



SAXION HOGESCHOOL ENSCHEDE  
FACHBEREICH SOZIALWESEN / AMM

# **Komorbidity – Vorbereitung von Sozialpädagogen in stationären Einrichtungen**

Juliana Schubinski (317610)  
Marie Drees (317783)

**Bachelor-Thesis Sozialpädagogik:  
t.amm.37489**



SAXION HOGESCHOOL ENSCHEDE  
FACHBEREICH SOZIALWESEN / AMM

# **Komorbidity – Vorbereitung von Sozialpädagogen in stationären Einrichtungen**

Juliana Schubinski (317610)  
Marie Drees (317783)

Münster & Werne 24.Juni 2016

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	1
Einleitung.....	2
1 Einführung in die Untersuchung.....	5
1.1 Untersuchungsanlass.....	5
1.2 Untersuchungsziel.....	6
1.3 Hauptfragen und Teilfragen.....	7
1.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	10
2. Theoretischer Rahmen.....	11
2.1 Das depressive Syndrom.....	11
2.1.1 Ursachen und Risikofaktoren.....	11
2.1.2 Symptome.....	13
2.1.3 Therapie und Heilungschancen.....	16
2.2 Die Abhängigkeit von Amphetamin.....	16
2.2.1 Ursachen.....	17
2.2.2 Symptome und Risikofaktoren.....	17
2.2.3 Behandlung.....	19
2.3 Die komorbide Störung.....	19
2.3.1 Verlauf und Prognose.....	20
2.3.2 Die vier Typen einer Komorbidität.....	20
2.3.3 Integrative Behandlung einer Komorbidität.....	22
2.4 Begründung der Forschung.....	26
2.5 Relevanz für die sozialpädagogische Arbeit.....	26
3. Untersuchungsrahmen.....	28
3.1 Untersuchungsart und Untersuchungstyp.....	28
3.2 Untersuchungsstrategie und Untersuchungsdesign.....	29
3.2.1 Untersuchungsmethode.....	31
3.3 Untersuchungsinstrument.....	32
3.3.1 Auswahl der Interviewpartner_innen.....	34
3.3.2 Population und Stichprobe.....	35
3.3.3 Gütekriterien.....	36
4. Darstellung des Resümees.....	38
4.1 Vorstellung der Interviewpartner_innen.....	38

4.2 Auswertungsprozess der Interviews .....	41
4.3 Ergebnisse und Kategorisierung .....	43
4.3.1 Das bereits vorhandene Wissen über Komorbidität .....	44
4.3.2 Der Umgang mit komorbiden Klientel .....	45
4.3.3 Die Vorbereitung durch Eigeninitiative auf die Arbeit mit komorbiden Klienten .....	46
4.3.4 Die Vorbereitung der Sozialpädagogen_innen durch den Arbeitgeber auf den Umgang mit komorbiden Klienten.....	48
4.4 Zusammenfassung des Resümees.....	49
5. Schlussfolgerungen.....	51
5.1 Fachwissen zum Umgang mit komorbiden Klienten .....	51
5.2 Methoden und Techniken im Umgang mit komorbiden Klienten .....	52
5.3 Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen für die Vorbereitung auf komorbide Klienten .....	53
5.4 Vorbereitungsmaßnahmen durch den Arbeitgeber.....	53
5.5 Kritische Auswirkungen der Schlussfolgerungen .....	54
6. Empfehlungen für die Praxis.....	56
6.1 Die Eigeninitiative der Sozialpädagog_innen .....	56
6.2 Weiterbildungen für Sozialpädagog_innen.....	57
6.3 Die Integrative Behandlung.....	59
7. Diskussion .....	60
7.1 Stärken der Forschung.....	60
7.2 Schwächen der Forschung.....	61
7.3 Kritische Stellungnahme.....	61
Literaturverzeichnis.....	62
Abbildungsverzeichnis.....	69
Tabellenverzeichnis .....	70
Anlagen.....	71
Anlage A: Interviewleitfaden.....	71
Anlage B: Interviews.....	72
Anlage C: Zusammenfassende Inhaltsanalyse der Interviews .....	105
Anlage D: Beurteilungsf formular Bachelor-Thesis .....	125

# Zusammenfassung

Thema dieser Untersuchungsarbeit ist die adäquate Vorbereitung von Sozialpädagogen des Stationär Betreuten Wohnens auf Klienten mit einer komorbiden Störung durch den Arbeitgeber. Explizit ist in dieser Untersuchung die Komorbiditätsform Depression und Substanzabhängigkeit gemeint.

Hierzu wurden Sozialpädagogen aus den Einrichtungen VSE-NRW AuguSTA und KESH mittels problemzentrierter Face-to-Face Interviews befragt.

Die Hauptfrage der Untersuchung „*Wie werden die Sozialpädagogen\_innen im Stationär Betreuten Wohnen auf die Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen, die zusätzlich unter einer Suchterkrankung leiden, vom Arbeitgeber vorbereitet?*“ wurde mittels Erstellung und Beantwortung von Teilfragen beantwortet.

Es wurde ein Interviewleitfaden erstellt, um den zu befragenden Personen Fragen mit gleichem Inhalt zu stellen und somit zu verwendbaren Ergebnissen zu gelangen.

