

# **Der psychiatrische Hausbesuch durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen**

Chancen, Auswirkungen und  
Schwierigkeiten des psychiatrischen  
Hausbesuches

DSA Nicola Brandstetter

Diplomarbeit

eingereicht zur Erlangung des Grades  
Magistra (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe  
an der Fachhochschule St. Pölten

im Mai 2008

Erstbegutachterin:  
Univ. Ass. Dr. Silvia Supper

Zweitbegutachterin:  
FH-Prof. DSA Mag<sup>a</sup>. Gertraud Pantucek

# Zusammenfassung

## **Der psychiatrische Hausbesuch durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen – Chancen, Auswirkungen und Schwierigkeiten des psychiatrischen Hausbesuches**

Die folgende Diplomarbeit beschäftigt sich anhand von Literaturrecherchen und empirischer qualitativer Forschung mit dem Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches. Zunächst werden die Merkmale des psychiatrischen Hausbesuches, sowie dessen Chancen, Auswirkungen und Schwierigkeiten untersucht. Das Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches wird im Blickwinkel der derzeitigen Richtlinien des NÖ Psychiatrieplans und auf der Basis des sozialpsychiatrischen Grundgedankens in den aktuellen Theoriediskurs eingebettet. Ein historischer Überblick soll die Entwicklungen und die Motivationen zum psychiatrischen Hausbesuch thematisieren. Ein weiterer Fokus dieser Diplomarbeit soll auf dem professionellen Blickwinkel von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen liegen.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurden neben Literaturrecherchen qualitative Interviews als Erhebungsmethode verwendet und als Auswertungsmethode die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt. Die Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Forschung soll durch acht Kategoriensysteme, unter anderem: ‚nachgehende Sozialarbeit‘, ‚Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung‘ und ‚soziale Diagnostik‘, veranschaulicht werden. Die Interpretation der Ergebnisse basiert auf den Interviews, die mit sechs Experten und Expertinnen durchgeführt wurden. Die Ergebnisse der qualitativen Forschung zeigen nicht nur die Charakteristika von psychiatrischen Hausbesuchen auf, sondern verdeutlichen auch den facettenreichen, professionellen Umgang von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen mit den Herausforderungen und Schwierigkeiten beim psychiatrischen Hausbesuch. Im Resümee findet sich ein Hausbesuchsleitfaden wieder, der in der Praxis als Reflexionshilfe dienen soll.

## **Abstract**

### **The psychiatric home visit of social workers- opportunities, impact and difficulties**

The following diploma thesis deals with the home visit in a psychiatric context. It is based on literature and qualitative research. The characteristics of a psychiatric home visit are described, and the opportunities, impact and difficulties are investigated. The psychiatric home visit at regarding the current guidelines of the 'NÖ Psychiatrieplan' and the principles of social psychiatry are presented. Furthermore an historical overview describes the development of and motivation for psychiatric home visits. The main focus is on the professional attitude of social workers.

Narrative interviews were chosen as a method of collecting data. The method of interpretation is based on Mayring's qualitative content analysis. The present data of the qualitative research are structured and presented in eight categories, such as 'outreach social work', 'the effects on relationship' and 'social diagnosis'. The interpretation of the results is based on the material of the interviews with six experts. The results of the analysis reveal the characteristics of the psychiatric home visit on the one hand, and the various, professional ways of dealing with the challenges and difficulties of the psychiatric home visits of social workers on the other hand. The conclusions provide suggestions for the execution of psychiatric home visits.

# Inhalt

Vorwort.....	7
1 Einleitung.....	8
1.1 Zielsetzung der Arbeit.....	8
1.2 Methoden.....	9
1.2.1 Qualitative Sozialforschung .....	9
1.2.2 Verfahren qualitativer Analyse.....	10
1.3 Gliederung.....	14
2 Grundprinzipien des sozialpsychiatrischen Gedankens.....	15
2.1 Gemeindenähe .....	15
2.2 Regionalisierung.....	17
3 Sozialpsychiatrische Sichtweise von psychischen Erkrankungen.....	19
3.1 Prävention .....	19
3.2 Rehabilitation.....	20
4 Begriffsdefinitionen .....	21
4.1 Der ‚Hausbesuch‘ .....	21
4.2 Das ‚Wohnen‘ .....	23
5 Geschichte des psychiatrischen Hausbesuches.....	24
6 Internationaler Vergleich.....	27
6.1 USA - Das Modell des Home Visiting Teams .....	27
6.2 Frankreich.....	28
6.3 Italien .....	29
6.4 England .....	30
7 Funktionen und Motivationen von psychiatrischen Hausbesuchen.....	31
8 Der Hausbesuch als nachgehende Betreuungsform .....	33

8.1	‚Das Prophetentum‘ oder ‚Der Berg kommt zum Propheten‘ .....	34
9	Formen des Hausbesuches .....	37
9.1	Der Routine Hausbesuch.....	37
9.2	Not- und Krisenhausbesuch .....	38
10	Auftraggeber und Auftraggeberinnen des psychiatrischen Hausbesuches.....	41
10.1	Der Patient und die Patientin als Auftraggeber und Auftraggeberin.....	41
10.2	Das Krankenhaus als Auftraggeber .....	41
10.3	Die Familie und die Angehörigen als Auftraggeber und Auftraggeberinnen	42
10.4	Der Helfer und die Helferin als Auftraggeber und Auftraggeberin.....	43
11	Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Forschung.....	44
11.1	Der Hausbesuch als nachgehende Betreuungsform .....	44
11.2	Die Auftraggeber und Auftraggeberinnen von psychiatrischen Hausbesuchen .....	46
11.3	Soziale Diagnostik .....	48
11.4	Auswirkungen des psychiatrischen Hausbesuches auf die Beziehungsgestaltung.....	53
11.4.1	Der Hausbesucher bzw. die Hausbesucherin als konstante Bezugsperson.....	53
11.4.2	Der Hausbesucher, die Hausbesucherin als Gast.....	55
11.5	Krisenhausbesuch und Zwangseinweisung.....	57
11.6	Gender.....	61
11.7	Professionalität.....	62
11.8	Multiprofessionalität.....	64
12	Darstellung der zentralen Ergebnisse.....	66
13	Zusammenfassung und Empfehlungen .....	70

Literatur.....	76
Anhang.....	81
Eidesstattliche Erklärung.....	85

## **Vorwort**

Seit 2001 bin ich als Sozialarbeiterin sowohl im stationären als auch im extramuralen psychiatrischen Handlungsfeld tätig. Derzeitig bin ich im psychosozialen Dienst, eine Beratungseinrichtung für psychisch kranke Menschen, beschäftigt. Die Beratungsstelle verfügt über ein professionelles Angebot im sozialpsychiatrischen Bereich und bietet Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen bei ihrer sozialen und beruflichen Rehabilitation und Integration an. Zu den Kernleistungen dieses Angebots zählen Beratung, Behandlung, Betreuung und Begleitung. Da psychisch kranke Menschen sehr häufig in ihrer autonomen Lebensführung beeinträchtigt sind und ihren Lebensbereich aufgrund ihrer Erkrankung nicht verlassen können oder wollen, bieten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des psychosozialen Dienstes auch Hausbesuche bei den Betroffenen an. Psychiatrische Hausbesuche werden sowohl von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen, als auch von Ärzten und Ärztinnen durchgeführt. Hausbesuche sind besonders im extramuralen, psychosozialen Bereich ein fixer Bestandteil der täglichen Betreuungsarbeit.

# 1 Einleitung

## 1.1 Zielsetzung der Arbeit

In der vorliegenden Diplomarbeit wird mit Hilfe von qualitativen Interviews und zusätzlichen Literaturrecherchen das Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches genauer beleuchtet. Ziel dieser Arbeit ist das Erforschen der charakteristischen Merkmale des psychiatrischen Hausbesuches. Das Schwerpunktinteresse dieser Untersuchung gilt vor allem dem professionellen Blickwinkel des Sozialarbeiters bzw. der Sozialarbeiterin. Zwar ist der hohe Stellenwert der Sozialarbeit in der Psychiatrie oftmals dargelegt worden, der Stellenwert der aufsuchenden Sozialarbeit hingegen und insbesondere der psychiatrische Hausbesuch ist bis jetzt wissenschaftlich wenig untersucht worden. Im Zentrum des Forschungsvorhabens stehen einerseits die deskriptive Erfassung des Problemfeldes, sowie die Darstellung der vorhandenen Sichtweisen und Erfahrungen vom professionellen Blickwinkel des Sozialarbeiters bzw. der Sozialarbeiterin. Die theoretische Auseinandersetzung mit dieser Thematik soll nicht nur dazu genutzt werden, um das Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches näher zu beleuchten, sondern auch um einen Reflexionsleitfaden für psychiatrische Hausbesuche zu entwickeln.

Die folgende Arbeit ist besonders an folgenden Fragestellungen interessiert:

- Was sind die Charakteristika des psychiatrischen Hausbesuches?
- Welche Aspekte sind aus der Sicht des Sozialarbeiters und der Sozialarbeiterin in der Planung und Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen zu beachten, um ein höchstes Maß an Professionalität in der Klienten- und Klientinnenbetreuung zu gewährleisten?



## **1.2 Methoden**

Für die Datenerhebungen wurden die Methoden der qualitativen Sozialforschung und Literaturrecherchen verwendet.

Als Forschungsmethode wurde das problemzentrierte Experteninterview mit narrativen Anteilen eingesetzt.

### **1.2.1 Qualitative Sozialforschung**

Ein wichtiger Anspruch des qualitativen Forschens ist die Offenheit dem zu untersuchenden Gegenstand bzw. Subjekt gegenüber, die methodischen Verfahren jedoch unterliegen einer genauen Kontrolle. Qualitative Sozialforschung fordert eine möglichst nahe Anknüpfung an der natürlichen, alltäglichen Lebenssituation. Das Postulat möglichst großer Alltagsnähe des Untersuchungsmaterials gilt auch deshalb, weil die gewonnenen Forschungsergebnisse wiederum auf Alltagssituationen hin verallgemeinert werden sollen. Die qualitative Sozialforschung orientiert sich stets an der Ganzheit des zu untersuchenden Subjekts in Bezug auf die konkreten Probleme in seinem alltäglichen Kontext. Das Vorverständnis des Forschers gegenüber seinem Forschungsgegenstand wird als ein legitimer Erkenntnisgewinn betrachtet. (vgl. Mayring 2002:24-25)

### **Auswahl der Population**

Als Experten und Expertinnen gelten in diesem Forschungsprojekt Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, die Hausbesuche durchführen und die über ein theoretisches und empirisches Wissen über diese Thematik verfügen. Die Auswahl der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen wurde mit Hilfe des ‚a priori Sampling‘ ermittelt, da durch möglichst unterschiedliche Typen von Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen verschiedene Sichtweisen herausgearbeitet werden sollen. Beim ‚a priori Sampling‘ werden die Befragten nach Kriterien ausgewählt, die sich aus der Fragestellung ergeben. (vgl. Denz 2005:63) Um einen differenzierten Blick über das Forschungsfeld zu erlangen, wurden einerseits Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen befragt, die schon über langjährige praktische Erfahrungen in der psychiatrisch nachgehenden Sozialarbeit verfügen und andererseits jüngere Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, die erst zu Beginn ihrer beruflichen Erfahrung stehen. Ein zusätzliches Kriterium für die Auswahl war die Zusammenstellung der

Befragten nach ihrem Geschlecht. Es wurden 2 männliche Sozialarbeiter und 3 weibliche Sozialarbeiterinnen befragt. Um einen anderen professionellen Blickwinkel zu gewinnen, wurde eine Fachärztin für Psychiatrie befragt. Alle Interviewten sind derzeit in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich tätig.

Das Interesse der Befragten am Forschungsthema war groß, jedoch die Tatsache, dass die Informationen auf einem Tonträger aufgenommen wurden, war mit großer Skepsis behaftet. Die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen waren während des Interviews sehr konzentriert und strukturiert, einige schienen gut vorbereitet zu sein. Die Interviews wurden in Zweiergesprächen geführt, auf einen Tonträger aufgezeichnet und in Folge vollständig transkribiert. Da das Forschungsvorhaben unter anderem an der professionellen Sichtweise der Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen interessiert war, wurde als Interviewort die Beratungsstelle der befragten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen gewählt. Die Interviews dauerten im Durchschnitt zwischen 15 und 30 Minuten. Allen Interviewten wurde zugesichert, dass Namen und persönliche Daten anonymisiert und nicht veröffentlicht werden.

### **1.2.2 Verfahren qualitativer Analyse**

Mayring sieht die Stärken und Bestrebungen der qualitativen Ansätze in der Deskription und Systematisierung der verwendeten Techniken um sie klar, handhabbar und angemessen einem Gegenstand zuführen zu können. Mayring unterscheidet zwischen Erhebungstechniken, die der Materialgewinnung dienen, Aufbereitungstechniken, die der Sicherung und Strukturierung der Daten dienlich sind und Auswertungstechniken, die eine Materialanalyse zum Ziel haben. (vgl. Mayring 2002:65)

### **Erhebungsverfahren**

Eine bedeutende Rolle in der Methodik der qualitativen Forschung schreibt man dem verbalen Zugang bzw. dem Gespräch zu. Man kann zwischen unterschiedlichen qualitativen Gespräch bzw. Interviewtechniken unterscheiden, die durch offene Frageformulierungen und verschiedene Strukturierungsgrade gekennzeichnet sind. (vgl. Mayring 2002:66-67) In der vorliegenden Arbeit wurde eine teilstrukturierte Interviewform gewählt, nämlich das problemzentrierte Interview mit narrativen Anteilen. Um einen möglichst offenen Zugang zu erlangen, wurde zu Beginn jedes Interviews eine narrative Frage formuliert. Die Interviewten sollten die Möglichkeit

bekommen mit Hilfe einer erzählgenerierenden Fragestellung ihre Sichtweisen zu präsentieren. Danach wurden in Form eines Leitfadens die Aspekte angesprochen, die dem Forschungsanliegen dienen, jedoch im Laufe des Interviews nicht erwähnt wurden bzw. nur gestreift wurden.

### **Das narrative Interview**

„Das narrative Interview will durch sein freies Erzählen von Geschichten zu subjektiven Bedeutungsstrukturen gelangen, die sich einem systematischen Abfragen versperren würden“ (Mayring 2002:73).

### **Das problemzentrierte Interview**

In dieser Form des Interviews werden alle offenen und halbstrukturierten Interviews zusammengefasst.

„Das problemzentrierte Interview wählt den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren. Dazu soll eine Vertrauenssituation zwischen Interviewer und Interviewten entstehen“ (Mayring 2002:69).

Das problemzentrierte Interview bzw. das Leitfadeninterview wird bei stärker theoretisch vorstrukturierten Fragestellungen eingesetzt und ist daran interessiert, wie sich Individuen unter konkreten gesellschaftlichen Strukturen verhalten und entscheiden. Die Vorstrukturierung sollte jedoch nicht so starr gehalten sein, dass der Befragte keinen Raum mehr hat seine Sicht der Wirklichkeit darzustellen. (vgl. Denz 2005:62)

### **Leitfaden:**

- Welchen Nutzen sehen Sie in der Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen?
- Wie wirken sich Hausbesuche Ihrer Meinung nach auf die Beziehungsgestaltung aus?
- Welche Rolle spielt der Genderaspekt bei der Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen?
- Welche Aspekte müssen in der Planung und Durchführung psychiatrischer Hausbesuche bedacht werden, damit er Ihrer Meinung nach gelingen kann?

## **Auswertungsverfahren**

Da bei der inhaltsanalytischen Auswertung der vorliegenden Interviews die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, erfolgte die Transkription bis auf eine Ausnahme in normalem Schriftdeutsch.

Die Auswertung der sechs Interviews erfolgte mit Hilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring.

„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring 2002:115).

Gemäß der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring wurde das gesamte Material generalisiert und die verallgemeinerten Bedeutungseinheiten weggelassen, die bereits vorgekommen sind. Danach wurden ähnliche Bedeutungseinheiten gebündelt, sodass sich aus den verschiedenen Aussagen die Kategorien bildeten und folglich ein Kategoriensystem entwickelte. (vgl. Mayring 2002:96)

Die Kategorien, die aus den geführten Interviews herausgefiltert wurden, lauten:

1. Der Hausbesuch als nachgehende Betreuungsform
2. Die Auftraggeber und Auftraggeberinnen von psychiatrischen Hausbesuchen
3. Soziale Diagnostik
4. Auswirkungen des psychiatrischen Hausbesuches auf die Beziehungsgestaltung
5. Krisenhausbesuch und Zwangseinweisung
6. Gender
7. Professionalität
8. Multiprofessionalität

Ein Auswertungsbeispiel der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring findet sich im Anhang.

## 1.3 Gliederung

Im Folgenden soll ein genauer Überblick über die einzelnen Kapitel geschaffen werden. Einführend wird im zweiten Kapitel die Einbettung des Forschungsthemas in die allgemeine Theorie bzw. in die momentanen sozialpsychiatrischen Ansätze und Bestrebungen vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang sollen die Grundprinzipien des sozialpsychiatrischen Leitgedankens, die für den extramuralen Bereich von großer Bedeutung sind, erklärt werden. Besonders wichtig erscheint hier außerdem die Auseinandersetzung mit dem NÖ Psychiatrieplan, der die Basis der psychosozialen Versorgung im stationären, als auch im ambulanten Betreuungsbereich darstellt. Einen kurzen Überblick über die sozialpsychiatrische Sichtweise von psychiatrischen Erkrankungen soll das dritte Kapitel schaffen. Das vierte Kapitel setzt sich mit den relevanten Begrifflichkeiten rund um das Forschungsthema auseinander. Das fünfte Kapitel soll mit Hilfe einer kurzen Zusammenfassung über die historischen Entwicklungen des psychiatrischen Hausbesuches am Beispiel USA, Frankreich, Italien und England Aufschluss geben. Das Anreißen der historischen, internationalen Erscheinungsformen des psychiatrischen Hausbesuches soll im sechsten Kapitel mögliche Motivationen, die zur Implementierung des Hausbesuches geführt haben, erläutern. Weitere Motivationen und Funktionen von psychiatrischen Hausbesuchen soll eine aktuelle Studie aus Deutschland im siebenten Kapitel darlegen. Das achte Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema der nachgehenden Betreuungsform des psychiatrischen Hausbesuches und gibt einen praxisnahen Einblick in ein aktuelles Modellprojekt im extramuralen Bereich. Das neunte Kapitel umreißt die verschiedenen Formen des psychiatrischen Hausbesuches. Im zehnten Kapitel wird der Fokus auf die verschiedenen Auftraggeber und Auftraggeberinnen des Hausbesuches gelegt. Die Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Sozialforschung erfolgt im elften Kapitel. Hier werden die wesentlichen Erkenntnisse der Untersuchung festgehalten und die Besonderheiten des beforschten Phänomens herausgearbeitet. Im zwölften Abschnitt sollen anschließend die zentralen Ergebnisse komprimiert zusammengefasst und in Bezug auf die anfänglich formulierten Forschungsfragen gesetzt werden. Gestützt auf die Untersuchungsergebnisse wird im letzten Kapitel ein Hausbesuchsleitfaden, der wiederum den Bogen zur Praxis spannt, die Arbeit abschließen.

## 2 Grundprinzipien des sozialpsychiatrischen Gedankens

Bevor das eigentliche Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches näher beleuchtet wird, sollen zur Einführung in das Thema die Grundprinzipien des sozialpsychiatrischen Leitgedankens erläutert werden.

### 2.1 Gemeindenähe

Die ersten Grundgedanken der modernen Sozialpsychiatrie haben bereits im 18. und 19. Jahrhundert ihre Wurzeln. Brosch führt an dieser Stelle zwei Beispiele an: Der Engländer William Battie beschloss nach empirischen Studien an psychisch kranken Menschen im St. Luke`s Hospital: „Management did much more than medicine“ (Battie 1758 zit. in Brosch 1995:59). Aber auch der deutsche Psychiater Wilhelm Griesinger formulierte Grundgedanken einer gemeindenahen Psychiatrie, indem er die Einrichtung kleiner Stadtasyle forderte, die in den Gemeinden Hausbesuche und Nachsorge unter Betonung der natürlichen Lebensumgebung ermöglichen sollten. (Griesinger 1845 zit. in Brosch 1995:59) Seitdem hat sich in der sozialpsychiatrischen Landschaft sehr viel getan, ein deutlicher Trend zu Deinstitutionalisierung ist merklich, die Bettenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern wird reduziert und es wird versucht die Aufenthaltsdauer zu verkürzen. (vgl. Brosch 1995:64)

Brosch definiert Gemeindenähe wie folgt:

„Die Praxis der Sozialpsychiatrie trachtet danach, die soziale Integration der PatientInnen zu erhalten oder sie so bald wie möglich wiederherzustellen und die sozialen Beziehungen so zu gestalten, dass sie für den Krankheitsverlauf bzw. Gesundungsprozess optimal sind. PatientInnen sollen möglichst in ihrer natürlichen sozialen Umwelt behandelt werden, ein Krankenhausaufenthalt soll so kurz wie möglich dauern, die Angehörigen sollen in die Behandlung einbezogen und die örtlichen Gegebenheiten berücksichtigt werden“ (Brosch 1995:60).

