

Risikoanalyse in der
Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung
Herausforderungen erkennen und bewältigen

Katrin Fössl, BA

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades

Master of Arts in Social Sciences

an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2013

ErstbegutachterIn:

DSA Mag.(FH) PhDr. Christoph Redelsteiner

ZweitbegutachterIn:

Prof.(FH) Dr. Tom Schmid

Die vorliegende Masterthese versteht sich als Teil des Projektes „Critical Incidents Risiken Sozialarbeit (CIRSO)“ an der Fachhochschule St. Pölten. Innerhalb der Forschungsgruppe CIRSO wurden folgende Abschlussarbeiten verfasst:

Fechter, Lisa/ Grabner, René/ Karner, Birgit (2013): Risikomanagement in der Sozialen Arbeit am Jugendamt.

Fössl, Katrin (2013): Risikoanalyse in der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung Herausforderungen erkennen und bewältigen

Hinterecker, Simone/ Moes, Frederic/ Müller, Ingrid (2013): „Hilfe, ich bin Helfer!“ – eine populärwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Risiken in der Sozialen Arbeit.

Steiger, Manuela/ Zeller, Katrin (2013): Fehler und Risiken in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn im Drogen- und Suchtbereich

Abstract

Katrin Fössl, BA

Risikoanalyse in der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung

Herausforderungen erkennen und bewältigen

Masterthese, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im April 2013

Basierend auf dieser schriftlichen Masterthesis soll mehr über Risiken und kritische Ereignisse im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit herausgefunden werden. Den Forschungsgegenstand dieser Masterarbeit bildet die Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung (MSB), es werden keine stationären und ambulanten Bereiche in die Forschung mit einbezogen. Im psychiatrischen Versorgungssystem zeigt sich stark zunehmend, eine Vielfalt an sozialarbeiterischen Tätigkeiten und Aufgabenbereiche. Diese Aufgabenbereiche bergen aber auch zahlreiche Risiken und Herausforderungen für die MitarbeiterInnen. Mein erkenntnisleitendes Interesse gilt dabei vorrangig folgenden Fragestellungen: Welche Risiken birgt das Feld der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung? Werden Risiken erkannt, benannt und in weiterer Folge auch entsprechend bewältigt?

Diese sozialwissenschaftliche angelegte Masterthesis versucht, die aus mehreren ExpertInneninterviews gewonnene Erkenntnisse zur Thematik „Risiko“ und „kritische Ereignisse“ aufzuzeigen und wagt sich zudem bedingt an Lösungs- bzw. Optimierungsvorschläge heran, um einen weiteren Diskurs in der Fachcommunity anzuregen.

Risk analysis in the mobile social-psychiatrist treatment

To realize and manage challenges

Based on this written master's thesis more information on critical events in the field of social work should be made available. The object of study for this thesis is the mobile social-psychiatrist treatment without consideration for the stationary or ambulatory aspects of the field. More and more opportunities for social workers are developing in the mental care system, but this new area of activity has numerous risks and challenges associated with it. Therefore, my central questions are: Which kinds of risks does the field of mobile social-psychiatrist treatment have? Are those being recognized as risks and consequently labeled as such?

In this sociological master's thesis I demonstrate my findings from several expert interviews regarding the themes of "risks" and "critical incident". Furthermore I will try to offer several proposals for improvement and optimization in order to spark further discourse in the scientific community.

Danksagung

Der größte Dank gilt meinem Lebensgefährten Roland. Ich danke ihm dafür, dass er mich stets unterstützt und dazu ermutigt hat, das Studium trotz der Geburt unseres Sohnes Stefan zu vollenden und meine Abgabefristen einzuhalten. Ein ganz großes Dankeschön gilt meinen Eltern Freya und Friedrich Fössl, ohne deren Hilfe ich das Studium nicht beenden hätte können, sie waren nicht nur bereit als Babysitter zu agieren, sondern haben auch die Blockwochen mit mir in St. Pölten verbracht und mir damit den Rücken freigehalten.

Großer Dank auch meinen Schwiegereltern, Sigrid und Hannes Walch, welche häufig, manchmal auch sehr kurzfristig ihren Enkelsohn gehütet haben damit ich wieder unbesorgt an der Masterthesis arbeiten konnte.

Allen ArbeitskollegInnen und insbesondere meinen Fachbereichsleiter Mag. Gregor Hoffmann ein herzliches Dankeschön für die Bereitschaft aktiv mitzuarbeiten und dafür, dass sie ihre Fachkompetenz und ihr Wissen mit mir geteilt haben.

Last but not least danke ich meinen kleinen ghost writer (wie er liebevoll stets im Forschungslabor genannt wurde) meinen kleinen Sohn Stefan. Er hat mich immer wieder aufs Neue inspiriert und motiviert. Sein Lächeln und seine gute Laune haben so manchen Schreibstress relativiert und vergessen lassen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Die Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung	3
1.1 Konzeption.....	3
1.2 Zielgruppe.....	4
1.3 Ziele.....	4
1.4 Aufgaben der BetreuerInnen	5
1.5 Ausstattung der MitarbeiterInnen.....	5
1.6 Standards zur Qualitätssicherung.....	6
1.6 Gesetzliche Grundlagen	6
2. Relevanz für die Soziale Arbeit	6
3. Definition von Risiko.....	8
3.1 Risiko.....	8
3.2 „kritisches Ereignis“	9
3.3 Risikomanagement.....	10
3.4 Risikoinventar	11
4. Methodenkapitel.....	11
4.1 Forschungsfrage.....	11
4.2 Forschungsmethode/ Begründung	12
4.3 Datenerhebung/ Begründung	12
4.4 Auswertungsverfahren.....	13
5. Ergebnisteil	14
5.1. Risikoanalyse in der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung	14
5.1.1 Risiken des Handlungsfeldes	17
5.1.1.1 EinzelkämpferIn	17
5.1.1.2 Risikoanalyse.....	18
5.1.2.1 Mobiles Betreuungssystem	20
5.1.2.2 Risikoanalyse.....	20
5.1.3.1 Gesundheitsrisiken.....	22

5.1.3.2 Risikoanalyse.....	23
5.1.4.1 Unfälle.....	25
5.1.4.2 Risikoanalyse.....	26
5.1.5.1 Zwangseinweisungen/Krisensituationen	27
5.1.5.2 Risikoanalyse.....	27
5.2.1 Risiken durch KlientInnen	30
5.2.1.1 Einbauen in das Wahnsystem.....	30
5.2.1.2 Schwierige Familiensysteme.....	31
5.2.1.3 Abhängigkeit vom/von BetreuerIn	31
5.2.1.4 Hohes Aggressionspotential/ Gewaltgefahr	32
5.2.1.5 Risikoanalyse.....	32
5.3.1 Risiken durch den/die SozialarbeiterIn	36
5.3.1.1 Erstkontakt	37
5.3.1.2 Risikoanalyse.....	39
5.3.2.1 Fehlende psychiatrische Kenntnisse der MitarbeiterInnen.....	41
5.3.2.2 Risikoanalyse.....	41
5.3.3.1 Einschulungen neuer MitarbeiterInnen.....	43
5.3.3.2 Risikoanalyse.....	44
5.3.4.1 Übergaben von KlientInnen.....	44
5.3.4.2 Risikoanalyse.....	45
5.3.5.1 Dokumentationsprobleme	46
5.3.5.2 Risikoanalyse.....	47
5.3.6.1 Probleme mit der Selbstorganisation	49
5.3.6.2 Risikoanalyse.....	50
5.3.7.1 Vernetzung und Kooperation mit anderen Helfersystemen.....	51
5.3.7.2 Risikoanalyse.....	51
5.3.8.1 Zu lange Betreuungszeiten	52
5.3.8.2 Risikoanalyse.....	53
8. Zusammenfassung.....	54
9. Resümee.....	55

Soziale Arbeit

Master-Studiengang



10. Literaturverzeichnis	57
11. Internetquellen	58
12. Abbildungsverzeichnis.....	59
13. Abkürzungsverzeichnis	59
14. Anhang.....	60

Einleitung

„Nichts geschieht ohne Risiko- aber ohne Risiko geschieht auch nichts.“

(Bachert/Peters/Speckert 2008:22, zit.in Keitsch 2004:1)

Wir alle sind allgegenwärtig unterschiedlichen Formen von Risiken ausgesetzt, sowohl im Privatleben als auch im beruflichen Kontext begegnen wir ihnen immer wieder. Häufig jedoch werden Risiken erst erkannt und analysiert, wenn es zu schwerwiegenden Konsequenzen bzw. Schäden kommt. Einerseits kann diese Vorgehensweise sehr förderlich sein, da wir uns sonst wohl nur mehr mit Risiken beschäftigen müssten, andererseits kann die frühzeitige Auseinandersetzung mit dieser Thematik so manche Panne vielleicht verhindern bzw. entsprechend vorbeugen.

Diese Tatsache hat mich dazu veranlasst, mich mit der Thematik der Risiken und den daraus resultierenden Aufgaben bzw. Problemlagen intensiver auseinanderzusetzen. Insbesondere in den durchaus sehr komplexen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, wo primär mit Menschen gearbeitet wird und gleichzeitig auch hohe Erwartungen und Anforderungen an die zuständigen SozialarbeiterInnen gestellt werden, finden sich zahlreiche Risikofelder. Dies alleine wäre wohl schon ein sehr umfassendes Thema, aus diesem Grund habe ich mich dazu entschlossen den persönlichen Schwerpunkt auf die Erforschung der Risiken im Handlungsfeld der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung (dabei handelt es sich um einen Eigennamen bzw. eine Fachbereichsbezeichnung daher großgeschrieben/ in weiterer Folge abgekürzt mit MSB) zu legen. Natürlich ist es mir durchaus bewusst, dass es sich hierbei nur um einen winzigen Ausschnitt aus zahlreichen möglichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit handelt, dennoch kann es auch anleitend und motivierend zugleich sein, für andere sich mit den Risiken in ihren Bereichen verstärkt auseinanderzusetzen.

Mein erkenntnisleitendes Interesse galt dabei vorrangig folgenden Fragestellungen: Welche Risiken birgt das Feld der Mobilen

Sozialpsychiatrischen Betreuung? Werden Risiken erkannt, benannt und in weiterer Folge auch als solche definiert? Setzen sich die MitarbeiterInnen der MSB auch vermehrt mit Risiken und deren Folgen auseinander, bzw. welche Handlungsmöglichkeiten haben sie im direkten Umgang mit diversen Risiken? Welche Risikomaßnahmen funktionieren gut, welche sind durchaus noch ausbaufähig, um vor allem den MitarbeiterInnen mehr Sicherheit im Umgang mit den Risiken zu geben?

Im Punkto der Risikooptimierung (Maßnahmen zur Risikobewältigung) kann im Rahmen dieser schriftlichen Masterthesis kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, da der Fokus auf der Risikoerkennung bzw. Definition liegt. Dennoch war es mir persönlich ein großes Anliegen, mit einigen Vorschlägen und Ideen neue Denkansätze, sowohl bei internen AkteurInnen als auch bei externen ExpertInnen anzuregen und eine weitere Auseinandersetzung im Hinblick auf Risikoanalyse zu fördern. Den ExpertInnen aus dem direkten Handlungsfeld der MSB ermöglicht es hoffentlich eine vertiefende Auseinandersetzungen mit den ermittelten Risiken, sowie das Aufzeigen von Risiken, welche bis dato nicht als solche erkannt und eingeschätzt wurden.

Zu Beginn meiner Masterthesis, versuche ich das Handlungsfeld der MSB näher zu erläutern bzw. vorzustellen, dabei im Vordergrund Inhalte, Ziele, Zielgruppe sowie die Aufgabenschwerpunkte der BetreuerInnen. Im Anschluss daran versuche ich einen Zusammenhang herzustellen, zwischen den Tätigkeitsbereichen Psychiatrie und Soziale Arbeit und der entsprechenden Bedeutung einer guten Zusammenarbeit. In weiterer Folge wird auch der Begriff Risiko und alle in dieser Masterthesis eingebauten und zusammenhängenden Begrifflichkeiten sozialwissenschaftlich definiert. Des Weiteren findet sich auch ein Methodenkapitel in dieser Masterthesis, in welchen meine wissenschaftliche Vorgehensweise und meine Forschungsmethode näher vorgestellt wird. Den Hauptteil meiner schriftlichen Arbeit widme ich jedoch verstärkt den gewonnenen Erkenntnisse und den daraus resultierenden Ergebnissen. Den Abschluss der Arbeit bilden eine Zusammenfassung der Ergebnisse sowie ein Resümee.

1. Die Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung

Im gesamten Bereich der psychiatrischen Versorgungslandschaft erleben wir aktuell einen Perspektivenwechsel (vgl. Dörr 2005:39). Ziel dabei ist es, sich zunehmend von der einrichtungsbezogenen Betreuung hin zu einer funktionalen Betreuung zu entwickeln (vgl. Dörr 2005:39). Das einst hierarchische stationäre Gefälle ist zunehmend in Kritik geraten, da es sich größtenteils um eine isolierte Hilfestellung handelte, dies ging einher mit der Forderung nach mehr mobilen multiprofessionellen Teams (vgl. Dörr 2005:39). Eine mögliche Antwort auf diese Forderung stellt durchaus die Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung (MSB) dar, welche im Rahmen dieser Masterthesis genauer analysiert und vorgestellt werden soll.

1.1 Konzeption

„Das Angebot der MSB hat eine Brückenfunktion zwischen selbstständigen Wohnen und einem bedarfsgerechten und situationsadaptiven Betreuungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen.“ (Beratungszentrum 2012:6) Die Betreuung orientiert sich dabei vorrangig an folgenden Grundsätzen:

- „Freiwilligkeit
- Individualität
- Beziehungsarbeit als tragendes Element
- Arbeit in einem multiprofessionellen Team und Netzwerken
- Eigenverantwortung und Selbstständigkeit
- Verschwiegenheit
- Kontinuität.“ (Beratungszentrum 2012:8)

Die MSB setzt ihren Schwerpunkt in der Vor- und Nachsorge psychisch erkrankter Personen. Einerseits sollen aktuelle Krisen gemeinsam bewältigt werden und andererseits der Aspekt einer ganzheitlichen und sozialen Unterstützung in diversen Lebens- und Problemlagen im Mittelpunkt der

Betreuung stehen. Grundsätzlich ist die MSB im Österreichvergleich sehr unterschiedlich organisiert, bereits innerhalb eines Bundeslandes kann es schon zu großen Unterschieden im Betreuungsangebot kommen.