Bei der Analyse der Interviews wurde herausgefunden, welches Fachwissen die Sozialpädagogen über den Umgang mit komorbiden Klienten haben, über welche Methoden und Techniken sie verfügen und was die Sozialpädagogen\_innen sich von ihrem Arbeitgeber wünschen, um adäquat vorbereitet zu sein. Die Ergebnisse der Interviews wurden anhand eines Ablaufmodells der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) analysiert.

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Punkte Fachwissen, Methoden und Techniken und die Wünsche und Bedürfnisse der Sozialpädagogen\_innen.

Diese beinhalten den Aspekt, dass die Sozialpädagogen\_innen von stationär betreuten Wohnformen nicht ausreichend auf die Klientengruppe vorbereitet werden.

Dies führt zu der Empfehlung, dass die Arbeitgeber Fortbildungen, Tagungen oder Schulungen zu dem Thema Komorbidität für die Mitarbeiter einführen könnten, um eine adäquate Hilfeleistung zu gewähren und Unsicherheiten seitens der Sozialpädagogen\_innen und der Klienten zu vermeiden.

Die Relevanz für die sozialpädagogische Praxis spiegelt sich in der integrativen Behandlung wieder, welches die wichtigste Empfehlung dieser Untersuchung ist. Eine einseitig betrachtende Behandlung bringt keine wünschenswerten Ergebnisse im Gegensatz zu einer integrativen Behandlung, die beide Erkrankungen gleichermaßen behandelt.

# Einleitung

Laut einer Studie, die Schwarz (2014) beschreibt, werden psychische Erkrankungen in der heutigen Gesellschaft immer mehr akzeptiert, wodurch sich das Verständnis für seelische Probleme weiter entwickelt hat. Die Behandlungen von psychischen Erkrankungen durch psychiatrische oder psychotherapeutische Maßnahmen werden immer häufiger als Regelbehandlung akzeptiert. Laut Schwarz (2014) gibt es dennoch eine Kerngruppe von chronisch psychisch kranken Menschen, der unverändert vorurteilsbehaftet gegenübergetreten wird. Er berichtet aus 34 Jahren psychotherapeutischen Erfahrungen, dass trotz der zahlreichen Fortschritte in der Psychotherapie, Soziotherapie und Psychopharmakotherapie, das Leben der chronisch psychisch erkrankten Menschen durch diese Vorurteile weiterhin nachteilig verändert wird (Knittermeier, 2014). Zu dieser Klientengruppe zählen auch Klienten mit einer komorbiden Störung, welche sich im Laufe der Zeit immer mehr in den Vordergrund gestellt hat. „Früher standen Schizophrenien im Vordergrund, heute dominieren eindeutig Depressionen und Suchterkrankungen. Begriffe wie Komorbidität sind in den Vordergrund getreten: Bei einer Vielzahl psychischer Erkrankungen liegt heute gleichzeitig ein Suchtproblem vor“ (Knittermeier, 2014).

Stationär Betreute Wohnformen als Institutionen der Sozialpädagogik bestehen in der heutigen Gesellschaft in verschiedenen Formen. Es gibt Einrichtungsformen für psychisch erkrankte Menschen, für Suchtabhängige und für viele weitere Erkrankungen. Jedoch gibt es zu wenige bis gar keine Stationär Betreute Wohnformen die sich auf die Klientengruppe mit einer komorbiden Störung -Sucht und psychische Erkrankung- spezialisieren. Es ist immer häufiger zu beobachten, dass nur die Erkrankung behandelt wird, die in der Einrichtung vorrangig ist. Somit ist die Heilungschance für depressiv erkrankte Menschen mit einer zusätzlichen Suchterkrankung geringer wenn sie in einer Einrichtung für psychisch kranke Menschen untergebracht werden, wo lediglich nur die Depression behandelt wird, da die Suchterkrankung die Depression negativ beeinflussen kann wenn sie nicht behandelt wird. „Eine erfolgreiche Behandlung erfolgt oft aus einer Krisenintervention heraus. Zentral dabei ist, dass die Therapie integrativ erfolgt, also beide Störungen gleichzeitig berücksichtigt, und sich nicht seriell zuerst auf die eine, dann auf die andere Störung konzentriert wird“ (Schaaf, 2016, S. 6). Die

ambulante Suchtberatung Freiburg geht seit Jahresbeginn 2015 mit einem guten Beispiel zur Verbesserung der Behandlung von komorbiden Klienten voran. Sie führen zusätzlich zu den üblichen Suchtanamnesen Screenings durch, um depressive Erkrankungen zu erkennen und diese gegebenenfalls diagnostizieren zu können. Wird eine depressive Erkrankung festgestellt, wird im Laufe der Behandlung und Beratung der Zusammenhang zwischen dem Suchtmittelkonsum und der Depression immer wieder thematisiert. Zusätzlich bietet die ambulante Suchtberatung Freiburg einen Kurs für Interessierte an, in dem Kenntnisse zu Abhängigkeitsentwicklungen und zu depressiven Störungen sowie die Zusammenhänge der beiden Erkrankungen vermittelt werden und über Behandlungsmöglichkeiten informiert wird (Hodel, 2016).