Aufgrund des Grundgedanken der gemeindenahen Versorgung und der laufenden Entwicklungen in Richtung Deinstitutionalisierung gewinnt der Hausbesuch immer mehr an Bedeutung. Ein extramurales Setting sollte einer stationären Behandlung so weit wie möglich vorgezogen werden. Die extramurale Versorgung inkludiert alle Einrichtungen außerhalb des zuständigen (meist regionalen) Krankenhauses,

erweitert und ersetzt oftmals die stationären Betreuungsmaßnahmen. Das ambulante Betreuungswesen fördert nicht nur die Wiedereingliederung der Psychatrieerfahrenen in das soziale und berufliche Leben, sondern hat meist auch eine deutliche Senkung der Wiederaufnahmeraten und eine damit verbundene Verringerung der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen zur Folge. Darüber hinaus könnten wirtschaftlich bessere Ergebnisse mit der weitaus kostengünstigeren außerstationären Betreuung im Vergleich zum kostenaufwändigerem stationären Versorgungsbereich erzielt werden. (vgl. Österreichischer Rechnungshof 1995-1996:79-80)

Gemäß den Erkenntnissen der psychiatrischen Versorgungsforschung basiert eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung auf einem strukturierten Aufbau eines abgestuften Versorgungssystems im stationären, ambulanten und extramuralen Bereich. Ein solches Versorgungssystem sollte dem Prinzip der Subsidiarität entsprechen, d.h. psychisch Kranke wären in der Regel im sozialen Umfeld der Patienten zu behandeln. (vgl. österreichischer Rechnungshof 1995-1996:76-77)

Studien des österreichischen Rechnungshofes, die auf die Frage der psychiatrischen Versorgung psychisch Kranker in Österreich Bezug nehmen, empfehlen die Einbindung der psychiatrischen Versorgung in die allgemeine Gesundheitsversorgung bzw. die Installation psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser. Es wird festgehalten, dass die Betreuung psychisch Kranker in isolierten psychiatrischen Krankenhäusern, d.h. keine Behandlungsmöglichkeiten in Wohnortnähe, zu einer massiven Unterversorgung der Patienten und Patientinnen in Randregionen führt. Laut Studien des österreichischen Rechnungshofes erfüllen psychiatrische Einrichtungen nur dann ihre Versorgungsfunktion, wenn sie gemeindenah bereitgestellt werden, d.h. innerhalb einer Reisezeit von höchstens einer Stunde mit einem öffentlichen Verkehrsmittel erreichbar sind. (vgl. Österreichischer Rechnungshof 1995-1996:55-56)

Unter geschichtlichen Gesichtspunkten bedeutet das Konzept der gemeindenahen Versorgung die Rückkehr der psychisch Kranken in die Gesellschaft. Gemeint ist hier die Rückkehr der Betroffenen in ihre gewohnte Umwelt. In diesem Zusammenhang wird oftmals von Deinstitutionalisierung gesprochen, die jedoch nur erfolgreich angesehen werden kann, wenn ausreichend und passende Versorgungsangebote



vorhanden sind. Burkhart Voges schreibt in einer Zusammenfassung einer Telefonstudie über die Einflussfaktoren einer gemeindenahen Versorgung:

„Mit Gemeindenähe ist nicht nur eine örtliche Bestimmung, sondern auch die Schaffung eines Umfeldes für psychisch kranke Menschen gemeint, das zum einen konkret in der Erreichbarkeit, d. h. mit freiem Zugang und in zumutbarer Entfernung zu Hilfsangeboten besteht;“ (Voges 1998:289)

## **2.2 Regionalisierung**

Diese und einige andere Theoriemodelle finden sich auch im NÖ Psychiatrieplan wieder, der in NÖ die Leitlinie für Planungen und Initiativen im psychiatrischen Bereich darstellt. In den Leitlinien des NÖ Psychiatrieplans 1995 (Evaluierung 2003) lassen sich Schlagwörter wie Lebensfeldzentrierung und Regionalisierung der Versorgungspflichten für die Region finden. Die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung verfolgt die Absicht, jeder Person in Niederösterreich in einer zumutbaren, geographischen Entfernung alle benötigten psychiatrischen Versorgungsleistungen zur Verfügung zu stellen. Die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgungsleistungen soll vor allem auf jene Personen abzielen, die ein Unterstützungsangebot in Wohnortnähe nutzen möchten. Als Vorteile einer regionalen Versorgung werden die bei psychischen Erkrankungen oftmals notwendige Kooperation und Vernetzung verschiedener sozialer und medizinischer Einrichtungen innerhalb einer Region gesehen. Der NÖ Psychiatrieplan betont also in seiner evaluierten Fassung die Notwendigkeit der leichten Erreichbarkeit von Diensten und sieht sie als Voraussetzung für die Realisierung des Prinzips Lebensfeldnähe. (vgl. Katschnig/Denk/Weibold 2003:3-7)

„Der wichtigste Grund für die Regionalisierung ist die leichte Erreichbarkeit von Diensten und Einrichtungen durch die Bevölkerung, und – umgekehrt – die leichte Erreichbarkeit der Bevölkerung durch mobile Dienste (dies gilt besonders für Notfalldienste, aber auch für reguläre Hausbesuche), was die Voraussetzung dafür ist, dass das Prinzip der Lebensfeldnähe realisiert werden kann“ (Katschnig/Denk/Weibold 2003:7).

Ein sehr umfangreiches Kapitel des NÖ Psychiatrieplans beschreibt die ambulanten und mobilen Dienste auf Bezirksebene. Für das psychiatrische Versorgungsmodell

bedeutet dies, dass psychisch schwer kranke Menschen über ein differenziertes, ambulantes und sehr häufig mobiles Unterstützungsangebot betreut werden. „...schwer kranke Menschen, die wegen reduzierter Krankheitseinsicht oder verringerter Motivation eine besonders niedrige Schwelle für das ambulante Aufsuchen von fachlicher Hilfe benötigen bzw. prinzipiell dort aufgesucht werden müssen, wo sie wohnen, ...Im Wesentlichen handelt es sich dabei um PatientInnen mit komplexen psychiatrisch-psychosozialen Problemen. Das Kriterium der Ablehnung psychiatrischer Hilfe bzw. fehlender oder geringer Motivation, solche Hilfen in Anspruch zu nehmen, bedeutet, dass oft darum geworben werden muss, dass die Betroffenen Hilfe in Anspruch nehmen“ (Katschnig/Denk/Weibold 2003:28-29). Der psychiatrische Hausbesuch wird in Anbetracht dieser Versorgungsmodelle in Zukunft mehr und mehr in den professionellen Fokus geraten und somit zu einem relevanten, sozialarbeiterischen Phänomen.

### **3 Sozialpsychiatrische Sichtweise von psychischen Erkrankungen**

Beschwerden von Patienten und Patientinnen werden im Blickwinkel sozialpsychiatrischer Grundgedanken nicht nur als Symptome betrachtet, sondern auch als Behinderungen im Alltagsleben und im Kontakt mit dem sozialen Umfeld. Brosch meint mit ‚primärer Behinderung‘ die eigentlichen Krankheitssymptome, mit ‚sekundärer Behinderung‘ die Schwierigkeiten, die aufgrund der Übernahme der ‚Patienten- und Patientinnenrolle‘, dem Verlernen von Alltagsfähigkeiten, und dem damit verbundenen Verlust an Autonomie und Entfaltungsmöglichkeiten, entstehen. Unter ‚präorbiter Behinderung‘ versteht Brosch eine schon vor der Erkrankung bestehende soziale Behinderung wie z.B. durch fehlende Berufsausbildung, oder ungünstige soziale Verhältnisse. (vgl. Brosch 1995:60-61)

#### **3.1 Prävention**

Brosch unterteilt den für ihn wichtigen Aspekt der Prävention, bzw. der Prophylaxe in 3 Kategorien: die primäre, die sekundäre und die tertiäre Prävention. Die primäre Prävention umfasst alle Maßnahmen, die das Auftreten einer Erkrankung verhindern sollen. Dazu gehören eher politische Bestrebungen, die sich mit der Gestaltung sozialer Verhältnisse auseinandersetzen, das Bildungswesen und natürlich auch die Öffentlichkeitsarbeit, die zu einer gesellschaftlichen Sensibilisierung und Bewusstheit führen soll. Zur sekundären Prävention gehören alle Unternehmungen zur Früherkennung und Frühbehandlung bereits aufgetretener Krankheiten. Dieser Aufgabenbereich liegt vor allem im Ausbau von extramuralen Beratungsstellen und Hilfseinrichtungen. Aber auch das Ermöglichen der Nutzbarkeit dieser Angebote in der sozialpsychiatrischen Landschaft, ohne von Stigmatisierung betroffen zu sein, liegt zum großen Teil bei eben diesen Einrichtungen und natürlich auch bei der Gesellschaft. Das Verhindern von Rückfällen im Rahmen psychischer Erkrankungen liegt vor allem bei den professionellen, extramuralen Einrichtungen mit ihren differenzierten Versorgungs- und Betreuungsangeboten. (vgl. Brosch 1995:61)

## **3.2 Rehabilitation**

Nach einer Definition der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation umfasst psychiatrische Rehabilitation all jene Maßnahmen, die psychisch kranke Menschen über die Akutbehandlung hinaus durch umfassende Maßnahmen auf medizinischem, schulischem, beruflichem und allgemein-sozialem Gebiet dabei unterstützen, eine ihnen entsprechende und würdige Lebensform in Bezug auf Alltag, Gemeinschaft und Beruf zu erlangen. (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1984 zit. in Rössler 2004:1). Rehabilitation soll vor allem die Reintegration des psychisch kranken Menschen ermöglichen und fördern. Das zentrale Interesse sozialpsychiatrischer Maßnahmen liegt in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeitgestaltung. (vgl. Rössler 2004:2)

## 4 Begriffsdefinitionen

Um das Phänomen rund um den Hausbesuch besser beschreiben zu können, werden an dieser Stelle einige Begrifflichkeiten und Erklärungen angeführt.

### 4.1 Der ‚Hausbesuch‘

„Als Hausbesuch wird in der Sozialen Arbeit das Tätigwerden des Sozialarbeiters in der Wohnung des Klienten bezeichnet. Der Hausbesuch kann verschiedenen Zwecken dienen. Ist er vom Klienten erwünscht und fachlich geboten, so fördert er die Gestaltung der Hilfe, weil der Klient in seiner vertrauten Umgebung bleibt. (Bauer 1996:898).

Ernst sieht den Hausbesuch als einen selbständigen Betreuungsmodus, der im Bereich der ambulanten Versorgung angesiedelt ist: „Zum Hausbesuch ‚ambuliert‘ ja nicht der Patient, sondern das psychiatrische Personal“ (Ernst 2001:85).

Hausbesuche sind laut Pantucek ein traditionsreiches Instrument der Sozialarbeit und ermöglichen durch den Gang zum Klienten oder zur Klientin einen Perspektivenwechsel, den er als Markenzeichen der sozialarbeiterischen Profession bezeichnet. (vgl. Pantucek 2006:28) Der Hauptfokus liegt bei der Durchführung des Hausbesuches besonders auf dem Sichtbarwerden der Lebenswelten der Klienten und Klientinnen. Schon Mary Richmond hielt Hausbesuche für eine realistische Einschätzung der Lebenslagen prädestiniert. „Durch die Diagnose des Einzelfalls, die v.a. in Hausbesuchen und ‚freundlichen‘ Gesprächen über Leben und Lebensführung bestand, sollte geklärt werden, der Einsatz welcher Hilfsmittel tatsächlich hilfreich sein könnte“ (Pantucek 2006:26).

Der Hausbesuch als Methode wurde bereits in den Anfängen professioneller Sozialarbeit der 20er Jahre praktiziert. Alice Salomon führte regelmäßig Hausbesuche durch, um vor Ort genau Kenntnis über die Alltags- und Lebensgestaltung der Hilfsbedürftigen zu erfahren. (vgl. Banger/Wellnitz/Gastpar 2004:198-202)

Durch die Zunahme beraterisch angelegter Settings, konnte man einen Rücklauf der Hausbesuche konstatieren. Aber auch der autoritär– kontrollierende Besuch der Fürsorger und Fürsorgerinnen ist noch in vielen Köpfen verankert. (vgl. Wolfgruber

1997 zit. in Pantucek 2006:109) Sie erinnern an die heutzutage durch Ämter und Behörden durchgeführten Hausbesuche, wie z.B. der Hausbesuch durch einen Jugendamtsozialarbeiter oder durch eine Jugendamtsozialarbeiterin. Pantucek sieht das Eintreten der Fachkräfte in die private Welt der Klienten und Klientinnen als eine hilfreiche Möglichkeit der Beziehungsgestaltung, allerdings nur wenn sie gut vorbereitet und sorgfältig inszeniert ist. Er weist weiters darauf hin, dass der Hausbesuch eine Intervention auf der Ebene der Mitmenschlichkeit darstellt und nur in Verbindung mit überlegten Respekterweisungen gelingen kann. (vgl. Pantucek 2006:109-110)

Laut den Autoren Stoffels und Kruse wird der psychiatrische Hausbesuch oftmals mit dem fachärztlichen Hausbesuch des Psychiaters bzw. der Psychiaterin in Verbindung gebracht. Sie stellen fest, dass der Hausbesuch für den niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie und die niedergelassene Fachärztin für Psychiatrie eher eine Seltenheit darstellt. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:9) Sozialpsychiatrische Dienste haben in vielen Regionen das Monopol der psychiatrischen Hausbesuche übernommen. „Der Psychiater kommt, wenn es sich um einen schwierigen Hausbesuch bei einem krankheitsuneinsichtigen Patienten handelt, nicht selten in Begleitung eines weiteren Mitarbeiters z.B. einer Krankenschwester oder eines Sozialarbeiters“ (Stoffels/Kruse 1996:21).

Im Folgenden ist allerdings nicht der fachärztliche, sondern der sozialarbeiterische Hausbesuch gemeint, es sei denn, es wird explizit von einem multiprofessionellen Hausbesuch gesprochen.

Der psychiatrische Hausbesuch findet im Gegensatz zu den häufigeren Beratungen in den Beratungsstellen in den Wohnungen der Klienten und Klientinnen statt und ist somit durch die Wahl dieses bestimmten, räumlichen Settings gekennzeichnet. Um die Besonderheit des Hausbesuches und dessen Methodik herauszustreichen, soll im Anschluss ein kurzer Diskurs zum Thema ‚Wohnen‘ angestellt werden.

## 4.2 Das ‚Wohnen‘

„Wohnen ist für alle Menschen ein Grundbedürfnis als Basis für die Entfaltung eines gelingenden Alltagslebens. Eine eigene Wohnung bedeutet Privatsphäre, Rückzugsmöglichkeit und Kraft tanken für die Anforderungen, die der Alltag ‚draußen‘ stellt“ (Obert 2002:38).

Die anthropologische Schule der Psychiatrie schreibt dem Wohnen und den Wohnordnungen eine besondere Rolle zu. Das Wohnen gilt laut Stoffels und Kruse als ‚Daseinsform‘, die in bestimmten psychosozialen Situationen charakteristische Abwandlungen erfahren kann. Der eigene Wohnraum wird durch die klare Abgrenzung zur Außenwelt mit Sicherheit, Vertrautheit und Schutz in Zusammenhang gebracht. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:14-15) „Wie der menschliche Körper nur im lebendigen Austausch mit der Natur (Aufnahme von Luft, Wärme, Nahrung etc.) lebensfähig ist, so ist auch das Wohnen nur lebendig, wenn ein Austausch zwischen Innen und Außen stattfindet. „Wohnen heißt nicht automatisch ‚Sich Isolieren‘, erst wenn die Haustüre stets verschlossen bleibt, findet ein Rückzug statt.“ „Die Durchlässigkeit der Wohnungsgrenzen mit der Möglichkeit des Herausgehens und Hineinkommens ist eine Bedingung gelingenden Wohnens“ (Stoffels/Kruse 1996:14-15).

Keupp sieht den Begriff des Wohnens als Sinnbild für die Gefährdungen und das Gelingen menschlicher Existenzbewältigung und als materielle Lebensbedingung und Ressource der Identitätsfindung. (vgl. Keupp 2002:22)

Das folgende Kapitel konzentriert sich auf die historischen Entwicklungen des psychiatrischen Hausbesuches. Der Blick auf internationale Unterschiede in der Gestaltung und Reformierung psychiatrischer Grundgedanken soll diverse Motivationen für die Einführung psychiatrischer Hausbesuche aufzeigen.

## 5 Geschichte des psychiatrischen Hausbesuches

Die ersten Berichte über psychiatrische Hausbesuche tauchen erstmals Ende des 19. Jahrhunderts auf. Der psychiatrische Hausbesuch schien als Antwort auf die damaligen stationären Überforderungen der psychiatrischen Krankenhäuser zu fungieren. Die neu gegründeten psychiatrischen Krankenanstalten sahen sich mit einer massiven Zunahme von Krankenzahlen und folgender Überbelegungen konfrontiert. Hier findet man erstmals Entwicklungen einer extramuralen Psychiatrie. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:22)

Stoffels und Kruse erwähnten in diesem Zusammenhang das Konzept der ‚Familienpflege‘ und die ‚offene Fürsorge‘. Das 1884 von Sander in Berlin eingeführte Konzept der ‚Familienpflege‘ basiert auf der Idee psychiatrische Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt nicht durch die Herkunftsfamilie, sondern durch eine von der psychiatrischen Anstalt ausgesuchte, fremde Familie betreuen zu lassen. Durch klar definierte Vereinbarungen (z.B. Entlohnung der Pflegefamilie) zwischen der psychiatrischen Anstalt und der ausgewählten ‚Pflegefamilie‘ sollte die Gefahr eventuellen Ausnutzens der Kranken oder deren Arbeitskraft gering halten. Vor Beginn des ersten Weltkrieges befanden sich 1,5 % aller Anstaltspatienten und Anstaltspatientinnen in der Betreuungsform der Familienpflege. Obwohl es Mitte der 20er Jahre zu einer massiven Erhöhung der betreuten Menschen, die in Familienpflege untergebracht waren, kam, musste das Konzept aus wirtschaftlichen und ideologischen Gründen aufgegeben werden. Erst in jüngster Zeit werden die Konzepte familienpflegerischer Ideen zu Leben erweckt. Im Rahmen der ‚Familienpflege‘ führten Fürsorger und Fürsorgerinnen sowie Ärzte und Ärztinnen aus den psychiatrischen Anstalten von den Betroffenen, nicht angeforderte Hausbesuche durch. Diese Besuche fanden in regelmäßigen Abständen statt und hatten vor allem die Aufsicht und Kontrolle zum Ziel. Die Helfer und Helferinnen hatten natürlich auch das Wohl der Betroffenen im Auge, im Vordergrund stand allerdings die genaue Überwachung der Betreuung durch die Pflegefamilie. (vgl. Schmidt 1983 zit. in Stoffels/Kruse 1996:23)



Nach dem ersten Weltkrieg entstand schließlich ein weiteres Konzept der extramuralen psychiatrischen Versorgung. Es wurde damals als ‚offene Irrenfürsorge‘ betitelt. Diese Konzeption stand im Gegensatz zur stationären, geschlossenen Anstaltspflege und kann als Vorläufer jetziger ambulanter sozialpsychiatrischer Dienste betrachtet werden. Schon damals plädierte man von Seiten der Krankenanstalten auf kurze Krankenhausaufenthalte, jedoch nur, wenn die offenen Fürsorgestellen einen baldigen Hausbesuch bei den Entlassenen zusichern konnten. Die Helfer und Helferinnen sollten prüfen, wie der Entlassene oder die Entlassene mit der Entlassung zurechtkommt, wie sein und ihr häusliches und soziales Umfeld beschaffen ist, und ob eine gute Prognose in Sicht sei. Auch in der heutigen Krankenhausversorgung begegnen wir dieser Konzeption, besonders in der klinischen Sozialarbeit unter dem Begriff des ‚Entlassungsmanagement‘. Die Versorgungssituation ‚draußen‘ sollte möglichst gut organisiert und geplant sein, und oftmals entschließen sich Ärzte und Ärztinnen erst nach Kontaktaufnahme der Patienten und Patientinnen mit einem sozialpsychiatrischen Dienst zur Entlassung. Das Risiko des Scheiterns der Entlassung aus dem Krankenhaus soll so minimiert werden. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:23-24)

Um die durchaus selbstkritische und reflektierte Haltung der damaligen Helfer und Helferinnen der offenen Irrenfürsorge herauszustreichen, zitieren Stoffels und Kruse einen der damaligen Väter der offenen Irrenfürsorge: G. Kolb, welcher von seinen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Bezug auf die entlassenen Patienten und Patientinnen, folgende Reflexion forderte:

„...schade ich durch meinen Besuch dem früheren Kranken, seinem Rufe, seinem Zustand nicht mehr als ich nütze, er muss über entlassene Kranke in der Regel nur Erkundigungen einziehen und einen Besuch nur dann machen, wenn er weiß, dass er willkommen und sein Kommen zweckmäßig ist; er muss Selbstzucht genug besitzen, nicht auf einmal, sondern schrittweise in logisch fortschreitender Entwicklung, reformieren zu wollen, die Rechte Dritter – auch wenn sie zu seinen psychiatrischen Ideen nicht passen – zu achten, kurz, er darf nicht den Beamten hervorkehren, sondern er muss sich als Arzt, als Berater fühlen und als solcher auftreten“ (Kolb 1908:o.A. zit. in Stoffels/Kruse 1996:24).