1.2 Zielgruppe

Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme der MSB ist eine psychiatrische Erkrankung bzw. Diagnose nach DSM (Diagnostic and Statistical Manual) und ICD 10 (International Classification of Diseases) sowie das Verfügen über einen eigenen Wohnraum. Zur Zielgruppe gehören insbesondere jene Menschen, welche nicht auf andere ambulante Angebote zugreifen können bzw. alle vorhandenen sind unzureichend. In besonderen Fällen können auch Menschen von der MSB betreut werden, welche in einschlägigen Einrichtungen leben, aber dort keine psychiatrische Betreuung im entsprechenden Ausmaß erhalten (vgl. Beratungszentrum 2012:7).

Die meisten betreuten Personen der MSB haben eine chronisch psychiatrische Erkrankung. Was wiederum bedeutet, dass sie teilweise sehr lange Psychiatriekarrieren hinter sich haben und in vielen wichtigen Lebensbereichen wie beispielsweise Arbeit, Wohnen, soziale Netzwerke große Problemlagen aufweisen (vgl. Dörr 2005:68). „Ein chronischer Krankheitsverlauf ist durch eine langfristige Entwicklung gekennzeichnet, er entwickelt sich meist phasenhaft und ist schwer vorhersehbar. Eine Heilung im Sinne einer Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes ist meist nicht möglich.“ (Kunz/Scheuermann/Schnürmann 2009:164)

1.3 Ziele

Die MSB hat es sich zur Aufgabe gemacht, psychisch erkrankte Menschen in Form einer ganz individuell personenorientierten Begleitung im Alltag zu unterstützen. Dabei strebt sie folgende Ziele an:

- Stabilisierung und Verbesserung der psychosozialen Lebenssituation
- Hilfestellung bei der Ermöglichung eines selbstständigen Lebens

- (Re-) Integration in den Lebensalltag
- Aufbau und Pflege von sozialen Kontakten und Beziehungen
- Erhaltung des eigenen Wohnraumes
- Verringerung von stationären Aufenthalten (vgl. Beratungszentrum 2012:8).

1.4 Aufgaben der BetreuerInnen

Aus den angeführten Zielen ergeben sich für die MitarbeiterInnen der MSB folgende Tätigkeiten:

- Beratung
- Erarbeitung und Erstellung von individuellen Betreuungskonzepten und Zielvereinbarungen
- Unterstützungen bei der Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- Begleitung bei Behördengängen, Arztbesuchen etc.
- Hilfestellung bei der Sicherung des Lebensunterhaltes und bei der Verfolgung von rechtlichen Ansprüchen
- Aufbau und Erhalt von sozialen Netzwerken
- Hilfestellungen im Umgang mit der Erkrankung (Psychoedukation), besondere Hilfestellung nach Klinikaufenthalten
- Krisenintervention
- Hilfestellung bei der Alltagsbewältigung
- Fachlicher Diskurs und Austausch im Team (vgl. Beratungszentrum 2012: 6-9).

1.5 Ausstattung der MitarbeiterInnen

Jeder/jede MitarbeiterIn, ist von Seiten des Arbeitgebers mit einem Diensthandy ausgestattet und bekommt ein Dienstauto zur Verfügung gestellt. Zusätzlich gibt es natürlich entsprechende Büroräumlichkeiten mit EDV Ausstattung sowie Beratungszimmer für Einzelgespräche und andere Settings (z.B. Supervision...etc.).

1.6 Standards zur Qualitätssicherung

Das Team wird einerseits von einem/einer FachbereichsleiterIn bei inhaltlichen Fragen und Teambildungsaspekten unterstützt und begleitet. Zusätzlich gibt es eine Einrichtungsleitung, welche dem Team bei organisatorischen und persönlichen Anliegen zur Seite steht. Die Qualitätssicherung wird durch regelmäßige Teamsitzungen, Teamsupervisionen, Intervisionen, Klausuren und interne Fortbildungen gewährleistet. Jährlich finden MitarbeiterInnengespräche mit der Einrichtungsleitung statt, dabei im Vordergrund, Klärung der Arbeitszufriedenheit, gemeinsame Zielvereinbarungen und persönlich angestrebte Zukunftsperspektiven.

1.6 Gesetzliche Grundlagen

Als gesetzliche Grundlage für das Handlungsfeld der MSB gilt, das Steiermärkische Behindertengesetz (BHG) sowie die Leistungsverordnung (LeVO) (siehe dazu: <http://www.verwaltung.steiermark.at> und <http://www.graz.at/cms/beitrag/10048149/776809>).

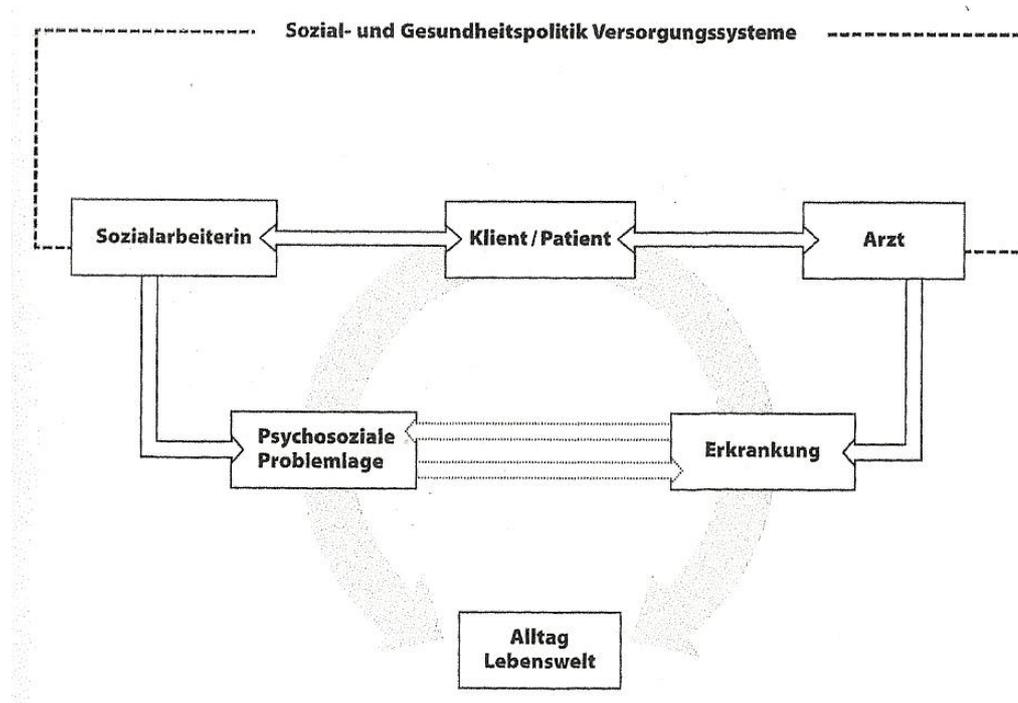
2. Relevanz für die Soziale Arbeit

„Soziale Arbeit ist seit einigen Jahrzehnten ein wichtiger Teil der psychiatrischen Grundversorgung, noch mehr an Bedeutung gewann sie erstmals durch die Psychiatrie-Reform, welche die alte Verwahrspsychiatrie der Kliniken durch eine gemeindenahe flexible und ambulante Versorgung der psychisch Kranken ersetzen wollte. Dieses Ziel jedoch wurde nicht erreicht.“ (Steden 2003:140) Immer häufiger arbeiten SozialarbeiterInnen in stationären und ambulanten Einrichtungen eines psychiatrischen Verbundes und dieser Ausbau von Fachkräften wird wohl auch in Zukunft noch weiter ansteigen. Dies allein wäre schon Grund genug, um sich verstärkt mit psychiatrischen Krankheitsbildern, psychiatrischen Settings und auch mit Risikofeldern in diesem Handlungsfeld auseinander zu setzen. Wesentlich und nicht unerwähnt sei jedoch die Tatsache, dass der Fokus sich in diesem Tätigkeitsfeld nicht

vorrangig auf die psychiatrische Problematik richtet, es geht in keinster Weise darum psychiatrisches Fachpersonal (z.B. psychiatrische Krankenschwestern, PsychologInnen...etc.) zu ersetzen, sondern darum, dass vorhandene Hilfeangebot in diesem Bereich für alle betroffenen Personen um eine große Facette zu erweitern. SozialarbeiterInnen können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, da sie als einzige Berufsgruppe sowohl im allgemeinen Bildungs- und Sozialsystem, als auch im psychiatrischen Netzwerk tätig ist. Außerdem verfügen sie über umfassende Kenntnisse im Hinblick auf andere HelferInnensysteme. Die Rolle des/ der SozialarbeitersIn kann ergänzend aber auch genutzt werden, um von den KlientInnen als „stiller Verbündeter“ wahrgenommen zu werden und so das oft vorhandene Arzt-KlientInnengefälle ein wenig zu entschärfen (vgl. Steden 2003:140).

Folgende Grafik entnommen aus dem Werk: „Soziale Arbeit in der Psychiatrie“ von Bosshard, Ebert und Lazarus soll die Gemeinsamkeiten vs. Unterschiede der Professionen nochmals auf einem Blick veranschaulichen:

Abb. 1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen SozialarbeiterInnen und Psychiatern



3. Definition von Risiko

Um der Frage nach den vorhandenen Risiken in der MSB auf den Grund zu gehen, muss die Begrifflichkeit „Risiko“ zunächst genauer bestimmt werden. Sehr häufig wird dieser Begriff sowohl in der Umgangssprache als auch in der Fachsprache verwendet und als durchaus bekannt vorausgesetzt, wissenschaftlich definiert allerdings nur sehr selten.

Tatsache ist, dass der Begriff „Risiko“ im Wirtschaftssektor bzw. Produktionssektor anders gedeutet und verstanden wird als in den verschiedensten Bereichen der sozialen Dienstleistungen. Häufig steht die Bewertung eines Risikos bzw. seiner Folgen in einem engen Zusammenhang mit seiner Definition. Im Rahmen dieser Masterthesis ist es mir persönlich ein großes Anliegen, die Begrifflichkeit Risiko im Hinblick auf die Soziale Arbeit in den Fokus zu rücken. Aus diesem Grund wird auch von einschlägigen betriebswirtschaftlichen und mathematischen Definitionen bewusst Abstand genommen.

3.1 Risiko

Für den Terminus Risiko existieren in der Literatur zahlreiche unterschiedliche Definitionen, Sichtweisen und Anschauungen. „Ein Risiko kann als Klippe gesehen werden, die es zu umschiffen gilt. Seinen Ursprung hat der Begriff Risiko, laut Brockhaus (Studienausgabe 2001), im italienischen „Ris(i)co“, das mit „Klippe, die zu umschiffen ist“ übersetzt werden kann.“ (Bachert/Peters/Speckert 2008:23) „Allgemein kann man unter Risiko die Gefahr einer negativen Abweichung des tatsächlichen eingetretenen Ergebniswertes vom geplanten Ergebniswert verstehen.“ (Bachert/ Peters/Speckert 2008:23 zit.in Romeike 2004:102)

Daraus lässt sich ableiten, dass bei einem Risiko ein Ereignis eintritt, mit welchem wohl nicht offensichtlich zu rechnen ist. Was bedeutet diese Annahme jedoch für die Profession Soziale Arbeit? Zahlreiche ExpertInnen aus diversen Sozialbereichen könnten jetzt darauf antworten: „Wir arbeiten nicht mit Maschinen sondern mit Menschen, ein Ergebnis ist niemals vorauszusehen und

schon gar nicht berechenbar. Ich kann und darf nie davon ausgehen, ein angestrebtes Ziel auch tatsächlich zu erreichen!“

Natürlich ist diese Annahme nicht von der Hand zu weisen, das Umschiffen von Klippen ist Alltagsgeschäft in der direkten KlientInnenarbeit und gerade deswegen ist es mehr als wichtig, sich mit den vorhandenen Risiken auseinanderzusetzen. Im Bereich des Produktionssektors finden sich zahlreiche Instrumente und Werkzeuge um Risiken zu identifizieren und in weiterer Folge zu vermeiden, im Bereich der Sozialen Arbeit befinden wir uns dahingehend gerade erst im Anfangsstadium.

3.2 „kritisches Ereignis“

Unter der Begrifflichkeit „kritisches Ereignis“, im englischen Sprachgebrauch auch bekannt als „critical incident“, könnte man Situationen einordnen, denen man einen problematischen Ursprung zuschreiben würde. Jede berufliche Tätigkeit birgt solche spezifische Situationen (kritische Ereignisse), welche besonderes Geschick, hohe Fachkompetenz und viel Know-how von allen involvierten Personen voraussetzen, um sie entsprechend zu bewältigen (vgl. <http://www.farabis.net>).

Das Handlungsfeld der MSB stellt die BetreuerInnen immer wieder vor die Herausforderung, solche kritischen Ereignisse zu meistern. Häufig ergeben sich daraus durchaus positive und gewinnbringende Erkenntnisse, teilweise können aber auch negative Konsequenzen die Folge sein. Kritische Ereignisse können entstehen, wenn gewisse Risiken nicht erkannt bzw. zu spät erkannt werden, aber auch einfach aus der Tatsache heraus, dass MitarbeiterInnen der MSB es mit einer sehr schwierigen, teilweise auch unberechenbaren Zielgruppe zu tun haben. Kritische Ereignisse, so könnte man das Handlungsfeld der MSB beschreiben gehören zum Alltagsgeschäft, gerade deshalb gilt es sich damit verstärkt auseinanderzusetzen und aus ihnen zu lernen.