Bezugnehmend auf die Erkenntnisse über die zunehmende Klientengruppe komorbider Klienten und die Fortschritte in der Verbesserung der Behandlung bezieht sich das Thema der vorliegenden Untersuchung auf die Vorbereitung der Sozialpädagogen im Stationär Betreuten Wohnen durch den Arbeitgeber. Als Hauptfragestellung erscheint folgende Fragestellung als passend: *Wie werden die Sozialpädagogen im Stationär Betreuten Wohnen auf die Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen, die zusätzlich unter einer Suchterkrankung leiden, vom Arbeitgeber vorbereitet?*

Um die Hauptfrage beantworten zu können werden in der vorliegenden Arbeit mittels *problemzentrierter Face-to-Face Interviews* bestehende Erkenntnisse, vorhandene Methoden und Techniken und fehlende Vorbereitungsmaßnahmen ermittelt.

Die relevanten Bedürfnisse und Wünsche der Sozialpädagogen sollen als zukünftige Handlungsstrategien für Stationär Betreute Wohnformen dienen. Um neue Handlungsstrategien ermitteln zu können, bedarf es einer Ermittlung relevanter Grundkenntnisse, hilfreicher Methoden und Techniken und Bedürfnisse und Wünsche der Sozialpädagogen. Hierzu werden als Grundlage die folgenden Teilfragen fungieren:

- I.** *Welches Fachwissen haben die Sozialpädagogen der stationären Einrichtungen im Umgang mit Klienten, die an einer Komorbidität leiden?*
- II.** *Welche Methoden und Techniken kennen die Sozialpädagogen für den Umgang mit der Klientengruppe?*

**III.** *Was wünschen sich die Sozialpädagogen von ihrem Arbeitgeber für die Vorbereitung auf den Umgang mit der Klientengruppe?*

Die vorliegende Untersuchung ist in sieben Kapitel unterteilt. Um eine Einführung in die Forschung zu gewähren, wird in Kapitel eins der Untersuchungsanlass beschrieben, wobei ein spezieller Blick auf die beiden Diagnosen "Depression" und "Abhängigkeitserkrankung" gelegt wird. Anschließend werden die Forschungsziele detailliert beschrieben und die Begrifflichkeiten werden definiert. Zur theoretischen Fundierung erfolgt in Kapitel zwei eine genaue Betrachtung der einzelnen Diagnosebilder. Es wird sich mit dem depressiven Syndrom auseinandergesetzt, indem die Ursachen, Risikofaktoren, Symptome, die Therapie und die Heilungschancen betrachtet werden. Außerdem wird die Abhängigkeit von Amphetamin anhand von Literatur definiert. Hierbei werden die Ursachen, Risikofaktoren, Symptome, Behandlungsmöglichkeiten und mögliche Komplikationen genauer untersucht. Darauffolgend wird die komorbide Störung genauer betrachtet.

Es wird ein besonderes Augenmerk auf den Verlauf und die Prognose, die vier Typen einer Komorbidität, die integrative Behandlung einer Komorbidität, die vier Wirkfaktoren und die vier Behandlungsphasen gelegt. Anschließend wird die Untersuchung anhand von Fachliteratur begründet und die sozialpädagogische Relevanz wird beschrieben. Im dritten Kapitel werden der Untersuchungsrahmen und das Untersuchungsinstrument beschrieben. Das vierte Kapitel befasst sich mit der Darstellung des Resümees. Hierzu werden die einzelnen Interviewpartner\_innen vorgestellt und anschließend die Ergebnisse aus den problemzentrierten face-to-face Interviews dargelegt. In den Schlussfolgerungen in Kapitel fünf werden die Haupt- und Teilfragen beantwortet. Hierzu werden die gewonnenen Erkenntnisse aus den Resümees herangezogen und kritische Auswirkungen werden beschrieben.

Der darauffolgende Abschnitt beschäftigt sich mit den Empfehlungen für die Praxiseinrichtungen. Die Bachelor-Thesis wird mit einer Diskussion abgeschlossen, in der die Schwächen und Stärken der Forschung beschrieben und die Ergebnisse der Untersuchung kritisch betrachtet werden.

# 1 Einführung in die Untersuchung

Kapitel eins befasst sich zunächst unter 1.1 mit dem Anlass der durchgeführten Untersuchung. Hierbei wird ein spezieller Blick auf die beiden Diagnosen "Depression" und "Abhängigkeitserkrankung" gelegt. Anschließend werden unter 1.2 die Untersuchungsziele detailliert beschrieben. Die Haupt- und Teilfragen der vorliegenden Untersuchung werden unter 1.3 mit einer Begriffserklärung aufgeführt. Abschließend wird das erste Kapitel mit einer Zusammenfassung abgerundet.

## 1.1 Untersuchungsanlass

Der Untersuchungsanlass lässt sich auf praktische Erfahrungen im Bereich der Sozialpädagogik zurückführen. Der tägliche Umgang mit Klienten<sup>1</sup> bietet eine genaue Beobachtung. Im Laufe der letzten Monate sind gewisse Veränderungen und Prozesse erkannt worden. Besonders die Thematik, dass immer mehr Klienten scheinbar unter einer Doppel- oder Mehrfachdiagnose, einer Komorbidität<sup>2</sup> leiden, ist den Beobachtern ins Auge gefallen. Die Klienten werden aufgrund psychischer Erkrankungen, sozialer Schwierigkeiten und Straffälligkeiten in den stationären Einrichtungen betreut. Zunehmend ist zu beobachten, dass immer mehr Klienten psychotrope Substanzen<sup>3</sup> konsumieren. Jedoch leidet nicht jeder Klient direkt unter einer Abhängigkeitserkrankung<sup>4</sup>. Vorwiegend entwickeln depressiv erkrankten Klienten, die unter anderem Amphetamin konsumieren oder missbrauchen<sup>5</sup> eine zusätzliche Abhängigkeitserkrankung, welche sich in Form von negativen Auswirkungen auf die Depression erkennbar macht.

