeiten, Intensivierung persönlicher Beziehungen etc.)
Kreative Betätigung	<p>Künstlerische Betätigungen „Externalisieren und Symbolisieren über kreative Medien“ (ebd.:47)</p> <p>Gestaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malen, Töpfern, Collagen gestalten etc. • Nähen, Stricken etc. • Basteln und handwerkliche Betätigungen <p>Schreiben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tagebuch schreiben; spezifisch: Krisentagebuch (Niederschreiben von schwer verbalisierbaren Gedanken- z.B. Suizidideen, Rachewünsche etc.) • Briefe schreiben; spezifisch: bei Trennungen oder Verlust an eine Person gerichtet <p>Darstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Improvisations-Theater (Rollenspiele, Rollentausch, Konfrontationen etc.) • Singen, Tanzen, Musizieren
Naturerlebnisse	<p>Bewegung in der freien Natur, Sonnenbäder, Winterspaziergänge, der Geruch von Nadelbäumen und Erde, Vogelgezwitscher und Insektenbrummen, Wind im Haar, weicher Boden unter den Füßen- ob Abenteuer am Berg oder stilles Beobachten von Wasser, sogenanntes ‚Waldbaden‘ oder gar das Umarmen von Bäumen – das Erlebnis Natur wirkt sich positiv auf Körper und Psyche aus, wie zahlreiche Studien nahelegen (Lahart et al. 2019). Die Farben, Formen, Geräusche und Gerüche reizen alle unsere Sinne, das Erleben von Zeit und Ruhe stellt sich ein.</p> <p>In den Betroffenen-Videos der GoOn Suizidprävention Steiermark (2022) nennen sechs von zehn Personen explizit die positive Wirkung</p>

	<p>von Bewegung in der Natur bzw. das Erleben von Wald, Bäumen, Blumen etc.</p>
Spezifische Tools	<p>Skills-Training Im Skills-Training werden Fertigkeiten (<i>skills</i>) erarbeitet, um innere Anspannung und extreme Emotionalität (Wut, Verzweiflung etc.) kurzfristig regulieren zu lernen. Das Skills-Training ist ein Werkzeug der psychischen Erste Hilfe. Meist handelt es sich dabei um körperliche ‚Mini-Schocks‘ (z.B. eiskalte Dusche, auf Chili beißen, Liegestütze machen etc.). Nach einer ersten Beruhigung können sanftere Methoden (z.B. Atemübungen) angewandt werden. Zum Training gehört auch zu lernen, wodurch Spannungen ausgelöst werden (Trigger) und ein Gefühl dafür zu entwickeln, wann die Spannungen zu steigen beginnen (Friedrich 2023). Es gibt Weiterbildungsangebote zum:zur Skills-Trainer:in.</p> <p>Notfallkoffer, Skills-Koffer Er entspricht einer Kombination aus Notfallstrategien, individuell zusammengestellt, um diese in starken Stresssituationen verfügbar zu haben. Die Hilfsmittel können in einem Beutel o.Ä. gesammelt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • starke Sinnesreize auslösend (Chili, Brausetabletten etc.) • Ablenkung (Rechenübungen, Geschicklichkeitsspiele etc.) • Beruhigung durch Außenaufmerksamkeit über die Sinne (auf Geräusche achten, Formen betrachten etc.) • Merksätze • Notfallkontakte, wichtige Telefonnummern • Bedarfsmedikation • ... <p>Glücksbox Sie beinhaltet Dinge, die wichtige Lebens- und Erfahrungsbereiche repräsentieren, Dinge von persönlichem Wert, um diese in Situationen von Niedergeschlagenheit und Traurigkeit verfügbar zu haben. Die Dinge können in einer ansprechenden Box aufbewahrt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Erinnerungsstücke • aufmunternde Briefe • Glücksbringer • Lieblingsgedicht • ... <p>Krisen- und Notfallplan Er zielt auf die Erstellung von konkreten Abläufen, im Falle von Krisensituationen und Notfällen anwendbar.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Erstellung • Schriftliches Festhalten • Reflexion über Frühwarnzeichen • Selbsthilfe-Maßnahmen: Notfallkoffer, Ressourcen LL3c • Hilfe holen: Freunde und Familie • Hilfe holen: professionelle Unterstützung • evtl. Behandlungsvereinbarung
Pädagogische Programme und Selbsthilfeunterlagen	<p>Selbsthilfebücher mit Informations- und Übungsteilen (Hausmann 2016:137); Patient:innenratgeber (DGPPN 2018b:66ff) und ähnliches werden empfohlen.</p> <p>Themen- oder Zielgruppenspezifische Literatur; z.B.: Selbsthilfeliteratur und Ratgeber gibt es en Masse, teils von fragwürdiger Qualität. Die hier erwähnten wurden allesamt von Fachpersonal (z.B. Lehrenden der Fachhochschule) empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Die Reise des Schmetterlings. Stressregulation für Kinder“ Das Vorlese- und Mitmachbuch von Kati Bohnet (2021) • „Mein persönliches Recovery-Buch“ (Bleichenbacher / Lampert 2021) • „Für immer in meiner Liebe. Das Erinnerungsbuch für Trauernde“ Ein Erinnerungs- und Arbeitsbuch von Roland Kachler (2023) • „Bitte nicht helfen! Es ist auch so schon schwer genug: (K)ein Selbsthilfebuch“ von Jürgen Hargens (2019) <p>Nützliche Links Im Internet gibt es vielfältiges Material zu Skills, Tools und Techniken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skills-Sammlung: Auflistung von „Stress-Skills“ von Betroffenen verfasst: https://stress-skills.de/wp-content/uploads/2019/02/Ultimative-Stress-Skills-Sammlung_Jan2019.pdf • Materialsammlung, Arbeitsblätter (ab Seite 37) im „Skript Traumastation“ der Klinik St. Irmingard am Chiemsee: https://www.st-irmingard.de/fileadmin/05_Klinik_St._Irmingard/Downloads/Skript_Traumastation_Behandlungsprogramm.pdf • eHealth und Digitale Unterstützung, Klinikum Bethel: https://live.evkb.de/fileadmin/evkb-content/kinder-und-jugend-psychiatrie/dokumente/symposium-2022/digitale-unterstuetzung-in-der-psychotherapie-von-kiju.pdf • App-Angebote für psychische Gesundheit (Authark, Jay, Radius Flex, Steps, etc.): https://evkb.de/fileadmin/evkb-content/kinder-und-jugendpsychiatrie/dokumente/2022-12-12-flyer-steps.pdf • Vorlage Krisen- und Notfallplan, Harburger Bündnis gegen Depression: https://www.deutsche-depressionshilfe.de/files/cms/Buendnisse/Hamburg-Harburg/krisenplan.pdf

5.2.4 Leitlinie 4: Interventionen nach Krisenphase und Krisenform

Priska Österle

Das Gelingen einer Krisenintervention ist eng mit den Unterpunkten der Leitlinie 1 ‚Professionalität‘ verbunden. Die professionelle Haltung (LL1a) bzw. die für Fachkräfte der Sozialen Arbeit (LL1b) selbstverständliche Auffassung von Unterstützung als Hilfe zur Selbsthilfe sind wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Intervention. Betroffene sollen von Beginn an so viel wie möglich selbst erledigen. Sie erleben dadurch, dass Problemlösung möglich ist, außerdem wird der Selbstwert (siehe Selbstwirksamkeit LL2c) gestärkt (Hofer-Moser et al. 2020:23; Stein 2020:154). Da psychosoziale Krisen ein komplexes Geschehen darstellen, wird die Intervention idealerweise von einem multidisziplinären Team (LL1c) getragen. Ziel der Krisenintervention ist nach dem Abwenden von unmittelbaren Bedrohungen (z.B. Suizidalität) und möglichen Folgeschäden die rasche Wiederherstellung der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit der betroffenen Person sowie die Entwicklung und Anwendung von konstruktiven Bewältigungsstrategien. Handlungsfähigkeit ist die beste Maßnahme gegen (existenzielle) Hilflosigkeit, da sich Hilflosigkeit über Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit definiert. Zusätzlich zur akuten Intervention können bei Bedarf weitere Maßnahmen zur Stabilisierung (LL4a.b) oder eine längerfristige Weiterbetreuung (LL4a.c) angeboten werden. Die Dauer der eigentlichen Krisenintervention (hier: LL4a.a und LL4a.b) sollte sich auf fünf bis maximal 12 Gespräche innerhalb von zwei bis drei Monaten beschränken. In diesem Punkt sind sich alle angeführten Autor:innen einig.

Für die Krisenbegleitung sind unterschiedliche Interventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Phasen einer Krise zu beachten. Im Akutfall (LL4a.a) braucht es oft klare Anweisungen bzw. einen vorgegebenen Rahmen, in dem die betroffene Person Entscheidungen treffen kann (Hausmann 2016:151). Aufgrund des schlechten Zustands muss die helfende Person meist aktiv und direkt oder zur Gefahrenabwendung sogar direktiv vorgehen (Stein 2020:159f). In der Stabilisierungsphase (LL4a.b) rückt die selbstständige Handlungsfähigkeit zunehmend in den Fokus bzw. gilt diese Fähigkeit als Indikator dafür, dass das Krisengeschehen den (vorläufigen) Höhepunkt überschritten hat. Nun können jene Probleme in den Fokus genommen werden, die in der akuten Phase eher nebensächlich waren bzw. längerfristige Lösungsversuche beanspruchen. Die Vorgehensweise ist nun strukturierend und informierend. Es folgt eine detaillierte Ressourcenabklärung (LL3a und LL3b), die Entwicklung von Bewältigungsstrategien (LL3c) und Psychoedukation (LL2b). Die Beratung der Betroffenen bzw. deren An- und Zugehörigen spielt eine wichtige Rolle, zentral in dieser Phase ist jedoch die aktive Umsetzung von Lösungsstrategien. Hofer-Moser et al. (2020:42) unterscheidet zwischen „Krisenintervention im engeren Sinn“ (hier: LL4a.a Akutphase) und „Krisenbearbeitung“ (hier LL4a.b Stabilisierungsphase). Laut Hülshoff (2017:77) beinhaltet der Abschluss einer Krisenbehandlung neben der emotionalen Stabilisierung, einer spürbaren positiven Veränderung und der Etablierung von Coping-Strategien auch die Verdeutlichung dessen, was die betroffene Person selbst zur Lösung der Krisensituation beigetragen hat. In einem Folgegespräch nach Abschluss der Krisenintervention soll geklärt werden, ob weitere Maßnahmen sinnvoll und nötig sind.

Für die Weiterbetreuung (LL4a.c) muss ein deutlicher Bedarf an weiterer Unterstützung gegeben sein. Auch wenn wir als Sozialarbeiter:innen freilich keine therapeutischen Maßnahmen

durchführen (Psychotherapie, Traumatherapie etc.), so können wir durch ressourcenorientiertes Arbeiten, durch das Organisieren von spezifischer Unterstützung (LL1c), durch das Anbieten von Coping Strategien (LL3c) oder durch Methoden der klassischen Sozialen Arbeit (LL1b) wertvolle sekundäre und tertiäre Prävention bzw. Gesundheitsförderung leisten und dadurch unter Umständen eine erneute Zuspitzung der Krisensituation abwehren und so die Notwendigkeit von radikaleren Mitteln (z.B. stationärer Aufenthalt) verhindern.

Stein (2020:164ff) weist außerdem darauf hin, dass je nach Krisenform (Lebensveränderung, Verlustkrise, akute Traumatisierung) differenzierte Herangehensweisen indiziert sind. Vor allem bei akuten Traumatisierungen (LL 4b.b) müssen Konfrontationen unbedingt vermieden werden. Der Fokus liegt auf der bestmöglichen Entlastung und auf dem Bemühen um Schutz und Stabilität der Betroffenen. Bei einer Lebensveränderung (LL4b.d) hingegen kann ein gewisses Maß an Leidensdruck notwendig sein, um bestimmte Muster zu durchbrechen und Wandel herbeizuführen. Auch Hofer-Moser et al. (2020:15f) nennen unterschiedliche therapeutische Aspekte je nach Krisenanlässen und subjektiver Bedeutung.

5.2.4.1 LL4a: Interventionen in unterschiedlichen Phasen

LL4a.a: Akutphase

Priska Österle

Schritt 1	Person erzählen lassen, aktives Zuhören, Wertschätzung und Empathie zeigen, urteilsfreies Gewähren-lassen, Bedürfnisorientierung, ernst nehmen und Zuversicht vermitteln (LL1a); auch: <i>Containing</i> : das Mit-Aushalten, Mit-Ertragen der schlimmen Situation
Schritt 2	Abklärung der Art der Krise, des Gefährdungspotentials und der Zuständigkeiten: a) Was sind Auslöser und Ursache für die Krise? b) auf Warnsignale achten (Stein 2020:102f) c) Muss weitere Unterstützung organisiert werden?
a	Welche Hintergründe, Kontexte kennen wir? (Hofer-Moser et al. 2020:10) <ul style="list-style-type: none"> Verlust- oder Veränderungskrise, akutes potenziell traumatisches Erlebnis (LL4b) (sozioökonomische) Vorbelastungen oder (psychische) Erkrankungen, vorangegangene Krisen, suizidale Episoden (Risikogruppen und Risikofaktoren Suizidalität; LL4b.a)
b	Unterschiedliche Warnsignale (Stein 2020:104): <ul style="list-style-type: none"> Ankündigungen von selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten?

	<ul style="list-style-type: none"> Ist die betroffene Person erreichbar, lässt sich Kontakt herstellen? Scheint diese zum ‚vernünftigen‘ Nachdenken und Entscheiden fähig? Verwahrlostes Äußeres als Hinweis dafür, sich nicht mehr um sich selbst kümmern zu können <p>→ Kooperationsfähigkeit einschätzen und Situation beurteilen</p>
c	<p>Bei vorliegendem Notfall mit hohem Gefährdungspotential: rasches Handeln nötig!</p> <ul style="list-style-type: none"> Abwägung und Abklärung der Zuständigkeiten: immer das gelindeste Mittel der Intervention wählen, größtmöglicher Konsens mit dem/der Betroffenen anstreben, aber evtl. gegen den Willen des Betroffenen handeln (ebd.:100f); notwendige und angemessene Hilfe leisten (Hausmann 2016:106ff) direktes Fragen nach Suizidgedanken und -plänen auch bei vagem Verdacht. Dies ist von größter Bedeutung! (Stein 2020:113f)
Schritt 3	<p>Spezifische Hilfe organisieren: z.B. Notfallpsycholog:in bei potenziell traumatischem Ereignis, psychiatrische Behandlung bei akuten Psychosen, Notarzt bei medizinischen Notfällen (Kollaps, Asthmaanfall etc.), Polizei bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung etc. (Hofer-Moser et al. 2020:20)</p> <p>Falls die Abklärung ergibt, dass kein Notfall in dem Ausmaß vorliegt, dass zusätzliche Expert:innen hinzugezogen werden müssen, dann:</p> <ul style="list-style-type: none"> weitere Kriseninterventionsmaßnahmen setzen (nächster Schritt) siehe auch LL4b: spezifische Interventionsmöglichkeiten bei spezifischen Krisen
Schritt 4	<p>Krisenintervention, allgemein unter Beachtung von 5 wesentlichen Elementen früher Intervention (Hausmann 2016:150f):</p> <ol style="list-style-type: none"> Sicherheit Beruhigung Selbstwirksamkeit Verbundenheit Zukunftsorientierung, Hoffnung
a	<ul style="list-style-type: none"> die Abwendung von Gefahr für Leib und Leben der betroffenen Person sowie deren sozialem Umfeld (in Schritt 3 erledigt) auch: transparente Informationen (LL2), um Sicherheit zu vermitteln (z.B. Setting klären laut LL2a; Erklärung vom Ablauf einer Einweisung in die Psychiatrie, falls dies notwendig wird; beginnende Psychoedukation LL2b; etc.)
b	<ul style="list-style-type: none"> Stressreduktion, evtl. Entspannungstechniken (LL3c) Problemlösedruck vermeiden - Das ursächliche Problem muss/kann nicht sofort gelöst werden.

	<ul style="list-style-type: none"> • Überforderung vermeiden, keine Ratschläge (dysfunktionale Bewältigungsstrategien nicht verurteilen) • nicht versuchen mit Floskeln zu trösten - Das Geschehene kann nicht ‚weggetröstet‘ werden (stattdessen Trost durch Zuwendung etc.; siehe Schritt 1; Hofer-Moser et al. 2020:29f).
c	<ul style="list-style-type: none"> • Problem-, Situations- und Ressourcenanalyse: gemeinsam mit betroffener Person durchführen (ebd.:31f) • von der betroffenen Person vorgeschlagene Lösungsschritte aufgreifen (Eigeninitiative stärken) • Fähigkeiten und Möglichkeiten der betroffenen Person eruieren (LL3); bisherige Problemlösestrategien, innere und äußere Ressourcen benennen • Bewältigungsstrategien entwickeln, Handlungsraum schaffen (LL3c); Dazu zählen auch Überlegungen zur Alltagsstrukturierung: Wie werden die nächsten Stunden, Tage verbracht? (Stein 2020:173) • Feedback einholen: Was wird evtl. als fremd, künstlich oder irritierend betrachtet? (Hofer-Moser et al. 2020:24); Daher gilt immer: Methodenflexibilität (LL3c)
d	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Unterstützung organisieren, Netzwerk aktivieren (LL3b) • aktuelle Lebenssituation analysieren: Wie sind Familie, Beruf, Freizeit etc. betroffen? • materiell-finanzielle Situation: Gibt es hier zusätzliche Belastungen oder Ressourcen?
e	<ul style="list-style-type: none"> • Lösungs- und Ressourcenorientierung ist immanent zukunftsorientiert! • Abklärung weiterer Schritte (auch: Ist weitere Unterstützung nötig oder nicht?) • ToDo-Liste erstellen (Wer erledigt was, wann?) • Behandlungskontrakt erstellen (Stein 2020:178ff; Zsf. in Hofer-Moser et al. 2020:39) • Angebote setzen
Schritt 5	<p>Angebote setzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evtl. Weitervermittlung an andere Professionen u./o. Einrichtungen (LL1c) • Infobroschüre mitgeben (LL2b) • Informationen über Notfalldienste • Angebot laut Stabilisierungsphase (LL4a.b) • detaillierte Ressourcenabklärungen (LL3) • sozialarbeiterische Interventionen (LL1b)
Schritt 6	<p>Nachbearbeitungsphase: Qualitätsstandards einhalten (siehe LL1d)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falldokumentation

	<ul style="list-style-type: none"> • Interprofessionelle Fallbesprechung • Vernetzung mit anderen Einrichtungen (falls nötig) • Inter- und Supervision
--	---

Die hier vorgeschlagene Vorgehensweise entspricht in ihrer Grundstruktur dem etablierten Kriseninterventions-Konzept BELLA (Sonneck et al. 2016:105ff)

B ... Beziehung aufbauen
(Wertschätzung; urteilsfreies Abholen, wo der Betroffene steht; keine Diskussionen)

E ... Erfassen der Situation
(Anlass und Anliegen, Fokus auf derzeitige Situation, Gefahrenereinschätzung)

L ... Linderung der Symptome
(Gefühle zulassen, Bedürfnisse und Erwartungen, Entspannungstechniken)

L ... Leute einbeziehen
(Aktivierung sozialer Ressourcen)

A ... Ansatz zur Problembewältigung
(Strukturierungshilfe, ressourcen- und lösungsorientiert, Bewältigungsstrategien)

Eine gewisse Stabilisierung sollte sich bereits mit der Erstintervention während der Akutphase einstellen (ansonsten sind weitere Maßnahmen wie z.B. eine stationäre Einlieferung zu erwägen). Während der Akut- und Stabilisierungs-Phase kommt es teilweise zu Überschneidungen und Wiederholungen der Interventionsmaßnahmen. Hier wird der nicht-lineare Charakter von Krisen und die entsprechend nötige (methodische) Flexibilität während der Intervention nochmal deutlich. Prinzipiell ist das Ziel der Intervention in der Akutphase, starke Gefühle insofern ertragbar zu machen, dass der Alltag zu bewältigen ist und Probleme, aber auch Ressourcen benannt werden können. In der Stabilisierungsphase rückt die aktive Problembewältigung in den Fokus.

LL4a.b: Stabilisierungsphase

Priska Österle

Schritt 1	Zusammenfassung der Situation: Durch das Erkennen des Zusammenhangs von Krisenauslöser, Krisenhintergrund und aktueller Symptomatik kann eine emotionale Distanzierung erreicht werden (Stein 2020:178). Es können tiefergehende rationale Überlegungen weiterer Schritte folgen.
Schritt 2	a) Besprechung von Inhalt, Ziel und Sinn der Zusammenarbeit b) Gefährdungen, dysfunktionale Strategien benennen

	c) Komplexitätsreduzierung, Problemhierarchisierung (LL1b)
a	<ul style="list-style-type: none"> • Kontext und Setting abklären (LL2a): Möglichkeiten und Grenzen der Hilfestellung • Definition von konkreten Zielen • Planung der Vorgehensweise (siehe Schritt 4a)
b	<ul style="list-style-type: none"> • Gefährdungen mit längerfristigen Folgen beachten (ebd.:101): psychische Erkrankungen wie z.B. Depression oder Gefahr einer Suchterkrankung → Hinzuziehen von Expert:innen(-Wissen), sprich Rückfragen oder auch Verweise (LL1c) • vorsichtige Konfrontation mit evtl. schmerzlicher Realität (ebd.:180) • Orientierungshilfe zur Abschätzung des Gefährdungspotentials: die 5 Säulen der Identität (nach Petzold, zit. in Hofer-Moser et al. 2020:38)
c	<ul style="list-style-type: none"> • Reihung, Gewichtung der Probleme nach Relevanz und Lösbarkeit (Problemhierarchisierung) • detaillierte Ressourcenabklärungen, weitere Differenzierung (LL3) • sozialarbeiterische Interventionen (LL1b)
Schritt 3	<p>Detaillierte Ressourcenabklärungen (LL3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Ressourcen (LL3a) • Soziale Ressourcen (LL3b) • Instrumentale Ressourcen (LL3c)
Schritt 4	<p>a) Planung der Problembewältigung, Zielsetzung b) aktive Problembearbeitung c) Reflexion des Prozesses</p> <p>Achtung vor Überforderung! – Einzelne Ziele und deren Umsetzung vorsichtig ausprobieren; ein stetes Hin- und Her zwischen Schritt 4a, b und c: Planen, Ausprobieren, Reflektieren, neu Planen, ... (→ Feedbackschleifen)</p>
a	<p>Planung der Problembewältigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • konkrete, kurzfristig realistisch erreichbare Veränderungsschritte benennen • mittel- und langfristige Veränderungsziele benennen (Umstände, die verändert werden sollen) • mittel- und langfristige Anpassungsleistungen benennen (persönliche Anpassung an unveränderbare Umstände – Akzeptanz des Faktischen) • Lösungswege: Wie können Ziele erreicht werden? (mit welchen Methoden? – konkrete Ressourcenanwendung)

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluierung: Wie lassen sich Fortschritte (konkret) erkennen? • Reflexion bzgl. Rückschläge, Scheitern: bewusstes Nachdenken über mögliche Folgen und Gegenstrategien
b	Aktive Problembearbeitung <ul style="list-style-type: none"> • Ausprobieren der Ressourcen • aktive Umsetzung von Vorhaben • Bearbeitung von Ängsten und Behinderungen bei der Problemlösung
c	Reflexion des Prozesses <ul style="list-style-type: none"> • Lassen sich Fortschritte erkennen? Welche? • Lassen sich Rückschläge erkennen? Welche? • Was ist hilfreich, was unwirksam? • Re-Evaluierung und evtl. Modifikation der Ressourcen und Coping-Strategien • Zurück zu Schritt 4a (Feedbackschleifen)
Schritt 5	Abschlussgespräch (Beendigung der Krisenintervention) <ul style="list-style-type: none"> • Bewusst gestaltetes, gut vorbereitetes Abschlussgespräch • Reflexion des Gesamtprozesses: Krisenverlauf, Erfassung der subjektiven Bedeutung • Haben sich Chancen eröffnet? („Krisen als Chance“) • Selbständige Anteile der Krisenbewältigung hervorheben (Selbstwirksamkeit) • Umgang mit möglichen zukünftigen Krisen • Anbieten von einem Follow-Up Gespräch (Hülshoff 2017:77) • Analysieren, ob eine Weiterbetreuung nötig ist (LL4a.c)
Schritt 6	Nachbearbeitungsphase: Qualitätsstandards einhalten (siehe LL1d) <ul style="list-style-type: none"> • Falldokumentation • Interprofessionelle Fallbesprechung • Vernetzung mit anderen Einrichtungen (falls nötig) • Inter- und Supervision

LL4a.c: Weiterbetreuungsphase/Gesundheitsförderung

Franziska Lechner, Priska Österle

Die Inhalte zur Leitlinie “Weiterbetreuung/Gesundheitsförderung” beziehen sich nur in geringem Umfang auf die Daten der Literaturrecherche. Stattdessen werden hier Expertinnen-Meinungen aus den verschiedenen Datenquellen zusammengefügt (siehe *Kapitel 3.2; 3.3*). Die Weiterbetreuung findet langfristig statt. Hier wird der große Vorteil von TMP im PVZ deutlich: Die niederschwellige Erreichbarkeit über die Hausarztpraxis und ein im besten Fall kontinuierliches, langjähriges, vertrautes Patient:innenverhältnis sollte eine entsprechende

Beziehungsarbeit ermöglichen. Das multiprofessionelle Team ist eine variabel einsetzbare Ressource in Hinblick auf individuelle Bedürfnisse (z.B. Diätologie bei Essstörungen, Wundmanagement bei Selbstverletzungen, Substitution bei Suchterkrankungen etc.). In erster Linie fokussiert die Weiterbetreuung (wie TMP allgemein) auf psychosoziale Betreuungskonzepte und soll auch jene Personen ansprechen, die aus diversen Gründen keine Psychotherapie machen können oder machen wollen.

