

Fehler und Risiken in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn im Drogen- und Suchtbereich

Steiger Manuela, BA

Zeller Katrin, BA

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades

Master of Arts in Social Sciences

an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2013

Erstbegutachter:

DSA Mag.(FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc

Zweitbegutachter:

FH-Prof. 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

Manuela Steiger, BA

Kontakt: steiger.manuela@chello.at

Katrin Zeller, BA

Kontakt: zeller.kati@gmx.at

Fehler und Risiken in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn im Drogen- und Suchtbereich

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

Die vorliegende Masterarbeit soll einen Einblick in das Thema Fehler und Risiken in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn im Drogen- und Suchtbereich geben. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Erfassung von Fehlern und Risiken, die unerwünschter Weise auftreten (können) und manchmal – aber nicht immer – vermieden werden können. Folglich werden jene Risiken aufgezeigt, die durch die KlientInnen, die Rahmenbedingungen einer Institution und durch die Gesellschaft, für die SozialarbeiterInnen entstehen können. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass auch der/die SozialarbeiterIn selbst ein Risiko auslösen, aktiv Fehler machen und/oder sich einem Risiko aussetzen kann. Neben den identifizierten Risiken und Fehlern werden auch präventive Maßnahmen und kurative Interventionen sowie Werkzeuge angeführt, die eine Steuerung bewirken könnten. In der Arbeit geht es nicht um ein Aufzeigen von Fehlern und Risiken in einem negativen Sinne, sondern darum, ein Bewusstsein für die Komplexität des Drogen- und Suchtbereichs in der Sozialen Arbeit zu schaffen. Aus diesem Grund wendet sich die Masterthesis vor allem an unerfahrene SozialarbeiterInnen, aber auch an ExpertInnen auf diesem Gebiet. Interessierten LeserInnen sowie der Fachcommunity kann damit ebenso ein Überblick über die diskutierte Thematik vermittelt werden.

Abstract

Manuela Steiger, BA

Katrin Zeller, BA

Mistakes by and risks for social workers in dealing with drug abuse and addiction

This master thesis is to provide an insight into the subject of risks undergone and mistakes made by social workers in dealing with drug abuse and addiction. The work focuses on the identification of unintended risks and mistakes in social work. Sometimes, but not always they can be avoided. It is shown that those risks can be caused by various factors, the clients, basic institutional as well as social conditions. In addition, social workers may make mistakes, trigger risks and/or may expose themselves to risks. Apart from the identified risks and mistakes, preventive and curative measures and tools possibly suited to control them are presented. The paper is not intended to reveal mistakes and risks in a negative sense, but rather to point out the complexity of the issue of drug abuse and addiction in the field of social work. For this reason, the work is especially aimed at inexperienced social workers, but also at experts in the field. Interested readers, as well as the professional community are provided with an overview of the issues discussed in this paper.

Danksagung

Unser größter Dank gilt den InterviewpartnerInnen, die uns einen Zugang zu den Organisationen des Drogen- und Suchtbereichs ermöglicht und uns ihr Wissen zur Verfügung gestellt haben. Ohne diese Bereitschaft hätten wir kein so umfangreiches Analysematerial für unsere Masterthesis gewinnen können.

Zusätzlich möchten wir uns bei unserem Projektleiter Herrn DSA Mag.(FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc bedanken, der uns in der Projektzeit unterstützt und für die Beantwortung unserer Fragen immer Zeit gefunden hat.

Zuletzt danken wir unseren Korrekturleserinnen, die sich die Zeit genommen und die Mühe gemacht haben, sich mit unserer Masterthesis auseinanderzusetzen sowie unseren Lebenspartnern und FreundInnen für die aufbauenden Worte in dieser Zeit.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	10
AUSGANGSLAGE UND PROBLEMLAGE	10
FORSCHUNGSFRAGEN	10
ZIEL	11
GLIEDERUNG	12
1. THEORETISCHE GRUNDLAGEN	13
1.1 FEHLER UND RISIKO	13
1.1.1 Begriff „Fehler“	13
1.1.2 Begriff „Risiko“	16
1.2 DROGEN- UND SUCHTBEREICH.....	17
1.2.1 Fehler- und risikobegünstigende institutionelle Rahmenbedingungen	18
1.2.1.1 Umgang mit Fehlern und Risiken in Organisationen	20
1.2.2 Risikobegünstigende Merkmale und Problemlagen der Drogen- und SuchtklientInnen	23
1.2.2.1 Spezielle Methoden und Techniken für die Arbeit mit Drogen- und SuchtklientInnen.....	24
1.2.3 Risikobegünstigende Faktoren der Gesellschaft	27
1.2.3.1 Sensibilisierungsmöglichkeiten im Umgang mit der Gesellschaft.....	28
1.2.4 Fehler- und risikobegünstigende Faktoren der SozialarbeiterInnen.....	29
1.2.4.1 Handlungen zur Vermeidung von Fehlern und Risiken	31
2. METHODISCHES VORGEHEN	34
2.1 ERHEBUNGSVERFAHREN.....	34
2.2 AUFBEREITUNGSVERFAHREN	35
2.3 AUSWERTUNGSVERFAHREN	36
3. EINFÜHRUNG IN DEN ERGEBNISTEIL.....	38
4. IDENTIFIZIERTE RISIKEN IM DROGEN- UND SUCHTBEREICH	40
4.1 RISIKOAUSLÖSER: DIE INSTITUTIONELLEN RAHMENBEDINGUNGEN	40
4.1.1 Setting.....	40
4.1.2 Berufskrankheiten	44
4.1.3 Ressourcenmangel	45
4.1.4 Struktur der Organisation	47

4.1.5	<i>Dokumentation</i>	51
4.1.6	<i>Teamarbeit</i>	55
4.2	RISIKOAUSLÖSER: DER/DIE KLIENTIN	57
4.2.1	<i>psychische Erkrankung</i>	57
4.2.2	<i>Kommunikation</i>	58
4.2.3	<i>fremd- und eigengefährdendes Verhalten</i>	62
4.2.4	<i>Widerstand</i>	68
4.2.5	<i>Infektionsgefahr</i>	74
4.2.6	<i>negative/positive Erfahrungen</i>	76
4.2.7	<i>KlientIn-SozialarbeiterIn-Beziehung</i>	78
4.2.8	<i>hinderliche Verhaltensweisen</i>	84
4.3	RISIKOAUSLÖSER: DIE GESELLSCHAFT.....	87
5.	RISIKO-/FEHLERAUSLÖSER UND RISIKOEINGEHER:	
	DER/DIE SOZIALARBEITERIN	89
5.1	UNZUREICHENDE BZW. FEHLENDE ERFAHRUNG	90
5.2	GESPRÄCHSFÜHRUNG	96
5.3	PERSÖNLICHKEIT.....	102
5.4	TEAMARBEIT	112
5.5	BERATUNGSSITUATION	114
5.6	SELBSTÜBERSCHÄTZUNG.....	121
5.7	AUFGABENFELD.....	125
6.	POTENTIELLE RISIKEN UND FEHLER.....	128
6.1	RISIKO-/FEHLERAUSLÖSER: DER/DIE SOZIALARBEITERIN.....	128
6.2	RISIKOAUSLÖSER: DER/DIE KLIENTIN	131
6.3	RISIKOAUSLÖSER: DIE INSTITUTIONELLEN RAHMENBEDINGUNGEN	132
7.	WERKZEUGE	133
7.1	WERKZEUGE BEI SUIZIDANDROHUNG	133
7.2	WERKZEUGE ZUR ÜBERBLICKSGESTALTUNG	134
7.3	WERKZEUGE ZUR ABSICHERUNG	135
7.4	WERKZEUGE ZUM VERTRAUENS- UND KONTAKTAUFBAU	136
7.5	WERKZEUGE ZUR LÖSUNGS-/ ZIELFINDUNG	136
7.6	WERKZEUGE ZUR DEESKALATION.....	136
7.7	WERKZEUGE ZUR ARBEITSERLEICHTERUNG	137
7.8	WERKZEUGE ZUR MELDUNG POTENTIELLER RISIKEN UND FEHLER.....	137
7.9	WERKZEUGE ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT	138

7.10 WERKZEUGE IM UMGANG MIT HYGIENE.....	141
8. ZUSAMMENFASSUNG	142
9. SCHLUSSBETRACHTUNG UND AUSBLICK	149
LITERATURVERZEICHNIS	150
WEITERE QUELLEN.....	167
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	168
STICHWORTVERZEICHNIS.....	169
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	172
ANHANG	174
ERRATA.....	178
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	1789
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	180

Einleitung

Manuela Steiger, BA / Katrin Zeller, BA

Ausgangslage und Problemlage

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Risiken und Fehler stammt ursprünglich aus dem technischen Bereich und nimmt ihren Ausgang in der Luftfahrt. Anfang der 80er Jahre war man noch der Meinung, dass durch das Einführen von technischen Maßnahmen (wie z.B. Checklisten, zusätzliche Alarmsysteme, vermehrte Automation, etc.) menschliche Fehler verhindert werden können. Dies brachte jedoch nicht den gewünschten Erfolg. Erst nach vielen Flugunfallberichten hat man erkannt, dass das Verhalten einzelner Crew-Mitglieder als eigentliche Unfallursache anzusehen ist. Infolgedessen wurden Teamtrainingskurse eingeführt, die zu einer Verminderung schwerer Unfälle beitragen sollten. Im Falle der Sozialen Arbeit würde die Veränderung des Verhaltens einzelner MitarbeiterInnen nicht die gewünschte Wirkung erzielen, da es auch einer Organisation bedarf, die es zulässt oder sogar verlangt über Fehler und/oder Risiken zu sprechen, diese zu analysieren und Maßnahmen zur Verbesserung zu suchen. Im Zuge dieser offenen Organisationskultur könnte sich die Soziale Arbeit an die Luftfahrt anlehnen, wo anonyme Fehlermeldesysteme entwickelt wurden, um einen aktiven Umgang mit Fehlern zu ermöglichen. Bis auf den Gesundheitsbereich konnten sich diese Fehlermeldesysteme im Sozialbereich noch nicht durchsetzen, obwohl die Aufgabengebiete ähnlich komplex sind, wie das Lenken eines Flugzeuges. (vgl. Scheidegger 2005: 73f) Speziell der Drogen- und Suchtbereich, als ein Handlungsfeld der Sozialen Arbeit, kann keine Auseinandersetzung mit dem Thema nachweisen. So findet sich weder eine Definition der Begriffe „Risiko“ und „Fehler“, noch sind Instrumente zur Analyse von Fehlern und Risiken vorhanden.

Forschungsfragen

Auf Grund der fehlenden Auseinandersetzung mit dem Thema Risiken und Fehler im Drogen- und Suchtbereich konnte folgender Hauptforschungsfrage nachgegangen werden:

„Welche Risiken und Fehler treten in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn im Drogen- und Suchtbereich auf und mit welchen Maßnahmen/ Interventionen können diese vermieden bzw. minimiert werden?“

Demnach geht es um die Erfassung jener Risiken und Fehler, die in der Arbeit als SozialarbeiterIn unerwünschter Weise auftreten (können) und manchmal – aber nicht immer – vermieden werden können. Um einen entsprechenden Umgang damit zu finden, sollen präventive Maßnahmen und kurative Interventionen angeführt werden. Neben dieser Darstellung, stellt auch die Sammlung potentieller Risiken und Fehler einen wesentlichen Bestandteil dieser Arbeit dar, woraus sich folgende Teilforschungsfrage ergibt:

„Welche potentiellen Risiken und Fehler finden sich noch darüber hinaus in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn im Drogen- und Suchtbereich?“

Als Ergänzung zu den präventiven Maßnahmen und kurativen Interventionen sollen Werkzeuge aufgelistet werden, die den Umgang mit Risiken und Fehlern zusätzlich erleichtern könnten. Dies erfordert die Beschäftigung mit der folgenden Fragestellung:

„Welche Werkzeuge können unterstützend zur Maßnahmensetzung eingesetzt werden?“

Ziel

Das Ziel der Arbeit ist es, ein Bewusstsein und einen offenen Umgang mit Risiken und Fehlern innerhalb des Drogen- und Suchtbereichs zu schaffen. Dabei geht es nicht um ein negatives Hervorheben von Fehlern und Risiken, sondern um die Schaffung einer Orientierungs-, Handlungs- und Entscheidungshilfe für noch unerfahrene SozialarbeiterInnen, aber auch ExpertInnen des Drogen- und Suchtbereichs. Insgesamt sollen die Erkenntnisse nicht, wie meist üblich, nur innerhalb einer Institution genutzt werden, sondern möglichst viele Personengruppen und Institutionen erreichen. In weiterer Folge ist ein Wissenstransfer in Richtung Fachcommunity und Lehre angedacht.

Gliederung

Um einen Überblick über die Gliederung der Arbeit zu erhalten, wird nun kurz auf deren Aufbau eingegangen. Im *ersten Kapitel* finden sich die theoretischen Grundlagen, die zunächst die Begriffsdefinitionen Risiko und Fehler erfassen. Im Anschluss daran wird auf den Drogen- und Suchtbereich eingegangen. Hier werden die fehler- und risikobegünstigenden Faktoren in Bezug auf die institutionellen Rahmenbedingungen, die Drogen- und SuchtklientInnen, die Gesellschaft und die SozialarbeiterInnen dargelegt und ein Umgang damit beschrieben. Im *zweiten Kapitel* wird das methodische Vorgehen mit seinem Erhebungs-, Aufbereitungs- und Auswertungsverfahren erörtert. Das *dritte Kapitel* führt in den Ergebnisteil ein. Das *vierte* und *fünfte Kapitel* beinhalten die Ergebnisse und die Beantwortung der Hauptforschungsfrage. Zunächst werden die Risiken im Drogen- und Suchtbereich aufgezeigt, die durch die Risikoauslöser „die institutionellen Rahmenbedingungen“, „die KlientInnen“ und „die Gesellschaft“ ausgelöst werden können. Im darauffolgenden Kapitel wird der/die SozialarbeiterIn als Risiko-/Fehlerauslöser und Risikoeingeher dargestellt. Im *sechsten Kapitel* werden potentielle Fehler und Risiken inklusive präventiver Maßnahmen und kurativer Interventionen dargelegt. Im *siebten Kapitel* finden sich Werkzeuge, die im Umgang mit Fehlern und Risiken ihre Anwendung finden können. Danach werden die zentralen Aspekte der Arbeit zusammengefasst. Den Abschluss bilden eine Schlussbetrachtung und ein Ausblick.

1. Theoretische Grundlagen

Manuela Steiger, BA / Katrin Zeller, BA

1.1 Fehler und Risiko

In den folgenden zwei Kapiteln werden die Begriffe „Fehler“ und „Risiko“ erklärt, da sie für die Arbeit einen zentralen Stellenwert haben.

1.1.1 Begriff „Fehler“

Bei der Definition des Begriffes „Fehler“ wird ein Bezug zu James Reasons Fehlertheorie hergestellt. Er entwickelte diese in den 90er Jahren für sicherheitsorientierte Industrien (z.B. kommerzielle Luftfahrt, Großschifffahrt, etc.). Im medizinischen Bereich wurde sie Anfang des 21. Jahrhunderts angewendet. (vgl. Rohe/Beyer/Gerlach 2005: 14) Reason definiert den Begriff „Fehler“ (engl.: *mistakes*) folgendermaßen:

„Mistakes may be defined as deficiencies or failures in the judgmental and/or inferential processes involved in the selection of an objective or in the specification of the means to achieve it, irrespective of whether or not the actions directed by this decision-scheme run according to plan.“
(Reason 1990: 9)

Demnach ist laut Reason ein Fehler, eine geplante Handlung, die das gewünschte Ziel nicht erreicht. Es handelt sich um eine Abweichung von einem erwünschten, idealen oder standardmäßigen Zustand oder Verfahren, in dem entweder Mängel bei der Auswahl des Ziels oder bei der Wahl der Mittel zur Erreichung des Ziels vorherrschend sind. (vgl. Weingardt 2004: 160f)

Reason sagt weiters, dass Fehler in aktive und latente Fehler unterteilt werden können. Unter aktiven Fehlern versteht er jene, die von der Person direkt ausgeführt werden und mit dem eigenen Verschulden zusammenhängen. Sie können zum Beispiel durch Nachlässigkeit, Rücksichtslosigkeit, Fahrlässigkeit, fehlende Motivation, mangelhafte Information, etc. entstehen und ein negatives Ergebnis bewirken. Aktive Fehler werden in der Regel schnell bemerkt und können einfach behoben werden. Latente hingegen finden sich im System (z.B. Organisation, Management, Arbeitsplatz, etc.) verankert und entstehen durch

Entscheidungen, die auf den höheren Stufen gefällt werden. Sie sind nur schwer lokalisierbar und treten meist nur unter bestimmten Rahmenbedingungen bzw. in gewissen Situationen auf. (vgl. Farsch 2010: 214; vgl. Reason 1995: 82 zit.n. Rohe/Beyer/Gerlach 2005: 14) Die folgende Grafik zeigt, wie es zu einem Fehler kommen kann.

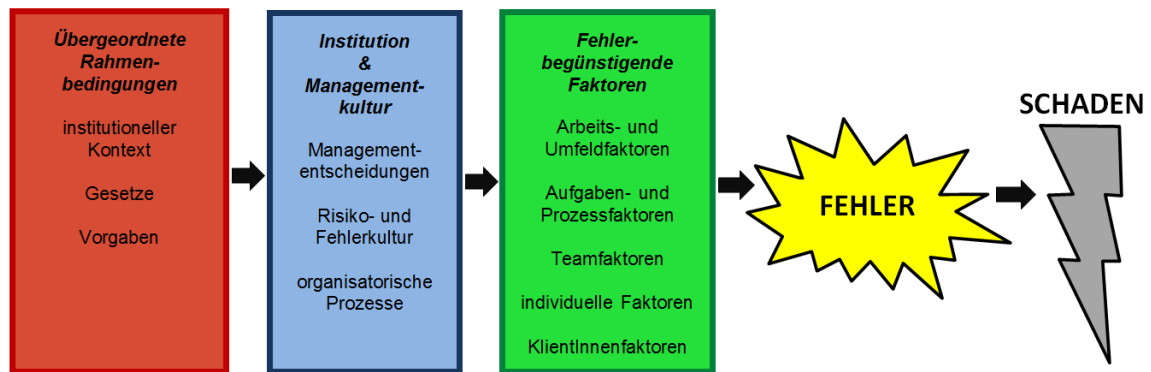


Abbildung 1: Die Entstehung eines Fehlers (vgl. Zottl 2010: 8f)

Aktive und latente Fehler vermischen sich oft, da sie meist nicht nur in Folge des Versagens einzelner Personen erscheinen, sondern auch Systeme und Prozesse in den Organisationen dazu beitragen, dass Fehler passieren. Fehler könnten demnach durch das Verändern und Verstehen der systemischen Voraussetzungen und Prozesse eher vermieden werden, als durch die Personifizierung von Fehlern. (vgl. Rohe/Beyer/Gerlach 2005: 24)

Aus dem Zusammenspiel von aktiven und latenten Fehlern lässt sich die Entstehung eines Schadens erklären, worunter die Veränderung einer bestimmten Situation in einer negativen, nicht wünschenswerten Weise zu verstehen ist. (vgl. Duden 2013b) Diese kann als unerwünschtes Ereignis und/oder Unfall bezeichnet werden. Bei einem „unerwünschten Ereignis“ handelt es sich um ein unerwartetes und ungünstiges Ereignis, welches von den normalen oder üblichen Ereignissen in der Organisation abweicht. Im Vergleich dazu, ist mit „Unfall“ ein Ereignis gemeint, dass zu körperlichen und/oder psychischen Verletzungen bzw. Schäden führt. (vgl. Kremer/Lutzi/Nagel 2011: 13) Dieses Zusammenspiel, aus dem die unerwünschten Ereignisse und/oder Unfälle resultieren, wird als „Fehlerkette“ bezeichnet und verdeutlicht, dass viele latente Fehler zur Begehung von aktiven Fehlern beitragen. Das bekannte „Käsescheibenmodell“

(engl.: *swiss-cheesemodel*) von James Reason veranschaulicht diesen Mechanismus. (vgl. St. Pierre/Hofinger/Buerschaper 2011: 51)

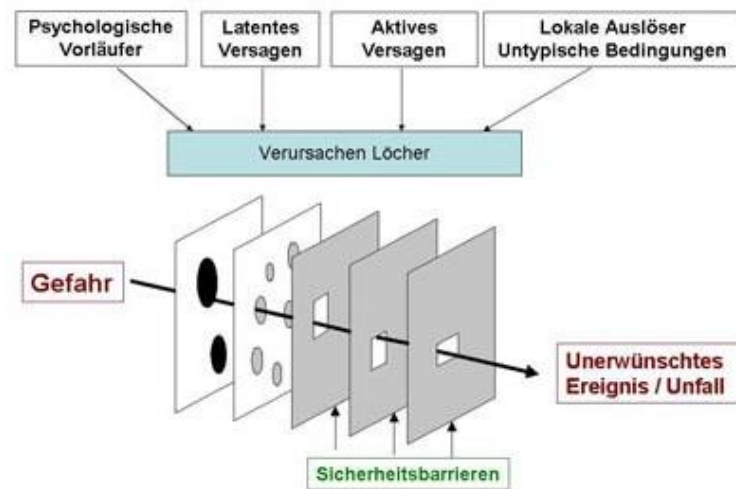


Abbildung 2: Das Käsescheibenmodell nach James Reason (Arztbibliothek 2012)

Reasons Modell verdeutlicht, wie sich u.a. durch lokale Auslöser (z.B. untypische Bedingungen), psychologische Vorläufer (z.B. Persönlichkeit des/der Handelnden) bzw. aktives (z.B. Vergesslichkeit) oder latentes Versagen (z.B. fehlerhafte Entscheidungen des Managements), eine potentielle Gefahr ergibt, worunter ein Zustand oder Vorgang verstanden wird, der einen möglichen Schaden auslösen kann. Die Schutzmechanismen eines Systems finden sich hintereinander als sogenannte „Hürden“ angereiht. Da prinzipiell nie eine hundertprozentige Sicherheit erreicht werden kann, sind alle Barrieren zwangsläufig mit Lücken versehen, welche die Schwächen im Sicherheitssystem repräsentieren. Ein potentieller Fehler kann gewissermaßen durch diese Lücken durchschlüpfen. Er kann allerdings, wenn die Lücken nicht direkt hintereinander liegen, an der jeweils nächsten Sicherheitsbarriere gestoppt werden. Geht der Fehler jedoch durch alle hintereinanderliegenden Lücken hindurch, ist das Eintreten eines unerwünschten Ereignisses und/oder Unfalls zu erwarten. (vgl. Paula 2006: 53f; vgl. Rothe 2009: 259)

Das „Käsescheibenmodell“ ist dynamisch zu verstehen, da die Schutzmechanismen mitsamt den dazugehörigen Lücken und die Arbeitswelt einem ständigen Wechsel unterzogen sind. Es kann also nicht fest für ein bestimmtes System aufgestellt werden. Auch die Vielzahl der potentiell

möglichen aktiven Fehler macht es unmöglich, alle Lücken in einem Sicherheitssystem darzustellen. Anders jedoch ist es bei den latenten Fehlern. Sie könnten in einem gewissen Ausmaß vorhergesehen werden, wenn sie in einem Arbeitsbereich fest verwurzelt sind. (vgl. Paula 2006: 53)

1.1.2 Begriff „Risiko“

Etymologisch kann der Begriff „Risiko“ auf „riza“ (altgr.: Wurzel, Stein) zurückverfolgt werden. Später wurde das Wort ins Lateinische „resecum“ übersetzt, das so viel wie „Felsklippe“ bedeutet. Ausgehend davon haben sich spanische („riesgo“), französische („risque“) und italienische („risico“, „risco“, „rischio“) Bedeutungen von Risiko abgeleitet. Der deutsche Begriff „Risiko“ ist aus den italienischen Worten entstanden. (vgl. Managing Risk 2012)

Über die Begriffsdefinition gibt es in der Literatur unterschiedliche Auffassungen. (vgl. Romeike 2004: 102) Eine international anerkannte Definition des Begriffes findet sich in der ISO 31000 und in der ONR 49000, wonach Risiko die Auswirkung von Unsicherheiten auf Ziele ist. Die Auswirkungen können positiv (Chancen) oder negativ (Gefahren) sein und die Unsicherheiten bzw. Ungewissheiten mittels Wahrscheinlichkeiten geschätzt bzw. ermittelt werden. Die Kombination von Wahrscheinlichkeiten und Auswirkungen ergibt das Risiko. (vgl. Brühwiler 2012: 27f) Daraus lässt sich folgende mathematische Formel ableiten:

$$\text{Risiko} = \text{Eintrittswahrscheinlichkeit (W)} \times \text{Schadensausmaß (A)}$$

Als Schadensausmaß kann der gewisse oder ungewisse Ausgang einer bestimmten Veränderung von Umständen verstanden werden. Bei der Wahrscheinlichkeit geht es um die Untersuchung von kausalen Zusammenhängen und Hintergründen, um eine relative Häufigkeit zukünftiger Ereignisse messbar zu machen bzw. schätzen zu können. (vgl. Austrian Standards Institute 2011: 9) Die Eintrittswahrscheinlichkeit wird in der Regel mit subjektiven Einschätzungen oder auch Erfahrungswerten getroffen, da in den seltensten Fällen eine exakte Bewertung möglich ist. (vgl. Pifko/Reber/Züger 2009: 178)

Da die eben erwähnten Definitionen eher im wirtschaftlichen und technischen Bereich Anwendung finden, wird zusätzlich eine allgemeine Definition des

Begriffes herangezogen, die besagt, dass Risiko die Möglichkeit eines Schadens als Konsequenz eines bestimmten Verhaltens ist. Dieses Verhalten besteht darin, in der aktiven Wahlentscheidung ein Wagnis¹ einzugehen und führt in Verbindung mit organisatorischen und/oder individuellen Bedingungen zu einem Risiko. In Gefahrensituationen kann daraus ein Schaden resultieren, muss aber nicht. (vgl. Romeike 2004: 102; Budäus/Hilgers 2009: 20)

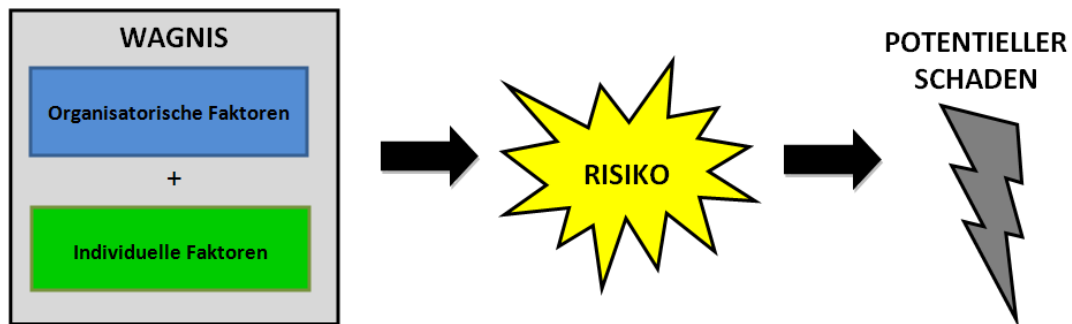


Abbildung 3: Die Entstehung eines Risikos (Steiger 2013: eigene Darstellung)

1.2 Drogen- und Suchtbereich

Der Drogen- und Suchtbereich gehört zu einem der vielen Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit. Um einen Einblick in diesen Bereich zu bekommen, ist es zunächst notwendig, die beiden Begriffe „Drogen“ und „Sucht“ kurz zu erklären. Der Begriff „Drogen“ umfasst alle psychotropen Stoffe, die durch ihre chemische Zusammensetzung auf das Gehirn bzw. auf das Zentralnervensystem einwirken und dadurch auf das Denken, Fühlen, die Wahrnehmung und das Verhalten direkt Einfluss nehmen. (vgl. Stangl 2013b) Im Gegensatz dazu, wird der Begriff „Sucht“ für psychische und soziale Abhängigkeit, sowie für nicht substanzgebundene Süchte (wie z.B. Spielsucht) verwendet. Von Sucht sollte prinzipiell nur gesprochen werden, wenn ein Problemverhalten vorliegt, dass sich zu einem eigendynamischen und zwanghaften Verhalten entwickelt hat. (vgl. Uhl/Springer 2002: 20) Mit dieser Grundlage kann nun thematisch fortgesetzt werden.

¹ Als Wagnis wird ein gewagtes, riskantes Vorhaben bezeichnet. (vgl. Duden 2013c)

1.2.1 Fehler- und risikobegünstigende institutionelle Rahmenbedingungen

Wie bereits erwähnt, treten Risiken und Fehler innerhalb einer Organisation nicht nur auf Grund des Versagens einer Person auf, sondern werden vor allem auch durch bestimmte Rahmenbedingungen begünstigt. Bevor nun eine nähere Auseinandersetzung damit erfolgt, werden zunächst die unterschiedlichen Praxisfelder und deren Angebot erwähnt, die sich im Laufe der Jahre etabliert haben. Dazu zählen:

- **Präventionsfachstellen:** informieren über Suchtprävention und das Suchthilfespektrum. Die Informationsvermittlung kann über elektronische Medien und/oder Printmedien erfolgen. Das Leistungsangebot umfasst die fachliche Beratung von Organisationen, die Durchführung suchtpreventiver Veranstaltungen und die Vermittlung an passende Fachstellen. Zur Zielgruppe präventiver Fachstellen zählen DrogenkonsumentInnen, Bezugspersonen der Betroffenen und MultiplikatorInnen (z.B. LehrerInnen, ErzieherInnen, etc.). (vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. 2005: 8)
- **Ambulante Beratungsstellen:** bieten für Konsumierende und ihre Angehörigen eine kostenlose und anonyme Beratung. Diese setzt grundsätzlich voraus, dass ein Beratungsbedarf besteht, der gefordert wird und/oder erarbeitet werden soll. Er reicht von Informationsvermittlung, Aufklärung, Orientierung, Sensibilisierung, Motivierung und Nachsorge, bis zur Unterstützung und Begleitung bei der Bearbeitung von Suchtproblemen. (vgl. ebd.: 8) Generelles Ziel der ambulanten Einrichtungen ist es, den Drogenmissbrauch bzw. -gebrauch möglichst zu verhindern bzw. zu vermindern und die schädlichen Auswirkungen des Konsums zu behandeln und zu reduzieren. Die berufliche und soziale Wiedereingliederung wird ebenfalls als wichtiges Ziel angestrebt. (vgl. Leune 2002: 32)
- **Stationäre Suchthilfe:** wird meist als Therapie bezeichnet. Genauer genommen ist die stationäre Suchthilfe in die Bereiche Entgiftung/Entzug, Entwöhnung und Adaption unterteilt. (vgl. Andesner 2011: 52) Das Ziel des stationären Aufenthalts ist die körperliche, psychische und soziale

Stabilisierung, die Behandlung möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die Verminderung von Entzugserscheinungen. (vgl. Anton Proksch Institut 2013)

- **Niedrigschwellige Einrichtungen:** bieten als „Schutzraum“ die Möglichkeit zur sozialen Begegnung außerhalb des Szenenmilieus. Die Einrichtung (z.B. Kontaktladen) kann von allen Personen, die lebenspraktische und substanzbezogene Hilfe benötigen, in Anspruch genommen werden. Potentielle KlientInnen sollen die Möglichkeit haben, sich unverbindlich und hemmungslos zu informieren und sich beraten zu lassen. Niedrigschwellige Einrichtungen streben eine Verbesserung des Ernährungszustandes, der hygienischen Situation und eine psychische, soziale und physische Stabilisierung an. (vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. 2005: 11)
- **Streetwork:** bedeutet, dass die SozialarbeiterInnen ihre KlientInnen in ihrer Lebenswelt aufsuchen (z.B. auf der Straße, in öffentlichen Lokalen, in offenen Szenen, bei spezifischen Treffpunkten wie Bahnhöfen, Parks, etc.). Streetwork zielt darauf ab, Kontakte zu den Konsumierenden aufzubauen, die keinen Kontakt zur Suchthilfe haben und von den Beratungsstellen (noch) nicht erreicht wurden. Der Aufgabenbereich von StreetworkerInnen umfasst den Kontakt- und Vertrauensaufbau, die Informations- und Beratungsarbeit, die soziale und sachliche Unterstützung (z.B. Spritzen, Kondome, etc.) und gesundheitspräventive Maßnahmen (z.B. HIV, AIDS, Hepatitis-Prophylaxe). (vgl. ebd.: 13)

Die eben erwähnten Praxisfelder stellen viele Anforderungen und Herausforderungen an die im Drogen- und Suchtbereich tätigen SozialarbeiterInnen, die durch die institutionellen Rahmenbedingungen noch zusätzlich verstärkt werden (können). Die folgende Abbildung zeigt Beispiele fehler- und risikobegünstigender Faktoren, die auf Grund der Rahmenbedingungen auftreten können:

<u>Risiko-/Fehlertypen</u>	<u>Fehlerbegünstigende Faktoren</u>	<u>Mögliche Risiken</u>
Standort	keine öffentliche Verkehrsanbindung, ...	kleine KlientInnenzahl
Setting	kein Fluchtweg, mangelhafter Arbeitsplatz, keine Terminvergabe, begrenzte Öffnungszeiten, Zwangskontext, ...	schlechte Beratungsatmosphäre
Angebot	Spritzentausch, Substitutionsbehandlung, ...	höhere Infektionsgefahr
Personal	keine entsprechende Qualifizierung, keine geschlechtergerechte Verteilung im Dienst, zu geringer Personalschlüssel, ...	höhere Fehleranfälligkeit, Burn-outgefahr
Ressourcen	geringes Fort- und Weiterbildungsbudget, zu wenig bezahlte Supervisionsstunden, kein elektronisches Dokumentationssystem, ...	höhere Fehleranfälligkeit
Management	kein Qualitätsmanagement, kein Fehler- und/oder Risikomanagement, ...	geringe Entwicklungschancen

Abbildung 4: Beispiele für fehler- und risikobegünstigende institutionelle Rahmenbedingungen
(Zeller 2013: eigene Darstellung)

Im Anschluss an diese Abbildung stellt sich die Frage, wie auf Risiken und Fehler innerhalb der Organisationen entsprechend reagiert werden soll/kann.

1.2.1.1 Umgang mit Fehlern und Risiken in Organisationen

Ansichts der Komplexität der Situation, in der Fehler und Risiken auftreten können, muss klar sein, dass es nicht die „eine“ Quelle sicherheitsgefährdender Handlungen und auch nicht das „eine“ Rezept geben kann, um das gesamte Spektrum sicherheitsgefährdender Handlungen zu beheben. (vgl. St. Pierre/Hofinger/Buerschaper 2011: 50) Es braucht mehrere Vorgangsweisen, um mit Fehlern und Risiken in einer Organisation angemessen umgehen zu können. Dazu ist die Förderung einer sicheren Unternehmenskultur („safety culture“), mit folgenden Faktoren, erforderlich:

- **Informationskultur:** verfolgt das Ziel, relevante Sicherheitsdaten innerhalb der Organisation zu sammeln und auszuwerten.
- **Meldekultur:** besagt, dass die MitarbeiterInnen auf freiwilliger Basis (gegebenenfalls anonymisiert), sicherheitsrelevante Beobachtungen und Erfahrungen melden können, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

- **Lernkultur:** umfasst das Lernen aus bereits erfolgten Fehlern und die Anpassung von Verfahren und Ausbildungsrichtlinien zur Verringerung der Wahrscheinlichkeit des Eintritts zukünftiger Fehler und Risiken.
- **Kultur des fairen Umgangs:** bedeutet, dass die Organisation einen fairen Umgang mit seinen MitarbeiterInnen pflegt und nur im Falle von vorsätzlicher Sicherheitsgefährdung und rücksichtslosem Verhalten sanktioniert.
- **Kultur der flexiblen Anpassung:** meint eine effektive und ständige Anpassung der MitarbeiterInnen an die Anforderungen der Organisation. (vgl. Farsch 2010: 46f)

Neben diesen Faktoren ist es wichtig, dass die Führungskraft für eine angenehme Atmosphäre in der Organisation sorgt. Er/sie muss ein Umfeld schaffen, in dem Sicherheit als oberstes Ziel gefördert und umgesetzt wird. Im Gegenzug dazu, müssen auch die MitarbeiterInnen Sicherheit als oberstes Gebot verinnerlichen und danach handeln. Dabei darf das sicherheitsrelevante Engagement nicht von persönlichen und wirtschaftlichen Faktoren beeinträchtigt werden. (vgl. ebd.: 47f)

Eine weitere Möglichkeit, die sich für den Umgang mit Risiken anbietet und auch im Sinne des Qualitätsmanagements und der Organisationsführung steht, ist die Etablierung von Risikomanagement. (vgl. Rohe/Beyer/Gerlach 2005: 24) Dies ist ein kontinuierlicher und dynamischer Prozess, dessen Tätigkeiten darauf ausgerichtet sind, eine Organisation bezüglich ihrer Risiken zu steuern und zu überwachen. (vgl. Austrian Standards Institute 2011: 10) Der Risikomanagement-Prozess lässt sich in vier Schritte unterteilen:

1. **Identifikation von Risiken:** bedeutet, dass die Risiken identifiziert, festgehalten, dokumentiert und zugeordnet werden. Dieser Prozess wird permanent während des gesamten Verlaufs durchgeführt. Für die Identifizierung von Risiken, gibt es unterschiedliche Methoden wie zum Beispiel Brainstorming/-writing, Mind Mapping, SWOT-Analyse, Checklisten, Fragebogen, etc. (vgl. Freitag 2011: 29f)
2. **Risiko-Analyse und Risiken-Bewertung:** dient der Quantifizierung und (möglichst) konkreten Einschätzung der Risiken. Die identifizierten

Risiken werden nach Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenshöhe bewertet und priorisiert. Das Ergebnis der Bewertung ergibt eine Risikomatrix. (vgl. Freitag 2011: 31, 35)

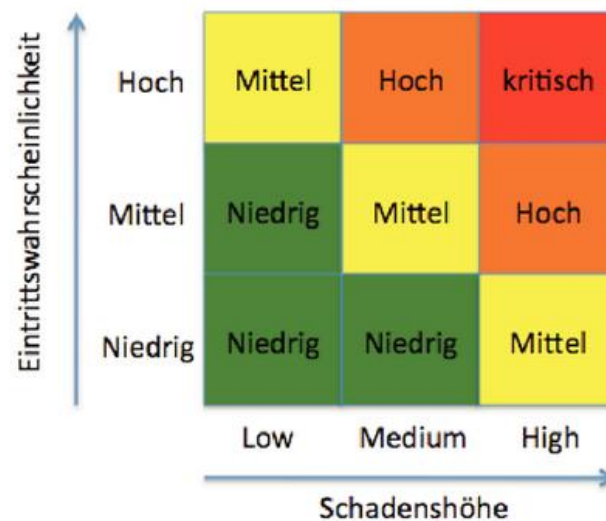


Abbildung 5: Risikomatrix (Wirz Protection 2013)

3. **Maßnahmenplanung und Umsetzung:** Nach der Analyse und Bewertung sollen die als wichtig identifizierten Risiken vermieden und die nicht vermeidbaren Risiken auf ein akzeptables Maß begrenzt werden. Dazu kann aus vier Strategien zur Steuerung der Risiken ausgewählt werden: Risikovermeidung, -verminderung, -übertragung und -akzeptanz. (vgl. Werner 2008: 8)
4. **Risikocontrolling:** Im letzten Schritt werden die Risiken hinsichtlich ihres Eintritts und die gesetzten Risikomanagementmaßnahmen im Hinblick auf ihre Wirkung überprüft und die sich daraus ergebenden Erkenntnisse in der Organisation mitgeteilt. Des Weiteren dient Risikocontrolling zur kontinuierlichen Erfassung von risikospezifischen Veränderungen, um ein rechtzeitiges Einleiten von Steuerungsmaßnahmen sicherstellen zu können. (vgl. Middendorf 2006: 30)

Die vorherigen Erläuterungen zeigen, wie ein Risikomanagement-Prozess in sozialen Einrichtungen vorgenommen werden kann. Dieser bewirkt, dass KlientInnen und MitarbeiterInnen vor Gefahren und/oder Schäden besser

geschützt und Zielsetzungen sicherer erreicht werden können. Es geht dabei nicht um ein Ausschalten aller Risiken, sondern um ein Bewusstmachen dieser und einer entsprechenden Reaktion darauf. (vgl. Werner 2008: 1)

1.2.2 Risikobegünstigende Merkmale und Problemlagen der Drogen- und SuchtklientInnen

An dieser Stelle wird auf die Drogen- und SuchtklientInnen näher eingegangen, da sich u.a. aus der teilweise fehlenden Kontrolle über den Substanzgebrauch, Risiken für die SozialarbeiterInnen ergeben (können). Auf Grund dessen und um einen geeigneten Umgang mit den SuchtklientInnen zu finden, sollten sich die SozialarbeiterInnen mit dem Thema Sucht bzw. Drogen und den Konsumierenden auseinandersetzen. Oft ist ein einschneidendes Ereignis im Leben für den Konsum von Suchtmitteln verantwortlich (z.B. fehlende elterliche Zuneigung, missglückte Beziehungen, Todesfälle, etc.). Es wird versucht mit Hilfe des Suchtmittels die daraus entstehenden Folgen der Selbstdefizite zu kompensieren. Auf Grund dessen versteht sich der Konsum von Suchtmittelsubstanzen als Unterstützung für eine kommunikative Beziehungsgestaltung, der dazu beiträgt, die zwischenmenschlichen Bedürfnisse nach Nähe und Distanz, Verantwortung, Achtung, Liebe, Hilfe etc. zu steuern und die Beziehungen zu regulieren. Daraus ergeben sich häufig Missverständnisse in der Kommunikation und Probleme in der Beziehungsgestaltung, die bei einer falschen Handhabung zu Risiken ausarten können. (vgl. NLP-Coaching 2013)

Um eine Grundlage und vor allem ein Verständnis für die Entstehung von möglichen Risiken und Fehlern zu schaffen, wird nachstehend eine Grafik dargestellt, welche die typischen Merkmale bzw. vielfältigen Problemlagen der Drogen- und SuchtklientInnen zeigt.

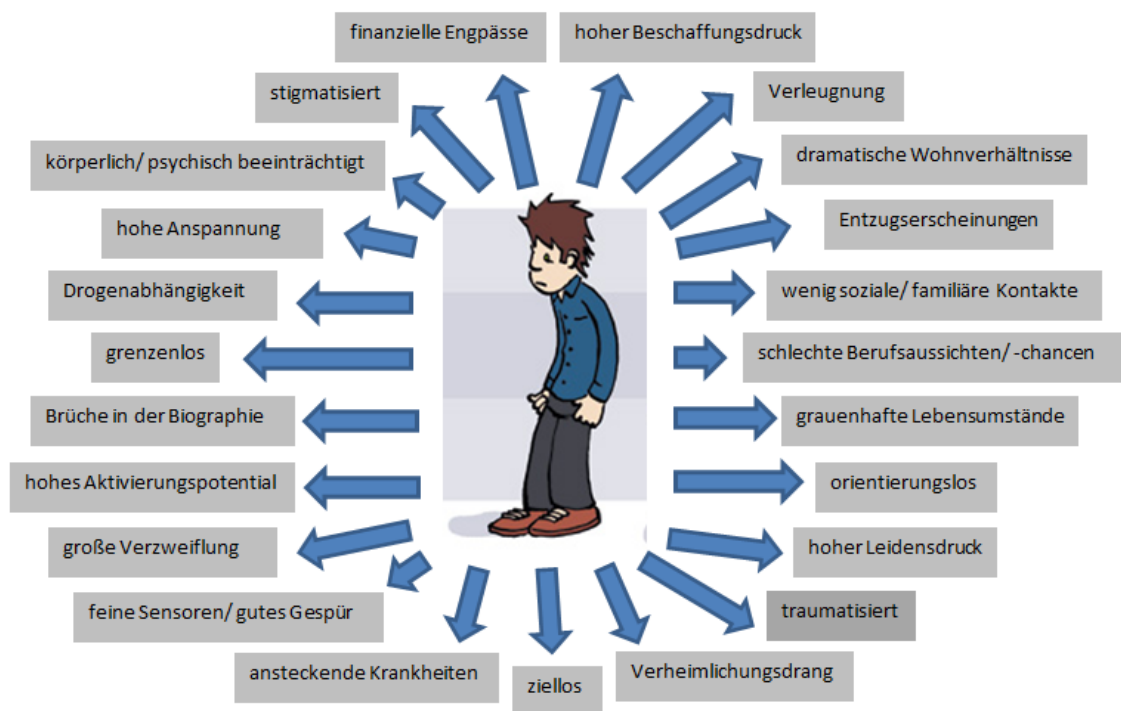


Abbildung 6: Risikobegünstigende Merkmale und Problemlagen von Drogen- und SuchtklientInnen (Zeller 2013: eigene Darstellung)

Die aufgezeigten Merkmale und Problemlagen müssen nicht auf alle Drogen- und SuchtklientInnen zutreffen, sondern stellen lediglich eine Auswahl dar. Weiters muss berücksichtigt werden, dass nicht der/die Drogen- und SuchtklientIn alleine für die Entstehung von Risiken verantwortlich ist, sondern auch die Rahmenbedingungen einer Organisation und der/die SozialarbeiterIn dies begünstigen können.

1.2.2.1 Spezielle Methoden und Techniken für die Arbeit mit Drogen- und SuchtklientInnen

In der Sozialen Arbeit gibt es unterschiedliche Methoden und Techniken, die angewandt werden können. Die Methodenwahl orientiert sich in der Regel an dem Handlungs- bzw. Arbeitsfeld, dem Klientel, der Organisationsstruktur und den Zielen der jeweiligen Einrichtung. Neben den typischen sozialarbeiterischen Diagnostik-Instrumenten (wie z.B. Netzwerkkarte, Crossing, Inklusionschart, Ecomap, Biographischer Zeitbalken, etc.) bieten sich, speziell für die Arbeit mit den Drogen- und SuchtklientInnen, folgende Methoden und Techniken an:

- **Motivierende Gesprächsführung („motivational interviewing“):** ist ein zielgerichtetes, klientInnenzentriertes Beratungsangebot, dass sich vor allem zur Beratung von Menschen mit einer ambivalenten Einstellung gegenüber Verhaltensänderungen eignet (z.B. für Menschen mit Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogenproblemen sowie für Adoleszente mit Risikoverhalten). Im Zentrum der motivierenden Gesprächsführung steht der Umgang mit Widerstand und Ambivalenz, wobei letzteres als normale Phase der Verhaltensänderung akzeptiert und Motivation als Beratungsziel angestrebt wird. (vgl. Peltenburg 2010) Diese Art der Gesprächsführung verfolgt folgende Prinzipien: Ausdrücken von Empathie, Entwickeln von Diskrepanzen, Umlenken von Widerstand und Fördern von Selbstwirksamkeit. (vgl. Fachstelle für Suchtvorbeugung NÖ 2006: 9) Da es sich bei der motivierenden Gesprächsführung um eine Grundhaltung in der Beratungssituation handelt, lässt sie sich auch mit anderen Beratungs- und Therapieformen gut verbinden. (vgl. Peltenburg 2010)
- **Krisenintervention:** umfasst alle Maßnahmen, die zur Bewältigung einer aktuellen und schwierigen Situation und/oder Krise beitragen können, wie zum Beispiel bei plötzlichen Schicksalsschlägen (Krankheit, Tod, Kündigung, etc.) und/oder suizidalen Krisenanlässen. Ziel der Krisenintervention ist die direkte Hilfe zur Selbsthilfe. Dies geschieht, indem dem/der Betroffenen geholfen wird, die Krise zu akzeptieren, um in weiterer Folge eigene Bewältigungsstrategien entwickeln zu können. Die Krisenintervention kann persönlich in einem Beratungsgespräch und/oder telefonisch erfolgen. In beiden Fällen muss den KlientInnen mit Empathie und Zuwendung begegnet werden. (vgl. Sonnek 1995: 15f)
- **Risflecting:** ist ein Kommunikationsmodell, in dem statt der Minimierung von Rausch- und Risikosituationen, die Optimierung des Verhaltens und der Rahmenbedingungen im Vordergrund stehen. Das Risflecting-Modell bezieht sich auf jene Personen, die Risikosituationen unbewusst eingehen und Rauscherfahrungen unreflektiert konsumieren. Ziel ist es, die Rausch- und Risikoerfahrungen auf der persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Ebene zu integrieren, um diese in weiterer Folge für

die Alltags- und Lebensgestaltung nutzbar machen zu können. Damit eine bewusste Wahrnehmung der Erfahrungen möglich wird, bedarf es der Entwicklung persönlicher Kompetenzen und der Schaffung offener Kommunikationsformen, in der ein Austausch über die Erfahrungen und Erlebnisse möglich wird. (vgl. Risflecting. ExpertInnenpool für Rausch- und Risikopädagogik 2013)

- **KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum:** darunter wird ein diszipliniertes und geplantes Selbstmanagementprogramm verstanden, das zur gezielten Reduktion des Konsums von legalen und illegalen Drogen beitragen soll. Um einen selbstkontrollierten Konsum zu erreichen, werden ein festgelegter Konsumplan bzw. Konsumregeln erstellt, sowie u.a. das Erkennen und Bewältigen von Risikosituationen, der Umgang mit „Ausrutschen“ u.a.m. vermittelt. Ziel von KISS ist die Bewusstmachung des Umgangs mit (il-)legalen Drogen, die Stärkung der Änderungsmotivation und der Aufbau von Selbstmanagementfertigkeiten zur Konsumreduktion/-beendigung durch die KonsumentInnen. (vgl. KISS 2013)
- **Case Management:** ist vor allem für KlientInnen mit komplexen Problemlagen geeignet, zu denen Drogen- und SuchtklientInnen gezählt werden können. Es handelt sich dabei um eine Methode, die anstrebt, KlientInnen hinsichtlich ihrer eigenen Kräfte, Stärken und Ressourcen zu fördern und zu unterstützen, sodass sie ihr Leben (wieder) selbst und eigenverantwortlich führen und gestalten können. Eine zentrale Aufgabe des Case Managements ist die ressourcenorientierte Gestaltung komplexer Hilfeverläufe. Dabei wird darauf geachtet, dass Passungen und Synergieeffekte zwischen verschiedenen Hilfen in einem Fall möglich sind. Damit soll wiederum das Ziel angestrebt werden, die Probleme von KlientInnen optimal zu lösen. (vgl. Kleve/Müller/Hampe-Grosser 2006: 2f)
- **Bio-psycho-soziales Modell:** setzt fachübergreifendes, vernetztes Denken voraus und verfolgt das Ziel, den Menschen in seiner Ganzheit zu erfassen. Dabei wird der Menschen sowohl in seiner Individualität (als einzigartiges Wesen) als auch in seiner Sozialisation (als soziales

Wesen) gesehen. Das bio-psycho-soziale Modell betont das Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Aspekte und versucht daraus konkrete Vorgehensweisen abzuleiten. (vgl. Dirnberger 2010: 4, 10)

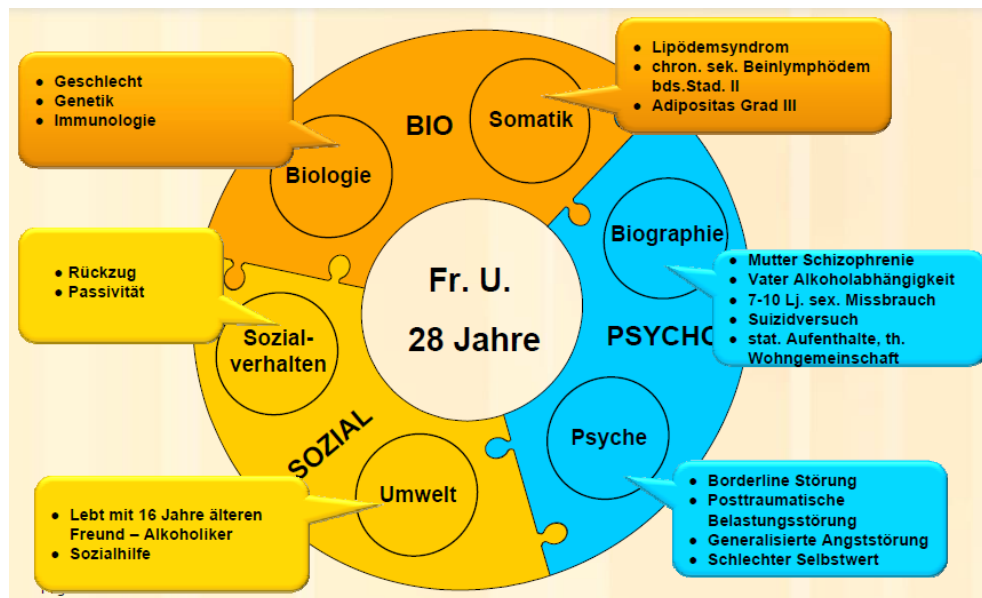


Abbildung 7: Fallbeispiel zum bio-psycho-sozialen Modell (Flaggl/Lientscher 2010: 9)

1.2.3 Risikobegünstigende Faktoren der Gesellschaft

Die Ausübung der Tätigkeit als SozialarbeiterIn wird in vielen Teilen der Öffentlichkeit als ein Beruf gesehen, der sich mit Menschen auseinandersetzt, die in der Gesellschaft auf Ausgrenzung stoßen. (vgl. Callo 2005 :32) Meist handelt es sich dabei um Menschen, die zu jener Bevölkerungsgruppe gehören, die über deutlich weniger Ressourcen verfügen und deshalb von der Gesellschaft mehr als andere Unterstützung, Chancen und Hilfe fordern müssen. Doch nicht in allen Fällen sind die gesellschaftlichen Anforderungen mit den Bedürfnissen und Bedarfen der Menschen ohne Widersprüche und Konflikte vereinbar. Zwischen den individuellen Lebenslagen und den gesellschaftlichen Erwartungen können oftmals Gegensätze, Widersprüche, Reibungen und Unvereinbarkeiten bestehen. Der Weg, den die Soziale Arbeit gehen muss, wenn sie ihr Klientel erreichen und unterstützen will, ist oft mühsam, lang und keineswegs geradlinig. Dies resultiert häufig aus der Ansicht der Gesellschaft, dass die betreffenden Menschen das viele Geld der

sozialarbeiterischen Interventionen nicht wert sind. Derartige Kosten werden meist nur akzeptiert, wenn sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Verhinderung langfristig noch höherer Kosten beitragen können. (vgl. Seithe 2012: 79) Übernimmt der/die SozialarbeiterIn diesen gesellschaftlichen Ansatz, können daraus die Risiken resultieren, die eigene Haltung aufzugeben und mit der Gesellschaft – unbewusster Weise – mitzuschwimmen.