---

<sup>1</sup> Klienten: Wenn in der vorliegenden Bachelor-Thesis die Bezeichnungen Klient, Klientel, Klienten oder Klientengruppe fallen, sind damit die zu betreuenden Personen zweier stationärer Einrichtungen gemeint.

<sup>2</sup> Komorbidität: Komorbidität oder Doppeldiagnose wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als das gleichzeitige Auftreten von psychoaktiven substanzbedingten Störungen und weiteren psychiatrischen Störungen (WHO, 1995) definiert (WHO, 2004).

<sup>3</sup> psychotrope Substanzen: Psychotrope Stoffe, Substanzen (Drogen, natürliche oder synthetische Wirkstoffe), die psychische Wirkungen hervorrufen. Die psychischen Wirkungen sind nur über eine Beeinflussung des Nervensystems denkbar (Janke, 2000).

<sup>4</sup> Abhängigkeitserkrankung/Abhängigkeit: Als Drogenabhängigkeit bezeichnet man das pathologische Verlangen nach dem wiederholten Konsum von psychotropen Substanzen. Sie wird unterschieden in psychische (geistige) und physische (körperliche) Abhängigkeit (GmbH, 2016).

<sup>5</sup> missbrauchen/Missbrauch: Der Begriff (Drogen-)Missbrauch bezeichnet übermäßigen und schädigenden Konsum von Rauschmitteln, die bei dauerhaftem, ggf. auch erst übermäßigem Gebrauch zuerst zur Gewöhnung, dann zu psychischer und schließlich meist zu körperlicher Abhängigkeit führen. Von Missbrauch wird dann gesprochen, wenn eine Person sich durch den Gebrauch von Rauschmitteln schädigt, aber (noch) keine Abhängigkeit vorliegt (Sieffert, 2008).

Durch diese zusätzliche Abhängigkeitserkrankung haben diese Klienten keine einzelne Diagnose mehr, sondern man spricht von einer Doppeldiagnose (DD) oder auch Komorbidität. „Um die Diagnose einer DD zu stellen, sind die Substanzstörung, Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit erforderlich“ (Donati, 2004, S. 5)

Diese Klientengruppe benötigt somit eine wesentlich aufwändigere Betreuung und Behandlung als Klienten mit nur einer Diagnose. In den beiden Einrichtungen war zu beobachten, dass jedoch nicht beiden Diagnosen gleichermaßen Betrachtung geschenkt wird. Es scheint, dass die Klienten schnell an andere Institute weitergeleitet werden oder erst gar nicht aufgenommen werden. Dies kann zur Folge haben, dass die Klienten sich missverstanden und vernachlässigt fühlen, worunter ihr Selbstwertgefühl und ihre Motivation leiden kann.

Daraus kann eine Verschlechterung der vorhandenen Symptome der Diagnosen resultieren.

Die Untersuchung setzt sich mit der Vorbereitung der Sozialpädagogen-innen des Stationär Betreuten Wohnens<sup>6</sup> auseinander, um herauszufinden, wie und in welchem Umfang sie vom Arbeitgeber auf die Klientengruppe vorbereitet werden und wie die Betreuung der komorbiden Klienten zurzeit aussieht. Es gilt herauszufinden, wo noch Unterstützung durch den Arbeitgeber geleistet werden kann und wie eine adäquate Hilfe für die Klienten mit einer komorbiden Störung gewährleistet werden kann.

## 1.2 Untersuchungsziel

Durch die Analyse des Untersuchungsanlasses und der auffallenden Problematik im Stationär Betreuten Wohnen ist deutlich geworden, dass eine angemessene Vorbereitung der Sozialpädagogen-innen im Stationär Betreuten Wohnen erforderlich für die Arbeit mit der Klientengruppe ist, um ihnen eine adäquate Hilfe zu gewährleisten. Dies bildet die Ausgangslage der vorliegenden Untersuchung und lässt die Fragestellung aufkommen, inwieweit die Sozialpädagogen-innen im Stationär Betreuten Wohnen auf die Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen, die zusätzlich unter einer Suchterkrankung leiden, vom Arbeitgeber vorbereitet werden.

---

<sup>6</sup> Stationär Betreutes Wohnen: Hier sind die Einrichtung KESH der Netzwerk Suchthilfe gGmbH und die Einrichtung AUGUSTA des VSE Münster gemeint. Großschreibung Stationär Betreutes Wohnen aufgrund Einrichtungsvorgaben.

Laut Schaffer (2009) müssen das Ziel und die Untersuchungsfrage vor der Untersuchung geklärt sein, um diese durchzuführen. Die Ziele der Untersuchung werden in der folgenden Tabelle benannt:

**Tabelle 1: Ziele der vorliegenden Forschung**

<b>Kurzfristiges Ziel</b>	<b>Mittelfristiges Ziel</b>	<b>Langfristiges Ziel</b>
Das Ziel ist es, Erfahrungen und Perspektiven für den Umgang mit komorbiden Klienten zu sammeln um daraus neue Erkenntnisse zu gewinnen. Zudem sollen methodische Vorgehensstrategien dargestellt und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.	Das Ziel ist es, die gewonnenen Erkenntnisse in den stationären Einrichtungen zu realisieren um den stationären Einrichtungen einen Anstoß zur Verbesserung zu gewähren und um eine Basis für neue Forschungen zu sein.	Das Ziel ist es, langfristig die gewonnenen Erkenntnisse im stationär betreuten Wohnen zu realisieren um eine Optimierung des Vorbereitungsprozesses auf Klienten mit einer komorbiden Störung zu erlangen.