Der Versuch Kolbs einige der damaligen Versorgungsideen, die er unter dem Motto: ‚Psychiater raus aus dem Turm‘ formulierte, zu revolutionieren, stieß auf Skepsis und Widerstand. Kolbs Ideen standen im krassen Gegensatz zu der Verwahrungspsychiatrie mit all ihren bekannten Zwangsmaßnahmen wie Isolierung und Zwangsjacken. Das revolutionäre Konzept der offenen Fürsorge entfaltete Ende der 20er Jahre eine gegenläufige Akzentverschiebung, die die ursprünglichen Leitideen untergrub und die externen Fürsorger und Fürsorgerinnen zu aktiven, expansiven Kontrolleuren degradierten. (Walz 1946 zit. in Stoffels/Kruse 1996:25) Stoffels und Kruse vergleichen die damalige Entlassungspraxis mit einer Entlassung eines Kriminellen aus dem Gefängnis, mit dem Unterschied, dass die psychisch Kranken einer unbefristeten Bewährungsfrist unterliegen. Dieses neue Konzept, das das Wohl und die Rechte der Kranken in den Hintergrund drängte, zielte auf eine Fokussierung auf biologisch orientierte Ideen ab. Begriffe wie ‚Erb Hygiene‘ und kollektive Gesundheit wurden wichtiger als das individuelle Wohl des Einzelnen bzw. der Einzelnen. Die offene Fürsorge spielte eine große Rolle in der Durchführung des Zwangssterilisationsgesetzes. (Stoffels/Kruse 1996:25-26)

Psychiatrische Gutachter des Erbgesundheitsgerichts begründeten ihre diagnostisch orientierten Hausbesuche mit dem Argument, dass „...eine Prüfung an Ort und Stelle in der gewohnten häuslichen Umgebung oder an seinem Arbeitsplatz einen viel besseren Einblick in die wirkliche Geistesbeschaffenheit und Leistungsfähigkeit des Kranken gewähre, als die diagnostische Untersuchung in den Amtsstuben“ (Locket 1985:224 zit. in Stoffels/Kruse 1996:26).

## **6 Internationaler Vergleich**

Stoffels und Kruse sehen psychiatrische Hausbesuche als Indikatoren für die Entwicklungen der ambulanten Psychiatrie im jeweiligen Ort. Sie betonen außerdem die Relevanz geschichtlicher Erfahrungen, kultureller Einflüsse und Gebräuche sowie ökonomische Standards, die sich auch in den konkreten Ausgestaltungen des Sozialsystems manifestieren. Für sie liegt die Voraussetzung für das Phänomen des Hausbesuches in einem Modell, das auf einer differenzierten, extramuralen Versorgung basiert. Es ist meist mit den Grundgedanken der ‚Gemeindenähe‘ und der ‚Sektorisierung‘ verbunden, auch wenn sich im regionalen Vergleich Unterschiede festmachen lassen. Im Folgenden sollen einige Länder auf das Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches beleuchtet werden. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:110)

### **6.1 USA - Das Modell des Home Visiting Teams**

Die ersten psychiatrischen Hausbesuche lassen sich bis in die 50 er Jahre zurückverfolgen. Die damaligen Familientherapeuten bestanden darauf, alle Familienmitglieder beim Hausbesuch anzutreffen, um sich so ein Bild bezüglich der Wohnung, der Atmosphäre, der Interaktionen zwischen den Familienangehörigen, etc. machen zu können. 1973 setzte der Familientherapeut Bloch den Hausbesuch verpflichtend zu Beginn einer jeder Familientherapie ein. (vgl. Bloch 1973 zit. in Stoffels/Kruse 1996:112)

Um die Entwicklungen sozialpsychiatrischer Versorgungsmodelle zu erörtern, führen Stoffels und Kruse ein Zitat aus einer Rede des amerikanischen Präsidenten Kennedy über ‚Mental Illness‘ and ‚Mental Retardation‘, die er am 88. Kongress der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft 1963 hielt, an:

„Ich schlage ein nationales Gesundheitsprogramm vor, mit dessen Hilfe wir beginnen wollen, die Versorgung und Pflege der geistig Gestörten und Kranken ganz neu zu gestalten. Dieser neue Zugangsweg wird es fast allen psychisch Kranken ermöglichen, schnell und erfolgreich in ihren Gemeinden behandelt zu werden, damit sie einen nützlichen Platz in der Gesellschaft wiederfinden. Im Licht der neuen Gedanken haben sich die traditionellen Heilmethoden als obsolet erwiesen. Sie haben in der Vergangenheit über die Geisteskranken eine soziale Quarantäne

verhängt, sie in riesige, unschöne Anstalten zeitlebens oder sehr lange festgehalten, so dass sie aus den Augen und schließlich aus dem Sinn geraten waren“ (Pasamanick et. al. 1964:177 zit. in Stoffels/Kruse 1996:110-111).

Im Zuge dieser neuen revolutionären Denkweisen wurden in den USA sogenannte ‚Community Mental Health Centers‘ (CMHC) implementiert. Diese Gesundheitszentren konnten allerdings nur auf finanzielle Unterstützung hoffen, wenn sie unter anderem auch über einen mobilen, psychiatrischen 24 Stunden Notdienst verfügten. Oberste Prämisse war auch schon zu diesen Zeiten die Vermeidung der oftmals stigmatisierenden psychiatrischen Krankenhauseinweisung. Der Begriff der Deinstitutionalisierung und der Versuch Patienten und Patientinnen vor Hospitalisierungen zu schützen standen bei den Community Mental Health Centers im Vordergrund. (vgl. Braun et al. 1981 zit. in Stoffels/Kruse 1996:112) Im Fokus damaliger Überlegungen standen nicht nur die Vermeidung stationärer Settings, sondern auch die Vermeidung traumatischer Erlebnisse im Zuge einer nicht verhinderbaren Einweisung. (vgl. Noell 1971 zit. in Stoffels/Kruse 1996:112) Auch erste evaluative Forschungen lassen sich in der Zeit der CMHC entdecken. Stoffels und Kruse betonen hier Studien von Pasamanick, die mit Hilfe von Kontrollgruppen die Verweildauer zu Hause ohne eine stationäre Behandlung untersuchten. Die Ergebnisse zeigten, dass bei den hausbesuchten Patienten und Patientinnen eine längere selbständige Verweildauer zu beobachten war. Bei einer fünf Jahre später durchgeführten Studie konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Kontrollgruppen festgestellt werden. Abschließend kann jedoch behauptet werden, dass die Einführung von Hausbesuchen in den USA zu weitreichenden Veränderungen im extramuralen psychiatrischen Versorgungsbereich geführt hat. (vgl. Pasamanick et. al.1967 zit. in Stoffels/Kruse 1996:112)

## **6.2 Frankreich**

In den 70 er Jahren wurden in Frankreich die Prinzipien einer sektorisierten psychiatrischen Versorgung samt deren Umsetzung in regionalen Projekten vorgeschrieben. Hochmann sieht im Hausbesuch als aufsuchende Behandlungsform eine unerlässliche Form der psychiatrischen Versorgung. Er streicht vor allem den Beziehungsaspekt zwischen Therapeuten und Therapeutinnen und Patienten und

Patientinnen heraus und betitelt ihn sogar als stärksten ‚antihierarchischen und antiinstitutionellen Virus‘. (vgl. Hochmann 1971:64 zit. in Stoffels/Kruse 1996:114)

Der Hausbesuch wurde mit manchmal sogar täglichen Besuchen als Alternative zum stationären Krankenhausaufenthalt bewertet und als hochwirksame Alternativbehandlung betrachtet. Woodbury und Woodbury sprechen in diesem Zusammenhang vom Hausbesuch als ‚Türhüter der Klinik‘. Sie beleuchten zusätzlich das Phänomen des Hausbesuches analytisch orientiert und streichen Ängste und Wünsche der Helfer und Helferinnen und der Hausbesuchten heraus. Für sie stellt jeder Hausbesuch einen Grenzüberschritt dar, der sorgfältig überlegt werden sollte. (vgl. Woodbury/Woodbury 1969 zit. in Stoffels/Kruse 1996:116)

### **6.3 Italien**

Die demokratischen Entwicklungen in der sozialpsychiatrischen Versorgung in Italien gehören zweifelsohne zu den radikalsten und umstrittensten Reformprojekten. Um die schrittweise Auflösung großer psychiatrischer Anstalten zu erzwingen, wurde nach dem Psychiatriegesetz No. 180 aus dem Jahre 1978 den Hilfesuchenden die Aufnahme verweigert. Die vorwiegend antiinstitutionelle Kritik von Franco Basaglia und das Abschaffen von psychiatrischen Krankenanstalten und Zwangseinweisungen basiert auf der Ideologie ‚Freiheit heilt‘. (vgl. Basaglia 1972 zit. in Brosch 1995:60)

Es wurden in Folge einzelne psychiatrische Abteilungen mit sehr geringer Bettenzahl an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet, die Hauptversorgungslast lag allerdings bei den ambulanten psychiatrischen Diensten. Auch theoretisch betrachtet stellt die demokratische Psychiatrie in Italien die radikalste Form der Sozialpsychiatrie dar. Diese Radikalität lässt sich vor allem auf die damaligen Zustände in den psychiatrischen Krankenanstalten zurückführen, die dazu neigte, psychiatrische Behandlungsformen aufzuheben. Diese Reform war aufgrund fehlender Betreuungseinrichtungen außerhalb des Krankenhauses zum Scheitern verurteilt. In zahlreichen Regionen waren Familien dazu gezwungen, ihre akut kranken Angehörigen alleine zu betreuen. Das ‚Gesetz 180‘ wurde somit auf dem Rücken der Familien und Angehörigen ausgetragen. Später entwickelten sich Angehörigenorganisationen, die die Rücknahme des Reformgesetzes forderten. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:116-118)

## 6.4 England

Im Jahre 1948 wurde in Großbritannien eine nationale Gesundheitsversorgung (National Health Service) eingeführt. Die psychiatrischen Krankenhäuser wurden mit den allgemeinen Krankenhäusern zu einem einheitlichen System zusammengefasst, welches eine bestimmte Region (health district) betreuen sollte. Die Entscheidung über eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Betreuung psychiatrischer Patienten und Patientinnen lag beim Chefarzt. 1960 reformierte der ‚Mental Health Act‘ die Psychiatrie Englands. Es kam im Zuge dessen zu einer Verkleinerung des Systems der psychiatrischen Krankenhäuser. Wing sah trotzallem die Einführung ambulanter, mobiler Dienste in jedem Distrikt und eine gute Kooperation zwischen den ambulanten und stationären Betreuungsformen als unumgänglich. Aber auch in England schreibt man dem psychiatrischen Krankenhaus eine Vorrangstellung zu, auch wenn Daten belegen, dass die Kosten für stationäre Aufenthalte und ambulanter Betreuung weit auseinanderklaffen. (vgl. Wing 1982 zit. in Stoffels/Kruse 1996:119-120)

## **7 Funktionen und Motivationen von psychiatrischen Hausbesuchen**

Um aktuelle Daten bezüglich der Funktionen und Motivationen von psychiatrischen Hausbesuchen darzustellen, werden im Folgenden die Ergebnisse einer deutschen Studie vorgestellt. In der Publikation dieser Studie kritisieren die Autoren Banger, Wellnitz und Gastpar (2004:198-202) den Mangel an epidemiologischen Daten bezüglich der Prävalenzen einerseits der psychischen Erkrankungen und andererseits der Inanspruchnahme der psychosozialen Hilfssysteme. Sie zitieren internationale Studien, die einen hohen Prozentsatz psychisch Kranker ohne adäquate psychosoziale Unterstützung aufzeigen, obwohl Studien die Wirksamkeit sozialer Unterstützungsangebote und deren Effekte auf die psychische und physische Gesundheit nachweisen. Jedoch beschäftigen sich wenige wissenschaftlichen Arbeiten mit den Effekten einer kontinuierlichen sozialen Unterstützung. (vgl. Banger/Wellnitz/Gastpar 2004:198-202)

Ziel dieser Studie war es die Methodik des sozialarbeiterisch - psychiatrischen Hausbesuches auf der Basis der gefundenen Daten einer ersten Evaluation zu unterziehen. Über einen Zeitraum von drei Jahren (1999 – 2001) wurden alle von einer Sozialarbeiterin durchgeführten Hausbesuche im Rahmen der Institutsambulanz der Rheinischen Kliniken Essen retrospektiv ausgewertet. Als Grundlage der Auswertung diente die jeweilige schriftliche Dokumentation über den Anlass und den Verlauf des Hausbesuches. Die psychiatrischen Diagnosen wurden nach dem Diagnoseschema ICD 10 verschlüsselt und die Indikation zum sozialarbeiterischen Hausbesuch wurde durch das Team gestellt. Die Funktionen der Hausbesuche wurden folgendermaßen kodiert:

A = nicht angetroffen

B = Informationsquelle im psychiatrischen Diagnostik- und Behandlungsprozess

C = Problemlösung vor Ort (konkrete Alltagsbewältigung)

D = psychiatrische Krisenintervention

E = sozialtherapeutische Begleitung

Eine einfache Kombination dieser Verschlüsselungen war möglich, sofern ein eindeutiger Schwerpunkt des Hausbesuches nicht definiert werden konnte.

In die Untersuchung aufgenommen wurden 28 Betroffene (18 Frauen und 10 Männer), die im Durchschnitt 54 +/- 14 Jahre alt waren. Insgesamt wurden in den 3 Jahren 218 Hausbesuche durchgeführt, im Durchschnitt 2,6 Hausbesuche im Jahr pro Patient und Patientin. 61 % der Hausbesuchten litten an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD 10 F20 – 29), die übrigen Diagnosen waren unsystematisch verteilt. Der Großteil der Patienten und Patientinnen war ledig und alleinlebend und erhielt nur geringe soziale Unterstützung von Angehörigen. Bei der Darstellung der unterschiedlichen Schwerpunkte der jeweiligen sozialarbeiterischen Hausbesuche wurde am häufigsten die Kombination ‚Hausbesuch als Problemlösung vor Ort‘ mit ‚Hausbesuch im Rahmen einer soziotherapeutischen Begleitung‘ angegeben. Bemerkenswert war die Tatsache, dass nur ein Betroffener bzw. eine Betroffene zum vereinbarten Termin nicht anzutreffen war. Zusammenfassend benennen die Forscher und Forscherinnen vier Kernfunktionen, die beim psychiatrischen Hausbesuch relevant erschienen und in der vorliegenden Studie systematisch erfasst wurden. (vgl. Banger/Wellnitz/Gastpar 2004:198-202)

- Der Hausbesuch als Informationsquelle im psychiatrischen Diagnostik- und Behandlungsprozess
- Der Hausbesuch als Hilfestellung zur konkreten Alltagsbewältigung
- Der Hausbesuch im Rahmen einer psychiatrischen Krisenintervention
- Der Hausbesuch im Rahmen einer mehr oder weniger längerfristigen soziotherapeutischen Begleitung

Weitere Ergebnisse dieser Studie waren, dass alle Hausbesuche regelhaft angekündigt waren und somit eine gewisse Wertschätzung vermutet werden kann. Keine Aussagen konnten jedoch über das Erleben der Hausbesuchten getroffen werden, weder ob sie den Hausbesuch als Hilfestellung, als Kontrollinstrument, oder als Besuch einer bzw. eines guten Bekannten betrachten. Akuthausbesuche zu unbekanntem Klienten und Klientinnen wurden aus Kapazitätsgründen im ambulanten Setting nicht verwirklicht. Bezüglich eventueller Indikationen, Kontraindikationen, sowie über Leitlinien für die Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen könnten weiterführende Studien Aufschluss geben. (vgl. Banger/Wellnitz/Gastpar 2004:198-202)



## 8 Der Hausbesuch als nachgehende Betreuungsform

Nachgehende Sozialarbeit spielt speziell bei psychisch Kranken eine große Rolle, in dem sie durch ihr nachgehendes, aufsuchendes Angebot Menschen näher kommt, die wahrscheinlich von sich aus keine Hilfe annehmen wollen. Sie kann helfen, Menschen vor Verelendung und Vereinsamung zu bewahren und manchmal sogar lebensrettend sein. (vgl. Pantucek o.A:21) In der psychiatrischen Praxis wird die Kooperationsbereitschaft Hilfe anzunehmen oft unter den Begriffen Compliance oder Behandlungswilligkeit zusammengefasst. Je kränker jedoch der oder die Betroffene ist, desto schwieriger wird für ihn oder sie der Gang zum Psychiater, zur Psychiaterin, oder zu anderen Hilfseinrichtungen sein. Der Hausbesuch und im speziellen Fall der psychiatrische Hausbesuch wird somit zum methodischen Instrument der nachgehenden Sozialarbeit. Gumpinger fasst dies sehr deutlich zusammen:

„Einerseits als Hineinschnüffeln in die Privatsphäre der Klienten und Klientinnen denunziert und gefürchtet, andererseits eine sehr wirkungsvolle Methode, Menschen in ihrem sozialen Umfeld kennenzulernen, mehr zu erfahren und wahrzunehmen, als das gekonnteste und intensivste Beratungsgespräch in einem Büro an Informationen verbal und nonverbal liefern kann“ (Gumpinger 2001:20). Nicht erspart bleibt der Sozialarbeit jedoch der schwierige Spagat zwischen dem Interventions- und Kontrollauftrag und dem Erarbeiten einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung. (vgl. Gumpinger 2001:20) Beim Hausbesuch gehen psychiatrisch Tätige auf ihre Klienten und Klientinnen zu und treffen infolgedessen auf deren selbst geschaffene Lebenswelt. Der Anspruch, den Betroffenen in einer lebensnahen, natürlichen Art und Weise gegenüberzutreten ohne eine inspizierende Haltung zu vermitteln, stellt eine große Herausforderung für den Helfer oder die Helferin dar.

Neuffer (2007:185-187) fasst das Durchführen von Hausbesuchen unter aufsuchende Arbeit zusammen. Auch wenn Neuffers Überlegungen in engem Zusammenhang mit der Methodik des Case Management gesehen werden müssen, sollen im Anschluss einige seiner Ideen dazu dargestellt werden. Hausbesuche werden seiner Einschätzung nach in unterschiedlichen Kontexten, mit unterschiedlichen Zielsetzungen und mit unterschiedlichen Vorgehensweisen in der Praxis durchgeführt. Er unterscheidet weiter zwischen präventiv aufsuchender-, begleitend aufsuchender-, eingreifend aufsuchender Arbeit und schließlich der

aufsuchenden Arbeit bei Gefährdungen. Unter präventiv aufsuchender sozialer Arbeit versteht Neuffer das Kennenlernen des sozialen Umfeldes und des Alltagsleben der Betroffenen und das Herstellen von Kontakten bei bestimmten Anlässen, die möglicherweise Krisen oder Probleme verursachen könnten. Hausbesuche im Kontext einer sozialraumorientierten Arbeit hätten die Funktion eines Frühwarnsystems, um frühe Anzeichen belastender Situationen und den jeweiligen Hilfebedarf zu erkennen und um darauf reagieren zu können. Netzwerkarbeit, Öffentlichkeitsarbeit durch die sozialen Dienste und das Selbstinitiativwerden von Klienten und Klientinnen haben hier eine besondere Bedeutung. Ziel eines Hausbesuches im begleitend aufsuchenden Kontext wäre das Durchführen eines einzigen Hausbesuches, um dadurch Ressourcen aus dem Lebensalltag der Klienten und Klientinnen zu gewinnen. Vorteil dieser Hausbesuche ist das Arbeiten mit dem familiären Umfeld und das Vermitteln in Konflikten vor Ort unter direkter Einbeziehung aller Beteiligten. Eingreifende aufsuchende Arbeit ist laut Neuffer durch einen Interventions- und Krisencharakter gekennzeichnet. Im Blickwinkel der psychiatrischen Betreuung wäre eine eingreifende Intervention z.B. eine Fremdunterbringung von Klienten und Klientinnen, also eine Zwangseinweisung. Da solche eingreifenden Maßnahmen oft die Beziehungen zu den Klienten und Klientinnen beeinträchtigen, überlegt Neuffer eine personelle Trennung zwischen unterstützenden und eingreifenden Tätigkeiten, die jedoch über eine Kooperation sinnvoll verknüpft sind. Ähnlichkeiten weist die aufsuchende Arbeit bei Gefährdungen auf, da sie auf die Vermeidung von Gefährdungen fokussiert ist. Ziel ist eventuelle, sich abzeichnende Eingriffshandlungen durch das Intervenieren vor Ort zu verhindern und Klienten und Klientinnen zur freiwilligen Mitarbeit zu motivieren. (vgl. Neuffer 2007:185-187)

## **8.1 ‚Das Prophetentum‘ oder ‚Der Berg kommt zum Propheten‘**

An dieser Stelle soll ein Hausbesuchsmodell vorgestellt werden, das sich zur Aufgabe gemacht hat, psychiatrisch schwer chronifizierte Menschen mit Hilfe nachgehender Tätigkeit zu betreuen. Dr. Herwig Oberlechner, der Autor des Werkes ‚Propheten – Begegnungen mit paranoid schizophrener Menschen‘, ist unter anderem als Facharzt für Psychiatrie im Zentrum für seelische Gesundheit in Klagenfurt tätig. Zusätzlich ist er Mitarbeiter des 1995 entstandenen psychiatrischen

Not- und Krisendienstes, der Menschen in seelischer Not, welcher Art auch immer, betreut. Auch Oberlechner betont im Vorwort seines Werkes die aktuellen Schwierigkeiten der sozialpsychiatrischen Entwicklungen wie z.B. die Senkung der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer aufgrund neuer Abrechnungsmodalitäten, die sicher einen massiven Effekt auf die Betreuungsqualität haben. Die Realität zeigt, dass Patienten und Patientinnen oftmals zu früh entlassen werden und die psychosoziale Versorgung außerhalb des Krankenhauses bzw. das soziale Umfeld nicht gut vorbereitet sind. So kommt es dazu, dass die extramuralen Versorgungseinrichtungen auch nach der Entlassung eines Patienten oder einer Patientin mit krisenhaften, schwierigen Situationen konfrontiert sind. Das Prophetenteam wurde zusätzlich zum Not und Krisendienst in Kärnten installiert, um Menschen, die lange Phasen krisenhafter Zustände hoher Akutizität durchleben, zu erreichen. Zielgruppe dieses Teams sind also schwer kranke (zum großen Teil schizophrene) Menschen, die die vorhandenen Hilfsangebote in der psychiatrischen Landschaft nicht annehmen, oder nicht annehmen wollen und deshalb oft unbetreut bleiben. Das heißt jedoch nicht, dass diese Menschen nicht an Ängsten, Verfolgungsideen, Isolation und Verwahrlosungstendenzen leiden. Aber auch der Leidensdruck der Umgebung darf nicht unerwähnt bleiben, denn viele Patienten und Patientinnen neigen dazu ihre Umgebung, Angehörige oder Nachbarn zu belästigen oder gar zu bedrohen. (vgl. Oberlechner 2001:13-16) So erklärt Oberlechner den Entschluss ein Modell zu konzipieren, welches sich zum Ziel gemacht hat, schwer Kranke zuhause aufzusuchen und ihnen somit auch eine psychosoziale Behandlung oder Betreuung zuzuführen. Ganz nach dem Motto: „Denn wenn der Prophet, wie wir den psychisch Kranken in diesem Krisendienst – Spezialdienst nennen, auf gar keinen Fall zum Berg kommen will, so muss sich halt der Berg zum Propheten bewegen“ (Oberlechner 2001:17).