1.2.3.1 Sensibilisierungsmöglichkeiten im Umgang mit der Gesellschaft

Erst wenn die Gesellschaft hinsichtlich des Themas „Drogen und Sucht“ sensibilisiert und aufgeklärt wird, können oben genannte Risiken minimiert werden. Mittels folgender Möglichkeiten kann eine Sensibilisierung erfolgen:

- **Bewusstseinsförderung für gesellschaftliche Zusammenhänge:** muss in der Gesellschaft, bei den Drogen- und SuchtklientInnen und ihren Angehörigen, sowie unter den Sozialtätigen geschehen. Wichtig dabei ist, dass die Suchtmittelabhängigkeiten einzelner Menschen, nicht nur als individuelles Problem angesehen werden, sondern auch in einen Zusammenhang mit üblichen Lebensformen, Normen und Werten gebracht und als Zeichen für eine nötige gesellschaftliche Veränderung verstanden werden. Je bewusster man sich dessen ist, desto weniger werden die Betroffenen als allein Schuldige gesehen und ausgegrenzt, die Probleme ganzheitlicher betrachtet und angegangen und die Bereitschaft sich auf Drogenkonsumierende einzulassen gesteigert. Dieses Bewusstsein kann durch Öffentlichkeitsarbeit und sozialpolitische Aktivitäten sowie Projekte gefördert werden. (Setudegan/Freund 2007: 57f)
- **Verbindungsstiftende Projekte:** steuern Ausgrenzungstendenzen entgegen und rücken die Randgruppen wieder mehr in den Mittelpunkt. Dabei wird das Ziel verfolgt, dass Drogen- und SuchtklientInnen Räume in und nicht am Rande der Gesellschaft erhalten. Zudem sollen die Menschen, anstatt über sie, mit ihnen reden. Viele der Betroffenen verfügen über eine ausgereifte Sensibilität in Bezug auf gesellschaftliche Zusammenhänge und die vorherrschenden Normen und Werte. Ihre Überlegungen und Lebenserfahrungen könnten durchaus als Ressource

in der Gesellschaft genutzt werden, indem man sie dazu ermutigt und unterstützt ihre Anliegen (z.B. Bedürfnis nach mehr Nähe, Geborgenheit, Akzeptanz etc.) öffentlich zu machen. Dieser Ansatz würde nicht nur das Bewusstsein in der Bevölkerung bezüglich der Wichtigkeit des Umgangsstils und der Lebensform weiter fördern, sondern auch auf längere Sicht den Wertewandel in der Gesellschaft beeinflussen. (Setudegan/Freund 2007: 59f)

- **Medialer Austausch:** hat das Ziel die Abhängigen und die restliche Bevölkerung wieder näher zusammenzubringen. Es könnte beispielsweise ein Forum eingerichtet werden, das von Drogen- und SuchtklientInnen geleitet wird und die Möglichkeit bietet, mit starkem Realitätsbezug über Grundsatzfragen in der heutigen Zeit zu diskutieren und zu philosophieren. Mittels regelmäßiger Zeitungsberichte, zum Beispiel einer Kolumne zweimal monatlich, könnte für das Forum geworben werden. (vgl. ebd.: 60)

1.2.4 Fehler- und risikobegünstigende Faktoren der SozialarbeiterInnen

In Drogen- und Suchtinstitutionen werden – wie schon erwähnt – viele Anforderungen an den/die SozialarbeiterIn gestellt. Im Zuge der Ausbildung zum/zur SozialarbeiterIn bedarf es daher einer Entwicklung von beruflichen Kompetenzen, um mit den Herausforderungen in dem breiten Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit umgehen zu können. Schilling (1982: 13ff, zit. n. Spiegel 2004: 83) unterteilt die beruflichen Kompetenzen in folgende Komponenten:

- Die **instrumentelle Kompetenz** umfasst die Fähigkeiten, Fertigkeiten, das Fachwissen und die Techniken zur Umsetzung von Plänen und Zielen.
- Die **reflexive Kompetenz** beinhaltet die Sensibilisierung für das Analysieren und Interpretieren von Verhalten, sowie die reflexive Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Situation.
- Bei der **sozialen Kompetenz** geht es um das Aneignen der Fähigkeit zur Empathie und Rollendistanz.

- Die **Handlungskompetenz** umschließt die Umsetzung der zuvor genannten Komponenten. Sie erfasst einerseits die Beschäftigung mit der eigenen Person um in weiterer Folge einen wertschätzenden und ernsten Umgang mit den KlientInnen zu finden und andererseits die Analyse des beruflichen Umfelds (z.B. KlientInnen, Team, Träger, etc.).

Da die Persönlichkeit als Steuerungsinstanz für die beruflichen Anforderungen agiert, ist es weiters wichtig, dass der/die SozialarbeiterIn sich mit den eigenen Normen und Werten und denen der KlientInnen auseinandersetzt und diese in der Arbeit mit ihnen berücksichtigt. Dazu ist es notwendig, die eigenen persönlichkeitsbedingten Fähigkeiten und Wirkungen zu kennen und sich selbst als Werkzeug im Spannungsfeld von widersprüchlichen Erwartungssystemen und Paradoxien zu erfahren und als solches einzusetzen. Im Zuge dessen, nehmen die Kompetenzen der Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion in der Sozialen Arbeit einen hohen Stellenwert ein. (vgl. Spiegel 2004: 84) Wurden die einzelnen Komponenten der beruflichen Kompetenzen in der Ausbildung zum/zur SozialarbeiterIn bzw. in der anfänglichen, beruflichen Phase im Drogen- und Suchtbereich nicht ausreichend ausgebildet bzw. erkannt und weiterentwickelt, so können sich in der Arbeit als SozialarbeiterIn folgende Risiken und Fehler einschleichen:

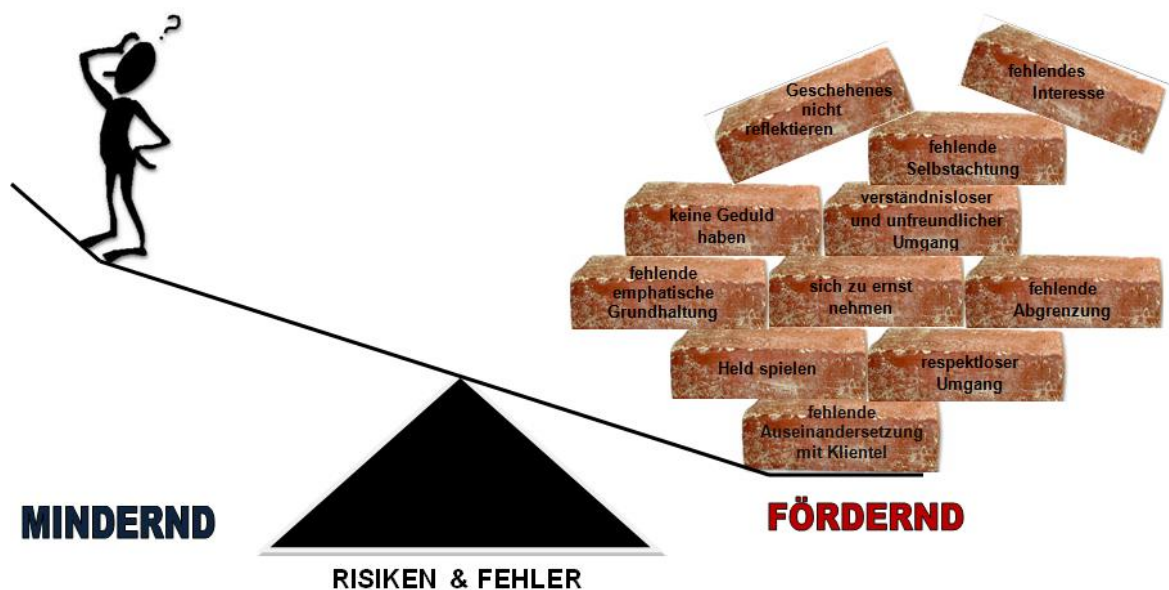


Abbildung 8: Fehlerbegünstigende bzw. risikofördernde Aspekte in der Arbeit der SozialarbeiterInnen (Steiger 2013: eigene Darstellung)

Die Grafik verdeutlicht welche Aspekte sowohl Fehler als auch Risiken in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn fördern. Viele SozialarbeiterInnen sind sich dieser Aspekte gar nicht bewusst und wissen oftmals auch nicht, welche konkreten fehler- und risikominimierenden Maßnahmen zu setzen wären. Wie risikoreiche Zustände tatsächlich minimiert werden können bzw. wie in einer solchen Situation mit Fehlern umgegangen werden soll, findet sich im fünften Kapitel genauer beschrieben. Im Folgenden werden nur jene Handlungen angeführt, die dazu beitragen sollen, dass die gezeigten fehlerbegünstigenden und risikofördernden Aspekte erst gar nicht aufkommen können.

1.2.4.1 Handlungen zur Vermeidung von Fehlern und Risiken

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf dem Aufzeigen von Handlungen, die zur Vermeidung von Fehlern und Risiken beitragen sollen.

- **Supervision:** In jeder Organisation findet sich ein Budget, das u.a. für die Inanspruchnahme von Supervision dient. Auf Grund dessen ist es wichtig, bei beruflichen Herausforderungen eine/n SupervisorIn aufzusuchen. Mit deren/dessen Hilfe soll eine Setzung von zielgerichteten, effizienten und erfolgreichen Handlungen ermöglicht werden. Ziel der Supervision ist es berufliche Situationen zu reflektieren und die damit verbundenen Probleme und Herausforderungen konstruktiv zu bewältigen, Konflikte zu lösen und eine aktive Steuerung der Veränderungsprozesse zu ermöglichen. Es empfiehlt sich somit, das Angebot einer Supervision (Reflexions- und Entscheidungshilfe bei aktuellen Anlässen, Unterstützung in herausfordernden/belastenden Arbeitssituationen und Konflikten, innovative Lösungen bei neuen Herausforderungen, Begleitung bei Veränderungsprozessen etc.) von Anfang an wahrzunehmen, um potentiellen Risiken und Fehlern entgegenzuwirken. (vgl. Österreichische Vereinigung für Supervision 2013)
- **Regelmäßiger Austausch im Team:** Teams bilden eine wichtige Grundlage zur Vorbeugung gegen Fehler und Risiken. Als Team werden gleichberechtigte Mitglieder, eventuell auch aus verschiedenen Fachdisziplinen stammend, bezeichnet, die eine gemeinsame Aufgabe

verfolgen. Ein Team folgt in seinen Entscheidungen expliziten und impliziten Normen, wodurch diese auf einer gemeinsamen Basis getroffen werden. Die Stärken von Teamarbeit zeigen sich u.a. darin, dass, im Gegensatz zu einer Einzelleistung, gerade in komplexen Problemlagen und unter Zeitdruck, eine höhere Leistung erzielt werden kann. Die verschiedenen Begabungen und Fähigkeiten, die größere kognitive Kapazität und die verschiedenen Standpunkte und Handlungsalternativen helfen, differenzierte und fundierte Entscheidungen zu fällen. Durch das gegenseitige Monitoring und die verteilte Arbeitsbelastung kann verhindert werden, dass Handlungsfehler durch eine/n Einzelne/n unbemerkt bleiben. (vgl. St. Pierre/Hofinger/Buerschaper 2011: 173)

- **Soziale Ressourcen:** Darunter ist das Eingebunden-Sein in unterstützende Netzwerke (z.B. Verwandtschafts-, Freundschafts-, Bekanntschafts- und Interessensnetzwerke etc.) zu verstehen. Diese sozialen Beziehungsnetzwerke dienen insbesondere bei der Bewältigung von schwierigen Lebensphasen als soziale Unterstützung und emotionaler Begleitschutz. Sind Menschen von solchen Netzwerken umgeben, so hat dies einen direkten Einfluss auf das Selbstwerterleben, das Wohlbefinden und die Lebensqualität. Mit Hilfe der sozialen Unterstützung werden nicht nur die sozialen Bedürfnisse (z.B. Teilhabe, Anerkennung, Aufgehoben-Sein, etc.) befriedigt, sondern auch ein Fundament von Wohlbefinden geschaffen, das als Absicherung gegenüber Verletzungen und Brüche in den biographischen Verläufen fungiert. (vgl. Empowerment.de 2013) Soziale Ressourcen sind wichtig, um einen unterstützenden Ausgleich zum Berufsalltag zu schaffen und um die Balance zwischen Privatleben und Arbeit zu halten. Gelingt es eine Ausgewogenheit herzustellen, kann dies zur Vermeidung von Fehlern und Risiken beisteuern.
- **Selbsterfahrung/Reflexion:** Selbsterfahrungen stellen, neben dem Aneignen von theoretischem Wissen, einen wichtigen Ausbildungsbestandteil für SozialarbeiterInnen dar. Menschen, die intensiv mit anderen Menschen arbeiten, sollten sich zunächst in ihrer

Rolle erproben, bevor sie in Kontakt mit KlientInnen kommen. Durch dieses Hineinversetzen in die KlientInnen, wird es einem ermöglicht die Hoffnungen, Befürchtungen, Widerstände und Lösungsfindungsprozesse der späteren KlientInnen besser zu verstehen. Wahrnehmungen, Erlebnisse und Gefühle, die einen in der Selbsterfahrung beschäftigen, werden in der Arbeit mit dem Klientel auftreten. Wut, das Ausblenden von wichtigen Themen, Langeweile oder die potentielle Anziehungskraft eines/einer KlientIn im Beruf müssen reflektiert werden, um eine gerechte Arbeit als SozialarbeiterIn leisten zu können. Geschieht dies nicht, kann es sein, dass diese Einstellungen und Verhaltensweisen die Anliegen der KlientInnen überlagert, wodurch sich Fehler und Risiken einschleichen können. (vgl. Huth 2011)

- **Fort- und Weiterbildungen:** Während Fortbildungen eine Auffrischung und Vertiefung der in der Ausbildung gewonnen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse bedeuten, meint die Weiterbildung eine Erhöhung der bereits erworbenen Berufsqualifikation. In beiden Fällen soll der Wissensstand der MitarbeiterInnen auf eine qualitativ hochwertiges Niveau gebracht bzw. auf einem solchen gehalten werden. Dabei geht es um die Vermittlung und Aktualisierung von beruflichem Wissen durch Lektüre, Fachliteratur und/oder das Erlernen des Umgangs mit neuen Techniken (z.B. Deeskalationsschulungen, Gesprächsführungsauffrischkurse etc.) und Hilfsmitteln. Mit Hilfe von Fort- und Weiterbildungen soll somit eine ständige Beibehaltung bzw. Weiterentwicklung der beruflichen und sozialen Kompetenzen erreicht und damit dem Begehen von Fehlern bzw. dem Eingehen von Risiken vorgebeugt werden. (vgl. Tauch 2002: 66)

2. Methodisches Vorgehen

Manuela Steiger, BA

Im Folgenden findet sich eine Darstellung des Erhebungs-, Aufbereitungs- und Auswertungsverfahrens, welche für die Gewinnung des Materials aus der Praxis eingesetzt wurden.

2.1 Erhebungsverfahren

Als erste Überlegungen zur Erlangung der theoretischen Inputs stand die Idee, in eine bestimmte Drogen-Sucht-Institution zu gehen und dort, mittels Beobachtungen und zusätzlicher ExpertInneninterviews, die Daten zu erheben. In einem ersten Schritt erfolgte somit der Einstieg durch die Kontaktaufnahme mit der Leitungsperson einer bestimmten Organisation. Infolgedessen hätte sich eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Risiken und Fehlern“ durch einen Top-down-Prozess ergeben, worunter die zunächst stattfindende globale Betrachtung des Forschungsproblems mit einer zunehmenden Konkretisierung in Teilprobleme verstanden wird. Auf Grund jedoch der Befürchtungen, eine zu einseitige Sichtweise zu erlangen, die durch die Erforschung von nur einer Institution entstanden wäre, und der Ängste und Bedenken der einen ausgewählten Organisation, in ein schlechtes Licht gerückt zu werden, entschieden wir uns letztlich, für eine Bottom-up-Herangehensweise. Hierbei wird, im Gegensatz zum Top-down-Prozess, eine Vorgehensweise verstanden, die vom Konkreten aus- zum Allgemeinen übergeht. Im Zuge dessen wurden zur Erhebung der Daten im Juli 2012 elf Interviews mit SozialarbeiterInnen aus den Bundesländern Steiermark, Niederösterreich, Salzburg und Wien geführt. Dabei lag nun der Fokus auf der Erfassung möglichst vieler und unterschiedlicher Informationen, wodurch die ausgewählten InterviewpartnerInnen aus den verschiedensten Drogen- und Suchteinrichtungen stammten. Hierzu gehörten niedrigschwellige und höherschwellige Beratungseinrichtungen. Die InterviewpartnerInnen wurden uns von FH-ProfessorInnen und SozialarbeitsstudentInnen empfohlen.

Als Erhebungsmethode wurde die Form der ExpertInneninterviews gewählt, welche immer in den jeweiligen Beratungsstellen vor Ort ihre Anwendung

fanden. Dadurch konnte neben der Erhebung der inhaltlichen Erkenntnisse, auch der Beratungsstandort selbst begutachtet und gegebenenfalls in die Forschungsergebnisse mit aufgenommen werden. Die zuvor aufgesetzten Interviewfragen wurden den InterviewpartnerInnen ohne vorherige Absprache gestellt und gliederten sich in die Themen „Risiko“, „die mögliche Steuerung von Risiken“ und „Risikoinventare/Werkzeuge“.

Als qualitative Erhebungsmethode wurde, wie schon eben erwähnt, das leitfadengestützte ExpertInneninterview, zur Erfassung von Spezialwissen zu einem gewissen Sachverhalt, angewendet. Als ExpertIn wird hierbei die Rolle der InterviewpartnerInnen verstanden, die ein spezifisches Wissen in Bezug auf den zu erforschenden Sachverhalt aufweisen. Mit Hilfe des ExpertInneninterviews können dieses „Insider-Wissen“ erschlossen und die Äußerungen rekonstruiert werden. (vgl. Gläser/Laudel 2010: 12) Kennzeichnend für das Leitfadeninterview ist die Formulierung von offenen Fragen, auf die der/die InterviewpartnerIn frei und spontan antworten kann. Der Leitfaden dient dabei zur Orientierung für die/den Interviewführende/n und ermöglicht somit eine strukturierte Datengewinnung. Wichtig ist es zu beachten, dass die/der Interviewführende nicht zu sehr auf den Leitfaden fokussiert ist und spontan auf zusätzliche Ausführungen reagieren kann. (vgl. Mayer 2013: 37f)

2.2 Aufbereitungsverfahren

Nach Durchführung der leitfadengestützten ExpertInneninterviews wurden diese im Zeitraum von Mitte Juli bis Mitte September mittels der wörtlichen Transkription verschriftlicht. Darunter versteht man die vollständige Erfassung des erhobenen Materials in Textform, welche als Basis für die ausführliche Auswertung fungiert. Als Vorgehensweise wurde die literarische Umschrift angewendet, worunter die Beibehaltung des Dialekts und die Wiedergabe im gebräuchlichen Alphabet verstanden wird. Dieses Verfahren ermöglicht eine authentische Wiedergabe des Gesprochenen und achtet auf die Besonderheiten des Gesagten. Unnötige Interpunktionen (z.B. Apostrophierungen) wurden weggelassen, um eine leichtere Verständlichkeit der inhaltlich-thematischen Ebene zu ermöglichen. (vgl. Mayring 2002: 89)

2.3 Auswertungsverfahren

Zur Auswertung des Datenmaterials wurde, in Anlehnung an Mayring, die qualitative Inhaltsanalyse genutzt. Diese eignet sich besonders zur Analysierung von zahlreich erfassten Daten. Im Zuge dessen stand zunächst die schrittweise Bearbeitung der Interviews im Vordergrund, wodurch das Material in Einheiten zerlegt und die Aspekte der „Risiken“, „Maßnahmen“, „Inventare“, „KlientInneneigenschaften“, „Strukturen der Institutionen“ und „SozialarbeiterInneneigenschaften“ herausgefiltert wurden. Daraus ergaben sich folgende vier Überkategorien als Auslöser von Risiken und für das Machen von Fehlern, nämlich die Rahmenbedingungen einer Institution, der/die KlientIn, die Gesellschaft und der/die SozialarbeiterIn. Anhand dieser Überkategorien konnten die Aspekte festgelegt werden, die für die Gliederung des restlichen Materials maßgebend sein sollten. Durch diese Systematik entwickelten sich Risiko- und Fehlerunterkategoriesysteme, die den einzelnen Überkategorien (Rahmenbedingungen, KlientIn, Gesellschaft, SozialarbeiterIn) zugeordnet wurden. Zur Übersichtsdarstellung ergab sich daraus folgende Grafik:



Abbildung 9: Übersichtsdarstellung der Fehler und Risiken im Drogen- und Suchtbereich
(Steiger 2013: eigene Darstellung)

Als zu verwendende Grundform der qualitativen Inhaltsanalyse wurde die Zusammenfassung ausgewählt, da zu den gefundenen Unterkategorien, nach erneuter Durchsicht des Datenmaterials, Textstellen in Form von Zitationen als Untermauerung der gefundenen Risiko- und Fehlerunterkategorien hinzugefügt wurden. Den herausgefilterten Risiken und Fehlern wurden in weiterer Folge, die aus den Interviews abgeleiteten Maßnahmen beigefügt und abschließend mit theoretischen Inputs gestützt. Als Ergebnis dieses Auswertungsverfahrens entstand somit ein Set von Kategorien zu einer spezifischen Thematik, das durch die Zuordnung von Textstellen und Theorie erweitert wurde. (vgl. Mayring 2002: 114-117) Die Ausarbeitung der Datenauswertung findet sich, nach einer kurzen Einführung hin zum, in dem Ergebnisteil.

3. Einführung in den Ergebnisteil

Manuela Steiger, BA / Katrin Zeller, BA

Im vierten und fünften Kapitel finden sich die anhand von elf Interviews ausgewerteten Ergebnisse dargestellt. Um gewährleisten zu können, dass die nachstehenden Ausführungen verstanden werden, bedarf es einiger Erklärungen, die im Folgenden angeführt werden sollen.

Zunächst wird auf die institutionellen Rahmenbedingungen als Risikoauslöser eingegangen. Im Zuge der Ausführungen werden folgende Symbole verwendet:



... steht für das Optimum einer Situation



... beschreibt einerseits zusätzliche Möglichkeiten und andererseits Varianten die angewendet werden können, wenn das Optimum nicht umsetzbar oder durchführbar ist

Im Anschluss an dieses Kapitel, werden die Risiken dargestellt, die von dem/der KlientIn ausgehen. Die aus den Interviews stammenden Risiken wurden mit den dazu passenden Maßnahmen erhoben und anschließend mit Theorie untermauert. Zur Untergliederung der Maßnahmen wurden die Begriffe „präventiv“ und „kurativ“ verwendet. Unter präventiven Maßnahmen sind jene zu verstehen, die dazu führen sollen, dass es erst gar nicht zum Ausbruch eines unerwünschten Ereignisses bzw. Schadens kommt. Die kurativen Interventionen treten ein, wenn ein unerwünschtes Ereignis bzw. Schaden bereits eingetreten ist und gelöst, begrenzt, kontrolliert oder geregelt gehört. (vgl. Pädagogisches Institut für die deutsche Sprachgruppe 2008) Die aufgereihten kurativen Interventionen sind chronologisch angeordnet und stellen eine mögliche Handlungsanleitung in einer risikoreichen Situation dar. In diesem Kapitel findet sich auch erstmals das Symbol eines Notizblockes , welches darauf hinweisen soll, dass ein Begriff im Stichwortverzeichnis näher erklärt wurde.

Nach diesen Ausführungen wird auf die Gesellschaft eingegangen, da sie ebenfalls als Risikoauslöser identifiziert werden konnte. Sie birgt einerseits

Risiken für den/die SozialarbeiterIn, trägt andererseits aber auch zu einer Verstärkung der Risiken und Fehler bei.

Im fünften Kapitel wird der/die SozialarbeiterIn mitsamt seinen/ihren Fehlern und Risiken angeführt. Wie auch in der Ausarbeitung zu dem/der KlientIn finden sich auch hier präventive Maßnahmen und kurative Interventionen, die chronologisch angeordnet sind.

Abschließend bleibt zu erwähnen, dass die gesamten Ergebnisse praktische Leitlinien, im Sinne von Orientierungs-, Handlungs- und Entscheidungshilfen, für alle SozialarbeiterInnen im Drogen- und Suchtbereich darstellen. Darunter ist zu verstehen, dass die Leitlinien, im Gegensatz zu Richtlinien, nicht als verbindlich anzusehen sind und die Anwendbarkeit einer bestimmten Empfehlung in der individuellen Situation immer unter den vorliegenden Gegebenheiten zu prüfen ist. (vgl. Leitlinien.de 2011)

4. Identifizierte Risiken im Drogen- und Suchtbereich

Manuela Steiger, BA / Katrin Zeller, BA

In diesem Kapitel werden die Risiken aufgezeigt, die durch die institutionellen Rahmenbedingungen, den/die KlientIn und die Gesellschaft für den/die SozialarbeiterIn entstehen können.

4.1 Risikoauslöser: die institutionellen Rahmenbedingungen

Katrin Zeller, BA

Im kommenden Abschnitt werden jene Risiken erläutert, die auf Grund latenter Fehler innerhalb einer Organisation, für SozialarbeiterInnen entstehen können. Eine Erklärung der in diesem Kapitel verwendeten Symbole findet sich bereits im dritten Kapitel „Einführung in den Ergebnisteil“, weshalb an dieser Stelle nicht noch einmal darauf eingegangen wird.

4.1.1 Setting

Im Rahmen der Beratung kann der/die SozialarbeiterIn unterschiedliche Settings wählen. Grundsätzlich handelt es sich dabei um die professionell gestaltete Begegnungssituation, die sich aus verschiedenen Elementen zusammensetzt wie zum Beispiel *die TeilnehmerInnen* (Adressaten der Sozialen Arbeit, Professionelle, ehrenamtliche HelferInnen, etc.), *der räumliche Kontext* (Möbel und andere Einrichtungsgegenstände, Sitzordnung), *der Zeitrahmen* (Gesprächsdauer und Sitzungsfrequenz), *grundlegende Regeln* (Hausregeln, etc.) und *grundlegende Handlungsperspektiven* (Hypothetisieren, Allparteilichkeit, Kontextualisierung, etc.). Der/die SozialarbeiterIn kann das Setting an die Erfordernisse der Situation anpassen bzw. dementsprechend verändern. (vgl. Ritscher 2007: 71ff) Im Folgenden finden sich einige Risiken, die auf Grund eines falschen Setting entstehen können.

Risiko: Die Sitzordnung kann nicht geändert werden.

Interviewerin: Die Sitzordnung ist dann auch so wie Sie jetzt sitzen bei einem Beratungsgespräch?

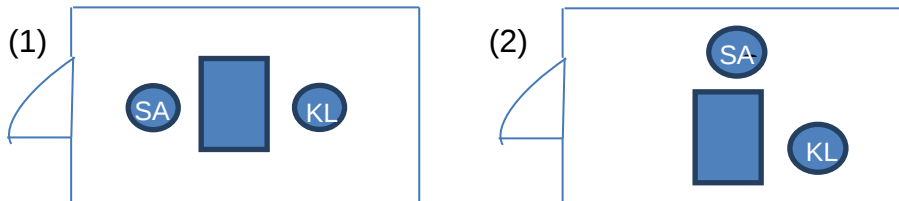
Befragte: So ist die Sitzordnung, genau.

Interviewerin: So, dass Sie auch gar nicht bei der Tür raus könnten?

Befragte: Genau. Ich habe dieses Zimmer übernommen. Also ich hab mir alles Mögliche überlegt, man kanns net verstellen dieses Ding [Anm.d.V. Ding = Schreibtisch]. Es hat keinen Platz. Aber es ist tatsächlich was, das mir eingefallen ist. Also ich kann nicht ausweichen. (I9: 182-188)



Die Sitzordnung ist ein wichtiges Element in der Einzelberatung. Optimal wäre es, wenn der/die SozialarbeiterIn nahe bei der Tür sitzen würde, um in eskalierenden Situationen rasch flüchten zu können. (vgl. I7: 492f) Gegebenenfalls könnte ein Tisch als Barriere genutzt werden, der gleichzeitig etwas Distanz schaffen würde. (1). Für eine gute Beratungsatmosphäre wäre allerdings eine Sitzordnung ums Eck wünschenswert. (vgl. I11: 647f) Diese würde, im Vergleich zur frontalen Anordnung, ein besseres Klima schaffen, da der/die KlientIn keiner direkten Beobachtung ausgesetzt wäre. Er/sie könnte freier erzählen und entscheiden, ob er/sie den/die SozialarbeiterIn ansehen möchte oder nicht. (2).



SA = SozialarbeiterIn
KL = KlientIn



Möglichkeiten, wie Hilfe angefordert werden kann:

- fixe/mobile Notfall-Glocke bzw. Klingelknopf
- Codewort/Kennwort in ein Telefongespräch verpacken
- Warnsirene
- Telefonsystem mit Lautsprechartaste, sodass die anderen mithören können
- Sicherheitsknopf der eine direkte Verbindung zur Polizei herstellt
- Schlüsselanhänger mit sirenenartigen Ton
- Diensthandy mit Alarmknopf

(vgl. I1: 241, 196; vgl. I2: 242ff, 527; vgl. I7: 497f; vgl. I10: 327f, 331ff; vgl. I11: 610)

Risiko: Mehrere SozialarbeiterInnen müssen sich ein Büro teilen, wo zugleich Beratung angeboten wird.

„Was sonst Räumlichkeiten betrifft ist es so, dass ich kein Freund von Großraumbüros generell bin, wo du zu dritt unter Umständen drinnen bist und net irgendwo allein wirklich di mit jemanden unterhalten kannst. Unabhängig von dem, dass i mi nimma konzentrieren kann, wenn neben mir no jemand was red, das nimmt mir einfach mei ganze Konzentrationsmöglichkeit.“ (I11: 683-687)



Eine positive Raumgestaltung hat einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf einer Beratung. Die Räumlichkeiten sollten ein Setting ermöglichen, in dem in entspannter Atmosphäre vertraute Gespräche mit dem/der KlientIn durchgeführt werden können. Die Beratung sollte prinzipiell in geschlossenen Räumen stattfinden, damit ein Mithören durch andere KlientInnen ausgeschlossen werden kann. Wünschenswert wäre ein separater Beratungsraum, der einen geschützten und ungestörten Gesprächsverlauf in einer angenehmen Umgebung ermöglicht. Während dessen sollten keine Telefonate stattfinden und/oder der Raum durch MitarbeiterInnen betreten werden. Dies könnte durch ein Schild mit der Aufschrift „Bitte nicht stören!“ bzw. durch vorherige Absprachen gewährleistet werden. Die Ausstattung des Beratungsraumes sollte grundsätzlich bequem sein und Wärme ausstrahlen. Prinzipiell dürfen SozialarbeiterInnen persönliche Vorlieben in die Einrichtung und Gestaltung miteinfließen lassen. (vgl. Rausch/Hinz/Wagner 2008: 219f)



Möglichkeiten, um eine angenehme Beratungsatmosphäre zu schaffen:

- Nutzung weiterer/anderer Räumlichkeiten in der Institution (z.B. Schulungsraum, Arztzimmer, etc.)
- bei heiklen Themen mit dem/der KlientIn ggfs. einen Spaziergang machen, in den Garten gehen, etc.
- Raumabsprache mit den KollegInnen (z.B. Bestellung von KlientInnen, wenn ein/e KollegIn bei einem Außentermin ist)
- Räumlichkeiten dem Klientel anpassen (z.B. eine Spielecke für Kinder)
- auf räumliche Abtrennung zwischen Wartezimmer und Beratungsraum achten, damit Wartende keine Gespräche mithören können

(vgl. I4: 387-392; vgl. I9: 282ff; vgl. Rausch/Hinz/Wagner 2008: 219)

Risiko: Der Beratungsraum ist mangelhaft (z.B. dünne Wände, keine Fenster, Tür kann nicht offen gelassen werden, etc.).	
„Im X hab i neben einen Lift an, i möcht des jetzt net amal als Raum bezeichnen, so a Kammerl zugewiesen kriegt, wo auf drei Seitn Glas war und auf der vierten Seitn die Tür und neben der Tür, der Kopierraum war, wo alle kopiern hingangen sind. Und damit ma net überall eine sieht, war dann halt amal auf der einen Seitn a Kastn. Aber du hast alles gehört, was die draußen reden, was i drinnen red, wannst telefonierst, des haben die alles mitkriegt.“ (I11: 663-667)	
	Die Mängel des Raumes sollten in jedem Fall der Leitung in einem Gespräch mitgeteilt werden. Wenn die Leitung nicht der/die ArbeitgeberIn ist, hat er/sie die Verpflichtung bestehende Mängel zu ermitteln, zu beurteilen und diese weiterzuleiten. Bei fehlenden Bemühungen, eine Änderung der räumlichen Gegebenheiten vorzunehmen, könnte sich der/die MitarbeiterIn auf das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz berufen, welches in Österreich als Bundesgesetz für die Beschäftigung von ArbeitnehmerInnen gilt. Unter § 22 finden sich alle gesetzlichen Regelungen zum Arbeitsraum betreffend der Beleuchtung, Belüftung, Grundfläche und Höhe des Raumes, etc. Demzufolge sind ArbeitgeberInnen dazu verpflichtet, den MitarbeiterInnen einen passenden Arbeitsraum zur Verfügung zu stellen, um die Arbeit ohne Beeinträchtigung der Sicherheit, Gesundheit und des Wohlbefindens ausführen zu können. (vgl. Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem 2013a)
	Möglichkeiten, um sich eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu schaffen: • bürofähiges Mobiliar (Regale, Schreibtisch, etc.) • bequeme Ausstattung • Pflanzen, Bilder und Dekoration • ausliegende/aushängende Informationen und Schriften • Informationsweiterleitung bei anstehenden schwierigen Gesprächen (z.B. Kollegen, Journaldienst, etc.) (vgl. I1: 242-247)
Risiko: Im Beratungsraum befinden sich gefährliche Gegenstände.	
„Wir haben Polizeieinsätze ghabt. Aber das war ohne Codewort, weil da halt einfach, do hobn wir noch Glasaschenbecher ghabt am Anfang, jemand einen Aschenbecher durch den Raum gschmissen hat. Das war a blöd von uns. Ja war so.“ (I2: 278-280)	
	Der/die SozialarbeiterIn kann im beruflichen Alltag mit dem/der KlientIn verschiedenen, teilweise unvorhersehbaren, Gefahren ausgesetzt sein, wie zum Beispiel der Bedrohung mit einem Glasaschenbecher. Um sich selbst zu schützen, sollten potentiell gefährliche Gegenstände

	(z.B. aus Glas, Metall) im Beratungsraum vermieden werden bzw. sich außer Reichweite des/der KlientIn befinden (z.B. Scheren in der Schreibtischschublade). Sollte der/die SozialarbeiterIn dennoch mit einer Gefahrenquelle zusammentreffen, ist es unbedingt notwendig, den/die ArbeitgeberIn darüber zu informieren. Er/sie hat die Pflicht, die Gefahren zu ermitteln und Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherheit der MitarbeiterInnen zu gewährleisten. (vgl. Rothe 2009: 258ff)
	Möglichkeiten, um sich selbst zu schützen: • Gegenstände aus Plastik verwenden (z.B. Plastikaschenbecher, Trinkbecher, etc.) • potentiell gefährliche Gegenstände (z.B. Scheren, Brieföffner, etc.) in der Schreibtischschublade verstauen • angebotene Hilfsmaßnahmen in Anspruch nehmen (z.B. Notfall-Glocke, Warnsirene, etc.) (vgl. I2: 287, 422, 527)

4.1.2 Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind Erkrankungen bei denen die berufliche Tätigkeit als verursachender oder als verschlimmernder Faktor eine Rolle spielt. Sie können durch gesundheitsschädigende Einflüsse oder Überlastungen, denen der Körper über eine gewisse Zeit ausgesetzt ist, ausgelöst werden. Auslöser für derartige Krankheiten sind u.a. Infektionserreger wie Hepatitis A, B oder C, Salmonellen, Tuberkulose, etc. Aus diesem Grund ist es unbedingt erforderlich, dass ArbeitgeberInnen entsprechende Vorsorge treffen, damit das Risiko der Ansteckung mit einer Infektionskrankheit so gut wie möglich vermieden werden kann. (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010; vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2012)

Risiko: Die Arbeit im Drogen- und Suchtbereich birgt die Gefahr der Ansteckung mit einer Infektionskrankheit.	
<i>„Am Anfang war i a bissl schockiert, als es geheißen hot es gibt die arbeitsrechtliche Vorgabe Hepatitis A und B geimpft zu sein, wo i ma dacht hab „oh mein Gott, ich könnt mich jeden Moment anstecken.“ (I6: 95ff)</i>	
	ArbeitgeberInnen sind laut § 3 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes verpflichtet für Sicherheit und Gesundheitsschutz der ArbeitnehmerInnen in Bezug auf alle Aspekte, die Arbeit betreffend, zu sorgen. Sie sollten die gesetzlichen Regelungen kennen oder zumindest wissen, wo sie sich hinsichtlich arbeitsmedizinischer und

	gesundheitlicher Fragen im Zusammenhang mit Arbeit und Arbeitsplatz informieren können. Im besten Fall verfügt die Organisation über ArbeitsmedizinerInnen, Sicherheitsfachkräfte oder sonstige Fachleute, die über Sicherheitstechnik und Arbeitsmedizin informieren. Für MitarbeiterInnen gilt, sich an die jeweiligen institutionellen Vorschriften, Hinweise und Angebote zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen zu halten. Dazu zählen u.a. Vorsorgeuntersuchungen und -impfungen, Hygieneschulungen, Erste Hilfe Schulungen, Bilder zum hygienischen Händewaschen und Desinfizieren, etc. (vgl. Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem 2013a; vgl. I5: 364-369)
	Zusätzliche Möglichkeiten, um die eigene Sicherheit und den Gesundheitsschutz zu erhöhen: • Tätigkeiten vermeiden, die eine erhöhte Verletzungs- bzw. Übertragungsgefahr aufweisen • eine Sicherheits- und Gesundheitsmappe mit konkreten Handlungsanleitungen beantragen (z.B. Umgang mit Nadelstichverletzungen, Impfungen, Einweisung in verschiedene Gerätschaften, etc.) • theoretisches Wissen über diverse Infektionskrankheiten und deren Vermeidung aneignen (durch z.B. Schulungen, etc.) • auf präventive Maßnahmen zum Selbstschutz zurückgreifen (z.B. Gummihandschuhe, Desinfektionsmittel, etc.) (vgl. I5: 481-484, 71ff)

4.1.3 Ressourcenmangel

Die Auswirkungen der gegenwärtigen Sozialpolitik führen dazu, dass soziale Organisationen immer mehr Einsparungen treffen müssen. So wird nicht nur an Sachkosten wie zum Beispiel Diensthandys, sondern auch an Personalstellen gespart. Folgende Ausführungen zeigen, dass dies oftmals problematisch ist, weil es fachliches und professionelles Arbeiten einschränkt und Risiken für MitarbeiterInnen mit sich bringen kann. (vgl. Verein für Soziale Betreuung NÖ-Süd 2013)

Risiko: Die Institution verfügt über keine Diensthandys.

„Wir haben keine Diensthandys, das heißt wir sind nicht erreichbar prinzipiell, also jetzt nur in der Beratungsstelle und da gibt's eben Ausnahmen, wo man sagt, okay, wenn jetzt die Person so in der Krise ist, dann ist es in meinem Entscheidungsbereich zu sagen „okay, im Notfall kannst du mich anrufen“, das

<i>heißt da geb ich meine Privatnummer her. Und da war es dann zum Beispiel bei mir einmal so, dass mich dann eine Klientin angerufen hat, wobei das ist nur einmalig passiert, und sie hat mich dann angerufen und hat gesagt, ja sie hat jetzt nichts mehr und sie kocht und sie braucht jetzt unbedingt an Stoff und ob i was, wo sie jetzt was herkriegern kann.“ (I4: 84-91)</i>	
	Wünschenswert wäre es, wenn jede/r MitarbeiterIn ein eigenes Diensthandy hätte. Es würde nicht nur zu einer Verbesserung des Arbeitsklimas und der Arbeitsleistung beitragen, sondern auch die Flexibilität und Sicherheit bei Außendiensten erhöhen. Für Notsituationen könnte beispielsweise ein Alarmknopf integriert sein, der eine sofortige Weiterleitung zur Organisation und/oder zur Polizei ermöglicht. (vgl. I11: 610f) Außerdem würden sich weniger MitarbeiterInnen gezwungen fühlen, in Krisensituationen eines/einer KlientIn (z.B. suizidale Krise), ihre Privatnummer herzugeben. (vgl. I4: 84-87)
	Möglichkeiten, für MitarbeiterInnen, die kein Diensthandy zur Verfügung gestellt bekommen: • eine gewisse Anzahl an Diensthandys für den Außendienst anfordern • die KollegInnen über den Außentermin informieren • den Außendienst ggfs. zu zweit antreten • eine Vereinbarung treffen, falls in einer Notlage vom privaten Handy angerufen werden muss (z.B. Rückerstattung der Telefonkosten, etc.) (vgl. I3: 369; vgl. I1: 243)
Risiko: Die Institution weist den SozialarbeiterInnen zu viele KlientInnen zu.	
<i>„Es ist schon tatsächlich so, dass wenn's wirklich stressig ist, in Spitzenzeiten hob i 20 KlientInnen laufend in Beratung. 23 ist das Höchste. Des kann scho sein ja, dass es da zu Verwechslungen kommt.“ (I9: 132ff)</i>	
	Viele SozialarbeiterInnen beklagen, dass die Fallzahl zu hoch sei und sie ihre Arbeit nicht so machen können, wie sie es für notwendig halten. Dies kann entweder mit Einsparungen (z.B. Abbau von Personalstellen) oder mit der steigenden Nachfrage und Komplexität der Fälle zusammenhängen, sodass einer bestimmten Anzahl von MitarbeiterInnen nun mehr KlientInnen oder mehr Aufgaben als vorher zugeteilt werden. Um die Qualität der Arbeit sicherzustellen, wäre es sinnvoll einen Personalschlüssel festzulegen, der das Verhältnis von MitarbeiterIn zu KlientIn beschreibt. (vgl. Seithe 2012: 149f) Da es für den Drogen- und Suchtbereich sowie für viele andere Bereiche der Sozialen Arbeit noch keine allgemeinen Richtlinien gibt, wäre es ratsam, wenn sich die einzelnen Institutionen eigenständig darum kümmern würden. In Absprache mit den SozialarbeiterInnen könnte

	ein für alle Beteiligten passender Personalschlüssel festgelegt werden. Dadurch würden nicht nur die Arbeitsmotivation, -leistung und -atmosphäre verbessert, sondern auch die Gefahr eines Burnouts und einer Verwechslung minimiert werden.
	Möglichkeiten, um dem hohen Arbeitsdruck stand zu halten: • auf sich selbst achten und einen Ausgleich im Privaten finden (z.B. Hobbys ausüben, eine nährnde Partnerschaft, Entspannungstechniken, etc.) • ggfs. Einzelsupervision beantragen • sich mit KollegInnen austauschen (u.a. auch über deren Befinden) • ein Gespräch mit der Leitung suchen (vgl. I3: 240-257; vgl. I7: 570ff)

4.1.4 Struktur der Organisation

Greving (2008: 38) zufolge, entwickelt jede Organisation eine Struktur bzw. lebt und befindet sich in einer Struktur, welche das Miteinander aller Organisationsmitglieder regelt. Im Allgemeinen kann zwischen *formellen* und *informellen Strukturen* unterschieden werden: Die formelle Struktur beschreibt, wie das Miteinander in der Organisation idealerweise geregelt sein sollte. Es geht hierbei um eine Soll-Vorgabe, die nichts darüber aussagt, wie die tatsächliche Beziehung in einer Einrichtung abläuft. Die formelle Organisationsstruktur zeigt sich zum Beispiel in den Satzungen, Konzepten, Dienst- und Stellenplänen. Im Gegensatz dazu ist die informelle Struktur keineswegs geplant und auch nicht planbar, da sie sich immer wieder neu durch die Handlungsmuster, Handlungsmomente und Handlungsbedürfnisse der Organisationsmitglieder ergibt. Sie entsteht demnach spontan und situationsabhängig. Die beiden Formen kommen sehr oft in einen Spannungszustand, weil geplantes nicht immer realisierbar ist. Daraus zeigt sich, dass vieles was in Organisationen passiert oftmals nicht regelbar ist. Dies bezieht sich vor allem auf die Verhaltensweisen von Mitgliedern: ihr Kommunikations- und Kooperationsverhalten, ihre Arbeit in Krisenmomenten, der Umgang mit Grenzen, usw. (vgl. Greving 2008: 38f) Bezugnehmend darauf konnten folgende Risiken erhoben werden:

Risiko: Die Einrichtung befindet sich im selben Gebäude wie ein Geldinstitut.

„Was wir hier zum Beispiel schon machen ist, wir sind ja im Postgebäude und wir teilen uns ja auch den Haupteingang mit der Post und ich hab im ersten Jahr wie ich gearbeitet hab, da auch nach sechs Uhr gearbeitet, wo die Post unten schon zu war und ich ganz alleine in diesem ganzen Gebäude war, ja. Und das hab ich dann aufgehört. Also da hab ich dann irgendwann einmal gesagt, eigentlich grad im Winter, wenn's um vier schon dunkel wird, fühl ich mich eigentlich net sehr sicher, wenn da die Türen irgendwie offen sind und ich sitz in diesem riesen Gebäude völlig alleine, die Post auch noch unten. Also ich mein die Post ist ja auch ein Institut, was auch Geldgeschäfte irgendwie macht und oft Geld bunkert oder keine Ahnung, die zahlen ja auch aus und mir war das einfach zu unangenehm und es war dann eben auch so, dass ich alleine oft da war.“ (I7: 475-484)



Nicht jede Lage ist für eine Institution, in der sozialarbeiterische Beratung/Betreuung angeboten wird, geeignet. Darüber sollte sich ein/e UnternehmensgründerIn bei der Wahl eines Standortes bewusst sein. Faktoren wie beispielsweise das Grundstück, die behördlichen Auflagen, die Konkurrenz, die Kundennähe, die Verkehrsanbindung, die Kosten, die Arbeitskräfte und das Image müssen unbedingt berücksichtigt werden. Denn ist erst einmal eine Entscheidung für den Ort der Niederlassung getroffen, so lässt sich diese auf Grund hoher Investitionen meist nicht mehr rückgängig machen. Hinsichtlich des genannten Risikos, würde sich ein Standortwechsel anbieten. Sollte dies jedoch nicht möglich sein, müssen Wege und Mittel gefunden werden, um mit den vorherrschenden Problemen umzugehen. (vgl. R+V 2008) Im folgenden Abschnitt werden einige Sicherheitsmaßnahmen erwähnt, die Anwendung finden könnten.



Mögliche Sicherheitsmaßnahmen:

- ein Gespräch mit der Leitung suchen und Verbesserungsvorschläge machen (z.B. Änderung der Öffnungszeiten, Installation einer Sprechanlage mit Videokamera, Installation einer Glastür, etc.)
- bei Dunkelheit das Licht in den einzelnen Räumen eingeschaltet lassen
- den Schlussdienst zu zweit machen; wenn möglich, ein männlicher Mitarbeiter und eine weibliche Mitarbeiterin (geschlechterspezifische Aufteilung!)
- wenn der Dienst alleine gemacht wird, soll die vorletzte Person, den Schlussdienst unbedingt über ihr Gehen informieren

(vgl. I7: 486ff, 507-511, 494-497, 182)

Risiko: Die Umstrukturierung bewirkt konzeptionelle und strukturelle Unsicherheiten unter den MitarbeiterInnen.

„Es gab eine Reihe von Umstrukturierungen. Es hat sich ganz viel verändert und es haben sich auch die Abteilungen verändert. Es hat sich sozusagen alles vermischt. Es gab eine riesen organisatorische Umstellung (...). Die Umstrukturierung hat vielerlei Gründe gehabt, aber das was sozusagen vorrangig dahinter steckt, ist das Thema Finanzen. (...) Damit einhergehend hat man auch gleich konzeptuell Veränderungen vorgenommen, die sicher Sinn machen.“ (I9: 51ff; 59-63)



Jede Umstrukturierung hat ihre eigenen Charakteristika und läuft anders ab. In der Regel sind die Motive und Ziele nur schwer erkennbar. Unter den MitarbeiterInnen löst dies häufig Unsicherheit und Ängste aus, da Umstrukturierungen häufig auf ihren Rücken ausgetragen werden. Um ihnen die Ängste und Vorbehalte zu nehmen, wäre es sinnvoll, sie über die Motive und Ziele der strukturellen Veränderung offen aufzuklären. Wünschenswert wäre es auch, den Umstrukturierungsprozess nicht hinter verschlossenen Türen abzuhalten, sondern die Angestellten aktiv miteinzubeziehen bzw. sie zumindest über den Veränderungsprozess laufend zu informieren. Dies könnte in den MitarbeiterInnen das Gefühl der Mitbestimmung bzw. Zugehörigkeit wecken und dazu beitragen, dass das Konzept und die Struktur der Institution schneller angenommen, akzeptiert und gefestigt werden. (vgl. Hornung/Leitsmüller/Samsinger 2005: 10)



Möglichkeiten, wie mit strukturellen und/oder konzeptionellen Unsicherheiten umgegangen werden kann:

- einen Kontakt mit der Leitung herstellen, um Fragen zu klären
- regelmäßiger Austausch mit den KollegInnen
- laufendes Wiederholen von Abläufen
- ein/e SozialarbeiterIn vom Tag (SvT) ernennen, der/die den Überblick behält und für Rückfragen zur Verfügung stehen kann
- das Konzept zugänglich machen (z.B. über Intranet/Internet)

(vgl. I5: 453-459)

Risiko: In der Anlaufstelle sind zu viele KlientInnen.