### 1.3 Hauptfragen und Teilfragen

Aus der oben genannten Zielformulierung ergeben sich die Untersuchungsfrage sowie die dazugehörigen Teilfragen. Diese müssen vor der Durchführung der Untersuchung präzisiert<sup>7</sup> werden (Schaffer, 2009). „Selbst eine sehr präzise Fragestellung einer wissenschaftlichen Arbeit kann normalerweise nicht direkt beantwortet werden. Vielmehr ist es notwendig, sie zu operationalisieren<sup>8</sup> (Maier & Palme, 2016).

Im Folgenden werden die Definitionen der relevanten Begriffe der Hauptfrage sowie der Teilfragen benannt.

<sup>7</sup> präzisiert: siehe <sup>8</sup> operationalisieren/Operationalisierung

<sup>8</sup> operationalisieren/Operationalisierung: Unter Operationalisierung der Fragestellung wird das Zerlegen der Fragestellung in Detailfragen, die in einzelnen Arbeitsschritten behandelt werden können, verstanden (Maier & Palme, 2016)

**Tabelle 2: Operationalisierung der Haupt- und Teilfragen**

**Hauptfrage:** *Wie werden die Sozialpädagogen im Stationär Betreuten Wohnen auf die Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen, die zusätzlich unter einer Suchterkrankung leiden, vom Arbeitgeber vorbereitet?*

➤ **Sozialpädagogen**

„Der Sozialpädagoge/die Sozialpädagogin, bzw. Sozialarbeiter/in, arbeitet an sozialen Brennpunkten dieser Gesellschaft. Sozialarbeiter kennen die Ursachen sozialer Probleme und entwickeln für einzelne Menschen, Behörden und Organisationen Möglichkeiten, diese zu lösen.

Sie unterstützen, beraten und betreuen Menschen überall dort, wo diese sozial eingeschränkt sind und ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen können“

**(Leube, o.D).**

➤ **Stationär**

„Stationäre Leistungen werden laut § 13 Abs. 1 SGB XII in einer „Einrichtung“ erbracht. Einrichtungen, im Sinne der Eingliederungshilfe sind alle Einrichtungen, die der Pflege, der Behandlung oder einem sonstigen deckenden Bedarf dienen. Wohnstätten sind stationäre Einrichtungen“**(Lebenshilfe, 2009).**

➤ **Betreutes Wohnen**

In diesem Zusammenhang ist das Stationäre Betreute Wohnen AuguSTa des VSE Münster e.V. und das Stationär Betreute Wohnen KESH der Netzwerk SuchthilfegGmbH gemeint. „Unter dem Begriff betreutes Wohnen, werden Wohnformen verstanden, in denen alte Menschen, psychisch Kranke, Behinderte oder Jugendliche von Sozialarbeitern bzw. Psychologen, Erziehern, Therapeuten oder Pflegekräften betreut werden. Die Betreuung soll gewährleisten dass sie ihre individuellen Probleme unter Beibehaltung größtmöglicher Autonomie bewältigen können“ (Pflege-Deutschland, 2016).

➤ **Arbeit**

In diesem Zusammenhang wird Arbeit für den Begriff Betreuung verwendet. „Im Allgemeinen bezeichnet Betreuung eine Art des beruflichen Handelns von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen im Rahmen eines methodisch geplanten (Planung) Hilfeprozesses“ **(Rathmann, Universität Hamburg, 2015)**.

➤ **Depressiv erkrankte Menschen**

In diesem Zusammenhang wird sich auf Klienten mit einer mittelgradigen Depression bezogen. Die mittelgradige Depression ist im ICD 10 unter F32: Depressive Episode aufgeführt (D.B. Krollner, 2016).

➤ **Suchterkrankung**

In diesem Zusammenhang beziehen wir uns auf die Abhängigkeit von Amphetamin, da sie ein sehr hohes Suchtpotential für depressiv erkrankte Menschen aufweist. Im DSM-IV in Kapitel Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen wird die Substanzabhängigkeit unter anderem von Amphetamin beschrieben.

**(Donati, 2004, S. 5), (BZgA, o.D)**

➤ **Arbeitgeber**

In diesem Zusammenhang ist der Arbeitgeber das Stationär Betreute Wohnen Augusta des VSE Münster e.V. und das Stationär Betreute Wohnen KESH der Netzwerk Suchthilfe gGmbH gemeint

**Teilfrage 1:** Welches Fachwissen haben die Sozialpädagogen der stationären Einrichtungen im Umgang mit Klienten, die an einer Komorbidität leiden?

- Fachwissen bezeichnet Wissen bezogen auf ein Erfahrungsgebiet. „Wissen kann als Prozess der Erfahrungssammlung und Erklärung, sowie als die Kenntnis von Zusammenhängen und Problemlösungen verstanden werden“ **(Simon, 2010)**. In diesem Zusammenhang wird das Wissen auf die Klienten mit einer Doppeldiagnose Depression und Sucht bezogen.