Das Prophetenteam arbeitet nach den Prinzipien des Care Managements, das heißt der Fokus wird zu Beginn auf das Erarbeiten einer Vertrauensbeziehung zwischen Betroffenen und Helfern bzw. Helferinnen gelegt. Auf dieser Basis soll dann die individuelle Bedürfnislage erhoben, Hilfsangebote geplant, durchgeführt und evaluiert werden. Es soll aber nicht nur eine konstante Betreuungskontinuität erreicht werden, sondern auch der Erkrankung mit all ihren spezifischen Auswirkungen auf die

Betroffenen und ihre Umgebung soll Beachtung geschenkt werden. (Oberlechner 2001:18).

Oberlechner beschreibt überwiegend Fallgeschichten in seinem Buch um eine möglichst spannende, realitätsbezogene Dokumentation seiner Begegnungen zu erzielen. Wichtige Themen, die sich in den zahlreichen, detaillierten Fallgeschichten wiederfinden, kreisen um herausfordernde Auflösungsversuche verschiedener Spannungsfelder wie z.B. Fürsorge versus Vertrauen in die Fähigkeiten und Kompetenzen der Betroffenen, bzw. die Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz. Auch wenn in Oberlechners Werk sehr wenige Empfehlungen zur Planung bzw. Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen zu finden sind, zieht sich ein großes Postulat durch alle Fallgeschichten. In allen dargestellten Betreuungsverläufen steht die zwar zu Beginn der Betreuung vorsichtige, jedoch kontinuierliche, konsequente Beziehungsarbeit im Mittelpunkt. Neben der für sehr wichtig beschriebenen Netzwerkarbeit mit Angehörigen und Nachbarn und das Wahrnehmen und Einbeziehen des Lebensumfeldes, steht das Beziehungsangebot zu den schwerkranken Menschen immer im Vordergrund. Aber auch das genaue Vereinbaren eines Hausbesuches (mittels Telefon oder Postkarte) gilt beim Prophetenteam als unerlässlicher Faktor. (Oberlechner 2001:o. A)

Für die Mitarbeiter des Prophetentums ist der Hausbesuch eines der stärksten Qualitätskriterien in der psychiatrischen Versorgung, dessen Paradigma mobile Dienste in der Akut-, Krisen- und Nachbetreuung gerecht werden. Der Hausbesuch erlaube den Helfern und Helferinnen sich in die Welt der Betroffenen einzufügen und zu verstehen, wie die Hausbesuchten sich ihre Welt ausmalen. Oberlechner sieht in der aufsuchenden Tätigkeit sehr häufig eine sinnvolle Alternative zu stationären Aufhalten und betont die Effektivität des Home Care Modells in der gemeindenahen Versorgung. Der Autor beobachtet außerdem einen Anstieg von sehr schwierigen Patienten und Patientinnen (die er aufgrund ihrer mangelnden Krankheitseinsicht und ihren wiederholt erfolglosen Krankenhausaufhalten als ‚heavy user‘ oder ‚Drehtürpatienten‘ bezeichnet) im Laufe des Projekts. Er sieht ‚das Prophetentum‘ nicht nur als einen präventiven therapeutischen Ansatz, sondern für ihn ist es neben anderen Einrichtungen zu einer fixen Institution in der sozialpsychiatrischen Versorgung im Raum Kärnten geworden. (vgl. Oberlechner 2001:8)

## 9 Formen des Hausbesuches

In der Literatur wird zwischen den einerseits regelmäßig stattfindenden Routine Hausbesuchen durch die Helfer und Helferinnen und andererseits den Krisenhausbesuchen, die für die Fachkräfte eine große Herausforderung darstellen, unterschieden.

### 9.1 Der Routine Hausbesuch

Der Routinehausbesuch wird laut Stoffels und Kruse am häufigsten angewendet. Zielgruppe dieser Form von Hausbesuchen sind psychisch schwer kranke Menschen, die zwar dringend psychiatrische Hilfe benötigen, jedoch diese oft nicht in Anspruch nehmen können oder wollen. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:75)

Stoffels und Kruse verwenden angelehnt an die epidemiologisch – psychiatrisch orientierte Forschung den Begriff der ‚unerreichten Patienten und Patientinnen‘. Für sie zeigt sich hier der Hausbesuch als adäquate Antwort auf die schwierige Betreuungssituation, da der Helfer oder die Helferin den Zeitpunkt, die Dauer und die Frequenz gut mitbestimmen kann. Die Erfahrungen zeigen, dass ein großer Teil dieser unerreichten Patientengruppe chronisch Schizophrene ausmachen, die es oft nicht in die Räumlichkeiten einer Beratungsstelle schaffen würden. Als Herausforderung sollte hier natürlich das genaue Abwägen der Unter- oder Überforderung, die durch Hausbesuche entstehen kann, im Vordergrund stehen. In Phasen des sozialen Rückzugs, der Antriebslosigkeit und manchmal auch der Vernachlässigung kann eine höher frequente aufsuchende Tätigkeit für den oder die psychisch Kranke hilfreich sein. Natürlich sollen der Hausbesucher und die Hausbesucherin bedenken, dass sich durch sein bzw. ihr aktives Aufsuchen ein ambulanter Hospitalismus einstellen kann, der dann wiederum zu Passivität und Gleichgültigkeit auf Seiten der Betroffenen führen kann. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:75-77) Der Helfer oder die Helferin sollte also immer wieder versuchen, den oder die Betroffene dazu zu ermutigen die Beratungsstelle doch aufzusuchen, wenn es irgendwie möglich ist.

## 9.2 Not- und Krisenhausbesuch

Not- und Krisenhausbesuche werden von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen psychosozialer Dienste durchgeführt, auch wenn sie nicht zu den alltäglichen Bestandteilen ihrer Tätigkeit gehören. Gemäß den Autoren Stoffels und Kruse (1996:68-72) ist der Not oder Krisenhausbesuch im Vergleich zum Routinehausbesuch nicht angekündigt und entspringt nicht dem Wunsch der Hausbesuchten. Der Krisenhausbesuch ist dadurch gekennzeichnet, dass die Notwendigkeit besteht schnell zu handeln und nicht mehr viele Alternativmöglichkeiten vorhanden sind. Vor der Durchführung eines Krisenhausbesuches empfehlen die Autoren Stoffels und Kruse hier eine notwendige Reflexion zu folgenden Fragestellungen (vgl. Stoffels/Kruse 1996:68-72):

- Wer hat um den Krisenhausbesuch gebeten?
- Ist der Patient oder die Patientin bekannt?
- Wie sind Krisenhausbesuche in der Vergangenheit vor sich gegangen und wie sind die Krisen verlaufen?
- Welche Erkrankung liegt bei dem Hausbesuchten bzw. der Hausbesuchten vor und welche Behandlungsformen sind dem Helfer oder der Helferin bekannt?
- Gibt es im sozialen Umfeld Ressourcen, wie Vertrauenspersonen, Angehörige, Hausärzte und Hausärztinnen, usw., die den Helfer oder die Helferin bzw. den Hilfesuchenden oder die Hilfesuchende unterstützen können?
- Führe ich den Hausbesuch alleine durch oder mit Unterstützung eines zweiten Helfers oder Helferin?

Ist der Hilfesuchende oder die Hilfesuchende bekannt und weiß der Helfer oder die Helferin über das soziale Umfeld Bescheid, unterliegt die Intervention des Hausbesuches einer günstigen Prognose. Es kann aber auch passieren, dass der professionelle Helfer oder die professionelle Helferin vor verschlossenen Türen steht und er oder sie keinen Zugang zur Wohnung bekommt. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:68-72)

Hier kommt das erste Mal und im Bereich der Psychiatrie nicht überraschend der Begriff der Gefährdung ins Spiel. In akuten Krisensituationen bzw. in akuten Psychose - zuständen wandelt sich oftmals das Bild des schützenden und vertrauten Bereichs zu einem fremden, angsteinflößenden Raum. Nachbarn werden zu bedrohlich gesinnten Objekten, Fenster werden zu personalisierten Spionen und vertraute Gegenstände in der Wohnung zu Quellen der Bedrohung, vor denen man sich schützen muss. In solchen Situationen wird der Hausbesucher oder die Hausbesucherin oft zum Feindbild, zum Fremdkörper, der als Eindringling angesehen werden muss. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:16) In diesen speziellen Situationen muss die professionelle Fachkraft kompetent abwägen, ob der Eingriff des Hausbesuches eher nützt oder sogar schadet. Oftmals ist es hilfreicher, die von den Betroffenen aufgebaute Barrikade zu respektieren, es sei denn die Betroffenen sind in Gefahr oder drohen andere in Gefahr zu bringen. Diese Situationen sind Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen unter dem bekannten Begriff der Zwangseinweisung oder dem juristischen Begriff der Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz bekannt. In der Regel wird hier durch die Maßnahme einer Zwangseinweisung in ein den Menschen zustehendes persönliches Recht eingegriffen. Lüssi fasst das folgendermaßen zusammen:

„Wenn man Erwachsene, die in Obhut sind, schützt, greift man eigentlich in ihr Selbstbestimmungsrecht ein, denn eine solche gefährdete erwachsene Person ist offenbar unfähig, ihr Selbstbestimmungsrecht zu ihrem eigenen Schutz – ‚wahrzunehmen‘ im doppelten Sinne von: es zu erkennen und es auszuüben“ (Lüssi 2001:43-44).

Auch die International Federation of Social Workers definiert diesen Aspekt der Menschenrechte und Menschenwürde:

„Soziale Arbeit basiert auf der Achtung des innewohnenden Wertes und der Würde aller Menschen und den Rechten, welche daraus folgen. Sozialarbeiter/ - innen sollen die körperliche, psychische, emotionale und spirituelle Integrität und das Wohlbefinden jeder Person stützen und verteidigen. Das bedeutet: 1. Das Recht auf Selbstbestimmung achten – Sozialarbeiter/-innen sollen das Recht der Menschen achten und fördern, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, ungeachtet ihrer

Werte und Lebensentscheidungen, vorausgesetzt, dies gefährdet nicht die Rechte und legitimen Interessen Anderer“ (International Federation of Social Workers 2005:o. A.).

Kann ein gefährdeter Mensch aufgrund seiner akuten Erkrankung also nicht mehr auf sein Selbstbestimmungsrecht zurückgreifen, ist es sogar die Pflicht der professionellen Helfer und Helferinnen Maßnahmen des Schutzes zu ergreifen. Bei psychischen Krankheitsbildern werden in diesem Zusammenhang häufig Bereiche ersichtlich, in denen Störungen existieren, welche die Autonomiefähigkeit der Person beeinträchtigen. (vgl. Pillen 2004:3) Pillen zitiert in diesem Diskurs den Phänomenologen Zutt, der sich mit dem großen Thema der Freiheit einer Person auseinandersetzt. Er sieht im Verlust der Freiheit das spezifische Kennzeichen des inneren Zustandes der von einer Krankheit betroffenen Person. Dieser Zustand bestehe unabhängig davon, ob sich diese Person in stationärer Behandlung befindet oder nicht. Er nennt dieses Phänomen Freiheitsverlust im Gegensatz zur Freiheitsentziehung. (vgl. Zutt 1970 zit. in Pillen 2004:3)

„Freiheitsverlust erleidet, laut Zutt derjenige, der infolge einer Störung nicht in der Lage ist, sich so zu verhalten, wie es der Idee seiner historischen Person entspricht (Zutt 1970 zit. in Pillen 2004:3)



## **10 Auftraggeber und Auftraggeberinnen des psychiatrischen Hausbesuches**

Der nächste Abschnitt beleuchtet die Auftraggeber und Auftraggeberinnen des psychiatrischen Hausbesuches. Wie also ein psychiatrischer Hausbesuch zustande kommt, soll auf den nächsten Seiten beschrieben werden.

### **10.1 Der Patient und die Patientin als Auftraggeber und Auftraggeberin**

Die Gründe, warum ein Patient oder eine Patientin eine aufsuchende, nachgehende Unterstützung anfordert, können laut den Autoren Stoffels und Kruse sehr unterschiedlich gelagert sein. Sehr oft versucht der Hausbesuchte oder die Hausbesuchte durch das veränderte, doch private Setting den Helfer oder die Helferin zum Freund oder Hausgenossen zu erheben. Hier sollte der Hausbesuch sehr genau überlegt und abgewogen werden, bzw. muss hier von Seiten des Helfers bzw. der Helferin reflektiert werden, ob die Intensivierung der Beziehung im Klienten-Klientinnensystem hilfreich ist oder nicht. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:50)

### **10.2 Das Krankenhaus als Auftraggeber**

Der Hausbesuch während des stationären Settings wird von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen durchgeführt und gehört zu einem qualitativen Entlassungsmanagement. In der klinischen Sozialarbeit konzentrieren sich Hausbesuche an dem Ziel, die Patienten und Patientinnen auf die Entlassung vorzubereiten, um eine geglückte Wiedereingliederung in das soziale Umfeld zu ermöglichen. Hat der Patient oder die Patientin keine Angehörigen zur Unterstützung, ist es oft der Fall, dass Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen die Wohnung auf ihre Tauglichkeit begutachten, um eventuelle Sanierungen oder Entrümpelungen (z.B. aufgrund sanitären Übelstandes), natürlich nur in Absprache mit dem Patienten bzw. der Patientin, veranlassen zu können. Oftmals wird der Patient oder die Patientin beim Hausbesuch mit den Erlebnissen konfrontiert, aus denen heraus vielleicht die erforderliche Einweisung ins Krankenhaus erfolgt ist. Angst- und Verfolgungsideen, die den Krankenhausaufenthalt notwendig machten, werden wieder präsent und können zu einer massiven Überforderung führen, welche

durch einen professionellen Helfer oder Helferin aufgefangen werden können. Der Hausbesuch während eines stationären Settings ist demnach bedeutend für die Einschätzung einer bevorstehenden Entlassung, da es z.B. nicht sinnvoll erscheint einen Patienten oder eine Patientin in eine desolante Wohnung zu entlassen und damit eine erneute Dekompensation seines oder ihres Zustandes zu riskieren. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:66)

### **10.3 Die Familie und die Angehörigen als Auftraggeber und Auftraggeberinnen**

Laut Stoffels und Kruse (1996:58-59) sind Familienangehörige die häufigsten Auftraggeber und Auftraggeberinnen des psychiatrischen Hausbesuches. Sie befinden sich einerseits in einer Loyalitätsbindung gegenüber ihren kranken Angehörigen und dem Wissen darüber, dass in bestimmten Situationen, in denen die Erkrankung akut ist oder sogar eine Gefährdung vorliegt, professionelles Handeln nötig ist. Die Angehörigen spüren Vorwürfe und Schuldgefühle, weil sie das Gefühl haben, hinter dem Rücken ihrer Angehörigen gehandelt, sie vielleicht verraten zu haben. Für die Helfer und Helferinnen ist diese Situation auf der anderen Seite auch kompliziert. Sie sitzen oftmals in der Beratungsstelle und bekommen Krisensituationen über Patienten und Patientinnen geschildert, die sie vielleicht nicht einmal kennen und sehen sich mit Forderungen von Angehörigen konfrontiert, denen sie nicht immer nachkommen können. Stoffels und Kruse empfehlen an dieser Stelle den Hilfesuchenden das Gefühl zu vermitteln, dass es gut war sich Hilfe zu organisieren, um sie von der Schuld des Verrats zu befreien, sich ein genaues Bild von der Situation zuhause zu machen, um dann den Angehörigen mögliche Interventionen anbieten zu können. Manchmal passiert es aber auch, dass es sinnvoller ist auf einen Hausbesuch zu verzichten, da er vielleicht die Betroffenen nur noch mehr in Angst und Panik versetzt und die Situation dadurch eskalieren würde. Entscheidend ist die Angehörigen zu informieren und zu stützen, damit diese wiederum den Erkrankten zu einem freiwilligen therapeutischen Kontakt ermutigen und motivieren. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:58-59)

## **10.4 Der Helfer und die Helferin als Auftraggeber und Auftraggeberin**

Die Bereitschaft, das Abenteuer eines Hausbesuches zu wagen, ist nicht bei jedem Helfer oder jeder Helferin vorhanden. Die Befürworter und Befürworterinnen des Hausbesuches, die in dieser Tätigkeit unter anderem eine Überwindung der Therapeut – Patient – Hierarchie sehen, nutzen das Setting um einen erweiterten Blick in die Lebenswelt der Erkrankten zu bekommen. Sie sind oftmals auf der Suche nach Lebendigkeit, die sie vielleicht in den Räumlichkeiten der eigenen Beratungsstelle nicht finden. Andere, vielleicht unsichere bzw. ängstliche Helfer und Helferinnen, verzichten gerne auf das Risiko eines Hausbesuches und bevorzugen eher eine bequeme, übersichtliche Beratungsstelle. Viele haben das Gefühl beim Hausbesuch den Patienten und Patientinnen ohne legitimierten Auftrag nachzugehen und verharren deshalb in einer zurückhaltenden Position. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:53-54)

Nicht selten aber wird der Wunsch nach einem psychiatrischen Hausbesuch bei anderen Menschen aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen laut. Nachbarn, Hausbewohner und Hausbewohnerinnen, soziale Dienste, Jugendämter, Schulen etc. wenden sich oft hilfesuchend an die psychosozialen Beratungsstellen. Auch hier sollten die Interessenslage und die vorgebrachten Anliegen des ‚Melders‘ bzw. der ‚Melderin‘ gründlich geprüft und recherchiert werden. (vgl. Stoffels/Kruse 1996:61-62)

## **11 Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Forschung**

Im zweiten Teil dieser Arbeit sollen die Ergebnisse der qualitativen Sozialforschung präsentiert werden. Die Auswertungsergebnisse beziehen sich auf die Interviews, die mit sechs Experten und Expertinnen durchgeführt wurden. Die Ergebnisse werden analog dem Kategoriensystem (siehe Kapitel 1. 2. 2) dargestellt. Die Aussagen der Interviewten beinhalten auf der einen Seite die Bedeutung des psychiatrischen Hausbesuches für die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen aus der Helfer und Helferinnenperspektive, auf der anderen Seite wird von den Interviewten die Bedeutung des psychiatrischen Hausbesuches für die Betroffenen selbst eingeschätzt. Durch die narrativen Erzählungen der interviewten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen entstand eine Vermischung der beiden Perspektiven. Diese Vermischung wurde bei der Darstellung der folgenden Ergebnisse beibehalten, um eine höchstmögliche Authentizität des ursprünglichen Datenmaterials zu erlangen.

### **11.1 Der Hausbesuch als nachgehende Betreuungsform**

Wie schon in Kapitel acht aufgezeigt wurde, können Menschen, die an einer schweren psychiatrischen Erkrankung leiden, oftmals nicht das Angebot einer Beratungsstelle in Anspruch nehmen. Die Autoren Stoffels und Kruse fassen dies folgendermaßen zusammen: „Er (gemeint ist der psychisch kranke Mensch, Anmerkung d. Verf.) sucht nicht die Unterstützung, die Hilfe, die Behandlung, das Gespräch, die er bräuchte, nicht, weil er nicht will, sondern weil er nicht wollen kann“ (Stoffels/Kruse 1996:39). Die psychiatrische Betreuung spielt sich deshalb weitgehend im Bereich der nachgehenden Sozialarbeit ab. „Unter nachgehender Sozialarbeit versteht man Sozialarbeit, die nicht nur in Aktion tritt, wenn Klienten und Klientinnen von sich aus den Kontakt aufnehmen, sondern ihnen auch ‚nachgeht‘“ (Pantucek o.A:21).