„Am X waren ja unglaubliche Massen an Menschen in der Anlaufstelle. Also wir haben ungefähr 800 Leut am Tag gehabt, die herinnen waren, die irgendwas von uns wollten. Und da gab's dann auch noch eine Steigerung und das ging natürlich, diese Anzahl von Leuten, die sich immer mehr gesteigert haben, ging natürlich auch ein Stückweit einher, in dem es immer mehr Regeln gab, in dem man die Leut immer mehr versucht auch so ein bisschen zu lenken, um sich anzustellen und auch so ein bisschen zu

<i>organisieren, um das Chaos auch zu vermeiden. Und das ist halt nicht immer so eingehalten worden und da waren wir dann halt sehr dominant und haben dann so „bitte hinten warten“ und eben „nur 3 Leut“ und so irgendwie um den Chaos Herr zu werden und da muss ich schon sagen, da war ich dann einmal sehr sehr rigoros zu einem Georgier von dem wir wussten, dass der sehr sehr gewalttätig war und da hab ich mir dann im Nachhinein gedacht, (...) „also das hätte schon blöd ausgehen können“ ja“. (I7: 401-424)</i>	
	Der Umgang mit Menschenmassen sollte in jedem Fall in Institutionen ohne verpflichtende Terminvergabe geregelt sein, da es vor allem dort vorkommen kann, dass viele Menschen gleichzeitig in die Einrichtung kommen. Eine Möglichkeit wäre, zum Beispiel nur fünf bis sechs KlientInnen gleichzeitig zu betreuen. Um Massenpaniken vorzubeugen bzw. bei einer bereits ausgebrochenen Panik die richtigen Maßnahmen zu setzen, empfiehlt es sich Sicherheitsmaßnahmen festzulegen, die im Ernstfall angewendet werden könnten. Beispiele für Sicherheitsmaßnahmen sind: • sich einen Überblick verschaffen • ruhige und klare Informationen geben • Sicherheit ausstrahlen • sachlich und nüchtern wirken • laute Durchsagen machen • ggfs. Verstärkung bei der Polizei anfordern • genügend Fluchtwege zur Verfügung stellen • etc. (vgl. Mück 2013)
	Möglichkeiten, um mit Menschenmassen umgehen zu können: • an Evakuierungsübungen teilnehmen • Schulungen, Fort- bzw. Weiterbildungen besuchen (z.B. Deeskalationstraining, Konfliktmanagement, Krisenintervention etc.) • einen Sicherheitsdienst engagieren (vgl. I1: 280; vgl. I2: 222)
Risiko: Die Institution erlaubt die Mitnahme von Hunden.	
<i>„Oder zum Beispiel, eine Gschicht, die unangenehm ist, wo ma gsagt haben, das möcht ma jetzt verändern, dass wir die Hunde nicht mehr in die Einrichtung lassen. Das ist oft ein sehr anstrengender Punkt, wenn mehrere Hunde in der Einrichtung sind. Aber man hat immer dieses Bild, werden wir zu hochschwellig, kommen keine Leute, wenn's die Hunde nicht mitnehmen dürfen, (...).“ (I2: 290-294)</i>	
	Viele Drogen- und SuchtklientInnen haben Hunde, die für die meisten die einzig wirklich treuen Begleiter sind. So kommt es vor, dass KlientInnen ihre Hunde auch zum Beratungstermin in die Organisationen mitbringen. Dies führt sehr oft zu Unruhe und

	Aufregung im Wartezimmer, vor allem dann, wenn KlientInnen Angst vor Hunden haben und/oder durch eine Allergie vorbelastet sind. Einige haben auch Vorurteile gegenüber Hunden („... der Hund hat Flöhe.“). Um ein gutes Klima im Wartezimmer zu gewährleisten und die Sicherheit aller Anwesenden zu schützen, wäre es am besten, wenn die Mitnahme von Hunden in der Institution verboten werden würde. Ein entsprechendes Verbotsschild beim Eingang könnte den/die KlientIn darauf aufmerksam machen, dass Hunde in der Organisation verboten sind. Um den HundebesitzerInnen entgegenzukommen, wäre es seitens der Organisation ratsam, entsprechende Plätze anzubieten, wo KlientInnen die Möglichkeit hätten, ihre Hunde anzuleinen. Sollte ein Hundeverbot für bestimmte Organisationen im niedrigschwelligen Bereich nicht in Frage kommen, weil dadurch die Befürchtung gehegt wird, zu hochschwellig zu werden, können untenstehende Möglichkeiten eine Hilfestellung bieten.
	Möglichkeiten, um die Hunde in der Organisation sicher zu halten: • Beißkorb- und Leinenpflicht in der Organisation • Leihbeißkörbe anbieten • gratis Plastiksäckchen zum Entsorgen von Hundekot • Bewusstseinsbildung und Appell zur gegenseitigen Rücksichtnahme (vgl. I2: 299ff)

4.1.5 Dokumentation

Aktenführung ist ein altes Thema in der Sozialen Arbeit. Unter dem Stichwort Dokumentation der Arbeit, bekommt es gegenwärtig vor allem im Kontext der aktuellen Diskussionen um wirtschaftlichen Umgang mit Ressourcen und der Qualitätsdebatte, eine neue und wichtige Bedeutung. Nachweise über Effektivität und Effizienz werden von vielen Seiten immer mehr eingefordert. Aus diesem Grund haben sich viele Einrichtungen elektronische Dokumentationssysteme zugelegt. (vgl. Westerkamp 2003) Problematisch ist jedoch, dass der Sozialen Arbeit immer noch nicht in gleicher Weise, wie anderen Berufsgruppen oder gar der Wirtschaft und Technik, eine bestmögliche und einheitliche EDV-Unterstützung zugestanden wird. (vgl. Neuffer 2002: 113) Viele Einrichtungen arbeiten sogar noch mit handschriftlichen Akten. Auf Grund dieser Tatsachen konnten folgende Risiken identifiziert werden:

Risiko: Die Institution verfügt über kein Dokumentationswarnsystem.

„I glaub wenn's zu einer irgendwie bedrohlichen Situation kommen is, sollten des alle im Team erfahren oder wissen, das des vorkommen is. Wir haben leider a sehr schlechtes Dokumentationssystem. Idealerweise sollts da immer, wenn man den Klienten aufmacht, irgendeinen Hinweis oder a Signal geben.“ (I8: 307-310)



Um die Sicherheit der MitarbeiterInnen zu erhöhen, wäre es ratsam, wenn es im Zuge eines elektronischen Dokumentationssystems ein Warnsystem geben würde, welches möglichst schnell über Gefahren und/oder Vorfälle im Umgang mit einem/einer KlientIn informiert. Die Warnung könnte dem/der SozialarbeiterIn ermöglichen, sich entsprechend auf das Gespräch vorzubereiten und präventive Maßnahmen zu setzen (z.B. das Gespräch zu zweit führen, etc.). Die Chance, dass der/die MitarbeiterIn adäquat auf den/die KlientIn reagiert, würde sich mit einem Warnsystem enorm erhöhen.

Eine Möglichkeit, wie ein elektronisches Warnsystem umsetzbar wäre: Wenn ein/e MitarbeiterIn gewarnt werden soll, wird der Vermerk, der aufmerksam machen soll, rot markiert. Bei speziellen Vorfällen wird zusätzlich ein Häkchen gesetzt, damit die wichtige Information beim nächsten Öffnen der KlientInnen-Kartei erscheint. Dies hat den Vorteil, dass ein/e SozialarbeiterIn sofort über einen Vorfall mit einem/einer KlientIn informiert wird. (vgl. I1: 262-277)



Weitere Möglichkeiten, um über Gefahren/Vorfälle informiert zu werden:

- wöchentliche Teamsitzungen
- zusätzliche Besprechung bei Vorfällen
- Erstellung einer Liste von potentiell gefährlichen KlientInnen
- Anfertigung eines Gedächtnisprotokolls nach Notfällen, Eskalationen, etc.
- Führen eines Teambuches

(vgl. I1: 317; vgl. I9: 429; vgl. I7: 607ff; I2: 495-498)

Risiko: Die Dokumentation besteht aus einer Handakte.

„Na, also wir haben eigentlich nur Handakten. Das ist schriftlich. Das ist aber so zu führen, dass falls was wär und ich net da bin, dass des leserlich ist. Aber es gibt jetzta net, wo man sagt, des und des muss notiert werden. Aber es ist ganz klar, je mehr dokumentiert wird, desto klarer ist der Prozessverlauf. Und könnte a, wenn i zum Beispiel mal krank bin, wer anderer übernehmen. Das das sozusagen reibungsloser ist.“ (I4: 495-499)



Die immer noch üblichere Form der Dokumentation in der Sozialen Arbeit ist die Aktenführung. Daten und Fakten einer Person werden handschriftlich dokumentiert und in einer Akte gesammelt. Kritisiert wird daran vor allem, dass die Akte oft unleserlich, lückenhaft und/oder mit Rechtschreibfehlern geführt wird, die Archivierung viel Platz braucht und die Anschaffungskosten für Aktenordner, Regale und Regalraum hoch sind. Ein elektronisches Dokumentationssystem könnte diese Nachteile und jene der klassischen „Zettelwirtschaft“ vermeiden und den Ablauf beschleunigen. Es könnte zudem auch eine bessere Nachvollziehbarkeit für alle MitarbeiterInnen gewährleistet und der Zugriff auf abgelegte Dokumente erleichtert werden. Wünschenswert wäre es daher, wenn die klassische Aktenführung durch ein elektronisches Dokumentationssystem abgelöst werden würde, um die Qualität der Arbeit zu verbessern. (vgl. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland 2008: 36ff)



Möglichkeiten, wenn keine computergestützte Dokumentation machbar ist:

- einheitliche Dokumentationsform beachten
- Deckblatt mit abgesprochenen Rubriken und Kategorien erstellen (z.B. Aktenzeichen, Name und Wohnort des/der KlientIn, Geburtsdatum des/der KlientIn, AnsprechpartnerInnen, etc.)
- Dokumente zeitnah (bis spätestens drei Tage nach Eingang) in die Akte einlegen
- Nachvollziehbarkeit für das gesamte Team der Organisation (leserliche Schrift!)
- Archivierung unter Wahrung der Aufbewahrungsfristen
- übersichtliche Aktenablage (z.B. einschienige Pendelablage, etc.)
- regelmäßiger Teamaustausch (z.B. regelmäßige Teamsitzungen etc.)
- Teambuch führen (z.B. unterstützend für bestimmte Vorfälle, Gefahren, wichtige Infos, etc.)

(vgl. Merchel 2010: 144)

Risiko: Die Institution verfügt über keine einheitlich geregelte Dokumentation.

„Also es gibt ... jeder hat dann seine eigenen Klientenmitschriften und jeder muss seine Klienten dokumentieren, wann wer da war. Also ich muss immer zum Beispiel, ich kann jetzt nur für mich reden, da hat jeder so seine eigene. Also ich kann die letzten zehn Jahre genau sagen, wann wer bei mir war.“ (I3: 436-439)

	Jede/r MitarbeiterIn unterliegt im Allgemeinen der Dokumentationspflicht. Bislang gibt es allerdings keine allgemeingültige Regelung, wie die Dokumentation in Organisationen der Sozialen Arbeit gehandhabt werden soll. Den Einrichtungen ist es grundsätzlich selbst überlassen, ob die MitarbeiterInnen mit Akten arbeiten und ihre Notizen handschriftlich machen oder ob sie die Vermerke elektronisch in ein Datenprogramm eingeben. Wünschenswert wäre es natürlich, wenn es für die einzelnen Organisationen im Drogen- und Suchtbereich ein einheitliches elektronisches Dokumentationssystem geben würde. Am besten würde sich dafür eine elektronische Dokumentenverwaltung auf einem zentralen Server im Intranet oder im Internet eignen. Dies hätte folgende Vorteile: • Die MitarbeiterInnen könnten die Dokumentation besser als von einer Handakte nachvollziehen (bessere Lesbarkeit als handschriftlich auf dem Papier). Dadurch wäre nicht nur eine reibungslosere Übergabe an andere MitarbeiterInnen (z.B. bei Krankenstand, bei Verlassen der Organisation, usw.) sichergestellt, sondern auch eine bessere Absicherung in gerichtlichen Verfahren. • Die Dokumente wären für das gesamte Team von überall zugänglich. • Die Dokumente könnten bei Bedarf jederzeit ausgedruckt werden. • Die Suchfunktionen könnten das Auffinden bestimmter Dokumente, Inhalte und Vermerke erleichtern und verkürzen. • Mittels Zugangsberechtigung und Passwort können die Daten und Dokumente vor unbefugter Einsicht geschützt werden. • Eine regelmäßige Datensicherung auf externen Speichermedien (z.B. externe Festplatte) würde die Sicherheit der Daten erhöhen. • Die Installation eines Warnsystems könnte ermöglichen, dass der/die MitarbeiterIn bei Öffnen einer Personenkartei möglichst schnell über eine Gefahr bzw. einen Vorfall informiert wird. • Nachweis der Effektivität und Effizienz könnte schneller erbracht werden. (vgl. Bundesministerium des Inneren 2013)
	Möglichkeiten, um die Dokumentation für MitarbeiterInnen zu erleichtern: • einheitliche Vorlagen für die verschiedenen Typen von Dokumenten anfertigen • klare Regeln über die Dokumentenverwaltung festlegen • auf eine ordnungsgemäße Dokumentation Wert legen • einen kostenlosen Computerkurs für MitarbeiterInnen ohne PC-Kenntnisse anbieten

	• eine verpflichtende Einschulung in das Dokumentationsprogramm anbieten • einen Handlungsleitfaden zum Dokumentationsprogramm für alle MitarbeiterInnen zur Verfügung stellen (vgl. ebd.)
--	---

4.1.6 Teamarbeit

Die Teamarbeit wird in vielen Organisationen des Drogen- und Suchtbereichs prinzipiell sehr hoch geschätzt. Sie bringt viele Vorteile mit sich und bedeutet auf Dauer bessere Qualität und gesteigerte Effizienz. Die Teamarbeit macht den Einzelnen nicht überflüssig, sondern profitiert von der Zusammenarbeit aller Beteiligten. Grundprinzipien sind die Gleichstellung der Teammitglieder, unabhängig von deren Position in der Hierarchie der Institution und die vernetzte Kommunikation und Kooperation. (vgl. Institut für Deutsche Gebärdensprache – Universität Hamburg 2013) Trotzdem hat sich gezeigt, dass die Teamarbeit nicht in jeder Institution reibungslos verläuft und folgendes Risiko mit sich bringen kann:

Risiko: Die Profession Soziale Arbeit wird vom multidisziplinären Team nicht geschätzt.

„Also des Wesentliche aus meiner Sicht, worauf man oder was do ganz wichtig ist, ist dass man einmal zur Kenntnis nimmt, dass es sich um ein Krankenhaus handelt. Und ein Krankenhaus ist ein hierarchisches System und a die Soziale Arbeit befindet sich meiner Einschätzung nach in dem System sehr weit unten. Und Entscheidungsträger sind andere Professionen. Ganz oben steht die Medizin, des is so. Do muas ma, find i als Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter, ein ziemliches Durchhaltevermögen haben und eine Durchsetzungskraft, weil die Themen der Sozialen Arbeit sind existenziell. Und es geht sozusagen darum, wie bringt man sich ins Spiel, weil man ja a damit die Anliegen der Patienten und Patientinnen vertritt (...). (...) Und da ist glaub i für mi persönlich die Hauptgeschichte de, dass ma se do irgendwie zu Recht finden muas, ohne das man selber entweder total aufgibt oder sich ganz zurückzieht oder frustriert ist.“ (I9: 74-86)



In vielen Organisationen des Drogen- und Suchtbereichs findet die Arbeit im multidisziplinären Team statt. Um mit Professionellen unterschiedlicher Berufsgruppen erfolgreich arbeiten zu können, ist es wichtig, sich zunächst über die Anforderungen des Tätigkeitsbereiches bewusst zu werden. Der/die SozialarbeiterIn muss sich klar darüber sein, dass die multiprofessionelle Zusammenarbeit viele Hürden mit

	sich bringen kann wie zum Beispiel ein unterschiedliches Berufsverständnis, eine mangelnde Kommunikation zwischen den Disziplinen, ein unterschiedliches Begriffsverständnis, Hierarchien mit unterschiedlicher Machtverteilung, abweichende Ziele und Arbeitsabläufe, zu wenig Klarheit der Führung und knappe Ressourcen. Nicht in jeder Institution hat man mit derartigen Barrieren zu kämpfen und in der Regel verläuft die Zusammenarbeit und Kommunikation im multidisziplinären Team auch reibungslos. Im besten Fall sind Führungspersonen bemüht, innerhalb der Organisation eine Kultur der Zusammenarbeit zu pflegen, in der Vertrauen und Austausch stattfinden. Die einzelnen Professionen begegnen sich gegenseitig mit Unterstützung und Interesse. Es gibt klare Rollendefinitionen und Verantwortlichkeiten, strukturierte Informationen, einen geregelten Austausch an Treffen/Visiten/Fallbesprechungen, interdisziplinäre Qualitätsgruppen zur Festlegung von Richtlinien/Standards und eine gemeinsame Aus-, Weiter- und Fortbildung. Außerdem wird die gute Zusammenarbeit durch Kommunikationsmittel und -wege wie ein elektronisches Dokumentensystem unterstützt. (vgl. Spirig 2008: 8f)
	Möglichkeiten, um die Teamkultur zu erhöhen: • Eigeninitiative zeigen • an Teamfindungsseminaren teilnehmen • regelmäßige Anwesenheit bei gemeinsamen Treffen (z.B. Teamsitzungen, Teamsupervisionen, gemeinsame Fallbesprechungen, etc.) • regelmäßiger Informationsaustausch mit KollegInnen (informelle Vernetzung) • Verringerung der eigenen Fachsprache, um das Verständnis für andere Disziplinen zu erhöhen • multiprofessionelle Lerngruppenszusammensetzungen bei Seminaren, Weiterbildungen, etc. (vgl. I1: 317, 325; I6: 601f)

4.2 Risikoauslöser: der/die KlientIn

Katrin Zeller, BA

In diesem Ergebnisteil werden die Risiken angeführt die von KlientInnen ausgehen und sich für SozialarbeiterInnen ergeben können.

4.2.1 psychische Erkrankung

Bei vielen Drogen- und SuchtklientInnen ist der Drogenkonsum eng verknüpft mit einer psychischen Erkrankung. Vor allem Einrichtungen der medizinischen und psychosozialen Versorgung sind zunehmend mit KlientInnen konfrontiert, die sowohl eine Substanzstörung als auch eine psychische Störung bzw. Erkrankung aufweisen. Die Komorbidität  von Sucht und schizophrener Psychose gilt als besonders schwer behandelbar, weshalb in der Beratung und Betreuung besondere Vorsicht geboten werden muss. (vgl. Seydel 2009: 5) Wird darauf nicht entsprechend geachtet, kann folgendes Risiko für den/die SozialarbeiterIn in der Beratungssituation unangenehm werden:

Risiko: Der/die KlientIn projiziert die paranoiden Vorstellungen auf den/die SozialarbeiterIn.

„Aber wie gesagt, wir haben auch Menschen, die paranoid wahnhaft san, also i hab a paar Leute in Betreuung. Die haben die Diagnose paranoide Schizophrenie und das kann recht unangenehm sein, wenn das die Person dann auf dich projiziert. Also wenn sie so einen Verfolger hat, dass alle Menschen sie ausspionieren und alle Menschen ihr was Böses wollen. Und es passiert. Das kann man oft nicht beeinflussen, wenn der Gegenüber sich selber einbaut in dieses System. Dass ein Sicherheitsbüro in der Wohnung ihn überwacht und irgendwas einbaut und dann geht ma raus, weil ma irgendein Papier braucht oder einen Folder und wenn man reinkommt, dann sagt er „jetzt haben Sie mit dem Büro telefoniert“.“ (I2: 326-333)

Präventive Maßnahmen

- relevantes Wissen zu psychischen Erkrankungen und deren Symptome aneignen (z.B. paranoide Schizophrenie: Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Ich-Störungen, formale Denkstörungen, Störungen des Affekts, katatone Symptome)
- ein emotional stabiles Gegenüber bieten (Merkmale: belastbar, entspannt, ruhig, unempfindlich, sorgenfrei, ausgeglichen, durch nichts aus der Ruhe zu bringen, wenige subjektive körperliche Beschwerden)

(vgl. I5: 253; vgl. I3: 56f; vgl. Humboldt Universität Berlin 2013; vgl. Remschmidt/Theisen 2011: 16)

Kurative Intervention

- erkennen, wenn der/die KlientIn Veränderungen bei der Wahrnehmung seiner/ihrer Umwelt, seinem/ihrer Denken, Antrieb, Gefühlsleben sowie in seiner/ihrer Motorik zeigt
- keinesfalls auf psychiatrische Symptome (z.B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen, etc.) einsteigen und/oder sich hineinziehen lassen
- den/die KlientIn wertschätzen und als Ganzes sehen; keinesfalls bewerten (könnte zu Abwehrreaktion führen)
- die eigene Sichtweise vermitteln, um die Halluzination oder das Wahn-erleben zu relativieren
- Flexibilität im Ablauf und in der Gestaltung des Gesprächs (eher langsam vorgehen, sich Zeit nehmen und keinen Stress erzeugen, da der/die KlientIn äußerst empfindlich sein kann)
- auf die Gesprächsführung achten: kurze, offene und direkte Fragen stellen; klar kommunizieren und immer wieder nachfragen, ob die Gesprächsinhalte verstanden wurden
- verlässlich und beständig sein, um das Vertrauen des/der KlientIn zu erhalten
- die eigenen persönlichen Grenzen und Impulse wahrnehmen und respektieren; sofort darauf reagieren, wenn die eigenen Grenzen überschritten werden
- professionelle psychologische Unterstützung empfehlen und vermitteln
- den Vorfall ggfs. in der Supervision, bei Teambesprechungen, etc. besprechen

(vgl. paradisi.de 2011; vgl. Bock/Möller-Sarcio 2012: 4ff; vgl. Vimaladas 2009: 10-13; vgl. Joines/Stewart 2008: 167; vgl. I2: 151, 266, 336; vgl. I1: 65; vgl. I3: 86f, 299)

4.2.2 Kommunikation²

Die zwischenmenschliche Kommunikation besteht aus einem Sender und einem Empfänger. Der Sender ist derjenige, der etwas mitteilen möchte. Er verschlüsselt sein Anliegen in erkennbare Zeichen. Das was er von sich gibt ist die Nachricht. Der Empfänger hat die Aufgabe, die gesendete Nachricht zu entschlüsseln. In der Regel passen gesendete und empfangene Nachrichten überein, was bedeutet, dass eine Verständigung stattgefunden hat. Häufig machen Sender und Empfänger allerdings auch die Erfahrung, dass die Verständigung aus bestimmten Gründen nicht gelingt. (vgl. Stangl 2013a)

² Ausführlicher dazu: Unger, Vera (2013): Kommunikation als tragendes Element der Beziehungsgestaltung. In: Schwarz, Daniela / Unger, Vera / Wallner, Kerstin: Techniken der Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein Beitrag zur Professionalisierung. Masterthesis. St. Pölten, 60-79

Folgende Risiken können die zwischenmenschliche Kommunikation erschweren oder gar unmöglich machen:

Risiko: Der/die KlientIn kann seine/ihre Anliegen schlecht ausdrücken.
<i>„Schon auch zum Teil dass Anliegen net gut dargebracht werden können. Dass dadurch zum Teil schnell zur Eskalation oder schneller hoid zur Eskalation kommt.“ (I1: 63f)</i>
Präventive Maßnahmen
• Fachwissen aneignen (z.B. Kommunikationsmodelle von V. Satir, P. Watzlawik, F. Schulz von Thun, etc.) • die Ursachen für Kommunikationsprobleme/-störungen kennen (z.B. Inhaltsaspekt ist unklar, Missverständnisse auf der Beziehungsebene, etc.) • keine falschen Ansätze verfolgen (wie z.B. eine Ausdrucksschwäche hat mit fehlender Intelligenz zu tun, etc.) (vgl. Haus 2010: 226; vgl. Poser 2008: 3; vgl. I3: 353; vgl. I2: 151)
Kurative Intervention
• den/die KlientIn wertschätzen, anerkennen und nicht bewerten • auf den eigenen Gesichtsausdruck achten und diesen aufmerksam kontrollieren (z.B. ein Stirnrunzeln oder Kopfschütteln kann den/die KlientIn verunsichern, etc.) • dem/der KlientIn das Gefühl vermitteln, dass er/sie Zeit zum Reden hat; keine Hektik verbreiten • mit Einfühlung hören, was der/die KlientIn möchte • den/die KlientIn aussprechen lassen; keinesfalls unterbrechen, für ihn/sie sprechen, auf einer sprachlichen Äußerung beharren oder ständig verbessern (könnte zu Widerstand und/oder Frustration führen) • auf den Inhalt der Äußerung achten, nicht auf die Ausdrucksform • bei Unsicherheit prüfen, ob die Absichten des/der KlientIn richtig verstanden wurden • wenig offene Fragen stellen; besser sind JA/NEIN Fragestellungen • Inputs klar kommunizieren und mit Gestik und Mimik unterstützen (vgl. Haus 2010: 226; vgl. I5: 432f)
Risiko: Der/die KlientIn macht abwertende Äußerungen.
<i>„Also es gibt Klienten, des san vor allem Männer, die schon so den Anspruch haben „i geh jetzt zur Sozialarbeiterin, de checked mir jetzt mein Geld oder meine Wohnung“. So in der Haltung „i geh do jetzt hin und de Tussi mocht des jetzt für mi“. Es fallen auch diese Worte. Oder „wo isn do de Sozialheidi</i>

oder so“, de dann scho aggressiv werden können, laut und sich da gebärden.“ (I9: 169-173)

Präventive Maßnahmen

- auf eine wertschätzende Sprache achten, um Irritationen, Verletzungen und Verärgerungen vorzubeugen (z.B. „Wo genau darf ich Sie unterstützen?“)
- dem/der KlientIn ausreichend Beachtung schenken und ihm/ihr mit Wertschätzung begegnen
- Fachwissen aneignen (z.B. zur gewaltfreien Kommunikation von Marshall B. Rosenberg)

(vgl. Ternes 2008: 66f; vgl. Stangl 2013c; vgl. I2: 151; vgl. I5: 397)

Kurative Intervention

- erkennen, wenn einem ein/e KlientIn verurteilt oder beurteilt
- versuchen die Abwertung und den Tonfall des Gegenübers auszuhalten; nicht zu ernst nehmen und auf einem selbst beziehen
- versuchen professionell zu bleiben: sich nicht in eine Verteidigungshaltung begeben und mit eigenen Worten zurückschlagen oder sich auf ein Wortgefecht mit dem/der KlientIn einlassen
- in der Kommunikation alles vermeiden, was beim Gegenüber als Bewertung, Beschuldigung, Kritik oder Angriff ankommen könnte
- versuchen das Gespräch auf ein anderes Thema zu lenken
- ggfs. den Konflikt mittels „gewaltfreier Kommunikation“ lösen; dabei auf folgende Schritte achten:
 - Beobachtungen statt Bewertungen oder Interpretationen
 - Gefühle wahrnehmen und ansprechen
 - Bedürfnisse akzeptieren und annehmen
 - klare und erfüllbare Bitten äußern

Die Schritte können entweder als Selbstmitteilung oder als Einfühlung kommuniziert werden:

- Selbstmitteilung: Gefühle und Bedürfnisse zeigen und eine damit verbundene Bitte ausdrücken
- Einfühlung: versuchen das Bedürfnis des Gegenübers zu erkunden und sich mit ihm/ihr zu verbinden
- den Punkt erkennen, an dem kein Gespräch mehr möglich ist
- ggfs. das Gespräch vorzeitig beenden

(vgl. Wilke 2008: 62f; vgl. Klappenbach 2006: 172ff; vgl. Stangl 2013c; vgl. I1: 165ff, 175; vgl. I5: 446; vgl. I7: 422)

Risiko: Der/die KlientIn gibt nur sozial erwünschte Antworten.



„Des Schlimmste is, wenn nur sozial erwünschte Antworten san und wenn nur „ja und bla bla bla ich sauge auf wie ein Schwamm, sag du mir wie es zu machen is, ich nehme dir den Wind aus dem Segel“. Des is Aalglatt ja und da stimmt was net, da bin i eher skeptisch, ...“ (I6: 323-326)

Präventive Maßnahmen
• sich persönlich mit der Thematik auseinandersetzen, um die Gründe für sozial erwünschte Antworten verstehen zu können (z.B. der/die KlientIn möchte den Erwartungen des/der SozialarbeiterIn gerecht werden, etc.) • den/die KlientIn spüren lassen, dass man ihm/sie anerkennt und wertschätzt (vgl. Scholl 2009: 220-223; vgl. Lexikon für Psychologie und Pädagogik 2011b; vgl. I2: 151)
Kurative Intervention
• erkennen, wenn Antworten und Reaktionen absurd sind und nicht mit der Person übereinstimmen können • auf die Anwesenheit Dritter (z.B. andere MitarbeiterInnen) verzichten (könnten als kontrollierend empfunden werden) • den/die KlientIn auf den Datenschutz hinweisen und mitteilen, dass man der Schweigepflicht unterliegt • dem/der KlientIn erklären, dass mit dem gearbeitet wird, was er/sie sagt • den/die KlientIn vorwarnen, wenn eine persönliche Frage gestellt wird; ihm/ihr die Möglichkeit geben, nicht antworten zu müssen • geschickte Fragengestaltung z.B. nach der Häufigkeit („Wie häufig ...?“), nach der Allgemeinheit („Glauben Sie, dass viele Leute ...?“), nach dem Ausnahmecharakter („Ist es schon mal vorgekommen, dass ...?“), etc. • auf heikle und/oder sensible Themen/Fragen (z.B. über Kriminalität, etc.) verzichten (könnten als bedrohlich empfunden werden) • respektieren, wenn der/die KlientIn über ein bestimmtes Thema nicht sprechen will (vgl. Scholl 2009: 220-223; vgl. I6: 286f)
Risiko: Der/die KlientIn hat sprachliche Barrieren.
<i>„Aber es ist schon, also ich hab so eine Situation vor Augen, dass ähm, damals es gab eine Zeit, wo relativ viele Asylwerber von Georgien in der Anlaufstelle aufgetaucht sind, in relativer hoher Anzahl, und die konnten nicht Deutsch und auch nicht Englisch und für die war das glaub ich relativ absurd was wir da machen, also dieser Spritzentausch und Beratungsstelle, das haben sie nicht gekannt, dass es so was gibt und sie wussten auch nicht wirklich, was es bei uns gibt und was nicht und was sie von uns erwarten können und was nicht. Und das waren relativ ungute Situationen.“ (I7: 394-401)</i>
Präventive Maßnahmen
• Fremdsprachen aneignen (z.B. einen Sprachkurs in Englisch, Spanisch oder Türkisch besuchen, etc.) • ggfs. eine/n DolmetscherIn beantragen oder zweisprachige Angehörige als Informationsträger miteinbeziehen

- fremde Bräuche (z.B. Kleidungsvorschriften, etc.), Kulturen und Religionen akzeptieren

(vgl. Friedrich/Golsabahi (Hrsg.) 2009: 63ff; vgl. Lauber/Schmalstieg 2007: 382ff)

Kurative Intervention

- Interesse für andere Kulturen und Religionen ausdrücken, um das Vertrauen des/der KlientIn zu erhalten
- Maßnahmen wie lauter ansprechen, mehr Pausen zwischen den einzelnen Wörtern machen bzw. Sätze vereinfachen und/oder öfters wiederholen vermeiden (wird sehr oft als beleidigend empfunden)
- sich nonverbal ausdrücken, um fehlende Worte zu ersetzen (z.B. ein Lächeln, Gesten und/oder ein freundlicher Tonfall)
- Instrumente anwenden (z.B. Kommunikationstafeln, Piktogramme, mehrsprachige Übersetzungstafeln, Aufklärungsbögen und -videos, Anamnesebögen, etc.)
- ggfs. den/die KlientIn an eine/n KollegIn abgeben, der/die die Sprache spricht oder an eine passendere Institution weitervermitteln

(vgl. Friedrich/Golsabahi (Hrsg.) 2009: 63ff; vgl. Lauber/Schmalstieg 2007: 382ff; vgl. I2: 468)

4.2.3 fremd- und eigengefährdendes Verhalten

SozialarbeiterInnen sind in ihrem Berufsalltag immer wieder konfliktgeladenen Situationen ausgesetzt, in denen sie in unterschiedlichster Form Aggression und Gewalt seitens der KlientInnen erfahren. Drogen- und SuchtklientInnen tendieren sehr häufig dazu, ihre Gewalt gegen sich selbst zu richten. Eine besondere Herausforderung stellen die Suizidankündigung und die Drogenüberdosierung dar. Gelegentlich kommt es auch zu gewalttätigen Übergriffen und/oder überraschenden Gewaltausbrüchen gegenüber SozialarbeiterInnen. Wie auf derartige Risiken angemessen reagiert werden kann, zeigen die folgenden Ausführungen:

Risiko: Der/die KlientIn befindet sich in einem aggressiven Erregungszustand.

„Riskant ist ja so, es gibt so das Risiko dass Leut eben verbal aggressiv sind, dass Leut körperlich aggressiv werden oder übergriffig werden, also beides ist mir hier noch nicht wirklich passiert. Ahm, auch das Leut mich in irgendeiner Form bedrohen oder mit Waffen bedrohen oder so was. Kenn ich da nicht, aber ist bei meiner vorherigen Stelle durchaus vorgekommen, ja.“ (I7: 346-350)

Präventive Maßnahmen

- über Sicherheitsmaßnahmen (z.B. Fluchtwege) Bescheid wissen
- sich die institutionellen Möglichkeiten der Hilfeanforderung verinnerlichen (z.B. Türe offen lassen, eine/n KollegIn hinzuziehen, etc.)
- sich mit dem Thema „Gewalt“ immer wieder auseinandersetzen (z.B. Fort-/Weiterbildungen, etc. besuchen)
- auf sich selbst achten (z.B. Deeskalationsmaßnahmen aneignen, einen Selbstverteidigungskurs besuchen, etc.)

(vgl. Faust 2013; vgl. I2: 266, 432f, 234; vgl. I11: 582)

Kurative Intervention

- rasche Situationseinschätzung
- bei Verdacht auf Waffenbesitz keine weiteren Interventionen setzen und versuchen den/die KlientIn aus der Organisation zu bekommen (ggfs. die Polizei hinzuziehen)
- sollte es zu einem Gespräch kommen, muss dieses unbedingt von einer Vertrauens-/Bezugsperson geführt werden
- Zweiergespräche sollten nur dann geführt werden, wenn jegliches Risiko ausgeschlossen werden kann (sich nicht selbst überschätzen, die eigenen persönlichen Grenzen kennen, etc.)
- ggfs. MitarbeiterInnen mit beruhigendem Einfluss hinzuziehen
- Interventionen setzen (z.B. die Tür des Beratungsraumes offen lassen, eine Notfall-Glocke mitnehmen, etc.)
- Vorsicht vor gefährlichen Gegenständen im Beratungsraum (z.B. Glasaschenbecher, Kugelschreiber (Augen!), Gläser, etc.)
- dem/der KlientIn die Möglichkeit geben, seine/ihre Aggression zu äußern (nur solange man sich sicher fühlt); dabei Interesse zeigen, selbstbestimmt auftreten, Einfühlungsvermögen aufbringen, übertrieben ruhig bleiben und auf das eigene Gefühl/ Wahrnehmung/Angst hören
- den/die KlientIn im Gespräch keinesfalls konfrontieren, sondern deeskalierend wirken:
 - auf eine Metaebene „steigen“ und herausfinden, worum es eigentlich geht (z.B. „Warum sind Sie so angespannt?“ oder „Was ist eigentlich los?“ etc.)
 - aktives Zuhören: ausreden lassen, Gesprächspausen ertragen, zum Weitersprechen ermutigen, Nach- aber nicht Ausfragen, Gefühle und Verstandenes zurück melden, deutliches Interesse zeigen (z.B. nach vorne lehnen, Blickkontakt halten, Nicken, etc.)
 - Ich-Botschaften auf der Selbstoffenbarungsebene senden (z.B. „Ich fühle mich durch Ihre Körperhaltung bedroht.“)
 - das Verhalten klar und deutlich sachlich rückmelden
 - den/die GesprächspartnerIn ernst nehmen
 - die Äußerungen des/der KlientIn wiederholen
 - eine ähnliche Körperhaltung wie der/die KlientIn einnehmen (spiegeln)
 - in einer Sprache sprechen, die der/die GesprächspartnerIn auch versteht (keine Fachbegriffe verwenden)

- auf die Bedürfnisse des Gegenübers hören und versuchen ihn/sie besser zu verstehen („ein sich hinein versetzen“)
- Symptome ansprechen, die Behandlungsbereitschaft erwarten lassen (z.B. Stress, Angst, etc.), Verständnis signalisieren
- ehrliche, offene Fragen stellen (damit wird der/die KlientIn zum Nachdenken angeregt, Interesse gezeigt, das Gespräch in eine andere Richtung gelenkt, etc.)
- konkrete Hilfsangebote machen (z.B. ruhige Umgebung, eigenes Zimmer, Getränk anbieten, etc.)
- Möglichkeiten, Grenzen und Konsequenzen aufzeigen (Drohungen vermeiden!)
- ggfs. die Situation durch Maßnahmen unterbrechen (z.B. das Fenster öffnen, auf die Uhr sehen, etc.)
- den Punkt erkennen, an dem kein Gespräch mehr möglich ist; den/die KlientIn bitten, den Beratungsraum zu verlassen (z.B. „Ich schlage vor, wir beenden das Gespräch ...“ etc.)
- ggfs. Hilfe vom Team anfordern (z.B. mit lauter Stimme reden, damit ein/e KollegIn herein kommt, etc.)
- die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen erkennen (z.B. Polizei verständigen, etc.)
- im Zweifelsfall dem/der KlientIn alles erlauben und einfach gehen (Selbstschutz); die KollegInnen informieren
- den Vorfall dokumentieren und die KollegInnen sowie die Leitung informieren
- ggfs. eine Anzeige machen
- den Vorfall ggfs. in der Supervision, bei Teambesprechungen, etc. besprechen
- Möglichkeiten beim nächsten Erscheinen des/der KlientIn:
 - gemeinsam mit einem/einer KollegIn auf den Vorfall hinweisen
 - ein Hausverbot bzw. ein Kommunikationsverbot erteilen
 - informieren, dass ab sofort ein/e andere/r KollegIn oder eine andere Institution zuständig ist

(vgl. Faust 2013; vgl. Bärsch/Rhode 2012: 38-41; I1: 35, 116f, 142-145, 164-167; vgl. I4: 365f, 355, 358f; vgl. I3: 243-246, 403; vgl. I2: 432f, 428ff, 445-452, 423f, 389f, 244, 468; vgl. I7: 527, 443, 451; vgl. I5: 510-514, 301f, 500)

Risiko: Der/die KlientIn richtet seine/ihre Aggression gegen sich selbst (z.B. ritzen).

„Also schwierige Situationen sind für uns ad hoc wenn wir glauben, dass jemand in seinem Leben bedroht ist, wenn jemand in einem derart schlechten Zustand ist. Des ist bei uns meistens in einem körperlich-psychischen Zustand ...“ (I3: 360-364)

Präventive Maßnahmen

- sich persönlich mit der Thematik auseinandersetzen (z.B. psychologisches Fachwissen aneignen, etc.)

- potentiell gefährliche Gegenstände wegräumen (z.B. Scheren, Brieföffner, etc. in der Schreibtischschublade verstauen)
- für sich selbst analysieren, ob man sich fachlich als auch persönlich in der Lage fühlt, mit einem/einer selbstgefährdenden KlientIn zu arbeiten
- stets wachsam sein

(vgl. Eberwein 2009: 109; vgl. Baierl 2008: 386ff; vgl. Zimmer 2002: 12; vgl. I7: 459f; vgl. I5: 509f)

Kurative Intervention

- auf eine besonders tragfähige, wertschätzende und verlässliche Beziehungsgestaltung achten (keine voreiligen Schlüsse über eine/n KlientIn ziehen)
- dem/der KlientIn die Möglichkeit anbieten, die Wunden zu offenbaren und medizinisch versorgen zu lassen, ohne eine sofortige Einweisung ins Krankenhaus befürchten zu müssen
- dem/der KlientIn professionelle psychologische Unterstützung empfehlen und die Vermittlung anbieten
- selbstverletzendes Verhalten so lange wie notwendig tolerieren, aber mit Konsequenzen belegen; diese sollten gemeinsam vereinbart werden
- dem/der KlientIn die Möglichkeit geben, seine/ihre aggressiven Impulse in den Gesprächen auszudrücken und durchleben zu können
- ggfs. Aggressionsübungen mit dem/der KlientIn machen, damit er/sie die Angst vor der eigenen Wut verliert und lernt mit den aggressiven Gefühlen umzugehen (z.B. auf ein Schaumstoffstück mit einem Tennisschläger schlagen)
- mit dem/der KlientIn Stufenpläne als Alternativen für selbstverletzendes Verhalten erarbeiten
- die Verantwortung dem/der KlientIn übertragen
- alle konstruktiven Lösungsversuche von Problemen und Konflikten würdigen und positiv verstärken
- ggfs. einen Austausch mit KollegInnen suchen

(vgl. Eberwein 2009: 109; vgl. Baierl 2008: 386ff; vgl. I1: 164f; vgl. I4: 355; vgl. I6: 275)

Risiko: Der/die KlientIn befindet sich in einer suizidalen Krise.



„Eine Herausforderung ist auch der Umgang mit Selbstmordankündigungen, was nicht immer einfach ist zu filtern wie weit ist das wirklich, wie oft war das schon, wie ist der psychisch-körperliche Zustand, gibt's einen aktuellen Krisenfall, wo man dann verstärkt vermuten muss, derjenige kommt dann nicht mehr, was vielleicht dann darum geht, einmal Nachschau zu halten oder Kontakt herzustellen, dass man den morgen wieder trifft, um etwas gemeinsam zu erledigen und den nur dann sozusagen entlässt, wenn man diese Zusicherung auch bekommt. Oder im Fall des Falles auch Leute einweisen lässt oder ins Krankenhaus begleitet.“ (I5: 197-204)

Präventive Maßnahmen

- potentiell gefährliche Gegenstände wegräumen (z.B. Scheren, Brieföffner, etc. in der Schreibtischschublade verstauen)
- für sich selbst analysieren, ob man sich fachlich als auch persönlich in der Lage fühlt, mit einem/einer suizidalen KlientIn zu arbeiten
- sich persönlich mit der Thematik auseinandersetzen (z.B. Fachwissen zu den möglichen Anzeichen für suizidales Verhalten aneignen, etc.)
- stets wachsam sein

(vgl. Zimmer 2002: 12; vgl. Briner 2010: 21; vgl. IS: 509f)

Kurative Intervention

- bei einer telefonischen Suizidankündigung empfiehlt es sich, eine Suizidcheckliste herzunehmen und diese durchzugehen (*siehe Kapitel 7.1 „Werkzeuge bei Suizidandrohung“*)
- auf eine besonders tragfähige und vertrauensvolle Beziehungsgestaltung achten
- einen reizarmen Gesprächsrahmen schaffen (z.B. Störungen durch Telefon, Türklingel, BesucherInnen, etc. vermeiden)
- den/die KlientIn in seiner/ihrer Problematik ernst nehmen (unpassend sind Bemerkungen wie „das wird schon“, „das kriegen wir schon hin“)
- dem/der KlientIn genügend Zeit, Zuwendung und Fürsorge schenken; ihn/sie keinesfalls bewerten und verurteilen, sondern wertschätzen und anerkennen
- wirkt der/die KlientIn z.B. gedrückt, traurig oder gequält, sollte er/sie direkt auf Suizidphantasien angesprochen werden („Sie wirken so verzweifelt auf mich, haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?“)
- einen direkten Kontakt mit dem/der KlientIn herstellen, ruhig und aktiv zuhören (z.B. Blickkontakt, Nicken, etc.)
- auf die Gesprächsführung achten: offene und themenbezogene Fragen stellen (z.B. über den aktuellen Krisenanlass, die soziale Situation, etc.) und Gesagtes mit eigenen Worten wiederholen
- ehrlich und freundlich bleiben und eine angenehme Gesprächsatmosphäre schaffen (z.B. durch Spiegeln von Körpersprache, Stimme, Wortwahl, etc.)
- wichtig ist, dass die Verantwortung bei dem/der KlientIn bleibt; sich keinesfalls emotional mitziehen lassen oder die Verzweiflung bzw. Ausweglosigkeit von dem/der Betroffenen übernehmen
- auf die Ressourcen verweisen (positive, gesunde Anteile im Leben, die ausgebaut werden können); keine vorschnelle Tröstung, Belehrung, Ermahnung oder Schlussfolgerung
- die Wünsche und Zielvorstellungen mit dem/der KlientIn abklären; diese sollten klar strukturiert und erreichbar sein; festhalten wann sie umgesetzt werden
- unter Umständen ist es notwendig, ein Helfernetz zu organisieren (z.B. mit Angehörigen oder als positiv erlebten Bezugspersonen)

- mit dem/der KlientIn in Kontakt bleiben:
 - telefonische Erreichbarkeit abfragen
 - einen zeitnahen Termin anbieten
 - wichtige Telefonnummern mitgeben (z.B. Notfallkärtchen mit AnsprechpartnerInnen für das Wochenende)
- professionelle psychologische Unterstützung empfehlen und vermitteln
- wenn der Eindruck entsteht, dass die Selbstgefährdung des/der KlientIn so akut ist, dass er/sie bis zum nächsten Termin die Verantwortung für sein Weiterleben nicht übernehmen kann, dann ist eine Einweisung ins Krankenhaus unumgänglich; ein hinleitender Satz zur Aufnahme könnte sein: *„Nach unserem Gespräch habe ich den Eindruck, dass – wenn Sie alleine zu Hause sind – die Verzweiflung immer besonders groß ist und Sie sich dann nicht ausreichend schützen können. Ich würde daher vorschlagen, dass Sie sich für einige Tage im Krankenhaus aufnehmen lassen, um Abstand von der Situation zu bekommen.“*
- den/die Betroffene/n ggfs. direkt zur Hilfseinrichtung begleiten
- sollte die Einsicht des/der KlientIn fehlen, kann eine Zwangseinweisung veranlasst werden
- den Vorfall ggfs. in der Supervision, mit KollegInnen, etc. besprechen

(vgl. Zimmer 2002: 12; vgl. Briner 2010: 21f; vgl. Vollmer 2007: 9f; vgl. I6: 285; vgl. I4: 50, 568; vgl. I1: 142-145)

Risiko: Der/die KlientIn ist überdosiert.

„In dem Moment wo jemand so überdosiert ist, kann man den auch nicht gehen lassen. Natürlich eine Herausforderung, das is auch sehr selten, ist dann, wenn Atemstillstand eingetreten ist, a Wiederbelebungsmaßnahme, das heißt a Reanimation im Streetwerkeinsatz haben wir schon auch gehabt. In einem Fall leider nicht gut ausgegangen. Also der Patient oder Klient ist dann verstorben oder man kommt zu spät und man kann nicht mehr reanimieren, hat's auch schon gegeben und der Mensch war schon tot.“ (I5:188-193)

Präventive Maßnahmen

- sich den Erste Hilfe Ablauf verinnerlichen (*Prozessbeschreibung siehe Kapitel 7.9 „Werkzeuge zum Qualitätsmanagement“*)
- Kenntnisse in der Ersten Hilfe aneignen (z.B. einen 16-stündigen Grundkurs besuchen, etc.)
- mindestens einmal im Jahr an einer Ersten Hilfe Schulung teilnehmen
- bei Unsicherheit unbedingt Hilfe holen (niemals fahrlässig handeln)

(vgl. I11: 93; vgl. I1: 280ff)

Kurative Intervention

- Ruhe bewahren
- rasche und präzise Situationseinschätzung (Welche Drogen wurden eingenommen? Wie viele? Wann wurden sie eingenommen? Wie wurden sie eingenommen?)

- Bewusstseinskontrolle: 1. Ansprechen, 2. Berühren, 3. sanftes Schütteln an den Schultern
- Beurteilung, ob der/die PatientIn bei Bewusstsein ist oder nicht:
 - bei Bewusstsein: entsprechende Lagerung (z.B. bei Atemnot mit erhöhtem Oberkörper, bei Kollaps mit erhöhten Beinen, bei Gefahr des Erbrechens seitlich, bei Bauchschmerzen liegend mit Knierolle)
 - fehlendes Bewusstsein: freimachen der Atemwege (durch Kopf überstrecken), Atemkontrolle (nicht länger als 10 Sekunden sehen, hören und fühlen)
 - Atmung ist vorhanden: Stabile Seitenlagerung
 - keine Atmung (=Atem-Kreislauf-Stillstand): auf Selbstschutz achten (z.B. Gummihandschuhe, Reanimationstuch/ Beatmungsbeutel, etc. verwenden); 30 Herzdruckmassagen und 2 Beatmungen durchführen; sollte ein Defibrillator vorhanden sein, diesen hinzuziehen und dessen Anweisungen befolgen; Wichtig: den/die PatientIn während der Schockabgabe keinesfalls berühren und ihm/sie nicht in Wasserlacken, bei nassem Brustkorb und/oder auf leitendem Material defibrillieren
- Hilferuf; Notruf 144 wählen und unbedingt folgende Informationen geben: Wer alarmiert? Wo ist es passiert? Was ist passiert? Wie viele PatientInnen sind betroffen?
- auf die Basismaßnahmen achten: den/die PatientIn zudecken, gut zu sprechen, entsprechend lagern und für frische Luft sorgen
- solange bei dem/der PatientIn bleiben bis die Rettung eintrifft

(vgl. Wunsch 2012: 12-58; vgl. Soyka 2010: 17)

4.2.4 Widerstand

Widerstand ist eines der vielen Phänomene mit denen sich SozialarbeiterInnen immer wieder auseinandersetzen müssen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass dieser oft sehr differenziert auftritt und nicht immer leicht erkennbar ist. In den meisten Fällen handelt es sich um verdeckten Widerstand, der den Betroffenen oft selber nicht bewusst ist. Im Gegensatz dazu, zeichnet sich der offene Widerstand dadurch aus, dass er von den KlientInnen ganz bewusst ausgeübt wird. Üblicherweise liegen dem offenen Widerstand rationale Ursachen zugrunde, die sich mit den KlientInnen besprechen lassen. Wesentlich schwieriger ist der Umgang mit verdecktem Widerstand, da die KlientInnen in der Regel kein Interesse daran haben, ihre Ursachen zu erkennen und zu bearbeiten. (vgl. Voigt/Karavul 2011) Im Folgenden werden nun einige risikoreiche Erscheinungsformen von Widerstand genannt.

Risiko: Der/die KlientIn hält sich nicht an die Hausregeln.
<i>„Wenn jemand was nicht kriegt, was er gerne gehabt hätte und beim Raus gehen sagt „ihr seids alle Arschlöcher“ und die Tür dabei zu haut, des is eigentlich was, wo ma sagt, beim nächsten Mal her holen und ihm sagen „so nicht, Sie werden jetzt verwarnt und wenn das noch einmal vorkommt haben Sie ein Hausverbot“.“ (I2: 404-407)</i>
Präventive Maßnahmen
• den Arbeitsauftrag, das Angebot der Institution und die Rollen klar formulieren (der/die SozialarbeiterIn ist ExpertIn, der/die KlientIn ist Hilfesuchende/r), damit der/die KlientIn weiß, worauf er/sie sich einlässt • dem/der KlientIn die Hausregeln mitteilen und die Wichtigkeit der Einhaltung ausdrücken; die Konsequenzen bei Nicht-Einhaltung erwähnen (z.B. Hausverbot) • nachfragen, ob die Mitteilung verstanden wurden (vgl. Müller-Hermann 2012: 81; vgl. I2: 374, 151)
Kurative Intervention
• das Verhalten des/der KlientIn nicht bewerten, aber ihn/sie in jedem Fall verwarnen • dem/der KlientIn die bestehenden Möglichkeiten vor Augen führen; dabei auf eine schlichte und sachliche Wortwahl achten • „freiwillige“ KlientInnen darauf aufmerksam machen, dass es ihre Entscheidung war in die Institution zu kommen und sie sich daher an die Regeln halten müssen, wenn sie das Angebot auch in Zukunft in Anspruch nehmen möchten • ggfs. ein Hausverbot erteilen; die Dauer von der Situation abhängig machen (z.B. bei Beschimpfungen: ca. 1-3 Monate) • PflichtklientInnen auf die rechtlichen Bestimmungen (Sanktionen) hinweisen • ggfs. die Hausregeln erneut erwähnen • die Verantwortung dem/der KlientIn übertragen • ggfs. die KollegInnen über den Vorfall informieren (vgl. Müller-Hermann 2012: 81; vgl. I2: 406f, 394-398; vgl. I1: 163f; vgl. I6: 285)
Risiko: Der/die KlientIn blockiert im Gespräch.
<i>„Des Gespräch is zuerst einmal sehr stark auf Blockade gegangen, nach zehn Minuten, viertel Stund, wo er eh schon mal ziemlich aggressiv gewesen is, is es dann irgendwie gegangen eine gewisse Basis mit der Person zu finden.“ (I1: 123-126)</i>
Präventive Maßnahmen
• Fachwissen aneignen (z.B. zu den möglichen Auslösern einer Blockade: emotionale Gesprächsinhalte, Angst, Schuld- und Schamgefühle, das Gefühl nicht weiter zu wissen, etc.)