Eine psychosoziale Krise ist zeitlich begrenzt. Jedoch kann eine nicht oder nur unzureichend bewältigte Krise chronisch werden, zu Isolierungs-, Vermeidungs- und Suchtverhalten, psychischen Beeinträchtigungen, Störungen und Suizidalität führen. Psychische und physische Erkrankungen können sowohl Folge als auch (Mit-)Ursache für Krisen sein. In der Weiterbetreuung sollen Betroffene die nötige Unterstützung im Umgang mit weiterhin sensiblen oder instabilen Zuständen erhalten. „Stabilisierung dauert in einigen Fällen lebenslang“, wie Weber-Schiggut (2023) in einem Seminar zur angewandten Psychotraumatologie anmerkt. Das soll nicht heißen, dass sich betroffene Personen in einer permanent kritischen Situation befinden, kann aber bedeuten, dass die Gesundheit im Sinne des salutogenetischen Ansatzes aktiv und dauerhaft gestaltet werden muss. Die Angebote der Weiterbetreuung sollen Personen nach der Stabilisierung in ihrer Gesunderhaltung unterstützen und jenen, die mit psychischen Erkrankungen konfrontiert sind, adäquate Behandlung und Betreuung zukommen lassen – „im besten Fall schon bevor die Abwärtsspirale, die eine psychische Erkrankung mit sich bringt, sich zu drehen beginnt“, wie dies in einem Positionspapier einer Interessensvertretung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gefordert wird (strada OÖ o.A.:2). Die Krise definiert sich hier als Tiefpunkt der Abwärtsspirale, die Weiterbetreuungsmaßnahmen sollen präventiv wirksam sein.

Ziele

- mit den täglichen Anforderungen möglichst selbständig zurechtkommen und dadurch ein funktionierendes, zufriedenstellendes Alltagsleben aufrechterhalten
- Ressourcen bzw. Stärken kennen und aktivieren können
- Schutzfaktoren fördern (durch Selbst- und Mitbestimmung, Erarbeitung von Krisenkompetenzen etc.), Risikofaktoren minimieren (Isolation, Stress, Armut etc.)
- subjektives Wohlbefinden fördern
- Aktivität und Teilhabe: „zu aktiven, mitgestaltenden, kritischen und selbständigen Experten im Umgang mit ihrer eigenen Erkrankung werden“ (Bach 2019)

Wie im Case Management soll eine Zielvereinbarung stattfinden. Die Betroffenen werden in die konkrete Erarbeitung der Teilziele aktiv eingebunden, um die angestrebten Ziele der Weiterbetreuungsmaßnahmen erfüllen zu können.

Vorgehensweise: individuelles Handlungskonzept erstellen

- Individuelles Kombinieren anhand der Leitlinien: Die in den LL aufgezeigte Bandbreite an Möglichkeiten soll als Orientierungshilfe und Inspirationsgrundlage dienen, damit Betroffene Stärken erkennen, Ressourcen erschließen und Strategien ausprobieren können, um ein für sie zufriedenstellendes Alltagsleben zu erreichen.

- Die folgenden Punkte sind bereits in die LL eingearbeitet. Sie werden nochmals speziell hervorgehoben, da sie als langfristiges Tool einsetzbar sind:
 - *Skills-Training*: körperorientiertes, Emotionen regulierendes und/oder achtsamkeitsbasiertes Training zum Spannungsabbau und zur Unterstützung der Impulskontrolle. Außerdem: Erstellung eines Notfallkoffers; Trigger kennen und wahrnehmen lernen; auch als Gruppenangebot möglich
 - *Pädagogische Programme, Selbsthilfeunterlagen, Infomaterialien*: Wir empfehlen den TMP-Begleitpersonen sich verschiedene Unterlagen zu besorgen, um mit den Betroffenen gemeinsam passendes Informations- und Aufgabenmaterial zusammenstellen zu können. Ebenso kommen die TMP-Partizipations-Unterlagen zum Einsatz (siehe *Anhang*)
 - *Social Prescribing* als Salutogenese-Tool (siehe *Kapitel 5.1.3*)
 - *Eruieren und Nutzen von psychosozialen Angeboten in der Region*: z.B. fähigkeitsorientierte Aktivitäten, Tagesstrukturierung, Entwicklungs- und Arbeitsorientierung (pro mente OÖ o.A.); *arbeit plus* Angebote (Soziale Unternehmen Österreich); Selbsthilfegruppen
→ bei Bedarf spezifische Angebote im PVZ (oder Community Center o.Ä.) schaffen: z.B. moderierte Selbsthilfegruppen [WS TN2 02:41:56], Bewegungsgruppen [WS TN3 00:45:02], gemeinsames Frühstück etc.
- Regelmäßige Gespräche mit der fallführenden TMP-Begleitung (Sozialarbeiter:in des PVZ). Die Häufigkeit der Gespräche sind individuell zu gestalten und richten sich nach dem jeweiligen Bedarf der Betroffenen. Angelehnt an das DMP soll es Unterlagen für Betroffene geben, um die regelmäßigen Termine „abstempeln“ zu können (siehe *Anhang*).
- Monitoring und Evaluation (vgl. *Kapitel 5.1.1*) bzw. Qualitätsmanagement (LL1d)

Ein zentraler Aspekt von TMP ist die durchgehende Betreuung. Denn ein Wechsel des Betreuungssettings stellt regelmäßig einen Bruch dar, der zu Schwierigkeiten führen kann. Wie bereits im *Kapitel 4* herausgearbeitet, ist ein Betreuungswechsel hinderlich, wenn die Übergabe oder Nachbetreuung nicht funktioniert. Aus diesem Grund ist das TMP so angelegt, dass jede Maßnahme inkludiert werden kann und externe Unterstützungsangebote ebenfalls aufgenommen werden können. Eine langfristige Betreuung verhindert erneute Beziehungsabbrüche sowie wiederholten Beziehungsaufbau und bietet eine Kontinuität in der Begleitung und Betreuung während und nach krisenhaften Situationen. Es soll für die Betroffenen eine konkrete Ansprechperson geben, die für die Begleitung im TMP zuständig ist. Im *Kapitel 5.3, Die Rolle der Sozialen Arbeit im TMP* wird erläutert, weshalb die Sozialarbeit dafür geeignet ist.

TMP-Unterlagen für Betroffene

Franziska Lechner

Personen mit chronifizierten Krisen, chronischen Belastungen oder psychischen Erkrankungen sollen jene Hilfe erhalten, die sie benötigen, aber nicht darüber hinaus, um Abhängigkeiten zu vermeiden (Subsidiaritätsprinzip). Empowerment (die Förderung von Autonomie und Entwicklung von Kompetenzen, Stärken und Möglichkeiten) sowie Partizipation (die Teilhabe am Hilfegeschehen) sind zentrale Aspekte von TMP. Um Empowerment und Partizipation zu fördern, was auch dem Selbstwirksamkeits-Erleben dienlich ist, sollen im TMP Kontrakte erstellt

werden, welche dieselbe Funktion wie die Hilfepläne im Case Management erfüllen sollen. Der Hilfeplan ist ein Instrument,

„das der Praxis insgesamt und dem praktischen Handeln mehr Struktur, mehr Klarheit über die Hilfeleistungen und *einen höheren Verantwortungs- und Verpflichtungscharakter verschafft*. Der Hilfeplan wird zu einem Vertrag zwischen allen Beteiligten und sollte von allen [...] unterschrieben werden“ (Neuffer 2013:127; *kursiv* in eigener Hervorhebung).

„Aus Sicht der Klient/innen betrachtet bedeuten klare Zielsetzungen mehr Motivation, Transparenz und Perspektive für Veränderungsmöglichkeiten“ (ebd.:43).

Es empfiehlt sich bei jedem Gesprächstermin eine Art Vertrag abzuschließen. Da mit jeder abgehakten Aufgabe ein konkretes Ergebnis in der Hand gehalten wird und dadurch die Möglichkeit für ein Erfolgserlebnis besteht, sollen Klient:innen motiviert werden, das Vorgenommene tatsächlich zu erledigen.

Mein TMP	Name, Datum	✓
im PVZ	<ul style="list-style-type: none"> • Wann war der letzte Termin? • Was habe ich mir damals vorgenommen? • Was davon habe ich geschafft? • Was war gut/schlecht? • Sonstige Anmerkungen: 	
Professionalität	<ul style="list-style-type: none"> • Was brauche ich vom PVZ-Team? ... von dem:der Sozialarbeiter:in: ... von dem:der Arzt/Ärztin: ... von dem:der Psycholog:in: ... von anderen Personen: 	
Information	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Informationen brauche ich noch? ... bzgl. Psychoedukation? ... Übungen zu den Konzepten ... Sonstige: 	
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Was habe ich an mir persönlich wahrgenommen? • Was habe ich an meiner Familie/meinen Freunden wahrgenommen? • Welche formellen Hilfen habe ich in Anspruch genommen? • Welche Coping Strategien habe ich ausprobiert? ... Wie sind mir diese gelungen? ... Was möchte ich weiterhin machen? ... Was möchte ich sein lassen? ... Was möchte ich Neues ausprobieren? 	

	...	
Im PVZ	<ul style="list-style-type: none"> • Wann habe ich den nächsten Termin: • Was möchte ich bis dahin machen? • Was möchte ich bis dahin unterlassen? 	
Vertrag	Unterschrift Klient:in Unterschrift TMP-Betreuer:in	

Als Hilfsinstrument sollen Unterlagen verwendet werden, anhand derer die Motivation der Betroffenen zur Teilnahme am Programm erhalten bleiben soll. Eine Studie (UniversitätsKlinikum 2011) zeigt die bessere Bewertung durch Patient:innen in Hinsicht auf Definition der Zielvereinbarungen, Koordination der Versorgung und Aktivierung der Patient:innen bei der Teilnahme am DMP. Patient:innen fühlen sich besser eingebunden und sind in der Lage konkretere Ziele zu erfassen.

Um auch die Betroffenen in die Zielvereinbarung und Terminplanung einzubinden, sollen Unterlagen gestaltet werden. Eine beispielhafte graphische Gestaltung findet sich im *Anhang*. Die graphische Darstellung orientiert sich am Diabetespass von *Therapie aktiv*, dem DMP für Diabetes Typ 2. Eine vollständige Ausarbeitung der Unterlagen würde den Rahmen der Arbeit sprengen, dennoch soll das Probeexemplar veranschaulichen, wie die Unterlagen aussehen könnten, um das Programm optimal zu ergänzen.

Abb. 10: TMP-Pass, eigene Darstellung (vollständige Ausarbeitung im *Anhang*)

Diese Unterlagen wurden keinen Expert:innen vorgelegt und nicht in der Praxis validiert. Die Darstellung soll rein der Veranschaulichung unserer Vision dienen. Es würde hier weitere Ausarbeitungen benötigen, die in der Praxis getestet werden müssten. Sinnvoll wären unterschiedlich gestaltete graphische Modelle und dass die Teilnehmer:innen selbst die Unterlagen auswählen können.

In den LL3c instrumentelle Ressourcen wurden in der Unterkategorie ‚Pädagogische Programme und Selbsthilfeunterlagen‘ bereits Materialien empfohlen und verlinkt, die betroffenen

Personen weiterhelfen können. Je nach Zielgruppe (z.B. Frauen, Kinder- und Jugendliche etc.) und Situation (Trauerkrise, psychische Erkrankung etc.) existieren bereits vielfältige und spezifische Unterlagen, um einen möglichst konstruktiven Umgang zu lernen. Wir empfehlen den TMP-Begleitpersonen sich verschiedene Unterlagen dieser Art zu besorgen, um mit den Klient:innen gemeinsam passendes Informations- und Aufgabenmaterial zusammenstellen zu können. Wir möchten hier über die beispielhafte Darstellung der Unterlagen im Anhang keine weiteren Inhalte entwerfen, sondern stattdessen eine Übersicht anbieten, die sowohl als Tagebuch, Gedankenstütze, Evaluationsbogen und Reflexionstool dienlich sein kann.

Achtung! Die ausgewiesenen Vorlagen enthalten eine Menge an Anregungen. Überforderung soll auf jeden Fall vermieden werden, weswegen nur einzelne Punkte ausgewählt werden sollten.

5.2.4.2 LL4b: Interventionen bei spezifischen Krisen

Priska Österle

In dieser letzten Leitlinie können wir nur kurze, spezifische Empfehlungen und Verweise auf vertiefende Literatur anführen, da die detaillierte Ausarbeitung den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde. In der recherchierten Literatur thematisieren vor allem Hülshoff (2017), Lasogga und Gasch (2011) sowie Stein (2020) unterschiedliche spezifische Krisen und geben entsprechende Interventionsempfehlungen.

LL4b.a: suizidale Krise

Wenn eine Selbstgefährdung vermutet wird, soll direkt danach gefragt werden. Wichtig ist, dass Suizidäußerungen immer ernst genommen werden müssen. Der Umgang mit Suizidalität erfordert Wissen und Erfahrung. Im Zweifelsfall und bei Ablehnung von Hilfe muss aufgrund von Selbstgefährdung die Polizei hinzugeholt werden. Ausführliche Vorgehensweisen, Gesprächsleitfäden und Interventionsformen finden sich in Hofer-Moser et al. (2020:53ff) und bei Stein (2020:105ff). Teismann und Friedrich (2022) haben eine vollständige Abhandlung inkl. Arbeits- und Informationsblätter zu Suizidalität und Krisenintervention verfasst.

LL4b.b: traumatische Krise (akute Traumatisierung)

Bei traumatischen Krisen greift das biopsychosoziale Konzept zur Stabilisierung. Das heißt, dass sowohl in der Akutsituation als auch in der Stabilisierung die Aufmerksamkeit stets auf die drei Bereiche Körper – Psycho – Soziales gelenkt werden muss. Im Bereich der Sozialarbeit sollen vor allem soziale und materielle Aspekte geklärt werden. Wo braucht es Information, (rechtliche) Aufklärung, Unterstützung, Begleitung etc.? Welche sozialen Problemlagen bestehen oder könnten noch entstehen?

Jedenfalls sollte im Umgang mit (akut) traumatisierten Personen folgendes beachtet werden:

- Trauma bedeutet Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Ohnmacht. Daher sind Information, Transparenz, maximale Selbstbestimmung und die Schaffung von Handlungs- oder Entscheidungsmöglichkeiten („Möchten Sie einen Tee?“) entscheidend (Prein 2023; Weber-Schiggutt 2023:16f)
- Informationen und Fakten besprechen, nicht nach Emotionen fragen! Die natürlichen Schutzmechanismen sind auf ‚Gefühle betäuben‘ kalibriert. In Akutsituationen nach Befindlichkeiten und Gefühlen zu fragen, wirkt dem entgegen (Prein 2023)
- Zuhören und evtl. gemeinsam schweigen (da sein); keine Ratschläge erteilen; nicht zu trösten versuchen; Problemlösedruck vermeiden (ebd.)
- Trauma-Konfrontation darf nur von traumatherapeutisch erfahrenen Psychotherapeut:innen vorgenommen werden!

Für Sozialarbeiter:innen werden spezielle Weiterbildungen für die Arbeit mit traumatisierten Personen angeboten (u.A. an der FH St. Pölten). Im Zuge eines Forschungsprojekts an der FH St. Pölten haben Studierende eine Masterthese zum Thema „Trauma und Soziale Arbeit“ (Bambara et al. 2024) verfasst. Außerdem zu empfehlen ist die für die Leitlinienrecherche herangezogene Literatur zum Thema: BAG Traumapädagogik 2011; Gerngroß et al. 2015; Hausmann 2016; Lackner 2021; Lasogga / Gasch 2011; auch: Hülshoff 2017; Stein 2020.

LL4b.c: Verlustkrise

Hausmann (2016:344ff) und Stein (2020:216ff) informieren ausführlich über Trauer und Trauerkrisen. Trauer und Verlust finden nicht nur im Zusammenhang mit Tod, sondern auch durch Trennung und andere Verluste statt. Die Verarbeitung folgt einem Prozess aus Schleifen und Spiralen, Wiederholungen und parallelen Abläufen, ist nicht-linear und fluktuierend (ebd.:52ff). Ein hilfreiches Tool, um diesen Herausforderungen gerecht zu werden bietet das Trauerkaleidoskop von Paul (2024).

LL4b.d: Veränderungskrise

Unter Veränderungskrisen fallen z.B. Pubertätskrisen (Hülshoff 2017:160ff; Stein 2020:280ff), Krisen aufgrund von Alter (Sonneck et al. 2016:154ff; Stein 2020:272ff) oder Arbeitslosigkeit (Sonneck et al. 2016:244ff; Stein 2020:248ff).

5.3 Die Rolle der Sozialen Arbeit im TMP

Priska Österle

Wir plädieren, dass die gesamte Fallführung inklusive Assessment, Intervention, Koordination, Monitoring und Evaluation von TMP in den Aufgabenbereich der Sozialarbeit fallen muss. Die Begründungen dafür werden in diesem Kapitel dargestellt. Dabei berufen wir uns auf drei hauptsächliche Argumentationslinien:

- 1) Sozialarbeit ist ein Gesundheitsberuf – das biopsychosoziale Gesundheitsmodell
- 2) Effektive (evidenzbasierte) Theorien, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit – bewährte Herangehensweisen in der Arbeit mit Menschen und deren Lebensführung
- 3) Case Management als Basismodell für TMP – das sozialarbeiterische Case Management als bewährte Methode in psychosozialen Hilfeprozessen

Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf

Die Soziale Arbeit als ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist in Österreich – trotz zahlloser wissenschaftlicher Publikationen – weiterhin eher unbekannt (Fritz 2018:59). Die Soziale Arbeit zählt nicht zu den gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufen (siehe Gesundheitsberufe in Österreich 2023), obwohl sie in präventiven, kurativen, rehabilitativen, pflegerischen und palliativen Arbeitsfeldern tätig ist und sich als einzige Profession systematisch mit sozialen Problemlagen im Kontext von Gesundheit und Krankheit befasst (Ortmann 2015:13).

Das biopsychosoziale Modell (bzw. die WHO-Definition von Gesundheit, welche das physische, mentale und soziale Wohlbefinden umfasst) und der salutogenetische Ansatz, also ein an der Gesundheit orientierter Blick auf Gesundheit und Krankheit, wurden bereits in anderen Kapiteln (siehe z.B. *Kapitel 2.3*) erläutert. Auch das Konzept für Primärversorgungszentren bedient sich dieser Sichtweisen und propagiert die Förderung der psychosozialen Gesundheit als Grundlage der Krankheitsprävention. Aus dieser ganzheitlichen Perspektive heraus – die bereits 1978 (!) von der WHO in der Alma-Ata Declaration formuliert worden ist – ist die Definition der Sozialarbeit als Gesundheitsberuf naheliegend.

Soziale Aspekte wie Bildung, Einkommen, Beruf, Zugang zu passenden Ressourcen und ein funktionierendes soziales Netzwerk sind zentrale Determinanten für die Gesundheit. Die wirtschaftliche und die soziale Stellung beeinflussen diese. Funktionierende soziale Netze halten gesund – Einsamkeit macht krank (Redelsteiner 2017:140). Ein Piktogramm des Fonds Gesundes Österreich veranschaulicht die Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus:

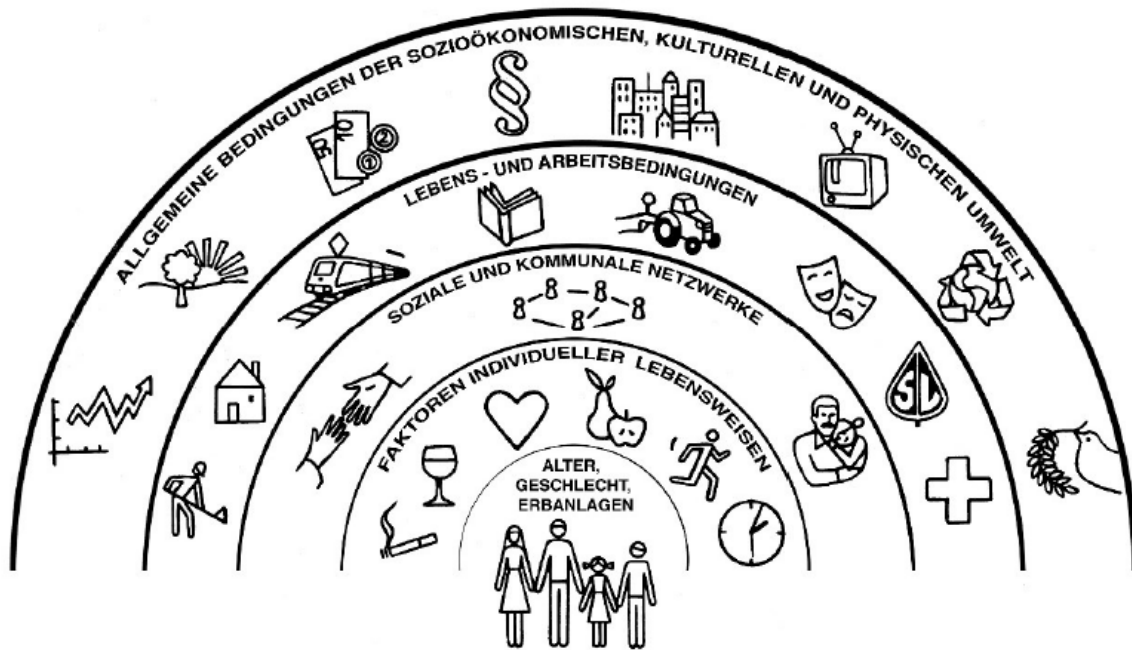


Abb.11: Gesundheitsdeterminanten laut Fonds Gesundes Österreich (Abb. in Fritz 2018:27)

Sozialarbeiter:innen verfügen über eben jenes breite Querschnittswissen, um unterstützende Maßnahmen in vielen dieser relevanten Bereiche zu setzen – sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene. Sie sind „spezialisierte GeneralistInnen in der Zusammenarbeit mit KlientInnen“ wie Redelsteiner (2017:139) sich ausdrückt.

Wenn das Wohlbefinden durch soziale Probleme beeinträchtigt ist, kann dies zu somatischen und/oder psychischen Einschränkungen führen bzw. können soziale Probleme bestehende Beeinträchtigungen zusätzlich verstärken. „Jede Form von gelingender Sozialarbeit hat deshalb auch gesundheitsförderliche Effekte“ (Ortmann 2015:14). Gesundheitseinrichtungen wissen um diese Zusammenhänge. So informiert beispielsweise der Psychosoziale Dienst (PSD) Wien, zuständig für die Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, auf seiner Homepage:

„Die Bedürfnisse des Menschen sind vielfältig und können psychische und physische Gesundheit, sichere soziale Verhältnisse, zwischenmenschliche Kontakte, eine sinnvolle und erfüllende Alltagsgestaltung, berufliche Tätigkeit oder auch spirituelle Bedürfnisse umfassen“ (PSD Wien 2024).

Die gegenseitige Beeinflussung von psychischen Erkrankungen, körperlichem Wohlbefinden und möglichen sozialen Problemen wird hervorgehoben und daher ein Auftrag an psychosoziale Fachkräfte deutlich gemacht: „Hilfe in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur, Beschäftigung sowie Arbeit“ wird angeboten (ebd.). Durch den Fokus auf die soziale Dimension von Gesundheit leistet die Soziale Arbeit einen essenziellen Beitrag in Bezug auf die Entstehung, Behandlung und Vorbeugung von Krankheit.

Im salutogenetischen Kontext, also im Bereich der Gesundheitsförderung, spielen Prinzipien der allgemeinen (nicht spezifisch gesundheitsbezogenen) Sozialen Arbeit eine zentrale Rolle. Die WHO nennt in der Ottawa-Charta von 1986: *Advocacy* (Interessensvertretung), *Enabling*

and Empowerment (Befähigung und Selbstermächtigung), *Mediation and Networking* (Vermitteln und Vernetzen). Ein soziologischer Fachartikel, der Ideen, Konzepte und Vorgehensweisen der Gesundheitsförderung vorstellt, nennt explizite Schlüsselkonzepte der Sozialarbeit²¹ (Partizipation, Empowerment und Capacity building) und verweist auf die Relevanz von ‚Lebenswelten‘ (die alltägliche Umwelt z.B. Schulen, Betriebe) als geeigneten Gestaltungsort für die Gesundheitsförderung, welche die Bereiche Wohnen, Arbeit, Umwelt und soziale Verhältnisse miteinbeziehen soll (Loss et al. 2016:436).