#### **Ergebnisse**

Der Aspekt der nachgehenden Betreuung findet sich in allen Interviews wieder. Die interviewten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen betonen sogar, dass die nachgehende Tätigkeit in ihren Dienstverträgen geregelt sei. Der psychiatrische Hausbesuch ist für die befragten Helfer und Helferinnen eine Form der nachgehenden Betreuung, die allerdings bei psychiatrisch Tätigen Ambivalenz

hervorrufft. Während sich auf der einen Seite in den Interviews viele Vorteile der nachgehenden Tätigkeit finden, werden auf der anderen Seite problematische Argumente thematisiert. Um die Aussagen der Interviewten bezüglich der aufsuchenden psychiatrischen Tätigkeit zu strukturieren, erfolgt diese in zwei Teilen: die Vorteile der nachgehenden Betreuung und die Schwierigkeiten bzw. Grenzen der nachgehenden Betreuung.

### ***Die Vorteile der nachgehenden Betreuung***

Das Aufsuchen der Klienten und Klientinnen in ihrer Lebenswelt stellt nicht nur für die Professionisten und Professionistinnen eine große Ressource dar, sondern wird auch zweifellos laut Einschätzungen der Helfer und Helferinnen von den Hausbesuchten als wichtig, positiv und hilfreich bewertet. Die Interviewten berichten, dass das Entgegenkommen, das Nachgehen bei den Klienten und Klientinnen, die das Angebot in einer Beratungsstelle aufgrund ihrer Erkrankung nicht annehmen, oft dankbar angenommen wird. Gründe für das ‚Nichtannehmenkönnen‘ des Angebots in einer Beratungsstelle werden aus der Sicht der Interviewten folgende Aspekte genannt: Die folgende Aufzählung ist rein zufällig und enthält keine prioritäre Stellung oder Wertung.

- Mangel an finanziellen Ressourcen
- Fehlende Mobilität (Auto)
- Mangel an Infrastruktur (besonders schwierig in ländlichen Regionen)
- Psychische Gründe wie z.B. Depressionen, Ängste, Psychosen
- Mangel an Motivation
- Krisen, Phasen der Verschlechterungen des psychischen Zustandsbildes

Ein weiterer Grund, der für die nachgehende Betreuung aus der Sicht der Helfer und Helferinnen spricht, ist die aufgrund der regelmäßigen Kontakte resultierende Betreuungskontinuität, die einerseits eine kontinuierliche Behandlung gewährleistet und andererseits das rechtzeitige Setzen von professionellen Maßnahmen garantiert. Es wird berichtet, dass gerade die Klienten und Klientinnen, die nicht in die Beratungsstelle kommen und jegliche Hilfeleistung ablehnen, sehr viel Unterstützung benötigen.

### ***Die Schwierigkeiten und Grenzen der nachgehenden Betreuung***

Die befragten Professionisten und Professionistinnen berichten von unterschiedlichen Schwierigkeiten, die bei der nachgehenden Betreuung psychisch Kranker entstehen können. Thematisiert werden das Überschreiten von Intimsphären und persönlichen Grenzen. Als sehr aufwändig und schwierig wird das Herantreten bzw. die Vorarbeit beschrieben, die vor dem Zustandekommen eines Hausbesuches stattfinden muss. Die Interviewten erzählen von unterschiedlichen Zeitspannen, Motivationsarbeit, Ausdauer und dem Aufbauen einer Beziehungsarbeit bevor Hausbesuche von psychisch Kranken angenommen werden können. Die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen erleben Hausbesuche, die sich vor der Türe, am Hausflur, auf der Straße oder über das Kommunizieren am Fenster abspielen. Im Kontext der nachgehenden Betreuung werden Fingerspitzengefühl, Zeit, Beziehungsarbeit und Motivation gefordert. Zu den geäußerten Erfahrungen gehören aber auch Hausbesuche, die nicht gelingen, wo Klienten und Klientinnen den Zutritt zu ihrem Reich verweigern. Erwähnt wird auch der Aspekt der Kontrolle. Die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen empfehlen, dass die Helfer und Helferinnen den Betroffenen und dem sozialen Umfeld die Sorge nehmen müssen, dass es sich beim psychiatrischen Hausbesuch um einen Kontrollbesuch handle und der Sozialarbeiter bzw. die Sozialarbeiterin nicht als Kontrollorgan auftritt.

### **11.2 Die Auftraggeber und Auftraggeberinnen von psychiatrischen Hausbesuchen**

Wie schon in Kapitel zehn näher ausgeführt, werden häufig Anfragen und Erwartungen von außen an psychiatrisch Tätige herangetragen Hausbesuche bei Klienten und Klientinnen durchzuführen. Laut Banger, Wellnitz und Gastpar beginnt das methodische Handeln bereits mit der Klärung des Auftrages. Ziel sollte sein, mit den Beteiligten in Kommunikation zu treten und Transparenz herzustellen. Der Wunsch nach einem Hausbesuch kann von Angehörigen, Nachbarn, behandelten Ärzten und Ärztinnen oder anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Versorgungsnetzes geäußert werden. (vgl. Banger/Wellnitz/Gastpar 2004:198-202)

## Ergebnisse

Die Befragten berichten, dass sie bereits von den unterschiedlichsten Personen und Behörden mit der Bitte einen Hausbesuch zu machen kontaktiert wurden. Thematisiert wurde aber auch die Gruppe der Angehörigen, die sich mit der Bitte um einen Hausbesuch Unterstützung vor allem in Situationen, in denen es ihren Angehörigen psychisch schlechter geht, von den Helfern und Helferinnen erhoffen. Zu den geäußerten Auftraggebern und Auftraggeberinnen zählen Ämter wie z.B. Jugendämter und Sozialämter, aber auch Gemeindeämter und Gerichte. Als wesentliche Gründe einen Hausbesuch zu erbitten werden:

- Psychiatrische Auffälligkeiten
- Verbale Ausschreitungen
- Sonstiges auffälliges Verhalten
- Bitte um Abklärung eines Unterstützungsbedarfs und Klärung von Zuständigkeiten
- Vorliegen eines Gefahrenpotentials

erwähnt.

Wenn ein Hausbesuch durch eine Fachkraft von außen erbeten wird, liegt laut Aussagen der Befragten oftmals kein Einverständnis von den Klienten und Klientinnen vor, d. h., diese in Auftrag gegebenen Hausbesuche sind von den Betroffenen unerwünscht und ungewollt. Die Ergebnisse zeigen jedoch unterschiedliche Haltungen und Umgangsweisen unter den Interviewten in Bezug auf Aufträge von außen. Während auf der einen Seite eine Bereitschaft vorhanden ist, einen Hausbesuch auf Anfragen von außen durchzuführen, besteht auf der anderen Seite eine eher zurückhaltende, vorsichtige Einstellung diesbezüglich. Die Interviewten unterscheiden hierbei bei Aufträgen von außen zwischen institutionell bekannten und unbekanntem Klienten und Klientinnen. Bei Klienten und Klientinnen, die dem Helfersystem schon bekannt sind, werden von einem Teil der Interviewten die Aufträge von Familien und Angehörigen ernst genommen und es wird den Aufträgen auch nachgegangen. Bei unbekanntem Betroffenen wurde die Empfehlung geäußert, so viele Informationen wie möglich von außen einzuholen bzw. die

Angehörigen zu einem Erstgespräch in die Beratungsstelle zu bitten, um einen Eindruck von der Situation zu gewinnen und so mögliche Gefahren abzuwägen.

Als eine andere Vorgehensweise wurden das Einbeziehen der Teammitglieder und das Erstellen eines Hilfeplans erwähnt. Die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen beschreiben ungewollte Hausbesuche, die gegen den Willen bzw. das Einverständnis der Klienten und Klientinnen durchgeführt werden, als nicht hilfreich. Ungewollte Hausbesuche bedeuten laut den Aussagen der Interviewten ein Eindringen in die Privatsphäre und können die mühsam erarbeitete Beziehung zu den betreuten Klienten und Klientinnen beeinträchtigen oder sogar zerstören.

### **11.3 Soziale Diagnostik**

Die Grundvoraussetzung eines Hausbesuches ist zu allererst, dass der Hausbesuchte oder die Hausbesuchte zuhause angetroffen werden kann. Dies ist die erst mögliche Information, die der Helfer oder die Helferin gewinnt. Stoffels und Kruse sehen das Nichtzustandekommen eines Besuches eher als die Ausnahme und stellen in diesem Kontext folgende Überlegungen an: „Liegt es daran, dass bei aller Gestörtheit des Patienten immer ein gesunder Anteil vorhanden ist, welcher sich in der vielleicht uneingestanden Hoffung auf Hilfe mit dem Hausbesucher verbündet? Oder ist dies bereits Ausdruck der besonderen Ich- Schwäche des Kranken, der sich nicht abgrenzen kann, dem es an sozialer Kompetenz mangelt, der nicht den Mut zur Zurückweisung aufbringt?“ (Stoffels/Kruse 1996:21).

Das vielleicht augenscheinlichste Merkmal des psychiatrischen Hausbesuches ist das Sichtbarwerden der Lebenswelten der Betroffenen. Peter Berger veranschaulicht dies folgendermaßen: „Der einzelne richtet sein Leben ein wie sein Haus, und oftmals symbolisiert die Einrichtung im Haus die Einrichtung im Leben“ (Berger 1994:124 zit. in Keupp 2002:25). Peter Lüssi sieht im Aufsuchen des natürlichen Lebensraumes eine sozialarbeiterische Methodik, Einsicht in die Lebens- und Beziehungsverhältnisse der Klienten und Klientinnen zu gewinnen. (vgl. Lüssi 2001:56)

Ob man als Helfer oder Helferin will oder nicht, man wird beim Hausbesuch mit visuellen Eindrücken konfrontiert. Pantucek spricht in diesem Zusammenhang auch von ‚Sichtdiagnosen‘ und ‚visueller Einschätzung‘. Die Einschätzung erfolgt laut



Pantucek mit Hilfe von Typisierungen und passiert im Alltag weitgehend automatisch. Bei Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen besteht häufig eine große Scheu diese Eindrücke bzw. Typisierungen auch zu explizieren, da sie als Widerspruch zu der postulierten Wertneutralität und offenen Haltung gegenüber Klienten und Klientinnen betrachtet werden. Diese Scheu kann jedoch dazu führen, den notwendigen Reflexionsprozess über diese sehr wichtigen Eindrücke zu verhindern. (vgl. Pantucek 2006:105-106) Um die bei einem Hausbesuch gewonnenen Eindrücke zu strukturieren, empfiehlt Pantucek einen Beobachtungsleitfaden. (vgl. Pantucek 2006:110-112)

#### Umfeld (Stadtteil):

Wie ist die Gegend beschaffen, in der der Klient oder die Klientin wohnt? Gibt es Geschäfte, Lokale, andere Dienstleistungen?

#### Haus:

Wohnt der Klient oder die Klientin in einem Haus oder einer Wohnung (Miet-, Eigentum- oder Gemeindewohnung)? In welchem Zustand ist das Haus? Wie setzt sich die Bewohnerschaft zusammen?

#### Wohnung:

Wie groß ist die Wohnung? Wie viele Zimmer gibt es? Ist die Wohnung hell, trocken oder mit Schimmel befallen? Wie ist die Wohnung ausgestattet (Qualität der Böden, Heizung, Fenster, ...)?

#### Wohnung – Qualität durch Nutzung:

Wie sind die Zimmer belegt bzw. wie sind sie möbliert und ausgestattet? Ist die Wohnung abgewohnt, sind Möbel beschädigt? Gibt es Rückzugsmöglichkeiten für alle Bewohner und Bewohnerinnen? Sind Arbeits- und Schlafbereiche getrennt? Sind die Bewohner und Bewohnerinnen durch Unordnung in der Nutzung eingeschränkt?

#### Accessoires:

Ist die Wohnung mit Bildern, Erinnerungsstücken und anderen Gebrauchsgegenständen dekoriert? Gibt es Tiere in der Wohnung?

### Personen, die beim Hausbesuch anwesend sind:

Wer ist beim Hausbesuch anwesend und warum (rein zufällig oder geplant)? Wie sind die Besuchten gekleidet (noch im Pyjama oder haben sie sich auf den Besuch vorbereitet)? Gibt es Störungen im Zimmer durch Fernseher oder Radio? Wie ist der Kommunikationsstil unter den Bewohnern und Bewohnerinnen, wird laut oder leise gesprochen, lässt man einander ausreden? (vgl. Pantucek 2006:110-112)

Unter dem diagnostischen Blickwinkel betrachtet, müssen diese visuellen Informationen laut Pantucek gewichtet und interpretiert werden, um den Fokus der Fallbearbeitung nicht aus dem Auge zu verlieren. Er sieht das rekapitulierende Zusammenfassen der Eindrücke als unerlässlich und schließt folgende Fragen an:

Was bedeutet die Wohnsituation für die Möglichkeiten der Klienten und Klientinnen, ihre Probleme zu lösen?

Welche unterstützenden/hemmenden Faktoren sind erkennbar?

Welche Aspekte der Wohnsituation werden bei der Beratung oder Begleitung zu beachten sein? (vgl. Pantucek 2006:113)

Der Hausbesuch bietet also die Möglichkeit die Kulissen vor Ort einzubeziehen, über Gegebenheiten ins Gespräch zu kommen. Oft beginnen Klienten und Klientinnen über den Impuls der Gegenstände ihrer Wohnung (wie z.B. Fotos) Geschichten zu erzählen. Es können aber auch vor Ort Beziehungen oder Beziehungsgeschehen deutlich werden, die für den Hilfeprozess oftmals von großer Bedeutung sind.

Oftmals sind die Informationen unspezifisch und stehen in keinem engeren Zusammenhang mit der zu bearbeitenden Problemstellung. Im psychiatrischen Bereich ist die Alltagssituation jedoch sehr oft ein wichtiger Aspekt in der Rehabilitation. Auch alltags- und lebensweltorientierte Ansätze legen den Betrachtungsfokus auf die Bewältigungsaufgaben der alltäglichen Lebenswelt. (vgl. Thiersch 1996 zit. in Obert 2002:126)

## **Ergebnisse**

### ***Sichtbarwerden der tatsächlichen Lebensumwelt***

Die befragten Helfer und Helferinnen betrachten den psychiatrischen Hausbesuch als eine Ressource und als eine sehr gute Möglichkeit sich ein Bild, einen Überblick über die tatsächlich vorliegende Lebensumwelt der Klienten und Klientinnen zu verschaffen. Die Befragten berichten, dass erst aufgrund eines Hausbesuches die tatsächliche Armut von Klienten und Klientinnen festgestellt werden kann. Es wird erwähnt, dass Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen die Betroffenen in ihrer häuslichen Umgebung anders erleben als in der Beratungsstelle. Manche Klienten und Klientinnen präsentieren sich anders als in der Beratungsstelle, sie sind offener oder haben weniger Scheu sich zu öffnen. Die interviewten Helfer und Helferinnen betonen außerdem, dass Hausbesuche besonders die Beschaffenheit der Wohnung offenlegen und somit Auskunft über sozialen Background und die Sauberkeit und Ordnung in der Wohnung geben. Aber auch das weiterreichende soziale und regionale Umfeld, sowie die infrastrukturelle Gegebenheiten und Ressourcen, in die die Klienten und Klientinnen eingebettet sind, werden beim Hausbesuch sichtbar.

### ***Sichtbarwerden der sozialen Beziehungen***

Ein zentrales Thema für die Befragten war, dass der Hausbesuch eine Möglichkeit offeriert, Einblicke in das soziale Beziehungsgefüge zu erlangen. Es wird als Ressource empfunden, eventuelle Partner und Partnerinnen, Kinder und andere Familienangehörige beim Hausbesuch anzutreffen. Im Gegensatz zum Setting im psychiatrischen Krankenhaus können sich Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen beim Hausbesuch ein sachlicheres Bild von den Angehörigen der Klienten und Klientinnen machen. Eine große Relevanz spielen aber auch Nachbarn und andere Dorf- und Gemeindemitglieder. Der Hausbesuch kann dem Helfer oder der Helferin ein gutes Bild von der Lebenssituation in der Gemeinde vermitteln. Ängste, Vorurteile und Scheu in Bezug auf die kranken Mitbürger und Mitbürgerinnen können beim Hausbesuch deutlich werden. Die vermittelnde und manchmal klärende Arbeit mit Nachbarn oder Mitgliedern der Hausgemeinschaft wird als sehr wichtig eingestuft.

Die Interviewten reflektieren an dieser Stelle auch die Sichtweise der Klienten und Klientinnen: Das Interesse der Helfer und Helferinnen an der familiären Situation wird laut den Interviewten von den Klienten und Klientinnen als positiv gewertet.

### ***Sichtbarwerden des Unterstützungsbedarfes***

Für die Befragten fungiert der Hausbesuch als Instrument um den eventuellen Unterstützungsbedarf bei den Klienten und Klientinnen festzustellen. Der Hausbesuch wird zu Beginn der Betreuung als diagnostisches Instrument eingesetzt um den Hilfebedarf festzulegen und weitere Interventionen zu planen. Es wird in diesem Zusammenhang von Unterstützungsmöglichkeiten wie z.B. Anträgen auf Sachwalterschaft, Organisation von Hilfsorganisationen oder von Hilfestellungen bei Ämtern und Behörden gesprochen. Zusätzlich wird der Unterstützungsbedarf in Bezug auf Wohnungssanierungen, drohende Delogierungen, notwendige Unterbringungen in Institutionen oder Entrümpelungen sichtbar, der jedoch laut Aussagen der Interviewten von den Betroffenen nicht immer gesehen wird.

### ***Sichtbarwerden des psychischen Zustandes***

Die Interviewten schreiben dem Hausbesuch eine informative Eigenschaft in Bezug auf das Krankheitsbild des Klienten oder der Klientin zu. Für die Interviewten gibt der psychiatrische Hausbesuch nicht nur Aufschluss über das aktuelle Zustandsbild der Klienten und Klientinnen, wie z.B. das Vorliegen von akuten Psychosen, Wahnsystemen und Depressionen, sondern liefert auch wertvolle Informationen über die Alltagsfähigkeit der Betroffenen. Alltagsfähigkeiten wie kochen, einkaufen oder der Umgang mit Geld werden als Gradmesser für psychische Stabilität herangezogen und andere Kompetenzen wie z.B. Geschäftsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit oder Wohnfähigkeit werden von den Interviewten erwähnt. Aber auch der Grad der Selbständigkeit kann beim Hausbesuch eingeschätzt werden.

Viele dieser Informationen können allerdings nur gewonnen werden, wenn der Hausbesucher über die Türschwelle in den Wohnbereich der Klienten und Klientinnen gelangt. Die interviewten Helfer und Helferinnen erwähnen in diesem Zusammenhang einige Gründe, warum Hausbesuche nicht stattfinden. Neben dem Vergessen des vereinbarten Hausbesuches werden psychische und somatische Erkrankungen genannt, die das ‚Nichtzustande Kommen‘ eines Hausbesuches erklären können. Erwähnt werden akute Psychosen, Verfolgungsideen, Ängste oder Wahnsysteme, die den Betroffenen einen Hausbesuch unmöglich machen.

## **11.4 Auswirkungen des psychiatrischen Hausbesuches auf die Beziehungsgestaltung**

### **11.4.1 Der Hausbesucher bzw. die Hausbesucherin als konstante Bezugsperson**

Das menschliche Dasein wird zweifelsohne in verschiedenen Formen von Beziehungen gestaltet und gelebt. Im psychiatrischen Handlungsfeld gehört der Beziehungsaspekt zu den elementarsten Voraussetzungen für ein gelungenes gemeinsames Tun. Das Aufbauen einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung und das Erhalten ebendieser begleiten professionelle Helfer und Helferinnen den ganzen Betreuungsprozess hindurch. Die Verwirklichung einer sozialpsychiatrischen Grundidee mit der mittlerweile selbstverständlichen dezentralen Betreuung durch extramurale, mobile Dienste bringt natürlich auch die Forderung nach einer kontinuierlichen Begleitung der Betroffenen mit sich. Fasst man dieses Postulat zum Begriff der Betreuungskontinuität zusammen, stößt man auf verschiedene Definitionen.

Danzinger versteht unter Betreuungskontinuität unter anderem die Kontinuität der persönlichen Beziehung zu den Betreuern und Betreuerinnen. Laut Danzinger kann durch einen konstanten Kontakt leichter eine vertrauensvolle, tragfähige therapeutische Beziehung entstehen, die auch die Inszenierung und das Ausleben potentieller Konflikte tragen kann. Außerdem sieht er im längerfristigen Verantwortlichsein für einen Patienten oder eine Patientin eine realistischere Einschätzung seiner bzw. ihrer Defizite und Fähigkeiten und damit eine gezieltere Veränderungsmöglichkeit. Nachteilig sieht Danzinger die Gefahr in der Verschmelzung zwischen freundschaftlich, beschützender Elternfunktion und dem kontrollierenden Auftrag der Gesellschaft, die von den Betreuern und Betreuerinnen reflektiert werden muss. (vgl. Danzinger 1994:5-6) Als eine der wichtigsten Maßnahmen für die Gewährleistung einer Betreuungskontinuität streicht Danzinger die Dezentralisation extramuraler Dienste hervor: „In der psychiatrischen Versorgung muss eine Vielfalt verschiedener differenzierter Dienste angeboten werden. Starre bürokratische Zentralisation geht an den Bedürfnissen des Patienten meist ebenso vorbei wie ein anarchisches Chaos“ (Danzinger 1994:9).