- den Gemütszustand des/der KlientIn beachten (z.B. angespannt, nervös, unkonzentriert, ruhig, etc.)

(vgl. Dahmer/Dahmer 2003: 76-80)

Kurative Intervention

- erkennen, dass der/die KlientIn blockiert (z.B. der/die KlientIn bricht den Blickkontakt ab, weil er/sie von den Emotionen so überwältigt ist, etc.)
- keinesfalls versuchen eine längere Pause krampfhaft zu überbrücken, in dem man entweder selbst spricht oder ungeduldig auf die Fortsetzung des Gesprächs drängt
- dem/der KlientIn Zeit geben; notfalls kann auch eine Notiz als Überbrückungshilfe dienen
- bei längeren Pausen bewusst eine aufnahmebereite Zuwendung zeigen (z.B. Mimik, Blickkontakt, etc. als Anregung einsetzen) sowie einfühlsam und empathisch reagieren
- überbrückende Hilfen anbieten, um den/die KlientIn zum Weitersprechen zu ermutigen (z.B. einfache Wortwiederholungen der letzten Worte, Zwischenzusammenfassungen, verbale Zeichen anhaltender Gesprächsbereitschaft („Es hat keine Eile.“), unmittelbare Aufforderung zur Fortsetzung des Gesprächs, etc.)
- bei überlangen Pausen sich über die möglichen Ursachen bewusst werden (z.B. der/die KlientIn fühlt sich in eine Richtung gedrängt, etc.)
- versuchen das Gespräch wieder aufzunehmen (z.B. mit einer Frage wie *„Vielleicht habe ich Sie mit meiner Frage in eine Richtung gelenkt, die Sie im Moment nicht einschlagen wollten. Möchten Sie vielleicht zunächst über ... sprechen?“*, etc.)
- bei emotionalen Inhalten, die den/die KlientIn stocken lassen, auf die Blockierung selbst eingehen
- wenn der/die KlientIn derartig von seinen/ihren Gefühlen überwältigt wird, muss entschieden werden, entweder das Gespräch zu beenden oder dem/der KlientIn eine Erholungspause zu geben
- den/die KlientIn versuchen mit ermutigenden Worten aufzubauen (dabei weniger auf das bisherige Thema beziehen, sondern auf die Person des/der KlientIn)
- versuchen sich auf die Persönlichkeit des/der KlientIn einzustellen und sein/ihr Selbstgefühl zu stärken (z.B. durch Rückblenden auf Probleme die bereits bewältigt wurden, etc.)
- nach der Lösung der Blockade, das Gespräch fortsetzen
- den Vorfall ggfs. in der Supervision, bei Teambesprechungen, etc. thematisieren

(vgl. Dahmer/Dahmer 2003: 76-80; vgl. I5: 432f; vgl. I1: 142-145)

Risiko: Der/die KlientIn beharrt auf seiner/ihrer Sichtweise.

„I hob a Frau ghobt de am Telefon wor und außer sich wor „des Kind geht zu Grunde und keine Stelle hilft und alle schau'n nur tatenlos zu“ und sie sogt „wenn Sie zu mir kommen, i würd Ihnen 1000 Euro zahlen, wenn Sie zu mir nach Hause kommen würden und mit mein Sohn reden würden“ usw. Donn hob i gsogt „jo des hot keinen Sinn, es hot keinen Sinn wenn i zu Ihnen nach Hause komm a des würd überhaupt nix an Ihrer Situation ändern, es würd für Sie überhaupt nix verbessern und es gibt für Sie solche und solche bzw. des und des Angebot, zum Beispiel es gibt die Elterngruppe, Sie können sich im Einzelkontext a beraten lassen und ihre Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Sohn schildern und welche Möglichkeiten Sie haben“. Und de hot eigentlich nur gschimpft, dass wir für nix san ...“ (I3: 393-402)

Präventive Maßnahmen

- eine Haltung und Sichtweise einnehmen, die von Offenheit für das Mögliche und auch Unmögliche geprägt ist
- sich mit den eigenen persönlichen Grenzen und emotionalen Empfindlichkeiten immer wieder auseinandersetzen (z.B. in der Supervision, im kollegialen Austausch, etc.)

(vgl. Cormann 2006: 23; vgl. I3: 148f)

Kurative Intervention

- viel Selbstsicherheit ausstrahlen
- erkennen, wenn der/die KlientIn Vorschläge ablehnt und davon ausgeht, dass die von ihm/ihr gemachten Forderungen umgesetzt werden
- dem/der KlientIn keinesfalls eine andere Sichtweise und/oder Haltung aufdrängen, sondern ihn/sie bitten, seine/ihre Sichtweise, Wünsche und Bedürfnisse so genau wie möglich zu beschreiben
- sich zurück nehmen und zuhören
- das Gefühl vermitteln, dass man den/die KlientIn versteht und sich für seine/ihre Sichtweise interessiert
- die institutionellen Möglichkeiten aufzeigen; dabei auf das Angebot verweisen
- ggfs. Kompromisse anbieten
- dem/der KlientIn ausreichend Zeit geben, damit er/sie eine Möglichkeit hat, seine/ ihre Sichtweise zu ändern
- den Punkt erkennen, an dem kein Gespräch mehr möglich ist; das Gespräch ggfs. vorzeitig beenden
- den Vorfall ggfs. dokumentieren bzw. sich mit KollegInnen darüber austauschen

(vgl. Fehlau 2009: 82; vgl. Linden/Hautzinger 2011: 449; vgl. I3: 318f; vgl. I1: 163, 165ff; vgl. I5: 422; vgl. I7: 527)

Risiko: Der/die KlientIn weigert sich nach einem Betreuerwechsel mit dem/der neuen SozialarbeiterIn zu arbeiten.

„Es gibt viele Menschen die auch mit Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeitern nix zu tun haben wollen und vor allem nicht mit Neuen.“ (I5: 46-48)

Präventive Maßnahmen

- sich auf den KlientInnenkontakt vorbereiten: ggfs. Vorinformationen über eine/n KlientIn einholen (vor allem wenn der Betreuerwechsel innerhalb der Organisation stattfindet), Störungen verhindern, Themenplanung, etc.
- sich mit den eigenen persönlichen Grenzen und emotionalen Empfindlichkeiten immer wieder auseinandersetzen (z.B. in der Supervision, im kollegialen Austausch, etc.)

(vgl. Menne/Hundsalz 2006: 47; vgl. I3: 148f)

Kurative Intervention

- sich darüber im Klaren sein, dass der Widerstand ein Ausdruck dessen sein kann, sich nicht verändern zu wollen
- die Signale des Widerstandes nicht persönlich nehmen und aushalten können
- sensibel beim Kontaktaufbau sein; einen Machtkampf vermeiden u.a. dadurch, dass die Bedingungen der Beratung klar formuliert werden
- das Gefühl der Ablehnung nicht zu schnell thematisieren; stattdessen Anerkennung äußern und die Beratung trotzdem beginnen
- Verständnis zeigen („Ich verstehe Ihre Reaktion ...“ etc.)
- oft ist es auch hilfreich, die Ängste, die der/die KlientIn gegenüber dem/der SozialarbeiterIn hat, anzusprechen
- dem/der KlientIn Zeit geben; geduldig sein
- sich bemühen, das Vertrauen des/der KlientIn zu erhalten und ihn/sie zur aktiven Mitarbeit zu motivieren (z.B. indem der/die SozialarbeiterIn den/die KlientIn in ein persönliches Gespräch verwickelt)

(vgl. Fabian/Schweikart 2003: 131; vgl. Menne/Hundsalz 2006: 47; vgl. I7: 287; vgl. I5: 422)

Risiko: Der Klient weigert sich auf Grund des Kulturverständnisses mit einer Sozialarbeiterin zu arbeiten.

„Also zum Beispiel ist unser Arzt auch Psychotherapeut und eben ein Mann ja und das ist auch eigentlich immer wieder ganz hilfreich, das ist aber bis jetzt glaub ich erst ein- oder zweimal vorgekommen in 4 Jahren, dass wir dann gesagt haben also der Klient kommt mit einer Frau nicht gut zurecht, da geht's eher um's Geschlecht und die Tatsache „eine Frau“. Und dann kann man die Betreuung auch an den Arzt abgeben. Das ist auch okay. Es gab auch schon Zeiten, wo vier Frauen hier gearbeitet haben und wenn wir das Gefühl haben, das geht einfach überhaupt nicht, dann müssen wir weitervermitteln an die Männerberatungsstelle oder an eine nahegelegene Suchtberatung, die halt einen männlichen Betreuer auch hat.“ (I7: 205-212)

Präventive Maßnahmen
• sich für andere Kulturen und Religionen interessieren und eine offene Haltung einnehmen • die kulturellen Unterschiede der Geschlechterrollen akzeptieren und wissen, dass Frauen vor allem in islamisch geprägten Kulturen weniger Macht/Einfluss als Männer haben (vgl. Mand 2008: 39f)
Kurative Intervention
• eine wertschätzende Haltung einnehmen; keinesfalls abwertend reagieren • den Arbeitsauftrag und die Rollen klar formulieren (der/die SozialarbeiterIn ist ExpertIn, der/die KlientIn ist Hilfesuchende/r) sowie auf das Angebot der Institution hinweisen • wenn die Institution über weibliche und männliche MitarbeiterInnen verfügt, den Klienten fragen ob eine Frau oder ein Mann als Beratungsperson gewünscht wird • falls keine passende Person vorhanden ist, weil z.B. nur Frauen in einer Institution arbeiten, dann sollte der Klient weitervermittelt werden • falls eine Weitervermittlung nicht möglich ist (z.B. bei PflichtklientInnen) und nur Frauen in der Institution arbeiten, kann der Klient darauf hingewiesen werden, dass die Gleichberechtigung von Frau und Mann in Österreich zu den Grundrechten gehört und man mit Respekt behandelt werden möchte • den Vorfall ggfs. in der Supervision, etc. besprechen (vgl. Mand 2008: 39f; vgl. I4: 286-290; vgl. I5: 755f; vgl. I1: 142-145)
Risiko: Der/die KlientIn will das Gespräch abbrechen.
<i>„Wos donn schon zum Teil gwesen is, is, dass dann Leut irgendwie aufgebracht gwesen san und dann gsogt hobn „okay nein alles ein Blödsinn“ oder irgendwie so „i geh jetzt“.“ (I1: 232-234)</i>
Präventive Maßnahmen
• sich darüber bewusst sein, dass der/die KlientIn jederzeit die Möglichkeit hat das Gespräch zu beenden • den/die KlientIn im Beratungsgespräch nicht überfordern, sondern ausreichend Zeit geben (vgl. I5: 422)
Kurative Intervention
• versuchen eine unangemessene Aussage (z.B. „alles ein Blödsinn“) des/der KlientIn nicht auf sich selbst zu beziehen • ruhig bleiben und versuchen die Gründe für sein/ihr Verhalten/Entscheidung herauszufinden und zu thematisieren

- direktes und vorsichtiges Ansprechen auf den Widerstand (z.B. dem/der KlientIn Beobachtungen bzw. Auffälligkeiten am Verhalten mitteilen, die interpretierte Vermutung äußern, dass es dem/der KlientIn schwer fällt bzw. ihm/ihr Angst macht über ein bestimmtes Thema zu sprechen, etc.)
- dem/der KlientIn einfühlsam begegnen und verständnisvoll auf seine/ihre Äußerungen eingehen (z.B. „Ich verstehe Sie, das ist ein sehr heikles Thema ...“ etc.)
- versuchen die Situation zu klären und das Gespräch fortzusetzen; dabei nicht in offenen Wunden bohren
- dem/der KlientIn die Möglichkeit geben, das Gespräch jederzeit beenden zu können
- die Entscheidung des/der KlientIn respektieren und sich keine Schuldgefühle machen, wenn er/sie tatsächlich geht
- den Vorfall ggfs. in der Supervision, in Teambesprechungen, etc. besprechen

(vgl. Rahm 2011: 158; vgl. I1: 67; vgl. I11: 453f; vgl. I1: 142-145)

4.2.5 Infektionsgefahr

DrogenkonsumentInnen begeben sich häufig in Gefahr sich mit einer Krankheit (z.B. HIV, etc.) zu infizieren, indem sie zum Beispiel ein bereits von einer anderen Person gebrauchtes Zubehör (z.B. Löffel, Filter, Tupfer, etc.) und/oder benutztes Spritzbesteck (z.B. Spritzen, Nadeln, etc.) verwenden. Dies birgt nicht nur ein hohes Infektionsrisiko für den/die KonsumentIn selbst, sondern auch für andere. Für SozialarbeiterInnen im Drogen- und Suchtbereich ist daher besondere Vorsicht geboten. Trotz Gesundheits- und Sicherheitsmaßnahmen (wie zum Beispiel Schutzimpfungen, regelmäßiges Hände waschen und desinfizieren, etc.) kann die Gefahr der Ansteckung mit einer Infektionskrankheit unter bestimmten Umständen (zum Beispiel bei einer Nadelstichverletzung) nicht zu hundert Prozent ausgeschlossen werden. Über folgende Risiken sollte ein/e SozialarbeiterIn unbedingt informiert sein:

Risiko: Der/die KlientIn birgt die Gefahr der Ansteckung mit einer Infektionskrankheit.



„Im Normalfall wenn ma keine offene Wunde hat irgendwo, is ma net gefährdet. Also nur weil i jemanden der HIV krank is gegenüber sitz, passiert nix. Aber zeitweise, klar i hab schon a Fälle ghobt vo Menschen mit offener TBC, wo ma nachher drauf kommen sind, dass de des ghobt hobn. Des is eher a unangenehme Situation. Das is a Tröpfcheninfektion, wo ma dann alle zum Lungenröntgen gehen

mussten. Also diese Risiken, die die Klienten haben, spielen auf uns teilweise schon auch zurück, aber das sind eher Sachen, die man sich bewusst machen muss.“ (I2: 168-174)

Präventive Maßnahmen

- das gesundheitliche Risiko als Teil seines Berufes anerkennen
- das institutionelle Angebot zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz annehmen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, etc.)
- die Hygienemaßnahmen stets beachten (z.B. Händewaschen, Desinfektionsmittel verwenden, etc.)
- auf präventive Maßnahmen bei anzunehmender Infektionsgefahr zurückgreifen (z.B. Gummihandschuhe, etc.)
- fachliches Wissen aneignen (z.B. über Infektionskrankheiten und deren Vermeidung, etc.)
- auf sich selbst achten (z.B. gesunde Ernährung, Bewegung, etc.)

(vgl. Kiehl/Mielke/Stück u.a. 2004: 5; vgl. I2: 172ff; vgl. I11: 137, 582; vgl. I6: 96; vgl. I5: 71ff)

Kurative Intervention

- Krankheitssymptome an dem/der KlientIn erkennen (z.B. Husten, etc.)
- den eigenen Gesundheitszustand beobachten
- bei Verdacht einer Infektion unbedingt Kontakt mit dem/der Betriebsarzt/-ärztin oder dem/der Hygienebeauftragten aufnehmen; keinesfalls verschweigen
- bei Infektion, die eigene Familie und die KollegInnen informieren
- ggfs. in Krankenstand gehen

(vgl. Maier 2004: 43; vgl. Vieten/Heckrath/Falkson u.a. 2005: 36; vgl. I1: 243; vgl. I11: 389f)

Risiko: Der/die KlientIn lässt infektiöses Material (z.B. Spritzen) in der Organisation liegen.

„Was wir a net haben oder kaum, das kommt selten vor, dass jemand bei den Klos, dass sich jemand spritzt. Also wie is des mit Spritzen, also wenn sie auch liegen gelassen werden.“ (I4: 315-317)

Präventive Maßnahmen

- Werbung für einen risikoarmen Umgang mit infektiösem Material machen (z.B. Folder, Flyer, etc. austeilen)
- ein Informationsblatt über regionale Standorte mit Spritzenautomaten in der Institution aufliegen lassen

Kurative Intervention

- infektiöses Material als Gefahr erkennen
- Hygienemaßnahmen beachten (z.B. Gummihandschuhe anziehen, etc.)
- infektiöses Material in Sammelbehältern entsorgen (z.B. Nadeln mit stichfesten Gummihandschuhen in dafür vorgesehenen Containern entsorgen)

- bei Infektionsverdacht (z.B. durch eine Nadelstichverletzung, etc.) unbedingt Kontakt mit dem/der Betriebsarzt/-ärztin oder dem/der Hygienebeauftragten aufnehmen; keinesfalls verschweigen
- infektiöses Material (z.B. Spritzen, etc.) ggfs. zur weiteren Diagnostik sicherstellen
- die Verletzung an die verantwortliche Stelle melden (z.B. Unfallversicherung)
- klären, ob bei der/dem VerursacherIn eine Hepatitis B/C, eine HIV-Infektion oder eine andere übertragbare Krankheit vorliegt
- ggfs. den/die KlientIn beim nächsten Erscheinen verwarnen bzw. ihm/ihr ein Hausverbot erteilen (z.B. solange bis er/sie das infektiöse Material ordnungsgemäß verwahrt)

(vgl. Vieten/Heckrath/Falkson u.a. 2005: 35ff; vgl. I11: 136f, 422; vgl. I5: 844-847)

4.2.6 negative/positive Erfahrungen

Erfahrungen werden subjektiv auf ganz unterschiedliche Art und Weise gemacht und können positiver oder negativer Natur sein. Sowohl positive als auch negative Erfahrungen hinterlassen eine Wirkung, die sich in einem Menschen festsetzt und dazu beiträgt, wie er/sie sich in einer gleichen oder ähnlichen Situation verhält. Während angenehme Erfahrungen dazu beitragen, das Leben positiv zu interpretieren und zu bewerten, stellen negative Erfahrungen eher ein Hindernis dar. Folgende Risiken konnten hinsichtlich negativer/positiver Erfahrungen identifiziert werden:

Risiko: Der/die KlientIn hat Angst vor der medizinischen Versorgung.

„Do hob i einen Fall ghobt, a junger Mann is mit einer total angeschwollenen Hand gekommen, de wor wirklich rot und do hot ma des Gefühl ghobt, wenn ma da rein sticht, donn wird sie platzen. War natürlich a Verstopfung durch intravenösen Drogenkonsum. Donn wor der jetzige ärztliche Leiter do. I hob gsogt, „jo schau dir des bitte amol an“. Er hot gsogt „jo unbedingt ins Krankenhaus“ und während i des Krankenhaus angerufen hob, hot er Angst griagt und versucht abzuhaun.“ (I3: 406-412)

Präventive Maßnahmen

- sich bewusst sein, dass Erfahrungen in dem/der KlientIn weiter wirken und gegenwärtig zu bestimmten Reaktionen (z.B. Flucht, etc.) führen können bzw. bestimmte Emotionen (z.B. Angst, Trauer, etc.) auslösen können

Kurative Intervention

- den/die KlientIn auf einer persönlichen Ebene ansprechen

- versuchen die Gründe für sein/ihr Verhalten/Entscheidung herauszufinden und zu thematisieren
- den/die KlientIn in seiner/ihrer Problematik ernst nehmen; keinesfalls bewerten und/oder verurteilen, sondern wertschätzen und anerkennen
- dem/der KlientIn Mut zusprechen und ins Gewissen reden
- die Risiken für den/die KlientIn ansprechen, wenn er/sie sich nicht medizinisch versorgen lässt
- die Verantwortung dem/der KlientIn übertragen
- sich keine Schuldgefühle machen, wenn der/die KlientIn die Hilfe nicht in Anspruch nehmen möchte

(vgl. I5: 420; vgl. I3: 353; vgl. I2: 151, 610; vgl. I8: 472; vgl. I6: 285)

Risiko: Der/die KlientIn hat falsche Erwartungen an die sozialarbeiterische Beratung.

„Sie san ja a nette Sozialheidi, Sie mochn des scho für mi“, das hört ma so, da gab’s halt in der Vergangenheit enge Beziehungen zu Sozialarbeiterinnen, die ganz viel gemacht haben, von Anträgen ausfüllen bis faxen bis irgendwie irgendwo was aufstellen. Also so ganz auf Zuwendung. Die Haltung haben wir da nicht in unserem Team. Davon distanzieren wir uns, weil es ja auch im Kontext einer Suchtbehandlung meiner Meinung nach, wärs ja völlig falsch auf die Dynamik einzusteigen.“ (I9: 349-354)

Präventive Maßnahmen

- den Arbeitsauftrag, das Angebot der Institution und die Rollen klar formulieren (der/die SozialarbeiterIn ist ExpertIn, der/die KlientIn ist Hilfesuchende/r), damit der/die KlientIn weiß, worauf er/sie sich einlässt
- sich an das Konzept der Institution halten

(vgl. Sutterlüty 2003: 2; vgl. I9: 104)

Kurative Intervention

- erkennen, dass der/die KlientIn seine/ihre Erfahrungen aus vergangenen Situationen, auf die neue Situation, die dieser ähnlich ist, überträgt
- eine wertschätzende Haltung einnehmen; keinesfalls abwertend reagieren
- Erwartungen und Ziele des/der KlientIn erfragen
- die institutionellen Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen; dabei auf das Angebot hinweisen
- eine mögliche Enttäuschung seitens des/der KlientIn aufnehmen und damit arbeiten (z.B. „Ich verstehe, dass Sie enttäuscht sind ...“ etc.)
- ggfs. Kompromisse anbieten
- dem/der KlientIn Zeit geben, sich auf die neue Situation einzustellen
- ggfs. einen Austausch im Team suchen

(vgl. Schermer 2006: 98; vgl. Belardi/Akgün/Gregor/u.a. 2007: 79; vgl. I1: 164f; vgl. I5: 422; vgl. I6: 471)

4.2.7 KlientIn-SozialarbeiterIn-Beziehung³

Eine gute Beziehung zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn wird als entscheidende Voraussetzung für einen gelingenden Hilfeprozess betrachtet. Daher ist es sinnvoll, wenn der/die SozialarbeiterIn der Beziehungsgestaltung besondere Aufmerksamkeit widmet. Er/sie ist verpflichtet, die Rollen klar zu definieren und wichtige Elemente der Rollengestaltung zu benennen (was macht der/die SozialarbeiterIn, was der/die KlientIn, wie wird darüber kommuniziert, etc.), damit der/die KlientIn weiß, worauf er/sie sich einlässt. Die SozialarbeiterIn-KlientIn-Beziehung ist prinzipiell asymmetrisch, d.h. es besteht ein Macht- bzw. Wissensgefälle. Der/die SozialarbeiterIn ist ExpertIn und besitzt professionelle Kompetenz und fachliche Autorität, die von KlientInnen auch erwartet wird. Der/die KlientIn ist derjenige/diejenige der/die Hilfe fordert. Diese Asymmetrie kann durchaus zu Problemen und Komplikationen in der Beziehung führen, weil ein erfolgreicher Beratungs- und Unterstützungsprozess gleichzeitig auch Gegenseitigkeit, Gleichheit und geteilte Verantwortung erfordert. (vgl. Sutterlüty 2003: 2) Welche Risiken die professionelle Beziehung mit sich bringen kann, zeigt sich wie folgt.

Risiko: Der/die KlientIn missbraucht das Vertrauen des/der SozialarbeiterIn.

„Wir haben keine Diensthandys, das heißt wir sind nicht erreichbar prinzipiell, also jetzt nur in der Beratungsstelle und da gibt's eben Ausnahmen, wo man sagt, okay wenn jetzt die Person so in der Krise ist, dann ist es in meinem Entscheidungsbereich zu sagen „okay im Notfall kannst du mich anrufen“ das heißt da geb ich meine Privatnummer her. Und da war es dann zum Beispiel bei mir einmal so, dass mich dann eine Klientin angerufen hat, wobei das ist nur einmalig passiert, und sie hat mich dann angerufen und hat gesagt, ja sie hat jetzt nichts mehr und sie kracht und sie braucht jetzt unbedingt an Stoff und ob i was, wo sie jetzt was herkriegern kann.(...) Aber da hab ich mir gedacht, okay ja das ist ja spannend, das war wirklich so das erste Mal, dass ich das Gefühl ghabt hat, dass das jemand in dieser Form a missbraucht hat, ja, so dieses „woher soll i des wissen“ und des war ganz klar, dass das net die Indikation ist ...“ (I4: 84-98)

³ Ausführlicher dazu: Schwarz, Daniela / Unger, Vera / Wallner, Kerstin (2013): Die professionelle Beziehung. In: Schwarz, Daniela / Unger, Vera / Wallner, Kerstin: Techniken der Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein Beitrag zur Professionalisierung. Masterthesis. St. Pölten, 21-26

Präventive Maßnahmen
• eine Haltung einnehmen, die von Offenheit für das Mögliche und auch Unmögliche geprägt ist • eine gewisse Sensibilität entwickeln, um zu erkennen, ob ein/e KlientIn falsche Tatsachen vorspielt bzw. versucht etwas zu verheimlichen • sich mit den eigenen persönlichen Grenzen und emotionalen Empfindlichkeiten (z.B. Enttäuschungen, etc.) immer wieder auseinandersetzen (z.B. in der Supervision, im kollegialen Austausch, etc.) (vgl. Cormann 2006: 23; vgl. Nöllke 2009: 190-194; vgl. I3: 148f)
Kurative Intervention
• sobald Anhaltspunkte für einen Vertrauensmissbrauch gefunden werden, dem nachgehen • dem/der KlientIn nichts unterstellen (klare Indizien) • sobald Beweise auf der Hand liegen, den Vertrauensmissbrauch anerkennen und ein Gespräch mit dem/der KlientIn suchen • die Situation keinesfalls durch Suchen nach Erklärungen entschärfen; sich nicht selbst die Schuld geben • den/die KlientIn zur Rede stellen und ihm/ihr die Möglichkeit geben sich zu rechtfertigen • die Ursachen/Gründe für den Missbrauch herausfinden • versuchen die Situation zu klären; dabei die persönlichen Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen • bei Uneinsichtigkeit entscheiden, ob man mit dem/der KlientIn weiterarbeiten will/kann oder nicht; ggfs. den/die KlientIn an eine/n KollegIn abgeben, ihm/ihr ein Hausverbot erteilen und/oder eine Anzeige machen • bei Neuanfang versuchen die Vorbehalte zu überwinden, die neue Situation als Chance zu sehen und dem/der KlientIn deutlich machen, dass sich etwas ändern muss • den Vorfall ggfs. in der Supervision, etc. besprechen (vgl. Nöllke 2009: 190-194; vgl. I3: 186; vgl. I1: 67, 164f; vgl. I2: 263, 407; vgl. I5: 302)
Risiko: Der/die KlientIn verliebt sich in den/die SozialarbeiterIn.
<i>„Und natürlich auch was manchmal schwierig ist bei Berufseinsteigern, des is jetzt a net nur im Suchtbereich, aber das sind eher so die Herausforderungen, das ist wenn sich ein Klient, eine Klientin in wen verliebt oder wenn ma des Gefühl hat es entstehen Gefühle und da gibt's dann auch Geschenke.“ (I4: 256-259)</i>
Präventive Maßnahmen
• den Arbeitsauftrag, das Angebot der Institution und die Rollen klar formulieren (der/die SozialarbeiterIn ist ExpertIn, der/die KlientIn ist Hilfesuchende/r), damit der/die KlientIn weiß, worauf er/sie sich einlässt • eine professionelle Distanz zu dem/der KlientIn wahren (z.B. KlientIn per Sie ansprechen, Begrüßung per Hand, etc.)

- die Grenze zwischen Beruf und Privatleben einhalten (Wahrnehmung als KlientIn und nicht als FreundIn)
- keinesfalls Geschenke von dem/der KlientIn annehmen

(vgl. Steil 2008: 16; vgl. Sutterlüty 2003: 2)

Kurative Intervention

- die Verliebtheit anerkennen und als Übertragungsgefühle  verstehen
- falls die verliebten Gefühle von dem/der KlientIn nicht angesprochen werden, sollten sie thematisiert werden, insofern es den Gesprächsverlauf behindert (z.B. „Ich habe das Gefühl da ist von Ihrer Seite mehr im Spiel.“ oder „Ich habe die Vermutung, dass Sie sich in mich verliebt haben.“ etc.)
- offenbart der/die KlientIn die Verliebtheit, muss darauf verständnisvoll und seriös reagiert werden
- dem/der KlientIn das Gefühl geben, ernst genommen zu werden
- Hilfe bei der Bewältigung der Situation anbieten: Herausfinden, was den/die KlientIn in diese Situation geführt hat und wem diese Gefühle eigentlich gelten (z.B. „Was sind so die Dinge bzw. was ist es in das Sie sich verliebt haben?“ oder „Was fehlt Ihnen so in Ihrem Leben?“ etc.)
- konsequente und transparente Grenzziehung (z.B. „Es wird daraus nie eine Beziehung entstehen.“ etc.)
- sollte der/die KlientIn dennoch an seinem/ihrer Wunsch nach einer intimen Beziehung festhalten, sollte die professionelle Beziehung beendet werden und der/die KlientIn jemand anderen zugewiesen werden
- sich ggfs. in der Supervision, etc. damit auseinandersetzen

(vgl. Steil 2008: 16; vgl. I4: 269; vgl. I2: 263; vgl. I1: 142-145)

Risiko: Der/die KlientIn beschwert sich bei dem/der SozialarbeiterIn.

„Und wo natürlich dann a die Eltern do gessen san und gmeint hobn „was is do alles schief gangen, was is do passiert“ und was natürlich a gonz schnell, von Leuten de a genügend Kohle ghobt hätten, zu an longfristigen Prozess kommen hätt können.“ (I11: 498ff)

Präventive Maßnahmen

- keine Angst vor Beschwerden (dahinter steckt meist eine enttäuschte Erwartung)
- die Beschwerden als Möglichkeit der Verbesserung bzw. Weiterentwicklung sehen
- jede Beschwerde als persönliche Herausforderung sehen; sie kann helfen bisher unerkannte Fähigkeiten zu fördern
- sich bewusst sein, dass KlientInnen, die sich beschweren i.d.R. ein Interesse an einem selbst und/oder der Arbeitsleistung haben, in einer emotional offenen Haltung sind und/oder Aufmerksamkeit brauchen bzw. ernst genommen werden wollen

(vgl. Cerwinka/Schranz 2009: 41; vgl. Merchel 2005: 186; vgl. Weinreich Unternehmensberatung GmbH 2007; vgl. I5: 445f; vgl. I7: 527)

Kurative Intervention
• dem/der KlientIn die Möglichkeit geben, die Beschwerde loszuwerden • die Beschwerde aushalten können; nicht emotional darauf reagieren • versuchen professionell zu bleiben: erst wenn der/die KlientIn seine/ihre Anliegen geschildert hat, antworten • die ersten Sätze einfach und verständlich formulieren, weil der/die KlientIn aufgrund des Ärgers i.d.R. nicht fähig ist, sich vollinhaltlich auf das Gespräch zu konzentrieren • Verständnis ausdrücken (z.B. „Ich verstehe Ihre Lage/Verärgerung ...“ etc.) • auf eine offene Körpersprache achten (z.B. offener Gesichtsausdruck, ein Lächeln, etc.) • dem/der KlientIn klar machen, dass man die Situation gemeinsam klären möchte • ggfs. Alternativen anbieten • nach der Klärung, die Beschwerde dokumentieren und analysieren („Beschwerdemanagement“) • den Vorfall ggfs. in der Supervision, bei Teambesprechungen, etc. besprechen (vgl. Cerwinka/Schranz 2009: 40f; vgl. Merchel 2005: 186; vgl. I7: 422; vgl. I1: 67f)
Risiko: Der/die KlientIn setzt den/die SozialarbeiterIn unter Druck.
<i>„Mhm, ähm also ich würd amal sagen, Vorsicht ist geboten, indem was der Suchtbereich mitbringt. Das ist auf der einen Seite der sehr, der sehr große Druck der gemacht wird, sowohl von Angehörigen wie auch von den Betroffenen selbst. Also dieses Gefühl von „jetzt sofort, sonst sterbe ich“. Also wirklich so ein ganz extremer Druck, kann man sagen. Der jetzt auch, und das ist glaub ich eine Gefahr so gerade für Anfänger, dass ma den übernimmt. Und auch das Gefühl zu haben „okay ich muss jetzt alles regeln, sofort, es geht net anders, sonst passiert etwas Tragisches.“ (I4: 38-44)</i>
Präventive Maßnahmen
• einen selbstreflexiven Umgang pflegen, um sich selber und seine persönlichen Grenzen einschätzen zu können • sich über seinen Aufgabenbereich bewusst sein und eine gewisse Distanz dazu wahren (emotional nicht verstrickt damit sein) • eine gewisse Gelassenheit gegenüber Druckauslösern (z.B. Stress, etc.) haben/entwickeln • versuchen gewisse Dinge mit Humor zu nehmen (minimiert i.d.R. den Druck) (vgl. John/Peters-Kühlinger 2010: 55f; vgl. I2: 420f, 151; vgl. I3: 275; vgl. I6: 43-48; vgl. I10: 33)
Kurative Intervention
• versuchen professionell zu bleiben: keinesfalls auf den Druck einsteigen, sich verleiten lassen und/oder instinktiv reagieren (z.B. mit Gegendruck, Flucht, etc.), sondern bei seiner Meinung bleiben

- sobald man den Druck verspürt, überlegen, was einem in dieser Situation Druck macht
- durchatmen und ggfs. eine kurze Pause einlegen (z.B. das Fenster öffnen, etc.)
- hilfreich kann auch sein:
 - langsam bis drei zählen, bevor man antwortet
 - die Vorstellung einer durchlässigen Zielscheibe durch die man die Bemerkung einfach durchgehen lassen kann
 - das Problem auf einer Meta-Ebene zu klären, wo man von oben auf das was gerade passiert schaut (z.B. „Auf mich wirkt das als ob ...“ oder „Von außen betrachtet könnte man meinen ...“ oder „Das hört sich so an als ob ...“ etc.)
- in jedem Fall ressourcenorientiert bleiben und abwägen, wo die persönliche Grenze ist
- sich keinesfalls noch zusätzlich „anheizen“ (z.B. mit Kaffee, etc.)
- sollte der innere Druck nicht nachlassen, ggfs. eine/n KollegIn dazu holen oder das Gespräch abbrechen
- den Vorfall ggfs. in der Supervision, in der Teambesprechung etc. thematisieren

(vgl. Guggenbiller 2010: 23; vgl. Dölz/Kauffmann 2008: 202ff; vgl. I7: 422; vgl. I4: 116, 50; vgl. I3: 331; vgl. I1: 142-145)

Risiko: Der/die KlientIn überschreitet die Grenzen des/der SozialarbeiterIn.

„Und a eben, dass es schneller mal passieren kann so Grenzüberschreitungen, das heißt diese Form, dass gleich mal „Du“ gesagt wird, weil das ist ja üblicher.“ (I4: 332ff)

Präventive Maßnahmen

- den Arbeitsprozess verständlich kommunizieren und die Rollen klar definieren (der/die SozialarbeiterIn ist ExpertIn, der/die KlientIn ist Hilfesuchende/r)
- einen selbstreflexiven Umgang pflegen, um sich selber und seine persönlichen Grenzen einschätzen zu können
- die eigenen Grenzen wahren, da es sonst zu körperlichen und psychischen Überlastungserscheinungen (z.B. Burnout, Magen-Darm-Geschwür, etc.) kommen kann

(vgl. Sutterlüty 2003: 2; vgl. Kunz/Scheuermann/Schürmann 2004: 128f; vgl. I6: 45; vgl. I2: 136)

Kurative Intervention

- versuchen professionell zu bleiben: emotional nicht überreagieren bzw. aus einem negativen Gefühl (z.B. Kränkung, etc.) heraus reagieren
- durchatmen und ggfs. eine kurze Pause einlegen (z.B. das Fenster öffnen, etc.)
- verständnisvoll Respekt fordern (z.B. „Es ist verständlich, dass Sie ..., aber ich wünsche einen respektvollen Umgang.“)

- versuchen die Situation in Ruhe zu klären
- in einer wertschätzenden Grundhaltung die persönlichen und institutionellen Grenzen klar kommunizieren
- sollte eine gemeinsame Gesprächsbasis nicht mehr möglich sein, das Gespräch beenden und einen neuen Termin vereinbaren
- den Vorfall ggfs. in der Supervision, in der Teambesprechung, etc. thematisieren

(vgl. Rhode/Meis/Bongartz 2003: 89ff; vgl. Kunz/Scheuermann/Schürmann 2004: 128f; vgl. I7: 422; vgl. 8: 286; vgl. I4: 116; vgl. I3: 331; vgl. I1: 67, 164f, 175, 178, 142-145)

Risiko: Der/die KlientIn verbreitet eine üble Nachrede über den/die SozialarbeiterIn.

„Ah und des is ein Risiko, was letzten Endes a de Institution nachher trifft. Wann ma dann als Institution den Ruf hot und des schwingt immer dann a mit so quasi „do wor i mit mein Buam in der Beratung und donn hot's ma gsogt des is eh halb so wild und i soll mi net so antun“ so auf die Art. So eine Nachrede zu haben als Sozialarbeiterin is sicherlich a net grad gscheit.“ (I11: 346-350)

Präventive Maßnahmen

- sich bewusst sein, dass eine üble Nachrede eine Form der Beleidigung ist und bestraft werden kann (siehe §111 StGB)
- sich mit den eigenen persönlichen Grenzen und emotionalen Empfindlichkeiten immer wieder auseinandersetzen (z.B. in der Supervision, im kollegialen Austausch, etc.)

(vgl. Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem 2013c; vgl. I3: 148f)

Kurative Intervention

- schon bei den frühesten Anzeichen einer Nachrede, dem nachgehen und ein Stopp setzen
- sobald fest steht, von wem die Nachrede kommt, die Person darauf ansprechen
- versuchen professionell zu bleiben: emotional nicht darauf einsteigen (keine bewertenden Äußerungen, etc.)
- den/die KlientIn zur Rede stellen und ihm/ihr die Möglichkeit geben, sich rechtfertigen; versuchen die Ursache der Nachrede herauszufinden
- versuchen die Situation zu klären und Missverständnisse aus dem Weg zu räumen
- den Punkt erkennen, an dem kein Gespräch mehr möglich ist; versuchen das Gespräch möglichst schnell zu beenden
- eine Entscheidung treffen, ob man mit dem/der KlientIn weiterarbeiten will oder nicht; ggfs. den/die KlientIn an eine/n KollegIn abgeben
- bei Neuanfang, versuchen die Vorbehalte zu überwinden und auf die Bedingungen einer gelingenden Beziehung hinweisen

(vgl. Kollmer 2007: 153; vgl. Mahler 2011: 32f; vgl. I7: 422; vgl. I8: 286; vgl. I3: 186; vgl. I1: 67, 164-167; vgl. I2: 263)

4.2.8 hinderliche Verhaltensweisen

Die Beratungssituation mit einem/einer KlientIn verläuft nicht immer so, wie es sich der/die SozialarbeiterIn vorstellt. Es kann Hindernisse geben, die die Beziehung zu einer/einem KlientIn erschweren können. Insofern ist es wichtig, dass der/die SozialarbeiterIn die möglichen „Hürden“ als Chance sieht, sich einer Herausforderung zu stellen. Dies ist allerdings nicht immer so einfach. Sobald einem zum Beispiel die Angst packt, ein Hindernis anzugehen, wird es schwierig es zu überwinden. In solchen Situationen ist es wichtig, die Ruhe zu bewahren und zu versuchen die Barrieren aus einem Blickwinkel zu betrachten, der eine Bewältigung möglich macht. (vgl. Huntenburg 2011) Folgende Risiken konnten hinsichtlich hinderlicher Verhaltensweisen identifiziert werden:

Risiko: Der/die KlientIn hat die Schwierigkeit die Motivation aufrecht zu erhalten.
<i>„Ahm was natürlich a oft a Schwierigkeit is, muss man trotzdem sagen in der Suchtarbeit, is, wenn jetzt jemand sagt, „ma i möchte einen Entzug machen und i bin bereit und i bin motiviert und willig“, dass es eben ganz, also dass es so ist, dass die Wartezeiten für den Entzug mindestens drei Monate sind. Das heißt do hot ma scho diese Schwierigkeit, diese Motivation oder der Klient hat die Schwierigkeit diese Motivation aufrecht zu erhalten, in diesem Wartebereich sich anzumelden bis es dann auch wirklich soweit is. Gleichzeitig ist natürlich diese Phase, grad echt a gute Chance um sich damit auseinanderzusetzen, wie wird das dann nachher sein.“ (14: 147-154)</i>
Präventive Maßnahmen
• KlientInnen müssen i.d.R. immer motiviert werden, indem man ihnen klar macht wie wichtig es ist „am Ball zu bleiben“, sich anzustrengen, Frustration auszuhalten, etc. • sich mit den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung (engl.: „<i>motivational interviewing</i>“) von William Miller und Stephen Rollnick auseinandersetzen (näher ausgeführt auf S.105) (vgl. Sachse 2013)
Kurative Intervention
• den/die KlientIn in seiner/ihrer Problematik ernst nehmen • Bereitschaft zur Unterstützung signalisieren; keinesfalls den/die KlientIn in eine bestimmte Richtung drängen • den/die KlientIn fragen, wie er/sie die eigene Situation wahrnimmt und welche Visionen und Wünsche er/sie für die Zukunft hat • verständnisvoll zuhören und eine klare Rückmeldung geben; sich keinesfalls wertend und/oder konfrontativ äußern

- eine empathische Grundhaltung einnehmen; versuchen sich in den/die KlientIn und seine/ihre Motive einzufühlen
- den/die KlientIn bitten, Pro und Kontra des Vorhabens (z.B. einer Verhaltensänderung, des Entzugs, etc.) in eigenen Worten auszudrücken und abzuwägen; sich Zeit für die Bearbeitung nehmen
- sobald der/die KlientIn dazu entschlossen ist, seine/ihre Absicht durchzuziehen, den/die KlientIn bestärken
- den/die KlientIn dazu ermutigen, die Fortschritte eigenständig zu überwachen, d.h. die Verantwortung dem/der KlientIn übertragen
- den/die KlientIn darauf vorbereiten, dass es Rückfälle geben kann und wie damit umgegangen werden kann
- auf einen regelmäßigen Kontakt mit dem/der KlientIn achten

(vgl. Farke/Graß/Hurrelmann 2003: 124f; vgl. European Food Information Council 2010; vgl. I8: 472; vgl. I6: 285)

Risiko: Der/die KlientIn schläft während des Gesprächs ein.

„Was ich zum Beispiel schon schwierig finde ist, wenn Menschen so beeinträchtigt zu uns kommen, das heißt wenn sie so betrunken sind oder so viel konsumiert haben, dass ich den Eindruck habe, dass sie z.B. einschlafen während sie draußen sitzen und warten oder dass sie während des Gesprächs gar nicht ansprechbar oder kaum ansprechbar sind. Das ist, wenn sie z.B. Benzodiazepine konsumiert haben im Übermaß, dann schlafen sie immer wieder ein.“ (I4: 208-213)

Präventive Maßnahmen

- erkennen, wenn ein/e KlientIn müde wird und dem Gespräch nicht mehr folgen kann
- Maßnahmen gegen Müdigkeit setzen (z.B. das Fenster öffnen, einen Spaziergang mit dem/der KlientIn machen, ein Glas Wasser anbieten, etc.)

(vgl. Karrer 2012; vgl. Jülichs 2009)

Kurative Intervention

- Situationseinschätzung: Warum könnte der/die KlientIn eingeschlafen sein? (z.B. übermäßiger Drogenkonsum, Schlafstörung, etc.)
- dem/der KlientIn die Möglichkeit geben, sein/ihr akutes Schlafbedürfnis mit einem kurzen „Nickerchen“ zu bekämpfen, um etwaige Gefahren (z.B. Unfall auf der Straße, etc.) zu verhindern
- nach dem kurzen Schlaf muss eingeschätzt werden, ob der/die KlientIn so weit ist, jetzt gehen zu können
- ggfs. einen Kaffee, ein Glas Wasser, etc. anbieten und warten bis sich der/die KlientIn fitter fühlt
- das Gespräch fortsetzen oder einen neuen Termin vereinbaren (ggfs. Informationsbroschüren zum Lesen mitgeben oder auf die Homepage verweisen)
- die Verantwortung bei dem/der KlientIn lassen, d.h. wenn er/sie unbedingt gehen möchte, dann kann man ihn/sie nicht dazu zwingen hier zu bleiben

- den/die KlientIn darauf hinweisen, dass er/sie beim nächsten Termin in einem anderen Zustand erscheinen soll
- den Vorfall ggfs. in der Supervision, in der Teambesprechung, etc. besprechen

(vgl. Karrer 2012; vgl. I1: 35, 178; vgl. I4: 194ff, 345; vgl. I6: 285; vgl. I1: 142-145)

Risiko: Der/die KlientIn hat keine Ziele.

„Schwierig find i afoch, (...) wenn jemand ähm schwer depressiv is und kein Ziel hat, gor kans.“ [Anm.d.V. Depression hier als eine Möglichkeit der Ziellosigkeit] (I10: 225f)

Präventive Maßnahmen

- Strategien und Techniken zur Zielfindung, -erreichung, -vereinbarung, etc. aneignen
- sich mit den eigenen emotionalen Empfindlichkeiten immer wieder auseinandersetzen (z.B. in der Supervision, im kollegialen Austausch, etc.)

(vgl. I3: 148f)

Kurative Intervention

- auf eine entspannte Gesprächsatmosphäre achten (z.B. keine Nebengeräusche, ein freundlicher Gesichtsausdruck, ein Getränk anbieten, etc.)
- dem/der KlientIn die Bedeutung von Zielen klar machen (z.B. dem Leben Sinn verleihen, eine bessere Lebensqualität, etc.)
- dem/der KlientIn bei der Suche nach realistischen Zielen helfen; sich Zeit nehmen und geduldig sein
- anerkennen, dass Ziele zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn unterschiedlich sein können; einen guten Mittelweg finden
- gemeinsam überlegen, wie die Ziele erreicht werden können
- Konkretisierung von Zielen: positives, eindeutiges und überprüfbares formulieren von lang-, mittel- und kurzfristigen Zielen
- auf die Gefahr hinweisen dass Ziele auch scheitern können, Stolpersteine auf dem Weg liegen können und ggfs. eine Veränderung oder Anpassung von Zielen an eine veränderte Situation notwendig sein kann

(vgl. Etzlstorfer 2011: 1-5; vgl. I6: 147, 190, 191, vgl. I5: 70; vgl. I1: 155f)

Risiko: Der/die KlientIn verharmlost eine Situation.

„Es gibt ja von uns in keiner Art und Weise irgendwas, i mein weil da der Alkomat liegt, des is für mich einfach ein Mittel zum Zweck, des hat keine Konsequenzen, des is a Arbeitsmittel, genauso wie ich einen Kugelschreiber hab, is des für mi a andere Form von Arbeitsmittel, weil die Leut oft sagen „Na also i hab nix trunkn ghabt heut“ und i aber sag, i hab a Frau ghabt wo i gsagt hob „I habs Gfühl Sie san beeinträchtigt“ und sie gsagt hot „Najo na des wor nur gestern“ und dann sag i „Naja würden Sie blasen eventuell?“. Sagts „Ja“ und dann hats 0,4 ghabt. Da is ihr selber eigentlich anders worden.“ (I10: 155-162)

Präventive Maßnahmen

- sich klar darüber sein, dass es unterschiedliche Formen der Problembewältigung gibt (z.B. Verdrängung, Verleumdung, etc.) und dass diese von der Situation oder dem Typ der Belastung abhängt

(vgl. Sader/Weber 1996: 114)

Kurative Intervention

- erkennen, wenn der/die KlientIn ein Problem, einen Konflikt, eine schlechte Nachricht, etc. als eine „Kleinigkeit“ darstellt
- den/die KlientIn keinesfalls von einer anderen Meinung überzeugen wollen und/oder etwas aufzwingen wollen (dies führt i.d.R. zu Konflikten bzw. Widerstand)
- deuten, ob der/die KlientIn das Problem nicht zur Kenntnis nehmen will oder ob er/sie die Situation tatsächlich als harmlos empfindet
- versuchen professionell zu bleiben: tolerant bleiben und die Meinung des/der KlientIn ggfs. akzeptieren; keinesfalls bewerten
- auf den/die KlientIn wertschätzend eingehen und klar und offen kommunizieren (z.B. über gesundheitliche Risiken, Harm Reduction Angebote, etc.)
- andere Optionen anbieten (z.B. abholen lassen bei Trunkenheit, etc.)
- die Verantwortung bei dem/der KlientIn belassen; sich keine Schuldgefühle machen, wenn er/sie die Hilfe nicht in Anspruch nimmt
- den Vorfall ggfs. in der Supervision, etc. ansprechen

(vgl. Blom/Gramsbergen-Hoogland 2005: 26; vgl. Kienzle/Paul-Ettliger 2009: 45; vgl. Dannemeyer 2007: 29; vgl. I7: 422; vgl. I3: 353; vgl. I6: 285)

4.3 Risikoauslöser: die Gesellschaft

Manuela Steiger, BA

Zusätzlich konnte die Gesellschaft als Risikoauslöser identifiziert werden, die einerseits Risiken für den/die SozialarbeiterIn birgt, andererseits aber auch zu einer Verstärkung der Risiken und Fehler beitragen kann. Im Zuge der Auswertung der Interviews haben sich folgende durch die Gesellschaft konstruierten Risiken ergeben.

Risiko: Stigmatisierung und Diskreditierung

Die Gesellschaft bewertet den/die KlientIn auf Grund seiner/ihrer Problemlagen negativ und reiht ihm/sie ganz unten in der Hierarchisierung ein. Durch die

Arbeit mit der Zielgruppe ergibt sich daraus das Risiko der Stigmatisierung des/der SozialarbeiterIn und der Diskreditierung des Berufsstandes des/der SozialarbeiterIn.

Risiko: Fehlverständnis

Es herrscht in der Gesellschaft die automatische Annahme, dass der Entzug die einzige Lösung bei Süchtigen ist. Der Weg wird fälschlicherweise als das Ziel deklariert. Dies führt zu dem Risiko, dass der/die KlientIn und/oder der/die SozialarbeiterIn dieses Fehlverständnis übernimmt.

Die beiden Risiken können durch **Öffentlichkeitsarbeit** minimiert werden, worunter die Einführung eines bewussten, langfristig und systematisch geplanten Kommunikationsprozesses zwischen den AdressatInnengruppen KlientIn, SozialarbeiterIn, Träger und Öffentlichkeit zu verstehen ist. In der Öffentlichkeitsarbeit geht es darum, eine möglichst große Menschenmenge zu erreichen, diese zu informieren, sowie gewisse Tendenzen oder Kontroversen in die öffentliche Kommunikation einzubringen, um Einstellungsänderungen zu bewirken. Öffentlichkeitsarbeit kann durch den Bereich Internet oder eigene Medien, wie Prospekte, Faltblätter, Plakate, Videofilme oder Informationsstände, sowie durch persönliche Gespräche, einen Vortrag oder Veranstaltungen geleistet werden. (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2011: 621ff)

5. Risiko-/Fehlerauslöser und Risikoeingehrer: der/die SozialarbeiterIn

Manuela Steiger, BA

In der Ausübung der Tätigkeit als SozialarbeiterIn können sich viele Risiken und Fehler ergeben. Im Zuge der Auswertung der Interviews konnte erhoben werden, dass nicht nur Risiken für SozialarbeiterInnen bestehen, die sie nach reichlicher Überlegung eingehen oder nicht (Risikoeingehrer), sondern dass Risiken, wie durch die KlientInnen, die Rahmenbedingungen und die Gesellschaft, auch durch sie selbst ausgelöst bzw. bedingt werden können (Risikoauslöser). In Anlehnung an James Reasons Fehlertheorie (siehe Kapitel 1.1) hat sich des Weiteren heraus gestellt, dass SozialarbeiterInnen auch selbst (aktive) Fehler machen können (Fehlerauslöser). Treten die KlientInnen, die Rahmenbedingungen und die Gesellschaft nicht als Ursache für Risiken auf, so tragen sie zumindest begünstigend für das Begehen von Fehlern durch den/die SozialarbeiterIn bei.