Da sich TMP am salutogenetischen Ansatz orientiert und präventiv wirksam sein soll, nimmt die Gesundheitsförderung im Rahmen der Stabilisierung und Weiterbetreuung einen zentralen Stellenwert ein. Der Fokus liegt nicht auf rein individuellen, personengebundenen bzw. verhaltensbezogenen Interventionen (z.B. Sport betreiben), sondern umfasst sozial weiterreichende Aspekte (z.B. Welcher Verein bietet sich an? Kann gemeinsames Sporteln organisiert werden? Müssen Mitgliedsbeiträge bezahlt werden?). Die gesundheitsfördernden Ansätze decken sich mit den Zielen von TMP, nämlich „die Möglichkeiten und Kompetenzen der Menschen zu stärken, damit sie sich für diejenigen Gesundheitsbelange einsetzen, die in ihrer aktuellen Lebenssituation relevant sind“ (ebd.:441).

Effektive (evidenzbasierte) Theorien, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit

„Probleme der Sozialen Arbeit sind Probleme der Alltagsorganisation, der Lebensführung von Menschen. Wenn ihr Alltag die Alltäglichkeit verliert, er nicht mehr mit dem Wissensvorrat [...] zu bewältigen ist, der ihnen zur Verfügung steht oder in ihrem lebensweltlichen Umfeld leicht zu besorgen ist, dann haben wir es mit einem für die Individualhilfe relevanten Problem zu tun“ (Pantuček 1998:105).

In dieser Definition von „Problemen der Sozialarbeit“ nach Pantuček zeigen sich deutliche Parallelen zur klassischen Definition von psychosozialen Krisen nach Caplan und Cullenberg (siehe *Kapitel 2.1*). Im ersten Fall sind es alltägliche Herausforderungen, die (momentan) nicht bewältigbar sind. Im zweiten Fall sind es besondere Herausforderungen, die (momentan) nicht bewältigbar sind. Die Ziele der Sozialarbeit sind deckungsgleich mit den Zielen der Krisenintervention: Unterstützung leisten, damit das Alltagsleben wieder selbstständig bewältigbar wird. Damit dies gelingen kann, entwickelt die Disziplin Soziale Arbeit Theorien, Konzepte und Methoden, die in der Ausbildung gelehrt werden. Dazu zählen: Lebensweltorientierung, Problemanalyse und Komplexitätsreduzierung, Lösungsorientierung, Hilfeprozessplanung und Zielarbeit, Ressourcen- und Stärkenansatz, Netzwerkanalyse und -aktivierung, Handlungsbefähigung und Teilhabe, Beziehungsarbeit und Advocacy, aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit etc. Hinzu kommen: Schnittstellenkoordination, Sozialraumorientierung, Gemeinwesen- und Netzwerkarbeit, oder die Falldefinition von „Person in Situation“. Das heißt, dass neben zahlreichen eher personenbezogenen Handlungskonzepten auch ganz klar systembezogene Konzepte, die auf Veränderungen der Strukturen abzielen, Aufgaben der Sozialarbeit sind. Die Herausforderungen, denen die Menschen begegnen, sind teilweise nicht durch ‚richtiges Verhalten‘ zu bewältigen, da die Probleme nicht im individuellen Verhalten, sondern in

²¹ Es sei angemerkt, dass keine der Autor:innen Soziale Arbeit studiert hat. Alle haben unterschiedliche Grundprofessionen und befassen sich zentral mit Medizinsoziologie.

den gesellschaftspolitischen Verhältnissen und den (Nicht-)Angeboten des Sozial- und Gesundheitssystems zu verorten sind.

Im Kontext von TMP im PVZ bedeutet dies, dass Sozialarbeiter:innen über eine fundierte Ausbildung verfügen, in der Handlungs- und Interventionswissen gelehrt wird, das den Ansprüchen gerecht werden kann. Eine professionelle Haltung im Sinne von LL1a gehört zum professionellen Selbstverständnis der Sozialarbeit. Intensiver als in anderen Gesundheitsberufen wird im Curriculum auf die Entwicklung von sozialen Kompetenzen, Beziehungsarbeit und Gesprächsführung Wert gelegt und auch der Umgang mit Non-Compliance gelehrt. LL1b, klassische Soziale Arbeit, ist selbsterklärend auf das Fach bezogen. Durch die systemische Sicht- und Arbeitsweise versteht sich die Sozialarbeit in der Vernetzungs-, Verweisungs- und Schnittstellenarbeit und dadurch auch in der Koordination von inter- und multiprofessioneller Hilfeleistung (LL1c). Qualitätsmanagement und Evaluation (LL1d) stehen ebenfalls auf der Ausbildungsagenda. Eine transparente, informierende Arbeitsweise, wie dies in LL2a gefordert wird, entspricht den Ethikstandards der Sozialen Arbeit (Pkt. 3.3; 3.4; obds 2020). Situationsspezifische Informationen und Aufklärung (LL2b Psychoedukation und LL2c Konzepte) kann sowohl von Sozialarbeiter:innen als auch von anderen Professionen (z.B. Psycholog:innen, Pädagog:innen, Pfleger:innen) durchgeführt werden. Hier gilt es, eine gute Teamzusammenarbeit zu organisieren und Zuständigkeiten zu klären. Auch die Ausbildung von persönlichen Ressourcen (LL3) und die Anwendung von instrumentellen Ressourcen (LL3c) können von unterschiedlichen Professionen durchgeführt werden. Der Sozialarbeit stehen auf einer Metaebene Methoden wie z.B. das Stärken-Assessment (Ehlers et al. 2017) oder die Lösungsorientierung (Berg / Miller 2018) zur Verfügung, um persönlichkeitszentrierte Ressourcenarbeit leisten zu können. Die Koordinierung der sozialen Ressourcen (LL3b), sowohl der formellen als auch der informellen inkl. der Aktivierung von materiellen Hilfeleistungen, entspricht dem klassischen sozialarbeiterischen Tun. Insgesamt helfen die Theorien der Sozialen Arbeit sowohl bei der Ressourcenaktivierung (LL3) als auch bei Interventionen (LL4). Eine akute Krise erkennen und eine erfolgreiche Intervention (LL4a.a) durchführen zu können, ist ein gesamtgesellschaftliches Ziel, das alle Menschen betrifft. Das Projekt der pro mente Austria „Erste Hilfe für die Seele“ bietet Schulungen für Laien an, um richtiges Verhalten in Krisensituationen zu lernen. Theoretisch sollten künftig alle dazu fähig sein, eine Akutintervention (LL4a.a) durchzuführen, weswegen es keiner sozialarbeiterischen Expertise bedarf. Freilich ist eine gewisse Routine in der Kriseninterventionen von Vorteil, der Arbeitsalltag von Sozialarbeiter:innen lässt diese i.d.R. entstehen. Die Stabilisierung (LL4a.b) und vor allem die Weiterbetreuung (LL4a.c) profitiert von multiprofessioneller Zusammenarbeit bzw. wird die Nutzung von externen Angeboten zum zentralen Thema. Auch hier macht es Sinn, die Fallführung der Sozialen Arbeit zu übertragen. Weshalb das so ist, zeigt der Fachdiskurs „transdisziplinäres (generalistisches) Case Management versus sozialarbeiterisches Case Management.“

Sozialarbeiterisches Case Management als bewährte Methode und Basismodell für TMP

In Kapitel 5.1.1 wurde Case Management als Basismodell für TMP präsentiert. Ähnlichkeiten bestehen nicht nur im Handlungskonzept an sich, sondern auch in der Rolle der Sozialarbeit in der Anwendung bzw. Fallführung. Der Fachdiskurs um sozialarbeiterisches Case Management bedient sich im Grunde derselben Argumentation wie die vorangegangene Begründung

zur Rolle der Sozialarbeit im TMP: Die Disziplin, die der Profession der Sozialen Arbeit zugrunde liegt, verfügt über Theorien und theoretische Bezüge zu Wissen, Können und Haltung und zu unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Wissen im Umgang mit spezifischen Themen, die gemeinhin als ‚problematisch‘ eingestuft werden; siehe auch die Aufzählung in der Einleitung dieser Arbeit). So wie CM eine Methode der sozialarbeiterischen Fallarbeit darstellt, ist auch TMP eine bestimmte Art von (Einzel-)Fallarbeit, welcher die Gesamtheit der Theorien Sozialer Arbeit zugrunde liegt. Die „spezifische disziplinäre Sozialisation [...] stellt eine notwendige Voraussetzung für die praktische Arbeit dar“; die Ausbildung ermöglicht die Handhabung dieser Methoden, denn „die Disziplin ist der Profession übergeordnet“ (Müller 2020:55).

Dieselbe Auseinandersetzung findet im Bereich Social Prescribing (SP) bzw. Link Working als ausführende Tätigkeit von SP statt. Welche Professionen eignen sich für Link-Working? Dieser Frage wird sowohl im Handbuch „Social Prescribing in der Primärversorgung“ (Rojatz et al. 2021:58ff) als auch in Masterthesen zum Forschungsprojekt „Social Prescribing – Sozialarbeit auf Rezept?“ an der FH St. Pölten nachgegangen (Fischer et al. 2022; Gierlinger et al. 2022). Der Diskurs und die Argumente sind ähnlich wie im Diskurs bzgl. sozialarbeiterischem und transdisziplinärem CM und auch die Sichtweisen widersprechen sich auf ähnliche Weise. Ein konkretes Beispiel, das die Argumentation ‚Fallführung in die Hände der Sozialarbeit‘ stützt, wird durch ein Umfrageergebnis im Handbuch zu SP deutlich (Rojatz et al. 2021:13), aber nicht als solches erkannt: Eine Erhebung von „Ressourcen und Belastungen“ zeigt, dass sowohl die „Berufliche Situation“ als auch die „Situation des Wohnraums“ für jeweils rund die Hälfte der befragten SP-Nutzer:innen als „(eher) als Belastung“ empfunden wird. Jedoch ist bei jeweils rund 40 % „Unklar / nicht sicher erkennbar“, wie es um die „Finanzielle Situation“ bzw. die „Sicherheit der Wohnsituation“ steht (In anderen Aspekten beträgt diese Unklarheit durchschnittlich ca. 10%). Sozialarbeiter:innen sind darauf geschult, eben jene konkreten Situationen zu erörtern und Fragen zu stellen, die von anderen Professionen als unangenehm oder unangebracht (weil zu intim) empfunden werden. Nun ist es aber exakt jene existentielle Absicherung, die grundlegend für die Gesundheit (mit-)verantwortlich ist.

Was bedeutet das für TMP? Es ist davon auszugehen, dass sich im Falle einer Umsetzung des Konzepts ein Diskurs über die Eignung unterschiedlicher Professionen in Bezug auf die Fallführung eröffnen wird. In diesem Kapitel wurde in aller Kürze aber dennoch mit umfassenden Argumenten dargelegt, weshalb wir Sozialarbeiter:innen als am besten geeignet betrachten. Was zählt, sind nicht nur Koordinierungs- und Organisationstalent, Empathie, Feingefühl oder ein Gespür für systemische Zusammenhänge, sondern und vor allem eine bestimmte Haltung bzgl. einer ‚guten Arbeitsweise‘. Diese Haltung fußt auf einer soliden Basis an evidenzbasierten theoretischen Konzepten und ethischen Standpunkten und befähigt zu Lösungsversuchen, welche die betroffene Person, deren individuellen Wünsche, deren spezifisches Alltagsleben und deren soziales Umfeld in den Mittelpunkt zu stellen vermögen. Im Falle von TMP besteht jedenfalls die Gefahr, dass die Durchführung anhand der Leitlinien für Personen ohne entsprechende Ausbildung zur Checklisten-Tätigkeit verkommt. Die lineare Abarbeitung des Schritte-Schemas ohne Rücksicht auf die Situation und die Bedürfnisse der betroffenen Person würde dem Grundsatz der individuellen Hilfeplanung von TMP ebenso widersprechen, wie sich dies in der entsprechenden Anmerkung von Zeilinger (Gierlinger et al. 2022:95f) auf SP bezieht.

5.4 TMP als Angebot in der Primärversorgung

Franziska Lechner

Im folgenden Kapitel soll erläutert werden, was die Vorzüge sind, das TMP in der Primärversorgung, im Speziellen in den PVZ, anzusiedeln. PVZ bieten einen niederschweligen Zugang zur psychosozialen Versorgung, bestehen aus multiprofessionellen Teams, die interdisziplinär zusammenarbeiten und das biopsychosoziale Gesundheitsmodell als Ideal der ‚neuen Primärversorgung‘ setzt auf Prävention und Gesundheitsförderung als wichtige Elemente in den PVZ.

Die Primärversorgung ist ein niederschwelliges Angebot, das von allen Personen genutzt werden kann. Es gibt keine Einschränkungen²² zum Zugang und die Hemmschwelle, den Hausarzt oder die Hausärztin aufzusuchen, ist geringer als in ein psychosoziales Zentrum zu gehen. Die PVE stellen eine Art der Primärversorgung in Österreich dar. Der langfristige Plan für Österreich wäre es, ein flächendeckendes Angebot von Primärversorgungseinheiten zu schaffen. Dafür soll die Zahl der aktuellen PVE (rund 45) bis 2025 auf 120 PVE²³ zu erhöht werden (Bundeskanzleramt 2023).

Wie bereits erläutert, konzentriert sich unsere Arbeit hauptsächlich auf die Anwendung in PVZ, da PVN aufgrund ihrer dezentralen Strukturen nicht dieselben Vorteile mit sich bringen wie ein PVZ. Seit der neuen Novellierung des Primärversorgungsgesetzes im Juli 2023 ist es möglich, spezielle PVE für Kinder einzurichten. Zwar ist die Anwendung des Programmes auch bei Kindern denkbar, es wurde jedoch für die Anwendung bei Erwachsenen entworfen.²⁴

Aufgrund der Niederschwelligkeit und dem geplanten flächendeckenden Angebot ist es möglich, durch das Programm ohne komplizierte Umwege eine große Anzahl an Betroffenen anzusprechen. Durch die multiprofessionellen Teams und der interdisziplinären Zusammenarbeit eignen sich PVZ besonders gut, um ein TMP umzusetzen. Auf die multiprofessionellen und interdisziplinären Elemente wird in den Primärversorgungseinheiten besonders Wert gelegt, was sich sowohl in den Gesetzen als auch in den Beschreibungen rund um Primärversorgungseinheiten wiederfindet.

Zu den gesetzlichen Basisaufgaben von PVE zählen die Gesundheitsförderung und Prävention, das Programm verfolgt genau diesen Präventionsgedanken und fördert die psychische Gesundheit. Letztlich war auch dieser sekundäre Präventionsgedanke ausschlaggebend für die Gründung der Community Crisis Center in den USA (Stein 2020:19), welches die Bedeutung der Sekundärprävention unterstreicht. Zudem stellen die Angebote für Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung der Gesundheitskompetenz einen wesentlichen Vorteil für Patient:innen in PVZ dar (ÖGK 2023).

²² Es gibt Unterschiede in den PVZ, wie offen der Zugang ist, ob dieser auf den Wohnort, die Postleitzahl etc. beschränkt ist. Generell steht aber allen Personen eine Primärversorgung zur Verfügung.

²³ Frühere Ziele, wie etwa bis 2021 75 Einrichtungen zu schaffen, wurden nicht erreicht.

²⁴ Hinweis auf ein spezielles Angebot für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, das 15 Beratungs- und Behandlungseinheiten umfasst, um diese gesund aus der Krise zu begleiten. Gesund aus der Krise: <https://gesundausderkrise.at>.

Nicht alle Personen, die das PVZ aufsuchen, haben die Einsicht, dass sie Hilfe benötigen [WS TN5 00:54:10]. Es ist wesentlich niederschwelliger im schon angebundenen PVZ zu einer Betreuung zu kommen und durch die bereits bestehende Vertrauensbeziehung ist es für die Beteiligten einfacher über ihre Anliegen zu sprechen. Ein großer Vorteil, der durch das TMP geboten wird, ist, dass es keine Krankheitseinsicht zur Aufnahme zum TMP benötigt. Jedoch sind die Psychoedukation und die Aufklärung über Krisen ein wesentlicher Bestandteil und damit das Einsehen, dass man sich in einer Krise befindet oder befand, hilfreich. Letztlich benötigt es allerdings nur die Bereitschaft am Programm teilzunehmen, an den vereinbarten Zielen zu arbeiten und die entsprechenden Termine wahrzunehmen.

Ein weiterer positiver Effekt eines Programmes für das PVZ sind die Schaffung bestimmter Strukturen und des Vorgehens. So können die Kompetenzen der Professionen gestärkt werden und es wird für alle Beteiligten einfach sichtbar, wer welche Kompetenzen hat. Wenn man sich kurz das Fallbeispiel aus *Kapitel 4* vor Augen ruft, können so die bereits ausgelasteten Hausärzt:innen entlastet werden. Die Krisenversorgung und -begleitung liegt in der Kompetenz der Sozialarbeiterin bzw. des Sozialarbeiters und kann, sobald es möglich ist an diese übergeben werden. Zudem bietet das PVZ vorhandene Infrastrukturen, die es ermöglichen sozialraumorientierte Angebote wie Social-Support-Projekte, Gemeinwesenarbeit etc. umzusetzen.

Implementierung TMP im PVZ

Eine Implementierung des Programmes wäre anhand der CM-Standards möglich. Bei der Implementierung von CM sind folgende Punkte zu beachten (Goger / Tordy 2020:73f):

- Die Implementierung des CMs stellt sicher, dass die Stakeholder in vollem Umfang eingebunden sind.
- Die Organisation gewährleistet, dass nur Mitarbeiter:innen als Case Manager:innen eingesetzt werden, die die entsprechenden Qualifikationen und Fähigkeiten besitzen und auch andere Mitarbeiter:innen auf das Handlungskonzept des CM schulen.
- Die Implementierung des CMs wird regelmäßig bewertet und Schritte zur vollständigen Umsetzung des CMs auf individueller und systemischer Ebene werden abgeleitet und durchgeführt.

Diese Punkte können auch so auf die Implementierung im PVZ übertragen werden. So sollen nicht nur die Sozialarbeiter:innen, die die Fallführung im TMP übernehmen auf das Programm geschult werden, sondern auch andere Professionen innerhalb des PVZ. So kann eine gute Zusammenarbeit im PVZ innerhalb des Programmes gewährleistet werden. Die laufende Evaluation und Bewertung der Implementierung des CM deckt sich mit den Vorhaben der Qualitätssicherung im TMP, in der die laufenden Evaluationen auch während der Laufzeit geplant sind.

Kritik an der Umsetzung in der Primärversorgung

Doch blieben die PVE in der Vergangenheit nicht von Kritik verschont. Es haperte an der Umsetzung der Primärversorgungsidee, zum einen, da der Ausbau wesentlich weniger schnell vorangehe wie ursprünglich geplant (Rohrhofer 2023), daran ändere auch die neue Zielsetzung der Regierung nichts. Trotz Auflockerungen in der letzten Reform wie beispielsweise, dass nicht mehr nur Ärzt:innen Gründungsmitglieder sein können, dauert der Entstehungsprozess und birgt eine lange Vorlaufzeit. Generell müsse das Konzept von PVE tiefgehend überarbeitet werden um attraktiver zu werden, so sind starre Regelungen abschreckend für Ärzt:innen (Rümmele 2023).

Zudem wird nicht jede Person, die bereits eine langjährige Vertrauensbeziehung zum eigenen Hausarzt verbindet, auch bereit sein in ein PVZ zu wechseln. Trotz eines weiteren Ausbaues von PVE werden Einzelordinationen von Hausärzt:innen weiterhin Teil der Primärversorgung sein. Diese Personengruppen werden vom Programm komplett ausgeklammert und nicht erreicht.

Eine weitere Kritik an den PVZ ist die mangelnde Umsetzung des biopsychosozialen Krankheitsbildes. Dafür benötige es viel mehr Personal und eine Umschichtung von Fachärzt:innen hin zur Primärversorgung (Rohrhofer 2023). Es werden zwar andere Professionen miteinbezogen, aber immer noch wird ein Team rund um den Hausarzt gebildet und die Allgemeinmedizin auf ein Podest gestellt.

Das TMP wurde für die Anwendung durch Sozialarbeiter:innen entworfen und sozialarbeiterische Handlungsweisen wurden teilweise vorausgesetzt, ohne sie explizit zu erwähnen. Doch nicht in allen PVZ sind Sozialarbeiter:innen im erweiterten Team vertreten und die Anwendung von anderen Professionen ist sehr kritisch zu betrachten, wie im vorhergehenden Kapitel ausführlich dargelegt worden ist.

Ausblick

Trotz aller Kritik an den PVE im Generellen und der unsachlichen Umsetzung des TMP bietet die Umsetzung des TMP in den PVZ eine enorme Chance. Auf der einen Seite minimiert es eine eruierte Versorgungslücke (siehe *Kapitel 4*) und bietet dadurch ein enormes Potential für die Nutzer:innen. Auf der anderen Seite hilft eine Umsetzung dieses Programmes auch der Etablierung der PVZ und der Umsetzung des biopsychosozialen Krankheitsbildes. Multiprofessionalität und interdisziplinäre Zusammenarbeit wird nicht mehr nur gepredigt, sondern auch gelebt. Dabei ist auf die oben genannten Kritikpunkte Rücksicht zu nehmen und durch eine ständige Evaluierung sicher zu gehen, dass das Programm auch korrekt umgesetzt wird.

Im Laufe der Zeit hat sich der Blick der Politik zur Primärversorgung hin gewandelt und ist mehr in den Fokus gerückt, doch wie die Kritik deutlich macht, geht da noch mehr. Österreich befindet sich beim Ausbau der Primärversorgung auf einem guten Weg und sollte an diesem Punkt noch nicht Halt machen. Es werden mehr Ressourcen benötigt, um dem biopsychosozialen Krankheitsbild zu entsprechen und PVZ attraktiver zu gestalten.

In den PVZ sind benötigte Strukturen, um ein TMP umzusetzen teilweise schon vorhanden - wie beispielsweise psychosozial ausgebildete Personen, im besten Fall Sozialarbeiter:innen, siehe das *vorherige Kapitel*. Sozialarbeiter:innen sind bereits in einigen PVZ fester Bestandteil und können ein derartiges Programm umsetzen. Allerdings muss auch erwähnt werden, dass durch dieses Programm mehr Ressourcen benötigt werden und ein Ausbau der Sozialarbeitsstellen notwendig wäre. Einen wichtigen Einfluss darauf, welche Stellen genehmigt werden und was finanziert wird, hat die österreichische Gesundheitskasse. Aus diesem Grund wird die Masterarbeit als Beantwortung des Calls für den Primärversorgungskongress 2024 eingereicht, um so unseren Beitrag dazu zu leisten aufzuzeigen, wie wichtig die Sozialarbeit in der Krisenprävention und -versorgung in der Primärversorgung ist. Beim Call geht es darum, ein Abstract zu verschiedenen Themenschwerpunkten einzureichen. Unser Abstract stellt das TMP sowie teilweise die Ergebnisse aus unserem Forschungsprojekt und unserer Masterthesis vor und beinhaltet damit mehrere Themenschwerpunkte. Unser Hauptfokus liegt aber in der Gesundheitsförderung und in der Prävention – das TMP als Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit.

Exkurs: Beantwortung des Calls

Call (IAMEV 2024)

Call for Abstract

Wir laden Sie recht herzlich ein, sich mit fachlichen Beiträgen in Form eines Vortrages oder eines Posters am 9. Österreichischen Primärversorgungskongress zu beteiligen.

Zu folgenden Themenschwerpunkten können Abstracts eingereicht werden:

- Ökologische Nachhaltigkeit in der Primärversorgung
- Ökonomische Nachhaltigkeit in der Primärversorgung
- Soziale Nachhaltigkeit in der Primärversorgung
- Evidenzbasierte Primärversorgung
- Koordination & Fallmanagement in der Primärversorgung
- Berufsspezifische Fallbeispiele aus der Praxis
- Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung
- Gesundheitsförderung und Prävention in der Primärversorgung
- Neue Erkenntnisse und Innovationen in der Primärversorgung
- Kapazitätsaufbau in der Primärversorgung
- Nationale und internationale Best-Practice Beispiele in der Primärversorgung

Die Abstractrichtlinien finden Sie [hier](#).

Abstract-Deadline: 14. April 2024

Wir freuen uns auf Ihre Einreichung!

Für die Beantwortung des Calls wurde der Abstract der Masterarbeit eingereicht. Wir haben uns mit der Beantwortung des Calls für die Einreichung eines Posters beworben.