- Komorbidität wird als ein anderes Synonym für Doppeldiagnose verwendet, da deren Definition die gleiche ist „Als Komorbidität bezeichnet man in der Medizin das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung“ **(Thüns, 2012)**.

**Teilfrage 2:** Welche Methoden und Techniken kennen die Sozialpädagogen für den Umgang mit der Klientengruppe?

- In diesem Zusammenhang werden Methoden und Techniken gemeint, die sich auf die Arbeit mit Klienten die unter einer Doppeldiagnose leiden beziehen.  
„Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik bezeichnen detailliert planbare, geregelte und zielorientierte Wege der Problemlösung. Dazu gehört die Analyse des Problems (Anamnese) mit der diagnostischen Einschätzung (Diagnose), die Angabe oder Klärung der Ziele, der Handlungsplan zur Zielerreichung (Intervention) und die Auswertung dieses Prozesses (Evaluation)“ **(Rathmann, Universität Hamburg, 2016)**.

**Teilfrage 3:** Was wünschen sich die Sozialpädagogen von ihrem Arbeitgeber für die Vorbereitung auf den Umgang mit der Klientengruppe

- In diesem Zusammenhang wird das Wort „Umgang“ mit den Methoden und Techniken von Sozialpädagogen gleichgestellt. Der Umgang bezeichnet, wie die Sozialpädagogen mit den Klienten agieren.

## 1.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Durch die oben aufgeführten Unterkapitel wurde das Untersuchungsthema eingegrenzt. Es wurde deutlich gemacht, was die Ziele der Untersuchung sind und welche Hauptfrage und Teilfragen mit der vorliegende Untersuchung beantwortet werden sollen. Bevor auf den Untersuchungsrahmen in Kapitel 3 eingegangen wird, werden die in Kapitel 2 vorhandenen Untersuchungen und Studien zum untersuchten Thema dargelegt und die Untersuchung wird begründet.

## **2. Theoretischer Rahmen**

Das zweite Kapitel befasst sich mit dem theoretischen Rahmen der vorliegenden Untersuchung. Bezugnehmend auf die Operationalisierung der Kernbegriffe der Untersuchung unter Punkt 1.4 befasst sich 2.1 mit dem depressiven Syndrom. Es werden die Ursachen und Risikofaktoren, die Symptome, die Therapie und Heilungschancen detailliert beschrieben. Anschließend wird in 2.2 die Abhängigkeit von Amphetamin anhand von Literatur belegt. Auch hier werden die Punkte Ursachen, Risikofaktoren und Symptome beschrieben. Zudem wird der Blick auf die Behandlung und die möglichen Komplikationen gelenkt. Unter 2.3 wird die komorbide Störung genauer untersucht. Zunächst werden Verlauf und Prognose beschrieben. Anschließend werden die vier Typen einer Komorbidität erläutert. Darauf folgt die Beschreibung der integrativen Behandlung einer Komorbidität, worunter die vier Wirkfaktoren und die vier Behandlungshasen aufgelistet werden. Unter 2.4 wird die Untersuchung anhand von Fachliteratur begründet. Abschließend wird in 2.5 die Relevanz für die Sozialpädagogische Arbeit beschrieben.

### **2.1 Das depressive Syndrom**

„Der Begriff Depression wird im allgemeinen Sprachgebrauch oft relativ unspezifisch im Sinne einer Minderung der Befindlichkeit oder emotionalen Beeinträchtigungen verwendet“ (Bondy, 2006, S. 9). Die Depression gehört zu den häufigsten Erkrankungen und ist durch charakteristische Veränderungen der Stimmungslage und des Aktivitätsniveaus gekennzeichnet. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken liegt laut (Bondy, 2006) bei 12%-17%. Hier ist hinzuzufügen, dass Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Durch die hohe Suizidrate die eine Depression häufig begleitet, ist die Depression nicht nur eine der häufigsten Erkrankungen, sondern eine möglicherweise lebensbedrohliche Erkrankung (Bondy, 2006).

#### **2.1.1 Ursachen und Risikofaktoren**

Um der Ursache einer Depression auf den Grund zu gehen bedarf es vieler Untersuchungen. Laut Bondy (2006) ist es bekannt, dass nicht nur eine Störung in einem System verantwortlich für eine Depression ist. Es spielen zahlreiche Faktoren eine individuelle Rolle, denen soziale Ursachen zugrunde liegen können oder auch biologische Faktoren wie „(...) ein gestörtes Wechselspiel der vier

Körpersäfte (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle)“ (Bondy, 2006, S. 12). Unter einer Depression versteht man eine komplexe Erkrankung mit multifaktorieller Pathogenese<sup>9</sup>, die zahlreiche neurobiologische Störungen einschließt und darüber hinaus durch psychosoziale Faktoren beeinflusst wird (Bondy, 2006). Entscheidend für die Entstehung einer Depression ist es herauszufinden, wie gut die Betroffenen seelisch mit Verlust und Belastung umgehen können.