3.3 Risikomanagement

Die Risikoerkennung bzw. die Identifikation eines Risikos ist der Grundbaustein von erfolgreichem Risikomanagement. Es geht vorrangig darum alle vorhandenen Risiken zu ermitteln und einen guten Gesamtüberblick zu erhalten, bei dieser Erfassung spielt es noch keine Rolle ob die Risiken von Seiten der Organisation, der MitarbeiterInnen oder von den KlientInnen ausgehen bzw. sogar verursacht werden (vgl. Bachert/ Peters/Speckert 2008:118).

„Als nächster Schritt folgt die Bewertung der ermittelten Risiken, vor dem Hintergrund der spezifischen Form der Leistungserbringung. Nur wenn ein Großteil der Risiken erkannt wird, können daraus auch geeignete Maßnahmen abgeleitet werden.“ (Bachert/ Peters/Speckert 2008:119) Nach der Identifikation und der Bewertung erfolgt die vertiefte Auseinandersetzung mit dem ermittelten Risiko, auch Risikoanalyse genannt (vgl. Bachert/ Peters/Speckert 2008:121). „Ziel der Risikoanalyse ist die qualitative Beurteilung der Risiken und ihre quantitative Messung, um so das Risikospektrum abzubilden.“ (Bachert/ Peters/Speckert 2008:121) Mit diesen drei Schritten bzw. Phasen des Risikomanagements ist die grundlegende Erfassung weitgehend abgeschlossen, danach beginnt das Analysestadium mit den weiteren Phasen Risikosteuerung und Risikoüberwachung.

Im Rahmen dieser Masterthesis geht es vorrangig um die Erfassung bzw. Erhebung von Risiken in der MSB bzw. um deren Bewertung und Gewichtung. Eine kleine Form der Analyse wird vorgenommen und besteht vorrangig darin, dass jene Risiken, welche im Rahmen der Erhebungen und ExpertInneninterviews am häufigsten genannt wurden aufgelistet werden. Zusätzlich wurde versucht, geeignete Maßnahmen aus den erhobenen Risiken abzuleiten, diese jedoch erheben nicht den Anspruch an absolute Vollständigkeit. Sie dienen lediglich dazu, Denkanstöße anzuregen und die weitere Auseinandersetzung mit Risiken, innerhalb der Sozialen Arbeit, voran zu treiben. Eine tiefer gehende Analyse, sowie Steuerung und Überwachung

der erhobenen Risiken kann in diesem Rahmen leider nicht abgehandelt werden.

3.4 Risikoinventar

„Inventar“ wird vom lateinischen „inventarium“ abgeleitet und bedeutet so viel wie vorfinden bzw. erwerben (vgl. www.duden.de). Auch diverse Synonyme wie Ausstattung, Bestand, Fundus, Hausrat und (bildungssprachlich) Ressource, lassen sich dieser Begrifflichkeit zuordnen (vgl. www.duden.de). „Risikoinventar“ versteht sich im Rahmen dieser Masterthesis primär als Ressource, Mittel und Werkzeug, welches den MitarbeiterInnen der MSB zur Verfügung steht um bestimmte Risiken zu bewältigen. Dabei wird es in den folgenden Ausführungen eine Differenzierung geben zwischen „vorhandenem Risikoinventar“- das sind Mittel die den MitarbeiterInnen zur Risikobewältigung bereits zur Verfügung stehen einerseits- und „erforderlichem Risikoinventar“, das sind Unterstützungen, welche es zur erfolgreichen Risikobewältigung noch braucht andererseits.

4. Methodenkapitel

4.1 Forschungsfrage

Im Rahmen dieser schriftlichen Masterarbeit soll folgende Forschungsfrage aufgearbeitet und auch beantwortet werden: *Welche Risiken und kritischen Ereignisse gibt es in der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung?*

Diese Fragestellung beinhaltet viele wesentliche Teilaspekte, welche natürlich im übergeordneten Zusammenhang nicht außer Acht gelassen werden dürfen.

- *Wie definieren MitarbeiterInnen der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung überhaupt Risiko bzw. kritische Ereignisse in ihrem Handlungsfeld?*
- *Welches Risikoinventar steht Ihnen zur Verfügung und wird auch angewendet?*

- *In welchen Bereichen, bzw. in welchen kritischen Situationen, fehlt dieses Risikoinventar noch, und was würde es zur erfolgreichen Bewältigung noch brauchen?*

4.2 Forschungsmethode/ Begründung

„Qualitative Sozialforschung ist ein wesentliches Teilgebiet der Empirischen Sozialforschung. Sie bemüht sich besonders um einen Blick auf die Qualitäten in der sozialen Wirklichkeit, also um Sachverhalte und Phänomene, die nicht (oder noch nicht) in Zahlen zu fassen und zu bewerten sind.“ (König 2007:42) Gleichzeitig ist sie gekennzeichnet durch ihre Offenheit gegenüber ihrem Untersuchungsgegenstand und der maximalen Variation von Sichtweisen (vgl. König 2007:42). Diese Tatsache hat mich dazu bewogen mich für die qualitative Sozialforschung zu entscheiden. Ziel dieser Masterthesis ist es, sich ein möglichst vollständiges und umfassendes Bild von vielen Teilaspekten zu machen und daraus ein Gesamtbild abzuleiten, dafür bietet die qualitative Sozialforschung die idealen Rahmenbedingungen.

4.3 Datenerhebung/ Begründung

Die Daten bzw. wesentlichsten Erkenntnisse meiner Forschung beziehe ich aus Leitfrageninterviews mit den ExpertInnen der MSB. Aktiv tätige MitarbeiterInnen der MSB verfügen einerseits über die erforderlichen fachlichen Kenntnisse bzw. Erfahrungen und andererseits über die strukturellen und organisatorischen Zusammenhänge, welche es ermöglichen die aufgeworfenen Forschungsfragen zu beantworten. Durch unterschiedliche ExpertInneninterviews (z.B. BerufseinsteigerInnen, langjährige MitarbeiterInnen...etc.), sollte eine Vielfalt an Wissen und Erkenntnisse ermittelt und gewonnen werden. Das Interview hat den Vorteil, dass alle befragten Personen möglichst frei und offen zu Wort kommen können, dennoch ist es mit Hilfe der Leitfragen, welche zuvor entwickelt wurden zentriert auf bestimmte Problemstellungen (vgl. Mayring 2002:67).

Die ergänzende Literaturanalyse bildet eine wesentlich Grundlage, um die neuen ermittelten Erkenntnisse mit bereits bekanntem Wissen in Verbindung zu bringen und so ein Werk mit Nachhaltigkeit zu schaffen.

4.4 Auswertungsverfahren

Meine Auswahl im Hinblick auf das Auswertungsverfahren ist auf die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gefallen. Diese Analyse als Auswertungsmethode ermöglicht es sehr gut, umfangreiches Datenmaterial, welches aufgrund der ExpertInneninterviews vorhanden ist, entsprechend zu bündeln und in überschaubare Maße zusammen zufassen ohne, dass dabei wesentlichen Inhalte und Daten verloren gehen. Text- und Interviewpassagen werden dabei ganz bewusst systematisch analysiert, im Zentrum steht dabei ein am theoriegeleitetem Material entwickeltes Kategoriensystem, dadurch wird festgelegt welche Aspekte herausgefiltert werden (vgl. Mayring 2002:114).

5. Ergebnisteil

5.1. Risikoanalyse in der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung

Im Rahmen der Erhebungen und der geführten ExpertInneninterviews aus diesem Handlungsfeld, konnten zahlreiche Risiken bzw. Risikofelder im Bereich der MSB erhoben werden. Um einen besseren Überblick über die ermittelten Risiken zu erlangen, wurde versucht die Risiken in drei wesentliche Bereiche zu unterteilen, folgende Grafik sollte dies näher veranschaulichen.



Grundsätzlich sei hier angemerkt, dass sich nicht alle erhobenen Risiken immer eindeutig einem der drei angeführten Bereiche zuordnen lassen es gibt durchaus immer wieder Überschneidungen zwischen den Einzelnen. Die im Folgenden angeführte Tabelle mit den erhobenen Risiken, zeigt solche Überschneidungen auf, gleichzeitig dient sie als Gesamtübersicht aller im Rahmen dieser Masterthesis erhobenen und angeführten Risiken. Das große „X“ kennzeichnet dabei jenen Bereich, in welchem das angeführte Risiko eingeordnet werden kann.

Erhobene Risiken	Risiken Handlungsfeld	Risiken KlientInnen	Risiken SozialarbeiterInnen
EinzelkämpferIn	X	X	
Mobiles Betreuungssystem	X		
Gesundheitsrisiken	X	X	X
Unfälle (z.B. Haushaltsunfälle)	X	X	X
Zwangseinweisungen/ Krisensituationen	X	X	X
Einbauen in das Wahnsystem		X	X
Schwierige Familiensysteme		X	X
Abhängigkeit vom/von BetreuerIn		X	X
Hohes Aggressionspotential der KlientInnen		X	X
Erstkontakte		X	X
Fehlende psychiatrische Kenntnisse der MitarbeiterInnen		X	X
Einschulung neuer MitarbeiterInnen	X		X
KlientInnenübergaben			X
Dokumentationsprobleme			X
Probleme mit der Selbstorganisation			X
Vernetzung mit anderen Helfersystemen und KooperationspartnerInnen			X
Zu lange Betreuungszeiten	X		X

In den folgenden Ausführungen werden alle drei Bereiche genauer erläutert und die ausgewerteten Risiken näher dargestellt bzw. präziser definiert. Zu Beginn wird das übergeordnete Risiko vorgestellt, danach erfolgt stets eine einfache Form der Risikoanalyse. Hierbei wird das übergeordnete Risiko operationalisiert in mehrere untergeordneten Risiken. Parallel dazu werden in Tabellenform Optimierungsvorschläge eingebracht. Die Optimierungsvorschläge bestehen sowohl aus einer Aufzählung des bereits vorhandenen Risikoinventares, sowie aus ersten Ideen und Denkanstößen von noch erforderlichen Risikoinventaren. Folgende Übersicht soll die im Rahmen dieser Masterthesis angewendete Vorgehensweise besser verdeutlichen.



Es würde wohl den Rahmen dieser schriftlichen Masterthesis sprengen, wenn alle Risiken aus allen Bereichen und die entsprechenden Lösungsmaßnahmen explizit und detailreich angeführt werden würden, aus diesem Grund liegt der Fokus der weiteren Ausführungen vorrangig im Bereich der Risiken, welche von den SozialarbeiterInnen selbst produziert werden.

5.1.1 Risiken des Handlungsfeldes

Die Tätigkeit der MSB ist von Grund auf- dies zeigte bereits auch die Einführung im ersten Kapitel- ein sehr risikoreiches Handlungsfeld. Zahlreiche Bedingungen wie beispielsweise der mobile Einsatz, oder die Tatsache, dass man als EinzelkämpferIn direkt Vorort ist, sind erhöhte Risikofaktoren, denen die MitarbeiterInnen der MSB jeden Tag ausgesetzt sind. Nach langen Überlegungen, ob jene Risiken auch im Rahmen dieser Masterthesis einen Raum bekommen sollten, habe ich mich bewusst dafür entschieden, einerseits weil es in den Interviews mit den ExpertInnen sehr viel Platz eingenommen hat und andererseits weil es auch von großer Bedeutung sein kann, das Bewusstsein zu schärfen.

Folgende Risiken konnten erhoben, welche diese Einschätzung stützen.



5.1.1.1 EinzelkämpferIn

Dieser Aspekt wurde nahezu von jedem/jeder InterviewpartnerIn als bedeutendes Risiko angeführt. Wie bereits schon in der Tätigkeits- bzw. Handlungsfeldbeschreibung ersichtlich, handelt es sich beim Klientel um chronisch psychiatrisch erkrankte Personen, was gleichzeitig bedeutet, dass es

in den Wohnungen der Betroffenen immer wieder zu extrem kritischen Situationen kommen kann. Folgende Interviewpassagen sollten dies verdeutlichen:

...kam es dann eben zu einer Situation wo es dann eigentlich eskaliert ist, wo er dann einfach mal probiert hat wie weit er gehen kann, indem er die Kollegin dann erst einmal nicht aus der Wohnung gelassen hat... (11:Z64-66)

...ja der Klient hat gedroht und das war jetzt kein so angenehmes Gefühl....dass löst schon auch Emotionen aus bei einem selbst....(12:Z43-44)

...KlientInnen können in Krisenfällen handgreiflich werden, oder aggressiv ...man ist dann auch alleine vor Ort.....auch die Angehörigen sind natürlich dann gefährdet...(13:Z46-48)

5.1.1.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
Kritische Situationen	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei kritischen Vorzeichen können zusätzliche MitarbeiterInnen mitgenommen werden (Bedarf einer Genehmigung der Einrichtungsleitung). ○ Diensthandy steht jedem/jeder MitarbeiterIn zur Verfügung um Hilfe zu holen. ○ Bei sehr schwierigen KlientInnen gibt es in Ausnahmefällen die Möglichkeit einer Dualbetreuung (Diese Ausnahmeregelungen müssen jedoch frühzeitig von der zuständigen Bezirkshauptmannschaft bewilligt werden). <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ein vereinfachter bürokratischer Weg würde es erleichtern schneller einen/eine