Abstract

Hintergrund/Fragestellung: Angesichts des steigenden Bedarfs an Kriseninterventionsangeboten in Österreich stellen wir die Frage, mit welchen konkreten Maßnahmen die Sozialarbeit im Rahmen der österreichischen Versorgungslandschaft im Gesundheits- und Sozialbereich professionelle Krisenintervention, Gesundheitsförderung und Prävention leisten kann. Das Augenmerk richtet sich auf die Potenziale von Primärversorgungszentren (PVZ), da wir in PVZ spezifische Vorteile wie zeitnahe Unterstützung in Wohnortsnähe, Niederschwelligkeit, kontinuierliche Beziehungsgestaltung, multiprofessionelle Angebote und Sozialraumorientierung verorten. Unter Miteinbeziehung von Aspekten aus etablierten Programmen wie Disease Management Programmen, Case Management oder Social Prescribing, sowie Theorien, Methoden und Fachkenntnissen der Sozialarbeit und der Krisenhilfe wurde das Trouble Management Programm (TMP) konzeptualisiert.

Methoden: Der Bedarfserhebung und Literaturrecherche inkl. eingehender themenorientierter Literaturanalyse folgte eine empirische Datenerhebung in Form eines Expert:innen-Workshops mit dialogischem Anspruch (Fachkräfte der Krisenhilfe und PVZ-Sozialarbeit, krisenerfahrene Personen und deren Angehörige). Das Konzept zu TMP generiert sich aus der Datenanalyse und -verarbeitung aus Fachliteratur, Fachvorträgen und der empirischen Erhebung.

Ergebnisse: Das Trouble Management Programm (TMP) ist ein handlungsanleitendes Konzept bzw. sozialarbeiterisches Betreuungsprogramm, anwendbar als Angebot in Primärversorgungszentren. TMP beinhaltet Handlungsleitfäden für Fachkräfte und Partizipations-Unterlagen für Klient:innen/Patient:innen, sowohl im akuten Krisenfall als auch zur längerfristigen Stabilisierung und Weiterbetreuung bzw. Gesundheitsförderung, sowie konkrete Vorschläge zu qualitätssichernden Maßnahmen. Das Programm erhebt den Anspruch, trotz strukturierter Vorgehensweisen die individuellen Problemlagen und Ressourcen der Nutzer:innen in den Fokus der Hilfestellung zu rücken.

Schlussfolgerungen: Das multiprofessionelle Team und andere spezifische Vorteile von Primärversorgungszentren beinhalten ein enormes Potenzial, die Versorgungslandschaft bzgl. Krisenhilfe und psychosozialer Gesundheitsförderung nachhaltig zu erweitern.

6 Expertinnenaustausch – empirischer Input

Franziska Lechner, Priska Österle

In diesem Kapitel werden die im Workshop (siehe *Kapitel 3.3*) erhobenen Daten präsentiert. Spezifischer Input, den wir im Expertinnenaustausch²⁵ gewinnen konnten, wird in den einzelnen Kapiteln und Leitlinien per Querverweis gekennzeichnet. Hier erfolgt eine separate Auswertung entlang aller Leitlinien, um die jeweiligen Inhalte zusammenfassend darzulegen. Vor dieser ‚Leitliniendiskussion‘ werden im Workshop erhobene Aspekte benannt, die für TMP generell, unabhängig der Leitlinien, relevant sind.

6.1 Anmerkungen, Erfahrungen und Wünsche

6.1.1 Entstigmatisierung

Menschen, die von psychosozialen Belastungen betroffen sind – egal ob durch vorübergehende Störungen, diagnostizierte psychische Krankheiten, krisenbedingte Einschränkungen oder stressinduzierte Schwierigkeiten – erfahren nach wie vor breite gesellschaftliche Stigmatisierung, so die Überzeugung vor allem von den Betroffenenvertretungen. Auch von fachlicher Seite wird die Notwendigkeit genannt, dass klar kommuniziert gehört, dass „Menschen nicht schuld sind, dass sie krank werden“ [WS TN2 00:44:08]. Entstigmatisierung und Normalisierung im Bereich mentale Gesundheit/Krankheit sind daher große Anliegen. Dazu gibt es eine Menge an Ideen, die zum Teil bereits umgesetzt werden. Dazu zählen hauptsächlich Information, Aufklärungsarbeit und Bewusstseinsbildung:

- Öffentlichkeitsarbeit (Werbung, Informationsbroschüren, Social Media etc.)
- Weiterbildungen (z.B. für Polizeischüler:innen; Kompetenzen für mediale Berichterstattung; Erste Hilfe für die Seele etc.)
- Aufklärungsarbeit im sozialen Umfeld („Darüber sprechen“; Familie, Freunde, Arbeitsplatz etc.)

Die Teilnehmerinnen sind sich einig, dass das „Abgestempelt werden“ bzw. die Angst davor zusätzlichen Druck auf Betroffene auslöst und die Lage sich dadurch verschlimmert. Außerdem hält es Menschen davon ab, sich Hilfe zu organisieren. Im PVZ sind unterschiedliche Angebote in dieser Hinsicht denkbar: Im Wartezimmer können Informationsbroschüren bereitgestellt werden, bei Bedarf kann das PVZ Angebote installieren und bewerben (z.B. Psychoedukations-Gruppen).

²⁵ Die Teilnehmerinnen waren ausschließlich weiblich, daher wird die weibliche Form gewählt. Am Workshop nahmen teil: Betroffene, ehrenamtliche Peer (TN1), Sozialarbeiterin im Krisenkontext (TN2), Sozialarbeiterin PVZ (TN3), Sozialarbeiterin PVZ (TN4), Angehörigenvertreterin (TN5). Verweise ohne TN-Kennzeichnung beziehen sich auf die Ergebnisse der Gruppenarbeiten.

6.1.2 Mental Health – Andocken im PVZ

Die Idee, dass Personen mit psychosozialen Problemen im PVZ andocken können und professionelle Unterstützung erwarten dürfen, wird von allen Teilnehmerinnen als alltagsnahe Lösung wertgeschätzt. TMP im PVZ stößt speziell bei der Angehörigen-Vertretung auf positives Feedback, da ein häufiges Angehörigen-Problem darin besteht, dass Familienmitglieder Hemmungen haben, spezifische psychosoziale Dienste aufzusuchen [WS TN2 00:49:40]. Der Umstand, dass psychische Probleme bei Hausärzt:innen angesprochen werden können und eine Beratung im selben Haus stattfinden kann, wird als Abbau von Hürden wahrgenommen. Über eine mögliche Behandlung kann dadurch vorsichtig und Schritt für Schritt nachgedacht werden, denn „man möchte zuerst einmal ein Erstgespräch“, „man will aber noch nicht zu einem Psychiater gehen“, sondern „dass du wieder deinen Alltag in den Griff kriegst“ [WS TN1 00:14:37].

Generell werden Wünsche genannt, die von PVZ erfüllt werden können: rasche, unkomplizierte, professionelle Hilfe; niederschwellige Angebote; keine Diskriminierung; sich nicht schämen müssen; eine Ansprechperson haben; flexibles Angebot je nach Bedürfnissen (z.B. Begleitungen); Gruppenangebote.

Neben den Vorteilen wurden auch die Limits von PVZ angesprochen, also z.B., dass der Zugang zu den multiprofessionellen Angeboten nur als hausärztliche:r Patient:in möglich ist. Eine detaillierte Auflistung der Limits ist Teil von *Kapitel 5.4 TMP als Angebot in der Primärversorgung*.

Wie wichtig Betreuungsangebote als Alternative zu Psychiatrien und nicht-vorhandenen Psychotherapieplätzen sind, zeigt sich auch im Gespräch mit Expertin 2 Niederösterreich, die davon berichtet, dass suizidale Personen abgewiesen werden, weil sie als „noch nicht suizidal genug“ eingestuft werden [Int3 01:20:27]. Viele gehen dann ohne weitere Versorgung oder Betreuung nachhause (siehe dazu auch *Kapitel 4 Verifizierung der Versorgungslücke*). Eine Anbindung an professionelle Angebote im niedergelassenen Bereich können für diese Personen lebensrettend sein.

6.1.3 Finanzielle Ressourcen

„... und es ist immer es gleiche, es geht immer ums Geld.“ [WS TN1 01:26:34]

Wie generell im österreichischen Sozial- und Gesundheitssystem ist eine ungenügende Finanzierung von Projekten, Programmen und Leistungen zur professionellen Versorgung und Unterstützung ein wiederkehrendes Hindernis. Die Teilnehmerinnen nennen fehlende Zeitressourcen, zu wenig Räumlichkeiten oder die Unterfinanzierung von Projekten (z.B. Peerprojekt).

6.2 Leitliniendiskussion

6.2.1 Ad Leitlinie Professionalität (LL1)

Der Leitlinie Professionalität konnten folgende, aus den Zitaten abgeleitete Kategorien zugeordnet werden: fachliche Anforderung, Gesprächsführung, institutionelle Anforderungen, professionelle Haltung, Rolle der Sozialen Arbeit, Multiprofessionalität, Q-Management und Qualitätsmerkmale zur Weiterbetreuungsphase.

Der professionellen Haltung konnten mehrere Zitate zugeordnet werden. Eine Vielzahl dieser Zitate deckt sich mit der ausgearbeiteten Leitlinie (LL1a), welche auch in der Leitlinie ergänzt und zugeordnet wurden. Als Ergänzung können Humor und das Subsidiaritätsprinzip als andere Begrifflichkeit für Autonomie gesehen werden. „Subsidiaritätsprinzip. So viel wie notwendig, aber so wenig wie möglich.“ [WS TN2 02:36:05]. Viele der angeführten *Must-Haves* wurden auch von den Workshop-Teilnehmerinnen genannt: Empathie, Zuhören können, Reflexionsfähigkeit, Unvoreingenommenheit, etc.

Zu fachlichen und persönlichen Anforderung wurde angemerkt:

„Naja ich glaube, dass man so ein Stück weit so ein Einsatz-Gen braucht, wenn man tatsächlich als Fachkraft in der Krisenarbeit ist, weil du musst ja des einmal selber aushalten... Des versteh ich unter krisenfest, dass man während einem krisenhaften Gespräch oder sonst irgendwas bei sich bleibt... ruhig bleibt und nicht selber zum Plappern anfängt und nervös wird.“ [WS TN2 01:22:09]

„Vertrauensaufbau ist auch ganz, ganz wichtig.“ [WS TN1 01:40:09]

Eine professionelle Haltung und Fachkenntnisse sind ohne ausreichend vorhandener institutioneller Anforderungen jedoch wenig hilfreich:

„Fähigkeiten nützt nichts, wenn von der Politik zu wenig Geld auf den Tisch gelegt wird. Schließung von Standorten, zu wenig Lohn, kein Geld für neue Standorte...“ [WS 01:07:27]

Die Aussagen zur Gesprächsführung erstrecken sich auf kreative Wege, Beziehungen aufzubauen und ins Gespräch zu kommen und dass Dolmetscher:innen ein notwendiges Tool sind. Detaillierte Aspekte der Gesprächsführung wurden in den Leitlinien nicht ausgeführt, da Gesprächsführungskompetenzen vorausgesetzt werden. Sprachbarrieren sind in allen Feldern des Sozial- und Gesundheitssystems ein großes Thema. Digitale Lösungen und Teledolmetsch bieten hierbei Unterstützung.

Die Rückmeldungen zur Multiprofessionalität (LL1c) zeigen, dass das multiprofessionelle Team im PVZ eine gute Chance bietet, um eine längerfristige Betreuung im Rahmen von TMP im PVZ anzubieten. Wichtig ist den Fachkräften eine klare Rollenverteilung und eine Abgrenzung zwischen therapeutischen und betreuenden Settings. Therapeutische Maßnahmen müssen von einer psychologischen Fachkraft übernommen werden. Es gab jedoch keine Einigung darüber, ob stabilisierende Maßnahmen (wie z.B. Visualisierungsübungen) dazu zählen oder

nicht. Im Arbeitsalltag von PVZ wird dies aber als unproblematisch beschrieben, da vorhandene fachliche Ressourcen als solche genutzt werden können:

„Genau, dadurch dass wir halt so viele verschiedene Professionen im PVZ haben, eine Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Diätologie, Psychologie, Sozialarbeit etc. haben wir einfach die Möglichkeiten, dass man die Spezialisten zu sowas macht, dass die das machen können.“ [WSTN4 02:29:29]

Durch die Multiprofessionalität kann auf individuelle Bedürfnisse eingegangen werden – wer braucht mehr Sozialarbeiterisches, wer braucht Therapeutisches? Die Sozialarbeiterin im Krisenkontext hat die Erfahrung gemacht, dass es Leute gibt, die keine Therapie wollen:

„Die können ein Stück weit mit der direktiveren Art, wie Sozialarbeiterinnen halt arbeiten, viel mehr anfangen. Ja, und es muss auch nicht jeder irgendwie sein ganzes Leben analysieren, sondern jetzt einmal grundsätzlich, wenn er es sonst gut schafft, dann ja.“ [WS TN2 02:12:53]

„...natürlich gibt es auch Leute, also keine Frage, die Psychotherapie brauchen, aber ich glaube, die Sozialarbeiterinnen könnten viel, viel, viel mehr abdecken.“ [WS TN 02:11:23]

Auch Expertin 2 erklärt:

„Die Sozialarbeit ist eine Profession, die an der Basis ist und an der Basis arbeitet und an Dingen arbeitet, die ich zum Leben brauche. Die macht Nägel mit Köpfen, die schaut, dass ich morgen noch Geld hab, übermorgen was zum Essen und ein Dach über den Kopf hab. Das ist relativ nah am Alltag und an der Realität und die Psys sind halt so quasi, die reden halt über, natürlich über wichtige Dinge, die entlasten und stabilisieren, aber ich sag jetzt mal ganz brutal ich kann mich davon nicht ernähren.“ [Int 3 00:19:42]

Patient:innen sind sich noch wenig über das multiprofessionelle Angebot im PVZ bewusst, sie „haben das nicht so am Schirm, dass‘ andere Berufsgruppen gibt“ [WS TN3 02:22:48] neben dem:der Hausärzt:in. Mitunter könnte dies ein Auftrag an die PVZ-Sozialarbeit sein, sich mit den Berufsgruppen zu vernetzen und gemeinsam Informationen aufzubereiten, die z.B. im Warteraum präsentiert werden können. Auch außerhalb von PVZ tätige Mediziner:innen haben offenbar Informationsbedarf, da eine Teilnehmerin davon berichtet, dass ihre Hausärztin glaubt, dass sie Sozialarbeit „von Haus aus selber macht“ und keine bezahlte Fachperson dafür nötig ist [WS TN4 02:51:19].

Die Sozialarbeit als spezifischer Teil von TMP (LL1b) umfasst im Grunde dieselben Tätigkeiten, welche von Sozialarbeiter:innen generell erledigt werden (i.d.R. Fallarbeit, Information, Beratung, Verweisung, Begleitung etc.). Im TMP wurde diese Ressource speziell erwähnt, da sozialarbeiterische Tätigkeiten auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der psychosozialen Gesundheit abzielen und daher essenziell für TMP sind. TMP im PVZ beinhaltet immer Sozialarbeit, Sozialarbeit im PVZ umfasst aber mehr als TMP. Im Workshop wurden klassische Konzepte und Methoden der Sozialarbeit im Umgang mit Krisen genannt: Clearing, Ressourcen- und Lebensweltorientierung, systemischer Blick auf Krise, Netzwerk-Aktivierung, Sozialberatung, Beziehungsarbeit etc.

Qualitäts-Management (LL1d) wurde im Workshop nicht als konkretes Thema behandelt. Als Qualitätskriterien für die Arbeit im Krisenkontext werden Supervision und Fachwissen genannt. Dolmetsch wird als Qualitätskriterium für die Klient:innen-Arbeit genannt.

6.2.2 Ad Leitlinie Information (LL2)

In den Rückmeldungen, welche der Informationsleitlinie zugeordnet wurden, wurde vorrangig das Thema Psychoedukation (LL2b) angesprochen. Die Kontextklärung, das Beratungs-Setting (LL2a) und zugrunde liegende Konzepte wie Empowerment, Resilienz, etc. (LL2c) flossen zwar im Gespräch mit ein, wurden aber nicht als explizite Themen genannt. Diese Tatsache führen wir darauf zurück, dass sich diese Leitlinien auf theoretische Konzepte beziehen, der Workshop aber sehr praxisorientiert ausgerichtet war. So fällt die Aussage

“Information darüber, dass man Vertrauen haben kann, dass keine Information weitergegeben werden, zum Beispiel Angst vor Führerscheinverlust” [WS 01:07:27]

klar unter das Thema Kontextklärung. Diese wird aber nicht als solche benannt. Interventionen wie z.B. eine Erstbegleitung zur Scheidungsberatung werden als „Empowerment“ [02:15:49] bezeichnet – die Konzepte sind also implizit in der Praxis vorhanden.

Im Weiteren haben die Teilnehmerinnen zum Thema ‚Information‘ sehr breite Bereiche assoziiert und in Folge Aspekte angesprochen, die in den Leitlinien spezifischer zugeordnet werden. So werden Wünsche nach Informationen über die Versorgungslandschaft (LL3b; „Wo bekomme ich die nötige Hilfe?“ [WS 01:07:27]) oder Coping Strategien (LL3c; „Wissen und Zugang zu Dingen, was guttut“ [WS 00:56:40]) oder Informationsgespräche für Angehörige (LL3b) genannt. Der Zugang zu Informationen wird als notwendig erachtet, wobei die Relevanz der Nutzer:innen-Freundlichkeit konkret genannt wird. Die Teilnehmerinnen sind sich einig, dass Massen an Informationen verfügbar, aber nicht unbedingt verständlich sind:

“Das ist genauso mit unserem Sozialratgeber, was wir haben, da steht so viel drinnen und kein Mensch kennt sich aus.” [WS TN1 01:15:24]

Der Psychoedukation wird ein sehr hoher Stellenwert zugeschrieben. Nicht nur gibt es ein Bedürfnis nach der Information „Was fehlt mir eigentlich?“ [WS TN1 01:14:29], sondern auch nach Tipps für den Alltag:

“Und wenn ich dann erkläre, was im Körper tatsächlich passiert, wenn man Entspannungstechniken macht und wie sozusagen der Körper reagiert, ‘und warum hat mir das bis jetzt noch keiner gesagt?’” [WS TN2 03:01:06].

Das Reflektieren über konkrete Probleme, Alltagsthemen und dem Umgang damit (z.B. Was tun bei Panikattacken?) in Psychoedukations-Gruppen wird von fachlicher Seite mit sehr guten Erfahrungen gewertet. Gerade das Gruppen-Setting und der Austausch mit anderen Betroffenen wird als besonders hilfreich empfunden („Und die Leute, die sind auch so begeistert davon“; [WS TN2 02:44:00]).

Die Implementierung von Gruppenangeboten kann in PVZ theoretisch umgesetzt werden und dadurch im TMP hausintern Anwendung finden.

6.2.3 Ad Leitlinie Ressourcen (LL3)

Im Hinblick auf Ressourcen wird im Workshop ähnlich den Leitlinien zwischen persönlichen und institutionellen Ressourcen unterschieden und danach gefragt, was eine betroffene Person von sich aus mitbringt bzw. erlernen kann und welche Ressourcen von außen kommen müssen.

Als zentrale persönliche Ressource (LL3a) wird wiederholt ‚Krankheitseinsicht‘ bzw. das Sich-selbst-eingestehen, dass etwas nicht stimmt und dass man Hilfe benötigt, genannt. Die Fähigkeit, sich Hilfe zu organisieren, offen über die Krise oder die Krankheit zu sprechen, hängt von dieser initialen Einsicht ab und ist Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang. Compliance und die Bereitschaft zur Mitarbeit ermöglichen das Sprechen über die Situation, wodurch Druck und Angst genommen werden kann. Dadurch können Betroffene Resilienz gewinnen und Selbstwirksamkeit erfahren.

Als Soziale Ressourcen (LL3b) werden genannt: Familie und Freunde, Nachbar:innen und Mitbewohner:innen, Profis, Betreuer:innen, Trainer:innen, Peers und Ehrenamtliche, Selbsthilfegruppen, Alltagsbegleitungen, Ärzt:innen, Klinikpersonal, institutionelle Angebote wie z.B. fähigkeitsorientierte Aktivitäten. Von professionellen Ressourcen wird ein stabiles Beziehungsangebot und fachliche Expertise erwartet. Gruppenangebote werden speziell geschätzt:

„Dann hab ich gesehen, aha da sind auch 65 oder 60 Leute, denen es gleich geht wie mir. Dann bin ich gar nicht allein.“ [WS TN1 01:36:49]

An- und Zugehörige werden als unverzichtbare Unterstützer:innen in Krisensituationen genannt. Jedoch werden auch die Probleme hervorgehoben, die durch langfristige Belastungen innerhalb eines Familiensystems entstehen können. Gefühle wie Scham, Unzulänglichkeit, eine Belastung sein etc. stellen besondere Herausforderungen dar, die in weniger intimen Beziehungen nicht relevant sind. Hier zeigt sich, dass zu einem funktionierenden sozialen Netz unbedingt auch formelle Unterstützer:innen gehören, welche bestimmte Aspekte der Krisenbewältigung abfangen können, die anderorts zu Belastungen werden können.

Von essenzieller Bedeutung ist dabei die Zuverlässigkeit der Hilfen. Betroffene müssen die Sicherheit haben, dass jemand für sie zuständig ist. Die pro mente Oberösterreich verfolgt daher die Vision „die eine Telefonnummer“, so dass Menschen in Krisen als einzigen Schritt diesen Anruf tätigen müssen und der:diejenige dadurch „die Kugel ins Rollen gebracht hat und dann weiterrollt“ [WS TN2 02:56:04], indem sich eine Fachkraft verlässlich um weitere Schritte kümmert. Von der Erleichterung an der richtigen Stelle zu sein und Gehör zu finden, berichtet auch die Angehörigenvertreterin:

„...die Frau, die mich angerufen hat ‚mein Sohn ist im Gefängnis‘. Das muss man mal sagen können. Die war dann sehr erleichtert, wie ich ihr gesagt habe, ja, sie ist bei uns richtig“ [WS TN5 02:58:06]

Die Expertin 2 teilt die Meinung, dass eine klare und zuverlässige Anlaufstelle, die ein passgenaues Angebot vermitteln kann, von großer Bedeutung für Menschen in Krisen ist. Hier sollte es eine kontinuierliche Beziehung zu einer unterstützenden Person geben, damit die Situation nicht wiederholt erklärt werden muss [Int4 00:36:38].

Im Workshop wurde über die Funktion und Wirkung unterschiedlicher instrumenteller Ressourcen (LL3c) gesprochen. So erzählt die Betroffenenvertreterin, dass Töpfern nicht nur ihr Lieblingshobby geworden ist, sondern etwas, das ihr hilft, wenn sie an Schlafstörungen leidet [WS TN1 01:31:35]. Für Betroffene ist die Entwicklung von Strategien, wie sie sich in herausfordernden Momenten regulieren können, immens wichtig. Das Wissen um Entspannungstechniken kann z.B. den Anruf beim Krisentelefon ersparen. Ganz alltägliche Maßnahmen wie beispielsweise ein Spaziergang können eine nervöse Situation verbessern. Rituale helfen, bestimmte, hilfreiche Abläufe zu trainieren. Skill-Training wird von fachlicher Seite als Selbsthilfe-Tool genannt. Reden als Bewältigungsstrategie wird wiederholt explizit genannt und kommt implizit in den Erläuterungen vor.

6.2.4 Ad Leitlinie Interventionen nach Phasen (LL4)

“Eine Krise ist zeitlich begrenzt. Dass dann die Krankheit nicht vorbei ist, das ist schon klar, aber wir wissen ja alle, dass man trotz Erkrankung ein gesundes und erfülltes Leben führen kann.“ [WS TN2 01:14:03]

Dieses Zitat beschreibt nicht nur die unterschiedlichen Phasen von Krisen und Folgestörungen, sondern den Vollumfang von TMP. TMP ist danach ausgerichtet, sowohl während einer akuten Krisensituation als auch in der Nachbearbeitungs- und Weiterbetreuungsphase Handlungsleitfäden zu bieten. Mithilfe von TMP soll es Betroffenen gemeinsam mit ihren Betreuer:innen gelingen, Strategien zu entwickeln, um trotz Einschränkungen (oder Erkrankung, je nach Situation), ein gelingendes Alltagsleben inkl. Wohlbefinden (= Gesundheit) zu schaffen. Sollte die Situation erneut kritisch werden, kann im PVZ rasche, professionelle Unterstützung geleistet werden – je nach Bedürfnis in Form von Entlastungsgesprächen, erneuten Ressourcenabklärungen, Skill-Trainings oder Weitervermittlungen. Außerdem kann das Programm dazu beitragen, die Situation stabil zu halten, Gesundheit laufend zu erzeugen im salutogenetischen Sinn, indem regelmäßige Angebote geschaffen (z.B. Bewegungs-, oder Psychoedukationsgruppen) oder gesucht (per Social Prescribing) werden können.