Wie gut Betroffene mit einem Verlust oder Belastungen umgehen können, hängt von deren Resilienz<sup>10</sup> ab (Merkle, o.J.). „Ist die Resilienz gering, dann zerstören Verluste bei vielen Menschen das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit. Es macht sich in ihnen eine Leere, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit breit“ (Merkle, o.J.). Ein weiterer Faktor der entscheidend für die Entstehung einer Depression ist, ist die seelische Verletzbarkeit des Betroffenen. Häufig kommt es vor, dass Menschen, die zu einer Depression neigen, sehr sensibel und empfindsam sind. Das heißt, sie leiden mit anderen, gehen Konflikten und Ärger aus dem Weg und neigen dazu sehr selbstkritisch zu sein, was dazu führt, dass sie sich für Fehler und Missgeschicke verurteilen (Merkle, o.J.). Betrachtet man die biologischen Faktoren, die zu einer Depression führen können, fällt der erste Blick auf das Blut im Menschen. Dort ist eine hohe Konzentration des Stresshormons Kortisol zu finden. Dies kann durch ein Ungleichgewicht chemischer Botenstoffe wie Serotonin und Noradrenalin, die die Stimmung positiv beeinflussen, auftreten (Merkle, o.J.). Weg von den biologischen Faktoren findet man eine weitere mögliche Ursache in der Vergangenheit der Betroffenen. Einige Betroffene erlebten eine traumatische Kindheit welche mit Verlusten und Ablehnung einhergeht. Laut Merkle (o.J.) kann es durch frühere Verlusterfahrungen oder eine Ablehnung durch die Eltern dazu führen, dass Menschen negative Einstellungen zu sich und ihrer Umgebung und dem Leben entwickeln. Aus dieser negativen Einstellung resultieren ein geringes Selbstwertgefühl, Ängste und Minderwertigkeitskomplexe. Laut Bondy (2006) liegt ein Risikofaktor in der genetischen Vererbung.

---

<sup>9</sup> Pathogenese ist eine Interaktion mehrerer übereinstimmender Mechanismen (Bondy, 2006, S. 12)

<sup>10</sup> Resilienz bedeutet die innere Widerstandskraft (Merkle, o.J.)

Sie erläutert, dass obwohl die epidemiologischen Studien eine erhebliche familiäre Häufung nachweisen konnten die besagt, dass 40%-50% des Risikos eine Depression zu entwickeln genetisch bedingt ist, die Kopplungsuntersuchungen<sup>11</sup> keinen Eindeutige Schluss zuließen.

„Auch wenn eine genetisch bedingte Vulnerabilität für das depressive Syndrom nicht so klar nachzuweisen ist gab es in den letzten Jahren zunehmend Hinweise darauf, dass die individuellen Reaktionen auf Life Events und Umweltfaktoren durch genetische Faktoren mit bestimmt werden. Dadurch wird besonders deutlich, dass es sich um eine multifaktorielle Erkrankung handelt, bei der ein oder mehrere Gene mit geringem Effekt untereinander sowie mit anderen Faktoren interagieren“(Bondy, 2006, S. 17).

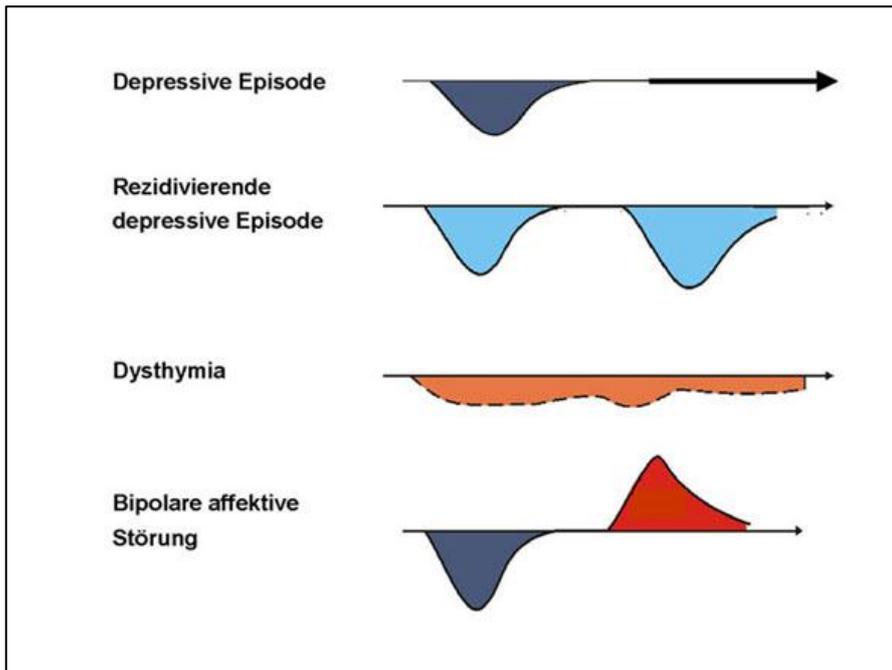
### **2.1.2 Symptome**

Depressiv erkrankte Menschen kennzeichnen sich durch die Beeinträchtigung der Stimmung, Gefühle der Niedergeschlagenheit, Ängste, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interessenverlust und zahlreiche körperliche Beschwerden (Hautzinger, 2010, S. 1). Laut des ICD 10 ist die Depression eine affektive Störung und wird in Episoden F30-F39 gegliedert. Diese Phasen/Episoden können über mehrere Monate anhalten. „Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen“ (Krollner & Krollner, 2015). Die für die Untersuchung gewählte Klientengruppe leidet unter der im ICD 10 verfassten Diagnose F32: Depressive Episode aufgeführt.

---

<sup>11</sup> Kopplungsuntersuchungen wird der genetische Einfluss in Familien nachgewiesen (Bondy, 2006, S. 16)

**Abbildung 1: Die verschiedenen Formen der Depression**



(Hegerl, o.J.)