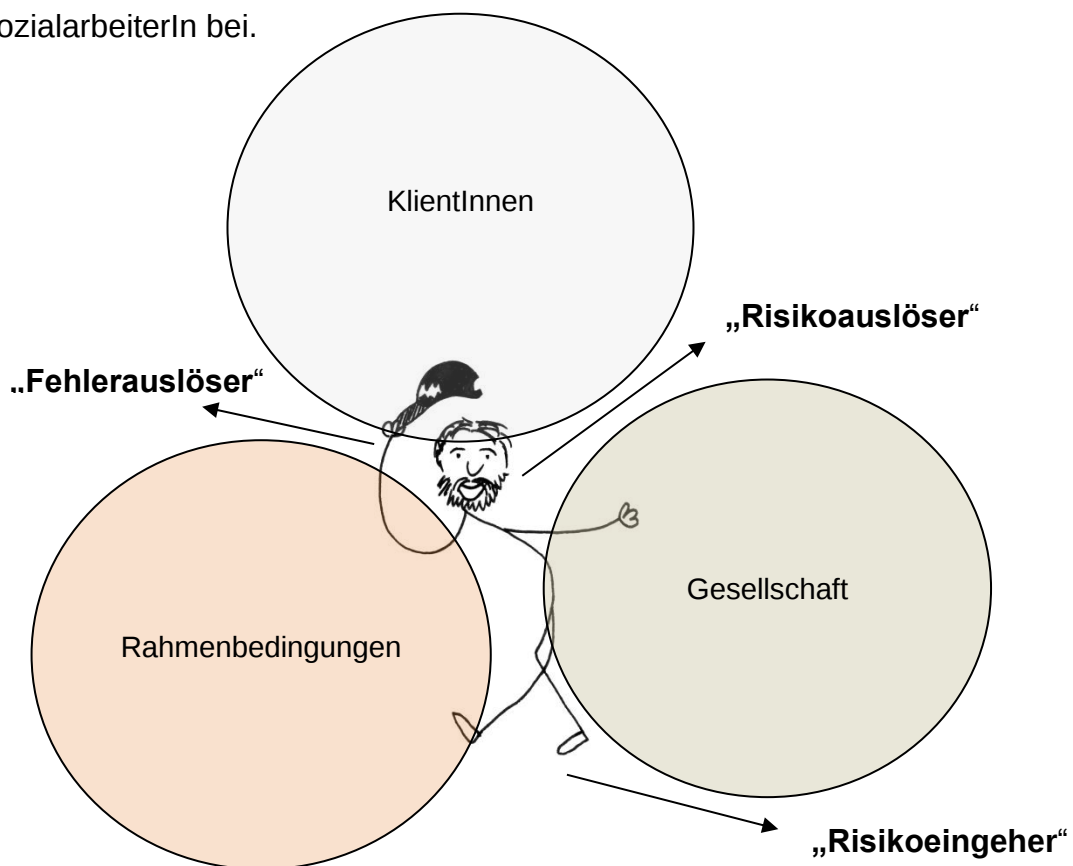


Abbildung 10: Funktionen von SozialarbeiterInnen und deren begünstigenden Faktoren
(Steiger 2013: eigene Darstellung)

Die Grafik zeigt, welche Funktionen ein/e SozialarbeiterIn im Praxisfeld (unbewusst) einnehmen kann und welche Faktoren das Entstehen von Risiken und Fehlern fördern.

In der anschließenden Auflistung der Ergebnisse, wurde, wie im 4. Kapitel, ebenfalls eine Gliederung in Unterkategorien zur leichteren Überblicksdarstellung vorgenommen. Da sich in Bezug auf den/die SozialarbeiterIn unterschiedliche Funktionen (Risiko-/Fehlerauslöser, Risikoeingeher) ergeben haben, werden diese zusätzlich in den Kategorisierungen angeführt. Es erfolgt somit innerhalb der jeweiligen Unterkategorien eine Unterteilung in Fehler und Risiken. Bei den Risiken wird hierbei noch extra gekennzeichnet, ob es sich dabei um ein durch den/die SozialarbeiterIn ausgelöstes Risiko handelt (A), oder ob ein Risiko besteht, in das sich der/die SozialarbeiterIn begeben kann (E).

5.1 unzureichende bzw. fehlende Erfahrung

Das Risiko der unzureichenden bzw. fehlenden Erfahrung betrifft v.a. BerufsanfängerInnen im Sozialbereich. Neben dem Aneignen von Theorien und Informationen zu und über das spezifische Handlungsfeld, sowie dem darin vorkommenden Klientel, stellt das Sammeln von Erfahrungen in der sozialarbeiterischen Praxis einen wichtigen Aspekt dar. Der regelmäßige Austausch im Team, sowie reflektierende Gespräche, können helfen, die fehlende Erfahrung auszugleichen und Fehler bzw. Risiken zu vermeiden. Dessen ungeachtet kann der/die SozialarbeiterIn mit folgenden Fehlern und Risiken konfrontiert werden:

F E H L E R
Fehler: Der/die SozialarbeiterIn gibt seine/ihre Privatnummer preis.
<i>„Wir haben keine Diensthandys, das heißt wir sind nicht erreichbar prinzipiell, also jetzt nur in der Beratungsstelle und da gibts eben Ausnahmen, wo man sagt, okay wenn jetzt die Person so in der Krise ist, dann ist es in meinem Entscheidungsbereich zu sagen, im Notfall kannst du mich anrufen, das heißt da geb ich meine Nummer her, meine Telefonnummer. Und da war es dann z.B. bei mir einmal so, dass mich dann eine Klientin mal angerufen hat,</i>

wobei das ist nur einmalig passiert, und sie hat mich dann angerufen und hat gesagt, ja sie hat jetzt nichts mehr und sie kracht und sie braucht jetzt unbedingt an Stoff und ob i was weiß, wo sie jetzt was herkriegern kann. Und i hab keine Ahnung, i kann dir nur sagen, geh ins Krankenhaus. (...) Das hab ich dann mit ihr nachbesprochen, aber das ist z.B. etwas, das ist nur einmalig passiert. Aber da hab ich mir gedacht, okay ja das ist ja spannend, das war wirklich so das erste Mal, dass ich das Gefühl gehabt hat, dass das jemand in dieser Form missbraucht hat, ja, so dieses, woher soll i des wissen und des war ganz klar, dass das net die Indikation ist,..." (I4: 84-97)

Präventive Maßnahmen

- klare Grenze zwischen Beruf und Privatleben ziehen und eine gewisse Distanz wahren
- den/die KlientIn als solche/n auch wahrnehmen und nicht als FreundIn ansehen
- Bewusstmachung über mögliche negative Auswirkungen (z.B. Belästigung durch Telefon-Terror, Missbrauch, etc.)
- Alternativen anbieten (z.B. Ambulanz im Krankenhaus aufsuchen)
- von der Institution ein Diensthandy fordern
- Privatnummer sollte nicht im Telefonbuch aufscheinen, damit diese von den KlientInnen gar nicht ermittelt werden kann
- eine Situationseinschätzung vornehmen und die Privatnummer nur im Notfall mitteilen (z.B. suizidale Krise)

(vgl. Bodenmüller 2001: 1,4; vgl. I6: 45; vgl. I4: 269; vgl. I1:35; vgl. I2: 172ff)

Kurative Interventionen

- mit dem/der KlientIn Telefon-Regeln vereinbaren (Grund, wann angerufen werden kann,...)
- den/die KlientIn bei Missbrauch an die Abmachung erinnern
- Verboten von weiteren Anrufen, wenn dabei die persönlichen Grenzen überschritten werden
- bei weiterer Missachtung ggfs. die Nummer wechseln
- die Situation reflektieren und überlegen, wie zukünftig damit umgegangen werden kann

(vgl. Bodenmüller 2001: 1,4; vgl. I4: 696f)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn verletzt die Schweigepflicht.

„Ja, also Risiko wenn ich zum Beispiel Dinge mitgeteilt bekomme, wo ich ganz genau wissen muss, was muss i melden, also wo hab i Auskunftspflicht und wo hab i Schweigepflicht. Mittlerweile kennt man sich dann gut aus, weil mans muss, aber am Anfang ist des hochriskant, wo man dann drauf kommt, oh mein Gott, hab i da jetzt was übersehen, was jetzt zwar net der Fall war, aber wenn da z.B. gesagt wird, dass eine Straftat begangen wird, die mit einer Strafandrohung mit mehr als einem Jahr mit ziemlicher Sicherheit verübt wird, dann bin ich dazu verpflichtet, was zu tun. Des einerseits und auf der andern Seiten was die Auskunftspflicht anbelangt, wenn mi a Richter zum Beispiel anruft oder die Polizei anruft und sagt, sie hätten gern bitte eine Auskunft über den und den Patienten, dass man sich fast dabei ertappt, „ja

das ist diese Auskunft“ und net sagt, „Stopp, das ist Datenschutz. Das ist das Recht des Patienten und es gibt kan Grund, warum i des jetzt mitteile und wenns an Grund gibt, dann würd ich den gern sehen und dann schau ma weiter.“ Des is was, ja, weil oftmals auch versucht wird, dass man dazu verleitet wird, die Rechte des Patienten zu verletzen, insofern is man dazu anhalten, dass man sich da leider sehr gut auskennen muss.“ (I6: 219-232)

Präventive Maßnahmen

- das Datenschutzgesetz (2000 §1, Abs. 1), in dem jeder Mensch Anspruch auf Geheimhaltung der ihn/sie betreffenden personenbezogenen Daten hat, kennen und immer beachten
- die Weitergabe von Daten darf ausschließlich bei lebenswichtigen Interessen der Betroffenen erfolgen
- Einverständniserklärung zum Datenschutz, in der sich der/die KlientIn zur Weitergabe der Daten bereit erklärt, ihm/ihr nahe legen und unterschreiben lassen; dies erhöht den Handlungsspielraum der SozialarbeiterInnen
- mittels einer sicheren Verwahrung (Computergestützt mit Passwort, Handakt im Safe, etc.) und einer optimalen Löschung/Vernichtung der Dokumentation kann der widerrechtlichen Weitergabe von personenbezogenen Daten entgegen gewirkt werden
- eine Informationsmappe mit den Gesetzesangaben zum Datenschutz sollte am Standort vorhanden und jederzeit einsehbar sein
- immer bedenken, dass zwar keine gesetzliche Verpflichtung zur Einhaltung der Verschwiegenheit für SozialarbeiterInnen besteht, diese jedoch durch nebenverträgliche Verpflichtungen daran gebunden sind

(vgl. Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem Datenschutzgesetz 2000 2013b; vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2011: 161f; Wehinger 2008: 59f)

Kurative Interventionen

- Überlegen, ob wirklich eine Verletzung der Verschwiegenheit stattgefunden hat, da man unter folgenden Umständen von dieser entbunden ist:
 - mit Zustimmung des/der KlientIn
 - wenn es die Hilfestellung erfordert (und der/die KlientIn durch das Ersuchen um Hilfe dem Informationstausch indirekt zustimmt) und
 - wenn es die gesetzlichen Regelungen vorsehen
- Verletzung der Verschwiegenheitspflicht dem/der KlientIn mitteilen, erklären und sich offen dafür entschuldigen
- mit zivilrechtlichen Konsequenzen rechnen, da eine Verletzung der nebenverträglichen Verpflichtungen und der dienstverträglichen Auflagen stattgefunden hat

(vgl. Wehinger 2008: 59-62)

R I S I K E N

Risiko (E): Der/die SozialarbeiterIn will trotz drohender Eskalation die Beratung unbeirrt fortsetzen.

„Oiso des heißt, i würd jetzt in einer Situation, de brenzlich oder gefährlich wird keinesfalls irgendwie nur in Richtung Provokation gehen. Das heißt umso stärker das ma donn in de Richtung geht, wo noch was zu eskalieren beginnt kann noch vielleicht no erklären notwendig sein ansonsten geht's ma eher drum die Situation natürlich zu entschärfen. Oiso des is vielleicht noch no was wenn ma sehr neu dabei is ähm, dass ma donn doch irgendwelche Sachen durchfechten wü oder des vielleicht. Des wäre wichtig, net Held zu spielen, glaub i des is wichtig.“ (I1: 44-50)

Präventive Maßnahmen

- sich nicht selbst überschätzen und seine eigenen Grenzen kennen bzw. kennen lernen
- dem/der KlientIn grundsätzlich empathisch, authentisch und akzeptierend begegnen (Grundsätze der Kommunikation nach Carl Rogers), damit gar keine eskalierende Situation entstehen kann

(vgl. Bärsch/Rhode 2012: 41; vgl. I4: 710; vgl. I3: 275)

Kurative Interventionen

- die eskalierende Situation erkennen und deeskalierend wirken:
 - aktives Zuhören: ausreden lassen, Gesprächspausen ertragen, zum Weitersprechen ermutigen, Nach- aber nicht Ausfragen, Gefühle und Verstandenes zurück melden, deutliches Interesse zeigen (nach vorne lehnen, Blickkontakt halten, Nicken)
 - Ich-Botschaften auf der Selbstoffenbarungsebene senden („Ich fühle mich durch Ihre Körperhaltung bedroht.“)
 - das Verhalten klar und deutlich sachlich rückmelden
 - den/die GesprächspartnerIn ernst nehmen
 - die Äußerungen von dem/der KlientIn wiederholen
 - einnehmen einer ähnlichen Körperhaltung, wie der/die KlientIn (spiegeln)
 - es sollte in einer Art und Weise geredet werde, die der/die KlientIn auch versteht (keine Fachbegriffe verwenden)
 - auf die Bedürfnisse des/der KlientIn hören und versuchen sein/ihr Gegenüber besser zu verstehen (ein sich hinein versetzen)
 - ehrliche, offene Fragen stellen (damit wird der/die KlientIn zum Nachdenken angeregt, es wird Interesse gezeigt, das Gespräch in eine andere Richtung gelenkt etc.)
- gedanklich einen Schritt zurück gehen und wieder den Fokus finden
- nach der Situation selbstreflektierend handeln: „Was tue ich in Zukunft anders, damit es zu dieser Situation nicht noch einmal kommt?“

• keine Selbstvorwürfe machen (vgl. Bärsch/Rhode 2012: 38-41; I3: 329f; I1:146f)
Risiko (E): Der/die SozialarbeiterIn lässt sich auf Grund der Notlage des/der KlientIn manipulieren.
<i>„Ah irgendwelche mehr oder weniger wertvollen Dinge die annehmen und für sie verwahren, große Geldbeträge, wo man nicht weiß, wo sie herkommen. Das sind alles Dinge, die einem ein bisschen eigenartig erscheinen, sollt ma auch vermeiden, dass ma da nicht in ein schlechtes Licht kippt.“ (I5: 224-227)</i>
Präventive Maßnahmen • klar die Regeln der Institution beachten und vertreten • sich nicht zu ungewollten Handlungen verleiten lassen • sich seiner Professionalität als SozialarbeiterIn bewusst sein • stets die Waage zwischen Distanz und Privatsphäre wahren und eine klare Grenze zum Berufsfeld ziehen • sich die ethisch-moralischen Normen in Erinnerung rufen und überdenken, ob dies mit dem ethischen Bewusstsein als Teil der beruflichen Praxis von SozialarbeiterInnen vereinbar ist • es sollten generell nur Handlungen gesetzt werden, die mit einem selbst vereinbar sind und für die man auch die Verantwortung übernimmt • Verantwortung für seine/ihre Handlungen bei dem/der KlientIn belassen • auf sich selbst achten (Selbstschutz) • gemeinsam, Alternativen finden (z.B. Konto eröffnen, ...) • sich im Klaren darüber sein, dass man sich dadurch selbst in eine schwierige Situation bringen kann (vgl. Kölblin 2008: 10; vgl. Fengler 2002: 441; vgl. I2: 374; vgl. I4: 53, 269; vgl. I6: 285f; I11: 93, 408f; vgl. I1:35)
Kurative Interventionen • mit dem/der Vorgesetzten und dem Team Rücksprache halten • klare Abmachung treffen über Verwahrungsdauer, Haftung, etc. • dem/der KlientIn verständlich machen, dass es sich beim Aushelfen um eine einmaliges Vorgehen gehandelt hat • ev. auf berufliche und strafrechtliche Konsequenzen (nach §§ 257, 258 StGB, laut dem auch ein Strafbarkeitsrisiko für die in der akzeptierten Drogenarbeit tätigen Helfer besteht) gefasst sein, d.h. die Mitwirkung beim Verbergen bzw. Aufbewahren von Drogen, stellt eine strafbare Hilfeleistung dar (vgl. Kölblin 2008: 10; vgl. Fengler 2002: 441; vgl. I1: 142-145)
Risiko (E): Der/die SozialarbeiterIn lässt sich dazu verleiten dem/der KlientIn Geld zu borgen.

„Und das man sich vielleicht auch verleiten lässt, dass man jemandem zum Beispiel ein Geld gibt oder das der sagt, okay ich brauch nur das Geld, dass ich mir die Wohnung leisten kann, dass ich nicht hinausflieg etc., weil das wirklich oft ganz vehement kommt mit dem Druck und das ganz existentielle Sorgen sind und ich glaube das ist etwas, was man am Anfang sicher lernen muss nicht auf das einzusteigen, sondern wirklich ressourcenorientiert zu bleiben und zu schauen, okay wo kann die Person das anders aufstellen und nicht so mitaufzuspringen.“ (I4: 45-51)

Präventive Maßnahmen

- anlegen eines abrechnungsfreien Handgeldes durch die Institution mit einem gewissen Betrag pro Monat, das in Notsituationen (z.B. Hund aus dem Tierheim holen, Bezahlen einer Geldstrafe etc.) verschenkt werden kann
- die Probleme der KlientInnen nicht zu den eigenen machen, indem eine gewisse Distanz gewahrt wird
- bedenken, dass das Verleihen von Geld, zu einer Belastung der Betreuungsbeziehung führen kann
- die Hausregeln beachten und vertreten, indem diese den KlientInnen mitgeteilt werden
- die Lebenswelt der Drogen- und SuchtklientInnen mitbedenken; diese haben oftmals ein sehr kreatives Potential, um ihren Willen durchzusetzen
- nachfragen, wofür das Geld benötigt wird und Überlegungen anstellen, ob das Motiv der Geldforderung plausibel sein kann
- sich darüber im Klaren sein, dass das geliehene Geld ev. nicht mehr zurück gegeben wird
- Bewusstmachung über ggfs. weitere Geldforderungen

(vgl. Bodenmüller 2001: 3; vgl. I6: 285f, 45; vgl. I2: 374; vgl. I6: 75f)

Kurative Interventionen

- gemeinsame Vereinbarungen über die Rückgabe der Geldsumme treffen (Termin festlegen) und ev. einen Darlehensvertrag aufsetzen, in dem der Verleih der Geldsumme mit einer Unterschrift von beiden Seiten bestätigt wird; man muss jedoch bedenken, dass es sich bei dem Vertrag voraussichtlich nur um eine Formalität handelt, da der ausgeliehene Betrag vermutlich niedriger sein wird, als der Aufwand und den damit verbundenen Kosten
- gibt der/die KlientIn das ausgeliehene Geld nicht zum vereinbarten Termin zurück, dann sollte man ihn/sie an die ausstehende Geldsumme erinnern
- wenn keine Rückgabe des Geldes erfolgt, sollte aus den negativen Erfahrungen gelernt werden

(vgl. Bodenmüller 2001: 3; vgl. I11: 447)

Risiko (A): Der/die SozialarbeiterIn ist sich in der Beratungssituation unsicher.
<i>„Weil wenn ich mich selber sicher fühl, dann kann i a damit umgehen. Wenn ich mich so unsicher fühl, dann begeb ich mich selber in a Risikosituation, wo klar ist, das geht sich jetzt nicht aus.“ (I4: 364-366)</i>
Präventive Maßnahmen
• Selbstkompetenz, bspw. im Zuge eines reflektierenden Gesprächs, entwickeln, in dem man seine Fähigkeiten erkennt und gezielt einsetzt • die eigenen Schwächen akzeptieren und reduzieren • sich mit den eigenen Motiven und Werten identifizieren • ein Spektrum von Maßnahmen, Handlungsstrategien (z.B. Fähigkeiten im Bereich Beratung, Gesprächsführung) etc. aneignen • Austausch mit KollegInnen führen, um Erfahrungswerte zu sammeln (vgl. Sandner 2013; vgl. Büttner/Quindel/Thiel 2005: 191f; vgl. I5: 488; vgl. I6: 67ff)
Kurative Interventionen
• sich nicht selbst überschätzen • eine humorvolle Reaktion kann manchmal über die eigene Unsicherheit hinweg helfen • anstatt etwas Falsches zu sagen, sollte man klar ausdrücken, wenn man sich unsicher ist bzw. nicht weiter weiß (transparent bleiben) • Informationen von KollegInnen einholen oder jemanden Zweiten dazu holen • entsprechend dokumentieren, warum man so gehandelt hat • ev. Einzelsupervision beantragen, um die Situation aufzuarbeiten (vgl. Sandner 2013; vgl. Büttner/Quindel/Thiel 2005: 191f; vgl. I4: 710; vgl. I5: 498f; vgl. I3: 120-123; vgl. I4: 519; vgl. I8: 80f)

5.2 Gesprächsführung

Die Beratungssituation im Sozialarbeitsbereich birgt einige Risiken und Hürden, die es zu überwinden gilt. Die Anwendung von verschiedensten Modellen der Gesprächsführung kann helfen, einer Eskalation entgegen zu wirken. Durch das Einsetzen von bestimmten Strategien und Techniken in einem professionellen Interaktionskontext soll eine Förderung und/oder Veränderung des Kommunikationsprozesses erzielt werden. (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2011: 365) Trotz allem hängt der Gesprächsverlauf von mehreren Faktoren ab, wodurch sich folgende Fehler durch den/die SozialarbeiterIn ergeben können:

F E H L E R
Fehler: Der/die SozialarbeiterIn gibt dem/der KlientIn das Gefühl der Benachteiligung.
<i>„Das der Klient dann ah weiß wovon i red, weil ansonsten kann des passieren, dass Leid ah doch ah hochkochen, weil se des Gefühl haben benachteiligt zu sein.“ (I1: 68-70)</i>
Präventive Maßnahmen
• die emotionale Ebene der KlientInnen wahr- und ernst nehmen • die KlientInnen sollten nie bewertet, sondern ihnen immer vorurteilsfrei begegnet werden; damit dies möglich ist, muss die Bereitschaft den Menschen anzunehmen, wie er wirklich ist, gegeben sein, um die Person als Ganzes wahrnehmen zu können • <u>Kommunikationsgrundregeln</u> beachten: – aufmerksames Zuhören: kann schon durch ein einfaches „mhm“ oder Nicken signalisiert werden – der Blickkontakt sollte zum/zur KlientIn gehalten werden; die Konzentration ist auf den/die GesprächspartnerIn gerichtet; jegliche Störungen (z.B. Telefon, Türklingel, BesucherInnen) werden beseitigt – die erzählende Person bestimmt das Tempo; Denkpausen des/der KlientIn sollen durch ein geduldiges Auftreten unterstützt werden – nicht ins Wort fallen, dies vermittelt dem/der KlientIn nur, dass von dem Gegenüber kein Interesse für sein/ihr Anliegen besteht – Paraphrasieren: zusammenfassen des Gesagten in eigenen Worten, um überprüfen zu können, ob alles richtig verstanden wurde – dem Gegenüber das Recht auf eine eigene Meinung zugestehen und persönliche Angriffe vermeiden; keine abwertende Äußerungen tätigen • eine wertschätzende Gesprächsgestaltung, indem den KlientInnen mit einem gewissen Niveau und Höflichkeit begegnet wird, gilt als Voraussetzung • die KlientInnen sollten genauso behandelt werden, wie man es selbst für sich erwartet • auch die Wahrnehmung des Gegenübers als freundlichen Menschen und nicht als Feind gilt es unbedingt anzuerkennen (vgl. Aronson/Wilson/Akert 2008: 454f; vgl. Hall 2012: o.A.; vgl. Pantucek 1998: 7; vgl. Pawlowski/Riebensahm 1998: 164; vgl. I11: 777; vgl. I3: 86f; vgl. I3: 352ff; vgl. I3: 187; vgl. I2: 152)

Kurative Interventionen

- eine professionelle Haltung im Zuge der ethischen Bestimmungen einnehmen und den/die KlientIn ansprechen, damit er/sie über seine/ihre Gefühle der Benachteiligung spricht
- auf die Gesprächsführung achten, d.h. sich zurücknehmen, zuhören und verstehen
- Verständnis für die Verstimmung des/der KlientIn zeigen und annehmen
- die Situation klären (Worum geht es?), aufklären und informieren (wenn es sich um ein Missverständnis gehandelt hat)
- ein gemeinsames Sprachverständnis finden und sicher sein, dass der/die KlientIn auch alles versteht
- Gefühl der Wertschätzung vermitteln
- auf die Wünsche der KlientInnen eingehen, indem eine gemeinsame Formulierung der Ziele vorgenommen wird; damit soll der Vermittlung von Benachteiligung entgegen gewirkt werden
- wenn die Vermittlung des Gefühls der Benachteiligung nicht abgestellt werden kann, empfiehlt es sich den/die KlientIn an eine/n KollegIn abzugeben
- in der (Einzel-)Supervision sollte das Problem aufgearbeitet werden

(vgl. Aronson/Wilson/Akert 2008: 454f; vgl. Hall 2012: o.A.; vgl. Pantucek 1998: 7; vgl. I7: 422; vgl. I1: 65, 67, 68; vgl. I3: 318f; vgl. I2: 151, 468; I6: 190; vgl. I8: 80f)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn überschreitet die physischen und/oder psychischen Grenzen von dem/der KlientIn.

„I glaub eher das mit dieser Zielgruppe, wenn man sozusagen sehr druckvolle, sehr angetriebene, sehr psychiatrisch auffällige Leute hat und da über die eigenen Grenzen und auch die Grenzen des Gegenübers geht. Oiso do eher rechtzeitig kloa stellen, was geht und was geht nicht, auf eine höchst respektvolle Art.“ (I2: 310-313)

Präventive Maßnahmen

- Gestaltung einer professionellen Beratungsbeziehung durch ein ausgeglichenes Nähe-Distanz-Verhältnis:
 - der/die SozialarbeiterIn sollte dem/der KlientIn nicht rund um die Uhr zu Verfügung stehen (Kontakt nur in der Arbeitszeit)
 - der/die SozialarbeiterIn betreut mehrere Klientinnen und darf diese nicht vernachlässigen
 - der/die SozialarbeiterIn handelt in einem bestimmten Auftrag, wodurch seine/ihre Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt sind
 - die Entlohnung der Tätigkeit als SozialarbeiterIn soll die professionelle Beratungsbeziehung noch stärker hervor heben
 - wenn Erfahrungen mit Konflikten bestehen, müssen diese, zur Einhaltung der nötigen Distanz, im Zuge einer Reflexion geklärt werden

- SozialarbeiterInnen müssen über ihr Selbstbild (Gefühle, Fähigkeiten, Bedürfnisse) Kenntnis haben und dieses durch Selbstvertrauen stärken
- das Vorhandensein von interpersonaler, zwischenmenschlicher Kompetenz ist wichtig für den Aufbau einer vertrauensvollen, kommunikativen und kooperativen Beziehung zu dem/der KlientIn und wird benötigt, um erkennen zu können, wie viel Nähe/Distanz der/die Hilfesuchende bedarf
- Körperkontakt vermeiden bzw. nur ausgewiesene Bereiche (z.B. die Schulter) berühren
- jeglicher sexueller Kontakt ist verboten (Straftat)
- außerhalb des Beratungskontextes soll ein Sozialkontakt soweit wie möglich unterlassen werden
- den KlientInnen mit Wertschätzung begegnen
- sich für eigene Handlungen durch die Inanspruchnahme einer kontinuierlichen Selbstreflexion sensibilisieren
- in der Beratungsstelle (durch z.B. Teamsitzungen) für sich Klarheit schaffen, was unter einem Sozialkontakt verstanden werden kann und welche methodischen Verfahren angewendet werden dürfen
- eine offene Gesprächskultur im Team ist wichtig, um das Thema „Grenzüberschreitungen“, auch unabhängig von einem Ereignis, in Teamsitzungen besprechen zu können
- ein Handschlag zur Begrüßung gilt als professionell, alles darüber Hinausgehende stellt die soziale Distanz in Frage
- werden körperbezogene Techniken als notwendig erachtet, soll darüber im Team gesprochen werden

(vgl. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung 2011: 4ff; vgl. Thiergärtner 2006: 20f; vgl. I2: 151; vgl. I11: 447; vgl. I6: 67ff)

Kurative Interventionen

- zeigen sich (irritierende) Wahrnehmungen von KollegInnen zu einer Situation und werden diese an einen heran getragen, sollten diese ernst genommen und überdacht werden
- wird ein/e SozialarbeiterIn einer Grenzüberschreitung beschuldigt, hat er/sie Anspruch auf eine Anhörung/Stellungnahme

(vgl. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung 2011: 4ff; vgl. Thiergärtner 2006: 20f)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn setzt Humor in falschen Situationen ein.

„Und ja also ich glaub Humor braucht man schon, umso krasser das Arbeitsfeld ist, in dem man arbeiten, umso größer muss auch der Humor sein, denn man sich dabei bewahrt. Man muss halt aufpassen, dass es nicht in Ironie und Galgenhumor kippt, weil der ist manchmal auch notwendig oder hilfreich, um einfach arge Situationen zu verarbeiten, aber ich glaube man muss dann schon aufpassen, dass man nicht irgendwie sarkastisch wird,

dann sollt ma glaub ich irgendwann den Job hinterfragen, weil das ist auch nicht gut.“ (I7: 337-342)

Präventive Maßnahmen

- wenn man noch nicht so geübt im Einsetzen von Humor ist, sollte man die möglichen Risiken dabei bedenken (z.B. die Aussage wird missverstanden)
- bei stark trauernden, psychotischen und depressiven KlientInnen sollte Humor vermieden werden
- Humor sollte nur angewendet werden, wenn bereits eine tragfähige Beziehung zwischen dem/der KlientIn und dem/der SozialarbeiterIn besteht
- Humor ist eine Technik und bedarf einem gesicherten Wissen über Grundlagen und Wirkungen von Humor
- beim Einsetzen von Humor muss die Lebenswelt, Kultur der KlientInnen mit bedacht werden, um nicht in ein „Fettnäpfchen“ zu treten
- Humorverständnis des Gegenübers erfassen (d.h. erkunden und sich fragen, ob mein Gegenüber den Spaß überhaupt versteht)
- Humor muss mit der Sprache und den Vorstellungen des Gegenübers vereinbar sein
- auf keinen Fall eine Bewertung mittels einer humoristischen Aussage vornehmen
- innerhalb der Beratungssituation sollte die humorvolle Aussage an eine direkte Äußerung angeknüpft werden, damit sichergestellt werden kann, dass der/die KlientIn sich damit auch identifiziert; dabei auf den Tonfall achten

(vgl. Effinger 2009: 33; vgl. Höllerhage 2011: 85f; vgl. I2: 171ff; vgl. I6: 75f)

Kurative Interventionen

- Erkennen, dass durch das Einsetzen des Humors ein Missverständnis, Bewertung, Benachteiligung etc. erwirkt wurde
- bei einem Missverständnis sich entschuldigen und erklären, dass die Aussage nur scherzhaft gemeint war
- die Reaktion von dem/der KlientIn abwarten
- wenn diese/r bereit ist weiterzuarbeiten, wieder zum Thema zurück kehren
- ist keine Weiterarbeit möglich, sollte die Beratungssituation vorzeitig beendet und ein neuer Termin vereinbart werden
- zukünftige Anwendungen von Humor gründlich überdenken und ev. ein Training vornehmen

(vgl. Effinger 2009: 33; vgl. Höllerhage 2011: 85f; vgl. I1: 67; vgl. I3: 320f, 329f; vgl. I1: 166f, 178, 291)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn stülpt dem/der KlientIn seine/ihre Vorurteile und Vorstellungen über.

„Naja i glaub wichtig is immer, dass man nicht seine eigenen Vorurteile dem Klienten überstülpt, sondern a Bereitschaft sich mit dem Menschen, so wie er is und mit seiner Situation zu konfrontieren. Also das zu sehen, wie der wirklich is, unabhängig von eigenen Vorstellungen, was richtig oder falsch is.“ (I8: 20-23)

Präventive Maßnahmen

- Auseinandersetzung mit den Drogen- und Sucht-KlientInnen
- Beschäftigung mit der eigenen Lebensgeschichte (Bestehen noch innere Konflikte?) und Erkennen der eigenen Vorurteile
- Vorurteile nicht unterdrücken, sondern Hinterfragen (Woher stammen diese? Aus den eigenen Erfahrungen? Wurden diese unreflektiert übernommen?)
- bei stark verfestigten Vorurteilen bedarf es ev. einer psychotherapeutischen Behandlung
- Förderung des Selbstwertgefühls und der Eigeninitiative ist hilfreich für den Abbau von Vorurteilen
- im Gespräch auf die eigene Körpersprache und das Senden von nonverbalen Signalen achten

(vgl. Bachmair 1996: 44; vgl. Bergmann 2006; vgl. I1: 35-38, 40f; vgl. I2: 349)

Kurative Interventionen

- zeigt der/die KlientIn Widerstand, muss dieser beachtet und aufgegriffen werden; Gesprächsstörungen wie Belehrung, Ratschlag, Tadel, Kritik, sollen vermieden werden
- Auseinandersetzung mit dem Problem (Nachfragen, was genau stört)
- den Widerstand akzeptieren und Alternativen anbieten
- den Fokus auf die gemeinsame Formulierung der Ziele legen
- die Beziehungsebene (tragfähig, wertschätzend, verlässlich), das Selbstwertgefühl und die Eigeninitiative fördern
- Tonbandkontrollen oder Supervisionsgespräche können helfen, die eigenen Haltungen und Wertvorstellungen zu überprüfen bzw. zu korrigieren

(vgl. Bachmair 1996: 44; vgl. Bergmann 2006; vgl. Widulle 2011: 106f; vgl. I6: 319f, 190;)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn übt Druck auf den/die KlientIn aus.

Ahm andere Gschichten san sicherlich ah de net so bewusst rennan. Das heißt, was a in diese Richtung geht, wo ma so diesen Druck selber möglicherweise entwickelt, so und der Klient muas jetzt unbedingt ankommen in der Therapieeinrichtung. Das ist so nicht richtig. Ah und dann selber in de Situation kommt, dass ma einen Druck auf den Klienten ausübt und dadurch im Endeffekt auch wieder mehr vermasset als bewirken kann.“ (I11: 106-111)

Präventive Maßnahmen
• Anerkennung, dass die Ziele zwischen dem/der KlientIn und dem/der SozialarbeiterIn unterschiedlich sein können • wissen, dass Druckausübung zu einer negativen Reaktion wie z.B. Abwehr, Rückzug etc. führen kann • sich bewusstmachen, dass die Entscheidungen über die weitere Vorgehensweise bei dem/der KlientIn liegen und nicht durch Druck herbei geführt werden können (vgl. Sachse 2011: 112f; vgl. I6: 285f)
Kurative Interventionen
• Reaktion von dem/der KlientIn auf die Druckausübung wahr- und ernst nehmen (unpassend sind Bemerkungen wie „das wird schon“, „das kriegen wir schon hin“) • Tempo reduzieren • die Hintergründe für das KlientInnenverhalten verstehen und ihm/ihr entgegenkommen (d.h. keinen Druck ausüben) • ev. einen Perspektivenwechsel einnehmen, um die KlientInnensituation zu verstehen • im weiteren Gesprächsverlauf dem/der KlientIn Zeit geben und eine <u>entspannte Gesprächssituation</u> schaffen: – auf Ton, Lautstärke und Reihung der Wörter und Wortwahl achten, – ein freundliches Gesicht auflegen, – sowie die Kommunikationsgrundregeln annehmen und anwenden (vgl. Sachse 2011: 112f; vgl. I8: 97ff; vgl. I4: 110f; vgl. I3: 318f; vgl. I5: 432f)

5.3 Persönlichkeit

Von großer Bedeutung in der Ausübung des Berufes der Sozialen Arbeit ist die Auseinandersetzung mit einem selbst. Das Kennen lernen der eigenen Persönlichkeit und die ständige reflexive Konfrontation, in der es u.a. um das Erlangen des Wissens über die eigenen Grenzen und Schwächen geht, sind wichtig, um im Umgang mit der Klientel gesattelt zu sein. Bleiben regelmäßige Reflexionen⁴ aus, können sich daraus folgende Risiken und Fehler ergeben:

⁴ Verweis auf: Grabner, René (2013): Reflexion. In: Fechter, Lisa / Grabner, René / Karner, Birgit (2013): Risikomanagement in der Sozialen Arbeit am Jugendamt. Masterthese. St. Pölten, 79f

F E H L E R

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn ist ein/e EinzelgängerIn.



„Und seine eigenen Grenzen kennt natürlich, das ma de wahren kann, das ma in ein Team eingebettet is, daher glaub i dass Suchthilfe grundsätzlich fast nur in Teams passieren kann und net als Einzelkämpfer, weil des a gonz a eigenes Klientel is und a gonz a eigenes Szenario is. In dieser Stelle gut aufgehoben zu sein, des san eigentlich de Faktoren und de Schutzfaktoren, de einem da weiterhelfen und guad drüber helfen.“ (I3: 299-303)

Präventive Maßnahmen

- sich den Risiken, die eine Einzelgängerhaltung mit sich bringt (z.B. Ausschluss aus dem Team, Unterbindung des Informationsflusses,...) bewusst sein
- durch die Einbettung in ein Team kann auf soziale und personelle Ressourcen zurück gegriffen werden; diese bilden dadurch einen gesundheitlichen Schutzfaktor
- Überlegungen anstellen, wann eine Unterstützung durch Teammitglieder als positiv erlebt wurde und diese annehmen
- sich nicht selbst überschätzen
- das Einnehmen einer Einzelgängerhaltung stellt einen persönlichen Stressverstärker dar
- auf die Vorteile von Teamarbeit denken (z.B. mehr Kreativität, höherer Informationsfluss, etc.)
- eine solche Haltung ist v.a. im Streetworkbereich fatal, da dort ohnehin nur zu zweit gearbeitet werden kann

(vgl. Kaluza 2011: 13; vgl. St. Pierre/Hoffinger/Buerscharper 2011:173; vgl. I4: 710)

Kurative Interventionen

- wenn grundsätzlich auf das Team verzichtet wird, muss besonders auf das eigene Gefühl und die Wahrnehmung geachtet werden
- viel Selbstsicherheit ausstrahlen
- Punkt erkennen, wann Hilfe von KollegInnen notwendig wird
- seine Haltung überdenken und ev. damit rechnen, dass eine solche Haltung in einer Institution nicht weiter möglich ist

(vgl. I2: 257f; vgl. I5: 527f; vgl. I3: 123; vgl. 8: 93f)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn verlässt sich auf eine gewisse Scheinsicherheit.



„Ja, aber das man auch in einer Teamatmosphäre ist, wo so etwas geht. Und das ist das Entscheidende, dass man da, aber nicht die Scheinsicherheit, es wird schon nichts passieren, aufkommen lässt, denn es kann aber jederzeit was passieren.“ (I2: 37-39)

Präventive Maßnahmen
• Routine ist gut, allerdings sollte man sich nie zu sicher sein und sich immer fragen: „Habe ich alles bedacht?“ • Selbstkritik üben, d.h. sich nicht zur Gänze auf seine Erfahrung verlassen • die KlientInnen immer mit deren Lebensgeschichte bewusst wahrnehmen und diese bei der Maßnahmensetzung mitbedenken • im Zuge einer umfangreichen Auseinandersetzung mit den KlientInnen (erfragen von möglichst vielen Fakten), sollte die nötige Sicherheit für eine angemessene Maßnahmensetzung erlangt werden (vgl. Pantucek 1998: 10f; vgl. I6: 75f)
Kurative Interventionen
• wenn die gesetzten Betreuungsschritte für den/die KlientIn nicht dessen/deren Erwartungen entspricht, sollte man darauf reagieren • Sachverhalte über den/die KlientIn durch Nachfragetechniken (Fragen zum Kontext, Ablauf, Anlass, zeitlichen Einordnung etc.) überprüfen • die gesammelten Informationen wiederholen und rückfragen, ob alles richtig verstanden wurde • Gründe für die Scheinsicherheit hinterfragen (z.B. Faulheit, Angst unprofessionell dazustehen, Angst unangenehm zu erscheinen etc.) (vgl. Pantucek 1998: 10f; vgl. I11:447)
Fehler: Der/die SozialarbeiterIn nimmt dem/der KlientIn zu viele Pflichten ab.
<i>„Oder das man wo mit hingeht, eben Dinge übernimmt, die, wo man sagt, okay der Sohn kann das eigentlich selbst. Also d.h. Menschen die süchtig sind, sagen wir mal ganz banalisiert, wenn mans ganz einfach sagt, haben ein sehr hohes Potential in andere Menschen zu aktivieren. Und das ist so eine Gefahr, würde ich mal sagen, für Anfänger und da kanns sein, dass man aktiviert wird, ganz viel übernimmt, woanders anruft, mitgeht, schau das ich das Geld aufstelle usw. Oder Wohnung, Essen, was auch immer.“ (I4: 58-63)</i>
Präventive Maßnahmen
• Lernen von <u>Abgrenzung</u> und <u>Nein-Sagen</u>: – Hindernisse vor der Abgrenzung (z.B. Schuldgefühle, schlechte Vorbilder, Angst andere Menschen zu verlieren oder zu kränken etc.) überwinden und diesem Akt ausreichend Zeit einräumen; womöglich bedarf es dazu auch professioneller Hilfe – lernen Distanz zu wahren, jedoch ohne eine komplette Abschottung vorzunehmen (keine Mauern aufbauen) – sich fragen: „Welche Ängste bestehen, die mich vor einer Grenzsetzung hindern?“ – dem äußeren Druck widerstehen – bei Schuldgefühlen, Selbstzweifel, Existenzängsten, Hilfe aufsuchen (bspw. Therapeut, Coach, Selbsthilfegruppe)

- Selbstbewusstsein/Selbstvertrauen aufbauen (z.B. Coaching)
- besteht Unsicherheit in einer Situation, sollte zunächst mit einem „Nein“ reagiert werden, um einen womöglich ungewollten Ausgang zu verhindern; dieses Verhalten ist ratsam, da ein „Nein“ im Nachhinein immer noch in ein „Ja“ umgewandelt werden kann
- Nein-Sagen üben (Blickkontakt halten, den Kopf schütteln und den Satz mit einem Nein beginnen), jedoch anschließend eine Erklärung für die Ablehnung liefern, um eine gute Beziehung zu der Person beizubehalten und negativen Empfindungen entgegen zu wirken
- unterstützend kann auch das Erlernen einer Kampftechnik sein, z.B. Karate, Aikido, etc.
- Beratung ist ein gemeinsamer Prozess zwischen dem/der KlientIn und dem/der SozialarbeiterIn und nicht der eines/einer Einzelnen
- im Hinterkopf behalten, dass zu viel Engagement voraussichtlich zu einer persönlichen Enttäuschung führt (wenn z.B. der/die KlientIn die Hilfestellungen nicht annimmt)
- zu viel zu übernehmen kann bei dem/der KlientIn auch das Gefühl des Versagens verstärken
- sich nicht durch die Bedürftigkeit der KlientInnen täuschen lassen

(vgl. Biel 2005: 31ff; vgl. HSP-Infoblatt 2010: 2ff; vgl. Kunz/Scheuermann/Schürmann 2004: 65; vgl. I4: 53)

Kurative Interventionen

- erkennen, dass die Kompetenzen bei dem/der KlientIn verbleiben und den Fokus auf den gemeinsamen Planungsprozess legen
- durch die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung den/die KlientIn zum Mitmachen begeistern:
 - Empathie ausdrücken: durch das Einnehmen einer empathischen, akzeptierenden Haltung und aktives Zuhören, sollen die Gefühle und Vorstellungen von dem/der KlientIn verstanden werden
 - Diskrepanzen nutzen: die Diskrepanz zwischen dem aktuellen Verhalten und den grundsätzlichen Lebenszielen soll bewusst für den weiteren Verlauf genutzt werden; die Argumente zur Veränderung soll der/die KlientIn selbst hervorbringen
 - Argumentieren vermeiden: Vorwürfe und Beweisführungen erzeugen Abwehr und Widerstand
 - Widerstand absorbieren und umlenken: neue Sichtweisen und Ziele werden nicht vorgeschrieben, sondern nur vorgestellt und gemeinsam mit dem/der KlientIn erarbeitet
 - Selbstwirksamkeit fördern: der/die SozialarbeiterIn setzt in den/die KlientIn das Vertrauen, eine spezifische Aufgabe erfolgreich lösen zu können; die Entscheidung zur Veränderung und Durchführung liegt jedoch bei dem/der KlientIn selbst

- Etikettierungen, Konfrontationen und Ratschläge sollten vermieden werden; es geht um die Ermutigung der KlientInnen, über den Suchtmittelkonsum und deren Sorgen zu sprechen; das Tempo bestimmt der/die KlientIn; der Beziehungsaufbau ist dabei von besonderer Bedeutung
- durch das Erstellen einer Liste kann die Verantwortungsverpflichtung des/der SozialarbeiterIn reduziert werden; diese zeigt die übernommene Verantwortung auf und hilft bei der Überlegung, wo bewusste Verantwortung gilt und wo eine unbewusste (aufgedrängte) Übernahme erfolgt ist
- Grund für die hohe Verantwortungsübernahme durch Reflexion erkunden

(vgl. Biel 2005: 31ff; vgl. Kunz/Scheuermann/Schürmann 2004: 65; vgl. Miller/Rollnick 1999: 67-73; vgl. I6: 285f; vgl. I11: 447)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn nimmt eine negative Haltung an.

„Und weilst sozusagen diese Einengung hast, ah hast des Risiko als Betreuer oder als Berater, dass du möglicherweise irgendwann einmal in dieses Denken eine kommt: ‚schafft eh keiner, is eh alles wurscht‘. (...) Wann i irgendwo in der Hierarchie unten bin und mit diesen niedrigsten aller niedrigen Arbeit und dann ah no des Gefühl hob, de schaffen des eh alle miteinander net es is eh wurscht ah dann hab i sozusagen ah no mal des Risiko ah net nur meine eigene Arbeit in Frage zu stellen, sondern wo des ah umschwenken kann in eine Haltung de a bedenklich is. Ah i kann mi erinnern ah in der Klinik hob i von einem Mitarbeiter, i glaub es wor a Ergotherapeut, vo dem hob i de Aussage ghört: ‚Eigentlich brauchat ma sowas wie a Tunnel, wo du alle durchtreibst und am Ende vom Tunnel links und rechts einer mit einer scharfen Waffe steht und alle wos net schnell genug rennen können, hobn eh weiter ghört.‘ Und des vo einem Ergotherapeuten. Oder eine Ärztin de gmeint hot sie wüsste scho de optimale Therapie, ein mit hohen Zäunen umrandetes Gebiet in der australischen Wüste‘. (I11: 549-564)

Präventive Maßnahmen

- durch das Vornehmen von regelmäßiger Selbstreflexion soll ein Bewusstsein über den eigenen Anspruch an professioneller Sozialer Arbeit geschaffen werden
- Gestaltung der Arbeitsbedingungen zur Schaffung einer angenehmen Arbeitsatmosphäre
- eine selbstbewusste Haltung aneignen (hilft bei der Abwehr von „ungewollten“ Veränderungen)
- wenn von dem/der Vorgesetzten Kritik geübt wird, gilt es diese nicht auf die eigene Person zu beziehen
- Wertschätzung und Anerkennung (z.B. von TeamkollegInnen) einholen

(vgl. Comelli/Rosenstiel 2011: 62, 67ff; vgl. I4: 696f; vgl. I5: 527f)

Kurative Interventionen

- zeigen sich kritische Reaktionen von KollegInnen zu einer Situation,

sollten diese ernst genommen und überdacht werden

- einen anderen Blickwinkel finden (z.B. durch Austausch mit den KollegInnen)
- die eigene Rolle hinterfragen, indem man sich den Moralvorstellungen bewusst wird und diese mit der eigenen Grundhaltung vergleicht
- eine positive Denkweise anstreben; dadurch werden die inneren Kräfte aktiviert und in eine positive Richtung gelenkt
- Aufbau von Willensstärke durch Techniken (z.B. zur Steigerung der Konzentrationsfähigkeit), um zu seiner ursprünglichen Haltung zurück zu finden
- besteht eine Differenz zwischen bewussten und unbewussten Zielen, therapeutische Hilfe aufsuchen

(vgl. Comelli/Rosenstiel 2011: 62, 67ff; vgl. I1: 142-145)

RISIKEN

Risiko (A): Der/die SozialarbeiterIn hat das Gefühl, alles sofort regeln zu müssen.