In akuten Krisen muss Krisenintervention geleistet werden (LL4a.a). Diese Interventionsform wird in der Ausbildung zur:zum Sozialarbeiter:in gelehrt, ist aber auch für Laien anwendbar. Freilich hilft Routine und Erfahrung in der Ausbildung einer ‚krisenfesten Haltung‘ (siehe oben; ad LL1). Die Workshop-Teilnehmerinnen verweisen wiederholt auf das Grundrezept: Dasein und Zuhören. Entlastungsgespräche werden als äußerst hilfreich empfunden („also das ist

eines von den großen Sachen“; [WS TN2 02:47:08]) und dienen in weiterer Folge der Stabilisierung und Beziehungsarbeit: „Regelmäßige Entlastungsgespräche als stabiles Beziehungsangebot.“ [WS TN2 02:49:25]. Im Weiteren werden genannt: Zuständigkeit signalisieren, Sorgen ernst nehmen, Zuversicht vermitteln, Ressourcen aktivieren, erste Schritte planen.

Nach Meinung von Fachkräften der Sozialarbeit verfügt die Profession über weitaus mehr Kompetenzen als anderen, zuweisenden Berufsgruppen, und teilweise Sozialarbeiter:innen selbst, bewusst ist:

„...ich behaupte jetzt mal ganz frech: Ja, alle diese Menschen, die bei uns auf der Psychotherapielisten stehen [...], mindestens ein Jahr wartet. Ja. Da gibt es, die brauchen nicht alle Psychotherapie. Ja, da war ganz viel bei Sozialarbeiterinnen super gut aufgehoben, weil es viel mehr um des geht. Und der nächsten Schritt nachher, natürlich gibt es auch Leute, also keine Frage, die Psychotherapie brauchen, aber ich glaube, die Sozialarbeiterinnen könnten viel, viel, viel mehr abdecken. Also was man glaubt.“ [WS TN2 02:11:24].

In diesem Kontext sei auch auf Weber-Schigutt verwiesen, die „Interventionen zur Stabilisierung“ zur Anwendung für Sozialarbeiter:innen anführt (ebd. 2023:19f) und einzelne „Interventionen bei Traumatisierung“ (ebd. 17) klar im Aufgabenbereich der Sozialarbeit verortet:

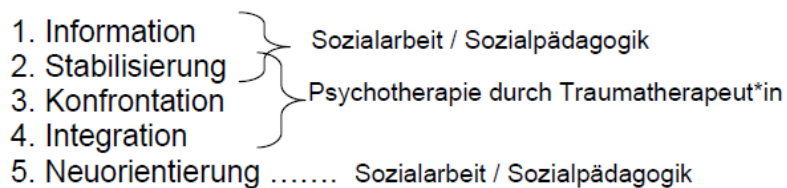


Abb. 12: Die fünf Phasen hilfreicher Intervention bei Traumatisierung (Weber-Schigutt 2023:17)

TMP als Konzept für PVZ und daher auch zur Präsentation in multiprofessionellen Teams kann Sozialarbeiter:innen behilflich sein, ihre Fachkompetenzen und Zuständigkeiten sichtbar zu machen. Nicht-therapeutische, stabilisierende Interventionen können pragmatisch orientiert sein: Planung der nächsten Schritte, Begleitungen, Aktivierung von Ressourcen etc.:

„Für sie war es voll die Entlastung in ihrer Situation. Sie hat nicht... sie hat gesagt, sie schafft es nicht. Sie kann da nicht wo hingehen und sich beraten lassen. Und ich bin zweimal mit ihr mitgegangen und jetzt schafft sie es auch. Also diese Brücke, dass es dann wieder selber schafft. Das war. Das war voll wichtig für sie.“ [WS TN3 02:16:44]

„...hat dann wirklich mit mir das alles durchbesprochen und sind halt wirklich, haben mich an der Hand genommen und sind wirklich mit mir zur Schuldnerberatung gegangen“ [WS TN1 01:36:49]

Konkrete Methoden wie z.B. Entspannungsübungen oder Psychoedukation sind weitere Interventionen, die der Stabilisierung und Normalisierung dienen (LL4a.b).

Was die Weiterbetreuung (LL4a.c) anbelangt, hat sich auch im Workshop gezeigt, dass Tagesstruktur, (gemeinsame) Aktivitäten und Freizeitgestaltung wichtige Themen sind. Konkrete Maßnahmen, wie die bereits genannten Entspannungsübungen und Psychoedukationsgruppen, sind langfristig hilfreich, beschränken sich aber eher auf punktuelle Problematiken. Am

Beispiel des Töpfern wird deutlich, dass es sich für die Betroffene nicht um ein reines Hobby handelt (etwas, das sie halt gerne macht), sondern dass sie einen deutlichen Benefit spüren kann, indem die Beschäftigung vom Grübeln auf das Tun der Hände umgelenkt wird und diese Ablenkung Erleichterung verschafft. Eine PVZ-Sozialarbeiterin berichtet von einem geplanten Erzählcafé, wo Interessierte zusammentreffen können und bei Kaffee und Kuchen ihre Geschichten zu einem eingangs festgelegten Thema erzählen können [WS TN3 02:46:00]. Alltagsbewältigung und Gruppenangebote können kombiniert werden:

„Und die nehmen einfach wirklich das, was Alltagsthema ist, auf, und bearbeiten in dieser Pflegegruppe das Alltagsthema. Und das find ich so genial! Und die Leute, die sind auch so begeistert davon.“ [WS TN2 02:44:00]

Es gilt also, alltägliche Tätigkeiten zu entdecken, die ein Gefühl von Normalität vermitteln. So erzählt eine im Geflüchteten-Bereich tätige Teilnehmerin im Seminar von Weber-Schigutt (2023) vom ‚Frühstück für geflüchtete Frauen‘, das in der Einrichtung wöchentlich durchgeführt wird. Indem Speisen zubereitet werden, können die Frauen das tun, was sie zuhause gewohnt waren, können ihre Kompetenzen zeigen und sich über das Wissen um die Speisen, Zutaten und Zubereitungen austauschen. Diese einfache Maßnahme lässt sie regelmäßig Selbstwirksamkeit, Sinnhaftigkeit und Kompetenz erfahren, was mitunter hilfreicher als eine Therapie-stunde sein kann. Beispiele dieser Art entsprechen exakt dem, was mit einer salutogenetischen Herangehensweise gemeint ist.

Hier sei auch nochmal auf die Videobeiträge von GoOn Suizidprävention Steiermark (2022) in der Leitlinie Instrumentelle Ressourcen (LL3c) verwiesen. Scheinbar Alltägliches wie in der Natur unterwegs sein, Musizieren, Tanzen, sich sozial engagieren etc. werden dort als Maßnahmen genannt, um dem Druck standhalten zu können.

Für TMP ergibt sich daraus die Einsicht, dass in der Weiterbetreuung die individuellen Stärken noch intensiver als in den beiden anderen Phasen eruiert werden müssen. Es gilt, Angebote zu finden oder zu schaffen, welche ein subjektives Gefühl von Normalität zu vermitteln vermögen. Das PVZ soll ein Ort für Menschen sein, die mit ihrer Situation überfordert sind. TMP soll dabei helfen, die Betreuung dieser Personen professionell und evidenzgestützt zu begleiten.

7 Conclusio

Franziska Lechner, Priska Österle

Mit der Ausarbeitung des Trouble Management Programms konnte ein Grundstock für die Erarbeitung einer umfassenden Methode zur Krisenintervention, Stabilisierung und Gesundheitsförderung als Angebot in Primärversorgungszentren gelegt werden. Das Programm umfasst die in der Fachliteratur genannten Aspekte einer erfolgreichen Bewältigung und wird durch spezifisch sozialarbeiterische Maßnahmen ergänzt. Außerdem fließt das Erfahrungswissen von Expertinnen im Bereich Krisenhilfe, psychische Gesundheit und Primärversorgung mit ein. Menschen, die von Krisen betroffen sind, können sowohl in akuten Situationen als auch in der stabilisierenden Nachbetreuung von TMP profitieren und werden durch Partizipations-Unterlagen zur aktiven Teilnahme an der Förderung ihres Wohlbefindens eingeladen. Sozialarbeiterischen Fachkräften im PVZ, deren tägliche Routine einiges mehr als die Unterstützung in Krisen beinhaltet, kann mit den Leitlinien ein handlungsanleitendes Instrument in die Hand gegeben werden.

Die bisher geschaffenen Inhalte wurden mit der Praxis rückgekoppelt und bieten so eine optimale Grundlage, um weiter darauf aufzubauen. Wir schlagen folgende Schritte vor:

- die Erweiterung der Leitlinien zu unterschiedlichen Krisenformen (LL4b) und spezifischen Zielgruppen (z.B. TMP für Kinder- und Jugendliche)
- die Evaluierung der Leitlinien durch Expert:innen (trialogisch)
- die Evaluierung der exemplarisch geschaffenen Unterlagen für Betroffene (TMP-Pass) durch Expert:innen (trialogisch)
- die Ausarbeitung von Schulungsunterlagen für TMP
- das Erstellen bzw. die Zusammenstellung von Infomaterialien für Angehörige und Betroffene (z.B. zu Psychoedukation, etc.)

TMP könnte in Folge als Pilotprojekt in ein bis zwei interessierten PVZ versuchsweise implementiert werden, wodurch eine laufende Evaluierung ermöglicht werden kann. Mithilfe der Rückmeldungen können die Prozesse überarbeitet werden. Die Erfahrungen, die in der Implementierung von Social Prescribing in PVZ gemacht worden sind, können ebenso konstruktiv genutzt werden wie die Standards, die für die Implementierung von Case Management vorgeschlagen werden. Für die Weiterentwicklung des Konzepts ist eine versuchsweise Umsetzung unumgänglich, da sich erst in der Praxis zeigen kann, inwiefern das Programm für Betroffene nützlich ist.

Es ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse einer Evaluation je nach Modellregion unterschiedlich ausfallen, da die Versorgungslandschaft je nach Bundesland unterschiedlich ausgebaut ist und daher das Netzwerk an hilfreichen Akteur:innen entsprechend eng oder lose ist. Die PVZ können keine vollumfängliche, in die Tiefe gehende Versorgung anbieten und der Erfolg von TMP ist von anderen psychosozialen Angeboten abhängig. Diese Schlussfolgerung ist vergleichbar mit den Anforderungen an das medizinische Versorgungssystem, das sowohl

allgemeinmedizinischer als auch fachärztlicher Angebote bedarf. TMP soll eine Basisversorgung garantieren können und das multiprofessionelle Team des PVZ im besten Fall ausreichend für die Krisen-Bewältigung sein. Für spezifische Bedürfnisse braucht es aber auch spezifische Angebote.

Die Potenziale der Sozialarbeit in der Primärversorgung werden in dieser Masterarbeit deutlich hervorgehoben. Wiederholt wird auf die Bedeutung der sozialen Faktoren in der Bewältigung von Krisen bzw. in der Entstehung von psychischen Krankheiten verwiesen. Vorhandene soziale Ressourcen fördern die Gesundheit, fehlende soziale Ressourcen fördern Krankheit. Aus diesem Grund kann der Ausbau von sozialarbeiterischen Angeboten in den PVZ den vom BMSGPK verzeichneten Bedarf an Kriseninterventionsangeboten minimieren. Das Rad muss nicht neu erfunden werden, vorhandene Konzepte und Ressourcen können genutzt werden, wenn die benötigten Mittel dafür bereitgestellt werden.

Auch TMP ist kein ‚neu erfundenes Rad‘. Das Programm bedient sich etablierter Methoden und Konzepte und macht sie zu Basismodellen für diese spezifische Form der Versorgung. Disease Management Programme stellen vor allem aufgrund des Einsatzes von umfangreichen (Lern- und Selbsthilfe) Unterlagen eine wichtige Grundlage für TMP dar. Social Prescribing als Gesamtprogramm dient TMP als eine Methode neben anderen und bereichert durch Erfahrungswerte als nicht-medizinisches Hilfsangebot in Primärversorgungszentren. Das sozialarbeiterische Case Management trägt umfassend zum TMP bei: Die Funktionen der Case Manager:innen und handlungsleitende Prinzipien von CM entsprechen dem TMP (Goger / Tordy 2020). Außerdem lässt sich argumentieren, dass TMP eine Antwort auf jene von (Neuffer 2013:168ff) artikulierten Forderung nach einer handlungstheoretischen, konzeptionellen Untermauerung der Krisenhilfe und Krisenintervention für die Sozialarbeit liefert. Er fasst zusammen:

„Methodische Herangehensweisen müssen biografische Aspekte und den darin enthaltenen Copingeffekt, das soziale Umfeld Familie, personale und institutionelle Netze, sowie soziokulturelle Bedingungen berücksichtigen. [...]. Problemlagen werden durch mehrfache Belastung und Ausgrenzung verschärft und führen immer wieder zu akuten Krisen“ (ebd.:171).

Aufgrund dieser (und weiterer) Erkenntnisse soll ein Krisen-Case Management „für den Akutfall und daraus abgeleitete unterstützende Hilfen bei chronifizierten Krisen“ (ebd.) entwickelt werden. TMP kann als ein solches bezeichnet und weiterentwickelt werden.

Unserer Meinung nach verfügt TMP im PVZ über großes bedürfnis- und bedarfsorientiertes Potenzial. Eine Umsetzung des Projekts wäre daher wünschenswert.

Literatur

Andreatta, Pia / Rattensberger, Verena / Unterluggauer, Karin (2015): Notfallpsychologische Intervention auf Basis psychotraumatologischer Konzepte. In: Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationaler Ebene. Stuttgart: Schattauer, 158–189.

Angela Neumeyer-Gromen / Thomas Lampert / Stark, Klaus / Gerd Kallischnigg (2004): Disease Management Programs for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: Medical care. Nr. 12, Jg. 42, 1211–1221.

Bach, Michael (2019): Psychiatrische Rehabilitation, <https://oegpb.at/2019/05/22/psychiatrische-rehabilitation/> [28.11.2023].

BAG Traumapädagogik (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik.

BÄK, Bundesärztekammer / KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung / AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2022): Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Langfassung.

Bambara, Sunita / Gruber, Martina / Hiesberger, Clara / Höffernig, Elisabeth / Lindlacher, Sophie (2024): Operative Begleitung und Trauma-Arbeit. Traumasensibler Umgang in der Sozialen Arbeit. Masterarbeit FH St. Pölten.

Bandura, Albert (1977): Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. In: Psychological Review. Nr. 2, Jg. 84, 191–215.

Berg, Insoo Kim / Miller, Scott D (2018): Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. 8, Heidelberg: Carl-Auer.

Bleichenbacher, Renata / Lampert, Thomas (2021): Mein persönliches Recovery-Arbeitsbuch. St. Gallen: St. Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich.

BMSGPK, Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022): Sonderrichtlinie „Stärkung der Krisenintervention in Österreich“. Zur Gewährung von Förderungen für Einrichtungen und Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen in psychosozialen Krisensituationen sowie An- und Zugehörigen. Wien: BMSGPK.

BMSGPK, Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (o.A.): Primärversorgung, <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/primarversorgung.html> [18.01.2024].

Böhm, Reinhard (2022): Gelingendes Leben als Leitperspektive für Soziale Arbeit. Annäherung an den Begriff des Gelingens. In: Goger, Karin / Tordy, Christian / Meusburger, Manuela Luisa / Böhm, Reinhard (Hg.): Gelingendes Case Management in der Sozialen Arbeit. In komplexen Fällen navigieren: Praxiserfahrungen und Forschungsberichte. Basel: Beltz Juventa.

Bohnet, Kati (2021): Die Reise des Schmetterlings: Stressregulation für Kinder. 3.o.A.: BoD – Books on Demand.

Bremberger, Evelin (2022): Suizid und Suizidprävention im beruflichen und privaten Setting. nicht veröffentlichte Workshop-Mitschrift. am 29.11.2022, FH Campus St. Pölten.

Bundeskanzleramt, Österreich (2023): Bundesregierung setzt erste Schritte bei Gesundheitsreform, Bundeskanzleramt, 12. Juni 2023, <https://services.bundeskanzleramt.gv.at/newsletter/bka-medien-newsletter/innenpolitik/bka-medieninformation-pvenovelle.html> [20.01.2024].

BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. 6, Köln: BZgA.

CCA, Care Continuum Alliance (o.A.): Care Continuum Alliance (CCA). Definition of Disease Management, https://www.carecontinuum.org/dm_definition.asp [21.01.2024].

Cypionka, Thomas / Kalmar, Marcel / Ulinski, Susanna (2011): Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen? In: Soziale Sicherheit. Nr. 4, Jg. Beilage, 1–16.

DeGPT, Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (2019): S2k-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-027I_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf

DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018a): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage, Berlin: Springer.

DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018b): S3-Leitlinie "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen". Kurzversion.

Duden (o.A.): multi-, Multi-, <https://www.duden.de/rechtschreibung/multi> [26.01.2024a].

Duden (o.A.): inter-, Inter-, <https://www.duden.de/rechtschreibung/inter> [26.01.2024b].

Duden (o.A.): intra-, <https://www.duden.de/rechtschreibung/intra> [26.01.2024c].

Eberle, Max (2022): Nach Suizid des Partners: „Nach der Klinik war er auf sich allein gestellt“, <https://www.moment.at/suizid-partner-gesundheitssystem> [05.04.2023].

Egger, Josef (2018): Das biopsychosoziale Modell. In: Schweizerische Ärztezeitung.

Ehlers, Corinna / Müller, Matthias / Schuster, Frank (2017): Stärkenorientiertes Case Management. Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten. Leverkusen-Opladen: Barbara Budich.

Ehlers, Corinna (o.A.): stärkenorientiertes Case Management, <https://www.staerkenperspektive.de/staerkeorientiertescm/#arbeitsprinzipien> [24.03.2024].

Faltermaier, Toni / Leplow, Bernd / Salisch, Maria von / Selg, Herbert / Ulich, Dieter (2023): Gesundheitspsychologie. 3rd ed., Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

FH St. Pölten (2024): Assessment und Analyse der Psychosozialen Versorgung und Krisenintervention in Österreich an drei ausgewählten Standorten, <https://research.fhstp.ac.at/projekte/assessment-und-analyse-der-psychosozialen-versorgung-und-krisenintervention-in-oesterreich-an-drei-ausgewaehlten-standorten> [03.03.2024].

FH St. Pölten (2021): Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung (SA@PV), o <https://research.fhstp.ac.at/projekte/dokumentation-und-bewertung-sozialarbeiterischer-betreuungsprozesse-in-der-primarversorgung-sa-pv> [03.03.2024].

FH St. Pölten (2020): Einbindung der Sozialen Arbeit im integrativen Versorgungskonzept der Primärversorgung, <https://research.fhstp.ac.at/projekte/einbindung-der-sozialen-arbeit-im-integrativen-versorgungskonzept-der-primarversorgung> [03.03.2024].

FH St. Pölten (2019): Sozialarbeiterische Handlungskonzepte im Gesundheitswesen, <https://research.fhstp.ac.at/projekte/sozialarbeiterische-handlungskonzepte-im-gesundheitswesen> [03.03.2024].

Findley, Patricia A. (2014): Social work practice in the Chronic Care Model: Chronic illness and disability care. In: Journal of Social Work. Nr. 1, Jg. 14, 83–95.

Fischer, Maria / Holzinger-Grath, Sabine / Schinnerl, Melanie / Singh, Devi Ilene / Tritt, Claudia (2022): Social Prescribing in der Praxis und das Potenzial Sozialer Arbeit. Implementierung von Good-Practice Elementen im 15. Wiener Gemeindebezirk. Masterarbeit FH St. Pölten.

Friedrich, Florian (2023): Emotionsregulation - Skillstraining und Skillliste / Borderline, <https://www.psychotherapie-salzburg.de/emotionsregulation-skillstraining-und-skillsliste> [12.12.2023].

Fritz, Gudrun (2018): Biopsychosoziale Arbeit in der Primärversorgung. Ansätze und Potentiale für einen interdisziplinären und interprofessionellen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Masterarbeit FH Campus Wien.

Gampenrieder, Lena Marina (2020): Das Biopsychosoziale Modell in der österreichischen Primärversorgung. Bachelorarbeit FH St. Pölten.

G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): Disease-Management-Programme - Gemeinsamer Bundesausschuss, <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/> [28.01.2024].

Gerber, Michéle / Rüefli, Christian (2021): Definition des Begriffs «Interprofessionalität» im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext.

Gerngroß, Johanna / Andreatta, Pia / Juen, Barbara / Nindl, Sandra / Randegger, Christian / Rattensberger, Verena / Steiner, Andreas / Sucharowski, Wolfgang / Unterluggauer, Karin / Warger, Ruth (2015): Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationaler Ebene. Stuttgart: Schattauer.

Gerngroß, Johanna (2015): Notfallpsychologische und psychosoziale Begleitung von Traumabetroffenen. In: Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationaler Ebene. Stuttgart: Schattauer, 64–103.

Gierlinger, Peter / Izic, Edin / Zeilinger, Jacqueline (2022): Social Prescribing – Eine internationale Perspektive und der Status quo in Österreich aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit. Masterarbeit FH St. Pölten.

Glaser, Barney Galland / Strauss, Anselm Leonard (1976): The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine Pub. Company.

GÖG, Gesundheit Österreich GmbH (2024): Informationen und Unterstützungstools zu Social Prescribing, https://goeq.at/SocialPrescribing_Dokumente [21.02.2024].

GÖG, Gesundheit Österreich GmbH (o.A.): Häufige Fragen & Antworten | Plattform Primärversorgung, <https://primaerversorgung.gv.at/haeufige-fragen-antworten> [18.01.2024a].

GÖG, Gesundheit Österreich GmbH (o.A.): FGÖ-Publikationen downloaden | Fonds Gesundes Österreich, https://fgoe.org/FGOe-Publikationen_downloaden [08.03.2024b].

Goger, Karin / Tordy, Christian (2023): Beziehungsarbeit im sozialarbeiterischen Case Management. In: Müller, Matthias / Siebert, Annerose / Ehlers, Corinna (Hg.): Sozialarbeiterisches Case Management. Stuttgart: Kohlhammer, 40–63.

Goger, Karin / Tordy, Christian (2020): Standards für Social Work Case Management. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Case Management“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa).

GoOn Suizidprävention Steiermark (2022): Videos. Headroom-Creations Production. (10 Kurzvideos von Betroffenen zum Thema Suizid, Krise, psychische Erkrankung), <https://suizidpraevention-stmk.at/was-wir-tun/videos/> [26.10.2023].

Haas, Sabine / Bobek, Julia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2019): Social Prescribing. Factsheet.

Habermann-Horstmeier, Lotte / Lippke, Sonia (2021a): Grundlagen, Strategien und Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In: Tiemann, Michael / Mohokum, Melvin (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer, 47–64.

Habermann-Horstmeier, Lotte / Lippke, Sonia (2021b): Grundlagen, Strategien und Ansätze der Gesundheitsförderung. In: Tiemann, Michael / Mohokum, Melvin (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer, 65–76.

Hargens, Jürgen (2019): Bitte nicht helfen! Es ist auch so schon schwer genug. (K)ein Selbsthilfebuch. 11, Heidelberg, Neckar: Carl-Auer.

HarperCollings Publishers (2022): The American Heritage Dictionary entry: disease, <https://ahdictionary.com/word/search.html?q=disease> [05.02.2024].

Hausmann, Clemens (2016): Interventionen der Notfallpsychologie: Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert. Wien: Facultas.

Haye, Britta / Kleve, Heiko (2002): Die sechs Schritte helfender Kommunikation. Eine Handreichung für die Praxis und Ausbildung Sozialer Arbeit. In: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. Nr. 12.

Herringer, Norbert (2010): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4, Stuttgart: Kohlhammer.

Hofer-Moser, Otto / Hintenberger, Gerhard / Schwarzmann, Melitta / De Dominicis, Rita / Brunner, Franz (2020): Krisenintervention kompakt: theoretische Modelle, praxisbezogene Konzepte und konkrete Interventionsstrategien. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hülshoff, Thomas (2017): Psychosoziale Interventionen bei Krisen und Notfällen. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hurrelmann, Klaus / Franzkowiak, Peter (2018): Gesundheit. In: BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 175–184.

IAMEV, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (2024): Call for Abstract – Primärversorgungs-Kongress, <https://www.pv-kongress.at/2024/01/09/simultaneubersetzung-der-englischsprachigen-vortraege/> [20.01.2024].

IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2023): Was sind Disease-Management-Programme (DMP)?, <https://www.gesundheitsinformation.de/was-sind-disease-management-programme-dmp.html> [12.12.2023].

Juen, Barbara / Warger, Ruth / Nindl, Sandra (2015): Akute Krisen und Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationeller Ebene. Stuttgart: Schattauer.

Kachler, Roland (2023): Für immer in meiner Liebe - Das Erinnerungsbuch für Trauernde. 3, Ostfildern: Patmos Verlag.

Kapusta, Nestor (2016): Vorwort. In: Sonneck, Gernot / Kapusta, Nestor / Voracek, Martin / Tomandl, Gerald (Hg.): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: facultas.

Keller, Ferdinand / Rassenhofer, Miriam / Nolting, Björn / Koppmair, Selma / Schepker, Renate (2021): Effektivität der Kurzinterventionen in Traumaambulanzen. Evaluation in Baden-Württemberg unter Einbezug der Versorgungsbehörden. In: Psychotherapeut. Nr. 1, Jg. 66, 54–61.