	<p>MitarbeiterIn zur Unterstützung insbesondere auch vorbeugend heranziehen. So würde diese Ressource/Risikoinventar häufiger genutzt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zusätzlich wäre es überaus vorteilhaft, von jedem/jeder KlientIn einen individuellen Notfallplan (am besten vom/von der BezugsbetreuerIn) zu erstellen. Darin können wichtige Aspekte vermerkt werden wie beispielsweise: KlientIn reagiert immer sehr gereizt auf z.B. PsychiaterIn, Klinik...usw. ○ Fortbildungen im Bereich Selbsterfahrung können zudem eine wesentliche Ressource darstellen, um sich selbst in solchen kritischen Situationen besser einschätzen zu können und handlungsfähig zu bleiben.
<p>Nicht immer ist ein/eine KollegIn in Notsituationen telefonisch auch tatsächlich erreichbar</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt die Möglichkeit sich in solchen Situationen direkt Hilfe im Beratungszentrum zu holen bzw. wenn möglich den Facharzt zu kontaktieren. Auch der/die FachbereichsleiterIn kann in letzter Konsequenz herangezogen werden. <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundvoraussetzung für die Bewältigung einer Krisensituation ist stets ein aufgeladenes Diensthandy, dafür ist jeder/jede MitarbeiterIn selbst verantwortlich. Sollte vor KlientInnterminen überprüft werden! ○ Eine Liste mit Notfallnummern sollte

	grundsätzlich jedem/jeder neuen KollegenIn zur Verfügung gestellt werden (z.B. Polizei, Krisendienst,...usw.) um schnell und effektiv reagieren zu können, für den Fall, dass kein/keine KollegelIn erreichbar ist.
--	---

5.1.2.1 Mobiles Betreuungssystem

Das Handlungsfeld der MSB birgt ein hohes Gefahrenpotential für MitarbeiterInnen, da es sich vorrangig um einen mobilen Dienst handelt. Die MitarbeiterInnen sind größtenteils mit Fahrzeugen unterwegs und den unterschiedlichsten Straßenbedingungen und stark zunehmenden Verkehrsaufkommen ausgesetzt. Welche Risiken diese Mobilität mit sich bringt veranschaulichen folgende Interviewpassagen:

...dadurch dass wir mobil unterwegs sind befinden wir uns viel im Straßenverkehr...und da fällt mir auch ein, dass bei so einer Witterung wie heute auch das Unfallrisiko natürlich viel größer ist... (I1:Z96-98)

...dies gilt auch für Risiken im Bereich Straßenverkehr...ich kann selbst entscheiden ob ich einen Fahrtechnikkurs besuche...(I3:Z128-130)

5.1.2.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
Schlechte Witterungsverhältnisse (z.B. Schnee, starker Regen...usw.)	<u>Vorhandenes Risikoinventar</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fahrtechnikkurse werden in regelmäßigen Abständen, aber auf freiwilliger Basis den MitarbeiterInnen angeboten (müssen nicht zwingend mit den Dienstautos durchgeführt werden)

	<p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Überlegungen, ob solche Kurse nicht verpflichtend und in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden sollten, oder im Rahmen der Einschulung für neue MitarbeiterInnen bindend sein könnten. ○ Von Vorteil wäre es die Fahrtechnikurse mit dem Dienstauto`s zu absolvieren.
<p>Unkonzentriertheit am Steuer durch Gespräche mit dem KlientInnen</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Umgang mit diesem Risiko liegt in der individuellen Eigenverantwortung jedes/jeder MitarbeitersIn. <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundsätzlich lassen sich Gespräche mit KlientInnen während den Fahrten nicht völlig unterbinden, zudem sind sie auch häufig eine wesentliche Ressource, da man viele Erkenntnisse gewinnen kann. Vielen KlientInnen fällt es in diesem ungezwungenen Setting leichter sich zu öffnen. Dennoch ist es ein Risiko, welchen man sich durchaus bewusst sein sollte. ○ Hier ist jeder/jede MitarbeiterIn gefragt individuell zu entscheiden. Lenkt ein/eine KlientIn während der Fahrt zu sehr ab, so wäre es notwendig dies auch anzusprechen und eine entsprechende Lösung zu finden.
<p>Unkonzentriertheit durch Telefonate mit KollegInnen</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einige MitarbeiterInnen verfügen über Freisprecheinrichtungen im Dienstauto.

	<p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Freisprecheinrichtungen sollten in allen Dienstautos installiert und eingebaut werden.○ Telefonate sollten grundsätzlich nicht während der Fahrt geführt werden. Es gibt die Möglichkeit anzuhalten und in Ruhe und konzentriert zu telefonieren oder gegeben falls später zurückzurufen (Eigenverantwortlichkeit jedes/jeder MitarbeitersIn ist für den Umgang mit diesem Risiko unerlässlich)
--	---

5.1.3.1 Gesundheitsrisiken

Unter die Begrifflichkeit der Gesundheitsrisiken fallen laut Angaben der ExpertInnen viele Risiken, welche sich auf die Gesundheit und das Wohlergehen der MitarbeiterInnen erheblich auswirken können, folgende Interviewpassagen zeigen einige davon deutlich auf.

...Gesundheitsrisiken sehe ich auch darin, dass sehr viele unserer KlientInnen starke Raucher sind... und wir uns da auch einfach sehr schwer tun so einen Arbeitsbereich zu schaffen wo ich jetzt meine MitarbeiterInnen vor Belastungen schützen könnte.. Also dass kann man nur individuell vielleicht mit dem Klienten klären...aber das ist halt dann schwierig..oder man geht halt mit dem Klienten raus...und dann ist im Winter halt wieder sehr kalt....also dass ist halt ein Problem....Ein gesundheitliches Problem ist sicher auch die teilweise nicht vorhandene Hygiene in den einzelnen Wohnungen der KlientInnen....also wenn man mal dringend das WC benutzen....da versuchen wir uns, dass eh immer so einzuteilen...dass man nicht gerade bei dem Klienten gehen muss..aber manchmal geht es halt auch nicht anders- da es doch schwer einzuteilen ist. Da ist man dann auch irgendwie gezwungen sich dem auszusetzen.... (I1:Z106-116)

...Hygienische Bedingungen können wir schwer verändern, je nachdem wie chaotisch der Klient drauf ist....es ist wichtig sich entsprechend zu schützen mit Einweghandschuhen arbeiten.....Desinfektionsmittel verwenden....und das WC so gut es geht meiden....man muss

auch ein wenig Breitschaft in diesem Job mitbringen und darf nicht davon ausgehen, dass es bei jedem Klienten gleich steril ist...in ganz schlimmen Fällen kann man es auch ansprechen und Hilfe mobilisieren zum Beispiel Heimhilfe...es sollte zu keiner Verwahrlosung kommen...man hat sowohl Verantwortung für sich selbst und auch für den Klient.... (I3:Z121-129)

5.1.3.2 Risikoanalyse

Die vorhandenen Mittel hinsichtlich der Gesundheitsrisiken der MitarbeiterInnen der MSB stützen sich vorrangig auf individuellen Vereinbarungen mit den KlientInnen. Diese Absprachen werden jedoch meist, nach Angaben der BetreuerInnen nur bedingt eingehalten. Somit erfordert die Auseinandersetzung im Hinblick auf die eigene Gesundheit und das Wohlergehen der MitarbeiterInnen stets sehr viel Eigenverantwortung und Geduld im Hinblick auf individuell getroffene Absprachen mit den KlientInnen.

Risiko	Risikooptimierung
Mangelnde Körperhygiene der KlientInnen/ starke Nebenwirkungen durch die Einnahme von diversen Medikamenten (z.B. Harninkontinenz, starke Schweißabsonderungen usw.)	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Individuelle Vereinbarungen zwischen KlientInnen und BetreuerInnen. ○ Wenn die Zustände unzumutbar sind kann eine Meldung an die Leitung bzw. Fachbereichsleitung gemacht werden. ○ Betreuungswechsel möglich (jeder/jede MitarbeiterIn hat eine andere Hemmschwelle). <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Desinfektionsmittel (Tücher, Sprays...usw.) sollten grundsätzlich allen MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt werden.
Ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis) und Übertragung von Parasiten (z.B. Läuse)	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Freiwillige Impfungen werden den MitarbeiterInnen jährlich angeboten.

	<p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ansteckende Erkrankungen sollten im KlientInnenakt unbedingt vermerkt werden (auch für Vertretungen). ○ Informationen diesbezüglich sollten verpflichtend an die KollegInnen weitergeleitet und gemeldet werden. ○ Entsprechende Medikamente und Mittel wären zum Selbstschutz der BetreuerInnen zur Verfügung zu stellen (z.B. treten Läuse auf bei einem/einer KlientIn, so sollte der/die MitarbeiterIn nicht selbst für diverse Mittel aufkommen) ○ Weiterbildungen/Schulungen im Hinblick auf Ansteckungsgefahren bzw. ansteckende Krankheiten.
<p>Mangelnde Hygienezustände in den Wohnungen der KlientInnen (z.B. Haustiere, welche mit ihren Exkrementen die Wohnung verunreinigen...usw.)</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Individuelle Absprachen mit den KlientInnen (z.B. Termine finden nur außerhalb der Wohnung statt). <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine Möglichkeit wäre es im Team und gemeinsam mit einem/einer ArztIn, eine Checkliste zu erstellen darüber welche Zustände für die Gefährdung der eigenen Gesundheit nicht länger tragbar bzw. unzumutbar sind (z.B. starker Schimmel...usw.). In solchen Fällen hat der/die KlientIn die Verpflichtung eine Haushaltshilfe zu bestellen, ansonsten kann die Betreuung nicht weiter gewährleistet werden.

Starke RaucherInnen	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Individuelle Absprachen mit dem/der KlientIn (z.B. es werden nur 5 Zigaretten im Rahmen der Betreuung geraucht oder der/die KlientIn raucht am Balkon während der Betreuungseinheit) <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Eine Möglichkeit wäre es in der Zuteilung der KlientInnen darauf zu achten, dass ein/eine BetreuerIn hingeschickt wird, welche beispielsweise selbst raucht. (natürlich wird dies logistisch nicht immer möglich sein, aber es kann darauf geachtet werden)
---------------------	--

5.1.4.1 Unfälle

Durch diverse Aktivitäten und Unternehmungen steigt natürlich auch die Unfallgefahr bzw. Verletzungsgefahr der MitarbeiterInnen. Dennoch sind diese Unternehmungen wesentliche Schwerpunkte in der Betreuung durch die MSB und können daher auch nicht gänzlich gemieden werden. Welche Gefahren und Risiken hier auf die MitarbeiterInnen lauern verdeutlichen folgende Interviewauszüge:

...dadurch, dass wir eigentlich in den Lebensbereichen des Alltags mit involviert sind in der Betreuung gibt es auch so Beispielrisikofelder wie ganz normale Haushaltsunfälle... also ich sag jetzt mal ein banales Beispiel, es ist Gott sei Dank noch nie passiert, dass jetzt wer beim Klient Fensterputzen hilft und mit der Leiter verunfallt. Solche Risiken sind auf jeden Fall schon mal gegeben...(11:Z92-96)

5.1.4.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
<p>Diverse Unfallgefahren bei Freizeitaktivitäten (z.B. Wanderungen, Spaziergänge...usw.)</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundsätzlich hat jeder/jede MitarbeiterIn die Möglichkeit einzelne Freizeitaktivitäten und Unternehmungen zu verwehren. Hierbei ist jedoch eine gewissenhafte Selbstreflexion von Vorteil: Was kann ich gut? Wo fühle ich mich sicher? Wobei fühle ich Unbehagen? <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Besonders für neue KollegInnen ist eine Rückversicherung mit der Einrichtungsleitung und KollegInnen enorm wichtig.
<p>Diverse Unfallgefahren bei Haushaltsunfällen (z.B. Mithilfe bei Haushaltstätigkeiten...usw.)</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Versicherungsschutz über den Arbeitgeber ist gewährleistet. ○ Als wichtigstes vorhandenes Risikoinventar stellt sich im Hinblick auf die Unfallgefahr die persönliche und eigenverantwortliche Vorgehensweise dar. Jeder/jede MitarbeiterIn hat individuelle Hemmschwellen bzw. Grenze. So gibt es beispielsweise MitarbeiterInnen, welche einzelne Tätigkeiten bewusst unterlassen, weil ihnen persönlich das Risiko zu hoch ist <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine Möglichkeit wäre es, einen Katalog/Checkliste zu erstellen.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hierin soll einheitlich vermerkt werden, welche Haushaltstätigkeiten zu unterlassen sind, da die Verletzungsgefahr zu hoch ist.
--	---

5.1.5.1 Zwangseinweisungen/Krisensituationen

Zwangseinweisungen sind nach Angaben der MitarbeiterInnen nicht alltäglich. Dennoch kann es immer wieder zu solchen kritischen Ereignissen kommen, in denen man meist alleine vor Ort ist. Dies stellt natürlich ein großes Risiko für die MitarbeiterInnen dar, da es einerseits um Selbst- und Fremdgefährdung geht und andererseits auch um die richtige Einschätzung des Hilfebedarfs. Erschwerend kommt hinzu, dass eine gewisse Reihenfolge, zum eigenen Schutz der MitarbeiterInnen beachtet und eingehalten werden muss. Vor allem für neue und noch unerfahrene KollegInnen, ist dies meist ein Horrorszenario und mit viel Unbehagen und Ängsten verbunden.

5.1.5.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
Falsche Einschätzung der Situation bei einer Zwangseinweisung	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Arbeitgeber schreibt eine klare und deutliche Vorgehensweise im Kontext mit Zwangseinweisungen vor, dazu gibt es auch ein konkretes Dokument, welches allen MitarbeiterInnen zur Verfügung steht (siehe unten) <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Solche Szenarien (Übungssettings) könnten insbesondere für und mit neuen KollegInnen im Rahmen von Supervisionen öfters durchgespielt werden. ○ Zudem sollte jeder/jede neue KollegIn dieses vorhandene Dokument zur richtigen

	<p>Vorgehensweise, im Rahmen der Einschulung erhalten.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Verpflichtende Notfallpläne über jeden/jede Klienteln könnten unter anderem auch dazu beitragen um solche Krisensituationen besser einschätzen zu können.○ Weiterbildungen im Bereich der Selbsterfahrung zur besseren Selbsteinschätzung in solchen Krisensituationen könnten dahingehend mehr Bedeutung erhalten und öfters in Anspruch genommen werden.
--	--

Abb.2: Vorgehen im Krisenfall

Krise/Notfall NICHTFACHMITARBEITERIN

1. Anwendungsbereich
Gilt für Bearbeitung von Krisensituationen mit KlientInnen durch NichtfachmitarbeiterIn (zB GF, Zivildienstler, Verwaltung).