„Und auch das Gefühl zu haben, okay ich muss jetzt alles regeln, sofort, es geht net anders, sonst passiert ganz was Tragisches. Und äh diese Form von Alarmierung und Alarmiertheit das ist so am Anfang, würde ich sagen, ein Hauptrisiko, dass man ganz viel übernimmt.“ (I4: 42-45)

Präventive Maßnahmen

- Lernen von Abgrenzung, indem man seine eigenen Grenzen erkennt und achtet:
 - Hindernisse vor der Abgrenzung (z.B. Schuldgefühle, schlechte Vorbilder, Angst andere Menschen zu verlieren oder zu kränken etc.) überwinden und diesem Akt ausreichend Zeit einräumen; womöglich bedarf es dazu auch professioneller Hilfe
 - lernen Distanz zu wahren, jedoch ohne eine komplette Abschottung vorzunehmen (keine Mauern aufbauen)
 - sich fragen: „Welche Ängste bestehen, die mich vor einer Grenzsetzung hindern?“
 - dem äußeren Druck widerstehen
 - bei Schuldgefühlen, Selbstzweifel, Existenzängsten, Hilfe aufsuchen (bspw. Therapeut, Coach, Selbsthilfegruppe)
 - Selbstbewusstsein/Selbstvertrauen aufbauen (z.B. Coaching)
 - besteht Unsicherheit in einer Situation, sollte zunächst mit einem „Nein“ reagiert werden, um einen womöglich ungewollten Ausgang zu verhindern; dieses Verhalten ist ratsam, da ein „Nein“ im Nachhinein immer noch in ein „Ja“ umgewandelt werden kann
 - Nein-Sagen üben (Blickkontakt halten, den Kopf schütteln und den Satz mit einem Nein beginnen), jedoch anschließend eine

Erklärung für die Ablehnung liefern, um eine gute Beziehung zu der Person beizubehalten und negativen Empfindungen entgegen zu wirken

- unterstützend kann auch das Erlernen einer Kampftechnik sein, z.B. Karate, Aikido, etc.
- die Problemlagen der KlientInnen wahr- und ernst nehmen, sich diesen jedoch nicht voreilig und überstürzt widmen
- sich einen eigenen Maßstab setzen und nicht an anderen orientieren
- auf sich selbst achten (z.B. Hobbys ausüben)
- bei einer Überforderung die körperlichen Symptome (z.B. Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Verspannungen etc.) und Stresssymptome (z.B. Gereiztheit, Schlafstörungen, Nervosität, etc.) wahrnehmen und anerkennen
- immer bedenken, dass im ausgeruhten Zustand eine höhere Leistungsfähigkeit erreicht werden kann
- bei Übermüdung mehrere Pausen einlegen
- eine ruhigere Arbeitsweise erzielt bessere Ergebnisse

(vgl. HSP-Infoblatt 2010: 2ff; vgl. Psychomedia-Redaktion 2012; vgl. Litzcke/Schuh 2010: 88f; vgl. I5: 445f; vgl. I3: 248-257)

Kurative Interventionen

- Tempo reduzieren
- bewusstmachen und akzeptieren, dass die Verantwortung für seine/ihre Handlungen bei dem/der KlientIn belassen wird
- wissen, wie in der Situation der Druck minimiert werden kann (z.B. mit Humor nehmen)
- sich nicht noch selbst anheizen (z.B. mit Kaffee), sondern entspannende Techniken (z.B. Autogenes Training) anwenden
- mit dem/der KlientIn gemeinsam eine Liste über die anstehenden Probleme erstellen und eine Rangreihung vornehmen; eine weitere Möglichkeit sind Aufstellungsspiele
- das Gespräch mit KollegInnen suchen und bei Bedarf, Aufgaben an KollegInnen abgeben

(vgl. HSP-Infoblatt 2010: 2ff; vgl. Psychomedia-Redaktion 2012; vgl. Litzcke/Schuh 2010: 88f; vgl. I4: 110f; vgl. I6: 285f, 67ff; vgl. I1: 43f; vgl. I2: 468)

Risiko (A): Der/die SozialarbeiterIn hat ein Helfersyndrom.⁵

„Wos natürlich im, wann ma mitm Helfersyndrom a bissl vertraut is vo der Dynamik her a kein Wunder is, dass eben Leut, die in diesem Beruf eine gehen natürlich eben gerne glauben wollen ‚i hob do jetzt des für mi gfunden, wo ich aufgehen kann und des no mein Rettungsanspruch den vielleicht ah no entwickeln‘, aber ist kein professioneller Zugang.“ (I11: 102-106)

⁵ Verweis auf: Hinterecker, Simone/Moes, Frederic/Müller, Ingrid (2013): „Hilfe, ich bin Helfer!“ – eine populärwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Risiken in der Sozialen Arbeit. Masterthese. St. Pölten, 31f

Präventive Maßnahmen
• Verantwortung für das Setzen von Handlungen und die Kompetenzen bei dem/der KlientIn belassen und den Betreuungsprozess gemeinsam gestalten • sich seinem Helfersyndrom in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn bewusst sein und hinterfragen, ob dieses ein Hindernis darstellt • die eigenen Bedürfnisse und Wünsche wahrnehmen und anerkennen (vgl. Wolf 2013; vgl. I6: 285f)
Kurative Interventionen
• auf körperliche (z.B. Übermüdung, Kopfschmerzen, etc.) und psychische Symptome (z.B. Depression) achten • erkennen und akzeptieren, dass das Helfersyndrom eine eigennützige Funktion hat und sich damit auseinandersetzen • Verantwortung für sein Handeln übernehmen und Möglichkeiten finden, um das Bedürfnis nach Anerkennung anders zu befriedigen (bspw. bedarf es dazu sozialer Beziehungen, in denen dem Gegenüber ebenfalls mit Achtung und Wertschätzung begegnet wird) • sich in eine psychotherapeutische Behandlung begeben, um dort aufzuarbeiten: „Was sind meine Wünsche?“ (vgl. Wolf 2013)
Risiko (A): Der/die SozialarbeiterIn ist <u>Burnout gefährdet</u> . 
„Vielleicht a Thema, was i jetzt vorher no gar net angesprochen hab, ist das Thema, was ist so des Risiko oder was is des für einen persönlich und das ist scho, was i den Eindruck hab, weil i jetzt sieben Jahre scho im Suchtbereich bin, wenn man im Suchtbereich arbeitet, dass ma sehr gut auf seine eigenen Ressourcen zu schauen. Also es ist, es ist do dieses Thema des Ausgebrannt sein, des ist so etwas, worauf man immer wieder drauf stößt. Das ist etwas, wobei das interessant ist, das ist sowohl bei den Berater und Beraterinnen aber auch bei Eltern. Also bei Eltern von Suchtabhängigen oder Partner und Partnerinnen von Suchtkranken ist das Thema Burnout ein großes Thema. So dieses sich Engagieren und kommt zurück und wie tut ma. Also des is sicher so a Herausforderung, wenn man länger in dem Bereich arbeitet.“ (I4: 685-694)
Präventive Maßnahmen
• eine emotional stabile Persönlichkeit (Merkmale: belastbar, entspannt, ruhig, unempfindlich, sorgenfrei ausgeglichen, durch nichts aus der Ruhe zu bringen, wenig subjektive körperliche Beschwerden) bietet einen individuellen Schutz • eine glückliche Partnerschaft minimiert die Gefahr von Burnout • einige Möglichkeiten von gezielter Prävention sind, sich an die Erfolge in der Arbeit zu erinnern, sich Eigenlob zuzusprechen und seine Ressourcen zu aktivieren • generell sollte man sich nicht selbst überschätzen • die Kompetenzen bei den KlientInnen belassen, um sich nicht zu viel

aufbürden

- ein Gespräch und Austausch mit den KollegInnen, in dem Wertschätzung und Anerkennung über die Arbeit erfahren wird, kann ein Aspekt sein, um sich vor Burnout zu schützen
- positive Rückmeldung von dem/der Vorgesetzten einholen
- nach dem Arbeitsalltag abschalten können und sich erholen (z.B. durch Sport, Lesen, Kochen etc.)
- Fähigkeiten wie z.B. Abgrenzung, Ruhe bewahren, gute Strukturierung, um Hilfe bitten, teamfähig sein etc. aneignen

(vgl. Humboldt Universität Berlin 2013; vgl. Bergner 2010: 42-47; vgl. Kolbatz 2012; vgl. Poulsen 2009: 18; vgl. I4: 710; vgl. I6: 285f)

Kurative Interventionen

- eine persönliche Einschätzung vornehmen, auf Symptome achten wie Leistungsabnahme, reduziertes Engagement, emotionale Erschöpfung, körperliche Beschwerden, erhöhte Aggression durch Frustration etc. und erkennen, wenn man ausgebrannt ist
- strukturelles Stressmanagement anwenden (z.B. achtgeben auf eine work-life-balance, flexible Arbeitszeiten etc.)
- am Tag mehrere kleine Pausen machen und die großen Pausen strikt einhalten
- Nein-Sagen lernen ohne Schuldgefühle
- nicht dem Anspruch auf Perfektion nachgehen, sondern bei Erschöpfung einen Teil der Aufgaben an KollegInnen abgeben
- sich selbst mit Wertschätzung begegnen und nicht nur auf das Lob von andere angewiesen sein
- Urlaub fest einplanen
- Entspannungstechniken aneignen (z.B. Yoga, Autogenes Training)
- mit einem Arzt/einer Ärztin gezielt darüber sprechen
- ein Gespräch mit dem/der Vorgesetzten suchen und die Situation erklären
- eine berufliche Auszeit nehmen und die eigenen Körperbedürfnisse zufrieden stellen: ausreichend schlafen, gesund essen, sich Zeit für die Körperpflege nehmen etc.

(vgl. Bergner 2010: 27-34, 42-47; vgl. Kolbatz 2012; vgl. Poulsen 2009: 18; vgl. I1: 40f)

Risiko (A): Der/die SozialarbeiterIn hat ein Blackout.



„Des is a Lernerfahrung und der Punkt is do muas ma a sozusagen aus einen erschreckt sein ein Stück weit, i glaub wenn einem des die ersten Male passiert donn kann es scho passieren, dass ma sie a bissl schreckt vor der Situation und das ma do a bissl paralysiert is und sozusagen in eine Handlungsunfähigkeit geht und in so einer Situation is es amol wichtigen einen Schritt zurück zu gehen, is eine Empfehlung, weil ein Schritt zurück der öffnet automatisch wieder den Fokus.“ (I3: 325-330)

Präventive Maßnahmen

- ein Handlungsrepertoire aneignen (Fachwissen, Beratungskompetenz, etc.)
- vor jeder komplexen Beratungssitzung ist eine umfangreiche Vorbereitung vornehmen:
 - Vergegenwärtigung des Auftrages der Sozialen Arbeit, um Klarheit in Bezug auf die Zielsetzung zu erlangen („Was ist der Auftrag?“)
 - Bewusstmachung der eigenen Aufgabe in dem Gespräch (z.B. Erstabklärung, Begutachtung, Beratung etc.) („Welche Funktion hat das Gespräch?“)
 - Vorgeschichte und Anlass des Gespräches in Erinnerung rufen, sowie erfragen, ob noch Vorinformationen einzuholen sind
 - ev. einen Perspektivenwechsel vornehmen, um die Sicht des Gesprächspartners auf das Thema besser verstehen zu können
 - Rahmen für das Gespräch abklären (Ort, Zeitpunkt, Zeitraum) und jegliche absehbaren Störquellen beseitigen

Die genannten Maßnahmen bieten eine Gesprächsvorbereitung für komplexe Gespräche. Wenn Zeitknappheit herrscht, können sich auch nur die folgenden Fragen gestellt werden:

- Was ist hier die Situation/der Fall?
- Was will ich mitteilen?
- Was will ich erfahren?
- Was will ich/wollen wir erreichen?
- treten negative Gedanken auf (z.B. Was ist, wenn ich eine Frage nicht beantworten kann?), gilt es gedanklich „Stopp“ zu schreien und diese in positive Gedanken umzuwandeln
- visualisieren von positiven Erfahrungen (Was ist mir gut gelungen?)
- die Situation korrekt einschätzen können

(vgl. Heidenberger 2013a; vgl. Widulle 2011: 74-79; vgl. I5: 488; vgl. I1:35)

Kurative Interventionen

- Punkt erkennen, wenn man überfragt ist
- sich das Blackout eingestehen (ehrlich sagen, wenn man nicht mehr weiter weiß)
- sich nicht aus der Ruhe bringen lassen und viel Selbstsicherheit ausstrahlen
- einen Schritt zurück gehen, um den Blick auf die Situation zu öffnen
- die Situation unterbrechen (z.B. aufstehen, Fenster öffnen)
- das Gesagte des/der KlientIn wiederholen und zusammenfassen
- nach den Wünschen des/der KlientIn fragen, um einen Anknüpfungspunkt zu finden
- Hilfe von KollegInnen fordern (z.B. Austausch mit KollegInnen, eine/n zweite/n KollegIn dazu holen)

5.4 Teamarbeit

Die Teamarbeit hat sich aus der Gruppenarbeit als Methode der Sozialen Arbeit entwickelt und ermöglicht das Einbringen von Fachwissen unterschiedlicher Personen und Professionen. Sie erfolgt ergebnis- und prozessorientiert und dient der Erhöhung der Effektivität, der Verbesserung der Arbeitsqualität und der Steigerung der Arbeitsmotivation der MitarbeiterInnen. Grundprinzipien der Teamarbeit sind Gleichbehandlung der Mitglieder, unabhängig von der Position in der Hierarchie, sowie die vernetzte Kommunikation und Kooperation. Eine optimale Teamarbeit gelingt bei fünf bis neun Mitgliedern. (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2011: 898f) Trotz der genannten Prinzipien und Merkmale, die einem als SozialarbeiterIn bekannt sein und geschätzt werden sollte, können sich daraus folgende Fehler ergeben:

F E H L E R	
Fehler: Der/die SozialarbeiterIn verursacht einen Bruch in der Fallübergabe innerhalb der Organisation.⁶	
<i>„Also auf des gilts amol grundsätzlich sehr aufzupassen, dass wenn wirklich Übergabeszenarien stattfinden, dass do ka Schnittstelle gibt, wo des sozusagen zack zack geht, sondern dass de Schnittstelle vielleicht a bissl überlagert sein muas.“ (I3: 142-145)</i>	
Präventive Maßnahmen	
• in der Teamarbeit bedarf es einer klaren Kommunikation zwischen den einzelnen Mitgliedern • Betreuungslücken durch das unverzügliche Informieren der neuen Zuständigkeitsperson vermeiden • Fallübergabegespräch führen, in dem auch nach möglichen Problemen und Konflikten gefragt wird • bestenfalls Aufsetzen eines Berichtes über jegliche angebotenen und durchgeführten Hilfen, sowie über die Beratungsfortschritte (d.h. Vornehmen einer aktuellen Einschätzung) • Beratungsaufgaben werden noch während der Tätigkeit des/der alten SozialarbeiterIn von dem/der neuen SozialarbeiterIn teilweise mit	

⁶ Ausführlicher dazu: Fössl, Katrin (2013): „Risikoanalyse in der Mobilen Sozialpsychiatrischen Betreuung“ Herausforderungen erkennen und bewältigen! Masterthese. St. Pölten, 44ff

übernommen

- Abgleichung der Ziele zwischen den SozialarbeiterInnen
- Informationen über den/die KlientIn durch das zusätzliche Studieren der Akte einholen und ggfs. fehlende Fakten ergänzen
- in einem Aktenvorblatt relevante Daten für die weitere Betreuungsarbeit zusammenfassen
- den/die KlientIn im Zuge eines Abschlussgespräches über den BetreuerInnenwechsel informieren
- vergewissern, ob der/die KlientIn angedockt ist

(vgl. Döring et al. 2006: 1ff; I1: 420f)

Kurative Interventionen

- Informationen über Dokumentationsquelle einholen
- KollegInnen befragen
- persönliche Auseinandersetzung mit dem/der KlientIn (aktive Einbindung)
- wenn ein persönliches Übergabegespräch nicht möglich ist, sollte zumindest ein telefonischer bzw. schriftlicher Austausch stattfinden:
 - schriftlich empfiehlt es sich einen Sachstandsvermerk aufzusetzen, in dem besondere Probleme bzw. Konflikte und wichtige Aspekte sichtbar werden, die in der Zusammenarbeit mit dem/der KlientIn beachtet werden müssen; ein Sachstandsvermerk sollte somit die zurzeit bestehenden Lebensbedingungen abbilden und die aktuelle Einschätzung der Situation zur Fallübergabe beinhalten
 - zuzüglich zum Sachstandsvermerk sollte eine telefonische Besprechung stattfinden

(vgl. Döring et al. 2006: 1ff)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn behält Informationen über den/die KlientIn für sich und verursacht dadurch einen fehlenden Informationsfluss.

„Man muss ja auch Fallbesprechungen machen können, grad wenns um so Risikofragen geht, ist das Schlimmste was passieren kann, dass der Mitarbeiter das Risiko bei sich behält. In dem Moment wo es ausgesprochen ist und reflektiert werden kann, wo andere Kenntnis darüber haben, kann man ganz anders damit umgehen und Information vorzuenthalten anderen die aber auch in dem Arbeitsfeld tätig sind oder mit diesen Personen in Kontakt sind wären fatal natürlich.“ (I5: 601-607)

Präventive Maßnahmen

- das Vertrauen zum Team sollte höher sein als zu dem/der KlientIn, denn echtes Teamwork lebt vom Teilen des Wissens
- ein gutes Teamklima ist wichtig, dass z.B. durch Teamfindungsseminare aufgebaut werden kann
- immer bedenken, dass ein guter Informationsfluss auch eine

Möglichkeit für das Geben von Rückmeldungen beinhaltet

- die Weitergabe von Informationen ermöglicht eine optimale Betreuung für den/die KlientIn
- Kommunikation und Information bilden die Basis für Entscheidungen
- generell gilt für eine gute Kommunikation: eine klare Sprache sprechen, Teammitglieder einweisen, Informationen aktiv suchen, Bedenken äußern, aktives Zuhören und gegenseitiges Unterstützen, Störungen der Kommunikation zum richtigen Zeitpunkt ansprechen, etc.
- dem/der KlientIn keine Versprechen über eine Geheimhaltung von Informationen geben
- regelmäßige, interdisziplinäre Fallbesprechungen sind förderlich für einen guten Informationsfluss im Team

(vgl. St. Pierre/Hofinger/Buerschaper 2011: 201-207; vgl. I11: 91f; vgl. I3: 121f)

Kurative Interventionen

- Bewusstmachung von negativen Auswirkungen (z.B. Auftreten von Missverständnissen, Scheitern des Betreuungsangebotes)
- Grund für die fehlende Weitergabe von Informationen hinterfragen (Möchte man lieber alleine, als im Team arbeiten?, Besteht ein Konflikt zu anderen Teammitgliedern?, etc.)
- bei fehlender Teamzugehörigkeit sollte das Einzelkämpfergefühl abgelegt werden und eine Integration in das Team stattfinden (z.B. durch die Teilnahme an außerordentlichen Treffen)
- das eigene Verhalten im Austausch mit dem Team erörtern und die misslungene Kommunikation thematisieren (Metakommunikation)
- Rückmeldung/Feedback von den Teammitgliedern ernst nehmen
- besteht Unsicherheit in Bezug auf die weitere Vorgehensweise (z.B. bei Beharren des/der KlientIn auf die Verschwiegenheit), kann ein Gespräch mit dem/der Vorgesetzten oder KollegInnen gesucht und eine zweite Meinung eingeholt werden
- Grund für die Handlung in einer Situation genauestens Dokumentieren

(vgl. St. Pierre/Hofinger/Buerschaper 2011: 201-207; vgl. I2: 172ff, 142-145; vgl. I11:447; vgl. I3: 300-303; vgl. I6:45; vgl. I4: 519)

5.5 Beratungssituation

Eine Beratungssituation beinhaltet auf einer kommunikativen Basis das Lösen von Problemen oder Fragen von KlientInnen, ohne dabei deren Entscheidungsautonomie einzuschränken. Sozialarbeiterische Beratung setzt dabei auf Ressourcenaktivierung, Unterstützungsleistung und die Herstellung einer Verbindung zur Lebenswelt der KlientInnen. Folglich soll die Beratung eine Orientierungshilfe darstellen. Die Fähigkeit zur personenzentrierten

Gesprächsführung, das Vorhandensein eines psychologischen Verstehens der Anliegen und die Aneignung von Wissen über rechtliche Rahmenbedingungen, gelten als Voraussetzungen für eine gelingende Beratungssituation. (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2011: 94f) Liegt einer dieser Aspekte bei dem/der SozialarbeiterIn nicht zu Grunde, können sich daraus folgende Fehler und Risiken ergeben:

F E H L E R
Fehler: Der/die SozialarbeiterIn gibt unterschiedliche Informationen.
<i>„Es ohne konkret festzulegen, in welcher Form oder in welcher Ausprägung ist das da, weil ich schon erleb, dass sehr viel parallel läuft auch vielleicht dadurch nicht ökonomisch funktioniert und der Betroffene auch unterschiedliche Informationen erhält oder ah wenn es nicht bewusst gemacht ist, auch vielleicht die Qualität der Betreuung net so gut ist, wenn man auf etwas vergisst.“ (15: 683-687)</i>
Präventive Maßnahmen
• der/die SozialarbeiterIn sollte Kenntnis über die Angebote der eigenen Institution sowie der einzelnen anderen Beratungsstellen im Drogen- und Suchtbereich haben, um fachgerechte Informationen geben zu können • Abklärung des Kontextes und Einholen von ausreichenden Daten über bzw. mit dem/der KlientIn, um gleich zu Beginn kompetent beraten zu können • dem/der KlientIn Informationen geben, die lediglich erfragt und benötigt werden, um einer Überforderung durch zu viel Wissen entgegen zu wirken (Konzentration auf den Auftrag) • die Informationen klar und deutlich darlegen; dabei sollten mögliche Schwierigkeiten und Risiken bei der Anwendung der Informationen nicht verschwiegen werden • auf das Einsetzen von Fachbegriffen verzichten, damit Unklarheiten erst gar nicht entstehen können • bringt der/die KlientIn Schriftstücke mit oder erzählt von Erlebnissen mit anderen Professionen, dann leistet der/die SozialarbeiterIn Übersetzungsarbeit; Übersetzung der fachsprachlichen Äußerungen in Alltagssprache mit Ergänzung durch Vorschläge • Notizen über das Gesagte anfertigen und diese vor dem nächsten Termin durchgehen; eine umfassende Vorbereitung auf das Gespräch soll dem Auftreten von Unklarheiten entgegen wirken
(vgl. Pantucek 1998: 14f)

Kurative Interventionen

- Verwirrung des/der KlientIn durch das Achten auf die Gesprächsinhalte und die Körpersprache (z.B. Orientierungslosigkeit, kann dem Gesagten nicht folgen, etc.) wahrnehmen und erkennen
- erfragen, warum der/die KlientIn verwirrt ist
- die Situation, durch das Wiederholen der Informationen, klären und nachfragen bzw. sich vergewissern, ob alles klar verstanden wurde
- ggfs. eine/n KollegIn, zur Aufklärung der Situation, hinzuziehen
- dem/der KlientIn eine Informationsbroschüre mitgeben, damit er/sie sich zu Hause alles noch einmal in Ruhe durchlesen und beim nächsten Termin ev. aufkommende Fragen stellen kann

(vgl. Pantucek 1998: 14f; vgl. I1: 67; vgl. I10: 203ff; vgl. I4: 194ff)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn kann dem/der KlientIn nicht mit ausreichend Distanz begegnen.⁷

„Wenn ma sehr lang, zu intensiv arbeitet und des Naheverhältnis eben die notwendige Distanz nimma zulässt. Dann fiebert ma zu sehr mit und lasst eigentlich diesen professionellen notwendigen Abstand nimma zua und de dann eigentlich mitspielen.“ (I11: 124-127)

Präventive Maßnahmen

- eine professionelle Beratungsbeziehung zeigt sich u.a. durch ein ausgewogenes Nähe-Distanz-Verhältnis:
 - der/die SozialarbeiterIn sollte dem/der KlientIn nicht rund um die Uhr zu Verfügung stehen (Kontakt nur in der Arbeitszeit)
 - der/die SozialarbeiterIn betreut mehrere Klientinnen und darf diese nicht vernachlässigen
 - der/die SozialarbeiterIn handelt in einem bestimmten Auftrag, wodurch seine/ihre Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt sind
 - die Entlohnung der Tätigkeit als SozialarbeiterIn soll die professionelle Beratungsbeziehung noch stärker hervor heben
 - bestehen Erfahrungen mit Konflikten, müssen diese, zur Einhaltung der nötigen Distanz, mittels Reflexion geklärt werden
 - SozialarbeiterInnen müssen über ihr Selbstbild (Gefühle, Fähigkeiten, Bedürfnisse) Kenntnis haben und dieses durch Selbstvertrauen stärken
 - das Vorhandensein von interpersonaler, zwischenmenschlicher Kompetenz ist wichtig für den Aufbau einer vertrauensvollen, kommunikativen und kooperativen Beziehung zu dem/der KlientIn und wird benötigt, um erkennen zu können, wie viel Nähe/Distanz der/die Hilfesuchende bedarf

⁷ Ausführlicher dazu: Unger, Vera (2012): Nähe und Distanz. In: Schwarz, Daniela / Unger, Vera / Wallner, Kerstin (2013): Techniken der Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein Beitrag zur Professionalisierung. Masterthese. St. Pölten, 112-122.

- den/die KlientIn als solche/n auch wahrnehmen und nicht als FreundIn ansehen
- in Abgrenzung vor den KlientInnen üben:
 - Hindernisse vor der Abgrenzung (z.B. Schuldgefühle, schlechte Vorbilder, Angst andere Menschen zu verlieren oder zu kränken etc.) überwinden und diesem Akt ausreichend Zeit einräumen; womöglich bedarf es dazu auch professioneller Hilfe
 - lernen Distanz zu wahren, jedoch ohne eine komplette Abschottung vorzunehmen (keine Mauern aufbauen)
 - sich fragen: „Welche Ängste bestehen, die mich vor einer Grenzsetzung hindern?“
 - dem äußeren Druck widerstehen
 - bei Schuldgefühlen, Selbstzweifel, Existenzängsten, Hilfe aufsuchen (bspw. Therapeut, Coach, Selbsthilfegruppe)
 - Selbstbewusstsein/Selbstvertrauen aufbauen (z.B. Coaching)
 - besteht Unsicherheit in einer Situation, sollte zunächst mit einem „Nein“ reagiert werden, um einen womöglich ungewollten Ausgang zu verhindern; dieses Verhalten ist ratsam, da ein „Nein“ im Nachhinein immer noch in ein „Ja“ umgewandelt werden kann
 - Nein-Sagen üben (Blickkontakt halten, den Kopf schütteln und den Satz mit einem Nein beginnen), jedoch anschließend eine Erklärung für die Ablehnung liefern, um eine gute Beziehung zu der Person beizubehalten und negativen Empfindungen entgegen zu wirken
 - unterstützend kann auch das Erlernen einer Kampftechnik sein, (z.B. Karate, Aikido, etc.)
- der/die SozialarbeiterIn soll sich mit den persönlichen Grenzen auseinandersetzen, um erkennen zu können, wann ein Übertritt der Grenzen bei jemand anderen erfolgt ist
- den/die KlientIn per Sie ansprechen

(vgl. HSP-Infoblatt 2010: 2ff; vgl. Thiergärtner 2006: 20f)

Kurative Interventionen

- kann sich der/die SozialarbeiterIn nicht abgrenzen, können vorübergehend Ausreden verwendet werden; allerdings muss man aufpassen, dass dies nicht ausufert
- Schutztaktiken anwenden (z.B. kurz den Raum verlassen, um in Ruhe darüber nachzudenken)
- das Recht des/der KlientIn auf Privatsphäre respektieren
- den physischen Kontakt (z.B. Umarmen, Streicheln) mit dem/der KlientIn vermeiden und ausreichend Abstand einhalten (als Maß gilt eine Armlänge)

(vgl. HSP-Infoblatt 2010: 2ff; vgl. Thiergärtner 2006: 20f; vgl. I2: 151)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn berät den/die KlientIn falsch.

„Es is jo net so, dass i mi do so locker loslösen kann und wenn i do ah net im Reinen bin, dann wärs eigentlich günstig do a Grenze zu ziehen und mich selbst auf dem Weg zu machen. Und i weiß, wenn i selbst aufm Weg bin, donn kann i ah jemanden begleiten aber wenn i selbst net aufm Weg bin, donn werdn do de Grenzen erreicht. Donn bin i möglicherweise frech, weil des zu sehr sozusagen möglicherweise in mir selber sprudeln könnte und wenn i donn sozusagen do anfang herum zu werken, wo i selber net im reinen bin, donn könnts fürn Jugendlichen eher no schwieriger werden oder do verstärk i vielleicht Dinge, die der eh scho mitbringt und kann ihm überhaupt net dabei helfen do einen Weg zu gehen oder für sich Lösungen zu finden oder Möglichkeiten zu finden“ (I3: 264-272)

Präventive Maßnahmen

- unpassende Ratschläge, unrealistische Lösungsvorschläge, Bewertungen, ungenügendes Einfühlungsvermögen, Missachtung des Beratungskontextes, Verletzung des Schutzverhaltens oder Machtkämpfe, etc. sind typische Beratungsfehler, die vermieden werden sollen
- Aneignung von diversen fachlichen sozialen, rechtlichen und finanziellen Informationen (z.B. über Beihilfen, Einrichtungen, Ämter etc.)
- bei Unsicherheit, Absicherung durch KollegInnen (jemanden Zweiten dazu holen)
- Input und Wünsche der KlientInnen wahr- und ernst nehmen, sowie regelmäßige Zielabgleichungen mit ihnen vornehmen
- relevante Informationen zur Überblickserlangung herausfiltern
- die eigene Unsicherheit eingestehen, bevor falsch beraten wird (z.B. „Das weiß ich selbst jetzt nicht so aus dem Stegreif, da muss ich erst nachschauen/nachfragen.“)
- empathisch und wertschätzend Informationen weitergeben, um Fehlern in der Übermittlung vorzubeugen

(vgl. Kreft/Mielenz 2005: 148f; vgl. Falk/Kerres 2003: 422; vgl. Pantucek 1998: 14; vgl. I5: 21ff; vgl. I2: 249; vgl. I11:450f)

Kurative Interventionen

- den Beratungsfehler gegenüber dem/der KlientIn zugeben
- die Situation klären, klar ansprechen und nicht einfach übergehen
- ausreichend Informationen und Grunddaten über den/die KlientIn einholen, um einen weiteren Beratungsfehler zu vermeiden
- erneute Angebotsabstimmung und Zielabgleichung mit dem/der KlientIn
- im Nachhinein bedarf es einer Beurteilung der eigenen Beratungsqualität
- ev. Durchführung eines Seminars, in dem in einem Rollenspiel typische Beratungsfehler aufgezeigt werden und anschließend über die

Möglichkeiten einer besseren Beratung diskutiert wird (vgl. Kreft/Mielenz 2005: 148f; vgl. Falk/Kerres 2003: 422; vgl. I1: 67; vgl. I6: 190)
Fehler: Der/die SozialarbeiterIn lässt sich von der <u>Gegenübertragung</u>  vereinnahmen.
<i>„Ja, des is schwierig. A den Ärger, also des is eben diese Gegenübertragung, den eigenen Ärger, oder Empörung oder a Kränkung oder was auch immer, net sozusagen, auch von dem an Schritt zrück machen und net nur aus diesem Gefühl heraus zu reagieren. Also des is, wie i vorher gsagt hab, aus dem Bauch heraus und unter Berücksichtigung der eigenen Gefühle zu reagieren, dann is net damit gmeint einfach des tun, was der Impuls is, sondern a den Impuls bemerken und überlegen ob des jetzt passt oder ob des jetzt ein Einsteigen auf an Kampf oder irgendwas is, dann des lieber nicht machen.“ (I8: 223-229)</i>
Präventive Maßnahmen • Wissen über Gegenübertragung aneignen • Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte (unbewältigte Konflikte, unerfüllte Wünsche und Ängste), um damit abschließen zu können • in der emotionalen Beziehung zu dem/der KlientIn eine gewisse (angemessene) Distanz wahren • sich über die eigene Möglichkeit der Gegenübertragung Klarheit verschaffen (vgl. Niehaus 2009: 17f; vgl. Schäfter 2010: 64; vgl. I11: 447; vgl. I6: 45)
Kurative Interventionen • lokalisieren der Gefühle, die man verspürt (handelt es sich bei der Übertragung um den eigene oder fremden Anteil) • um negative Folgen zu vermeiden, bedarf es einer überlegten Reaktion: einen Schritt zurück machen und das Gefühl hinterfragen • der/die SozialarbeiterIn muss erspüren und überprüfen, welche Person vor ihm/ihr sitzt und was sie in ihm/ihr an (un-)bewussten Gefühlen auslöst oder auslösen könnte (Wird der/die SozialarbeiterIn persönlich angesprochen? Ist diese Ansprache positiv oder negativ?) • die Gegenübertragung durch einführendes Verstehen bzw. gleich- oder freischwebende Aufmerksamkeit des/der KlientIn erfassen und damit arbeiten • auf die Art und Weise achten, wie dadurch die Gefühle von dem/der KlientIn beeinflusst werden (gilt als Erkenntnisinstrument und methodische Hilfe für den/die SozialarbeiterIn) • erkennen, woher die auf diesen Gefühlen folgende Empfindung herrührt • in Supervisionssitzungen, Selbsterfahrungen, durch die Öffnung des eigenen Unbewussten, erleben (vgl. Niehaus 2009: 17f; vgl. Pallasch/Petersen: 136; vgl. Schäfter 2010: 64)

RISIKEN

Risiko (A): Der/die SozialarbeiterIn verliebt sich in den/die KlientIn.

„Die Liebe is halt, lässt sich keinen Gesetzen unterwerfen, aber grundsätzlich is des scho, was man sich überlegen sollt, ob man a Beziehung mit an Klienten haben sollt. Aber es kommt vor und i muss a jetzt nichts, kann aber auch gut gehen.“ (I8: 287-289) „I glaub so Dinge lassen sich net einfach verbieten. I glaub des is, also natürlich könnt ma des afoch verbieten, dann passiert halt heimlich. Aber i glaub des Wichtigste is des zu reflektieren und des is wahrscheinlich was jeder, der mit Menschen arbeitet, überhaupt in seiner Ausbildung, reflektiert haben sollt, was des bedeutet mit Abhängigen und a in Berufsverhältnissen Untergebenen Beziehungen einzugehen, des hat seine Fallen würd i sagen. Und a a juristische Seite, die ja das Ausnutzen oder der Missbrauch von Abhängigen zu verhältnissen, auch a Straftatbestand is. Des gibts natürlich auch so bei, in Betreuungsverhältnissen is des ja auch ein Vertrauensverhältnis, wo man finden könnt, des is ausnutzbar, wenn man da sexuelle Kontakte hat. Also des is scho kloar und i glaub, man muss des in Supervisionen, eventuell Einzelsupervisionen gut reflektieren. Trotzdem is es so, dass man net bestimmen kann, wo die Liebe hinfällt.“ (I8: 294-304)

Präventive Maßnahmen

- die Grenze zwischen dem beruflichen und privatem Leben sollte von dem/der SozialarbeiterIn stets beachtet werden
- die nötige Distanz zwischen dem/der KlientIn und dem/der SozialarbeiterIn sollte ebenfalls gewahrt werden, sodass nicht der Vorwurf des persönlichen Vorteils oder Gewinns aufkommt
- die Arbeitsbeziehung zwischen dem/der KlientIn und dem/der SozialarbeiterIn klar definieren

(vgl. Lienkamp 2005: 6; vgl. I4:269; vgl. I6: 45)

Kurative Interventionen

- die Gefühle sollten anerkannt und nicht unterdrückt werden
- der/die SozialarbeiterIn sollte sich damit bewusst auseinandersetzen und hinterfragen: Wie sehr beeinträchtigt dies die Arbeit mit dem/der KlientIn?
- wenn die Zuneigung nicht nachlässt, gilt es klare Interventionen zu setzen, indem der/die KlientIn abgegeben wird, da sonst eine qualitativ hochwertige Betreuung vielleicht nicht mehr gewährleistet ist
- Supervision aufsuchen und reflektieren, welche Umstände und Eigenschaften des/der KlientIn zu dem Gefühl der Verliebtheit geführt haben und wie man diesem zukünftig entgegen wirken kann

(vgl. Lienkamp 2005: 6; vgl. I2: 468; vgl. I8: 80f; vgl. I11: 447)

5.6 Selbstüberschätzung

Bei der Selbstüberschätzung besteht das Risiko, dass SozialarbeiterInnen hinsichtlich ihres Könnens und der eigenen Kompetenzen eine Situation falsch einschätzen. Mit großem Selbstvertrauen tendieren sie eventuell dazu, auf einer unpassenden Aussage zu beharren und die eigene Meinung unreflektiert über die der Anderen zu stellen. In der Regel überschätzen Menschen ihre eigenen Fähigkeiten dann, wenn sie einen Aufgabenbereich bereits gut kennen und/oder Tätigkeiten erledigen, in der schon eine gewisse Routine besteht. (vgl. Myers 2008: 438f) Zum Risiko der Selbstüberschätzung konnten folgende Fehler herausgearbeitet werden:

F E H L E R	
Fehler: Der/die SozialarbeiterIn mischt sich allein in Rangeleien und Streit zwischen den KlientInnen ein.	
<i>„Des is a Situation de ma oft möglichst vermeiden sollte. Sich in ah in Rangeleien und Streit versuchen körperlich einzumengen und sich da irgendwo dazwischen zu stellen ist nicht immer angesagt.“ (I5: 220-222)</i>	
Präventive Maßnahmen	
• sich nicht selbst überschätzen und die eigenen Grenzen beachten • Bewusstmachung über mögliche Risiken (z.B. Verletzungsgefahr) • bei Rangeleien oder Androhungen von KlientInnen in der Gruppe agieren, da dies ein sicheres Auftreten vermittelt • Flucht, im Sinne von Hilfe holen (z.B. Polizei, zur Schlichtung der Rangelei), sollte der erste Impuls sein (vgl. Fabian/Schweikart 2003: 203; vgl. I4: 710; vgl. I3: 275; vgl. I2: 172ff; vgl. I5: 299)	
Kurative Interventionen	
• selbstsicherer Umgang mit der Klientel • versuchen den körperlichen Übergriff zwischen den KlientInnen nach draußen, außerhalb der Institution, zu verlagern • auf Körpersprache und Stimmung des/der KlientIn achten, um möglicherweise rechtzeitig <u>deeskalierend</u> eingreifen zu können: – aktives Zuhören: ausreden lassen, Gesprächspausen ertragen, zum Weitersprechen ermutigen, Nach- aber nicht Ausfragen, Gefühle und Verstandenes zurück melden, deutliches Interesse zeigen (nach vorne lehnen, Blickkontakt halten, Nicken) – Ich-Botschaften auf der Selbstoffenbarungsebene senden („Ich fühle mich durch Ihre Körperhaltung bedroht.“) – das Verhalten klar und deutlich sachlich rückmelden	

- den/die GesprächspartnerIn ernst nehmen
- die Äußerungen von dem/der KlientIn wiederholen
- einnehmen einer ähnlichen Körperhaltung, wie der/die KlientIn (spiegeln)
- es sollte in einer Art und Weise geredet werde, die der/die KlientIn auch versteht (keine Fachbegriffe verwenden)
- auf die Bedürfnisse des/der KlientIn hören und versuchen sein/ihr Gegenüber besser zu verstehen (ein sich hinein versetzen)
- ehrliche, offene Fragen stellen (damit wird der/die KlientIn zum Nachdenken angeregt, es wird Interesse gezeigt, das Gespräch in eine andere Richtung gelenkt etc.)
- klar kommunizieren und auf die Gesprächsführung achten (sich zurücknehmen, zuhören und verstehen)
- eine Situationseinschätzung vornehmen bzw. versuchen die Dynamik des Geschehens zu verstehen
- die beiden streitenden Parteien trennen, indem man sich, mindestens zu Zweit (nie alleine), dazwischen stellt
- den Konflikt versuchen zu klären (ernst nehmen der beiden KonfliktpartnerInnen, keine Partei ergreifen, sachlich und geduldig bleibt etc.)
- wenn einem keine Aufmerksamkeit gewidmet wird, kann auch eine unorthodoxe Handlung gesetzt werden (z.B. laut schreien, versuchen, die Person in ein persönliches Gespräch zu verwickeln), um die Situation zu unterbrechen
- ggfs. sollte der Punkt erkannt werden, an dem es nicht mehr viel zum Diskutieren gibt
- bei Verstoß gegen die Hausregeln ev. ein Hausverbot erteilen und die Dauer von der Situation abhängig machen (z.B. bei Beschimpfungen 1-3 Monate)

(vgl. Gratz o.J.: 75; vgl. Fabian/Schweikart 2003: 203; vgl. I5: 527f, 295f; vgl. I1: 65, 67, 35, 165f; vgl. I2: 390f)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn ist unkonzentriert (durch z.B. zu wenig Schlaf, Krankheit, private Probleme, etc.).

„Ah do san scho no andere Themen eben mit dabei, aber ah wann de Leut zu mir kommen, weils was wollen vo mia, was i ihnen möglicherweise net geben kann, dann muas i verdammt fit sein. Ah mental fit sei und i denk ma a jeder junge der no irgendwo jo selber gern amol fort geht, durchmocht oder sonst irgendwas und dann möglicherweise net ausgeschlafen is, is sicher mehr gefährdet als einer der scho a bissl gefestigter is und wirklich eben bei der Arbeit is gedanklich.“ (I11: 423-428) „No sicherlicher, wenn i ausgeschlafen bin, wenn i net also halb krank in de Arbeit geh ah und eh scho vor lauter Fieber einen Schleier vor de Augn hob. Aiso do gehts jo net nur darum darum, dass i net de anderen ansteck und ah dass i net mi selber gefährde im

Sinne von dem das i net gsund werd, sondern do gehts natürlich ah eben um des das i dann nimma ganz bei der Soch bin und des san Sochn, wo i natürlich in der Eigenverantwortung donn dran bleiben muas.“ (I11: 436-441)

Präventive Maßnahmen

- prinzipiell gelten ein harmonisches Umfeld, frische Luft, ausreichend Schlaf und eine ausgewogene Ernährung als fördernde Maßnahmen für die Konzentration
- auf sich selbst achten (Hobbies ausüben, Strategien zur Entspannung anwenden, etc.)
- Einschätzung der persönlichen Tagesverfassung vornehmen
- sich nicht selbst überschätzen

(vgl. Mitteregger/Mair 2013; vgl. I3: 248-257; vgl. I1: 40f; vgl. I4: 710)

Kurative Interventionen

- werden die eigenen Grenzen erreicht, muss man dies erkennen
- regelmäßige Pausen einlegen
- Ausführen von Konzentrationsübungen zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit (z.B. Über-Kreuz-Übungen)
- bei starker Unkonzentriertheit mit dem/der Vorgesetzten sprechen und ev. nach Hause gehen, bevor schwerwiegende Fehler passieren
- Ursache für Unkonzentriertheit erkunden und beseitigen

(vgl. Mitteregger/Mair 2013; vgl. I3: 275)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn bildet sich ein die Welt retten zu können.

„Des san eigentlich so de typischen Fallen san eigentlich so eh des ,nur du kannst mich retten, niemand anderer` und dann vielleicht irgendwo was tut, was ma sonst net tun tat. Aiso diesen Anspruch ,Ich bin der Alleinretter`, denn kann ma se von vornherein abschminken. Des is sicherlich eine generelle Falle bei der Berufsanwendung.“ (I11: 99-102)

Präventive Maßnahmen

- eine persönliche Einschätzung vornehmen
- in seinem Enthusiasmus die Bedürfnisse des/der KlientIn beachten
- der/die SozialarbeiterIn muss wissen und anerkennen, dass nicht alle „gerettet“ werden können (Zulassen von Rückschlägen)
- sich gelungene Betreuungen in Erinnerung rufen, um sich von dem Nutzen seiner Arbeit überzeugen zu können
- die innere Überzeugung spielt in der Tätigkeit als SozialarbeiterIn eine wichtige Rolle; diese sollte jedoch nur in Maßen vertreten werden, wenn sie sich zum Nachteil gegenüber der KlientInnen auswirkt
- wissen, dass nur begrenzte Ressourcen zu Verfügung stehen
- im Hinterkopf behalten, dass zu viel Engagement zur eigenen Enttäuschung führt (wenn z.B. der/die KlientIn die Hilfestellungen nicht annimmt)

(vgl. Rohn 2011: 7; vgl. I1: 40f; I11: 450f)

Kurative Interventionen
• damit keine Überforderung durch den Anspruch alle KlientInnen „retten“ zu wollen, eintritt, sollte man sich selbst zurücknehmen • eine realistische Zielsetzung und regelmäßige Zielabgleichung gemeinsam mit dem/der KlientIn vornehmen • Rückmeldungen/Warnungen von MitarbeiterInnen in Bezug auf eine Überforderung annehmen • Grund für das hohe Verantwortungsgefühl hinterfragen • ggfs. ein MitarbeiterInnengespräch mit dem/der Vorgesetzten suchen (vgl. Rohn 2011: 7; vgl. I3: 318f; vgl. I6: 190)
R I S I K E N
Risiko (A): Der/die SozialarbeiterIn überschreitet seine/ihre Grenzen.
<i>„Und das abzuwägen, wo ist die Grenze für mich, wo sage ich okay, da geh ich zu weit, was ist in dem Bild, oder was ist in meinem Aufgabenbereich als Sozialarbeiter jetzt wichtig.“ (I4: 64f)</i>
Präventive Maßnahmen
• persönliche Wertschätzung und Akzeptanz • sich nicht selbst überschätzen und auf die eigene emotionale und körperliche Stabilität (Merkmale: belastbar, entspannt, ruhig, unempfindlich, sorgenfrei ausgeglichen, durch nichts aus der Ruhe zu bringen, wenig subjektive körperliche Beschwerden) achten • Erhöhung des Selbstwertgefühls (sich selbst beobachten, überlegen: „Wo mache ich mich selber schlecht?“ und damit abschließen) • die eigenen Stärken und Schwächen besser kennen lernen • für seine Grenzen eintreten und seine Bedürfnisse einfordern • besteht Unsicherheit in Bezug auf eine Grenzüberschreitung, sollte zunächst mit einem „Nein“ reagiert werden, um einen womöglich ungewollten Ausgang zu verhindern; dieses Verhalten ist ratsam, da ein „Nein“ im Nachhinein immer noch in ein „Ja“ umgewandelt werden kann • Nein-Sagen üben (Blickkontakt halten, den Kopf schütteln und den Satz mit einem Nein beginnen), jedoch anschließend eine Erklärung für die Ablehnung liefern, um eine gute Beziehung zu der Person beizubehalten und negativen Empfindungen entgegen zu wirken (vgl. Humboldt Universität Berlin 2013; vgl. HSP-Infoblatt 2010: 4, 6; vgl. Senftleben 2012; vgl. I4: 710)
Kurative Interventionen
• die Situation unterbrechen (z.B. aufstehen, sich kurz entschuldigen und den Raum verlassen, Fenster öffnen) • Bewusstmachung der erfolgten Grenzüberschreitung

• gedanklich „Halt“ sagen und durchatmen • den Fokus wieder finden/zurück zum Thema • thematisieren, dass das eben Gesagte, nicht mit den eigenen Vorstellungen/Grenzen vereinbar ist • je nach Situation, entweder das Gespräch weiterführen oder einen neuen Termin vereinbaren (vgl. HSP-Infoblatt 2010: 4, 6; vgl. Senftleben 2012; vgl. I10: 212f; vgl. I3: 329f; vgl. I1: 178)
--

5.7 Aufgabenfeld

Als SozialarbeiterIn gilt es viele Herausforderungen zu bewältigen, die sich im breiten Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit ergeben. Je nach Handlungsfeld werden unterschiedliche Anforderungen an SozialarbeiterInnen gestellt. Im Drogen- und Suchtbereich besteht auf Grund des breiten Betreuungsangebots, neben den höherschwelligen Beratungstätigkeiten, auch niedrighschwellige Soziale Arbeit, in der eine Begegnung mit den KlientInnen in ihrem Lebensraum vorgenommen wird. Diese unterschiedlichen Praxisfelder mit ihrem jeweiligen abwechselnden Angebot bergen eine Menge Risiken, aus denen die folgenden Zwei speziell identifiziert werden konnten:

R I S I K E N
Risiko (E): Der/die SozialarbeiterIn besucht den/die KlientIn in ihrer/seiner Wohnung.
<i>„Wirklich riskant, mhm. Wir san jo auch sehr flexibel in der Arbeitsweise und besuchen Leute im Gefängnis, zu Hause und sonst wo. Äh in Wohnungen zu Menschen zu gehen, die man nicht gut kennt, wo ma weiß de san schlecht beinander, san in schwere kriminelle Geschäfte äh verstrickt, wo möglicherweise Regeln herrschen, die nicht die unseren sind. Do wär i zum Beispiel sehr vorsichtig.“ (I5: 213-217)</i>
Präventive Maßnahmen
• Bewusstmachung über mögliche Risiken (z.B. Gewaltübergriff, Erpressung, etc.) • persönliche Einschätzung der Situation (Abwägen, ob man sich einen Hausbesuch zutraut) und die Entscheidung abhängig von den eigenen Grenzen machen • sich überlegen, ob ein Hausbesuch wirklich notwendig ist oder ob der Beratungstermin nicht in der Institution abgehalten werden kann • wenn ein Hausbesuch vorgenommen wird, sollten auf jeden Fall die

KollegInnen darüber informiert bzw. ev. ein/e zweite/r KollegIn mitgenommen werden

- das Diensthandy nicht vergessen
- Hausbesuche möglichst bei Tageslicht machen
- generell gilt es zu einem Hausbesuch nur das Notwendigste mitzunehmen (anderes im Büro oder Auto lassen)
- Gegenstände, die für den/die KlientIn nicht vorgesehen sind, sollten nicht mitgebracht werden

(vgl. Fabian/Schweikart 2003: 193f; vgl. I2: 172ff; vgl. I1: 40f)

Kurative Interventionen

- sich bei der Ankunft vergewissern, dass der/die KlientIn einen erwartet und erfragen, ob der Grund für den Besuch präsent ist
- warten, bis man hereingebeten wird
- Selbstschutz vornehmen (z.B. Schuhe anlassen, da dadurch die Bereitschaft höher ist die Wohnung in einer Notsituation zu verlassen, als wenn keine Schuhe angezogen sind)
- sich bewusst sein, dass man ein Gast ist und sich dementsprechend verhalten
- zeigt der/die KlientIn schon bei der Ankunft ein auffälliges Verhalten (z.B. aggressiv, alkoholisiert), muss die Überlegung erfolgen, ob ein Versuch gestartet wird, das Anliegen vor der Türe zu regeln oder ob man gleich geht
- im Haus bzw. in der Wohnung die Umgebung bewusst wahrnehmen und einen Platz wählen, bei dem man ggfs. schnell beim Ausgang ist
- eine Reaktion auf den Zustand der Wohnung zu zeigen, sollte unterlassen werden (z.B. wenn es schlecht riecht, unordentlich ist, etc.)
- ständig aufmerksam sein gegenüber den Veränderungen der Stimmung, der Bewegung und der Art des/der KlientIn
- vermeiden, persönliche Gegenstände überall auszubreiten, um im Falle eines schnellen Aufbruchs alles rasch zusammen zu haben
- den Punkt erkennen, wenn die eigenen Grenzen erreicht sind und den Hausbesuch abbrechen (die Wohnung sofort verlassen)

(vgl. Fabian/Schweikart 2003: 193f; vgl. I11: 93; vgl. I3: 275)

Risiko (E): Der/die SozialarbeiterIn fährt den/die KlientIn mit dem Auto.

„Wenn jetzt irgendein Facharzt oder Arzt meint der Klient soll nach Mauer und es is alles organisiert und ding und er kriegt kan Transportschein für a Rettung, so quasi er ist selbstständig, also selbstständig genug, dass er selber hinfährt, dann fiar i sicher kan mehr nach Mauer. Ja. Weil mir is des afoch amoi passiert, wo i mit an Klienten bei an Facharzt war, und von wegen okay, er soll nach Mauer, ja und könnens erm aufefahren, ja. Und der hat dann einfach, auf der Hälfte der Autobahn is erm nimma gut gangen und des war dann einfach so, des passt jetzt nimma, dann bin i abgfoahren mitn in der

Pampa, ... i waß nimma wo und hab einfach die Rettung anrufen. (...) Und des is für a klare Gschicht, wenn es heißt der kann selbstständig nach Mauer, dann mach i mit dem ois andre, von wegen wir fahren mit dem in die Wohnung, pack seine Sachen zam, i fahr mit erm am Bahnhof, aber i fahr jetzt nerma mit meinem Auto, ja. I man gonz was anders is, wenn des a Vorstellgespräch is, von an Klienten, die was i afoch ewig lang kenn und i was guat, dann natürlich fahr i dann, aber diese Gschichten moch i nimma.“ (I10: 396-411)

Präventive Maßnahmen

- sich nicht durch die Bedürftigkeit der KlientInnen täuschen lassen, sondern gründlich überlegen
- Bewusstmachung über die möglichen Risiken (z.B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes des/der KlientIn)
- eine persönliche Einschätzung vornehmen und abklären, ob eine Autofahrt mit dem/der KlientIn im Bereich des Möglichen liegt
- auf den Gemüts- und Gesundheitszustand des/der KlientIn achten
- Transparenz beibehalten (d.h. bei Unwohlsein in Bezug auf den Gedanken, den/die KlientIn alleine wohin zu fahren, dieses Gefühl klar verdeutlichen)
- eine Situationseinschätzung vornehmen (Wie akut ist die Situation?)
- Alternativen anbieten (z.B. Zug-/Busticket gemeinsam kaufen, Transportschein für Rettung organisieren, gemeinsam in die Wohnung fahren, um Sachen zu packen und zum Bahnhof fahren, etc.)

(vgl. Bodenmüller 2001: 4f; vgl. I4: 53; vgl. I2: 172ff; vgl. I1: 40f, 35; vgl. I11: 777; vgl. I10: 407f)

Kurative Interventionen

- nur mit dem eigenen PKW fahren, wenn dies erstens vergütet wird (z.B. Spritgeld) und zweitens rechtlich abgesichert ist
- bei einer Verschlechterung des Gemütszustandes des/der KlientIn anhalten, Ruhe bewahren und die Rettung rufen
- ggfs. kann der/die KlientIn in den Zug oder Bus gesetzt werden, wenn kein gesundheitliches Risiko besteht

(vgl. Bodenmüller 2001: 4f; vgl. I10: 438f, 404)

6. Potentielle Risiken und Fehler

Manuela Steiger, BA / Katrin Zeller, BA

Die nachstehenden Risiken und Fehler konnten aus den erhobenen Interviews als Potentielle interpretiert werden. Darunter sind jene Risiken und Fehler zu verstehen, die noch denkbar auftreten können bzw. bei denen die Möglichkeit besteht, dass diese im Drogen- und Suchtbereich durch bzw. für den/die SozialarbeiterIn (vielleicht zukünftig) erscheinen können. (vgl. Duden 2013a) Wie mit potentiellen Risiken und Fehlern umgegangen werden kann, damit daraus kein Schaden resultiert, findet sich im Kapitel „Werkzeuge“ (7.8 Werkzeuge zur Meldung potentieller Risiken und Fehler).