Kleve, Heiko (2002): Systemische Kontexterklärung in der sozialarbeiterischen Beratung. In: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. Nr. 3, Jg. 27.

Klug, Wolfgang (2017): Handlungsprobleme in der sozialarbeiterischen Case-Management-Praxis. In: Case Management. Nr. 4, Jg. 14, 152–160.

Koordination Primärversorgung der GÖG, Gesundheit Österreich GmbH (2023): Entwicklungen in der Primärversorgung, <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/primarversorgung/entwicklungen.html> [21.01.2024].

Krause, Florian (2017): Salutogenese, <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Salutogenese&oldid=238738575> [06.02.2024].

Kraussler, Sabrina (2023): Psychotherapie: So findest du einen kassenfinanzierten Therapieplatz, <https://k.at/explainer/psychotherapie-therapieplatz-krankenkasse-finden/401386959> [18.01.2024].

Lackner, Regina (2021): Stabilisierung in der Traumabehandlung. Ein ganzheitliches methodenübergreifendes Praxisbuch. Berlin: Springer.

Lahart, Ian / Darcy, Patricia / Gidlow, Christopher / Caloguri, Giovanna (2019): The Effects of Green Exercise on Physical and Mental Wellbeing: A Systematic Review. In: International Journal of Environmental Research and Public Health. In: International Journal of Environmental Research and Public Health. Nr. 04.

Lasogga, Frank / Karutz, Harald (2012): Hilfen für Helfer: Belastungen, Folgen, Unterstützung. 2., überarb. Aufl., Edewecht: Stumpf + Kossendey.

Lasogga, Frank / Gasch, Bernd (2011): Notfallpsychologie: Lehrbuch für die Praxis. 2., Berlin, Heidelberg: Springer.

Lindner, Felicitas Eva (2022): Glaubenssätze erkennen und auflösen, <https://www.selfapy.com/magazin/wissen/glaubenssaetze> [25.10.2023].

Linke, Torste (2021): socialnet Lexikon: Vertrauensvolle Arbeitsbeziehung | socialnet.de, <https://www.socialnet.de/lexikon/Vertrauensvolle-Arbeitsbeziehung> [22.12.2023].

Löcherbach, Peter (2020): Leitlinien des Case Management. In: Maelicke, Bernd / Berger, Tobias M / Kilian-Georgus, Jürgen (Hg.): Innovationen in der Sozialen Strafrechtspflege. Edition Forschung und Entwicklung in der Strafrechtspflege. Wiesbaden: Springer, 123–140.

Loss, Julika / Warrelmann, Berit / Lindacher, Verena (2016): Gesundheitsförderung: Idee, Konzepte, Vorgehensweisen. In: Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer, 435–449.

Lutz, Roland (2020): Tripelmandat, <https://www.socialnet.de/lexikon/Tripelmandat> [18.09.2023].

Marboe, Golli (2022): „Notizen an Tobias“ - Gedanken eines Vaters zum Suizid seines Sohnes. nicht veröffentlichte Vortrags-Mitschrift. am 29.11.2022, FH Campus St. Pölten.

MHE, Mental Health Europe (o.A.): Ein Leitfaden zu persönlicher Recovery in der psychiatrischen Versorgung, https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2022/03/Short-Guide-to-RecoveryinDD_DE.pdf [13.03.2024].

Michel-Schwartz, Brigitta (2016): Sozialarbeitswissenschaftliche Fallarbeit: Zugänge unter Einbeziehung bezugswissenschaftlichen Wissens. In: Michel-Schwartz, Brigitta (Hg.): Der Zugang zum Fall: Beobachtungen, Deutungen, Interventionsansätze. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 243–286.

Mitzkat, Anika / Berger, Sarah / Reeves, Scott / Mahler, Cornelia (2016): Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungsfeld und Forschungsfeld. In: GMS Journal for Medical Education. Nr. 2, Jg. 33, Doc36.

Müller, Burkhard (2017): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 8, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Müller, Matthias (2020): Transdisziplinarität und Sozialarbeiterisches Case Management. In: Case Management. Nr. 2, 55–59.

Müller, Matthias (2018): Zur Begründung des Sozialarbeiterischen Case Managements/Social Work Case Management. In: Soziale Arbeit. Nr. 9, Jg. 2018, 332–340.

Nagy, Helmut (2013): Disease Management in Österreich, <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844540&portal=svportal> [28.01.2024].

Neuffer, Manfred (2013): Case Management: soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 5, Basel: Beltz Juventa.

Neuffer, Manfred (2007): Beziehungsarbeit im Case Management. In: Soziale Arbeit. Nr. 11/12, Jg. 56, 417–424.

o.A. (2023): Salutogenese, <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/S/lexikon-salutogenese.html> [04.10.2023].

obds, Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2020): Ethische Standards für Praktiker*innen der Sozialen Arbeit in Österreich. Positionspapier.

ÖBVP, Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (o.A.): DIE KAMPAGNE, <https://www.mehrpsychotherapiejetzt.at/die-kampagne/> [18.01.2024].

ÖGK, Österreichische Gesundheitskasse (2023): Vorteile von Primärversorgungseinheiten, <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879328&portal=oegkvportal> [20.01.2024].

Ortiz-Müller, Wolf / Scheuermann, Ulrike / Gahleitner, Silke Birgitta (2010): Praxis Krisenintervention: Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 2, Stuttgart: W. Kohlhammer.

Ortmann, Karlheinz (2015): Ist Sozialarbeit (k)ein Gesundheitsberuf? In: Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. Nr. 4, Jg. 15, 13–17.

Pantuček, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Paul, Chris (2024): Das TrauerKaleidoskop von Chris Paul, <https://trauerkaleidoskop.de/> [13.03.2024]

Plattform Krisenintervention (2019): Leitfaden der Plattform Krisenintervention. Akutbetreuung und Stressverarbeitung nach belastenden Einsätzen. Version 07/2019.

Prein, Martin (2023): Mit-Menschen in der Krise. An der Seite von akut Trauernden. nicht veröffentlichte Seminar-Mitschrift. am 30.03.2023, Kardinal-König-Haus Wien.

pro mente OÖ (o.A.): Fähigkeitsorientierte Aktivität (FA), <https://www.pmooe.at/unser-angebot/faehigkeitsorientierte-aktivitaet/> [29.11.2023].

pro mente Steiermark (2020): Der positive Effekt eines strukturierten Tages, <https://www.pro-mentesteiermark.at/blog/der-positive-effekt-eines-strukturierten-tages> [25.10.2023].

PSD Wien, Psychosoziale Dienste in Wien (2024): Über Uns, <https://psd-wien.at/information/ueber-uns> [05.03.2024].

Redelsteiner, Christoph (2017): Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf. In: Flemmich, Günter / Hais, Angelika / Schmid, Tom (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Festschrift für Brigitte Adler. Wien: LIT, 137–150.

Reinalter, Helmut (2019): Interdisziplinarität in Forschung und Lehre. In: Miszellen und mehr. Hans Moser zum 80. Geburtstag.

Reinbacher, Thomas (2023): Nach Grau kommt Himmelblau. nicht veröffentlichte Vortrags-Mitschrift. am 16.11.2023, FH Campus St. Pölten.

Rohrhofer, Markus (2023): Was die Teamarbeit in Primärversorgungszentren so schwierig macht, <https://www.derstandard.at/story/2000144993850/was-die-teamarbeit-in-primarversorgungszentrenso-schwierig-macht> [26.01.2024].

Rojatz, Daniela / Antosik, Jennifer / Weitzer, Jakob / Ecker, Sandra / Haas, Sabine (2021): Handbuch Social Prescribing in der Primärversorgung. Schritt für Schritt zur Umsetzung. Wien: Gesundheit Österreich.

Rosch, Lisa (2018): Was ist Salutogenese?, <https://www.gesundheit.de/gesundheitswissen/salutogenese-id215670/> [04.10.2023].

Rümmele, Martin (2023): Woran die PVE wirklich kranken, <https://www.medmedia.at/aerztekrone/woran-die-pve-wirklich-kranken/> [26.01.2024].

Schrijvers, Guus (2009): Disease management: a proposal for a new definition. In: International Journal of Integrated Care., Jg. 9, e06.

Schwarzer, Ralf / Jerusalem, Matthias / Hopf, Diether (2002): Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem, Matthias (Hg.): Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Weinheim: Beltz.

Sonneck, Gernot / Kapusta, Nestor / Voracek, Martin / Tomandl, Gerald (2016): Krisenintervention und Suizidverhütung. 3, Stuttgart: facultas.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2., Opladen, Toronto: Barbara Budich.

Stein, Claudius (2020): Spannungsfelder der Krisenintervention: ein Handbuch für die psychosoziale Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer.

strada OÖ (o.A.): „Nichts über uns ohne uns!“. Positionspapier. Die Interessensvertretung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, <https://www.stradaooe.at/nichts-ueber-uns-ohne-uns/> [28.11.2023].

SV, Österreichische Sozialversicherung (2021): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843942&portal=svportal> [21.01.2024].

Teismann, Tobias / Friedrich, Sören (2022): Therapie Tools. Suizidalität und Krisenintervention. Basel: Beltz.

The World Café (2024): The World Cafe, <https://theworldcafe.com/> [08.03.2024].

Turner, Victor W. (1998): Liminalität und Communitas. In: Bellinger, Andrea / Krieger, David J. (Hg.): Ritualltheorien. Ein einführendes Handbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag, 251–264.

UniversitätsKlinikum, Heidelberg (2011): Evaluation des DMP Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen der ELSID-Studie.

Van Gennep, Arnold (2005): Übergangsriten. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Weber, Egmont (2023): Umgang mit psychischen Erkrankungen und Suiziden im Rettungsdienst. nicht veröffentlichte Workshop-Mitschrift. am 16.11.2023, FH Campus St. Pölten.

Weber-Schigutt, Elisabeth (2023): Angewandte Psychotraumatologie in der Sozialen Arbeit. nicht veröffentlichte Seminar-Mitschrift. am 11.2023, FH Campus St. Pölten.

Wendt, Wolf Rainer (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 5, Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Weyers, Dorle (o.A.): Was hält Menschen gesund? Kohärenz & Salutogenese, <https://www.drweyers.de/blog/glueck-und-gesundheit/was-haelt-menschen-gesund-kohaerenz-und-salutogenese> [29.10.2023].

WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion.

WRK, Wiener Rotes Kreuz (2017): Praxishandbuch für MitarbeiterInnen. Psychosoziale Prävention und Unterstützung in der Freiwilligkeit. Version April 2017.

Daten

Workshop (Linz, 14.11.2023)

WS: Workshop: Ergebnisse der Gruppenarbeit, keine bestimmte Urheberin

WS TN1: Workshop Teilnehmerin 1. Betroffene, ehrenamtliche Peer

WS TN2: Workshop Teilnehmerin 2. Sozialarbeiterin im Krisenkontext

WS TN3: Workshop Teilnehmerin 3. Sozialarbeiterin PVZ

WS TN4: Workshop Teilnehmerin 4. Sozialarbeiterin PVZ

WS TN5: Workshop Teilnehmerin 5. Angehörigenvertreterin

Interviews (Lehrveranstaltung „Forschungslabor I mso22“ FH St. Pölten)

Int1: Expertin 1 (KIT Steiermark), online, 30.11.22.

Int3: Expertin 2 (AKUTteam), St. Pölten, 30.11.22.

Int4: Expertin 3 (Krisenhilfe OÖ), online, 20.01.23.

Abkürzungen

BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CM	Case Management
DMP	Disease Management Programme
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
i.d.R.	in der Regel
LL	Leitlinie
o.ä.	oder ähnliches
OÖ	Oberösterreich
PSD	Psychosoziale Dienst
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PVE	Primärversorgungseinheiten
PVN	Primärversorgungsnetzwerke
PVZ	Primärversorgungszentren
SP	Social Prescribing
TMP	Trouble Management Programm
u.a.	unter anderem
u.a.m.	und andere mehr
u.v.m.	und viele mehr
WHO	World Health Organization

Abbildungen

Abb. 1: Die drei Dimensionen + Einflussfaktoren zum Kohärenzgefühl nach Antonovsky mit Zitaten von Heiner Keupp zit. nach Krause (2017)

Abb. 2: Das Modell der Salutogenese von Antonovsky zit. nach Faltermaier et al. (2023:23)

Abb. 3: Das Team einer PVE (GÖG o.A.)

Abb. 4: Organisationsformen von PVE (ebd.)

Abb. 5: Cluster mit zentralen Begriffen nach anfänglicher Literaturrecherche, -analyse und ersten Praxisdaten aus Vorträgen, Workshops, Lehrveranstaltungen etc. Die „Hintergründe“ beziehen sich auf unsere spezifische Perspektive. Eigene Darstellung.

Abb. 6: Regelkreis des stärkenorientierten CM-Prozesses (Ehlers o.A.)

Abb. 7: Vielfalt der Beziehungen im CM zit. nach Goger / Tordy (2023:42)

Abb. 8: Entstehung DMP Angebot (G-BA 2022)

Abb. 9: Grafische Darstellung des Ablaufs einer „sozialen Verschreibung“ (Factsheet Social Prescribing; Haas et al. 2019:2)

Abb. 10: TMP-Pass, eigene Darstellung (vollständige Ausarbeitung im Anhang)

Abb. 11: Gesundheitsdeterminanten laut Fonds Gesundes Österreich (Abb. in Fritz 2018:27)

Abb. 12: Die fünf Phasen hilfreicher Intervention bei Traumatisierung (Weber-Schigutt 2023:17)

Anhang: Unterlagen für Betroffene

Franziska Lechner

Eine beispielhafte Darstellung, wie die Druckversion eines TMP-Passes aussehen könnte: Die graphische Gestaltung kann je nach Geschmack des Betroffenen angepasst werden. Es wurde keine Validierung durch externe Personen vorgenommen, daher dient die Darstellung nur als Veranschaulichung.



Der Inhalt orientiert sich am Diabetes-Pass von Therapie aktiv. Im TMP-Pass soll es vor allem möglich sein, Termine zu notieren und allfällige Erledigungen für diese Termine festhalten zu können. Da auch Schulungen ein wichtiger Bestandteil des TMP sind, gibt es eine Seite zum Abhaken.



GLOSSAR

PVZ: Primärversorgungszentren

Krise: ein Ereignis, das eine Wendepunkt einer schwierigen Situation darstellt.

Psychosoziale Krise: Verlust des seelischen Gleichgewichts, Überforderung durch das Ereignis



Sie haben diesen TMP-Pass, da Sie sich aufgrund einer vergangenen oder aktuellen Krise dafür entschieden haben Hilfe zu suchen und an diesem Programm teilzunehmen. Das Programm soll Personen während Krisen helfen sich zu stabilisieren und nach der Krise weiterbetreuen um Fähigkeiten aufzubauen, die vor der nächsten Krise schützen können.

Der TMP-Pass dient der Dokumentation und Planung Ihrer Betreuung. Um den Austausch unter den betreuenden Personen zu erleichtern und die Termine zu dokumentieren, ist es ratsam den TMP-Pass zu allen Terminen mitzunehmen.

Die hinteren Teile des Passes dienen nur Ihnen und ermöglicht es Ihnen eigene Notizen zur Betreuung und zum Programm zu machen. Ergänzt wird der TMP-Pass durch ein Journal, dass nur für Sie ist.



1

2

Meine Ansprechperson:

Sozialarbeiter:in XY von PVZ XY
bei Bedarf Platz für Stempel

Persönliche Daten:

Name:
Adresse:
Telefon:
E-Mail:
Behandelnder Hausarzt:
Behandelndes PVZ:

Notfallkontakt:

Name:
Adresse:
Telefon:



Medizinisch relevante Informationen:

- ☐ Psychische Erkrankung
 - ☐ Allergien
 - ☐ relevante Beeinträchtigung
- regelmäßiger Konsum von
- ☐ Alkohol
 - ☐ Nikotin
 - ☐ Andere



3

4

TMP-Pass

SCHULUNGEN

zu **Psychoedukation** am:

Mit:

Wo?

Dauer:

zu **Resilienz** am:

Mit:

Wo?

Dauer:

zu **Selbstwirksamkeit** am:

Mit:

Wo?

Dauer:

5



TMP-Pass

TERMINPLAN

DATUM:

MIT:

Was ist für den Termin
vorzubereiten?

Meine Fragen:

Wie fühle ich mich nach
den Termin?

Was ist zu erledigen?

6

TMP-Pass

WOCHENPLANNER

MONTAG

DIENTAG

MITTWOCH

DONNERSTAG

FREITAG

SAMSTAG

SONNTAG

WAS TUT MIR GUT? / HAT MIR GUT GETAN?

7

TMP-Pass

TERMINPLAN

DATUM:

MIT:

Was ist für den Termin
vorzubereiten?

Meine Fragen:

Wie fühle ich mich nach
den Termin?

Was ist zu erledigen?

8

TMP-Pass

TERMINPLAN

DATUM:

MIT:

Was ist für den Termin
vorzubereiten?

Meine Fragen:

Wie fühle ich mich nach
den Termin?

Was ist zu erledigen?

9

TMP-Pass

TERMINPLAN

DATUM:

MIT:

Was ist für den Termin
vorzubereiten?

Meine Fragen:

Wie fühle ich mich nach
den Termin?

Was ist zu erledigen?

10

TMP-Pass

DATUM / /

SELBSTSTREFLEKTION

VERGANGENHEIT

ZUKUNFT

DINGE, FÜR DIE ICH
DANKBAR BIN...

-
-
-
-
-

WÜNSCHE FÜR DIE ZUKUNFT...

-
-
-
-
-

REFLEKTION

11

TMP-Pass

TERMINPLAN

DATUM:

MIT:

Was ist für den Termin
vorzubereiten?

Meine Fragen:

Wie fühle ich mich nach
den Termin?

Was ist zu erledigen?

12

TMP-Pass

TERMINPLAN

DATUM:

MIT:

Was ist für den Termin
vorzubereiten?

Meine Fragen:

Wie fühle ich mich nach
den Termin?

Was ist zu erledigen?

13

TMP-Pass

TRACKER



DINGE, DIE MIR GUT TUN



ICH-ZEIT



SPORT



14

TMP-Pass

TERMINPLAN

DATUM:

MIT:

Was ist für den Termin
vorzubereiten?

Meine Fragen:

Wie fühle ich mich nach
den Termin?

Was ist zu erledigen?

15

TMP-Pass

TERMINPLAN

DATUM:

MIT:

Was ist für den Termin
vorzubereiten?

Meine Fragen:

Wie fühle ich mich nach
den Termin?

Was ist zu erledigen?

16



Anhang: Unterlagen für Professionist:innen

Franziska Lechner, Priska Österle

Eine gesammelte Darstellung der Leitfäden aus *Kapitel 5.2 TMP*. Alle Unterlagen finden sich in der Masterarbeit wieder samt umfassender Beschreibung.

LL1a: Professionelle Haltung

Vorwissen	<p>Vorwissen und Können ist eine Voraussetzung für die Krisenintervention (Stein 2020:7).</p> <ul style="list-style-type: none">• Welches Wissen habe ich über Krisen, -verlauf, Interventionen und grundlegende Konzepte?• Was ist eine Krise? (Kapitel 2)• Was ist eine Traumatisierung? (BAG Traumapädagogik 2011:4)• Wie kann eine Krise ablaufen? (Kapitel 2)• Welche diagnostischen Tools und Faktoren beeinflussen die Entstehung und den Verlauf von Krisen? (Stein 2020:28)• Welche Interventionsmöglichkeiten gibt es? (LL4)• Welche grundlegenden Konzepte gibt es? (LL2c)• Welche Einflüsse haben biografischen Belastungen? (BAG Traumapädagogik 2011:4)
Professionelle Haltung	<p>Eine professionelle Haltung ist ein Zusammenspiel aus unterschiedlichen inneren Einstellungen, Verhaltensregeln für Helfer:innen und Konzepten, die bei der Interaktion mit Klient:innen hilfreich sein können. Die professionelle Haltung ist ein wichtiger Grundstein für den Beziehungsaufbau mit Betroffenen. Die Aktivität und Haltung unterscheiden sich teilweise je nach Art der Krisenform und -phase (Stein 2020:165), auf diese Besonderheit wird bei den jeweiligen Interventionen eingegangen (LL4). Sortiert werden die zusammengetragenen Punkte nach der Häufigkeit in der verwendeten Literatur. Einige Punkte sind schwer voneinander zu trennen und Grenzen sind eher als fließend zu sehen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Autonomie: Ziel und zentraler Aspekt der KI ist die Hilfe zur Selbsthilfe (Sonneck et al. 2016:21, 156), die Autonomie als Teil der Menschenwürde (Hülshoff 2017:80) und Entscheidungsfreiheit soll gewahrt werden (Sonneck et al. 2016:59) und so die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit wiederhergestellt werden (Hülshoff 2017:67). Es soll die Partizipation der Klient:innen an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen fördern (BAG Traumapädagogik 2011:5f) und daher sollen Helfer:innen in den Hintergrund treten, wenn die eigenständige und angemessene Handlungsfähigkeit der Klient:innen aufgebaut wurde (Hausmann 2016:159).

	<p>Denn eigenständiges Handeln hilft gegen Kontrollverlust und Hilflosigkeit (ebd.:153ff). [WS TN2 02:36:05]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empathie: als Teil der professionellen Grundhaltung (DeGPT 2019:21; Hülshoff 2017:91, 137; WRK 2017:21). Es geht um eine empathische Interaktion (DGPPN 2018b), Mitgefühl zeigen und darum Wärme ausstrahlen (Hausmann 2016:165; Stein 2020:7). [WS 01:21:18] • wertfreies Verständnis: als Teil der professionellen Grundhaltung (BAG Traumapädagogik 2011:4; DGPPN 2018b; Hausmann 2016:165). Es soll dabei auch versucht werden, die subjektive Bedeutung zu verstehen (Stein 2020:159). Insbesondere bei Suizidalen Krisen braucht es Verständnis statt einer moralisierenden wertenden Haltung (Hülshoff 2017:137). [WS 01:21:18] • Wertschätzung: als Teil der professionellen Grundhaltung (DeGPT 2019:21; Hausmann 2016:165; Hülshoff 2017:80, 91). Das Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Willkür lassen Sinn und Wert verlieren, daher soll ein positives Selbstbild ermöglicht werden (BAG Traumapädagogik 2011:4). • Akzeptanz und Ja-Haltung: als Teil der professionellen Grundhaltung (DeGPT 2019:21; Gerngroß 2015:66f; Hausmann 2016:153ff; Hülshoff 2017:80, 91). • Aushalten: Es geht darum, die Gefühle des Gegenübers zuzulassen und auszuhalten (ebd.:137), ohne zu versuchen, diese ändern zu wollen (ebd.:75). Also ein Mit-Aushalten des für den Betroffenen Unerträglichen (Stein 2020:169). Kein Trösten, sondern Aushalten ist gefragt (Prein 2023). [WS TN2 01:22:09] / Große emotionale Belastbarkeit (Stein 2020:7) • Strukturiertheit: (Hülshoff 2017:137; Sonneck et al. 2016:59). Struktur hilft gegen Chaos (Hausmann 2016:153ff). • Vertrauen: Beziehungsarbeit beruht auf Vertrauen (DGPPN 2018b; Gerngroß 2015:66f) und ist somit Teil der Grundhaltung (Hausmann 2016:165). Die Beziehungsarbeit ist ein wichtiger Teil einer funktionierenden KI und somit erster Schritt der KI (Sonneck et al. 2016:21ff, 167). Ein tragfähiges Beziehungsangebot ist möglich durch Zuhören (WRK 2017:21), Erkunden und die Möglichkeit zu haben, sich ausdrücken zu können (Stein 2020:43). [WS 01:30:39] • Partnerschaftlichkeit: (DGPPN 2018b; Hülshoff 2017:91). Es soll auf den größtmöglichen Konsens mit den Betroffenen geachtet werden (Stein 2020:100). • Grenzen der Helfer:innen: sind ebenfalls zu berücksichtigen (Hülshoff 2017:101), es soll die eigene emotionale Belastung nicht außer Acht gelassen werden (Stein 2020:100f). Mit Auftreten von Gegenübertragungsphänomenen ist zu rechnen und darauf zu achten (Gerngroß 2015:66f), daher ist eine entsprechende Ausbildung wichtig. [WS 01:21:18]
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Ruhe: (Hülshoff 2017:137). Ruhiges und sicheres Auftreten hilft gegen Angst (Hausmann 2016:153ff). Zusätzlicher Stress soll vermieden werden (Sonneck et al. 2016:59). • Transparenz: ist ein Grundprinzip der KI (ebd.). Es geht um einen transparenten, verantwortungsvollen Umgang mit Hierarchien, Strukturen und Machtverhältnissen (BAG Traumapädagogik 2011:5f). • Salutogenetische Orientierung: (Gerngroß 2015:66f) siehe LL2c.a Ressourcen sollen genutzt werden (Sonneck et al. 2016:59). • Verschwiegenheit: ist wichtig für ein offenes Gesprächsklima (Stein 2020:159). Klient:innen müssen sich auf die Verschwiegenheit der Berater:innen verlassen können. Wenn dies nicht möglich ist (z.B. Selbst- und Fremdgefährdung, dann „sollen die Grenzen der Schweigepflicht und das notwendige Prozedere offen dargelegt werden“ (Hülshoff 2017:68). [WS 01:07:27] • Normalisieren: Jede Reaktion ist erlaubt und normal (Hausmann 2016:16), das Verhalten ist eine normale Folge für anormale Situation (Gerngroß 2015:66f). [WS TN2 01:36:41] • Abhängigkeit vermeiden: Es ist ein schmaler Grat zwischen notwendiger Unterstützung und Vermeidung von Abhängigkeit (Stein 2020:156). Auf die Gefahr von Überversorgung und grenzenloser Hilfeleistung soll geachtet werden (Hülshoff 2017:100f). • Offenheit (ebd.:80; Sonneck et al. 2016:59) [WS 00:56:40] • Respekt (Hausmann 2016:165; Hülshoff 2017:80) • Humor [WS 01:30:39; WS TN4 01:42:15] • Zuversicht vermitteln (Stein 2020:159). Spaß und Freude, ein positives Erleben weitergeben (BAG Traumapädagogik 2011:5f). [01:30:39] • Ernst nehmen: von Gedanken und Handlungen (Stein 2020:159) und auch schädliche oder destruktive anerkennen (ebd.:99f). [WS TN2 02:57:17] • Unvoreingenommenheit (Gerngroß 2015:66f) [WS 01:21:18] • Annahme des guten Grundes: Bestimmte Verhaltensweisen sind notwendige Überlebensstrategien (LL4) (BAG Traumapädagogik 2011:5f) • Keine Ratschläge erteilen (Prein 2023) • Spekulationen und Interpretation meiden (WRK 2017:21) • Unrecht benennen (Sonneck et al. 2016:59) • Parteilichkeit (ebd.) • Flexibilität (Stein 2020:10) • Verlangsamung: hilft gegen Übererregung (Hausmann 2016:153ff) • Halt geben: Protektiv, teilweise Autorität ausstrahlende und Halt gebende Interventionen in der Akutphase (Hülshoff 2017:69) mit leitendem Kommunikationsstil (ebd.:91).
--	--