Grundsätzlich sollte die Einrichtung außerhalb der Öffnungszeiten abgesperrt sein, wenn nur 1 MA anwesend ist.

2. Krisen erkennen

- offensichtlicher Ausnahmezustand, Leidensdruck (zB weint, äußert Verzweiflung)
- Äußerung der betroffenen Person („Ich weiß nicht mehr weiter“, „ich habe eine Krise“, „ich brauche jetzt/heute Hilfe“)
- Verwirrung; nicht zugänglich bei Ansprache (auch unter Drogen und Alkohol)
- Aggression; unruhiges erregtes Verhalten
- **subjektives Überforderungsgefühl der NichtfachmitarbeiterIn**

AUCH: unmittelbare Selbst- und Fremdgefährdung (mit Ankündigung von Gewalt gegen sich und/oder andere)

3. Verhaltensregeln - KlientIn am Telefon

- Hinweis an die betroffene Person, dass man selbst keine Fachkraft ist und sich um fachliche Hilfe bemühen wird.
- Ein/e FachmitarbeiterIn oder der/die FÄ der Einrichtung muss verständigt werden.
- Nicht alleine lassen, bis Hilfe kommt; versuchen, Kontakt am Telefon nicht abreißen zu lassen (zuhören, selbst ruhig bleiben, einführend antworten, Leiden ernst nehmen).
- Name, Telefonnummer, Adresse erfragen
- Info geben, dass jemand „Kompetenter“ kommt und die Betreuung übernehmen wird.
- KlientIn weigert sich zu kommen, Ankündigung von Gewalt gegen sich und/oder andere, Kontakt reißt ab und ist nicht mehr erreichbar - Info an FachmitarbeiterIn (wenn noch im Haus) oder Polizei/Rettung verständigen
- Wenn Polizei/Rettung verständigt, ehest möglich FachmitarbeiterIn informieren

4. Verhaltensregeln - im direkten KlientInnenkontakt

- Hinweis an betroffene Person, dass man selbst keine Fachkraft ist und sich um fachliche Hilfe bemühen wird
- Getränk anbieten und Raum schaffen, wo er/sie in Ruhe warten kann
- Nicht alleine lassen, bis Hilfe kommt; versuchen Kontakt nicht abreißen zu lassen (zuhören, selbst ruhig bleiben, einführend antworten, Leiden ernst nehmen)
- Name, Telefonnummer, Adresse erfragen
- Ein/e FachmitarbeiterIn oder den/die FÄ der Einrichtung verständigen
- Info geben, dass jemand „Kompetenter“ kommt und die Betreuung übernehmen wird

Beim Gefühl von Bedrohung auf räumliche Distanz gehen und auf Selbstschutz achten!

FachmitarbeiterIn im Haus:	• Übergabe an FachmitarbeiterIn
FachmitarbeiterIn nicht im Haus:	KlientIn: Ankündigung von Gewalt gegen sich und/oder andere: <ul style="list-style-type: none">• Polizei (Rettung) verständigen• KlientIn will gehen, darf nicht festgehalten werden• Wenn Polizei/Rettung verständigt, ehest möglich FachmitarbeiterIn informieren

5. Wichtige Telefonnummern:

Rotes Kreuz: **144**
Polizei: **133**

6. Dokumentation
Gedächtnisprotokoll sofort im Anschluss erstellen, Informationsweitergabe an FachmitarbeiterIn, Doku erfolgt durch FachmitarbeiterIn.

5.2.1 Risiken durch KlientInnen

Sehr viele Risiken im Handlungsfeld der MSB gehen von den KlientInnen aus und können von den MitarbeiterInnen kaum bzw. nahezu gar nicht gesteuert werden. Im Folgenden möchte ich nur einige Risikofaktoren anführen, welche auch in den Interviews vermehrt genannt wurden, um dem/der LeserIn einen besseren Einblick in das Handlungsfeld zu gewähren. Da sich das Risikoinventar bzw. die Optimierungsvorschläge in den folgenden Ausführungen sehr gleichen, wird in diesem Zusammenhang eine zusammenfassende Risikoanalyse durchgeführt, und das vorangegangene Muster der Aufbereitung unterbrochen.



5.2.1.1 Einbauen in das Wahnsystem

Durch die psychiatrischen Erkrankungen der betroffenen Personen kann es immer wieder vorkommen, dass ein/eine BetreuerIn Teil eines Wahnsystems werden kann. Dies birgt nicht nur ein erhöhtes Risikopotential für den/die KlientIn sondern auch für den/die BetreuerIn. Infolge dessen kann es sehr schnell passieren, dass der/die BetreuerIn zunehmend handlungsunfähig wird und keine entsprechende Hilfestellung bzw. Unterstützung für den/die KlientIn

mehr darstellt. Folgende Interviewpassage soll diese risikoreiche Situation nochmals verdeutlichen.

...ähm wenn ich da jetzt an die Vergangenheit zurück denke hat es auch schon Fälle gegeben wo Schizophrenie erkrankte Klienten dich oft einmal in ihr Wahnsystem mit einbauen...das kann dann oft einmal sehr unangenehm werden... Wenn es dann so weit ist, dann kann man gar nichts mehr steuern....also in diesem Fall wo ich das ganz konkret miterlebt habe war das zum Teil auch ein wenig bedrohlich...das haben wir dann so gelöst, dass wir zu zweit und gleichzeitig weiter betreut haben...aber wenn man selber erst einmal Teil ist von dem Ganzen System, dann ist es sehr schwierig, dass man da wieder raus kommt...(I2:Z27-38)

5.2.1.2 Schwierige Familiensysteme

In der MSB werden nicht nur alleinstehende Personen betreut, sondern es kommt auch immer wieder vor, dass KlientInnen in einem Familienverbund bzw. in einem gemeinsamen Haushalt mit anderen leben. Diese Tatsache kann durchaus von Vorteil sein, wenn man davon ausgeht, dass die betroffene Person noch weitere Bezugspersonen und AnsprechpartnerInnen in schwierigen Situationen hat. Gleichzeitig kann diese Tatsache für die BetreuerInnen in der MSB auch eine große Herausforderung darstellen und bestimmte Risikofaktoren mit sich bringen. Einen kleinen Einblick in solche kritischen Ereignisse ermöglicht folgende Interviewpassage.

...wirklich schwierig kann es auch mit den unterschiedlichen Familiensystemen werden...also der Klient lebt in der Regel in einem Familienverbund...diese Dynamik macht natürlich viel aus und muss in der Betreuung immer wieder auch mitberücksichtigt werden...die Angehörigen haben nicht immer die gleichen Vorstellungen wie der Klient selber...so entstehen da sehr häufig Spannungsfelder...(I2:Z59-63)

5.2.1.3 Abhängigkeit vom/von BetreuerIn

Das Betreuungsverhältnis der MSB ist ein sehr intensives und engmaschiges. Dies ergibt sich einerseits dadurch, dass ein und derselbe/dieselbe BetreuerIn den/die KlientIn über einen sehr langen Zeitraum hinweg betreut und begleitet und andererseits dadurch, dass meist mehrere Stunden pro Woche Betreuung stattfindet. Aus diesem Aspekt heraus ergibt es sich zwangsläufig, dass

zwischen BetreuerIn und KlientIn ein besonderes Naheverhältnis entsteht. (siehe dazu: Hinterecker/ Moes/ Müller 2013:41) Dieser intensive Beziehungsaufbau ist auch ausschlaggebend für die Erreichung der gemeinsam vereinbarten Betreuungsziele. Gleichzeitig kann er aber auch als Risikofaktor eingestuft werden, wenn sich aus der Beziehung eine Abhängigkeit entwickelt.

...wenn man schon 5- 7 Jahre beim gleichen Klient ist und schon abstumpft...da entwickeln sich Strukturen die man leicht übersieht...oder man wird selber ein Teil des Systems...und dann kommt man vielleicht in die Situation, dass man nicht mehr so professionell ist...man kann dann die Perspektive nicht mehr wechseln...(11:Z279-283)

5.2.1.4 Hohes Aggressionspotential/ Gewaltgefahr

Viele der betreuten Personen im Rahmen der MSB durchleben aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen stets immer wieder sehr intensive Gefühlsschwankungen und Krisensituationen (z.B. manische Phasen). In der Praxis gibt es immer wieder KlientInnen, welche in solchen Situationen dazu neigen aggressiv zu werden bzw. von denen sogar eine gewisse Verletzungs- und Gewaltgefahr ausgeht. Diese kritischen Situationen stellen ein hohes Risikopotential für die zuständigen BetreuerInnen dar.

...Klienten können in Krisenfällen handgreiflich werden, oder aggressiv ...man ist dann auch alleine vor Ort.....auch die Angehörigen sind natürlich dann gefährdet...es ist sogar schon mal zu einem Handbruch gekommen bei einem Klient...(13:Z46-49)

5.2.1.5 Risikoanalyse

Was alle vier angeführten Risikofelder gemeinsam haben ist die Tatsache, dass zu ihrer Erkennung sehr häufig eine Selbsteinschätzung (z.B. Dokumentation, Selbstreflexion...usw.) nicht mehr ausreicht. Hierbei braucht es neben der persönlichen Selbsteinschätzung auch sehr häufig eine Fremdeinschätzung, um sich diverser Gefahren, welche diese ermittelten Risiken bergen, bewusst zu werden.

Dies kann durch mehrere unterschiedliche Settings in der Praxis erfolgen:

- Teambesprechungen
- Fallbesprechungen
- Einzel- und Teamsupervisionen
- MitarbeiterInnengespräche
- Fortbildungen und Weiterbildungen
- Vernetzungen mit KooperationspartnerInnen

Alle angeführten Settings bieten die Möglichkeit eigene blinde Flecken aufzudecken und Risiken frühzeitig zu erkennen. Voraussetzung dafür jedoch ist einerseits die aktive Nutzung solcher Ressourcen, andererseits die Bereitschaft sich in solchen Settings auch entsprechend zu öffnen und Informationen zu seinen Fällen zu vermitteln.

Neben diesem sehr wesentlichen fremden Blick, spielt aber auch die Selbsteinschätzung und die damit verbundenen Selbstevaluation eine wesentliche Rolle (siehe dazu: Hinterecker/ Moes/ Müller 2013:113). Darum ist es mir ein großes Anliegen diesen Aspekt in der vorliegenden Masterthesis vertiefend und etwas ausführlicher aufzugreifen.

„Selbstevaluation meint die Beschreibung und Bewertung von Ausschnitten des eigenen alltäglichen beruflichen Handelns und seiner Auswirkungen nach (selbst) bestimmten Kriterien.“ (König 2007:41)

Diese Definition von Selbstevaluation enthält im Wesentlichen vier Grundgedanken:

- Es geht dabei vorrangig um die Beschreibung und Bewertung unseres beruflichen Alltags.
- Gewisse Praxissituationen müssen definiert und dieser Bewertung unterzogen werden.
- Berufliches agieren als auch daraus resultierende Konsequenzen können Gegenstand der Bewertung darstellen.
- Als Maßstab für die Bewertung dienen einzig und allein selbst formulierte Kriterien, welche aber stets eigenverantwortlich fachlich und theoretisch begründet werden sollten (vgl. König 2007:41).

Selbstevaluation ist nur dann relevant und möglich, wenn jemand auch bereit ist seine verwundbaren Stellen zu offenbaren. Solche Bereitschaft benötigt eine Reihe von Voraussetzungen:

- „Man muss sie sich leisten können. In einem Klima, in dem Angst und wechselseitige Bedrohung herrschen, ist Selbstevaluation unmöglich.
- Sie muss freiwillig sein und kann nicht erzwungen werden. Sie muss davor geschützt sein, missbraucht zu werden.
- Sie erfordert Zivilcourage.“ (Ningel 2011:201 zit. in Müller 1993:129)

Einige ermittelte Risiken haben mich dazu veranlasst einen individuell auf das Tätigkeitsfeld der MSB abgestimmten Selbstevaluationsbogen zu erstellen. Dieser jedoch erhebt nicht den Anspruch an Vollständigkeit und ist unbegrenzt ausbaufähig, kann jedoch im Hinblick auf folgende Risiken durchaus sinnvoll eingesetzt werden:

- Risiken durch KlientInnen (z.B. Abhängigkeiten, blinde Flecken, Aggressionspotential...etc.)
- Risiken im Hinblick auf die Selbstorganisation und persönliches Zeitmanagement (werden im Zuge dieser Masterthesis noch angeführt)

Dieser Bogen wurde bewusst eher kurz gehalten, da er jederzeit herangezogen werden sollte, auch dann wenn die Zeitressourcen der MitarbeiterInnen eher knapp ausfallen. Denn nur was auch wirklich kurz gefasst ist, findet regelmäßig im Alltag entsprechend Platz und Raum. Ziel ist es, dass die MitarbeiterInnen der MSB die angeführten Fragestellungen für sich eigenverantwortlich und aufrichtig beantworten. Wenn die persönlichen Antworten auf diese Fragestellungen noch mehr Fragen und Unklarheiten aufwerfen, bzw. bestimmte unangenehme Ahnungen, Wahrnehmungen und Vermutungen bestätigen, so kann es sein das Handlungsbedarf besteht und Unterstützung erforderlich ist.

Bei der Handhabung spielt es keine Rolle, ob der gesamte Bogen stets beantwortet wird, es können durchaus auch einzelne Bereiche aufgegriffen

werden. So kann es beispielsweise akute Probleme in der direkten KlientInnenarbeit (z.B. belastendes Familiensystem) geben, infolge dessen kann jener Teil mit dem Schwerpunkt: „*Direkte KlientInnenarbeit*“ für die Selbstevaluation herangezogen werden.