6.1 Risiko-/Fehlerauslöser: der/die SozialarbeiterIn

Manuela Steiger, BA

Risiko (A): Der/die SozialarbeiterIn löst bei dem/der KlientIn eine Retraumatisierung aus.	
Präventive Maßnahmen	
• keine Trauma-Interventionen setzen, wenn eine entsprechende Ausbildung nicht vorhanden ist • besteht Interesse, kann die Theorie zur Traumatologie erlernt werden • eine geeignete Interviewtechnik wie z.B. die Coping-Strategie („Reden Sie bitte so drüber, als würden Sie mir die Geschichte von einem Dritten erzählen.“) aneignen • auf die Gefühlslage der KlientInnen achten; diese sollten möglichst nicht emotionsgeladen sein (vgl. Fengler 2002: 582; vgl. I11: 776f)	
Kurative Interventionen	
• Flash-Back unterbrechen: den/die KlientIn zum Aufstehen, herumgehen, den Raum wechseln, festen Berührungen wie kneifen, auffordern; dem/der KlientIn verdeutlichen, dass es sich nur um eine Erinnerung handelt • zuhören statt nachfragen • dem/der KlientIn Zeit geben und das Tempo reduzieren	

- wenn einem Informationen zu Thema „Trauma“ (z.B. über Symptome, Signale, Dynamik) bekannt sind, dann kann man diese an den/die KlientIn weitergeben
- den/die KlientIn an die Möglichkeiten für eine Therapie, zur Aufarbeitung des Traumas, verweisen
- in weiterer Folge kann an einer sozialen Stabilisierung durch das Setzen von sozialarbeiterischen Maßnahmen gearbeitet werden

(vgl. Beratungsstelle TARA 2013; vgl. Fengler 2002: 582; vgl. I3: 318f; vgl. I5: 432f; vgl. I4: 110f)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn wird im Gespräch aggressiv.

Präventive Maßnahmen

- die Problemlagen der KlientInnen nicht zu den Eigenen machen und eine angemessene Distanz wahren
- die eigenen Grenzen kennen und achten
- nicht aus einem negativen Gefühl heraus reagieren, sondern die Herrschaft über sein Denken und Handeln behalten
- der/die SozialarbeiterIn sollte in seinen/ihren Handlungen immer auf das Wohl der KlientInnen bedacht sein

(vgl. Klar 2006: 16; vgl. I5: 445f; vgl. I3: 275; vgl. I6: 45)

Kurative Interventionen

- die Stimmung des/der KlientIn vor und während dem Gespräch beachten; dadurch soll erkannt werden, wenn der/die KlientIn, durch das Setzen einer Handlung oder einer unangemessenen Reaktion seitens des/der SozialarbeiterIn, gekränkt ist; darauf gilt es entsprechend zu reagieren
- das Ausmaß der Äußerung bzw. Aktion versuchen realistisch einzuschätzen, indem man diese im Kontext betrachtet
- erkennen, ob es die eigene oder fremde Aggression ist, die man verspürt
- die Situation klären, indem man dem/der KlientIn den Grund für sein Verhalten darlegt (d.h. erklären, dass es in dem Moment einem nicht möglich war, anders zu reagieren)
- sich ggfs. entschuldigen und auf die Reaktion von dem/der KlientIn warten und diese akzeptieren
- durchatmen, sich wieder kontrollieren und den Fokus finden, indem man auf das eben besprochene Thema zurück greift
- nach dem Gespräch sollte das Konfliktpotential für sich geklärt werden, d.h. die eigenen Erfahrungen zu hinterfragen und ev. aufzuarbeiten; es geht darum, Erklärungen für die aggressive Verhaltensweise zu finden, um eine Minimierung bewirken zu können
- wenn das aggressive Verhalten auf Grund einer privaten Verbundenheit entsteht, sollte der/die KlientIn an eine/n KollegIn abgegeben werden

(vgl. Klappenbach 2006: 174; vgl. I11: 777, 447; vgl. I1: 67; vgl. I3: 320f, 329f; vgl. I2: 468)

Fehler: Der/die SozialarbeiterIn missbraucht das Vertrauen der KlientInnen.

Präventive Maßnahmen

- der/die SozialarbeiterIn sollte dem/der KlientIn mit reflexiver, kontextbezogener Zuwendung begegnen
- eine selektive und persönliche Öffnung trägt ebenfalls zur Vertrauensbildung bei
- ohne dem Vorhandensein einer Vertrauensbasis wird eine langfristige Betreuung nicht möglich sein, da diese einen wichtigen Aspekt im anfänglichen Beziehungsaufbau darstellt

(vgl. Nölke 2009: 205-212)

Kurative Interventionen

- der/die KlientIn soll die Möglichkeit haben seine/ihre Wut über den Vertrauensbruch zu äußern; dazu muss der/die SozialarbeiterIn soweit gefestigt sein, dass er/sie die Wut des Gegenübers aushalten kann
- Ehrlichkeit und Transparenz in der Situationsklärung ist wichtig, d.h. die Situation sollte aufgeklärt und auf Verständnis gehofft werden
- Wiedergutmachung leisten und eine Entschädigung bzw. einen Neuanfang anbieten
- dem/der KlientIn verdeutlichen, dass man das Beste aus der Situation machen möchte
- äußert der/die KlientIn den Wunsch einen BetreuerInnenwechsel vorzunehmen, muss dies der/die SozialarbeiterIn akzeptieren
- die Ursache für den Vertrauensbruch ausmachen und Änderungen herbei führen

(vgl. Nölke 2009: 205-212; vgl. I7: 202; I3: 121f)

6.2 Risikoauslöser: der/die KlientIn

Katrin Zeller, BA

Risiko: Der/die PflichtklientIn⁸ möchte nichts mit der Institution, die den Hilfsprozess begleitet, zu tun haben.
Präventive Maßnahmen
• bei PflichtklientInnen nachfragen, ob ein Mann oder eine Frau als BetreuerIn gewünscht wird • sich darüber im Klaren sein, dass der/die KlientIn unfreiwillig in den Hilfsprozess gerät: – mit Widerstand, Angst, Misstrauen, Resignation und aggressiven Impulsen rechnen – anerkennen, dass der Aufbau einer Vertrauensbeziehung und die Herstellung eines Arbeitsbündnisses i.d.R. erschwert ist (vgl. Widulle 2012: 129-134; vgl. Großmaß 2010: 3; vgl. I4: 288-289)
Kurative Intervention
• keine bewertenden Äußerungen machen auf Grund eines Urteils, einer Bewährungsaufgabe oder einer Maßnahme • die Problemsichten des/der KlientIn respektieren • gemeinsame Problemdefinitionen und einen geklärten Auftrag schaffen (z.B. durch die Trennung der Instanzen sozialer Kontrolle, die den Zwangskontext hergestellt haben und der eigenen Instanz, die den Hilfsprozess begleitet) • konkrete Aufgaben und Kriterien der Zielerreichung benennen und prüfen • verbleibende Handlungsspielräume aufzeigen, um die Hilflosigkeitserfahrungen zu reduzieren • auf die Gesprächsführung achten: keine offenen Fragen stellen; hilfreicher sind zirkuläre Fragen • keine Veränderungen anstreben, sondern mit den vorhandenen Motivlagen des/der KlientIn arbeiten • Transparenz gegenüber dem/der KlientIn u.a. in Bezug auf die kontrollierenden Instanzen (z.B. Gericht) • positive Veränderungen/Versuche würdigen (vgl. Widulle 2012: 129-134; vgl. I3: 125)

⁸ Ausführlicher dazu: Wallner, Kerstin (2013): PflichtklientInnen. In: Schwarz, Daniela / Unger, Vera / Wallner, Kerstin: Techniken der Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein Beitrag zur Professionalisierung. Masterthesis. St. Pölten, 172ff

6.3 Risikoauslöser: die institutionellen Rahmenbedingungen

Katrin Zeller, BA

Risiko: Die Institution verfügt über keine elektronische Datensicherung.	
	Um die Daten möglichst sicher zu verwahren, empfiehlt es sich, die Datensicherung elektronisch vorzunehmen, wo ein Zugriff auf die computergestützte Dokumentation nur über Passwort und Benutzername möglich ist. Mittels externer Speichermedien (z.B. externe Festplatte, etc.) kann eine sichere Verwahrung an einem anderen Standort der Institution oder sogar in einem Safe gewährleistet werden (räumliche Trennung). (vgl. Heidenberger 2009) Sollte die Verarbeitung der personenbezogenen Daten automatisiert sein, könnte man sich auch an Deutschland anlehnen, wo es bereits gesetzlich geregelt ist, wenn mehr als zehn ArbeitnehmerInnen damit befasst sind, eine/n Datenschutzbeauftragte/n zu beauftragen. Die Bestellung externer Datenschutzbeauftragter ist prinzipiell möglich und zulässig (Ausbildungen zum/zur Datenschutzbeauftragten gibt es bereits bei der TÜV Austria). (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2011: 161f)
	Möglichkeiten, wie die Datensicherung ohne Computersystem gewährleistet werden kann: • darauf achten, dass die handschriftlichen Akten so gelagert werden, dass sie vor Dritten geschützt sind (z.B. versperrt in einem Regal, etc.); keinesfalls offen am Tisch liegen lassen • die institutionellen Vorschriften für Aufbewahrung und Archivierung beachten (vgl. Kreft/Mielenz 2005: 42)

7. Werkzeuge

Manuela Steiger, BA / Katrin Zeller, BA

Die folgenden Werkzeuge ergaben sich einerseits aus dem zusätzlichen Theorieinput und stammen andererseits aus den Interviews mit den ExpertInnen des Drogen- und Suchtbereichs. Der Begriff „Werkzeug“ soll darauf hinweisen, dass es in der Sozialen Arbeit nicht nur ein Werkzeug gibt, sondern dass die Methodenwahl einem Werkzeugkasten gleicht, in dem sich mehrere Werkzeuge befinden (wie z.B. ein Hammer, eine Säge, ein Schraubendreher, ein Messer, etc.). Die Entscheidung für oder gegen ein Werkzeug hängt vor allem von dem/der NutzerIn und seinen/ihren Absichten ab. Je nachdem was er/sie vor hat, wie gut er/sie dieses Werkzeug kennt und in seinem Gebrauch geübt ist, wird er/sie es auch verwenden. Die Werkzeuge sollten demnach eher einfach und vielfältig sein bzw. leicht zu handhaben, damit die Anwendung für den/die NutzerIn attraktiv ist. (vgl. Herwig-Lempp 2003: 5)

7.1 Werkzeuge bei Suizidandrohung

Antisuiizidvertrag: darunter ist eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem/der Suizidgefährdeten und dem/der SozialarbeiterIn über einen definierten Zeitraum zu verstehen, in dem der/die Betroffene versichert, sich in diesem Zeitraum nichts anzutun oder vorher das Gespräch zu klar benannten und erreichbaren AnsprechpartnerInnen zu suchen (z.B. Psychiatrie am Wochenende, etc.). Dieser Vertrag kann individuell mit dem/der Betroffenen aufgesetzt werden und sollte unbedingt in den Unterlagen dokumentiert bzw. dort eingelegt werden. (vgl. Vollmer 2007: 11)

Antisuiizidvereinbarung: ist ähnlich dem Antisuiizidvertrag. Diese wird allerdings mündlich zwischen dem/der Suizidgefährdeten und dem/der SozialarbeiterIn getroffen und sollte in jedem Fall verbindlich (z.B. mit einem Handschlag) vereinbart und schriftlich in den Unterlagen dokumentiert werden. (vgl. ebd.)

Notfallkärtchen: werden mit dem/der Suizidgefährdeten gemeinsam erstellt. Es sind mindestens drei Telefonnummern (möglichst nicht die eigene

Privatnummer) von Beratungsstellen, Hausarzt, Angehörigen, Freunden, etc. auf ein Kärtchen zu schreiben. Das Kärtchen soll der/die Betroffene bei sich führen (z.B. im Geldbeutel, etc.), um im Notfall Hilfe anfordern zu können. Dabei ist es wichtig, die Erreichbarkeit abzuklären: Wer ist wann erreichbar? (z.B. am Wochenende, etc.) (vgl. Vollmer 2007: 11)

Suizid-Checkliste: Die unten abgebildete Suizid-Checkliste ist eine Vorlage, die zur Einschätzung der Suizidgefahr von KlientInnen dienen kann.

Suizidcheckliste

Psychische Grunderkrankung	Ja	Nein
Akut suizidale Gedanken	Ja	Nein
Konkrete Vorbereitungen	Ja	Nein
Rettungsmöglichkeiten ausgeschlossen	Ja	Nein
»Sicherheit« der Methode	»Hart«	»Weich«
Abschied genommen	Ja	Nein
Suizidversuche in der Vorgeschichte	Wie viele? Wann? Welche Methode? Wie kam es zur Rettung?	Keine
Kontaktqualität	Verleugnend, verschlossen, manipulativ, wechselnde Angaben, bagatellisierend	Offen, zugewandt, absprachefähig, konstante Angaben
Psychotisches Erleben	Ja	Nein

Abbildung 10: Vorlage Suizid-Checkliste (Frank/Weber 2008)

7.2 Werkzeuge zur Überblicksgestaltung

SozialarbeiterIn vom Tag: darunter wir die Festlegung von einem/einer SozialarbeiterIn für einen Tag verstanden, der/die den Überblick in der

Institution behält. Seine/ihre spezifischen Aufgaben werden in der Sicherheits- und Gesundheitsmappe verschriftlicht und beziehen sich auf das Reagieren auf Not- und Zwischenfälle. (vgl. I5: 454-461)

Figuren: werden eingesetzt, wenn eine Situation chaotisch ist und der/die KlientIn nicht weiß, welches Problemfeld am wichtigsten ist, da alles gleich dramatisch erscheint. Es wird versucht für jedes Thema eine Figur zu bestimmen, die nach Belieben der KlientInnen aufgestellt werden kann. Anschließend soll der/die KlientIn versuchen die Figuren zu ordnen und zu reihen, um einen Überblick über die Dringlichkeit der Probleme zu erhalten. (vgl. I4: 413-428)

Skalenfrage oder Skalierungsfrage: ist eine besondere Art der Fragestellung, die aus der Systemischen Theorie stammt. Damit kann das Gegenüber zu einer differenzierten Selbstbeobachtung angeregt, sowie relevante Informationen gesammelt werden, die über direkte Fragestellungen nicht gewonnen werden könnten. Die am häufigsten verwendete Skala hat den unteren Wert 0 und den oberen Wert 10, wobei der obere Wert die maximale Ausprägung repräsentiert und der Untere die minimale. Die Problemeinschätzung kann zum Beispiel so eingeleitet werden: *„Wenn 10 die Lösung des Problems wäre und 0 das Gegenteil, wo befinden Sie sich im Augenblick?“* (0 würde ausdrücken, dass es das falsche Thema ist, da sowieso keine Hoffnung zur Lösung des Problems besteht. 10 würde bedeuten, dass es sich um ein falsches Thema handelt, jedoch unter der Prämisse, dass das Problem nicht mehr aktuell ist.) (vgl. Institute for excellence 2009: 11)

7.3 Werkzeuge zur Absicherung

Der gelbe Umschlag: ist eine Methode zur Absicherung insbesondere abendlicher, ländlicher Hausbesuche. Den gelben Briefumschlag nimmt der/die LeiterIn des Teams mit nach Hause. Darin sind Informationen enthalten, wer noch wo und bis wann unterwegs ist, inklusive Name, Anschrift, Telefonnummer. Sollte der/die SozialarbeiterIn nicht zur angegebenen Zeit zu Hause sein, können Familienmitglieder mit der Leitung Kontakt aufnehmen, die

dann wiederum versucht, den/die SozialarbeiterIn zu kontaktieren. (vgl. Fabian/Schweikart 2003: 193f)

7.4 Werkzeuge zum Vertrauens- und Kontaktaufbau

Intergratives Sandspiel: ist eine Methode, die ursprünglich aus der „Jung’schen Analyse“ abgeleitet und vorwiegend in der Kinderarbeit eingesetzt wurde. Mittlerweile ist die Methode universell einsetzbar und wird vor allem überall dort angewendet, wo es in der Beratung, Begleitung oder Therapie Menschen gibt, die wenig oder gar nicht reden können und/oder wollen. Mit dem Sandspiel besteht die Chance, einen hilfreichen Prozess einzuleiten, in Gang zu halten oder zu einem positiven Abschluss zu bringen. Das Sandspiel kann auch im Bereich der Symbolarbeit angewendet werden, wo es, durch die Überlistung des Verstandes, zu einer rascheren Konkretisierung der wesentlichen Inhalte beitragen kann. (vgl. Lindner 2008)

7.5 Werkzeuge zur Lösungs-/ Zielfindung

Die Wunderfrage: ist vor allem für Menschen geeignet, die über Probleme sprechen und sich dadurch in einer Art Problemtrance bewegen, in welcher jegliche Lösungsidee und -energie fehlt. Die Wunderfrage ist gut geeignet, um die gewünschten Zustände und die notwendigen Handlungsschritte zu visualisieren und festzuhalten. Mit Hilfe dieser Methode gelingt es den KlientInnen eine Vorstellung darüber zu entwickeln, was sie erreichen wollen, wie sie leben wollen und wie das konkret auszusehen hat. Die Wunderfrage kann folgendermaßen eingeleitet werden: *„Nehmen wir an, Sie gehen nach der Beratung nach Hause. Sie schlafen am Abend ein und über Nacht passiert ein Wunder. Das Problem, das Sie lösen wollten, ist schon gelöst. Sie haben es nicht einmal bemerkt. Es ist einfach so passiert. Woran werden Sie nun am Morgen, wenn Sie aufwachen als Erstes erkennen, dass ein Wunder passiert ist? Und woran ist es noch erkennbar?“* (vgl. Institute for excellence 2009: 2, 6)

7.6 Werkzeuge zur Deeskalation

Paradoxe Intervention: ist eine psychotherapeutische Methode aus der systemischen Therapie, die eingesetzt wird, um eine festgefahrene Sichtweise

zu erschüttern und eine Problemlösung möglich zu machen. Die Paradoxe Intervention dient der Manipulation der KlientInnen und ist überall dort angebracht, wo sich diese den unmittelbaren Wegen zur Veränderung widersetzen. (vgl. Lexikon für Psychologie und Pädagogik 2011a) Beispiel: Ein/eine KlientIn regt sich über etwas furchtbar auf und steigert sich extrem in dieses Problem hinein. Der/die SozialarbeiterIn könnte zum Beispiel ein Tuch aus der Schublade holen und den Computerbildschirm damit putzen.

7.7 Werkzeuge zur Arbeitserleichterung

Checklisten: unterstützen bei der Strukturierung von Arbeitsvorgängen und -abläufen und machen umfangreiche Aufgaben delegierbar. Die Vorteile einer Checkliste sind von der Art und vom Verwendungszweck abhängig und können deshalb sehr unterschiedlich sein. Checklisten können selbst erstellt, übernommen und/oder adaptiert werden. (vgl. Heidenberger 2013b)

Visuelle Zeichen (z.B. Piktogramme, etc.): dienen der Verständigung mit KlientInnen, die auf visuelle Kommunikation bzw. visuelle Unterstützung in der Kommunikation angewiesen sind (z.B. MigrantInnen, Gehörlose, etc.). (vgl. Wickel/Hartogh 2006: 138)

7.8 Werkzeuge zur Meldung potentieller Risiken und Fehler

Critical Incident Reporting System (CIRS): dient der Erfassung und Vermeidung von Zwischenfällen im Beratungsverlauf. CIRS zielt darauf ab, kritische Zwischenfälle und eingetretene Fehler bzw. Risiken zu melden, die noch früh genug entdeckt worden sind, sodass kein Schaden eingetreten ist. Die Meldung kann anonym mittels Formular erfolgen, in dem die Art und die Gründe des Fehlers festgehalten werden. Die Erfassung stellt einen großen Wissensschatz dar und kann als Basis für den Aufbau eines Frühwarnsystems dienen. Mittels der gesammelten Daten können Systemzusammenhänge ermittelt und durch weitere Maßnahmen eine Wiederholung und somit ein tatsächlicher Schadenseintritt verhindert werden. (vgl. Kahla-Witzsch/Platzer 2007:82) Im Folgenden wird ein mögliches Meldeformular gezeigt:

Meldung eines unerwünschten Ereignisses (Risiko, Fehler)

Name *: *Angabe freiwillig	E-Mail-Adresse *: *Angabe freiwillig													
Tätigkeitsbereich:														
Kurzbezeichnung des Ereignisses:														
Art (bitte auswählen)	Häufigkeit: (bitte auswählen)	Berichtsjahr: 2010												
Beschreibung des Ereignisses:														
Zeitraum in dem das Ereignis aufgetreten ist: ☒ Keinen Zeitraum festlegen ☐ Zeitraum festlegen: Datum von: 09.09.2010 Datum bis: 09.09.2010														
Folgen des Ereignisses:	Vorgeschlagene Risikoklasse: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>hoch</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>mittel</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>niedrig</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		hoch	☐	☐	☐	mittel	☐	☐	☐	niedrig	☐	☐	☐
hoch	☐	☐	☐											
mittel	☐	☐	☐											
niedrig	☐	☐	☐											
Ideen zur Abhilfe:														

Abbildung 11: Beispiel für ein Meldeformular (Zeller 2013: eigene Darstellung)

7.9 Werkzeuge zum Qualitätsmanagement

Prozessbeschreibung: dient der Analyse, Identifizierung und Beschreibung eines Prozesses (Kernfrage: „Wer macht was, wann und womit?“). Mittels der Darstellung des Prozessablaufes und den für diesen Prozess relevanten Informationen, können diverse Schnittstellenprobleme und der Optimierungsbedarf erkannt und geregelt werden. Das Schaffen von Transparenz und das Erkennen von Verbesserungsmöglichkeiten soll eine gezieltere Prozessverbesserung ermöglichen. (vgl. BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2013) Im Anschluss finden sich zwei Prozessbeschreibungen. Die Erste zeigt, wie ein optimaler Ablauf im

Umgang mit datenschutzrechtlichen Angaben von KlientInnen aussehen kann und die Zweite visualisiert den Erste Hilfe Ablauf bei überdosierten KlientInnen.

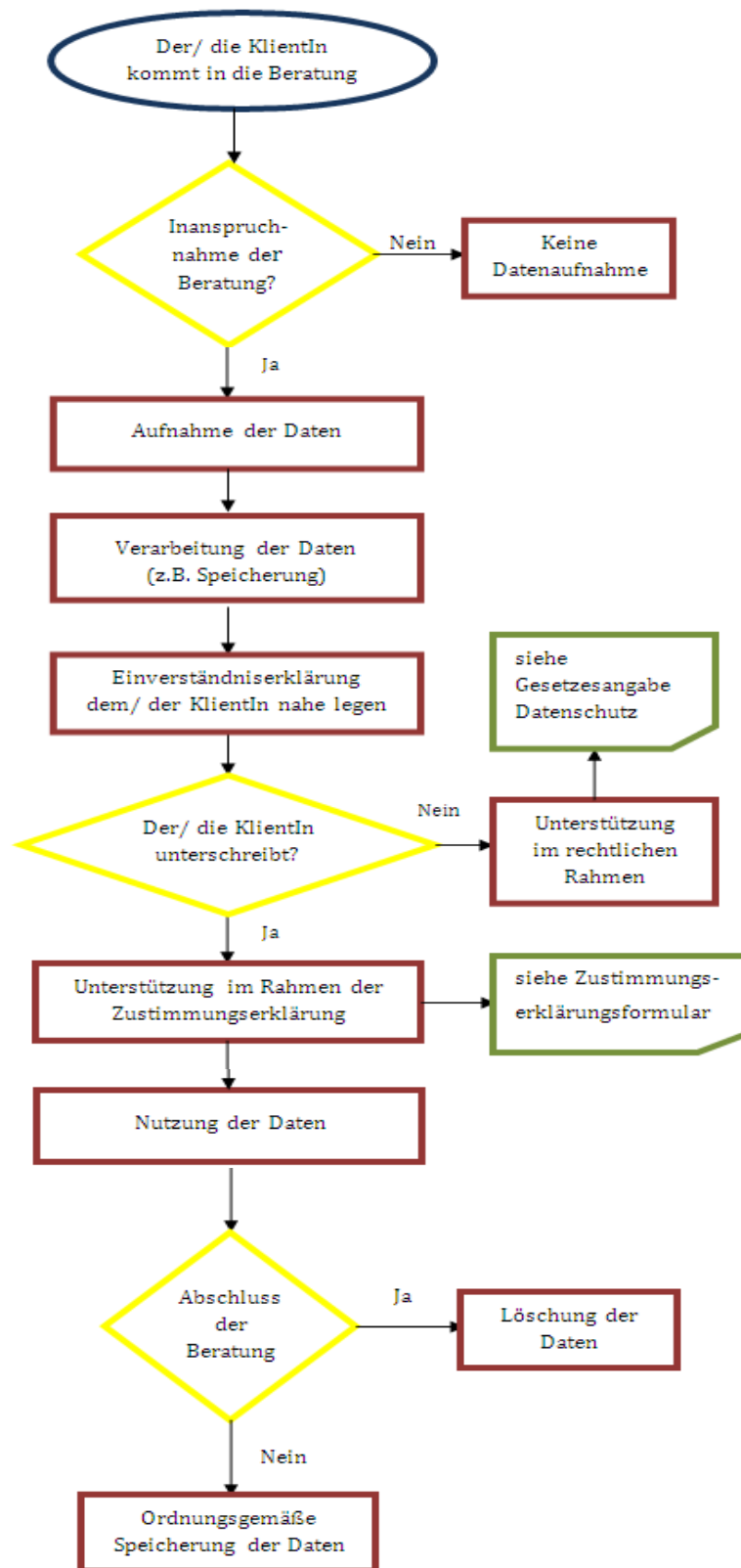


Abbildung 12: Prozessbeschreibung 1 – Umgang mit datenschutzrechtlichen Angaben von KlientInnen (vgl. Steiger 2013: 4ff)

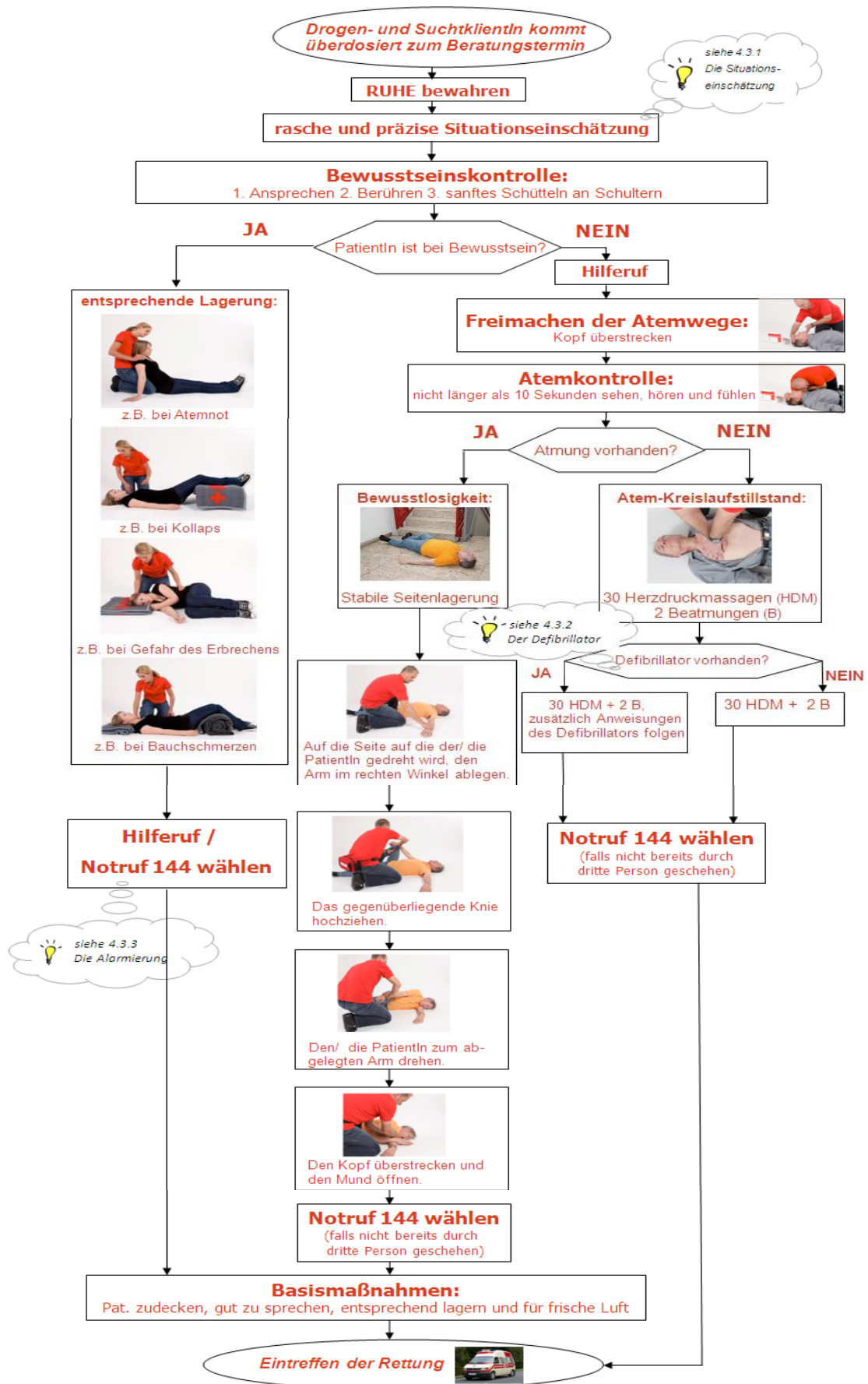


Abbildung 13: Prozessbeschreibung 2 – Umgang mit überdosierten KlientInnen
(vgl. Zeller 2013: 6)

7.10 Werkzeuge im Umgang mit Hygiene

Hygienisches Händewaschen und Desinfizieren: bieten als hochwirksame Hygienemaßnahmen einen hervorragenden Schutz vor verschiedenen Erregern und ansteckenden Keimen. Um zu verhindern, dass Krankheitserreger übertragen werden, müssen zuerst die Hände mit Wasser und Seife gründlich gereinigt und anschließend desinfiziert werden. Die kommende Abbildung bietet eine Anleitung zum hygienischen Händewaschen und desinfizieren.

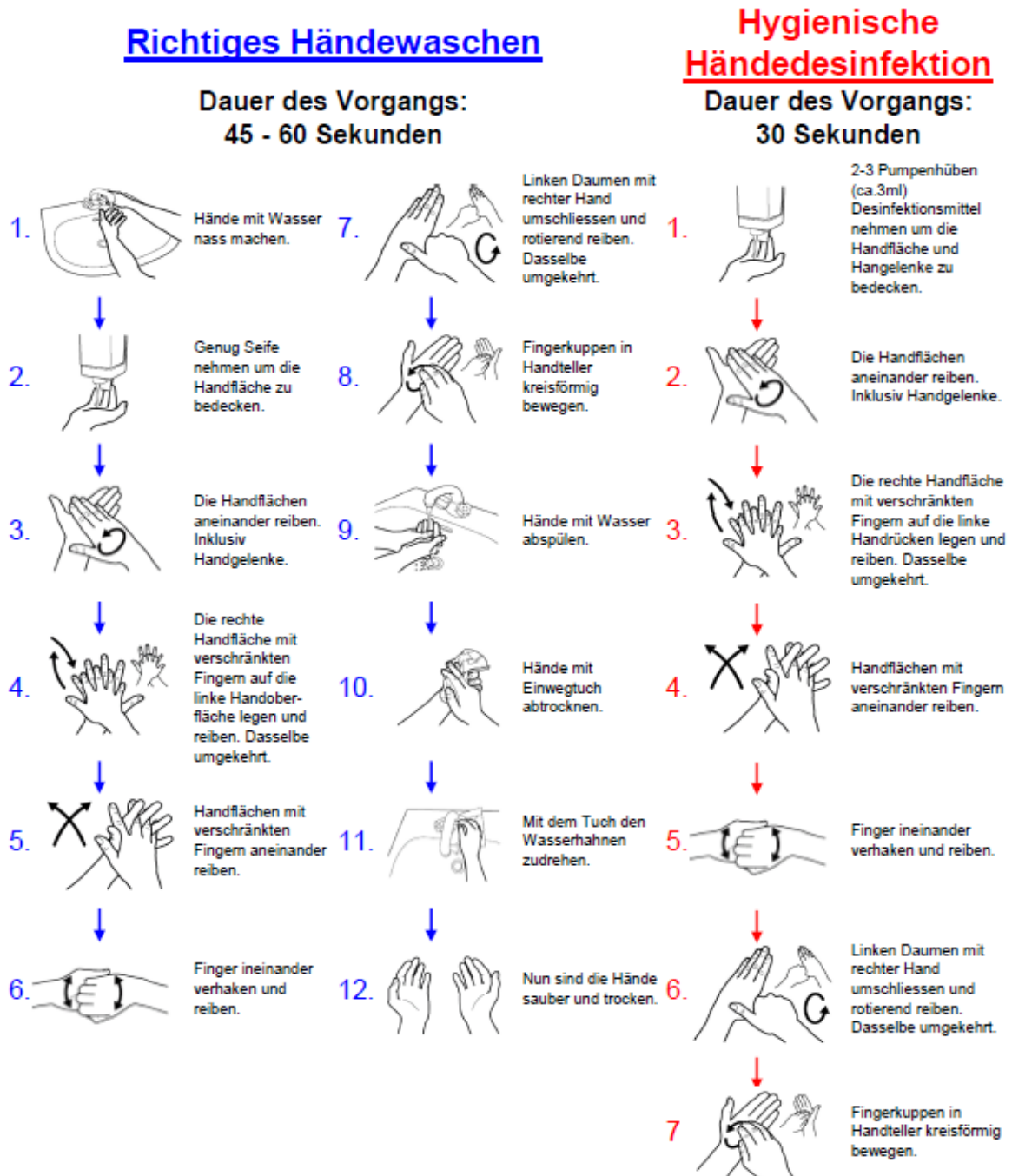


Abbildung 14: Technik des hygienischen Händewaschens und desinfizierens (vanBaerle 2011)

8. Zusammenfassung

Manuela Steiger, BA / Katrin Zeller, BA

In diesem Teil der Arbeit sollen die wichtigsten Ergebnisse aufgegriffen und zusammengefasst werden, sowie eine Beantwortung der Hauptforschungsfrage und der Teilforschungsfragen erfolgen.

Bezugnehmend auf die Hauptforschungsfrage, die darauf abzielt, die Risiken und Fehler in der Tätigkeit als SozialarbeiterInnen im Drogen- und Suchtbereich zu erfassen bzw. präventive Maßnahmen und kurative Interventionen im Umgang damit aufzuzeigen, ergibt sich zusammenfassend folgende Erkenntnis: Grundsätzlich sind SozialarbeiterInnen im Drogen- und Suchtbereich mit latenten und aktiven Fehlern sowie Risiken konfrontiert. Die latenten Fehler gehen von der Organisation aus, finden sich im System (z.B. Organisation, Management, Arbeitsplatz, etc.) verankert und treten nur unter bestimmten Rahmenbedingungen bzw. in gewissen Situationen auf. Die Entstehung von Fehlern innerhalb einer Organisation birgt wiederum Risiken für SozialarbeiterInnen. So kann zum Beispiel der räumliche Kontext im Rahmen einer Beratung ein Risiko für SozialarbeiterInnen darstellen, wenn auf Grund einer nicht veränderbaren Sitzordnung keine Fluchtmöglichkeit besteht. Der latente Fehler, der sich durch eine nicht adäquate Arbeitsplatzgestaltung ergibt, müsste, im Zuge der Möglichkeit einer Veränderung der Sitzordnung, behoben werden, um das Risiko für den/die SozialarbeiterIn auszuschalten oder zumindest zu minimieren. Ist der Fehler nicht lokalisierbar oder nicht annehmbar, muss ein Weg gefunden werden, um damit umzugehen. Im Hinblick auf das angeführte Beispiel, wären dafür mehrere Möglichkeiten denkbar. Dazu würden sich u.a. eine fixe oder mobile Notfall-Glocke bzw. ein Klingelknopf, ein Schlüsselanhänger mit sirenenartigem Ton, ein Diensthandy mit Alarmknopf oder ein Codewort, welches in ein Telefongespräch verpackt wird, anbieten. Neben dem Aufzeigen von konkreten Handlungsmöglichkeiten, wäre zur Abdeckung des gesamten Spektrums an Risiken und Fehlern innerhalb einer Organisation, die Installation eines Risikomanagements und die Schaffung einer sicheren Unternehmenskultur erstrebenswert.

Neben den institutionellen Rahmenbedingungen wurde weiters der/die Drogen- und SuchtklientIn als Risikoauslöser identifiziert. Auf Grund der sozialen, körperlichen und psychischen Problemlagen, die ein/e KlientIn mit sich bringt, können sich zahlreiche Risiken für SozialarbeiterInnen ergeben. Ein Risiko wäre beispielsweise, wenn ein/e KlientIn infektiöses Material (z.B. Spritzen) in der Organisation liegen lässt. Präventive Maßnahmen, die gesetzt werden könnten, um das Auftreten eines unerwünschten Ereignisses bzw. Schadens zu verhindern, wären in diesem konkreten Fall das Informieren der KlientInnen über die richtige Entsorgung von infektiösem Material, über Standorte mit Spritzenautomaten sowie die mediale Aufklärung über einen risikoarmen Umgang mit infektiösem Material. Tritt das unerwünschte Ereignis bzw. der Schaden trotzdem ein, können beispielsweise die folgenden kurativen Interventionen gesetzt werden, die zur Begrenzung, Kontrolle oder Regelung beitragen sollen und eine chronologische Abfolge darstellen: Zu allererst muss die Gefahr, die von einem infektiösen Material ausgeht, erkannt werden. Weiters soll unter Beachtung der Hygienemaßnahmen eine Entsorgung mittels stichfester Gummihandschuhe in Sammelbehältern erfolgen. Bei Verdacht einer Infektion durch beispielsweise eine Nadelstichverletzung sollte das infektiöse Material zur weiteren Diagnostik sichergestellt werden und ein Kontakt mit dem/der Betriebsarzt/-ärztin und dem/der Hygienebeauftragten aufgenommen werden, um festzustellen, ob eine Ansteckung erfolgt ist. Neben diesem erwähnten Risiko konnten noch einige andere identifiziert werden, die sich mit folgenden Techniken und Methoden der Sozialen Arbeit beheben lassen und speziell im Drogen- und Suchtbereich ihre Anwendung finden: Motivierende Gesprächsführung, Krisenintervention, Risflecting, KISS - Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum, Case Management, bio-psycho-soziales Modell.

Ebenso wie die institutionellen Rahmenbedingungen und der/die KlientIn, kann auch die Gesellschaft als Risikoauslöser genannt werden, die einerseits Risiken für SozialarbeiterInnen bergen, andererseits aber auch zu einer Verstärkung der Risiken und Fehler beitragen kann. Die Interviews haben gezeigt, dass die Stigmatisierung und Diskreditierung durch die Gesellschaft sowie ein gesellschaftliches Fehlverständnis, negative Auswirkungen auf das Berufsfeld „Soziale Arbeit“ haben kann. Dadurch, dass die Gesellschaft die KlientInnen auf

Grund ihrer Problemlagen negativ bewertet und sie in der sozialen Hierarchie ganz unten einreicht, kommt es zu einer Diskriminierung für die in der Sozialen Arbeit Tätigen. Problematisch ist weiters, die falsche und oftmals automatische Annahme, dass der Entzug die einzige Lösung bei Suchtproblemen ist. Dies birgt das Risiko, dass der/die KlientIn und/oder der/die SozialarbeiterIn dieses Fehlverständnis übernimmt. Tritt diese Übernahme tatsächlich ein, dann handelt es sich dabei um einen Fehler durch den/die SozialarbeiterIn. Die genannten Risiken (Fehlverständnis, Stigmatisierung und Diskreditierung) können durch Öffentlichkeitsarbeit minimiert werden, die über das Internet oder eigene Medien, wie Prospekte, Faltblätter, Plakate, Videofilme, Informationsstände, sowie durch persönliche Gespräche, einen Vortrag oder Veranstaltungen geleistet werden kann. Weitere Möglichkeiten um die Gesellschaft zu sensibilisieren, stellen eine Förderung des Bewusstseins für gesellschaftliche Zusammenhänge, der Aufbau von verbindungsstiftenden Projekten und die Aktivierung durch den medialen Austausch dar.

Zusätzlich kann auch der/die SozialarbeiterIn selbst als Risikoauslöser fungieren, wenn zum Beispiel keine ausreichenden beruflichen Kompetenzen erworben werden und keine Auseinandersetzung mit den eigenen Normen und Werten und jenen der KlientInnen erfolgt ist. Als Risikofaktor anzusehen wäre beispielsweise ein/e SozialarbeiterIn, der/die das Gefühl hat, die Lösung eines Problems sofort herbeiführen zu müssen. Genauso wie bei den KlientInnen, finden sich auch hier chronologisch angereihte präventive Maßnahmen und kurative Interventionen. Präventiv wird angeraten, sich in Abgrenzung zu üben, auf sich selbst zu achten und sich einen eigenen Maßstab zu setzen. Sollte das Risiko trotzdem eintreten, könnten folgende kurative Interventionen hilfreich sein: Das Wichtigste dabei ist, sich etwas zurückzunehmen und sich bewusst zu machen bzw. zu akzeptieren, dass die Verantwortung bei den KlientInnen bleibt. In dieser Situation kann auch das Wissen darüber, wie man den Druck minimieren kann (z.B. mit Humor, etc.), und die Anwendung von Entspannungstechniken, nützlich sein. Das Erstellen einer Liste der anstehenden Probleme des/der KlientIn und das Vornehmen einer Priorisierung können ebenfalls zur Minimierung des Risikos beitragen.

Zudem konnte festgestellt werden, dass der/die SozialarbeiterIn neben der Funktion als Risikoauslöser, auch in jener des Risikoeingehers auftreten kann.

Als Beispiel kann hierfür das Risiko - der/die SozialarbeiterIn nimmt KlientInnen mit seinem/ihrer Auto mit - genannt werden. Präventiv sollte überlegt werden, welche möglichen Risiken dabei auftreten könnten (z.B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes, etc.). Es sollte eine persönliche Einschätzung darüber, ob man sich die Autofahrt mit dem/der KlientIn zutraut, vorgenommen, sowie dessen/deren Gemütszustand hinterfragt bzw. beachtet werden. Wenn man sich nach reiflicher Überlegung nicht wohl dabei fühlt, den/die KlientIn alleine irgendwohin zu fahren, sollte dies auch klar verdeutlicht werden. Tritt man die Fahrt mit dem/der KlientIn tatsächlich an, dann sollte prinzipiell nur dann mit dem eigenen Auto gefahren werden, wenn die Fahrt erstens vergütet wird und zweitens rechtlich abgesichert ist. Zeigt sich während der Fahrt eine Verschlechterung des Gemütszustandes des/der KlientIn, sollte man anhalten, Ruhe bewahren und die Rettung rufen. Gegebenenfalls kann der/die KlientIn auch in einen Zug oder Bus gesetzt werden, wenn kein gesundheitliches Risiko besteht.

Neben den Risiken, die sich für den/die SozialarbeiterIn ergeben können, kann er/sie auch selbst Fehler verursachen. Diese aktiven Fehler können sich dann ergeben, wenn von einem erwünschten, idealen oder standardmäßigen Zustand oder Verfahren (z.B. durch Rücksichtslosigkeit, Fahrlässigkeit, fehlende Motivation, etc.) abgewichen wird. Ein unerwünschtes Ereignis oder Schaden entsteht, wenn es dem Fehler gelingt durch die Lücken der Sicherheitsbarrieren in einer Organisation durchzuschlüpfen. Ein Beispiel für einen aktiven Fehler wäre, wenn sich der/die SozialarbeiterIn alleine in eine Rauferei und einen Streit einmischt. Vorbeugend ist zu beachten, sich keine Selbstüberschätzung erfolgt und dass man sich die möglichen Risiken (z.B. Verletzungsgefahr, etc.) bewusst macht. Generell empfiehlt es sich, bei Handgreiflichkeiten oder Androhungen von KlientInnen, in der Gruppe aufzutreten. Begegnet man alleine dieser Situation, sollte Flucht, im Sinne von Hilfe holen (z.B. Polizei, etc.), der erste Impuls sein. Begeht man trotz allem den Fehler und versucht den Streit allein zu lösen, können kurative Maßnahmen, wie einen selbstsicheren Umgang mit dem Klientel finden und den körperlichen Übergriff nach draußen, also außerhalb der Institution zu verlagern, greifen. Wesentlich ist es außerdem, auf die Körpersprache und Stimmung der KlientInnen zu achten, um möglicherweise rechtzeitig deeskalierend wirken zu können. Im Sinne der

Konfliktklärung, sollten die beiden streitenden Parteien getrennt und dabei auf die Gesprächsführung geachtet werden. Gegebenenfalls kann KlientInnen auch ein Hausverbot erteilt werden. Um Fehler und Risiken bestenfalls zu vermeiden, würden sich Supervision, ein regelmäßiger Austausch im Team, Wahrnehmen sozialer Ressourcen, Selbsterfahrung/Reflexion und Fort- bzw. Weiterbildungen anbieten.

Im Anschluss wird auf die Teilforschungsfrage, welche potentiellen Risiken und Fehler sich im Drogen- und Suchtbereich finden, eingegangen. Diese zielt darauf ab, jene Fehler und Risiken zu erfassen, die noch denkbar wären bzw. zukünftig auftreten könnten. Die Sammlung der potentiellen Risiken und Fehler für bzw. durch den/die SozialarbeiterIn erfolgte über die Interviews und wurde gleichermaßen mit präventiven Maßnahmen und kurativen Interventionen untermauert. Folgendes potentiell Risiko könnte durch den/die SozialarbeiterIn ausgelöst werden: Der/die SozialarbeiterIn löst bei dem/der KlientIn eine Retraumatisierung aus. Neben dem genannten Risiko könnte der/die SozialarbeiterIn potentielle Fehler wie, er/sie wird im Gespräch aggressiv und/oder missbraucht das Vertrauen des/der KlientIn, machen. Hinsichtlich des/der KlientIn könnte das Risiko eintreten, dass der/die PflichtklientIn nichts mit der Institution, die den Hilfsprozess begleitet, zu tun haben möchte. Ein weiteres Risiko in der Tätigkeit des/der SozialarbeiterIn könnten Institutionen ohne elektronische Datensicherung darstellen. Die erwähnten potentiellen Risiken und Fehler konnten zusätzlich im Zuge unserer Forschung identifiziert werden und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Die letzte Teilforschungsfrage bezog sich auf das Aufzeigen von Werkzeugen, die unterstützend zur Maßnahmensetzung eingesetzt werden können. Der Begriff „Werkzeug“ wird mit der Metapher eines Werkzeugkastens gleichgesetzt, in dem sich mehrere Werkzeuge (Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit) befinden, aus welchen SozialarbeiterInnen das je nach Situation passende Werkzeug auswählt. So finden sich in unserem Methoden- und Techniken-Kasten Werkzeuge, die bei einer Suizidandrohung, zur Überblicksgestaltung, zur Absicherung, zum Vertrauens- und Kontaktaufbau, zur Lösungs- und Zielfindung, zur Deeskalation, zur Arbeitserleichterung, zur Meldung potentieller Risiken und Fehler, zum Qualitätsmanagement und im

Umgang mit Hygiene einsetzbar wären. Als Beispiel wäre das Notfallskärtchen im Falle einer Suizidandrohung zu nennen, das gemeinsam mit dem/der Suizidgefährdeten erstellt wird. Auf dem Kärtchen sollen mindestens drei Telefonnummern von Beratungsstellen, dem/der Hausarzt/-ärztin, Angehörigen, Freunden etc. vermerkt werden, um dem/der Betroffenen Hilfestellung in Notsituationen zu bieten. Dabei ist es wichtig, die Erreichbarkeit abzuklären (Wer ist wann und wo erreichbar?).

Abschließend sollen die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Ergebnisteil aufgezeigt werden, die zur Vermeidung von Risiken und Fehlern für bzw. durch den/die SozialarbeiterIn beitragen können:

1. In der SozialarbeiterIn-KlientIn-Beziehung ist prinzipiell zu beachten, dass auf Grund der vorherrschenden Asymmetrie ein Machtverhältnis entsteht, weshalb der Beziehungsgestaltung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Eine klare Rollendefinition und -gestaltung kann dazu beitragen, dass eine gute Beratungsatmosphäre hergestellt werden kann.
2. Das Lernen von Abgrenzung und das Erkennen und Achten der eigenen Grenzen ist für die sozialarbeiterische Tätigkeit unerlässlich, um sich von KlientInnen nicht einvernehmen und unter Druck setzen zu lassen.
3. Für die Gestaltung einer professionellen Beratungsbeziehung bedarf es eines ausgeglichenen Nähe-Distanz-Verhältnisses, welches sich darin zeigt, dass der/die SozialarbeiterIn den KlientInnen nicht rund um die Uhr zur Verfügung steht und er/sie sich bewusst macht, dass er/sie nicht nur eine/n, sondern mehrere KlientInnen zu betreuen hat. Nur wenn der/die SozialarbeiterIn sich mit seinem/ihrem Selbstbild auseinandersetzt und diesem mit Selbstvertrauen begegnet, kann ein ausgeglichenes Nähe-Distanz-Verhältnis gelingen.
4. Widerstand seitens der KlientInnen soll als Potential und Ressource gesehen werden, mit dem man arbeiten kann. Der/die SozialarbeiterIn sollte den Widerstand als legitim anerkennen, nicht auf sich selbst beziehen und dessen Ursache ergründen.
5. Jede/r KlientIn hat seine/ihre eigenen (positiven und negativen) Erfahrungen, die er/sie in die Beratungssituation mit einem/einer

SozialarbeiterIn mitbringt. Diese können die Zusammenarbeit beeinflussen, was beachtet und anerkannt werden muss.

6. In der Sozialen Arbeit ist die Teamarbeit ein wichtiger Aspekt, der eine wertvolle Grundlage zur Vorbeugung gegen Fehler und Risiken bietet, da durch das gegenseitige Monitoring und die verteilte Arbeitsbelastung verhindert werden kann, dass Handlungsfehler durch eine/n Einzelne/n unbemerkt bleiben. Auf Grund der verschiedenen Begabungen und Fähigkeiten, der größeren kognitiven Kapazität und der unterschiedlichen Standpunkte und Handlungsalternativen, können differenziertere und fundiertere Entscheidungen gefällt werden.
7. Der Kontakt mit KlientInnen schließt eine Auseinandersetzung mit deren Biographie, Lebenswelt und dem gesamten Umfeld mit ein. Die Beschäftigung damit muss bei der Maßnahmenplanung mitbedacht werden.
8. Jede/r SozialarbeiterIn sollte Theorien zu bestimmten Themen seines/ihres Berufsfeldes erwerben, um für die jeweilige Situation gewappnet zu sein. Neben dem Aneignen von Basiswissen (z.B. Arten von Drogen, Wirkung, Handhabung, etc.) sollte man sich auch mit den verschiedensten Techniken und Methoden, wie Deeskalationsmaßnahmen, Konfliktmanagement, Krisenintervention, Gesprächsführungs- und Kommunikationsgrundregeln, etc. auseinandersetzen.
9. In einer Beratungssituation kann eine Situation eintreten, auf Grund derer es bei dem/der SozialarbeiterIn zu einem Blackout kommen kann. Tritt ein derartiger Aussetzer ein, sollte man sich, anstatt der Weitergabe falscher Informationen, diesen eingestehen und das Gespräch unterbrechen (z.B. aufstehen, Fenster öffnen, etc.). Gegebenenfalls kann auch ein/e KollegIn um Rat gefragt oder hinzugezogen werden.
10. Grundsätzlich sollte man den KlientInnen mit einer wertschätzenden und empathischen Grundhaltung begegnen sowie eine reflexive Haltung pflegen bzw. einnehmen.

9. Schlussbetrachtung und Ausblick

Manuela Steiger, BA / Katrin Zeller, BA

Die vorliegende Arbeit zeigt, welche Risiken und Fehler im Drogen- und Suchtbereich in der Tätigkeit der SozialarbeiterInnen auftreten können. Der/die KlientIn, die institutionellen Rahmenbedingungen und die Gesellschaft können als Risikoauslöser für den/die SozialarbeiterIn fungieren. Im Gegensatz dazu, kann auch der/die SozialarbeiterIn aktive Fehler machen (z.B. persönliche Daten, wie Privatnummer preisgeben), ein Risiko selbst auslösen (z.B. Helfersyndrom) oder sich einem Risiko aussetzen, in dem er/sie ein Wagnis eingeht (z.B. Hausbesuch). Mit entsprechenden Maßnahmen (präventiv/kurativ) und Werkzeugen können die einzelnen Risiken und Fehler minimiert bzw. vermieden werden. Ein Risikomanagement und eine sichere Unternehmenskultur gelten als Grundvoraussetzungen, um das gesamte Spektrum an Risiken und Fehlern innerhalb einer Organisation abzudecken. Es wäre daher wünschenswert, wenn mit dieser Masterthesis ein Bewusstsein und ein offener Umgang mit Risiken und Fehlern im Drogen- und Suchtbereich geschaffen werden könnte.