## Ergebnisse

Der Beziehungsaspekt wird als essentieller Bestandteil der psychosozialen Betreuung gesehen. Die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen beschreiben diverse Auswirkungen des psychiatrischen Hausbesuches auf die Beziehungsgestaltung zwischen den psychiatrisch Tätigen und den Betroffenen. Das Aufsuchen der Betroffenen zuhause in ihrer intimen, privaten Umgebung wirke sich auf die Beziehungsintensität aus. Durch die geschützte Umgebung und das daraus wachsende Vertrauen können sich Klienten und Klientinnen den Helfern und Helferinnen gegenüber besser öffnen. Es wird auch der Aspekt erwähnt, dass psychisch Kranke oft nur durch regelmäßige Hausbesuche soziale Kontakte pflegen und trainieren können. Durch regelmäßige, gute Kontakte, die aufgrund von Hausbesuchen möglich werden und dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen dem Hausbesucher bzw. der Hausbesucherin und den Betroffenen, kann eine Betreuungskontinuität entstehen, die für die bestehende Arbeitsbeziehung relevant ist. Um die Betreuungskontinuität gewährleisten zu können, berichten die interviewten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, dass Hausbesuche auch während Krankenhaus- und Heimaufenthalten durchgeführt werden. Die Interviewten beschreiben, dass Klienten und Klientinnen erst durch eine gute stabile Beziehung Hausbesuche zulassen bzw. spezielle Unterstützungsmöglichkeiten annehmen können.

Eine gelungene Beziehungsarbeit und eine tragfähige Vertrauensbasis können laut Aussagen der Interviewten besonders auch in Not- und Krisensituationen dazu führen, dass Klienten und Klientinnen sich an die Helfer und Helferinnen wenden und Unterstützung annehmen können.

Negative Auswirkungen werden von den interviewten Helfern und Helferinnen aber auch angeführt. Als Beispiel dafür werden Zwangseinweisungen ins Krankenhaus im Rahmen eines Hausbesuches erwähnt. Klienten und Klientinnen reagieren auf eingreifende Maßnahmen mit Kränkungen, welche sich negativ auf die Beziehungsgestaltung auswirken. Thematisiert wird zusätzlich die Schwierigkeit, die Betreuung von Klienten und Klientinnen aufgrund der jahrelangen, guten Beziehung abbrechen. Dieses ‚Nichtabbrechen‘ führt oftmals zu lebenslangen Betreuungen.

## **11.4.2 Der Hausbesucher, die Hausbesucherin als Gast**

Im Privaten kennt man den Begriff und die Bedeutung des Hausbesuches natürlich auch, jedoch nicht unter diesem Namen. Man besucht Verwandte, Freunde, Nachbarn weil man ein persönliches Interesse an ihrem Leben, ihrer Lebensführung und ihrem Lebensraum hat. Besucht ein professioneller Helfer bzw. eine professionelle Helferin einen Betroffenen oder eine Betroffene, ist die Beziehung von vorne herein durch eine Asymmetrie gekennzeichnet. Der oder die Hilfesuchende steht dem Helfer oder der Helferin in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis gegenüber, d.h. einer der Beiden, in der Regel der oder die Betroffene, ist auf den Anderen mehr angewiesen. Die Beziehung ist nicht durch einen Kontakt auf gleicher Ebene gekennzeichnet. Im Gegensatz zum geschützten Ort der Beratungsstelle, in dem Rollen genau definiert sind, begibt sich die psychiatrische Fachkraft in ein gewisses Abenteuer, das mit einer Portion Unsicherheit verbunden ist. Sie gibt den Rahmen der „Heimvorteilposition“ auf und wird plötzlich zum Gast in einem anderen Haushalt mit dessen eigenen Hausregeln. Der Hausherr bzw. die Hausherrin nimmt jetzt die Führung in die Hand, wird aktiv, kommt in die Rolle des oder der Gebenden. Hier scheint sich auch das professionelle Beziehungsgefälle zu mildern, meist auch das schlechte Gewissen der Betroffenen, da sie ja in der Schuld der Besucher und Besucherinnen stehen, die solche Mühe aufgebracht haben, zu ihnen zu kommen. (vgl. Stoffels/Kruse 1996: 36-37) Auch die Autoren Banger, Wellnitz und Gastpar sehen die Rollenveränderungen, die sich aufgrund eines Hausbesuches ergeben. Das Verhältnis von Nähe und Distanz innerhalb der Arbeitsbeziehung müsse neu definiert und ausbalanciert werden. Hier wird empfohlen, diese veränderten Verhältnisse zu respektieren und sie als Chance für die Stärkung der Selbsthilfekräfte der Betroffenen zu nutzen. (vgl. Banger/Wellnitz/Gastpar 2004:198-202)

Auch Pantucek betont in diesem Zusammenhang die Sitte der Gastfreundschaft, die für ihn mit Respekt und Anerkennung konnotiert werden muss. Das lässt sich laut Pantucek am besten durch ein ehrliches Interesse an der Person des Gastgebers oder der Gastgeberin und dessen bzw. deren Wohnung erreichen. „In der Regel wird dieses Interesse als Interesse an der Person und ihrem Leben verstanden und insofern erleichtert zur Kenntnis genommen, als es das ohnehin offensichtliche Schauen des Besuchs thematisiert, nachvollziehbar und bearbeitbar macht“

(Pantucek 2006:112). Handelt es sich um einen Erstbesuch in der Wohnung schlägt Pantucek eine Reihe Fragen vor, die das Interesse und die Wertschätzung zum Ausdruck bringen können. Fragen wie z.B. Wohnen sie schon lange hier? Wohnen sie gerne hier? Sind sie zufrieden mit der Wohnung? Sind sie zufrieden mit der Wohngegend? Haben sie in der Nähe auch Bekannte und Verwandte? (vgl. Pantucek 2006:112).

Zusammengefasst soll der Gastgeber bzw. die Gastgeberin die Möglichkeit haben dieser Rolle auch nachkommen zu dürfen, wenn er oder sie dies möchte. An dieser Stelle möchte ich Jürgen Hargens (1993:245) erwähnen, der sich Rahmen seiner aufsuchenden therapeutischen Tätigkeit sehr kritisch mit den Aspekten der aufsuchenden Tätigkeit beschäftigt. Für ihn besteht die Herausforderung beim Hausbesuch aus Gastfreundschaft eine Arbeitsbeziehung herzustellen, da seiner Auffassung nach die Rollenbeschreibung Gast nicht mit der Rollenbeschreibung der psychosozialen Fachkraft ident ist. Hargens geht von der sozialen Typisierung aus, dass sich ein Gastgeber bzw. eine Gastgeberin um das Wohl des Gastes sorgt. Für ihn sorgt diese Annahme für Verwirrung, da er der Meinung ist, dass psychosoziale Experten und Expertinnen kommen, um zu arbeiten und nicht um sich als Gast wohl zu fühlen. Deutlich wird dies für ihn besonders beim Erstkontakt, wo folgende Fragen auftauchen:

„Wie erfolgt die Wahl des Raumes?

Wer entscheidet über den Sitzplatz?

Wird etwas angeboten?

Wie gehe ich mit Störungen um (Fernseher, Radio, Haustiere ...)?“ (Hargens 1993: 245)

Hargens bringt die Gegebenheiten des Settings dann zur Sprache, wenn sie ihm bei seinen fachlichen Ansprüchen in der Arbeit behindern würden und geht somit bei jeder Begegnung eine neue Verhandlung ein. (vgl. Hargens 1993:244-245)

### ***Ergebnisse***

Die Rolle des Gastes, die sich durch den Besuch des Professionisten bzw. der Professionistin automatisch einstellt, wird von den Interviewten unterschiedlich



bewertet. Während sich auf der einen Seite überwiegend positive Aussagen finden, wird die Gastrolle auf der anderen Seite unangenehm und problematisch erlebt. Angebote von Klienten und Klientinnen ihre betreuenden Hausbesucher und Hausbesucherinnen mit Kaffee, Kuchen oder anderen Sachen zu bewirten, werden von einem Teil der interviewten Helfer und Helferinnen angenommen. Einladungen zum Kaffee bzw. Einladungen in die Wohnung werden nicht nur als eine große Wertschätzung der Klienten und Klientinnen gegenüber den Helfern und Helferinnen gesehen, sondern sind laut Aussagen der Interviewten auch ein Zeichen dafür, dass Betroffene stolz ihre eigenen vier Wände präsentieren wollen. In diesem Zusammenhang werden von den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen Kränkungen auf Seiten der Klienten und Klientinnen bei Ablehnung dieser Bewirtung angesprochen. Als Gründe für das Bewirten der Hausbesucher und Hausbesucherinnen durch die Gastgeber und Gastgeberinnen werden laut Aussagen der Befragten das Zeigen von Dankbarkeit für den Hausbesuch bzw. das kostenlose Beratungsangebot angegeben. Über das Annehmen solcher Bewirtungen bzw. kleiner Geschenke durch Klienten und Klientinnen herrscht also unter den Befragten kein Konsens. Während die einen befragten Helfer und Helferinnen dafür plädieren Bewirtungen anzunehmen, um eventuelle Kränkungen zu vermeiden, sind andere Professionisten und Professionistinnen prinzipiell gegen das Annehmen dieser Dankbarkeitsbezeugungen. Durch das Servieren von Kaffee und Kuchen wird außerdem befürchtet, dass der Helfer bzw. die Helferin in seiner bzw. ihrer Professionalität nicht ernst genommen wird.

Um das Entstehen unbewusster Abhängigkeiten zwischen den psychiatrisch Tätigen und den Betroffenen zu verhindern, wird von den Interviewten das genaue Abklären im Vorfeld empfohlen. Als eine mögliche Erklärung nennen die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, dass die geleisteten Hausbesuche ein Serviceangebot der Psychiatrie sind.

## **11.5 Krisenhausbesuch und Zwangseinweisung**

In der Fachliteratur zum Thema Krisenintervention in der Psychiatrie findet man eine Unterscheidung zwischen dem Begriff Krise und Notfall. Beide Begriffe evozieren einen Charakter von Dringlichkeit und fordern ein Handeln durch die Helfer und Helferinnen. (vgl. Schnyder/Sauvant 1993:47-48) Schnyder und Sauvant betonen

außerdem, dass bei alkoholkranken, deliranten, akut psychotischen Menschen und die Realität verkennende Patienten und Patientinnen sehr häufig ein Notfall vorliegt, der ein rasches ärztliches Handeln erfordert. Das heißt, wenn es den Betroffenen nicht mehr möglich ist, Verantwortung für therapeutische Entscheidungen zu treffen, muss ein Experte bzw. eine Expertin aktiv die Verantwortung übernehmen und die Behandlung in die Wege leiten. (vgl. Schnyder/Sauvant 1993:50)

Der Kontrollaspekt, der schon beim Hausbesuch deutlich wird, kann sich durch eine notwendige Zwangseinweisung im Rahmen eines Krisenhausbesuches potenzieren. Psychiatrische Zwangseinweisungen erscheinen unter dieser Betrachtungsweise auch als ein Anwendungsfeld staatlicher Gewalt, welche in der Praxis oftmals durch die Zuziehung exekutiver Instanzen gekennzeichnet ist. Sie sind zwar Maßnahmen der medizinisch – sozialen Hilfe und können auch von Seiten der Umgebung auf große Zustimmung treffen, sie werden jedoch von den Betroffenen immer wieder als soziale Kontrolle gewertet. (vgl. Bruns 1993:227)

Gross unterscheidet bei der Bezeichnung bzw. Bewertung einer Zwangseinweisung zwischen einer „fürsorglich – schützenden“ und einer kontrollierend – einschränkenden“ Intervention. Die jeweilige Bezeichnung oder Bewertung spiegelt für ihn die persönliche Einstellung und Werteskala des bzw. der psychiatrisch Tätigen wieder. Eine vorhergehende Hausbesuchspraxis kann in der krisenhaften Situation einer Zwangseinweisung eine große Ressource darstellen, da aufgrund der geschaffenen Vertrauensbasis eine Einweisung ohne die oftmals sehr angstbesetzte Traumatisierung (z. B. durch den Eingriff der Exekutive) durchgeführt werden kann. Eine gelingende therapeutische Praxis sollte eine Spaltung zwischen ‚guten Therapeuten‘ und ‚Therapeutinnen und ‚bösen Ordnungshütern‘ und Ordnungshüterinnen vermeiden und mit Hilfe eines kontinuierlichen Beziehungsangebotes ein Minimalvertrauen aufbauen. (vgl. Gross 1994:101-103)

Im Zusammenhang mit einer Zwangseinweisung, bei der oft ein gewisses Gefahrenpotential vorhanden ist, spielt auch der Aspekt der Sicherheit auf Seiten der Helfer und Helferinnen eine große Rolle. Katschnig und Konieczna empfehlen gegenüber dem psychiatrischen Einzelkämpfertum das mobile Team, welches aufgrund der professionellen Spezialerfahrungen vor Ort Vorzüge genießt. (vgl. Katschnig/Konieczna 1990 zit. in Ernst 2001:86) Für Lüssi gibt es aber auch potentielle Interventionsfälle, wo es aufgrund der Gefährlichkeit kontraindiziert wäre

einen Hausbesuch durchzuführen. In diesen Situationen muss die Privatsphäre der Klienten und Klientinnen auf das Sorgfältigste respektiert werden. (vgl. Lüssi 2001:57)

## **Ergebnisse**

Der Krisenhausbesuch spielt bei den befragten Helfern und Helferinnen eine bedeutsame Rolle. Die Ergebnisse zum Thema Krisenhausbesuche waren sehr umfangreich und beschreiben laut Aussagen der Interviewten eine professionelle Herausforderung. Es werden sowohl schwierige Szenarien beim psychiatrischen Krisenhausbesuch, als auch bei oft notwendigen Zwangseinweisungen berichtet. Die interviewten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen erzählen von Verletzungen, Attacken und Gefahren, denen Professionisten und Professionistinnen ausgesetzt sind. Die Aussagen der Befragten in Bezug auf den Krisenhausbesuch lassen sich in drei Phasen einteilen:

1. Die Phase vor der Entscheidung eines Krisenhausbesuches
2. Die Phase vor dem Betreten einer Wohnung, eines Hauses
3. Die Phase beim Krisenhausbesuch

Die erste Phase wird von den befragten psychiatrisch Tätigen als eine sehr wichtige Phase beschrieben, der ein besonderer Stellenwert eingeräumt wird. In dieser Phase betonen die Helfer und Helferinnen, dass das generelle Abwägen eines Krisenhausbesuches, das Einbeziehen der Krankheitsgeschichte und der speziellen Vorerfahrungen mit den Betroffenen in Krisensituationen vorab stattfinden muss. Betont wird auch das Überprüfen der Vorgeschichte der Klienten und Klientinnen auf mögliche Gefahrenpotentiale und das Besprechen mit Klienten und Klientinnen von Krisenplänen und Umgangsweisen für den möglichen Fall einer drohenden Krise. Wesentlich erscheint den Professionisten und Professionistinnen auch das Informieren der Betroffenen über den geplanten Krisenhausbesuch. Bei unbekanntem Klienten und Klientinnen, bei denen von außen Krisen gemeldet werden, wird entweder der Krisenhausbesuch ganz abgelehnt oder durch einen zweiten Helfer oder einer zweiten Helferin abgesichert. Die Interviewten gaben an, Krisenhausbesuche zur eigenen Sicherheit prinzipiell zu zweit durchzuführen. Es wird davor gewarnt sich in diesen schwierigen Situationen zu überschätzen und

lieber bei Unsicherheit den Hausbesuch zu zweit durchzuführen. Der Vorteil beim gemeinsamen Hausbesuch wird nicht nur im Schutz der Professionisten und Professionistinnen gesehen, sondern auch in den größeren Interventionsmöglichkeiten vor Ort. Die Befragten beschreiben, dass bei gemeinsamen Krisenhausbesuchen der eine Helfer bzw. die eine Helferin sich um den Betroffenen oder die Betroffene kümmern kann und die andere Person die Situation im Blickfeld hat. Außerdem wird erwähnt, dass nicht bei jeder Krise sofort ein Hausbesuch sinnvoll ist. Es wird weiters berichtet, dass bei agierenden Menschen, die mit Suizid drohen, sofort die Rettung informiert werden soll und kein Hausbesuch durchgeführt wird. Die interviewten Helfer und Helferinnen betonten die Notwendigkeit der Organisation von Ressourcen und die Bereitstellung von relevanten Telefonnummern von Amtsärzten und Amtsärztinnen und Polizeidienststellen, falls sich schon vor der Durchführung des Krisenhausbesuches eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus abzeichnet.

Die Phase, die zeitlich kurz vor dem Betreten des Wohnraumes des oder der Betroffenen stattfindet, kann manchmal nur aus einem kurzen Moment bestehen. Die interviewten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen beschreiben in ihren Erzählungen, dass sie es für wichtig erachten, vor dem Betreten der Wohnung des Klienten oder der Klientin eine Art Sichtdiagnose vorzunehmen, um zu sehen, wie der Betroffene oder die Betroffene wirkt.

In der dritten Phase, stehen die Professionisten und Professionistinnen vor der Entscheidung die Klienten und Klientinnen vor Ort zu unterstützen, oder ihnen Hilfe durch eine Einweisung zukommen zu lassen. Die Aussagen beinhalten sowohl die freiwillige Aufnahme, als auch die Zwangseinweisung bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Freiwilligkeit des Unterstützungsangebotes steht bei Kriseninterventionen im Vordergrund und kann sehr oft durch die gute Beziehungsarbeit im Vorfeld und aufgrund einer Vertrauensbasis realisiert werden. Thematisiert wird in diesem Zusammenhang jedoch auch die oftmals mangelnde Einsicht bzw. Freiwilligkeit von betroffenen Klienten und Klientinnen. Es werden Einweisungen beschrieben, die dann durch Amtsärzte, Amtsärztinnen oder Polizeibeamten und Polizeibeamtinnen auch gegen den Willen der Betroffenen zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus führen.

## 11.6 Gender

Hargens beklagt in einem Artikel über Hausbesuche, dass geschlechtsspezifische Unterschiede und deren Auswirkungen auf die verschiedenartigen Konstruktionsmöglichkeiten von Wirklichkeiten durch Frauen und Männer noch immer zu den sehr stark tabuisierten Themen im therapeutischen Tun gehören. Er sieht gerade beim Hausbesuch die Notwendigkeit sich seine eigenen Stereotypen bezüglich des Mann – Frau Themas bewusst zu machen, da besonders die Gastrolle beim Hausbesuch dazu einlädt traditionelle Muster zu aktivieren. Hargens erwähnt aber noch einen weiteren Aspekt, der auf das ‚Eindringen in die Privatsphäre‘ abzielt. Der Hausbesuch schafft laut seiner Erfahrung eine bestimmte Nähe und kann bei Klienten und Klientinnen verschiedenartige Beschreibungen und Re- Konstruktionen auslösen, deren sich der professionelle Helfer und die professionelle Helferin bewusst werden müssen. (vgl. Hargens 1993:247-248)

### Ergebnisse

Im Folgenden wird teilweise auf eine geschlechtsneutrale Sprache verzichtet um die geschlechtsspezifischen Aspekte herauszustreichen. In Bezug auf die geschlechterspezifischen Auswirkungen ergaben sich die unterschiedlichsten Aspekte. Es wurde von den interviewten Helfern und Helferinnen sowohl der Aspekt der Abgrenzung zu den gegengeschlechtlichen Klienten und Klientinnen erwähnt, als auch ressourcenorientierte Aspekte von gegengeschlechtlichen Arbeitsbeziehungen genannt. Die Sozialarbeiter berichteten, dass in der psychiatrischen Landschaft wenige Helfer tätig sind und dass sie sich sehr gut bei Klientinnen abgrenzen müssen. Bei schizophrenen Patientinnen sei das ‚Mann – Frau Verhältnis‘ jedoch nicht problematisch. Im Zusammenhang mit dem Aspekt der Abgrenzung zu den Klienten und Klientinnen wird speziell bei einer länger andauernden Hausbesuchspraxis vor Übertragungsphänomenen und unbewussten Phantasien auf Seite der Klienten und Klientinnen gewarnt. Die interviewten Sozialarbeiterinnen erzählen von der Gefahr, in die von den Betroffenen angebotenen Rollen, wie z.B. die Mutterrolle, die Partnerinnenrolle, die Freundinnenrolle zu schlüpfen und sehen eine klare Abgrenzung für notwendig. Hierbei würden das richtige Maß an Hausbesuchen, die individuelle Krankengeschichte der Klienten und die Vereinbarungen eine Rolle spielen. Die Abgrenzung von Seiten der Klienten und

Klientinnen gegenüber den Betreuern und Betreuerinnen wurde von den Interviewten nicht explizit angesprochen.