Selbstevaluationsbogen für MitarbeiterInnen der MSB

Schwerpunkt: Selbstorganisation und persönliches Zeitmanagement

- Wie viele KlientInnenkontakte vereinbare ich an einem Arbeitstag?
- Wie viele KlientInnen kann ich am Tag betreuen, so dass ich noch genügend persönliche Ressourcen (z.B. Konzentration, Ausdauer...etc.) für die laufende Dokumentation habe?
- Wie viel Zeit habe ich pro Arbeitstag für die laufende Dokumentation einberechnet bzw. auch dann tatsächlich zur Verfügung?
- Hänge ich mit der Dokumentation nach, oder bin ich stets am aktuellen Stand?
- Wie lang ist mein durchschnittlicher Arbeitstag, häufig länger als 8 Stunden?
- Habe ich am Ende einer Arbeitswoche, das Gefühl nichts geschafft zu haben und vor einem großen Berg an Arbeit zu sitzen?
- Wann steht der Terminplan für die kommende Arbeitswoche fest, eine Woche früher, zwei Wochen früher?

Schwerpunkt: Direkte KlientInnenarbeit

- Gibt es einzelne KlientInnenkontakte, bei welchen sich häufig vor und während dem wahrnehmen der Termine ein starker Widerwillen bzw. innerlicher Widerstand in mir breit macht? Wenn ja, warum (z.B. Ängstlichkeit, Lähmung, Hemmungen...etc.)?
- Gibt es KlientInnen, welche mich häufig gedanklich beschäftigen (z.B. auch wenn kein Termin vereinbart ist) und auch nach Dienstschluss nicht zur Ruhe kommen lassen?
- Gibt es bestimmte KlientInnenkontakte, bei denen ich das Gefühl habe, alles schon mehrfach gehört zu haben und gleichzeitig innerlich auf Durchzug schalte. Gibt es Termine bei denen ich mit meinen Gedanken nicht bei der Sache bin und keine innerliche Bereitschaft verspüre mich mit entsprechenden Interventionen und weiteren Zielvereinbarungen intensiv auseinander zu setzen? Wenn ja warum (z.B. schon so oft gehört, schon so

viel versucht und ausprobiert keine Änderung eingetreten, schon zu viel Zeit und Kraft investiert....etc.)?

- Gibt es einzelne KlientInnen, welche ich immer wieder und regelmäßig in Teamsitzungen, Supervisionen und Fallbesprechungen einbringe? Gibt es KlientInnen, welche ich so gut wie nie einbringe und in diversen Settings erwähne?

Schwerpunkt: Persönlichen Zufriedenheit mit der Tätigkeit

- Welche Tätigkeiten meiner Arbeit fallen mir leicht von der Hand, welche belasten mich und werden teilweise über mehrere Wochen mitgeschleppt?
- Fühle ich mich in schwierigen bzw. belastenden Situationen häufig allein gelassen und habe ich das Gefühl die Situation alleine bewältigen zu müssen? Wenn ja was fehlt mir (z.B. Vertrauen ins Team um schwierige Thematiken anzusprechen? Ein/Eine KollegIn mit der ich mich vertrauensvoll austauschen kann? Eine Führungskraft mit einem offenen Ohr?...etc.)?
- Wie lange möchte ich noch in diesem Handlungsfeld tätig sein, mache ich mir überhaupt Gedanken darüber, oder schreibe ich schon seit längerer Zeit aktiv Bewerbungen und durchsuche Jobinserte?
- Wenn ich einen Wunsch frei hätte, was würde ich gerne verändern bzw. verbessern?

5.3.1 Risiken durch den/die SozialarbeiterIn

Die BetreuerInnen der MSB haben es mit sehr komplexen und nicht standardisierbaren Problemlagen zu tun. Sie treffen immer wieder, oft auch unerwartet auf neue Herausforderungen und müssen meist in sehr prekären Situationen schnelle und ordnungsgemäße Entscheidungen treffen. Neben diesem multiprofessionellen Hilfeplanungen und Interventionen sind natürlich auch zahlreiche Qualitätsstandards einzuhalten. All diese Faktoren bergen von sich aus ein hohes Arbeitspensum und damit auch Risikopotential.

Diesen Teil meiner Arbeit widme ich meinen Schwerpunkt, da es sich dabei auch um einen Bereich handelt, wo jeder/jede MitarbeiterIn durch entsprechende Maßnahmen deutlich zur Risikominimierung beitragen kann.

Damit dies jedoch auch in der Praxis umsetzbar wird, ist es von enormer Bedeutung die erhobenen Risikofelder, welche unter anderem von den MitarbeiterInnen selbst produziert werden auch aufzuzeigen. Diesen Versuch habe ich im folgendem gewagt.

1. Erstkontakt
2. Fehlende psychiatrische Kenntnisse der MitarbeiterInnen
3. Einschulungen neuer MitarbeiterInnen
4. Übergaben von KlientInnen
5. Dokumentationsprobleme
6. Probleme mit der Selbstorganisation
7. Vernetzung/ Kooperation mit anderen Helfersystemen
8. Zulange Betreuungszeiten (teilweise über Jahre)

5.3.1.1 Erstkontakt

Der Erstkontakt ist gerade in der MSB etwas ganz entscheidendes, denn häufig wenden sich nicht die betroffenen Personen selbst an die Organisation, sondern Familienangehörige, andere Helfersysteme (z.B. SachwalterInnen/ LKH), Nachbarn oder Bekannte. Bis dato hat man meist nur am Telefon einige Informationen erhalten, aber nach wie vor keine Vorstellung von der betroffenen Person selbst und davon ob die Person überhaupt Unterstützung benötigt und das Angebot der MSB auch tatsächlich geeignet ist.

Umso wesentlicher ist es, einen Erstkontakt mit der betroffenen Person persönlich zu vereinbaren und offene Fragen zu klären und Informationen zu vermitteln.

Grundsätzlich liegt der Erstkontakt in der Verantwortung der zuständigen Einrichtungsleitung, kann aber in bestimmten Ausnahmesituationen auch einmal an andere MitarbeiterInnen delegiert werden. Dass es hierbei immer wieder zu Pannen, Fehleinschätzungen und prekären Situationen kommen kann verdeutlicht folgender Interviewauszug:

...Ja ich habe es ja schon kurz angesprochen das ist der Erstkontakt, die gute Abklärung weil ich persönlich habe immer das Gefühl wir bekommen immer nur Klienten mit denen andere überhaupt nicht wissen was sie anfangen sollen und bevor es zur stationären Unterbringung kommt wird halt MSB ausgewählt.....man müsste beim Erstkontakt genau hinschauen ob er auch wirklich passend ist...wir sind natürlich Betreuung, Begleitung und Unterstützung aber so wie es bei meinen Klienten ist so geht es nur um eine Überbrückung zur nächsten stationären Einrichtung..es sind leider auch sehr alte Klienten... aber das sollte nicht das Ziel der Betreuung sein...(I3:Z216-223)

Ablauf in der Praxis:

- Telefonat mit der betroffenen Person, gemeinsame Terminvereinbarung
- Vereinbarte Termine finden in der Regel bei den betroffenen Personen zu Hause oder innerhalb der Räumlichkeiten des Beratungszentrums statt.
- Anwesende Personen beim Erstkontakt: Einrichtungsleitung und betroffene Person (im Idealfall eine weitere Person)
- Einrichtungsleitung macht sich Notizen und hat auch einen Leitfaden mit wesentlichen Fragestellungen dabei, sowie entsprechende Folder und Informationen für die Weitergabe an die betroffene Person
- Wesentliche Besprechungspunkte:
Klärung von Problemlagen; Einschätzung des Hilfebedarfs;
Treffen von weiteren Vereinbarungen und Vorgehensweisen

5.3.1.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
<p>Falsche Einschätzung des Hilfebedarfs beim Erstkontakt</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundsätzlich können Erstkontakte von zwei BetreuerInnen durchgeführt werden. ○ Besprechung des Erstkontaktes und eine Reflexion über den Hilfebedarf finden meist im Rahmen der wöchentlichen Teamsitzungen einen Platz. <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Überlegungen, Erstkontakte verpflichtend zu zweit durchzuführen wären folgerichtig. Eine Person könnte sich dabei auf das Gespräch konzentrieren, die weitere Person könnte sich Notizen machen und die Gesprächssituation beobachten. ○ Ein gemeinsames Reflexionsgespräch könnte direkt nach dem Erstkontakt durchgeführt werden. (Erinnerungen und Auffälligkeiten sind unmittelbar danach noch sehr präsent)
<p>Will der/die KlientIn selbst überhaupt Hilfestellung</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abklärung findet diesbezüglich im Erstkontakt statt, mit Hilfe von gezielten Fragestellungen (z.B. Wer ist der/die ZuweiserIn? Wurde im Sinne des/der KlientIn gehandelt?) <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wesentlich zur Risikominderung im punkto Neuzugänge wäre die generelle Einführung

	<p>einer Schnupperphase. Ein begrenzter Zeitraum, in welchem BetreuerIn und KlientIn die Möglichkeit haben einander kennen zu lernen und herauszufinden, ob es sich um die geeignete Hilfsmaßnahme handelt (z.B. Zeitraum von zwei Monate)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einführung einer Evaluation nach dieser Schnupperphase (hierfür müssten gemeinsam Kriterien festgelegt werden)
<p>Allein durchgeführte Erstkontakte in den Wohnungen der betroffenen Personen</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn eine Situation vorab als kritisch oder risikoreich gilt, so besteht die Möglichkeit den Termin ins Beratungszentrum zu verlegen bzw. einen/eine KollegIn als Unterstützung heranzuziehen. <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei der Auswahl des Settings wäre es unrealistisch Erstkontakte im Hinblick auf ein vorhandenes Risikopotential (z.B. aggressiver/aggressive KlientIn) nur im Beratungszentrum zu vereinbaren. Viele KlientInnen sind aufgrund ihrer Erkrankungen nicht in der Lage die Wohnung zu verlassen. Dennoch können gewisse Grundstandards festgelegt werden und im Team vereinbart werden: z.B. dass Erstkontakte nicht allein in der Wohnung des/der Betroffenen durchgeführt werden. (Da es keine Möglichkeit gibt, um die Situation, auf welche man stoßen könnte vorab auch nur annähernd einschätzen zu können)

5.3.2.1 Fehlende psychiatrische Kenntnisse der MitarbeiterInnen

In der Praxis setzt sich das Team der MSB aus den verschiedensten Professionen zusammen (z.B. SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PädagogInnen...usw.) und von Seiten des Arbeitgebers wird auch in der Stellenbeschreibung eine einschlägige Grundausbildung im psychosozialen Bereich gefordert. Jedoch sind nicht alle Professionen im Bereich der Psychiatrie entsprechend geschult und verfügen über genügend Kenntnisse im Hinblick auf die verschiedenen Krankheitsbilder. Dies kann natürlich auch zu Fehleinschätzungen in der Arbeit führen bzw. gewisse Risikobereiche bedingen.

...das liegt eigentlich in der Verantwortung des Mitarbeiters bzw. in Kooperation mit der Einrichtungsleitung...dass wenn man da Bedarf hat man sich selbst um eine Fortbildung bemüht...es ist sehr schwierig hier etwas verpflichtend zu machen..weil jeder Kollege auch einen anderen beruflichen Hintergrund mit bringt...der eine braucht mehr der andere weniger...(I2:Z82-86)

5.3.2.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
Fehlende Kenntnisse diverser psychiatrischen Krankheitsbilder und Diagnosen	<u>Vorhandenes Risikoinventar</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ein vorhandenes Inventar zur Risikominimierung im Hinblick auf mangelnde psychiatrische Kenntnisse bildet die Anwesenheit eines Facharztes in den Teamsitzungen. Die MitarbeiterInnen haben hierbei die Möglichkeit Fragen zu stellen. Diese Zeit jedoch ist auf eine Stunde, einmal im Monat begrenzt. (Die Erreichbarkeit des Arztes ist zudem sehr begrenzt, nicht an allen Tagen der Woche und nur zu gewissen Zeiten).

	<p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es würde ein mehr an Zeit und Anwesenheit des bereits bestehenden Angebots brauchen um hier das notwendige Wissen sowie ausreichend Informationen zu bekommen. Insbesondere im Hinblick auf künftige Sparmaßnahmen (immer wieder Diskussionen darüber ob die vorhandene Zeit mit dem/der FacharztIn nicht weiter gekürzt werden sollte).
<p>Keine verpflichtende Fortbildung für neue KollegInnen im Hinblick auf spezifische psychiatrische Krankheitsbilder</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeder/jede MitarbeiterIn hat ein individuelles Fortbildungsbudget zur freien Verfügung. Es bedarf nur der Zustimmung der Einrichtung- bzw. Fachbereichsleitung, wenn um eine Fortbildung angesucht wird. ○ Es gibt auch ein Angebot an internen Fortbildungen zu Themen, welche die MitarbeiterInnen interessieren bzw. benötigen. ○ Wird eine neue Fachkraft eingestellt, welche beispielsweise über eine Ausbildung im Sozialbereich verfügt, aber psychiatrisch zu wenig Grundkenntnisse vorzuweisen hat, so wird ihr nahe gelegt einen sozialpsychiatrischen Grundkurs parallel zum Berufseinstieg zu absolvieren. <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Rahmen der Einschulung könnte man sich überlegen spezifische Fortbildungen für neue und teilweise unerfahrene KollegInnen verpflichtend anzubieten.

	<ul style="list-style-type: none">○ Zudem sind auch die Ausbildungsstätten im Hinblick auf diese Tatsache zunehmend in die Verantwortung zu ziehen. Der Bereich der Psychiatrie wird zunehmend zum immer größeren Handlungsfeld, auch im Bereich der Sozialen Arbeit. Immer noch gibt es an einigen Fachhochschulen zu wenig spezifische Lehrveranstaltungen in denen entsprechendes Wissen transportiert wird
--	--

5.3.3.1 Einschulungen neuer MitarbeiterInnen

Die Einschulung neuer MitarbeiterInnen im Bereich der MSB ist mit sehr großen Herausforderungen und mit viel zeitlichem Engagement aller MitarbeiterInnen des Teams verbunden. Da neue MitarbeiterInnen selbstständig viele wichtige vor allem auch schwerwiegende Entscheidungen treffen sollen, müssen sie auch optimal auf diverse kritische Situationen vorbereitet und entsprechend geschult werden. Hierbei tun sich sehr viele Risikofelder für die MitarbeiterInnen auf.