Grundsätzlich stellt der Drogen- und Suchtbereich in Hinblick auf dieses Thema ein wenig beforschtes Gebiet dar. Ein Desiderat weiterer Untersuchungen wäre daher, sich mit den Begriffen „Fehler“ und „Risiko“ näher auseinanderzusetzen und im Zuge dessen eine spezielle für den Drogen- und Suchtbereich geeignete Definition für diese festzulegen, woraus sich voraussichtlich noch weitere Erkenntnisse ableiten ließen.

Literaturverzeichnis

- Andesner, Doris (2011): Substitution (ver)ändert. Die Rahmenbedingungen und die Rolle der Sozialen Arbeit in der oralen Substitutionsbehandlung im Raum Steyr (OÖ). Diplomarbeit, http://www.praevention.at/upload/documentbox/DorisAndesner_Diplomarbeit.pdf am 20.03.2013
- Anton Proksch Institut (2013): Stationäre Therapie, <http://www.api.or.at/typo3/startseite/therapieangebot/therapieprogramm-fuer-alkohol-und-medikamentenabhaengige/stationaere-therapie.html> am 20.03.2013
- Aronson, Elliot / Wilson, Timothy D. / Akert, Robin M. (2008): Sozialpsychologie. 6. Auflage, München: Pearson.
- Austrian Standards Institute (Hrsg.) (2011): Normensammlung Risikomanagement. Die wichtigsten Normen und Regeln mit einer kompakten Einführung in das Thema. Wien: Austrian Standards plus GmbH.
- Bachmair et al. (1996): Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. 6. Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Baierl, Martin (2008): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Bärsch, Tim / Rhode, Marian (2012): Kommunikative Deeskalation. Praxisleitfaden zum Umgang mit aggressiven Personen im privaten und beruflichen Bereich. 3. Auflage, Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Belardi, Nando / Akgün, Lale / Gregor, Brigitte u.a. (2007): Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Beratungsstelle TARA (2013): Hilfe, Selbsthilfe, Traumatherapie, http://www.taraweb.at/cms/index.php?Itemid=0&id=58&option=com_content&task=view am 31.01.2013
- Bergmann, Werner (2006): Was sind Vorurteile? Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/izpb/9680/was-sind-vorurteile?p=all> am 04.02.2013

- Bergner, Thomas M. H. (2010): Burnout-Prävention. Sich selbst helfen – Das 12-Stufen-Programm. 2. Auflage, Stuttgart: Schattauer.
- Bernhard, Paul (2004): Suizidale Krise (1. Teil). Erscheinungsbild und Hypothesenbildung, http://www.paul-bernhard.net/download/Suizidale_Krise_1-Teil.pdf am 26.03.2013
- BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2013): Prozessbeschreibung und Verfahrens-, Arbeits- Prüfungsanweisungen, https://www.bgw-online.de/quintas/generator/Inhalt/Extranet/quintas/Navigation_links/02-DAS-FACHPORTAL/quintas-umsetzen/Praxishilfen/Prozessbeschreibung.html am 10.04.2013
- Biel, Mario (2005): Meine Vitalität. Der Weg zu mehr Ausgeglichenheit, Zufriedenheit und Erfolg. 2. Auflage, Renningen: Expert-Verlag.
- Briner, David (2010): Suizidale Krisen – Interventionsmöglichkeiten. Folien zur Tagung Netzwerk Krise und Suizid. Universität Zürich, http://www.pbs.uzh.ch/index/Referat_Briner.pdf am 04.02.2013
- Blom, Hermann / Gramsbergen-Hoogland (2005): Trennungsgespräche professionell führen. Eine Herausforderung für die unternehmerische Personalarbeit. Renningen: Expert Verlag.
- Bock, Michael / Möller-Sarcio, Petra (2012): Fachliche Hinweise zur Gesprächsführung mit psychisch kranken Eltern(teilen) im Kinderschutz. Arbeitsmaterial, http://www.buendnis-kinderschutz-mv.de/cms/upload/Publikationen/Kiosk/Im_Gespraech_mit_psychisch_kranken_Eltern.pdf am 20.01.2013
- Bodenmüller, Martina (2001): Zwischen Arbeit und Privatleben. In: Sozial extra, 4, 2001, <http://www.bunte-projekte.de/download/grenzen.pdf> am 30.01.2013
- Brühwiler, Bruno (2012): Risikomanagement nach ISO 31000 und ONR 49000. Mit 13 Praxisbeispielen. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wien: Austrian Standards plus GmbH.
- Budäus, Dietrich / Hilgers, Dennis (2009): Öffentliches Risikomanagement – zukünftige Herausforderungen an Staat und Verwaltung. In: Schwintowski, Hans-Peter (2009): Risikomanagement in der Öffentlichen Hand. Berlin, 17-78.

- Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2013a): Gesamte Rechtsvorschrift für ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008910> am 12.03.2013
- Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2013b): Gesamte Rechtsvorschrift für Datenschutzgesetz 2000, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=bundesnormen&Gesetzesnummer=10001597> am 12. 03.2013
- Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2013c): Strafgesetzbuch. Vierter Abschnitt. Strafbare Handlungen gegen die Ehre. Üble Nachrede, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029654> am 21.04.2013
- Bundeskongress für Erziehungsberatung (2011): Handlungsempfehlungen bei Anzeichen für Grenzüberschreitungen, http://www.bke.de/content/application/mod.content/1328173386_bke_Hinweis_Grenzueberschreitungen_3_11.pdf am 18.01.2013
- Bundesministerium des Inneren (2013): 2.1.5 Dokumentation, http://www.orghandbuch.de/nn_414926/OrganisationsHandbuch/DE/2_Vorgehensmodell/21_Projektvorbereitung/215_Dokumentation/dokumentation-node.html?nnn=true am 13.03.2013
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010): Liste, Verfahren und Anzahl der Berufskrankheiten, http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Gesundheit/Berufskrankheiten/010_berufskrankheit.htm am 12.03.2013
- Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (1999): Österreichisches Wörterbuch. 38. Auflage, Wien: Verlag Jugend & Volk.
- Büttner, Claudia / Quindel, Ralf / Thiel, Monika M. (Hrsg.) (2005): Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Callo, Christian (2005): Handlungstheorie in der Sozialen Arbeit. Hand- und Lehrbücher der Pädagogik. Oldenburg: Wissenschaftsverlag GmbH.
- Cerwinka, Gabriele / Schranz, Gabriele (2009): Wenn der Kunde laut wird. Professioneller Umgang mit Beschwerden. Wien: Linde Verlag.

- Comelli, Gerhard / Rosenstiel, Lutz von (2011): Führung durch Motivation. Mitarbeiter für Unternehmensziele gewinnen. 4. Auflage, München: Vahlen-Verlag.
- Cormann, Walther (2006): Psychotherapie der Selbstorganisation. Systemisch-integrative Therapiekonzepte der Persönlichkeitsentwicklung. Lindau am Bodensee: Cormanninstitute Verlag für systemische Praxis.
- Dahmer, Hella / Dahmer, Jürgen (2003): Gesprächsführung. Eine praktische Anleitung. 5. unveränderte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Dannemeyer, Petra (2007): Konflikte lösen. München: Gräfe und Unzer Verlag GmbH.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2011): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (2008): Handbuch Archivarbeit in der Diakonie. Organisieren – Informieren – Dokumentieren, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Dirnberger, Rainer (2010): Vom Bio-Psycho-Sozialen – Modell zum Bio-Psycho-Sozio-Kulturellen (vier Quadranten). Modell: Konzeptentwurf für eine Theorie Multiprofessioneller Zusammenarbeit, http://www.dirnberger.co.at/files/attachments/9221/104548_2010.pdf am 19.03.2013
- DocCheck Medical Services GmbH (2013): Komorbidität, <http://flexikon.doccheck.com/de/Komorbidit%C3%A4t> am 25.03.2013
- Dölz, Susanne / Kauffmann, Carmen (2008): Sich durchsetzen. Planegg: Rudolf Haufe Verlag GmbH & Co. KG.
- Döring, Ingrid / Fraumann, Doris / Heinz, Renate / Wittner, Renate (2006): Was ist bei einer amtsinternen oder amtsübergreifenden Fallübergabe zu beachten?, http://db.dji.de/asd/F049_Doering_etal_iv.pdf am 19.01.2013
- Duden (2013a): potentiell, potenziell. Bibliographisches Institut GmbH, <http://www.duden.de/rechtschreibung/potenziell> am 21.04.2013
- Duden (2013b): Schaden, der. Bibliographisches Institut GmbH, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Schaden> am 27.03.2013
- Duden (2013c): Wagnis, das. Bibliographisches Institut GmbH, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Wagnis> am 27.03.2013
- Eberwein, Werner (2009): Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

- Effinger, Herbert (2009): Die Wahrheit zum Lachen bringen. Humor als Medium in der Sozialen Arbeit. Bonn: VG Bild-Kunst.
- Empowerment.de (2013): Grundlagentext Empowerment. 3. Ressourcen in der pädagogischen Praxis. socialnet GmbH, http://www.empowerment.de/grundlagen/_p3.html am 21.03.2013
- Etzlstorfer, Christoph (2011): Ziele setzen, http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=ziele+setzen&source=web&cd=12&ved=0CHMQFjAL&url=http%3A%2F%2Fwww.etzlstorfer.com%2Fadmin%2Ffile-storage%2Fdownload%2Fzielsetzung.pdf%3Fversion_id%3D1394&ei=DtXqUlnhFoTXtQa54YCoDQ&usq=AFQjCNGyzq6LptE256Sx0nCu5479Bqjivw&bvm=bv.1355534169,d.Yms&cad=rja am 11.02.2013
- European Food Information Council (2010): Veränderung braucht Motivation, <http://www.eufic.org/article/de/artid/Veranderung-braucht-Motivation/> am 11.02.2013
- Fabian, Thomas / Schweikart, Rudolf (Hrsg.) (2003): Brennpunkte der Sozialen Arbeit. Leipziger Beiträge zur Sozialen Arbeit. Band 4. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag.
- Fachstelle für Suchtvorbeugung NÖ (2006): movin`. Motivational Interviewing in der Suchtprävention. 1. Auflage, St.Pölten.
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (2005): Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe, <http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Arbeitsmaterialien/FDRMindeststandardsAmbSH.pdf> am 20.03.2013
- Falk, Juliane / Kerres Andrea (Hrsg.) (2003): Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Farke, Walter / Graß, Hildegard / Hurrelmann, Klaus (2003): Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Farsch, Dirk (2010): Menschliches Leistungsvermögen. Ein Lehrbuch für Piloten nach europäischen Richtlinien. Köln: K.L.S. Publishing.
- Faust, Volker (2013): Aggression und Gewalt durch seelische Störungen, <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/agression.html> am 04.02.2013

- Fehlau, Eberhard G. (2009): Konflikte im Beruf. Erkennen, lösen, vorbeugen. 5. Auflage, Planegg: Rudolf Haufe Verlag GmbH & Co. KG.
- Fengler, Jörg (2002): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg/Lech: ecomed.
- Freitag, Erich (2011): Risiko- und Chancenmanagement, http://pqrst.at/PDFs/PQRST_Risikomanagement_Auszug.pdf am 18.03.2013
- Friedrich Max H. / Golsabahi, Solmaz (Hrsg.) (2009): Klinik – Ort der Begegnung. Arzt – {fremder} – Patient – Beziehung. Reihe: Kulturfällen im klinischen Alltag. Band 1. Berlin: LIT Verlag.
- Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gratz, Wolfgang (o.J.): Skriptum Führung. Fachhochschule St. Pölten. 28.01.2013.
- Greving, Heinrich (2008): Management in der Sozialen Arbeit. Germany: Julius Klinkhardt.
- Großmaß, Ruth (2010): Hard to reach – Beratung in Zwangskontexten, <http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/197/BeratunginZwangskontexten.pdf> am 20.04.2013
- Guggenbiller, Heinrich (2010): Meinen Frieden finden. Wach sein für das, was in uns selbst lebendig ist. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Hall, Kevin (2012): Wie gehen Sozialarbeiter vor? Einzelfallhilfe bzw. Casework. Systemic Lounge, <http://www.systemiclounge.com/professionelle-hilfe/wie-gehen-sozialarbeiter-vor/> am 01.02.2013
- Haus, Karl-Michael (2010): Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen. 2. Auflage, Berlin/ Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Heidenberger, Burkhard (2009): 10 Tipps für Ihre Datensicherung, <http://www.zeitbluten.com/news/2009/10-tipps-fuer-ihre-datensicherung/> am 13.01.2013
- Heidenberger, Burkhard (2013a): Blackout vorbeugen und überwinden – so klappt's, <http://www.zeitbluten.com/news/2011/blackout-ueberwinden/> am 06.02.2013

- Heidenberger, Burkhard (2013b): Checklisten anlegen leicht gemacht, <http://www.zeitbluten.com/checklisten-anlegen/> am 24.04.2013
- Herwig-Lempp, Johannes (2003): Welche Theorie braucht Soziale Arbeit? http://sozialwesen.fh-potsdam.de/uploads/media/Johannes_Herwig-Lempp_Welche_Theorie_braucht_Soziale_Arbeit.pdf am 20.03.2013
- Hornung, Aurelia / Leitsmüller, Heinz / Samsinger, Robert (2005): Die Auswirkungen von Umstrukturierungen auf Beschäftigte und Mitbestimmung, http://www.akwien.at/bilder/d28/Umstrukturierung_Mai2005.pdf am 12.03.2013
- Höllerhage, Michael (2011): Humor in der Interventions- und Beratungspraxis Sozialer Arbeit. Diplomarbeit, Norderstedt: GRIN Verlag.
- HSP-Infoblatt (2010): Liebevoll abgrenzen lernen. Zartbesaitet, http://www.zartbesaitet.net/Liebevoll_abgrenzen.pdf am 08.02.2013
- Humboldt Universität Berlin (2013): Big 5. Persönlichkeitsbeschreibung, http://www2.hu-berlin.de/psychologie/psyttests/ffm/feedback_ex_de.php am 04.02.2013
- Huntenburg, Natali (2011): Hindernisse, <http://www.natali-huntenburg.de/content/category/hindernisse/> am 16.04.2013
- Huth, Dörthe (2011): Selbsterfahrung – sich selbst und andere besser einschätzen. Persönlichkeitsentwicklung @ suite101, <http://suite101.de/article/selbsterfahrung---sich-selbst-und-andere-besser-einschaetzen-a99697#ixzz2OAHq9BFr> am 21.03.2013
- Institute for excellence (2009): Die Wunderfrage. Probleme im Schlaf lösen, http://www.froschkoenige.ch/media/pdf/Modelle/Wunderfrage_LR.pdf am 20.02.2013
- Institut für Deutsche Gebärdensprache – Universität Hamburg (2013): Teamarbeit, <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/I54/I5416.htm> am 08.04.2013
- John, Friedel / Peters-Kühlinger, Gabriele (2010): Mit Druck richtig umgehen. 3. Auflage, Germany: Haufe-Lexware.
- Joines, Vann S. / Stewart, Ian (2008): Persönlichkeitsstile: Wie frühe Anpassungen uns prägen – Bd. I. Handbuch für Therapie & Beratung. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

- Jülichs, Andrea (2009): Weg mit der Müdigkeit im Alltag – 7 Tipps, <http://www.fluentlife.org/weg-mit-der-muedigkeit-im-alltag-7-tipps/> am 21.04.2013
- Kahla-Witzsch, Heike Anette / Platzer, Olga (2007): Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Kaluza, Gert (2011): Stressbewältigung. 2. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Karrer, Werner (2012): Was kann man gegen den Sekundenschlaf tun? Ratgeber, <http://www.lhm.ch/wp-content/uploads/2012/07/Gegen-den-Sekundenschlaf1.pdf> am 11.02.2013
- Kienzle, Theo / Paul-Ettliger, Barbara (2009): Aggression in der Pflege. 4., aktualisierte Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- KISS (2013): Kiss-Programm, <http://www.kiss-heidelberg.de/kiss-heidelberg/de/2/0/programm/kiss.aspx> am 19.03.2013
- Klappenbach, Doris (2006): Mediative Kommunikation. Mit Rogers, Rosenberg & Co. Konfliktfähig für den Alltag werden. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Klar, Sabine (2006): Materialien zur Angewandten Menschenkunde. Institut für angewandte Menschenkunde, http://www.iam.or.at/material/MMK_TT_1.pdf am 01.02.2013
- Kleve, Heiko / Müller, Matthias / Hampe-Grosser, Andreas (2006): Der Fall im System – die Organisation des Systemischen Case Managements. In: Brinkmann, Volker (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler, 21-38.
- Kolbatz, Klaus-Peter (2012): Psychische Erkrankungen: Burn-Out-Syndrom, <http://www.poolalarm.de/gesundheit/index.htm> am 05.02.2013
- Kollmer, Norbert (2007): Mobbing im Arbeitsverhältnis. Was Arbeitgeber dagegen tun können – und sollten. 4. Auflage, Heidelberg, München, Landsberg, Berlin: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.
- Kölblin, Lena (2008): Der gute Sozialarbeiter – Reflexion zur Frage der Grundhaltung in der Sozialen Arbeit. Studienarbeit. Norderstedt: Grin-Verlag.

- Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (2005): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Kremer, Raimar / Lutzi, Jutta / Nagel, Bernd (2011): Unfall als Krise. Beratung von Menschen nach einem traumatischen Erlebnis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Kunz, Stefanie / Scheuermann, Ulrike / Schürmann, Ingeborg (2004): Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Lauber, Annette / Schmalstieg, Petra (2007): Pflegerische Interventionen. 2. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Leune, Jost (2002): Ambulante Einrichtungen. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung - Therapie - Prävention. Landsberg/Lech: ecomed.
- Leitlinien.de (2011): Definitionen, Ziele, Aufgaben, <http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/aufgaben-ziele> am 21.04.2013
- Lexikon für Psychologie und Pädagogik (2011a): Paradoxe Intervention, <http://lexikon.stangl.eu/2919/paradoxe-intervention/> am 20.03.2013
- Lexikon für Psychologie und Pädagogik (2011b): Soziale Erwünschtheit, <http://lexikon.stangl.eu/1807/soziale-erwuenschtheit/> am 26.03.2013
- Lienkamp, Andreas (2005): Ethik in der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien. International Federation of Social Workers, International Association of Schools of Social Work, http://www.wien-sozialarbeit.at/wp-content/uploads/2010/10/Ethiccodex_IFSW.pdf am 08.02.2013
- Linden, Michael / Hautzinger, Martin (2011): Verhaltenstherapiemanual. 7. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Lindner, Walter (2008): Integratives Sandspiel: Fortbildungsreihe zum Integrativen Sandspiel, <http://praxis-lindner.at/sandspiel.html> am 20.03.2013
- Litzcke, Sven / Schuh, Horst (2010): Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz. Umgang mit Leistungs- und Zeitdruck. Belastungen im Beruf meistern. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Maercker, Andreas (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.

- Mahler, Ursu (2011): Der Konflikt-Coach. Sicherer Umgang mit Konfliktsituationen im Familien- und Berufsalltag. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Maier, Klaus-Peter (2004): Prophylaxe der Virushepatitiden. 2. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Managing Risk (2012): Risiko – ein Wort aus dem alten Griechenland, http://www.dnv.de/fokus/risk_management/more_information/risiko_ursprung/index.asp am 18.03.2013
- Mand, Johannes (2008): Lese- und Rechtschreibförderung in Kita, Schule und in der Therapie. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Mayer, Horst Otto (2013): Interview und schriftlich Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6. Auflage, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- Menne, Klaus / Hundsalz, Andreas (Hrsg.) (2006): Jahrbuch für Erziehungsberatung. Band 6. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Merchel, Joachim (2005): Organisationsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Konzepte zur Reflexion, Gestaltung und Veränderung von Organisationen, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Merchel, Joachim (2010): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Middendorf, Conrad (2006): Klinisches Risikomanagement. Implikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen für das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern. In: Eiff, Wilfried von / Prinz, Aloys / Senninger, Norbert / Steinmeyer, Heinz-Dietrich (2006): Münsteraner Schriften zur Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht. Band 2. 2. Auflage, Berlin: Lit-Verlag.
- Miller, William R. / Rollnick, Stephen (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Mitteregger, Mario / Mair, Romana (2013): Konzentrationsübungen – aktiv gegen den Leistungsknick. Ärzte für Allgemeinmedizin,

- <http://www.meinarzt.at/konzentrationsuebungen-aktiv-gegen-den-leistungsknick> am 28.01.2013
- Mück, Herbert (2013): Verhalten bei Massenpanik, http://www.dr-mueck.de/HM_Angst/HM_Massenpanik.htm am 13.03.2013
- Müller-Hermann, Silke (2012): Berufswahl und Bewährung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien.
- Myers, David G. (2008): Psychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Neuffer, Manfred (2002): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim/ München: Juventa Verlag.
- Niehaus, Konstantin (2009): Freuds „Modell der Übertragung und Gegenübertragung“ in der Sozialen Arbeit. Hamburg: Igel-Verlag.
- NLP-Coaching (2013): Lösungsorientierte Suchttherapie. Ausbildungsinstitut Kassel, <http://www.nlp-ausbildung.de/nlp-coaching/suchttherapie.htm> am 18.03.2013
- Nöllke, Matthias (2009): Vertrauen. Wie man es aufbaut. Wie man es nutzt. Wie man es verspielt. München: Rudolf-Haufe Verlag.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2012): Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit, <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/sicherheit-gesundheitsschutz-arbeit.html> am 03.02.2013
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2013): Infektionskrankheiten & Impfungen, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Infektionskrankheiten_und_Impfungen_LN.html am 26.03.2013
- Österreichische Vereinigung für Supervision (2013): Supervision, <http://www.oevs.or.at/beratungsformate/supervision/> am 20.03.2013
- Pallasch, Waldemar / Petersen, Ralf (2005): Coaching. Ausbildungs- und Trainingskonzeption zum Coach in pädagogischen und sozialen Arbeitsfeldern. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Pantucek, Peter (1998): Techniken der Gesprächsführung. Skriptum. Sankt Pölten: Bundesakademie für Soziale Arbeit, <http://www.pantucek.com/seminare/200709avalon/gespraechskript.pdf> am 05.02.2013

- Papadakis, Antal (2013): Übertragung, <http://www.psychology48.com/deu/d/uebertragung/uebertragung.htm> am 16.04.2013
- Paradisi.de (2011): Paranoide Schizophrenie, http://www.paradisi.de/Health_und_Ernaehrung/Erkrankungen/Schizophrenie/Artikel/15355.php am 19.04.2013
- Paula, Helmut (2006): Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Pawlowski, Klaus / Riebensahm, Hans (1998): Konstruktiv Gespräche führen. Fähigkeiten aktivieren, Ziele verfolgen, Lösungen finden. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Pädagogisches Institut für die deutsche Sprachgruppe (2008): Interventionen zur Konfliktbehandlung. Bozen, <http://www.blick.it/angebote/modellmathe/ma0136.htm> am 21.04.2013
- Peltenburg, Michael (2010): Motivierende Gesprächsführung: Kommunikation auf gleicher Augenhöhe. Die Klientin: Expertin ihrer Situation, <http://www.motivationalinterviewing.ch/mi.htm> am 19.03.2013
- Pifko, Clarisse / Reber, Marcel / Züger, Rita-Maria (2009): Betriebswirtschaftslehre für technische Kaufleute und HWD. Grundlagen mit Beispielen, Repetitionsfragen und Antworten sowie Übungen. 2., aktualisierte und ergänzte Auflage, Zürich: Compendio Bildungsmedien AG.
- Poser, Märle (2008): Das Kommunikationsmodell von P. Watzlawick, <https://en.fh-muenster.de/fb12/downloads/intranet/poser/kommunikationsmodell-watzlawick.pdf> am 24.04.2013
- Poulsen, Irmhild (2009): Burnoutprävention im Berufsfeld Soziale Arbeit. Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.
- Psychomedia-Redaktion (2012): Stress – Lexikon der Psychologie. Das PsychologiePortal, <http://www.psychomedia.de/lexikon/stress.html> am 05.02.2013
- R+V (2008): Unternehmen. Existenzgründung, http://www.ruv.de/de/r_v_ratgeber/unternehmen/management/checklistezurstandortwahl.jsp am 12.03.2013

- Rahm, Dorothea (2011): Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. 10. überarbeitete Auflage, Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Rausch, Adly / Hinz, Arnold / Wagner, Rudi F. (2008): Modul Beratungspsychologie. Germany: Klinkhardt.
- Reason, James (1990): Human Error. Cambridge: Cambridge University Press.
- Remschmidt, Helmut / Theisen, Frank M. (2011): Schizophrenie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Rhode, Rudi / Meis, Mona Sabine / Bongartz, Ralf (2003): Angriff ist die schlechteste Verteidigung. Der Weg zur kooperativen Konfliktbewältigung. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Risflecting. ExpertInnenpool für Rausch- und Risikopädagogik (2013): Das Konzept. Risflecting – ein neues Kommunikationsmodell, <http://www.risflecting.at/konzept#chapter-4> am 19.03.2013
- Ritscher, Wolf (2007): Soziale Arbeit: systematisch. Ein Konzept und seine Anwendung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Rohe, Julia / Beyer, Martin / Gerlach, Ferdinand M. (2005): Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals. In: Holzer, Elke / Thomeczek, Christian / Hauke, Eugen / Cohen, Dieter / Hochreuthner, Marc-Anton: Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandel AG, 14-31.
- Rohn, Samuel (2011): Verantwortung in Gesellschaft und Sozialarbeit. Studienarbeit. Thüringen: GRIN-Verlag.
- Romeike, Frank (2004): Lexikon Risiko-Management. 1000 Begriffe Rund Ums Risiko-Management Nachschlagen, Verstehen, Anwenden. Köln: Bank-Verlag GmbH.
- Rothe, Christin (2009): Arbeitsschutz von A-Z. 5. Auflage, München: Rudolf Haufe Verlag GmbH & Co. KG.
- Sachse, Rainer (2011): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Patienten. Die Beratung von Angehörigen, http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=klient%20wird%20unter%20druck%20gesetzt&source=web&cd=6&ved=0CEoQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.psychiatrie-verlag.de%2Ffileadmin%2Fstorage%2Fdokumente%2FDiverse%2FZusatzmaterialService%2FBuecher%2FPV%2F508_Pers

[oenlichkeitsstoerungen%2FPersoenlichkeitsstoerungen_verstehen_Teil_2_Die_Beratung_von_Angehoerigen.pdf&ei=i_HvULXUM4TWtAbFgYGgDQ&usg=AFQjCNFxAAT2oBjOoNDRo-Z0MdZOH-nQYIA&cad=rja](#) am
04.02.2013

Sachse, Rainer (2013): Möglichkeiten und Grenzen der Motivierung von Klienten im Therapieprozess, http://www.ipp-bochum.de/das_ausbildungskonzept/skk-grenzen.htm am 16.04.2013

Sader, Manfred / Weber, Hannelore (1996): Psychologie der Persönlichkeit. Grundlagentexte Psychologie. Weinheim, München: Verlag Juventa.

Sandner, Petra (2013): Was ist soziale Kompetenz? Psychologische Studentenberatung, <http://www.studentenberatung.at/studentenberatung/de/soziale-kompetenz-verbessern.htm> am 31.01.2013

Schäfter, Cornelia (2010): Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Scheidegger, Daniel (2005): Aufbau einer Risikokultur für das Gesundheitswesen. In: Holzer, Elke / Thomeczek, Christian / Hauke, Eugen / Cohen, Dieter / Hochreuthner, Marc-Anton: Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandel AG, 71-77.

Schermer, Franz J. (2006): Lernen und Gedächtnis. Grundriss der Psychologie. Band 10. 4. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Scholl, Armin (2009): Die Befragung. 2. Auflage, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft GmbH.

Seithe, Mechthild (2012): Schwarzbuch Soziale Arbeit. 2., durchgesehene und erweiterte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Senftleben, Ralf (2012): Grenzen haben – Grenzen setzen. Zeit zu leben, <http://www.zeitzuleben.de/18149-grenzen-haben-grenzen-setzen/> am
18.01.2013

Setudegan, Morris / Freund, Daniel (2005): Soziale Arbeit und Entsolidarisierung. Sozialarbeiterische Überlegungen zu gesellschaftlichen Themen. Fachbuch. Norderstedt Germany: GRIN Verlag.

Seydel, Ute (2009): Komorbidität - Sucht und Psychose. Konsequenzen für die psychosoziale Arbeit. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

- Sonnek, Günther (1995): Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. 3. Auflage, Wien: Facultas-Universitätsverlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Soyka, Michael (2010): Drogennotfälle. Diagnostik, klinisches Erscheinungsbild, Therapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Spiegel, Hiltrud von (2004): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. Mit 25 Arbeitshilfen, München: Ernst Reinhardt, GmbH & CO KG, Verlag.
- Spirig, Rebecca (2008): Inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit – ein Flug über Europa. Nicht nur!, Universitätsspital Basel & Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel, http://www.gqmg.de/Dokumente/jahrestagung_2008/hauptsession/Rebecca_Spirig_Multidisziplinaere_Zusammenarbeit-Flug_ueber_EuropaHH30052008.pdf am 19.03.2013
- St. Pierre, Michael / Hofinger, Gesine / Buerschaper, Cornelius (2011): Notfallmanagement. Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 2. Auflage, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Stangl, Werner (2013a): Die vier Seiten einer Nachricht. Ein Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation, <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Komm4Seiten.shtml> am 26.03.2013
- Stangl, Werner (2013b): Drogen, <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/Drogen.shtml> am 21.03.2013
- Stangl, Werner (2013c): Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg, <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/gewaltfreie-kommunikation-rosenberg.shtml> am 28.03.2013
- Steil, Jonas (2008): Positive und negative Therapieeffekte durch Verliebtheit. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Sutterlüty, Marlies (2003): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Skriptum, http://www.telesozial.net/cms/uploads/tx_kdcaseengine/Skriptum_Lebensweltorientierte_Individualhilfe.pdf am 27.03.2013
- Suttrop, Norbert / Kiehl, Wolfgang / Mielke, Martin / Stück, Burghard (2004): Infektionskrankheiten verstehen, erkennen, behandeln. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Tauch, Jörg (2002): Professionalisierung der innerbetrieblichen Fortbildung. Eine empirische Studie in der psychiatrischen Pflege. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Ternes, Doris (2008): Kommunikation – eine Schlüsselqualifikation. Einführung zu wesentlichen Bereichen zwischenmenschlicher Kommunikation. Ein Lehrbuch. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Thiergärtner, Martin (2006): Der Klient Als Kumpel? Nähe und Distanz in der aufsuchenden Drogenarbeit. Diplomarbeit. GRIN Verlag.
- Uhl, Alfred / Springer, Alfred (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich. Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention, <http://www.praevention.at/upload/documentbox/LeitbildentwicklungFS.pdf> am 21.03.2013
- Verein für Soziale Betreuung NÖ-Süd (2013): Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit in der Sozialen Arbeit, http://www.soziale-betreuung.at/?Sozial_online:Gedanken_%26amp%3B_Schriften:Wiener_Erkl%E4rung am 12.04.2013
- Vieten, Markus / Heckrath, Claudia / Falkson, Claudia /Jaeger, Thomas (2005): Medical Skills. Für Famulatur und PJ. 4. komplett überarbeitete Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Vimaladas, Usha (2009): Umgang mit schizophrenen Patienten auf der Notfallstation. Eine Erfahrungsanalyse. Fachschule für Intensiv- und Notfallpflege. Stadtspital Triemli, Zürich. Kurs A 08, <http://www.notfallpflege.ch/schizo.pdf> am 08.04.2013
- Voigt, Dirk / Karavul, Berekat (2011): Umgang mit Widerstand im Projektmanagement, <http://www.projektmanagementhandbuch.de/soft-skills/umgang-mit-widerstand/> am 26.03.2013
- Vollmer, Peter (2007): Umgang mit Suizidalität. Veranstaltungsskript, <http://www.schule-bw.de/lehrkraefte/beratung/beratungslehrer/auffaelligkeiten/suizid/skriptsuizid.pdf> am 05.02.2013
- Wehinger, Sandra (2008): Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit Verschwiegenheit in sozialen Berufen. 2. Auflage, http://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/angestellte-pt/pt/Skriptum_Rechte_und_Pflichten_-Auflage2.pdf am 17.04.2013

- Weingardt, Martin (2004): Fehler zeichnen uns aus. Transdisziplinäre Grundlagen zur Theorie und Produktivität des Fehlers in Schule und Arbeitswelt. Germany: Julius Klinkhardt.
- Weinreich Unternehmensberatung GmbH (2007): Professioneller Umgang mit Beschwerden. Seminarmaterialien – Beschwerdemanagement (Auszug: Einige Inhalte sind ausgeblendet), http://www.brainguide.de/upload/publication/23/u4ac/b119d898af0e6e77d5a12b39372fbe63_1311535354.pdf am 20.04.2013
- Werner, Ulrich (2008): Risikomanagement in sozialen Organisationen am Beispiel der Familienpflege, <http://www.socialnet.de/materialien/attach/3.pdf> am 18.03.2013
- Westerkamp, Meinolf (2003): Rezension zu Ruth Brack, Kaspar Geiser (Hrsg.): Aktenführung in der Sozialarbeit. 3., überarbeitete Auflage, Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag, <http://www.socialnet.de/rezensionen/107.php> am 08.04.2013
- Wickel, Hans Hermann Wickel / Hartogh, Theo (2006): Musik und Hörschäden. Grundlagen für Prävention und Intervention in sozialen Berufsfeldern. Weinheim/ München: Juventa Verlag.
- Widulle, Wolfgang (2011): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. Lehrbuch. 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien.
- Wilke, Monika (2008): Übungsbuch Einfühlsame Kommunikation. Mit sich selbst ins Reine kommen. Die Grundlagen der Methode ESPERE in zehn Schritten. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Wolf, Doris (2013): Helfersyndrom – wenn Helfen zur Sucht wird. PsychoTipps. Psychologische Selbsthilfe Strategien, <http://www.psychotipps.com/helfersyndrom.html> am 06.02.2013
- Wunsch, Matthias (2012): Erste Hilfe. 16h Grundkurs. Folien.
- Zimmer, Andrea (2002): Suizid und Krisenintervention. Prüfungsarbeit zur psychologischen Beraterin, http://www.vfp.de/no-jos/pruef/pruef_arb/08.pdf am 03.02.2013

Weitere Quellen

Interview 1 geführt am 09.07.2012 mit Basissozialarbeiter Herrn Sch.* transkribiert 12 Seiten, 431 Zeilen

Interview 2 geführt am 09.07.2012 mit Basissozialarbeiter Herrn T.* transkribiert 21 Seiten, 707 Zeilen

Interview 3 geführt am 10.07.2012 mit stellvertretendem leitendem Sozialarbeiter Herrn R.* transkribiert 18 Seiten, 719 Zeilen

Interview 4 geführt am 11.07.2012 mit Basissozialarbeiterin Frau M.* transkribiert 20 Seiten, 725 Zeilen

Interview 5 geführt am 11.07.2012 mit Leitendem Sozialarbeiter Herrn U.* transkribiert 21 Seiten, 860 Zeilen

Interview 6 geführt am 11.07.2012 mit Basissozialarbeiter Herrn L.* transkribiert 17 Seiten, 579 Zeilen

Interview 7 geführt am 12.07.2012 mit Basissozialarbeiterin Frau M.* transkribiert 22 Seiten, 877 Zeilen

Interview 8 geführt am 12.07.2012 mit externem Experten Herrn W.* transkribiert 16 Seiten, 523 Zeilen

Interview 9 geführt am 12.07.2012 mit Basissozialarbeiterin Frau S.* transkribiert 17 Seiten, 639 Zeilen

Interview 10 geführt am 13.07.2012 mit Leitender Sozialarbeiterin Frau G.* transkribiert 17 Seiten, 560 Zeilen

Interview 11 geführt am 13.07.2012 mit selbstständigem Basissozialarbeiter Herrn K.* transkribiert 27 Seiten, 970 Zeilen

* Namen wurden zur Wahrung des Datenschutzes anonymisiert.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
altgr.	altgriechisch
Anm.d.V.	Anmerkung der Verfasserin
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
c.a.	circa
d.h.	das heißt
engl.	englisch
et al.	et aliter
etc.	et cetera
ev.	eventuell
ggfs.	gegebenenfalls
i.d.R.	in der Regel
StGB	Strafgesetzbuch
TBC	Tuberkulose
u.a.	unter anderem
u.a.m.	und anderem mehr
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Stichwortverzeichnis



Blackout	„Blackout“ oder auch „Aussetzer“ bezeichnet einen Zustand der Geistesabwesenheit bzw. das kurzzeitige Aussetzen des Denkvermögens. Auslöser für ein Blackout können Angst, Lampenfieber oder Stress sein. Bemerkbar macht sich dieses, indem der Kopf praktisch „leer“ erscheint. Die erforderlichen Informationen lassen sich nicht mehr abrufen. (vgl. Heidenberger 2013a; vgl. Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten 1999: 225)
Burnout	Burnout ist ein körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfungszustand, der meist aus Berufen mit einem hohen Beziehungsaspekt resultiert. Die Wahrscheinlichkeit für Burnout ist bei jenen Menschen erhöht, die mangelnde Anerkennung erfahren, einem ständigen Wechsel der Strukturen und Abläufe ausgesetzt sind, sowie einer zunehmenden Arbeitsverdichtung stand halten müssen. (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2011: 145f)
EinzelgängerIn	Als ein/e EinzelgängerIn wird jemand bezeichnet, der/die sich von den anderen abschottet, keinen Kontakt zu anderen Menschen sucht oder findet und seinen/ihren eigenen Weg geht. (vgl. Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten 1999: 274)
Gegen-übertragung	Bei der Gegenübertragung entstehen Wahrnehmungen und Interpretationen gegenwärtiger Ereignisse oder Vorkommnisse, die ihren Ursprung in der Vergangenheit haben und durch eine spezifische Reizkonstellation ausgelöst werden. Meist handelt es sich dabei um einen ungelösten Konflikt, bei dem keine Befriedigung der Bedürfnisse statt fand (tritt meist in der frühen und späten Kindheit auf). Die Gegenübertragung ist somit eine (un-) bewusste Reaktion auf die Übertragung der KlientInnen. (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2011: 677f)
Helfersyndrom	Menschen mit einem Helfersyndrom haben ein geringes Selbstwertgefühl und holen sich die Bestätigung dafür durch die Hilfestellung für andere. Dabei werden öfters die Wünsche des anderen missachtet. Die angebotene Hilfe von KollegInnen wird ebenfalls nicht angenommen. Die (aufgezwungene) Hilfestellung verdrängt die

	körperlichen Symptome. Der an dem Helfersyndrom Leidende erwartet sich dafür Dankbarkeit und Anerkennung. (vgl. Wolf 2013)
Infektionskrankheiten	Infektionskrankheiten zählen weltweit zu den häufigsten Erkrankungs- und Todesursachen von Menschen. Infektionen werden durch Erreger (Mikroorganismen) wie zum Beispiel Viren, Bakterien, Parasiten oder Pilze verursacht. Sie können über den Verdauungstrakt, die Haut, die Schleimhäute oder durch die Atmung in den menschlichen Körper eindringen und sich vermehren. (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2013)
Komorbidität	Als Komorbidität wird in der Medizin das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung bezeichnet. Die Zusatzerkrankung stellt ein eigenes, diagnostisch abgrenzbares Krankheitsbild dar, das oftmals mit der Grunderkrankung zusammenhängt. (vgl. DocCheck Medical Services GmbH 2013)
Paranoide Vorstellungen	Das Vorherrschen von bestimmten Wahnvorstellungen ist richtungsweisend für die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Daneben sind beispielsweise auch Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen, formale Denkstörungen, Störungen des Affekts und katatone Symptome charakteristisch für diese Erkrankung. (vgl. Remschmidt/Theisen 2011: 16)
Retraumatisierung	Die Retraumatisierung oder sekundäre Traumatisierung ist eine erneute Erinnerung an ein vergangenes Trauma mit einer erhöhten, emotionalen Belastung, ohne dass danach eine nachhaltige Erleichterung eintritt. (vgl. Maercker 2009: 16)
Scheinsicherheit	Scheinsicherheit bezeichnet eine vorgetäuschte, trügerische Gewissheit. (vgl. Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten 1999: 537)
Soziale Distanz	Soziale Distanz gehört zum Aufbau einer professionellen persönlichen Beziehung. Das Ausbalancieren der beiden Pole stellt oft ein Problem dar. Dies ist jedoch einerseits wichtig für die Entwicklung des Verständnisses für die Problemlage der KlientInnen und andererseits muss von einer zu starken Identifikation abgesehen werden. (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2011: 791)
Soziale Erwünschtheit	Soziale Erwünschtheit bedeutet, dass die Personen ihre Antworten an die Erwartungen des Gegenübers

	anpassen, weil sie diesen gerecht werden wollen. Vor allem bei tabuisierten Themen wie Suchtverhalten und bei Personen mit schwachem Selbstbewusstsein tritt diese Tendenz vermehrt auf. Es kann auch durch die Anwesenheit „Dritter“ verstärkt werden. (vgl. Lexikon für Psychologie und Pädagogik 2011b)
Suizidale Krise	Eine suizidale Krise entsteht meistens aus einem äußeren Konflikt, der innerseelisch eine starke Erschütterung mit dem Gefühl der Ausweglosigkeit auslöst. Die Ausweglosigkeit ist verbunden mit dem Wunsch nach Selbstschädigung bis Selbstzerstörung. (vgl. Bernhard 2004: 1)
Übertragungs- gefühle	Die Gefühle (Liebe, Haß, Rebellion, etc.), die ein/e KlientIn dem/der SozialarbeiterIn entgegenbringt, gelten in Realität nicht ihm/ihr als Person. Der/die SozialarbeiterIn wird als „leere Leinwand“ benutzt, auf die der/die KlientIn die Bilder seiner Vergangenheit wirft (Projektion). Um die eigentliche Bedeutung dieser Verhaltensweisen zu verstehen, muss sich der/die SozialarbeiterIn hüten, dem/der KlientIn starke eigene Gefühle entgegenzubringen. Er/sie muss die Neigung zur Gegenübertragung unter Kontrolle halten. (vgl. Papadakis 2013)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Entstehung eines Fehlers. Zottl, Manfred (2010): Landkarte „Risikomanagement im Krankenhaus“ Wien, http://www.jku.at/konferenzen/content/e75349/e101825/e101832/Zottl_ger.pdf am 27.03.2013

Abbildung 2: Das Käsescheibenmodell nach James Reason. Arztbibliothek (2012): Fehlertheorie, <http://patientensicherheit-online.de/fehlertheorie> am 16.03.2013

Abbildung 3: Die Entstehung eines Risikos. Steiger (2013): eigene Darstellung

Abbildung 4: Beispiele für fehler- und risikobegünstigende institutionelle Rahmenbedingungen. Zeller (2013): eigene Darstellung

Abbildung 5: Risikomatrix. Wirz Protection (2013): Risikoanalyse: Klar – Vorausschauend – Fundiert, http://www.wirzprotection.ch/tl_files/layout/images/Risikoanalyse%20-%20die%20Basis%20fuer%20das%20Sicherheitskonzept.png am 18.03.2013

Abbildung 6: Risikobegünstigende Merkmale und Problemlagen von Drogen- und SuchtklientInnen. Zeller (2013): eigene Darstellung

Abbildung 7: Fallbeispiel zum bio-psycho-sozialen Modell. Flaggl, Franz / Lientscher, Michael (2009): Das biopsychosoziale Modell zur Ganzheitsbehandlung: interdisziplinäre Kooperation – Symbiose zwischen Seeanemone und Clownfisch! <http://ebookbrowse.com/flaggl-lientscher-pdf-d322970122> am 22.03.2013

Abbildung 8: Fehlerbegünstigende bzw. risikofördernde Aspekte in der Arbeit der SozialarbeiterInnen. Steiger (2013): eigene Darstellung

Abbildung 9: Übersichtsdarstellung der Fehler und Risiken im Drogen- und Suchtbereich. Steiger (2013): eigene Darstellung

Abbildung 10: Funktionen von SozialarbeiterInnen und deren begünstigenden Faktoren. Steiger (2013): eigene Darstellung

Abbildung 11: Vorlage Suizid-Checkliste. Schneider, Frank / Weber, Sabrina (2008): Klinikmanual. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=978-3-540-78466-1_arbeitsmaterialien.pdf&source=web&cd=3&ved=0CEIQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.springer.com%2Fcd%2Fcontent%2Fdocument%2Fcd%2Fdownloadaddocument%2F978-3-540-78466-1_arbeitsmaterialien.pdf%3FSGWID%3D0-0-45-580099-p173820605&ei=d93eUOW8JieYtQaF_oC4BQ&usq=AFQjCNFRIAwIMChGLh-yKfPxxDagswK_vg&cad=rja am 20.03.2013

Abbildung 12: Beispiel für ein Meldeformular. Zeller (2013): eigene Darstellung

Abbildung 13: Prozessbeschreibung 1 – Umgang mit datenschutzrechtlichen Angaben von KlientInnen. Steiger, Manuela (2013): Prozessbeschreibung. Hausarbeit für die Lehrveranstaltung „Strategisches Management und Qualitätssicherung“. St. Pölten

Abbildung 14: Prozessbeschreibung 2 – Umgang mit überdosierten KlientInnen. Zeller, Katrin (2013): Prozessbeschreibung. Hausarbeit für die Lehrveranstaltung „Strategisches Management und Qualitätssicherung“. St. Pölten

Abbildung 15: Technik des hygienischen Händewaschens und desinfizierens. vanBaerle (2011): Hygiene. http://www.vanbaerle.com/fileadmin/user_upload/Hygiene/PDF/Richtiges%20Haendewaschen%20Desinfektion.pdf am 11.04.2013

Anhang

Interviewleitfaden für die Befragung von ExpertInnen aus dem Drogen- und Suchtbereich

<i>Laufnummer</i>		<i>InterviewerIn</i>	
<i>Datum</i>		<i>Zeit</i>	
<i>Ort</i>			
<i>Verein</i>			
<i>InterviewpartnerIn</i>			
<i>Geschlecht</i>			
<i>Alter</i>			
<i>Zuständigkeitsbereich</i>			

Im Zuge unserer Masterthese an der Fachhochschule in St. Pölten setzen wir uns mit den Risiken, der möglichen Steuerung von Risiken sowie Risikoinventaren im Drogen- und Suchtbereich auseinander. Der Fokus liegt dabei auf Vorfällen die bei einem Betreuungsprozess unerwünschter Weise auftreten/ auftreten können und manchmal - aber nicht immer - vermieden werden können. Die Sammlung von unerwünschten Vorfällen erfolgt anonym und soll als Lernerfahrung der breiten Fachcommunity sowie den Studierenden zur Verfügung gestellt werden. Das Interview wird im Allgemeinen in etwa eine Stunde dauern und auf Tonband aufgezeichnet. Die Datenauswertung erfolgt selbstverständlich anonym. Wenn Sie dazu keine Fragen haben, würden wir gerne mit der Befragung beginnen. Wir haben einige Fragen vorbereitet, die wir Ihnen nun stellen möchten.

Einstiegsfragen:

1. Würden Sie uns zu Beginn ihre bisherigen beruflichen Tätigkeiten und Positionen im Drogen- und Suchtbereich kurz beschreiben?
2. Sie arbeiten jetzt bei Was ist Ihre derzeitige Funktion dort?
3. Wie lange sind Sie dort schon tätig?

Hauptfragen:

- **Thema „RISIKO“**

1. Stellen Sie sich vor, Sie würden eine/n unerfahrenen SozialarbeiterIn einarbeiten. Worauf müsste er/ sie besonders achten?
2. Mit welchen Herausforderungen müsste er/ sie rechnen?
3. Was sind schwierige Situationen, über die er/ sie unbedingt informiert werden sollte?
4. Was würden Sie als hoch problematisch bzw. riskant bezeichnen?
5. Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit des Eintritts?
6. Wie würde sich so eine konkrete Situation abspielen? Könnten Sie ein Beispiel erläutern!

- **Thema „MÖGLICHE STEUERUNG“**

1. Wie gehen Sie mit schwierigen oder riskanten Situationen bzw. Vorfällen um?
2. Was hilft Ihnen dabei, diese zu minimieren?
3. Welche Tipps und Tricks wenden Sie eventuell noch an, die Ihnen helfen eine riskante Situation zu entschärfen?
4. Wie würde dies konkret an einem Fallbeispiel aussehen?

- **Thema „RISIKOINVENTARE“**

1. Welche interne Regelungen/Methoden/Strategien sind Ihnen bekannt, um mit schwierigen oder riskanten Situationen umzugehen?
2. Müssen derartige Situationen in einer bestimmten Art und Weise dokumentiert werden?
 - 2.1 Wie läuft die Dokumentation ab?
3. Gibt es hierfür bereits angefertigte Dokumente?

3.1 Was sind das für Dokumente?

4. Fallen Ihnen noch weitere Hilfsmitteln/Vorgehensweisen ein, die seitens der Institution angewendet werden?
5. Wann kommen diese zur Anwendung?
6. Wieso gerade dann?

- **Thema „CASE MANAGEMENT“**

1. Haben Sie schon von „Case Management“ gehört?

1.1 Was verstehen Sie unter CM?

2. Inwiefern denken Sie, dass Case Management im Drogen- und Suchtbereich sinnvoll wäre?
3. Welche Auswirkungen hätte Ihrer Meinung nach die Installation von Case Management im Drogen- und Suchtbereich?
4. Welchen Stellenwert hat/ könnte Case Management bei der Risikosteuerung haben?
5. Denken Sie, dass Case Management die ideale Methode wäre, wenn bei KlientInnen mehrere Probleme gleichzeitig vorliegen und diese nicht fähig sind, selbstständig die notwendigen Hilfen in Anspruch zu nehmen?
6. Wie würde so eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen ausschauen?
7. Inwiefern wäre diese Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wünschenswert?

Abschlussfrage(n):

1. Gibt es abschließende Fragen, die Ihrer Ansicht nach noch wichtig zu erwähnen wären, von mir jedoch noch nicht angesprochen wurden?

Sonstiges/ Beobachtungen:

ERRATA

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

Seite 143, Abs. 2

Fehler: Ebenso wie die institutionellen Rahmenbedingungen und der/die KlientIn, kann auch die Gesellschaft als Risikoauslöser genannt werden, die einerseits Risiken für SozialarbeiterInnen bergen, andererseits aber auch zu einer Verstärkung der Risiken und Fehler beitragen kann.

Korrektur: Ebenso wie die institutionellen Rahmenbedingungen und der/die KlientIn, kann auch die Gesellschaft als Risikoauslöser genannt werden, die einerseits Risiken für SozialarbeiterInnen birgt, andererseits aber auch zu einer Verstärkung der Risiken und Fehler beitragen kann.

Seite 145, Abs. 2

Fehler: Vorbeugend ist zu beachten, sich keine Selbstüberschätzung erfolgt und dass man sich die möglichen Risiken (z.B. Verletzungsgefahr, etc.) bewusst macht.

Korrektur: Vorbeugend ist zu beachten, dass keine Selbstüberschätzung erfolgt und dass man sich die möglichen Risiken (z.B. Verletzungsgefahr, etc.) bewusst macht.

Seite 156, Abs. 3

Fehler: Der Begriff „Werkzeug“ wird mit der Metapher eines Werkzeugkastens gleichgesetzt, in dem sich mehrere Werkzeuge (Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit) befinden, aus welchen SozialarbeiterInnen das je nach Situation passende Werkzeug auswählt.

Korrektur: Der Begriff „Werkzeug“ wird mit der Metapher eines Werkzeugkastens gleichgesetzt, in dem sich mehrere Werkzeuge (Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit) befinden, aus welchen SozialarbeiterInnen das je nach Situation passende Werkzeug auswählen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Manuela Steiger, BA, geboren am 28.08.1989 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am 30.04.2013



Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Katrin Zeller, BA, geboren am 17.01.1987 in Hollabrunn, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Schöngrabern, am 30.04.2013



Unterschrift