Die Befragten erwähnen auch die Notwendigkeit die Genderfrage im konkreten Fall z.B. in Teamsitzungen zu besprechen, bzw. das Geschlecht der Betreuungsperson erst nach eingehenden Überlegungen festzulegen. Als bedeutende Ressource wird der Genderaspekt in Bezug auf schwierige Familienkonstellationen oder Pubertätskrisen genutzt. Es wird berichtet, dass die Betreuungspersonen häufig nach anamnestisch wichtigen Bezugspersonen ausgewählt werden und dass vertrauensbildende Elemente oft im gegengeschlechtlichen Gegenüber liegen. Es werden aber auch die Vorteile einer gleichgeschlechtlichen Betreuung betont, die es ermöglichen können, einen besseren bzw. anderen Zugang zu den Klienten und Klientinnen zu bekommen. Die weiblichen Befragten streichen besonders den Genderaspekt in Krisensituationen heraus, indem sie meinen, dass z.B. bei psychotischen Klienten, die in der Vorgeschichte zu übergreifigen Themen jeglicher Art neigten, von Sozialarbeitern besucht werden sollten.

## **11.7 Professionalität**

„In der kontinuierlichen Reflexion des eigenen beruflichen Handelns sind Planung und Auswertung miteinander verknüpft und greifen ständig ineinander. Die Evaluation bisheriger Erfahrungen, die Beurteilung von Erfolgen und Misserfolgen und die Interpretation ihrer Ursachen bilden die Grundlage für die nächsten Interventionen“ (Heiner 1998:169). Das Fokussieren auf formulierte Ziele und natürlich die Überprüfung ihrer Erreichung sind wichtige Bestandteile reflektierten methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. (vgl. Heiner 1998:177) In Bezug auf das Durchführen von psychiatrischen Hausbesuchen würde dies bedeuten, sich einerseits als Helfer bzw. Helferin über die Zielsetzung und Motivation des geplanten Hausbesuches im Klaren zu sein, und andererseits die Intervention unter diesen Gesichtspunkten zu reflektieren.

## **Ergebnisse**

Die Aussagen der Interviewten zum Thema der Professionalität und Reflexion bezüglich des psychiatrischen Hausbesuches waren sehr unterschiedlich gelagert. Es wird jedoch deutlich, dass das Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches

eine Art der Reflexion oder zumindest einen Abwägungsprozess auf Seiten der Helfer und Helferinnen in Gang setzt. Weiters lässt sich eine differenzierte Haltung gegenüber Hausbesuchen bzw. differenzierte Vorgangsweisen bei Hausbesuchen feststellen. Der Prozess der Abwägung, ob ein psychiatrischer Hausbesuch überhaupt durchgeführt wird oder nicht, ist ein zentrales Thema für die befragten Professionisten und Professionistinnen. Es werden verschiedene Gründe angeführt warum ein Hausbesuch kontraindiziert ist:

Im Folgenden werden die gesammelten Aussagen ungeordnet aufgelistet:

- Hausbesuche sollten nur durchgeführt werden, wenn sie professionell notwendig sind – sollten nicht als Kaffeekränzchen fungieren
- Hausbesuche dürfen nicht gegen den Willen der Klienten und Klientinnen stattfinden
- Hausbesuche sollen Klienten und Klientinnen nicht bedienen und können für die Krankheitsbewältigung hinderlich sein
- Hausbesuche können dem Therapieprozess schaden
- Hausbesuche bei psychotischen Menschen, die die Helfer und Helferinnen verkennen, sollen nicht durchgeführt werden, besonders nicht alleine
- Hausbesuche bei unbekanntem Betroffenen sollen speziell in Krisen nicht oder nur zu zweit durchgeführt werden
- Hausbesuche bei agierenden Klienten und Klientinnen sind abzuwägen
- Hausbesuche, in denen Helfer und Helferinnen als Richter bzw. Richterin und Regulator missbraucht werden, sind abzuwägen
- Hausbesuche, bei denen sich die Professionisten und Professionistinnen nicht der Familiendynamik entziehen können, sind abzuwägen

In diesem Zusammenhang werden aber auch allgemeine Empfehlungen, die der allgemeinen Methodik der Sozialarbeit zugeordnet werden, gegeben. Die Helfer und Helferinnen erwähnen in den Interviews das Arbeiten mit kleinen, mit den Klienten und Klientinnen erarbeiteten Zielen, die akzeptierende Haltung gegenüber

individuellen Lebensplänen und eine ressourcenorientierte Grundhaltung. Das Arbeiten mit Angehörigen psychisch Kranker wird als große Ressource gesehen, ebenso das Beachten der eigenen professionellen Grenzen, aber auch der Grenzen von Betroffenen. Multiprofessionelle Teamarbeit wird im psychiatrischen Arbeitsfeld als unerlässliche Methode erachtet um verschiedene Sichtweisen und Zugänge zu reflektieren. Die Vorbereitung von psychiatrischen Hausbesuchen in Fallbesprechungen und der fachliche Austausch darüber haben unter den befragten Helfern und Helferinnen einen hohen Stellenwert. Die Reflexion wirke sich positiv auf die Qualität der Zusammenarbeit und das Aufdecken eigener blinder Flecken aus. Die Abwägung ob, in welcher Frequenz und in welcher Intensität ein Hausbesuch durchgeführt werden soll, kann in Fallbesprechungen geklärt werden. Vor der Durchführung von Hausbesuchen erscheint den befragten psychiatrisch Tätigen das Reflektieren der Motive bzw. das Setzen von Zielen als wesentlich.

## **11.8 Multiprofessionalität**

In der Literatur wird der psychiatrische Hausbesuch zwar unter den berufsspezifischen Aspekten betrachtet, der multiprofessionelle Hausbesuch von zwei verschiedenen Berufsgruppen wird allerdings vernachlässigt. Stoffels und Kruse unterteilen die an psychiatrischen Hausbesuchsdiensten beteiligten Bezugsgruppen in ärztliche (Ärzte, Krankenschwester) und nicht ärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (Sozialarbeiter, Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen). (vgl. Stoffels/Kruse 1996:100) Gerade in der ambulanten Betreuung der psychosozialen Dienste ist der multiprofessionelle Hausbesuch, der meist durch einen Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin und einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie durchgeführt wird, von großer Bedeutung.

### **Ergebnisse**

Die Interviewten erzählen von einer regen multiprofessionellen Hausbesuchspraxis besonders mit Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie, aber auch mit psychiatrischem Pflegepersonal, sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Oft werden Fachärzte und Fachärztinnen aufgrund von psychiatrischen, aber auch somatischen Abklärungen, fachärztlichen Begutachtungen, psychiatrischen Krisensituationen wie z.B. Psychosen und Suizidalität, zum sozialarbeiterischen Hausbesuch hinzugezogen. Der Hausbesuch



wird meist durch die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, die sich zu Beginn einer Betreuung ein Bild vor Ort verschaffen, initiiert und im medizinischen Bedarfsfall mit Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie verstärkt. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie können aufgrund ihres Stundenkontingentes nicht so häufig Hausbesuche durchführen wie die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen. Der kollegiale Hausbesuch zweier Berufsgruppen wird insgesamt als Erleichterung und Ressource gesehen und wird besonders in Krisensituationen eingesetzt.

## 12 Darstellung der zentralen Ergebnisse

Die gewonnenen Ergebnisse werden im Folgenden im Hinblick auf die anfangs formulierten Forschungsfragen überprüft:

- Was sind die Charakteristika des psychiatrischen Hausbesuches?
- Welche Aspekte sind aus der Sicht des Sozialarbeiters und der Sozialarbeiterin in der Planung und Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen zu beachten, um ein höchstes Maß an Professionalität in der Klienten- und Klientinnenbetreuung zu gewährleisten?

Die Beantwortung der ersten Forschungsfrage ist aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht klar von der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage zu trennen. Die interviewten Helfer und Helferinnen ergänzten ihre Aussagen zum Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches an vielen Stellen mit kritischen und von Reflexion gekennzeichneten Gedanken.

Aufgrund der Auswertung des vorhandenen Datenmaterials kann festgehalten werden, dass das Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches durch einige charakteristische Merkmale geprägt ist. Ein sehr relevantes Merkmal des psychiatrischen Hausbesuches scheint der nachgehende Aspekt zu sein, der einerseits mit Schlagworten wie ‚Kennenlernen der tatsächlichen Lebenswelt‘, andererseits mit ‚Eindringen in die Privatsphäre‘ und ‚Grenzüberschreitungen‘ in Verbindung gebracht wird. Die Interviewten schreiben dem psychiatrischen Hausbesuch als nachgehende Betreuungsform eine große Rolle bei Klienten und Klientinnen zu, die das Angebot in der Beratungsstelle nicht nutzen können. Dafür wurden Gründe wie

- Mangel an finanziellen und infrastrukturellen Ressourcen
- Bestimmte psychische Erkrankungen wie Depressionen, Psychosen und Ängste
- Krisen und Mangel an Motivation

festgestellt.

Die Ergebnisse zeigen in Bezug auf das Sichtbarwerden der Lebenswelten vor Ort den Hausbesuch als Informationsquelle für den psychiatrischen Betreuungs- und Diagnoseprozess. Das Sichtbarwerden der tatsächlichen Lebenswelt, der sozialen Beziehungen, des Unterstützungsbedarfes und des psychischen Zustandsbildes der Klienten und Klientinnen wird von den Interviewten als Ressource und Arbeitsinstrument betrachtet.

„Das Nachgehen“ birgt aber laut Aussagen der Interviewten nicht nur die Gefahr in sich persönliche Grenzen zu überschreiten, sondern verlangt auch auf Seiten der Professionisten und Professionistinnen Fingerspitzengefühl, konstante Beziehungsarbeit, Ausdauer und Motivationsarbeit. Auffallend erscheint, dass der Kontrollaspekt von den Helfern und Helferinnen wenig thematisiert wird. An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob der Aspekt der Kontrolle aus den Köpfen der Klienten und Klientinnen verschwindet, oder ob dieser Aspekt von den Professionisten und Professionistinnen zu wenig reflektiert wird. Zu diesem Thema wäre eine qualitative Forschung, die die Klienten und Klientinnen zu Wort kommen lässt, sinnvoll und interessant.

Die aufsuchende Tätigkeit in der sozialpsychiatrischen Landschaft ist besonders durch oftmals fremdmotivierte Aufträge gekennzeichnet, die für das Helfernetzwerk eine große Herausforderung darstellen. Die Praxis der interviewten Helfer und Helferinnen zeigt Erfahrungen mit Aufträgen von außen, sowohl von Familien als auch von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Versorgungsnetzes. Verschiedene Gründe, wie z.B. verbale Ausschreitungen, psychiatrische Auffälligkeiten oder Vorliegen eines Gefahrenpotentials werden angegeben. Bezüglich der Aufträge von außen kann festgehalten werden, dass bei den Helfern und Helferinnen unterschiedliche Haltungen und Umgangsweisen vorherrschen. Das Aufsuchen von unbekanntem Klienten und Klientinnen wird von den Helfern und Helferinnen als schwierig angesehen und eher zurückhaltend und vorsichtig behandelt.

Zusätzlich kann aufgrund der Ergebnisse festgehalten werden, dass der Beziehungsaspekt im Kontext des psychiatrischen Hausbesuches eine zentrale Rolle spielt. Die Beziehungsarbeit bzw. das Aufbauen einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung kann sowohl als notwendige Basisvoraussetzung, die einen psychiatrischen Hausbesuch erst möglich macht, gesehen werden, aber auch als begleitende Ressource im Betreuungsprozess betrachtet werden. Der psychiatrische

Hausbesuch ermögliche laut Aussagen der Interviewten nicht nur eine konstante Beziehungsgestaltung, sondern habe auch Auswirkungen auf die Beziehungsintensität und die möglichen Unterstützungsmöglichkeiten. Die Gastrolle, die unweigerlich beim Hausbesuch entsteht, wird einerseits als Ressource im Betreuungsprozess gewertet, andererseits als hinderliche Komponente betrachtet, die die Professionalität des Helfers oder der Helferin beeinflussen kann. Beide Positionen bezüglich der Gastrolle werden von den Interviewten kritisch betrachtet und reflektiert.

Ein weiteres Merkmal eines psychiatrischen Hausbesuches ist, dass er nicht nur als eine betreuungscontinuierliche Arbeitsform fungiert, sondern auch der Krisenintervention zugeordnet wird. Im Hinblick auf die Durchführung von Krisenhausbesuchen wurde in den Interviews der Bedarf an Kriseninterventionshausbesuchen deutlich. Als wichtig wird der Abwägungs- und Vorbereitungsprozess vor dem Krisenhausbesuch erachtet. Die Befragten empfehlen die Durchführung von Krisenhausbesuchen durch zwei Professionisten oder Professionistinnen, einerseits um den eigenen Schutz zu gewährleisten, andererseits aufgrund der größeren organisatorischen Möglichkeiten. Besonders eindeutig war die Haltung der Helfer und Helferinnen bezüglich der Krisenhausbesuche bei unbekanntem Klienten und Klientinnen. Die Interviewten halten das Aufsuchen von unbekanntem Klienten und Klientinnen als sehr schwierig bzw. lehnen es in ihrer Funktion ab. Die Literatur empfiehlt in diesem Kontext spezielle Konzepte, wie z.B. mobile Teams oder Akutteams.

Der Aspekt der geschlechterspezifischen Auswirkungen im Hinblick auf die Hausbesuchspraxis wurde von den Helfern und Helferinnen erwähnt. Auf der einen Seite wurde bei den Helferinnen der Wunsch nach männlicher Präsenz in gefährlichen Situationen laut, auf der anderen Seite konnte das Bedürfnis nach klarer Abgrenzung zu männlichen Klienten bei längerer Hausbesuchspraxis festgehalten werden. Der Genderaspekt wird aber auch in schwierigen Familienkonstellationen und Pubertätskrisen als Ressource gesehen.

- Welche Aspekte sind aus der Sicht des Sozialarbeiters und der Sozialarbeiterin in der Planung und Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen zu beachten, um ein höchstes Maß an Professionalität in der Klienten- und Klientinnenbetreuung zu gewährleisten?

Es lassen sich im Hinblick auf den professionellen Umgang mit psychiatrischen Hausbesuchen unterschiedliche Haltungen, Einstellungen und Stile der Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen feststellen. Es wird jedoch ersichtlich, dass alle interviewten Helfer und Helferinnen dem Aspekt der Reflexion und Professionalität einen hohen Stellenwert beimessen. Die Professionisten und Professionistinnen beleuchten das Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches aus einem kritischen Blickwinkel. Der psychiatrische Hausbesuch wird einerseits als professionelle, ressourcenorientierte Methode gewertet, aber auch als eine Interventionsform gesehen, die überlegt, geplant und abgewogen werden muss. Die erwähnten positiven Aspekte des psychiatrischen Hausbesuches werden sogleich durch andere Sichtweisen kritisch ergänzt. Auch wenn die Chancen und Möglichkeiten des psychiatrischen Nachgehens deutlich sind, betonen die Interviewten auch dessen problematischen Auswirkungen. Es wurden einerseits die Wichtigkeit der Planung und das Abwägen eines Hausbesuches deutlich, andererseits aber auch Strategien, die sich in der laufenden Hausbesuchspraxis bewährt haben. Betont wurde zusätzlich, dass jeder Hausbesuch individuell eingeschätzt werden muss und zwar auf der Basis einer Reflexion im Vorfeld. In diesem Zusammenhang werden das Einbeziehen des multiprofessionellen Teams, das Erstellen ausführlicher Sozialanamnesen und regelmäßige Fallbesprechungen als Ressourcen betrachtet. Es werden auch Konzepte und Strategien erwähnt, die in der Planung und Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen von Relevanz sein können, wie z.B. lebens- und alltagsorientierte Konzepte, Konzepte der Krisenintervention und Empfehlungen und Standards aus der allgemeinen sozialpsychiatrischen Arbeit wie z.B. ressourcenorientiertes Arbeiten oder das Arbeiten mit Zielen. Aber auch rehabilitativ - aktivierende Konzepte und therapeutisch orientierte Ansätze wurden betont.

## 13 Zusammenfassung und Empfehlungen

Anhand von diversen Literaturrecherchen und einer qualitativen Forschung beschäftigte sich die vorliegende Diplomarbeit mit dem Phänomen des psychiatrischen Hausbesuches im Hinblick auf die sozialarbeiterische Sichtweise. Ziel dieser Arbeit war es die charakteristischen Merkmale sowie die Chancen und Schwierigkeiten des psychiatrischen Hausbesuches zu beleuchten. Auf der Basis dieser Erkenntnisse sollten Schlüsse bzw. Empfehlungen im Hinblick auf die Reflexion gezogen werden, die eine professionelle Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen gewährleisten können. Die einführende Auseinandersetzung mit den Grundprinzipien des sozialpsychiatrischen Gedankens und die Darstellung der sozialpsychiatrischen Sichtweise von psychischen Krankheiten ermöglichten nicht nur die Einbettung des zu erforschenden Phänomens im theoretischen Zusammenhang, sondern unterstrichen auch dessen Relevanz in der aktuellen Betreuungskonzeption. Mit Hilfe von Definitionen wurde versucht den Begriff des ‚psychiatrischen Hausbesuches‘ zu erläutern und die Bedeutung des Begriffs ‚Wohnen‘ im Kontext des psychiatrischen Hausbesuches betont. Um den Stellenwert des psychiatrischen Hausbesuches und die verschiedenen Motivationen dafür zu untersuchen, wurde ein historischer Rückblick gewählt, der die internationalen Entwicklungen verdeutlicht. Die Darstellung einer jüngeren Studie sollte einen Fokus auf die möglichen Motivationen, die in der heutigen Praxis zu einem psychiatrischen Hausbesuch führen könnten, legen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema der nachgehenden Betreuung und die Darstellung der verschiedenen Formen und Auftraggeber bzw. Auftraggeberinnen des psychiatrischen Hausbesuches zeigte die Unerlässlichkeit der Reflexion der Hausbesuchsmethodik.

Schon die Autoren Stoffels und Kruse merkten 1996 kritisch an, dass Studenten und Studentinnen an Fachhochschulen für Sozialarbeit nur an vereinzelten Stellen über die Methode des Hausbesuches lernen. (vgl. Ruback 1985 zit. in Stoffels/Kruse 1996:11)

Die Praxis Sozialer Arbeit steht oftmals im interdisziplinären Professionsvergleich unter großem Begründungszwang und sieht sich somit auch mit einer Forderung nach mehr Transparenz konfrontiert. Wenn die Soziale Arbeit ihrem eigenen professionellen Anspruch nach innen und nach außen gerecht werden möchte, ist die Reflexion des eigenen Tuns ein unerlässliches Unterfangen. In der

professionellen Arbeit wird Reflexion über die eigene Arbeit in Teamsitzungen, Supervisionen etc. geleistet.

Die Reflexion des praktischen Handelns gilt seit Beginn der Verberuflichung als unverzichtbarer Bestandteil der Berufsausübung. Entsprechend dem Wissensstand ihrer Zeit bemühten sich bereits die Gründer und Gründerinnen der Sozialen Arbeit nicht nur zu verstehen, was Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen tun, sondern auch warum und wie sie es tun, und welche Folgen ihr Handeln hat. Es waren vor allem die Praktiker und Praktikerinnen, die aufgrund ihrer konkreten Feld- und Fallkenntnisse entscheidende Anstöße und Beiträge zur Qualitätsentwicklung der Sozialen Arbeit geleistet haben. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999:393) „Die Fachkräfte dokumentieren und reflektieren in systematischer Form unter Heranziehung von wissenschaftlichen Methoden, insbesondere Verfahren der empirischen Sozialforschung, Bereiche ihrer beruflichen Praxis mit dem Ziel, diese zu qualifizieren“ (Bosshard/Ebert/Lazarus 1999:394).