.... kommt natürlich immer darauf an mit welchem Background der oder die Kollegin kommt...an Vorerfahrungen und Grundausbildungen und dem entsprechend wird die Einschulung auch ausgerichtet..dies kann zum Teil bis zu vier Wochen Einschulung gehen (I1:Z178-180)

...gerade bei jungen frischen Kollegen wird schon viel Zeit eingeräumt für Gespräche und um allgemeine Dinge zu vermitteln ...das passiert meist nebenbei, dass solche Dinge kommuniziert werden und sind kein Fixpunkt..das wäre aber bestimmt eine Idee dass man das noch konkreter ausarbeitet...was gilt es zu beachten....und das sollte vielleicht auch klar wo aufscheinen....oft gehen Information drunter...oft bleibt auch etwas was wo steht eher hängen als wenn man es nur kommuniziert. (I2:Z294-300)

5.3.3.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
<p>Überforderung KollegInnen</p> <p>neuer</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bereitstellung eines/einer MentorsIn (eine Person ist für den/ die neue KollegIn verantwortlich, sowie für die gesamte Phase der Einschulung, Planung Koordination...usw.). ○ Erstellung eines Einschulungsplanes (Aufgabe der Einrichtungsleitung). ○ Individuell angepasste Einschulungszeit, je nach Vorerfahrungen und Kenntnisse des/der neuen KollegIn (2-4 Wochen). <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sinnvoll und unterstützend könnte ein schriftliches Dokument sein, welches alle wesentlichen Punkte zusammenfasst (z.B. relevante Telefonnummern, NetzwerkpartnerInnen usw.). ○ In bestimmten Fällen könnte auch darüber nachgedacht werden die ursprünglich vereinbarte Einschulungszeit auszuweiten, dafür müsste ein Phase der Reflexion folgen (z.B. MitarbeiterIn ist mit der Situation noch überfordert).

5.3.4.1 Übergaben von KlientInnen

Die Gründe für KlientInnenübergaben in der MSB können sehr vielseitig sein. Es kann dabei zu geplanten Übergaben kommen, im Sinne eines BetreuerInnenwechsels, es kann aber auch immer wieder zu spontanen Übergaben z.B. aus Krankheitsgründen, Ausfällen, Kündigungen und

dergleichen kommen. In beiden Fällen jedoch können diverse Risikofelder auftreten, welche es gilt zu minimieren. KlientInnen können in diesen prekären Zwischenphasen schlecht versorgt sein, zudem kann es vermehrt zu psychischen Krisen, Notsituationen oder Verwahrlosungszuständen bei den Betroffenen kommen. Aus diesem Grund sind reibungslose Übergaben mehr als anstrebenswert, damit dies auch entsprechend umgesetzt werden kann, benötigt es entsprechendes Risikoinventar (siehe dazu: Fechter/ Grabner/ Karner 2013:49).

..die wichtigsten Informationen und Ereignisse sollten darin enthalten sein...damit ein anderer auch etwas damit anfangen kann...es nützt nicht viel wenn in der Dokumentation dann steht Gesprächsführung und Alltagsbegleitung, weil damit kann man nichts anfangen wenn man da spontan übernehmen müsste. ..das ist bestimmt ein Problem, welches in der Individualität der Arbeit und der Kollegen liegt...weil jeder das auch wirklich wieder anders macht...oft ist es auch ein Aushandlungsprozess vor allem bei Dualbetreuungen...(12:Z166-171)

5.3.4.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
Fehlende Kenntnisse und Informationen über KlientInnen	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Übergabeprotokolle bzw. Vorlagen dafür sind vorhanden, müssen aber nicht zwingend geführt werden, bei akuten Übergaben kann es sein, dass sie nicht zur Verfügung stehen. ○ Viele Informationen werden in den Akten der MitarbeiterInnen in den unterschiedlichsten Formen (Computer/Mappen...etc.) gesammelt bzw. vermerkt. Im Notfall kann es mühselig sein, wichtige Informationen daraus zusammenzutragen.

	<p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es sollte Überlegungen geben, hinsichtlich eines verfassten Dokumentes für nicht geplante Übergaben. Es könnte ein Dokument entwickelt werden (oder ein bereits vorhandenes Dokument entsprechend ausgebaut und erweitert), welches die wichtigsten Daten enthält und bei allen MitarbeiterInnen am gleichen Ort zu finden ist.
<p>Informationen müssen aus den verschiedensten Ablagesystemen und Dokumentationen (Computer, Ordner....usw.) zusammengesucht werden</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuell gibt es ein Stammdatenblatt und ein Anamneseblatt mit allen wichtigen Informationen, zu finden ist dieses Dokument in jedem KlientInnenakt. (Alle weiteren Unterlagen werden individuell abgelegt). <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Man könnte sich im Team gemeinsam darüber austauschen, welche wesentlichen Grunddokumente wo zu finden sind bzw. welche einheitlich für alle zu führen sind. Wesentlich wäre dies besonders im Hinblick auf Notfallpläne.

5.3.5.1 Dokumentationsprobleme

Das Dokumentationssystem der MSB ist laut Angaben der MitarbeiterInnen sehr gut aufgebaut und jeder Zeit und überall mit Internetanschluss und Logindaten einsehbar. Dennoch gibt es keine Angaben im Hinblick auf verpflichtende Dokumentationsvorgaben (z.B. Suizidversuche,

Gewaltanwendungen...etc.), zudem sollte die Dokumentation laut Angaben der MitarbeiterInnen stets aktuell sein, dies obliegt jedoch wieder der Eigenverantwortlichkeit jedes/jeder MitarbeitersIn (siehe dazu: Steiger/ Zeller 2013:50).

Als verpflichtend für jeden Akt gelten lediglich der Anamnesebogen, das Stammdatenblatt sowie die Betreuungsvereinbarung und Entwicklungsberichte. Den MitarbeiterInnen in der MSB steht grundsätzlich mittelbare (direkte KlientInnenzeit) und unmittelbare Zeit (Dokumentation) zur Verfügung. Die unmittelbare Zeit wurde jedoch bereits im Rahmen der letzten Sparmaßnahmen des Bundeslandes gekürzt und es ist noch offen ob es weitere Kürzungen geben wird. Weitere Kürzungen würden natürlich neue Risikofelder aufschließen.

...Es gibt ein allgemeines Dokumentationssystem ...natürlich kann dann jeder darüber hinaus noch eigenständige Dokumentationen machen aber die wichtigsten Fakten und Daten finden sich auf einem Laufwerk wieder...(I2:Z161-163)

5.3.5.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
Individuelle Dokumentationen: nicht alle dokumentieren gleich, es kann passieren das wichtige Informationen verloren gehen	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verpflichtend für jeden Akt gilt ausschließlich der Anamnesebogen, das Stammdatenblatt sowie die Betreuungsvereinbarung und Entwicklungsberichte. ○ Grundsätzlich kann die Einrichtungsleitung auf die laufende Dokumentationen und das Berichtswesen zugreifen und bei Versäumnissen entsprechend reagieren. <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es könnten im Team, Mindestkriterien für

	<p>eine Dokumentationspflicht formuliert werden (z.B. Suizidversuche, Gewaltsituationen....etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Am Ende der Woche sollten alle Termine dokumentiert sein und zur Einsicht aufliegen. (wesentliche Informationen gehen so nicht verloren, da sie nicht erst Wochen später notiert werden)
<p>Protokolle von Teamsitzungen sind nicht immer nachvollziehbar (z.B. viele Kürzel, nur Eckdaten...usw.)</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundsätzlich wird bei der Protokollführung jede Woche abgewechselt, somit übernimmt immer ein anderes Teammitglied die Verantwortung für den Inhalt. ○ Einheitlich geregelt ist bis dato die Formvorschrift, es gibt ein, im Team gemeinsam entwickeltes Dokument, welches als Vorlage dient. Zusätzlich gibt es eine Plattform wo alle Protokolle abgelegt werden und zur Einsicht zur Verfügung stehen. ○ Einzuhaltende Richtlinien für alle MitarbeiterInnen sind: das Dokument muss bis zur nächsten Teamsitzung für alle zugänglich sein und aufliegen. Aus Datenschutzgründen werden keine Namen ausgeschrieben, sondern jeweils mit dem Anfangsbuchstaben abgekürzt. <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Protokoll stellt eine wichtige Ressource dar, insbesondere für MitarbeiterInnen, welche durch Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen nicht an den Teamsitzungen teilnehmen können. Aus

	diesem Grund muss es die wichtigsten Informationen beinhalten und auch verständlich formuliert und nachvollziehbar sein. Folglich könnten weitere Vereinbarungen helfen (z.B. keine Kürzel, welche nicht nachvollziehbar sind/ in Sätzen schreiben damit die Informationen einen klaren Zusammenhang ergeben...usw.)
--	--

5.3.6.1 Probleme mit der Selbstorganisation

Die Selbstorganisation und das selbstständige Zeitmanagement sind besonders im Bereich der MSB unerlässlich. Aufgrund der Tatsache, dass jeder/jede MitarbeiterIn, EinzelkämpferIn ist und die Teamzeit auf einmal in der Woche beschränkt ist, verbringt man den größten Teil der Woche alleine. Meist bekommt man von seinen direkten KollegInnen und ihrer individuellen Arbeitsweise sehr wenig mit. Dies hat natürlich viele Vorteile aber auch Nachteile, nicht jede Person verfügt von Anfang an über eine hohe Selbstorganisationsfähigkeit und entsprechendes Zeitmanagement. Besonders neue KollegInnen können mit dieser Form der freien Zeiteinteilung sehr schnell überfordert sein.

...er muss eine gute Zeitstruktur habenum diese Ausbrennen zu vermeiden...es ist unmöglich am Tag 5 Klientenkontakte zu machen, meiner Meinung nach.....es muss auf die Qualität geachtet werden...(I3:Z79-81)

...ich glaube eine gute Struktur und Selbstorganisation der Arbeit....ermöglicht es auch dass man solche Pannen so gut als möglich vermeiden kann. Indem man rechtzeitig vorrausschaut und einen Plan macht...umso wichtiger ist es das vor allem die neuen MitarbeiterInnen darauf gut vorbereitet werden... bevor sie auch beginnen ganz selbstständig und eigenverantwortlich zu arbeiten. (I1:Z183-188)

5.3.6.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
<p>Überforderung der MitarbeiterInnen/ Probleme mit dem Zeitmanagement</p>	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einmal jährlich gibt es ein MitarbeiterInnengespräch mit der zuständigen Einrichtungsleitung ○ Supervisionen, Intervisionen und regelmäßige Teamsitzungen bieten die Möglichkeit, solche Überforderungen anzusprechen (Bei Bedarf auch Einzelsupervisionen möglich) ○ Individuelle Fortbildungen, welche man entsprechend nach dem jeweiligen Bedarf auswählen kann. ○ Intensive Einschulungsphase um mit dem Handlungsfeld und der Selbstorganisation vertraut zu werden. <p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es könnte angedacht werden, dass MitarbeiterInnengespräche insbesondere für neue KollegInnen, halbjährlich durchgeführt werden, um mehr Einblick in ihre Arbeitsweise zu bekommen. ○ Eine weitere Möglichkeit um solche Überforderungen frühzeitig zu erkennen, wäre die Einführung eines Selbstevaluationsbogens der bestimmte Bereiche im Hinblick auf das Handlungsfeld MSB aufgreift und thematisiert. Dieser könnte von den MitarbeiterInnen selbst in regelmäßigen Abständen durchgeführt und beantwortet werden, bei kritischen Punkten könnte das Gespräch mit dem/der

	EinrichtungsleiterIn gesucht werden. (siehe Selbstevaluationsbogen)
--	---

5.3.7.1 Vernetzung und Kooperation mit anderen Helfersystemen

Die Praxis der BetreuerInnen der MSB ist bezeichnend für die verschiedensten Formen von Vernetzungs- und Kooperationstätigkeiten, mit diversen anderen Professionen und Helfersystemen. Dies können um einige Beispiele zu nennen SachwalterInnen, SozialarbeiterInnen von Bezirkshauptmannschaften, Pflegedienste, ÄrztInnen uvm. sein. Im Sinne des/der KlientIn ist Vernetzungsarbeit erforderlich um gewisse Lebenslagen und Situationen besser zu bewältigen bzw. durchzustehen (siehe dazu: Fechter/ Grabner/ Karner 2013:52). Diese Vernetzung birgt natürlich auch zahlreiche Risikofelder.

...ich muss ehrlich sagen ich komme mir in diesem Bereich auch häufig selbst vor wie ein CM...es gibt Klienten...wo es erforderlich ist Hilfestellung darüber hinaus anzubieten...wo bekommen sie Unterstützung für diese und jene Problemlage...wo können sie sich in besonderen Fällen hinwenden und schnelle Hilfe für Notsituationen bekommen.....obwohl ich mobil bin, bin ich eine Drehscheibe für CM weil bei unseren Klienten so viel anfällt und sie häufig damit überfordert sind...(13:Z181-186)

5.3.7.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
Wissen und Kenntnisse über andere Organisationen und Helfersysteme	<p><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wissen und Kenntnisse über andere Organisationen können im Team von den anderen/erfahrenen MitarbeiterInnen erworben werden. ○ Informationen können auch von anderen Arbeitsbereichen innerhalb des Beratungszentrums eingeholt werden.