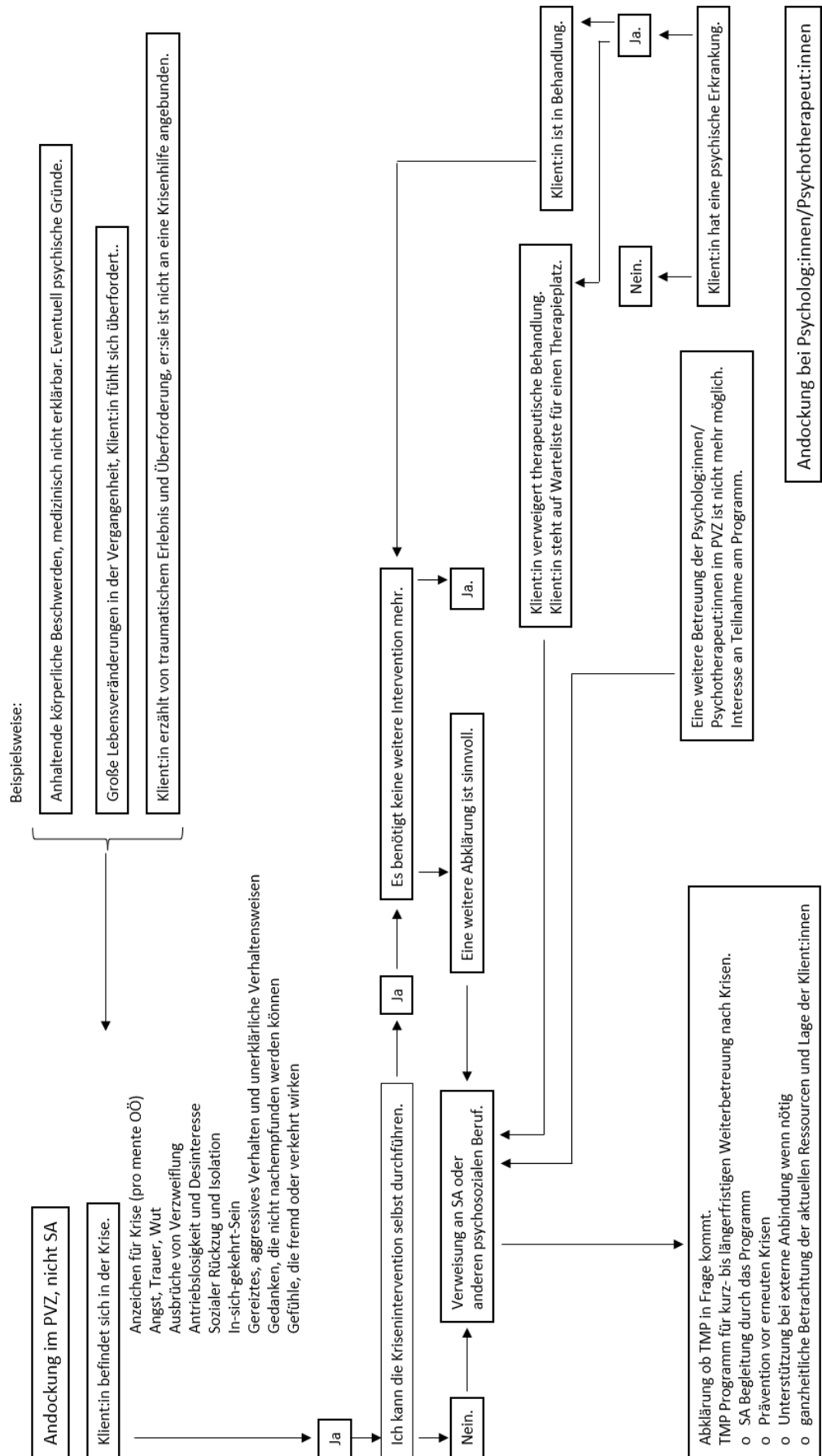
Schritt 1 Struktur	Strukturierte Vorgehensweise (idealtypisch) festlegen e) Anamnese (Informationssammlung) f) Diagnose (Problem- und Stärken-/Ressourcenanalyse) g) Intervention h) Evaluation → bzw. ähnliche Modelle (Haye / Kleve 2002; Michel-Schwartz 2016)
Schritt 2 Situation	Situationsanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Informationen sammeln • Erfassung von Sachverhalten • Aufstellen von ersten Hypothesen
Schritt 3 Mandat	Mandatsklärung: Auf wessen Auftrag beginnen wir mit TMP? <ul style="list-style-type: none"> • Hat uns die von der Krise betroffene Person selbständig aufgesucht oder wurde sie z.B. von An- und Zugehörigen gebracht, von anderer Stelle verwiesen etc.? • Ist die betroffene Person zu einer (längerfristigen) Zusammenarbeit bereit?
Schritt 4 Probleme	Problemanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Welche Probleme werden beschrieben? • Werden bereits (verfolgbare) Lösungsansätze erwähnt? • Welche Bedürfnisse, Wünsche, etc. werden beschrieben?
Schritt 5 Kontext	Kontextklärung (LL2a) Eine transparente Vorgehensweise, allseitige Aufklärung der Klient:innen über den Gesamtprozess, Ziel und Inhalt der Beratung etc. sind ein zentraler Teil der sozialarbeiterischen Tätigkeit. Diese Art von Informationsweitergabe soll dem Sicherheitsgefühl der Klient:innen dienen und Vertrauen zur hilfeleistenden Person schaffen. Da dieser Aspekt als Teil von TMP im Fokus steht, wurde die Kontextklärung der Leitlinie 2, Informationen und Fakten, zugeordnet.
Schritt 6 Ressourcen	Ressourcenanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Welche Ressourcen werden beschrieben? • Gescheiterte und gelungene Problemlöseversuche • Strukturierte Ressourcenanalyse (LL3)
Schritt 7 Tools	Lebenslagenanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Diagnosetools: Eco-Map, NW-Karte, Biographiebalken, Genogramm etc.
Schritt 8 Komplexität	Komplexitätsreduzierung und Problemhierarchisierung <ul style="list-style-type: none"> • Kategorisierung von Sachverhalten • Zielsetzung

	<ul style="list-style-type: none"> • Relevanz und Realisierbarkeit
Schritt 9 Lösungen	Lösungskompetenzen und Ressourcenerschließung <ul style="list-style-type: none"> • Selbständig zu bewältigen • Mit Unterstützung zu bewältigen
a	Gemeinsame Erarbeitung von <ul style="list-style-type: none"> • Problemaspekten • Zielvorstellungen • Lösungsvorschlägen
b	Bei Bedarf externe Unterstützung, Netzwerkaktivierung (LL3b) <ul style="list-style-type: none"> • Informelle soziale Unterstützung • Ermittlung von Rechtsansprüchen auf Hilfeleistungen • Interdisziplinäre und multiprofessionelle Abklärung (LL1c) • Ermittlung von spezifischer institutioneller Unterstützung (z.B. Schuldnerberatung, Suchthilfe, frühe Hilfen etc.) • Ermittlungen von rechtlichen Komponenten (z.B. bei nötiger Mit-Einbeziehung vom Jugendamt etc.)
Schritt 10 Maßnahmen	Maßnahmen entsprechend der Lebensweltorientierung, Sozialraumorientierung <ul style="list-style-type: none"> • Welche Ressourcen können tatsächlich genutzt werden? • Welche Rahmenbedingungen sind nötig? • Welche Coping Strategien erscheinen durchführbar/ erfolgsversprechend, welche eher weniger? (LL3c) • Was soll jeweils erreicht werden?
Schritt 11 Evaluation	Evaluation bzw. Nachbearbeitungsphase: gemeinsame Bewertung von (Modifizierung bei Bedarf) <ul style="list-style-type: none"> • Coping-Strategien • Vorläufigen Ergebnissen • Weiteren Lösungsschritten
Schritt 12 Qualifikationsstandards	Qualitätsstandards einhalten (LL1d) <ul style="list-style-type: none"> • Falldokumentation • Interprofessionelle Fallbesprechung und Nachbesprechung (falls nötig) • Vernetzung mit anderen Einrichtungen (falls nötig) • Inter- und Supervision

LL1c: Inter- und Multiprofessionalität

Schritt 0 Fremd-/Selbstge- fährdung	Hinzuziehen der Polizei oder des psychiatrischen Notdiensts bei akuter Fremd- oder Selbstgefährdung .
Schritt 1 Bedarfsanalyse	Bedarfsanalyse: <ul style="list-style-type: none"> • Welche Professionen werden benötigt? • Welche sind intern vorhanden? • Können diese durch Zusammenarbeit mit anderen Organisationen abgedeckt werden? (Interdisziplinäre Vernetzung und Kooperationen (BAG Traumapädagogik 2011:18f))
Schritt 2 Aufgabenabgren- zung	Abklären der Zuständigkeit mittels Aufgabenzuteilung und –abgrenzung . <ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenzuteilung nach Kompetenzen (Hausmann 2016:127ff) • Aufgabenabgrenzung der jeweiligen beteiligten Teams • Wer übernimmt die Fallführung? (<i>Kapitel 5.3</i>)
Schritt 3 Interventionen	Durchführung der jeweiligen Interventionen durch Mithilfe der fallführenden Person.
Schritt 4 Externer Unterstüt- zungsbedarf	<p>Feststellung eines eventuellen weiteren externen Unterstützungsbedarfs z.B. medikamentöse Hilfe, Psychotherapie, pädagogische Maßnahmen, Veränderung der sozialen Bedingungen etc. (Hülshoff 2017:78).</p> <p>Je nach Größe der multiprofessionellen Teams im PVZ ist kein Verweisen auf externe Stellen notwendig. Eine interne Verweisung an andere Stellen des PVZ wird zur Stressreduktion der Betroffenen bevorzugt.</p> <p>Wenn dennoch benötigt, dann Verweisen an die jeweilige Organisation oder Institution.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie erfolgt die Übergabe an die jeweilige Organisation oder Institution? • Kann der betroffenen Person zugemutet werden, die Stelle alleine aufzusuchen? • Welcher Hilfsbedarf besteht, um den externen Unterstützungsbedarf in Anspruch zu nehmen?
Schritt 5 Qualitätsmanage- ment	Qualitätsmanagement (BAG Traumapädagogik 2011:15f) durch <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluationen der Arbeitsprozesse b) regelmäßige Vernetzung mit den anderen Akteur:innen c) Supervision und Intervention
a Evaluation	Evaluation durch reflektierende Fragen: <ul style="list-style-type: none"> • Was hat gut funktioniert in der interprofessionellen Zusammenarbeit? • Wie hat die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team funktioniert?

	<ul style="list-style-type: none"> • Waren die Aufgaben klar verteilt? • Wäre eine weitere Profession eine sinnvolle Ergänzung im multiprofessionellen Team? <p>sowie durch Fallbesprechungen (teamintern und im Bedarf teamübergreifend)</p>
b Vernetzung	<p>Vernetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was sind die jeweiligen Aufgabenbereiche? • Wie funktioniert die Zusammenarbeit? • Welche Kompetenzen sind in den verschiedenen Teams vorhanden?
c Super-/Intervision	<p>Regelmäßige Super- und Intervisionen der Helfer:innen (Hülshoff 2017:70)</p>



LL1d: Qualitätsmanagement

Schritt 1 Hilfe	Niederschwelligkeit der Hilfe und Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • unkompliziert (ohne formelle Abklärungen, Bürokratie, Kosten etc.) • zeitnah (schnellstmögliche Verfügbarkeit; bestenfalls 24/7 Angebote) • erreichbar (örtlicher Aspekt – wohnortsnah bzw. telefonische, digitale Erreichbarkeit) • evtl. nachgehende Hilfe (mobile Krisenintervention) • flexibel den individuellen Bedürfnissen angepasst
Schritt 2 Fachkräfte	Persönliche Anforderungen an die helfende Person, das helfende Team <ul style="list-style-type: none"> • fachliche Ausbildung, Weiterbildung • spezifisches Fachwissen, Methodenvielfalt und -flexibilität • professionelle Haltung (LL1a) • Verschwiegenheit • Selbstfürsorge und Psychohygiene (Supervision und Intervention) • eigene Coping-Strategien kennen und entwickeln (wie in LL3c) • psychoemotionale Belastbarkeit • Gesprächsführungskompetenzen [WS 01:21:18] • Krisenfestigkeit [aushalten können, ruhig bleiben; WS TN2 01:22:09]
Schritt 3 Institutionen	Institutionelle Anforderungen <ul style="list-style-type: none"> • Setting (ungestörtes, angenehmes Ambiente) • zeitliche Ressourcen (ausreichende und exklusive Zeit) • Supervisionsangebot und Interventionsmöglichkeiten • Überprüfung und Einhaltung der Qualitätsstandards • (Video-)Dolmetsch [WS 01:44:22]
Schritt 4 Prozesse	Prozessuale Anforderungen <ul style="list-style-type: none"> • diagnostische Einschätzung durch Fachkräfte • interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit (LL1c) • Netzwerkarbeit • gewissenhafte Klient:innendokumentation • zuständige, dienstleistende Hilfe [Kein „Wir sind nicht zuständig“, sondern „Wir kümmern uns um einen Rückruf“; WS TN2 2:56:04]
Schritt 5 Betroffene	Anforderung an die betroffene Person <ul style="list-style-type: none"> • Freiwilligkeit • vorzugsweise: Krankheits- bzw. Problemeinsicht [WS 1:09:48]
Schritt 6 Evaluation	Laufende Evaluation und Anpassung <ul style="list-style-type: none"> • gemeinsam mit der betroffenen Person • im multiprofessionellen Team • innerhalb der Organisation, Institution (PVZ)

	<ul style="list-style-type: none"> • externe Organisationen und politische Entscheidungsträger (siehe Konzept Case Management)
--	---

LL2a: Kontext und Setting

Schritt 1 Institutionell	<p>Institutioneller Kontext: Funktion und Aufgaben der Institution</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle spielt die Beraterin in der Institution? (z.B. Sozialarbeiter:in im PVZ) • PVZs sind Gesundheitszentren und keine spezialisierten Krisenzentren • entsprechend sind die Teams im PVZ i.d.R. keine Krisen-Expert:innen, sondern ‚nur‘ geschult im Umgang mit Krise <p>→ Diese Tatsache muss besprochen werden. Mit Betroffenen kann erörtert werden, welche Situationen ein Hinzuziehen von Spezialist:innen erfordern.</p>
Schritt 2 Überweisung	<p>Überweisungs-Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Von welcher Person, Institution oder PVZ-Kolleg:in wurde der:die Klient:in geschickt? • Welches Motiv steht dahinter? • Ist diese Person/Institution Teil des weiteren Betreuungsgeschehens?
Schritt 3 Hilfesystem	<p>Hilfesystem-Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu welchen anderen Institutionen besteht Kontakt? • Welche Bedeutung haben diese für die betroffene Person? (auch im Sinne von LL2b, formelle soziale Ressourcen)
Schritt 4 Historisch	<p>Historischer Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Erfahrungen, welche Problem- ‚Karriere‘, welche Art von professioneller Hilfe bringt der:die Klient:in mit? • Was hat geholfen? Was weniger?
Schritt 5 Zeitlich	<p>Zeitlicher Kontext</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motiv für den Zeitpunkt der Suche nach Unterstützung? • Vorstellungen und Wünsche zur Dauer der Begleitung
Schritt 6 Anspruch	<p>Anspruchs-Kontext</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klärung des Begriffs „Beratung“ – Was erwartet sich die betroffene Person? • Grenzen und Möglichkeiten der Beratung und Begleitung besprechen
Schritt 7 Ziel	<p>Ziel-Kontext</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welches Ziel soll mit der Krisenbegleitung verfolgt werden? • Wie soll die Ziel-Erreichung kontrolliert werden?
Schritt 8 Berater:innen	<p>Berater:innen-Kontext</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Bedeutung haben persönliche Merkmale eines:einer Berater:in für die betroffene Person (z.B. Alter, Geschlecht)? • Vorstellungen und Wünsche über Eigenschaften (Art und Weise der Problembehandlung)
--	--

LL3b: Soziale Ressourcen

Schritt 1 Netzwerk	Soziales Netzwerk: Welche Personen (privat, fachlich) sind relevant? <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Diagnostik: Erstellung von Netzwerk-Karte, Eco-Map • Anwendung kreativer Lösungen (z.B. Foto-Collage, Zeichnung etc.) → Die betroffene Person kann eine passende Variante wählen- gemeinsam beginnen- als Aufgabe mitgeben, um in Ruhe weiter zu bearbeiten
Schritt 2 Analyse	Analyse und Kategorisierung der sozialen Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> e) Emotionale Verbundenheit: An- und Zugehörige (meist Familie und Freunde) f) Organisatorische, praktische Unterstützung: Nachbar:innen, Arbeitskolleg:innen, Arbeitgeber:innen etc. g) Fachlich: Versorgungslandschaft, Professionist:innen h) Andere (öffentliche Unterstützung): z.B. Selbsthilfegruppen und Peers, Vereine etc.
a	Emotionale Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Bewertung von möglichen sozialen Ressourcen • Wichtige stützende Bindungspersonen: Wann hilfreich? Wann weniger? • Wichtige verunsichernde Bindungspersonen: Welcher Umgang? • Welche Vorteile könnten durch den Einbezug einer Person entstehen? • Welche Probleme könnten durch den Einbezug einer Person entstehen? <p>→ bei emotionalem Naheverhältnis: womöglich Hilfe und Belastung zugleich!</p>
b	Organisatorische, praktische Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Wer könnte wobei unterstützen? • Organisationsfragen klären: nötige zeitliche Intervalle und Zeitaufwand insgesamt reflektieren, Erreichbarkeit etc. • Materielle Absicherung (Braucht es Gespräche mit Arbeitgeber:in, Vermieter:in etc.?)
c	Fachliche, beratende und betreuende Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Welche Unterstützung gibt es bereits? • Welche wird noch benötigt? • Gibt es Überschneidungen? • Gibt es ein Ziel?

d	Sonstige Unterstützung (öffentliche Ressourcen) <ul style="list-style-type: none"> • Was wäre ein passendes Angebot? (Interesse, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, eventuelle Kosten etc.) • Vor- und Nachteile der Inanspruchnahme
Schritt 3 Aktivierung	Netzwerkaktivierung <ul style="list-style-type: none"> • Kooperation und Koordination sicherstellen • Kategorisierung entsprechend Schritt 2a-d
a	Emotionale Unterstützung (An- und Zugehörige) <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung in der Gesprächsvorbereitung: Was möchte wie gesagt werden? • Einladung zum gemeinsamen Beratungsgespräch • Moderation von schwierigen Gesprächen • Einübung von Gesprächsführung (z.B. heikle Gespräche mit Bezugspersonen im Rollenspiel üben)
b	Organisatorische Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Anfragen starten • Regelungen festlegen • Evtl. vertragliche Festlegung (z.B. bei Mietaufschub)
c	Fachliche Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • multiprofessionelles Team im PVZ (LL1c) • Vernetzung, Verweisung
d	Sonstige Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • evtl. Anwendung von Social Prescribing (LL1b)
Schritt 4 Evaluation	Re-Evaluation von sozialen Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> • Reflektieren • Evaluieren • Modifizieren → Feedbackschleifen
Schritt 5 An- und Zugehörig	Ergänzung: soziales Gefüge Angehörige als indirekt von der Krise Betroffene miteinbeziehen: <ul style="list-style-type: none"> • Gespräche anbieten (mit oder ohne die primärbetroffene Person) • Spezifische Informationen (z.B. Infoblätter für Angehörige, Hausmann 2016:259f; auch: LL2b und LL2c) • Spezifische Angebote (z.B. Selbsthilfegruppen für Angehörige) • Auch: systemische Betrachtung von Krisen – Inwiefern tragen An- und Zugehörige zur Krise bei?

<p>Reden</p>	<p>Gespräch</p> <p>Von Krisen betroffenen Menschen die Möglichkeit zu geben über ihre Probleme, über Erlebtes oder ihre Empfindungen zu sprechen, ist die naheliegendste, einfachste und meist effektivste Methoden, um in krisenhaften Momenten Stabilität zu finden, denn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • für die meisten Menschen gilt: Reden hilft (Stein 2020:160f) • der sprachliche Ausdruck von Empfindungen und Emotionen hilft im Umgang damit (BAG Traumapädagogik 2011:8) • Sprechen hilft innere Erregung und Spannung abzubauen (Hausmann 2016:19) • Entlastungsgespräche unterstützen, Da-Sein und Zuhören [WS 2:46:55]
<p>Haltgebende Strukturen schaffen</p>	<p>Rituale</p> <p>Die Ritualforschung hat früh erkannt, dass jedes Ritual im Prinzip ein Übergangsritual ist (rites de passage; Van Gennep 2005 [1909]) und eine sogenannte Liminalitätsphase hat- ein mehrdeutiger Schwellenzustand, vor der Wiedereingliederung in den Alltag, der sowohl kreativ als auch gefährlich sein kann (Turner 1998). Rituale begleiten soziale und biographische Übergangsphasen wie z.B. von der Pubertät in die Adoleszenz oder vom Leben in den Tod. Die Parallelen zu Krisen, vor allem Veränderungskrisen, werden deutlich. Hülshoff (2017:12) bezeichnet Krisen als Übergangsphänomene. Auch Krisen beinhalten sowohl Risiko als auch Chance. Eine Hauptfunktion von Ritualen liegt im Schaffen von haltgebenden Strukturen, um eben jene Übergangsphasen zu meistern, die häufig von Krisen begleitet werden. Durch den fixierten Ablauf können Unsicherheiten aufgefangen und kanalisiert werden. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, weshalb rituelle Handlungen und auch kleine Alltagsrituale helfen können, um in krisenhaften Situationen stabilisierend zu wirken. Es können fixe Tagesabläufe entwickelt werden, Zeitabschnitte rituell gestaltet werden (wie zum Beispiel das tägliche Aus-dem-Bett-kommen) oder spezielle Phasen durch ritualisiertes Handeln überwunden werden (z.B. fixe Abläufe für Momente, wenn der Suchtdruck sehr hoch wird). Der Kreativität sind hier keine Grenzen gesetzt.</p> <p>Tages- und Wochenstrukturen</p> <p>Die pro mente Steiermark (2020) verweist auf die effektive Wirkung eines strukturierten Alltags, um „das psychische Wohlbefinden zu fördern und langfristig aufrechtzuerhalten“. Strukturen geben Sicherheit, routinemäßige Tätigkeiten vermeiden Ungewohntes und Unerwartetes und wirken daher stabilisierend. Aus diesem Grund bieten psychosoziale Dienste diverse Tagesstruktur-Angebote sowie Freizeitbeschäftigung, Sport, Kunst und Kultur etc. an (Zusätzliche Gründe liegen in der Erfahrung von Selbstwirksamkeit durch sinnvolle Tätigkeiten oder im Erleben von Gruppenzugehörigkeit).</p>

	Termine und Gruppenaktivitäten sind alltagsstrukturierend (BAG Traumapädagogik 2011:12).
Körperliche Betätigung	<p>Körper, Körperempfindung, Selbstgewahr-Sein</p> <p>Lackner (2021:48) bezeichnet den Körper als „Ort und Instrument der Stabilisierung.“ Unser Sein und unsere Existenz hängen vom Körper ab. Körperempfindungen ermöglichen im Hier und Jetzt zu sein, Sicherheit und Halt zu erfahren, Lebendigkeit zu entdecken, Gefühle zu empfinden und Einfluss zu nehmen (ebd.). Körperarbeit und Methoden, welche auf körperlichen Empfindungen beruhen, sind daher ein zentraler Ansatzpunkt für Stabilisierungstechniken, dienen dem Aufbau von Selbstwertgefühl oder können entspannend wirken.</p> <p>Körperliche Aktivität, Sport und Bewegung</p> <p>Unterschiedliche Sportarten und Bewegungsformen aktivieren unterschiedliche Bereiche. Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausdauersportarten wie Laufen, Radfahren, Schwimmen fördern das Durchhaltevermögen, erzielen Euphorie (Flow-Gefühl) und zufriedenstellende Erschöpfungszustände • Sprinten oder Boxen hilft Wut zu kanalisieren, Aggressionen abbauen • Klettern erfordert hohe Konzentration und Mut • Yoga, Qigong etc. inkludieren gezielt mentale Aspekte • Dehnungsübungen helfen, sich aufmerksam spüren <p>Entspannungstraining</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meditationstechniken, • Atemtechniken (z.B. Pranayama) • Autogenes Training <p>Sensorische Reize</p> <p>Helfen dabei, Stress, Nervosität oder Suchtdruck zu verringern</p> <ul style="list-style-type: none"> • kalte Dusche bzw. Wechselduschen • auf etwas Scharfes oder Bitteres beißen • Gummiring über die Haut schnalzen lassen <p>Andere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faust machen, loslassen; auch mithilfe von Knetbällen • in ein Polster schreien • Realitätstraining: durch Gehen, Hüpfen, Aufstampfen, Gesicht kneten, etc. sich im Hier und Jetzt wahrnehmen können • monotone Aktivitäten wie z.B. Putzen
Mentale, kognitive Techniken	Hofer-Moser et al. (2020:44ff) unterteilen Kriseninterventionstechniken in 3 Kategorien: Techniken der inneren Distanzierung, Techniken der inneren Stütze (innere Beistände; Orte, Texte, Zeichen und Gesten der Kraft) und Techniken zur Verankerung von Realität (Ziele-Arbeit). Diese spezifischen,

im Beratungskontext anwendbaren Techniken wirken stabilisierend, entspannend und helfen beim Verstehen. Im Workshop wurde darüber diskutiert, ob der Einsatz dieser Methoden besser bei der Sozialarbeit oder der Psychologie aufgehoben ist - Conclusio: je nach vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen unterschiedlich [WS 02:27:38].