Begriffe wie Professionalisierung der Sozialen Arbeit, Evaluation und Qualifizierung gehören heutzutage zu den allgemeinen Standards. Die Profession der Sozialen Arbeit ist aufgrund des steigenden Wettbewerbsdrucks angehalten, sowohl die Qualität ihrer eigenen Arbeit, und somit auch die methodische Umsetzung professioneller Interventionen, als auch die Effektivität und Effizienz ihres Handelns, einer ständigen Kontrolle zu unterziehen. (vgl. Nörenberg 2007:20-21)

Auch Hargens verweist auf die professionelle Verantwortlichkeit der Helfer und Helferinnen, ob ein Hausbesuch nützlich und hilfreich sein kann. Der Helfer oder die Helferin muss sich im Klaren sein, wovon er oder sie die Entscheidung für oder gegen einen Hausbesuch abhängig macht. Hargens sieht das Setting des Hausbesuches als zusätzliches Mittel sich Optionen zu erschließen und diese auch zu nutzen. (vgl. Hargens 1993:252)

Für Neuffer stellt sich die Frage, ob der Hausbesuch ein fachlich relevantes Vorgehen darstellt, im Unterschied zu einem Termin in der Beratungsstelle, oder ob er lediglich ein fachlicher Ortswechsel ist und somit periphere Bedeutung hat. Der Autor empfiehlt bei der Methodik des Hausbesuches fachliche Standards und anerkannte Regeln zu entwickeln. Neuffer stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob der Hausbesuch eine Kolonialisierung der privaten Sphäre von Klienten

und Klientinnen darstellt, und ob es sich hierbei um einen unzulässigen Eingriff in die Intimsphäre der Klienten und Klientinnen handelt, oder ob er als Instrumentarium dienen kann, welches die Lebenswelt der Hilfesuchenden zu berücksichtigen versucht. (vgl. Neuffer 2007:182) Bei Hausbesuchen werden Helfer und Helferinnen mit sehr vielen Wahrnehmungen, Eindrücken und Informationen konfrontiert. Das bedeutet jedoch nicht, dass es den Helfern und die Helferinnen leichter gemacht wird die Welt der Klienten und Klientinnen zu verstehen. Durch den Hausbesuch können die Vorannahmen der Helfer bzw. Helferinnen binnen kürzester Zeit aktiviert werden und zu dem Irrglauben führen, man wüsste nach einem Hausbesuch wie die tatsächliche Welt der Klienten und Klientinnen aussieht (vgl. Hargens 1993:246) Auch Pantucek sieht die Gefahr die Fallbearbeitung aus dem Auge zu verlieren und rät zu einer systematischen Reflexion der durch den Hausbesuch gewonnen Informationen. (vgl. Pantucek 2006:113)

Betrachtet man das Durchführen von Hausbesuchen als fachlich methodisches Instrument, muss dieses Instrument, wie jede andere Methodik der Sozialarbeit auch, unter die fachliche Lupe genommen werden. Das würde bedeuten, dass der psychiatrische Hausbesuch, nachdem er als geeignetes Instrument der Hilfeleistung im konkreten Fallgeschehen abgewogen wurde, einer Vor- und Nachbereitungsphase bedarf. Zusätzlich zu den Besprechungen im Team und den eigenen Vorüberlegungen können die Fahrten zu den Wohnungen oder Häusern der Klienten und Klientinnen sehr gut als Vor- und Nachbereitungszeit dienen. Hargens sieht in der Vorbereitung die Klärung der eigenen Orientierung, während die Nachbereitung als Reflexion des Verhaltens der Professionisten und Professionistinnen gesehen wird. Besonders im Rahmen einer Krisenintervention sind die Vorbereitung und das genaue Überlegen eventueller Vorgehensweisen unerlässlich. (vgl. Hargens 1993:241)

Für die professionelle Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen scheint ein laufender Reflexionsprozess unerlässlich. Auf der Basis der Untersuchungsergebnisse werden im Anschluss Empfehlungen in Form eines Reflexionsleitfadens zur Planung und Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen formuliert. Der Reflexionsleitfaden wird in Form eines Fragenkatalogs dargestellt, da das starre Festhalten von Regeln und Empfehlungen im Kontext der Reflexion als einschränkend empfunden werden könnte.



Der Reflexionsleitfaden wird in drei Teilen dargestellt: die Reflexion vor, während und nach der Durchführung des Hausbesuches.

## **Reflexionsleitfaden für den psychiatrischen Hausbesuch**

### Reflexion vor dem Hausbesuch (wenn möglich im Rahmen der Teambesprechung)

Wer wünscht den Hausbesuch? Der Patient, /die Patientin, der Professionist/die Professionistin oder gibt es Aufträge von außen? Bei Aufträgen von außen: Warum wird der Hausbesuch gewünscht?

Handelt es sich um einen angemeldeten oder unangemeldeten Hausbesuch?

Ist ein Hausbesuch im Sinne des Rehabilitationsgedanken überhaupt sinnvoll und notwendig, oder sollte der oder die Betroffene motiviert werden das Angebot in der Beratungsstelle anzunehmen?

Aus welchen Gründen könnte der Hausbesuch noch kontraindiziert sein?

Soll der Hausbesuch durch ein multiprofessionelles Team (zumindest 2 Teammitglieder) durchgeführt werden? Wenn ja, warum (Komplexität des Hausbesuches, Gefahrenpotential, etc. ...) und welche Berufsgruppe? Wer hat welche Aufgabe beim Hausbesuch?

Welche Zielsetzung hat der Hausbesuch? Welche Motivation steckt dahinter?

Welche Rolle könnte der Genderaspekt bei der Wahl der Betreuungsperson und im laufenden Betreuungsprozess spielen?

Wird es sich um einen Routinehausbesuch oder einen Krisenhausbesuch handeln? (Abklärung oftmals durch Telefongespräch möglich!)

Welche Vorbereitungen treffe ich, wenn es sich um einen Krisenhausbesuch handelt?

Welche Gefahrenpotentiale sind aus der Vorgeschichte des Klienten oder der Klientin bekannt?

Welche Vorerfahrungen oder Ressourcen (Familie, Bezugspersonen, ...) im konkreten Betreuungsfall gibt es im Zusammenhang mit früheren Krisensituationen?

Welche organisatorischen Angelegenheiten müssen im Vorfeld besprochen werden (Notrufnummern, Handy, Zeitmanagement)?

#### Reflexion während des Hausbesuches

Übertrete ich wirklich die Türschwelle? Nochmalige Abwägung des Hausbesuches in Bezug auf die psychische Verfassung des oder der Betroffenen.

Wie verhalte ich mich wertschätzend in meiner Gastrolle?

#### Reflexion nach dem Hausbesuch

Was ist durch den Hausbesuch sichtbar geworden? (siehe Beobachtungsleitfaden Pantucek in Kapitel 11.3) - bestenfalls im fachlichen Austausch mit dem Team

Welche Ressourcen lassen sich durch den Hausbesuch erschließen in Bezug auf den Wohnraum, die Familiensituation und den psychischen Zustand des oder der Betroffenen?

Welche sozialarbeiterischen Maßnahmen können oder müssen im Sinne eines Hilfeplans gesetzt werden?

#### Reflexionen im Laufe der Hausbesuchspraxis

Ist der Hausbesuch professionell noch indiziert und notwendig, oder kann dem Betroffenen eine Komm - Struktur in der Beratungseinrichtung zugemutet werden?

Was hat sich im Lebensfeld der Betroffenen verändert? Wo ist Handlungsbedarf indiziert?

Wie verändert sich die Beziehung zwischen dem Hausbesucher bzw. der Hausbesucherin und dem oder der Betroffenen?

Welche Rolle spielt der Genderaspekt in der länger andauernden Hausbesuchspraxis?

Die Praxis zeigt, dass der psychiatrische Hausbesuch ein fixer Bestandteil der alltäglichen Arbeit ist, die Anforderungen aber erweisen sich als alles andere als alltäglich. Es kann vermutet werden, dass der psychiatrische Hausbesuch in Zukunft für das Betreuungspersonal der psychiatrischen Landschaft von großer Bedeutung sein wird, auch wenn das Aufsuchen von Betroffenen in ihrem Lebensumfeld, besonders im Falle eines multiprofessionellen Hausbesuches, personelle und zeitliche Ressourcen verschlingt. Die ökonomischen Funktionen von psychiatrischen Hausbesuchen und deren möglichen Auswirkungen auf die stationären Krankenhausaufenthalte wird in weiteren Untersuchungen zu prüfen sein. Weiters wäre zu klären, ob bei anderen Patientengruppen mit psychischen Erkrankungen wie z.B. Suchterkrankte oder Betroffene mit dementiellen Erkrankungen andere Schwerpunkte und somit andere Standards in der Hausbesuchspraxis notwendig sind. Interessant wäre auch eine Ausdifferenzierung der Hausbesuchsleitlinien unter Berücksichtigung der unterschiedlichen psychischen Erkrankungen.

Abschließend kann zusammenfassend angemerkt werden, dass der psychiatrische Hausbesuch eine Intervention wie jede andere sozialarbeiterische Intervention ist. Es geht dabei vorrangig um eine genaue Abwägung des Nutzens und der Gefahr und bedarf einer ständigen Reflexion. Dieser Reflexionsprozess macht einen Hausbesuch zu einer professionellen Intervention und kann somit auch zu seinem Gelingen beitragen.

## Literatur

Banger, Markus / Wellnitz, Monika / Gastpar, Markus (2004): Der Hausbesuch im Kontext der aufsuchenden Sozialarbeit einer psychiatrischen Institutsambulanz. In: Psychiatrische Praxis 31. Stuttgart, New York. 198-202

Basaglia, F. (1972): Die abweichende Mehrheit. Frankfurt

Battie, W. (1758): A treatise on Madness. In: Dörner, K. (1984): Bürger und Irre. (o. A.)

Bauer, Rudolf (Hrsg.) (1996): Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens. 2. Auflage. München, Wien

Berger, P. L. (1994): Sehnsucht nach Sinn. Glauben in einer Zeit der Leichtgläubigkeit. Frankfurt

Bloch, D. A. (1973): The Clinical Home Visit. In: Bloch, D. A. (Hrsg.) (1973): Seminars in Psychiatry. Techniques of Family Psychotherapy. New York, London. 39-45

Bosshard, Marianne / Ebert, Ursula / Lazarus, Horst (1999): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Bonn

Braun, P. / Kochansky, G. et. al. (1981): Overview: Deinstitutionalization of Psychiatric Patients, a Critical Review of Outcome Studies. Am. J. Psychiatry 138. (o. A.) 736-749

Brosch, Werner (1995): Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer. 2. Auflage. Wien

Bruns, Georg (1993): Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle. Opladen

Danzinger, Rainer (1994): Was heißt Betreuungskontinuität? In: Meißel, Theo / Gross, Rainer / Brosch, Werner (Hrsg.) (1994): Betreuungskontinuität in der Psychiatrie. Festschrift für Alois Marksteiner. Wien, New York. 5-11

Denz, Hermann (2005): Grundlagen einer empirischen Soziologie. Der Beitrag des quantitativen Ansatzes. Münster

Ernst, Klaus (2001): Psychiatrische Versorgung heute. Konzepte, Konflikte, Perspektiven. Sternenfels

Griesinger, W. (1845): Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart. In: Peters, U. H. (1990): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München. (o. A.)

Gross, Rainer (1994): Kontrolle oder Vernachlässigung? In: Meißel, Theo / Gross, Rainer / Brosch, Werner (Hrsg.) (1994): Betreuungskontinuität in der Psychiatrie. Festschrift für Alois Marksteiner. Wien, New York. 101-110

Gumpinger, Marianne (Hrsg.) (2001): Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen. Linz

Hargens, Jürgen (1993): Haus und Wohnung der KundIn. Spielfeld oder Feindesland? Erste Reflexionen über Hausbesuche. 237-255, [http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/hargens\\_Haus\\_und\\_Wohnung.pdf](http://www.system magazin.de/bibliothek/texte/hargens_Haus_und_Wohnung.pdf) am 03.04.2008

Heiner, Maja / Meinhold, Marianne / Spiegel, Hiltrud von / Staub – Bernasconi, Silvia (1998): Methodisches Handeln in der Sozialarbeit. Freiburg

Heiner, Maja (1998): Reflexion und Evaluation methodischen Handelns in der sozialen Arbeit. Basisregeln, Arbeitshilfen und Fallbeispiele. In: Heiner, Maja / Meinhold, Marianne / Spiegel, Hiltrud von / Staub – Bernasconi, Silvia (1998): Methodisches Handeln in der Sozialarbeit. Freiburg. 138-220

Hochmann, J. (1971): Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie. Frankfurt

International Federation of Social Workers (2005): Ethik in der sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien, Deutsche Übersetzung: Andreas Lienkamp, auf der Basis der von DSA Mag. Rudolf Rögner vorgenommenen Übertragung des ersten Entwurfs, <http://www.sozialarbeit.at/eticint.htm> am 26.04.2008

Katschnig, H. / Konieczna T. (1990): Innovative approaches to delivery of emergency services in Europe. In: Marks IM / Scott RA (Hrsg.): (o. A.) Mental health care delivery. Innovations, Impediments and Implementation. (o. A.) 85-103

Katschnig, Heinz / Denk, Peter / Weibold, Barbara (2003): Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995. Kurzfassung. Wien

Keupp, Heiner (2002): My home is my castle – Wohnen und Identitäten. In: Siemen, Hans - Ludwig (Hrsg.) (2002): Gewohntes Leben, Psychiatrie in der Gemeinde. Neumünster. 19-47

Kolb, G. (1908): Vorschläge für die Ausgestaltung der Irrenfürsorge und für die Organisation der Irrenanstalten. Unter besonderer Berücksichtigung der bayerischen Verhältnisse. Halle

Locket, R. (1985): Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus. Frankfurt

Lüssi, Peter (2001): Grundsätze der eingreifenden sozialarbeiterischen Intervention. In: Gumpinger, Marianne (Hrsg.) (2001): Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen. Linz. 42-81

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

Meise, Ulrich / Hafner, Friederike / Hinterhuber, Hartmann (Hrsg.) (1998): Gemeindepsychiatrie In Österreich. Eine gemeindenahe Versorgung braucht die Gemeinde, die sich sorgt. Innsbruck

Meißel, Theo / Gross, Rainer / Brosch, Werner (Hrsg.) (1994): Betreuungskontinuität in der Psychiatrie. Festschrift für Alois Marksteiner. Wien, New York

Neuffer, Manfred (2007): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 3. Auflage. Weinheim und München

Noell, E.C. (1971): Mobile Mental Health Units. Medical Annals of the District of Columbia 40. (o. A.) 617-618

Nörenberg, Matthias (2007): Professionelles Nicht – Wissen. Sokratische Einredungen zur Reflexionskompetenz in der Sozialen Arbeit. Heidelberg

Oberlechner, Herwig (2005): Propheten. Begegnungen mit paranoid schizophrener Menschen. Sternenfels

Obert, Klaus (2002): Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn

Österreichischer Rechnungshof (1995-1996): Psychiatrie auf dem Prüfstand. Zusammenfassung des Berichtes des österreichischen Rechnungshofes über die psychiatrische Versorgung in Österreich. In: Meise, Ulrich/Hafner, Friederike/Hinterhuber, Hartmann (Hrsg.) (1998): Gemeindepsychiatrie In Österreich. Eine gemeindenahere Versorgung braucht die Gemeinde, die sich sorgt. Innsbruck. 55-83

Pantucek, Peter (o.A.): Lebensweltorientierte Individualhilfe und Beratung. Skriptum. Bundesakademie für Sozialarbeit St. Pölten

Pantucek, Peter (2006): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit. Wien, Köln, Weimar.

Pasamanick, B. et. al. (1964): Home versus Hospital Care for Schizophrenics. (o. A.) 177-181

Pasamanick, B. et al. (1967): Schizophrenics in the Community. An Experimental Study. New York

Pillen, Angelika (2004): Die Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gewalt und Ethik. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2 , <http://www.psychiatrie.de/data/pdf/c2/01/00/info%2002%202004%2002.pdf> am 12.04.2008

Rössler, Wulf (Hrsg.) (2004): Psychiatrische Rehabilitation. Unter Mitarbeit von Ch. Lauber. Berlin, Heidelberg

Ruback, Ch. (1985): Der Hausbesuch. Ein Beitrag zum Praxisbezug in der Sozialarbeiterausbildung. Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. 65. (o. A.) 50-51

Schmidt, P.-O. (1983): Asylisierung oder psychiatrische Familienpflege. Psychiatrische Praxis 10. (o. A.) 56-59

Schnyder, Ulrich / Sauvant Jean- Daniel (Hrsg.) (1993): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Siemen, Hans Ludwig (Hrsg.) (2002): Gewohntes Leben, Psychiatrie in der Gemeinde. Neumünster

Stoffels, Hans / Kruse, Gunther (1996): Der psychiatrische Hausbesuch. Hilfe oder Überfall? Bonn

Thiersch, H. (1996): Die Frage nach der Lebenswelt und problematische Bewältigungsmuster. Zum Verständnis von Sozialer Arbeit und Therapie. In: Nervenheilkunde – Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung 3. (o. A.) 122-126

Voges, Burkhardt (1998): Einflußfaktoren einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung auf das Bild vom psychisch Kranken in der Gesellschaft. In: Meise, Ulrich/Hafner, Friederike/Hinterhuber, Hartmann (Hrsg.) (1998): Gemeindepsychiatrie In Österreich. Eine gemeindenahe Versorgung braucht die Gemeinde, die sich sorgt. Innsbruck. 288-303

Walz, K. (1946): Das System der Irrenfürsorge. In: Leibbrand, W. (Hrsg.) (o. A.): Um die Menschenrechte der Geisteskranken. Nürnberg. (o. A.)

Wing, J. K. (1982): Reasoning about Madness. In: Wing, J. K. (Hrsg.) (1982): Soziale Psychiatrie. Berlin. (o. A.)

Wolfgruber, Gudrun (1997): Zwischen Hilfestellung und sozialer Kontrolle. Jugendfürsorge im Roten Wien, dargestellt am Beispiel der Kindesabnahme. Wien

Woodbury, M. A. / Woodbury, M. (1969): Community – Centered Psychiatric Interventions: A Pilot Project in the 13<sup>th</sup> Arrondissement Paris. Am. J. Psychiat. 126. (o. A.) 619-625

Zutt, J. (1970): Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung. Berlin, Heidelberg, New York



# Anhang

## Auszug eines transkribierten Interviews 6

I: Ja als erstes möchte ich mich bedanken für das Interview und möchte gleich mit der Einstiegsfrage beginnen: Was sind aus ihrer professionellen Sicht die Besonderheiten des psychiatrischen Hausbesuches, oder was macht einen psychiatrischen Hausbesuch charakteristisch?

B: (4 Sekunden Pause), **(1)** Ahm, charakteristisch ist sicher wenn ein psychiatrischer Hausbesuch notwendig wird bei Leuten, die Betreuung nicht annehmen können, ah, da werden wir auf alle Fälle nachgehend tätig, und **(2)** das charakteristische ist, dass man daran arbeiten muss, ah, dass die Leute auch annehmen können, dass man zu ihnen nachhause kommt. (2 Sekunden Pause) und **(3)** ahm, ja das von der Zeit her, dass die Leute das auch annehmen können, dass man kommt ist das ganz verschieden, das kann von 1 Monat bis zu einem Jahr dauern, (lacht) ahm, ja das ist denke ich das wirklich charakteristische, **(4)** was noch charakteristisch ist, ist, dass bei Menschen, ah, die keine Compliance haben, es häufig zu schweren sozialen Defiziten kommt, ahm **(5)** das heißt dass auch der Zustand der Wohnung oder des Hauses ahm, desolat ist, ah, also und das dann auch ahm viel Überzeugungsarbeit zu leisten ist, dass diese auch dann Hilfe in Anspruch nehmen können. ( 4 Sekunden Pause), ahm, **(6)** in der ambulanten psychiatrischen Betreuung sind wir bemüht dass wir die Menschen in die Lage versetzen, dass sie herkommen in die Beratungsstelle, das heißt **(7)** wir sind sehr bemüht die Leute in die Selbständigkeit zu führen, ahm, **(8)** ist das nicht möglich dann versuchen wir die Leute zuhause zu erreichen, ahm, und das sind dann eben die Hausbesuche. **(9)** Aber nicht nur das ist ein Grund einen Hausbesuch zu machen, auch wenn jetzt jemand herkommt, machen wir uns immer auch ein Bild von den Lebensumständen, **(10)** das heißt nach einer gewissen Zeit, ahm, kommen wir dann auch nachhause, und das wird ganz unterschiedlich angenommen.

## Auswertung Interview 6

### Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

I	S	Nr	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
6	1	2	Charakteristisch ist dass Professionisten daran arbeiten müssen, damit HB gemacht werden können	Beim psychiatrischen HB muss professionelle Vorarbeit geleistet werden	<b>K 1: Merkmale des psychiatrischen HB</b>  Werden unterschiedlich angenommen – die einen lehnen ab, die anderen laden einem zum Essen ein
6	1	3	Charakteristisch ist dass man unterschiedlich lang von 1 Monat bis zu einem Jahr daran arbeiten muss bis Leute den HB annehmen können	Es dauert unterschiedlich lang bevor Klienten einen HB annehmen können	Wenn das Kommen nicht möglich ist – dann HB  Es muss Vorarbeit (dauert unterschiedlich lang) geleistet werden, damit ein HB stattfinden kann
6	1	4	Charakteristisch ist auch dass bei nicht complianten Patienten häufig soziale Defizite vorliegen	Bei nicht complianten Klienten liegen soziale Defizite vor	Unterschiedliche Dauer bis HB stattfinden kann
6	1	5	Oft ist der Zustand der Wohnung von Patienten desolat und oft kann nur mit viel Überzeugungsarbeit Hilfe angenommen werden	Wohnungen sind oft desolat und Klienten können erst nach Überredungsarbeit Hilfe annehmen	Patienten werden motiviert in die Beratungsstelle zu kommen, und selbständig zu werden
6	1	6	In der ambulanten psychiatrischen Betreuung wird versucht Menschen zu bemächtigen in die Beratungsstelle zu kommen	In der psychiatrischen Betreuung bemächtigt man Klienten, damit sie in die Beratungsstelle kommen	
6	1	7	Sozialarbeiter versuchen Patienten in die Selbständigkeit zu führen	Sozialarbeiter führen Patienten in die Selbständigkeit	

6	1	8	Ist das Kommen in die Beratungsstelle nicht möglich, kommt der Hausbesuch zum Einsatz	Wenn das Kommen in die Beratungsstelle nicht möglich ist, kommt ein HB zum Einsatz	
6	1	9	Auch wenn jemand in die Beratungsstelle kommt machen sich Sozialarbeiter trotzdem ein Bild von den Lebensumständen	Auch bei Terminen in der Beratungsstelle machen sich Sozialarbeiter mittels HB ein Bild von den Lebensumständen	
6	1	10	Nach einer gewissen Zeit machen Sozialarbeiter Hausbesuche und das wird ganz unterschiedlich angenommen	Nach einer gewissen Zeit machen Sozialarbeiter HB und HB werden unterschiedlich angenommen	



## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, DSA Nicola Brandstetter, geboren am 17.07.1978 in Tulln, erkläre,

dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Tulln, am 01.05.2008

Unterschrift