	<p><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Es könnte ein Dokument mit den wichtigsten KooperationspartnerInnen erstellt werden (z.B. Verein für Sachwalterschaft, Bezirkshauptmannschaft...usw.). Dieses Blatt sollte oder könnte die wichtigsten Namen von AnsprechpartnerInnen enthalten, sowie wichtige Adressen und Telefonnummern.○ Des Weiteren könnten individuell erstellte Netzwerkkarten von jedem/jeder KlientIn eine wichtige Ressource darstellen und durchaus auch im Akt aufliegen. (siehe dazu: Pantucek 2009:188)
--	---

5.3.8.1 Zu lange Betreuungszeiten

Nachdem es in der MSB unter anderem um die Stabilisierung der Lebenslagen von KlientInnen geht, und die Bezirkshauptmannschaft Betreuungsbescheide für mindestens ein Jahr (häufig auch zwei Jahre) ausstellt, kann es durchaus vorkommen, dass KlientInnen über mehrere Jahre von einem/einer BetreuerIn begleitet werden. Diese Tatsache birgt natürlich auch Risiken, was folgende Interviewpassage verdeutlichen sollte:

Ja also für mich hat sich die Frage gestellt in wie weit kann man oder soll man im mobilen Dienst Klienten betreuen... inwieweit stellt sich diese intensive Beziehung, welche zu den Klienten aufgebaut werden selbst als Stolperstein dar....wie sieht es mit einem ausschleichen bei sehr langwierigen Betreuungen aus...ich persönlich habe jetzt vier Klienten ausgeschlichen weil es zu Alarmsignalen gekommen ist.... da bewegt sich nichts mehr....ich bin in diesem Helfersystem zu tief drinnen... (I3:Z193-198)

5.3.8.2 Risikoanalyse

Risiko	Risikooptimierung
Entstehung von blinden Flecken	<p data-bbox="715 439 1098 472"><u>Vorhandenes Risikoinventar:</u></p> <ul data-bbox="762 483 1398 763" style="list-style-type: none"><li data-bbox="762 483 1398 763">○ Diverse Settings wie Supervision, Intervision, Teamsitzungen, Klausuren usw. stehen den MitarbeiterInnen zur Verfügung um Rückmeldungen diesbezüglich einzuholen und blinde Flecken aufzudecken. <p data-bbox="715 842 1102 875"><u>Erforderliches Risikoinventar:</u></p> <ul data-bbox="762 887 1398 1426" style="list-style-type: none"><li data-bbox="762 887 1398 1122">○ Wiederum könnte ein Selbstevaluationsbogen, welcher in regelmäßigen Abständen durchgeführt wird, auf blinde Flecken aufmerksam machen bzw. auf Problemstellungen hinweisen.<li data-bbox="762 1133 1398 1426">○ Zudem könnte man sich im Team überlegen, ob es eine Mindestbetreuungszeit von KlientInnen geben sollte (z.B. nach zwei Jahren Betreuung und Begleitung gibt es generell einen Wechsel der BetreuerInnen)

8. Zusammenfassung

Als die ersten Gespräche mit den MitarbeiterInnen der MSB stattfanden und ich ihnen mein Vorhaben schilderte, war die Verwunderung und das Erstaunen über die ausgewählte Thematik noch groß. Es war sowohl für die MitarbeiterInnen, als auch für mich persönlich sehr ungewohnt mit der Begrifflichkeit „Risiko“ im Sozialbereich zu arbeiten. Infolge dessen habe ich mich auch bewusst dazu entschieden, die Begrifflichkeit „kritisches Ereignis“ ergänzend in den Forschungsprozess mit einzubeziehen um die Vorstellung dahingehend zu schärfen. Die ersten Ideen und Assoziationen der MitarbeiterInnen waren diesbezüglich meist Themen wie Zwangseinweisungen, Suizidversuche...usw. Aber im Laufe der geführten Interviews haben sich schließlich doch noch verschiedene Facetten aufgetan, welche es letztendlich auch möglich gemacht haben so viele Risikofelder ausfindig zu machen. Sowohl die MitarbeiterInnen der MSB als auch ich persönlich waren von der Flut an Informationen und Erkenntnissen positiv überrascht. Auch die weitere Aufarbeitung im Hinblick auf Risikooptimierung hat deutlich aufgezeigt, dass wichtiges Risikoinventar bereits vorhanden ist, aber in einigen Bereichen durchaus über Ergänzungen und Erweiterungen nachgedacht werden sollte. Fazit ist, dass sich mehr Risikofelder gefunden haben als ursprünglich von den MitarbeiterInnen erwartet und dass eine erste aktive Annäherung an den Begriff Risiko stattgefunden hat. Das Bewusstsein konnte geschärft werden, viele alltägliche Stolpersteine konnten als Risiken definiert werden und bekommen jetzt auch die erforderliche Beachtung. Inwiefern jetzt aber mit diesen gewonnenen Erkenntnissen umgegangen wird und ob konkrete Handlungsschritte folgen, obliegt natürlich dem Team bzw. der Organisation. Das Team der MSB nimmt in jedem Fall hier eine wichtige Vorreiterrolle ein und geht mit gutem Beispiel voran, es hat sich nicht nur dazu bereit erklärt eigene Risiken aufzuzeigen sondern kommuniziert diese auch mit Hilfe dieser Masterthesis an ein breites und öffentliches Publikum.

Viele der ermittelten Risiken sind durchaus auch für andere mobile Dienste und Einrichtungen von Relevanz und können in die unterschiedlichsten Handlungsfelder kommuniziert und weitergetragen werden.

9. Resümee

Nahezu jede Situation ob beruflich oder privat ist einzigartig, was es auch so schwierig gestaltet Risiken zu erkennen. Unentwegt tun sich neue Gefahrenquellen und risikoreiche Situationen auf, dennoch dürfen wir im Hinblick auf Risikominimierung und Optimierung nicht müde werden. Wir müssen die Identifizierung von Risiken und die Auseinandersetzung damit, als unsere tägliche Herausforderung betrachten. Einerseits um unseren Blickwinkel und Horizont dahingehend zu schärfen und andererseits um unsere professionelle Identität weiter zu entwickeln.

Während der Gesundheitssektor die Bedeutung von Risiko- und Risikomanagement längst erkannt und aufgegriffen hat, befindet sich die Profession Soziale Arbeit dahingehend noch in den Kinderschuhen, dies spiegelt auch die kaum vorhandene Fachliteratur zu dieser hochbrisanten Thematik wieder. Die ständig im Vordergrund stehende Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Klienten, verdrängt die Ausgesetztheit des/der SozialarbeitersIn im Spannungsfeld der psychiatrischen Tätigkeit. Die Bewusstseinsbildung besonders auch dem „Helfenden“ entsprechende Risikoinventare anzubieten, wird nur allzu oft vernachlässigt. Auch die aktuellen budgetäre Einsparungen und politischen Debatten tragen hier nicht wesentlich zu Verbesserungen der Situation bei, sondern verschlechtern die Ausgangssituation zunehmend.

Diese schriftliche Masterthese ist ein Denkanstoß um die kritischen Ereignisse und Risikofelder in diversen Bereichen der Sozialen Arbeit aufzuzeigen wohlwissend, dass diese Abhandlung nur einen Bruchteil der tatsächlichen Problematik wiedergibt. Dennoch ist es der erste richtungsweisende Schritt, Aufklärung zu betreiben und den Blickwinkel zu verändern, so dass Risiken zukünftig als Chancen gesehen und daraus viele innovative

Lösungsmöglichkeiten gewonnen werden können. Nur so ein Herangehen macht es möglich Risiken aufzudecken, darüber zu sprechen und in weiterer Folge auch produktiv darauf zu reagieren. Von diesen Erkenntnissen profitiert zukünftig vor allem die heranwachsende Generation von SozialarbeiterInnen. Sie bekommen einerseits ein wichtiges und brauchbares Werkzeug, um schwierige und komplexe Situationen der Praxis besser zu erkennen und andererseits aber auch vermittelt, dass über Fehler (siehe dazu: Steiger/ Zeller 2013:11) und Risikobewältigung gesprochen werden darf. Diese Umgangsweise bzw. Betrachtungsweise ist letztlich entscheidend, da es ein Arbeiten ohne Risiken und kritische Ereignisse im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit auch in Zukunft nicht geben wird.

„Professionelles Handeln hat es mit komplexen, nicht standardisierbaren Problemstellungen zu tun. Es ist immer und wird immer ein „Handeln mit Risiko“ sein.“
(Dörr 2002:93)

10. Literaturverzeichnis

Bachert, Robert/ Peters, Andre/ Speckert, Manfred (2008): Risikomanagement in sozialen Unternehmen (Theorie/Praxis/Verbreitungsgrad). Nomos Verlag, Baden-Baden.

Beratungszentrum (2012): Handbuch der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung. Quelle unveröffentlicht

Bosshard, Marianne/ Ebert, Ursula/ Lazarus, Horst (2010): Soziale Arbeit in der Psychiatrie (Lehrbuch). 4.Auflage, Psychiatrie Verlag, Bonn.

Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Reinhardt Verlag, München, Basel.

Fechter, Lisa/ Grabner, René/ Karner, Birgit (2013): Risikomanagement in der Sozialen Arbeit am Jugendamt. St.Pölten.

Hinterecker, Simone/ Moes, Frederik/ Müller, Ingrid (2013): „Hilfe ich bin Helfer!“ eine populärwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Risiken in der Sozialen Arbeit. St.Pölten.

Keitsch, Detlef (2004): Risikomanagement. 2.Auflage, Schäfer-Poeschel, Stuttgart.

König, Joachim (2007): Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit. 2.Auflage, Lambertus Verlag, Freiburg in Breisgau.

Kunz, Stefanie/ Scheuermann, Ulrike/ Schnürmann, Ingeborg (2009): Krisenintervention Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für die Praxis. 3.Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5.Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Ningel, Rainer (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Hauptverlag, Stuttgart.

Pantucek, Peter (2009): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 2. Auflage, Böhlau Verlag, Wien/Köln/Weimar.

Romeike, Frank (2004): Lexikon Risikomanagement. Bank Verlag, Köln.

Schmidbauer, Wolfgang (2002): Helfersyndrom und Burnout- Gefahr. Urban & Fischer Verlag, München.

Steden, Hans-Peter (2003): Die Begleitung psychisch gestörter Menschen. Eine Einführung in die Psychiatrie und Psychopathologie. Lambertus Verlag, Freiburg in Breisgau.

Steiger, Manuela/ Zeller, Katrin (2013): Fehler und Risiken in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn im Drogen- und Suchtbereich. St.Pölten.

11. Internetquellen

Akademisches Portal (2005):
http://www.farabis.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=60 am
5.4.2013

Verwaltung des Landes Steiermark (2013):
http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11680263_76703105/3ff2922d/LEVO-StBHG_Anlage%201%20idF%20LGBI%2051_2012.pdf am
10.02.2013

Stadt Graz (2013):
http://www.graz.at/cms/dokumente/10048149_776809/1b801a74/Landesbehindertengesetz.pdf am 10.2.2013

Duden (Aktualisierung 2013): <http://www.duden.de/rechtschreibung/Inventar> am 4.4.2013

12. Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen SozialarbeiterInnen und Psychiatern. Bosshard, Marianne/ Ebert, Ursula/ Lazarus, Horst (2010): Soziale Arbeit in der Psychiatrie (Lehrbuch). 4.Auflage, Psychiatrie Verlag, Bonn

Abb.2: Vorgehen im Krisenfall. Beratungszentrum 2012, Quelle unveröffentlicht.

13. Abkürzungsverzeichnis

MSB	Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung
LeVO	Leistungsverordnung
BHG	Behindertengesetz
CM	Case Management

14. Anhang

Interviewleitfaden für die Befragung von MitarbeiterInnen der MSB

Laufnummer		InterviewerIn	Katrin Fössl B.A.
Datum		Zeit	
Ort			
Wer			
Alter			
Geschlecht			

Im Rahmen unserer Masterthesis beschäftigen wir uns mit Risiken und kritischen Ereignissen in den unterschiedlichsten Tätigkeitsbereichen der Sozialen Arbeit. Der Terminus „kritische Ereignisse“ ist nicht gleichbedeutend mit Fehler– es sind Vorfälle die bei einem Betreuungsprozess unerwünschter Weise auftreten, auftreten können. Ziel unseres Projekts ist es, diese Stolpersteine aus der Praxis anonym zu sammeln und als Lernerfahrungen für die Fachcommunity und die Studierenden zur Verfügung zu stellen.

Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet und die Daten werden anonymisiert ausgewertet. Ich habe einige Fragen vorbereitet und ersuche Sie um eine umfassende Antwort, da uns Ihre Expertise wichtig ist.

Einstieg:

- Beschreiben Sie bitte kurz ihr Tätigkeitsfeld und ihre Profession.
- Wie lange sind Sie schon in der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung tätig?

Hauptteil:

- Gibt es bzw. gab es in der Vergangenheit einzelne Fälle (Fallbeispiele), welche sich als äußerst schwierig und risikoreich herausgestellt haben?

Wenn ja, können Sie mir so ein Beispiel kurz schildern? (z.B. Situationen in denen es eng wurde, was hätte man anders machen können?)

- Im Rahmen dieser schriftlichen Masterarbeit würde es mich ganz besonders interessieren, ob es in Ihrem Tätigkeitsfeld häufiger zu kritischen bzw. risikoreichen Ereignissen kommt und woran sie diese erkennen?

(Fehler, welche selbst produziert werden, Pannen welche aus organisatorischen Gründen geschehen können usw. ...)

- Steht Ihnen entsprechendes Handwerkszeug in solchen Situationen zur Verfügung (z.B. in Form von Notfallplänen, Checklisten...usw.), um Risiken zu vermeiden bzw. zu minimieren?

Wenden Sie falls vorhanden dieses Handwerkzeug auch regelmäßig an?

Warum gerade dieses Werkzeug?

Sind diese Werkzeuge und Instrumente hilfreich oder würde es mehr brauchen um kritische Ereignisse entsprechend zu verringern?

- Wenn ein/eine neuer/neue Kollegeln in Ihrem Arbeitsbereich tätig wird, worauf wird sie/er zwingend hingewiesen um unnötige Fehler und Risiken zu vermeiden?

Was sollte diese Person unbedingt beachten, welche Regeln und Richtlinien sollten eingehalten werden um unnötige Stolpersteine zu vermeiden?

Ausklang

- Gibt es abschließend noch Fragestellungen oder Themen, die ich bisher noch nicht angesprochen habe, die aber in diesem Zusammenhang dennoch für Sie wichtig sind?

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Katrin Fössl, geboren am 20.02.1984 in Judenburg, erkläre,

1. dass ich die in dieser Masterthesis mit meinem Namen gekennzeichneten Teile selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich diesen Text bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Maria Buch, 29.April 2013

Unterschrift