Wahrnehmungsübungen

- Visualisierungen, Imaginationen (Methoden: der sichere innere Ort; innere Helfer:innen; Tresorübung: Alles Unangenehme wird in einen imaginären Tresor verpackt – Ein ausführlicher Gesprächsleitfaden für solche Stabilisierungsübungen findet sich schnell im Internet)
- Wunderfrage („Wenn Sie morgens aufwachen würden, und das Problem wäre wie durch ein Wunder verschwunden, woran würden Sie das erkennen?“ – „Was würden Sie dann anders machen?“)
- Ablenkungsübungen (10 rote Dinge im Raum suchen; von 100 immer 7 subtrahieren etc.)
- Gedankenstopp: gelenkte Aufmerksamkeit – Suchscheinwerfer auf etwas Wünschenswertes lenken; Tätigkeiten unterbrechen und etwas anderes machen
- Reframing: Glaubenssätze relativieren, positiv formulieren

Reflexive Arbeit

- Situationen Revue passieren lassen – Was wurde erlebt? Empfindungen dabei? Gedanken?
- Selbstbild in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (inkl. Rückblick auf die Krise)
- Über welche Kraftquellen, Lebensziele, Hobbys wird verfügt?
- Welche Bedeutung haben Musik, Lyrik etc.?
- Über Träume sprechen: Welche Bedeutung können diese haben? Welche Gefühle werden ausgelöst?
- Filmvorführung: Krisengeschehen wie ein Film – kann vor- und rückgespult, kritisch besprochen werden; die ‚Fernbedienung‘ (Kontrolle) ist beim Betroffenen

Achtsamkeitsübungen

- Achtsamkeit – eine buddhistische Tradition
- sich auf das Hier und Jetzt konzentrieren: Was mache ich in diesem Moment? Was empfinde ich?
- auf die Atmung konzentrieren
- ‚Gegenwärtig-sein‘ bei alltäglichen Verrichtungen
- Versuch: beobachten, ohne zu bewerten

Humor

- wirkt distanzierend
- fördert Gelassenheit

	<ul style="list-style-type: none"> • fördert Beziehungen • Lachen ist gesund <p>Sinnsuche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spiritualität und Religion • logotherapeutische Ansätze – Sinn finden im Krisengeschehen (Krise als Chance, Reifung, neue Wertschätzung, neue Möglichkeiten, Intensivierung persönlicher Beziehungen etc.)
Kreative Betätigung	<p>Künstlerische Betätigungen „Externalisieren und Symbolisieren über kreative Medien“ (ebd.:47)</p> <p>Gestaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malen, Töpfern, Collagen gestalten etc. • Nähen, Stricken etc. • Basteln und handwerkliche Betätigungen <p>Schreiben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tagebuch schreiben; spezifisch: Krisentagebuch (Niederschreiben von schwer verbalisierbaren Gedanken- z.B. Suizidideen, Rachewünsche etc.) • Briefe schreiben; spezifisch: bei Trennungen oder Verlust an eine Person gerichtet <p>Darstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Improvisations-Theater (Rollenspiele, Rollentausch, Konfrontationen etc.) • Singen, Tanzen, Musizieren
Naturerlebnisse	<p>Bewegung in der freien Natur, Sonnenbäder, Winterspaziergänge, der Geruch von Nadelbäumen und Erde, Vogelgezwitscher und Insektenbrummen, Wind im Haar, weicher Boden unter den Füßen- ob Abenteuer am Berg oder stilles Beobachten von Wasser, sogenanntes ‚Waldbaden‘ oder gar das Umarmen von Bäumen – das Erlebnis Natur wirkt sich positiv auf Körper und Psyche aus, wie zahlreiche Studien nahelegen (Lahart et al. 2019). Die Farben, Formen, Geräusche und Gerüche reizen alle unsere Sinne, das Erleben von Zeit und Ruhe stellt sich ein.</p> <p>In den Betroffenen-Videos der GoOn Suizidprävention Steiermark (2022) nennen sechs von zehn Personen explizit die positive Wirkung von Bewegung in der Natur bzw. das Erleben von Wald, Bäumen, Blumen etc.</p>
Spezifische Tools	<p>Skills-Training</p> <p>Im Skills-Training werden Fertigkeiten (skills) erarbeitet, um innere Anspannung und extreme Emotionalität (Wut, Verzweiflung etc.) kurzfristig</p>

	<p>regulieren zu lernen. Das Skills-Training ist ein Werkzeug der psychischen Erste Hilfe. Meist handelt es sich dabei um körperliche ‚Mini-Schocks‘ (z.B. eiskalte Dusche, auf Chili beißen, Liegestütze machen etc.). Nach einer ersten Beruhigung können sanftere Methoden (z.B. Atemübungen) angewandt werden. Zum Training gehört auch zu lernen, wodurch Spannungen ausgelöst werden (Trigger) und ein Gefühl dafür zu entwickeln, wann die Spannungen zu steigen beginnen (Friedrich 2023). Es gibt Weiterbildungsangebote zum:zur Skills-Trainer:in.</p> <p>Notfallkoffer, Skills-Koffer</p> <p>Er entspricht einer Kombination aus Notfallstrategien, individuell zusammengestellt, um diese in starken Stresssituationen verfügbar zu haben. Die Hilfsmittel können in einem Beutel o.Ä. gesammelt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • starke Sinnesreize auslösend (Chili, Brausetabletten etc.) • Ablenkung (Rechenübungen, Geschicklichkeitsspiele etc.) • Beruhigung durch Außenaufmerksamkeit über die Sinne (auf Geräusche achten, Formen betrachten etc.) • Merksätze • Notfallkontakte, wichtige Telefonnummern • Bedarfsmedikation • ... <p>Glücksbox</p> <p>Sie beinhaltet Dinge, die wichtige Lebens- und Erfahrungsbereiche repräsentieren, Dinge von persönlichem Wert, um diese in Situationen von Niedergeschlagenheit und Traurigkeit verfügbar zu haben. Die Dinge können in einer ansprechenden Box aufbewahrt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Erinnerungsstücke • aufmunternde Briefe • Glücksbringer • Lieblingsgedicht • ... <p>Krisen- und Notfallplan</p> <p>Er zielt auf die Erstellung von konkreten Abläufen, im Falle von Krisensituationen und Notfällen anwendbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Erstellung • Schriftliches Festhalten • Reflexion über Frühwarnzeichen • Selbsthilfe-Maßnahmen: Notfallkoffer, Ressourcen LL3c • Hilfe holen: Freunde und Familie • Hilfe holen: professionelle Unterstützung • evtl. Behandlungsvereinbarung
--	--

Pädagogische Programme und Selbsthilfeunterlagen	<p>Selbsthilfebücher mit Informations- und Übungsteilen (Hausmann 2016:137); Patient:innenratgeber (DGPPN 2018b:66ff) und ähnliches werden empfohlen.</p> <p>Themen- oder Zielgruppenspezifische Literatur; z.B.:</p> <p>Selbsthilfeliteratur und Ratgeber gibt es en Masse, teils von fragwürdiger Qualität. Die hier erwähnten wurden allesamt von Fachpersonal (z.B. Lehrenden der Fachhochschule) empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Die Reise des Schmetterlings. Stressregulation für Kinder“ Das Vorlese- und Mitmachbuch von Kati Bohnet (2021) • „Mein persönliches Recovery-Buch“ (Bleichenbacher / Lampert 2021) • „Für immer in meiner Liebe. Das Erinnerungsbuch für Trauernde“ Ein Erinnerungs- und Arbeitsbuch von Roland Kachler (2023) • „Bitte nicht helfen! Es ist auch so schon schwer genug: (K)ein Selbsthilfebuch“ von Jürgen Hargens (2019) <p>Nützliche Links</p> <p>Im Internet gibt es vielfältiges Material zu Skills, Tools und Techniken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skills-Sammlung: Auflistung von „Stress-Skills“ von Betroffenen verfasst: https://stress-skills.de/wp-content/uploads/2019/02/Ultimative-Stress-Skills-Sammlung_Jan2019.pdf • Materialsammlung, Arbeitsblätter (ab Seite 37) im „Skript Traumastation“ der Klinik St. Irmingard am Chiemsee: https://www.st-ir-mingard.de/fileadmin/05_Klinik_St._Irmingard/Downloads/Skript_Traumastation_Behandlungsprogramm.pdf • eHealth und Digitale Unterstützung, Klinikum Bethel: https://live.evkb.de/fileadmin/evkb-content/kinder-und-jugendpsychiatrie/dokumente/symposium-2022/digitale-unterstuetzung-in-der-psychotherapie-von-kiju.pdf • App-Angebote für psychische Gesundheit (Authark, Jay, Radius Flex, Steps, etc.): https://evkb.de/fileadmin/evkb-content/kinder-und-jugendpsychiatrie/dokumente/2022-12-12-flyer-steps.pdf • Vorlage Krisen- und Notfallplan, Harburger Bündnis gegen Depression: https://www.deutsche-depressionshilfe.de/files/cms/Buendnisse/Hamburg-Harburg/krisenplan.pdf
--	---

LL4a.a: Akutphase

Schritt 1	Person erzählen lassen, aktives Zuhören, Wertschätzung und Empathie zeigen, urteilsfreies Gewähren-lassen, Bedürfnisorientierung, ernst nehmen und Zuversicht vermitteln (LL1a); auch: <i>Containing</i> : das Mit-Aushalten, Mit-Ertragen der schlimmen Situation
-----------	--

Schritt 2	<p>Abklärung der Art der Krise, des Gefährdungspotentials und der Zuständigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Was sind Auslöser und Ursache für die Krise? b) auf Warnsignale achten (Stein 2020:102f) c) Muss weitere Unterstützung organisiert werden?
a	<p>Welche Hintergründe, Kontexte kennen wir? (Hofer-Moser et al. 2020:10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlust- oder Veränderungskrise, akutes potenziell traumatisches Erlebnis (LL4b) • (sozioökonomische) Vorbelastungen oder (psychische) Erkrankungen, vorangegangene Krisen, suizidale Episoden (Risikogruppen und Risikofaktoren Suizidalität; LL4b.a)
b	<p>Unterschiedliche Warnsignale (Stein 2020:104):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ankündigungen von selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten? • Ist die betroffene Person erreichbar, lässt sich Kontakt herstellen? Scheint diese zum ‚vernünftigen‘ Nachdenken und Entscheiden fähig? • verwahrlostes Äußeres als Hinweis dafür, sich nicht mehr um sich selbst kümmern zu können <p>→ Kooperationsfähigkeit einschätzen und Situation beurteilen</p>
c	<p>Bei vorliegendem Notfall mit hohem Gefährdungspotential: rasches Handeln nötig!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abwägung und Abklärung der Zuständigkeiten: immer das gelindeste Mittel der Intervention wählen, größtmöglicher Konsens mit dem:der Betroffenen anstreben, aber evtl. gegen den Willen des Betroffenen handeln (ebd.:100f); notwendige und angemessene Hilfe leisten (Hausmann 2016:106ff) • direktes Fragen nach Suizidgedanken und -plänen auch bei vagem Verdacht. Dies ist von größter Bedeutung! (Stein 2020:113f)
Schritt 3	<p>Spezifische Hilfe organisieren: z.B. Notfallpsycholog:in bei potenziell traumatischem Ereignis, psychiatrische Behandlung bei akuten Psychosen, Notarzt bei medizinischen Notfällen (Kollaps, Asthmaanfall etc.), Polizei bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, etc. (Hofer-Moser et al. 2020:20)</p> <p>Falls die Abklärung ergibt, dass kein Notfall in dem Ausmaß vorliegt, dass zusätzliche Expert:innen hinzugezogen werden müssen, dann:</p> <ul style="list-style-type: none"> • weitere Kriseninterventionsmaßnahmen setzen (nächster Schritt) • siehe auch LL4b: spezifische Interventionsmöglichkeiten bei spezifischen Krisen
Schritt 4	<p>Krisenintervention, allgemein unter Beachtung von 5 wesentlichen Elementen früher Intervention (Hausmann 2016:150f):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sicherheit b) Beruhigung c) Selbstwirksamkeit d) Verbundenheit

	e) Zukunftsorientierung, Hoffnung
a	<ul style="list-style-type: none"> • die Abwendung von Gefahr für Leib und Leben der betroffenen Person sowie deren sozialem Umfeld (in Schritt 3 erledigt) • auch: transparente Informationen (LL2), um Sicherheit zu vermitteln (z.B. Setting klären laut LL2a; Erklärung vom Ablauf einer Einweisung in die Psychiatrie, falls dies notwendig wird; beginnende Psychoedukation LL2b; etc.)
b	<ul style="list-style-type: none"> • Stressreduktion, evtl. Entspannungstechniken (LL3c) • Problemlösedruck vermeiden (Das ursächliche Problem muss/kann nicht sofort gelöst werden) • Überforderung vermeiden, keine Ratschläge (dysfunktionale Bewältigungsstrategien nicht verurteilen) • nicht versuchen, mit Floskeln zu trösten; Das Geschehene kann nicht ‚weggetröstet‘ werden (stattdessen Trost durch Zuwendung etc.; siehe Schritt 1; Hofer-Moser et al. 2020:29f).
c	<ul style="list-style-type: none"> • Problem-, Situations- und Ressourcenanalyse: gemeinsam mit betroffener Person durchführen (ebd.:31f) • von der betroffenen Person vorgeschlagene Lösungsschritte aufgreifen (Eigeninitiative stärken) • Fähigkeiten und Möglichkeiten der betroffenen Person eruieren (LL3); bisherige Problemlösestrategien, innere und äußere Ressourcen benennen • Bewältigungsstrategien entwickeln, Handlungsraum schaffen (LL3c); Dazu zählen auch Überlegungen zur Alltagsstrukturierung: Wie werden die nächsten Stunden, Tage verbracht? (Stein 2020:173) • Feedback einholen: Was wird evtl. als fremd, künstlich oder irritierend betrachtet? (Hofer-Moser et al. 2020:24); Daher gilt immer: Methodenflexibilität (LL3c)
d	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Unterstützung organisieren, Netzwerk aktivieren (LL3b) • aktuelle Lebenssituation analysieren: Wie sind Familie, Beruf, Freizeit etc. betroffen? • materiell-finanzielle Situation: Gibt es hier zusätzliche Belastungen oder Ressourcen?
e	<ul style="list-style-type: none"> • Lösungs- und Ressourcenorientierung ist immanent zukunftsorientiert! • Abklärung weiterer Schritte (auch: Ist weitere Unterstützung nötig oder nicht?) • ToDo-Liste erstellen (Wer erledigt was, wann?) • Behandlungskontrakt erstellen (Stein 2020:178ff; Zsf. in Hofer-Moser et al. 2020:39) • Angebote setzen
Schritt 5	Angebote setzen: <ul style="list-style-type: none"> • evtl. Weitervermittlung an andere Professionen u./o. Einrichtungen (LL1c)

	<ul style="list-style-type: none"> • Infobroschüre mitgeben (LL2b) • Informationen über Notfalldienste • Angebot laut Stabilisierungsphase (LL4a.b) • detaillierte Ressourcenabklärungen (LL3) • sozialarbeiterische Interventionen (LL1b)
Schritt 6	<p>Nachbearbeitungsphase: Qualitätsstandards einhalten (siehe LL1d)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falldokumentation • Interprofessionelle Fallbesprechung • Vernetzung mit anderen Einrichtungen (falls nötig) • Inter- und Supervision

LL4a.b: Stabilisierungsphase

Schritt 1	<p>Zusammenfassung der Situation: Durch das Erkennen des Zusammenhangs von Krisenauslöser, Krisenhintergrund und aktueller Symptomatik kann eine emotionale Distanzierung erreicht werden (Stein 2020:178). Es können tiefergehende rationale Überlegungen weiterer Schritte folgen.</p>
Schritt 2	<ul style="list-style-type: none"> a) Besprechung von Inhalt, Ziel und Sinn der Zusammenarbeit b) Gefährdungen, dysfunktionale Strategien benennen c) Komplexitätsreduzierung, Problemhierarchisierung (LL1b)
a	<ul style="list-style-type: none"> • Kontext und Setting abklären (LL2a): Möglichkeiten und Grenzen der Hilfestellung • Definition von konkreten Zielen • Planung der Vorgehensweise (siehe Schritt 4a)
b	<ul style="list-style-type: none"> • Gefährdungen mit längerfristigen Folgen beachten (ebd.:101): psychische Erkrankungen wie z.B. Depression oder Gefahr einer Suchterkrankung → Hinzuziehen von Expert:innen(wissen), sprich Rückfragen oder auch Verweise (LL1c) • vorsichtige Konfrontation mit evtl. schmerzlicher Realität (ebd.:180) • Orientierungshilfe zur Abschätzung des Gefährdungspotentials: die 5 Säulen der Identität (nach Petzold, zit. in Hofer-Moser et al. 2020:38)
c	<ul style="list-style-type: none"> • Reihung, Gewichtung der Probleme nach Relevanz und Lösbarkeit (Problemhierarchisierung) • detaillierte Ressourcenabklärungen, weitere Differenzierung (LL3) • sozialarbeiterische Interventionen (LL1b)
Schritt 3	<p>Detaillierte Ressourcenabklärungen (LL3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Ressourcen (LL3a)

	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Ressourcen (LL3b) • Instrumentale Ressourcen (LL3c)
Schritt 4	<p>a) Planung der Problembewältigung, Zielsetzung b) Aktive Problembearbeitung c) Reflexion des Prozesses</p> <p>Achtung vor Überforderung! – Einzelne Ziele und deren Umsetzung vorsichtig ausprobieren; ein stetes Hin und Her zwischen Schritt 4a, b und c: Planen, Ausprobieren, Reflektieren, neu Planen, ... (→ Feedbackschleifen)</p>
a	<p>Planung der Problembewältigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • konkrete, kurzfristig realistisch erreichbare Veränderungsschritte benennen • mittel- und langfristige Veränderungsziele benennen (Umstände, die verändert werden sollen) • mittel- und langfristige Anpassungsleistungen benennen (persönliche Anpassung an unveränderbare Umstände – Akzeptanz des Faktischen) • Lösungswege: Wie können Ziele erreicht werden? (mit welchen Methoden? – konkrete Ressourcenanwendung) • Evaluierung: Wie lassen sich Fortschritte (konkret) erkennen? • Reflexion bzgl. Rückschlägen, Scheitern: bewusstes Nachdenken über mögliche Folgen und Gegenstrategien
b	<p>Aktive Problembearbeitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausprobieren der Ressourcen • aktive Umsetzung von Vorhaben • Bearbeitung von Ängsten und Behinderungen bei der Problemlösung
c	<p>Reflexion des Prozesses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lassen sich Fortschritte erkennen? Welche? • Lassen sich Rückschläge erkennen? Welche? • Was ist hilfreich- was unwirksam? • Re-Evaluierung und evtl. Modifikation der Ressourcen und Coping-Strategien • Zurück zu Schritt 4a (Feedbackschleifen)
Schritt 5	<p>Abschlussgespräch (Beendigung der Krisenintervention)</p> <ul style="list-style-type: none"> • bewusst gestaltetes, gut vorbereitetes Abschlussgespräch • Reflexion des Gesamtprozesses: Krisenverlauf, Erfassung der subjektiven Bedeutung • Haben sich Chancen eröffnet? („Krisen als Chance“) • selbständige Anteile der Krisenbewältigung hervorheben (Selbstwirksamkeit) • Umgang mit möglichen zukünftigen Krisen • Anbieten von einem Follow-Up Gespräch (Hülshoff 2017:77) • Analysieren, ob eine Weiterbetreuung nötig ist (LL4a.c)

Schritt 6	Nachbearbeitungsphase: Qualitätsstandards einhalten (siehe LL1d) <ul style="list-style-type: none"> • Falldokumentation • Interprofessionelle Fallbesprechung • Vernetzung mit anderen Einrichtungen (falls nötig) • Inter- und Supervision
-----------	--

Betreuungsvertrag

Mein TMP	Name, Datum	✓
im PVZ	<ul style="list-style-type: none"> • Wann war der letzte Termin? • Was habe ich mir damals vorgenommen? • Was davon habe ich geschafft? • Was war gut/schlecht? • Sonstige Anmerkungen: 	
Professionalität	<ul style="list-style-type: none"> • Was brauche ich vom PVZ-Team? ... von dem:der Sozialarbeiter:in: ... von dem:der Arzt/Ärztin: ... von dem:der Psycholog:in: ... von anderen Personen: 	
Information	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Informationen brauche ich noch? ... bzgl. Psychoedukation? ... Übungen zu den Konzepten ... Sonstige: 	
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Was habe ich an mir persönlich wahrgenommen? • Was habe ich an meiner Familie/meinen Freunden wahrgenommen? • Welche formellen Hilfen habe ich in Anspruch genommen? • Welche Coping -Strategien habe ich ausprobiert? ... Wie sind mir diese gelungen? ... Was möchte ich weiterhin machen? ... Was möchte ich sein lassen? ... Was möchte ich Neues ausprobieren? ... 	
Im PVZ	<ul style="list-style-type: none"> • Wann habe ich den nächsten Termin: • Was möchte ich bis dahin machen? • Was möchte ich bis dahin unterlassen? 	
Vertrag	Unterschrift Klient:in Unterschrift TMP-Betreuer:in	

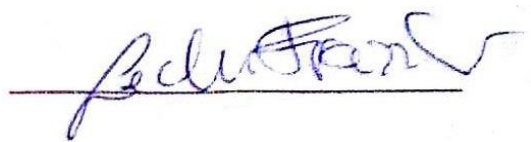
Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Franziska Lechner**, geboren am **28.06.1994** in **Hall in Tirol**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass die Masterthese mit der vom Begutachter bzw. der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt (Printversion ist identisch mit der Digitalversion).

Innsbruck, 17.04.2024

Ort, Datum

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Franziska Lechner', written over a horizontal line.

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Priska Österle**, geboren am **24.10.1982** in **Feldkirch**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass die Masterthese mit der vom Begutachter bzw. der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt (Printversion ist identisch mit der Digitalversion).

Wien, 17.04.2024

Ort, Datum

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Österle', written on a light blue background.

Unterschrift