In der oben aufgeführten Abbildung sind die verschiedenen Formen einer Depression zu erkennen, wie auch die für die Untersuchung gewählte depressive Episode.

Die Klientengruppe, die diese Form der Depression diagnostiziert bekommen hat, leidet unter vielen verschiedenen Symptomen.

„Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder

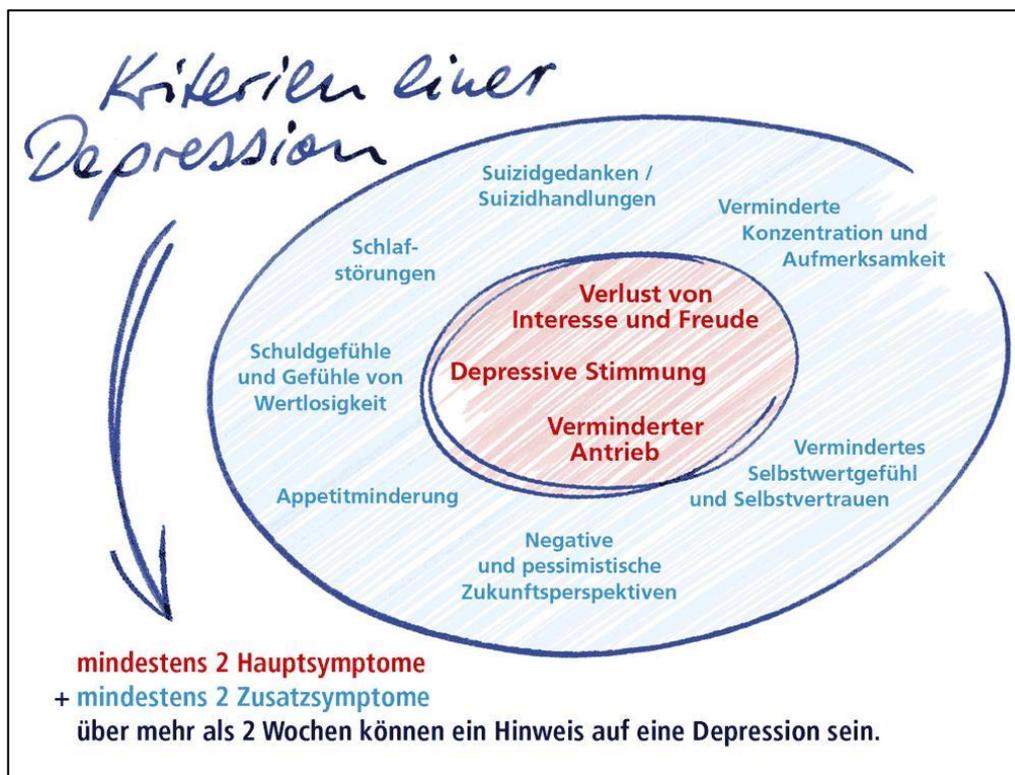
Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust“ (Krollner & Krollner, 2015).

Bei der Klientengruppe sind gewöhnlich vier oder mehr der oben genannten Symptome vorhanden und der betroffene Klient hat meist große Schwierigkeiten alltägliche Aktivitäten fortzusetzen (Krollner & Krollner, 2015).

Depressive Erkrankungen verlaufen im Allgemeinen in Episoden, die ohne Behandlung etwa 6 -12 Monate dauern. Der Beginn, der mit allmählichen Veränderungen der Stimmung und des Energieniveaus einhergeht ist meist schleichend,. Erst langsam entwickelt sich der volle Symptomkomplex, was zur Folge hat, dass viele Betroffene erst spät eine effektive antidepressive Therapie suchen(Bondy, 2006, S. 11).

In der folgenden Abbildung werden die Symptome und die Kriterien einer Depression kurz veranschaulicht.

**Abbildung 2: Symptome und Kriterien einer Depression**



(Hegerl, o.J.)

### 2.1.3 Therapie und Heilungschancen

Die Therapie einer Depression baut sich aus zwei Bausteinen auf. Die Pharmakotherapie<sup>12</sup> und die Psychotherapie. Jedoch ist der wichtigste Baustein der Behandlung die Pharmakotherapie mit Antidepressiva. „Die Pharmakotherapie gilt inzwischen als unverzichtbares und wirksames Heilverfahren“ (Hegerl, o.J.). Jedoch spielen psychotherapeutische Verfahren auch eine große Rolle. Es werden Therapien wie die Verhaltenstherapie oder die Tiefenpsychologie bevorzugt. Oft werden die Pharmakotherapie und die Psychotherapie kombiniert um eine schnelle Besserung der Depression zu erzielen.

Eine komplette Heilung der Depression ist möglich. Jedoch kommt es hier auf die Art der Depression, die Gene und den Willen des Betroffenen an. In vielen Fällen ist es tatsächlich so, dass Betroffene, die an einer Depression erkrankt sind und sich für eine Therapie entschieden haben, wieder ganz normal ihrem täglichen Leben nachgehen können. Jedoch gibt es auch die andere Seite. Viele Menschen leben ein Leben lang mit einer Depression. Sie werden immer wieder mit Hindernissen zu kämpfen haben. Wichtig ist es, dass die Betroffenen lernen mit diesen Hindernissen umzugehen, wobei eine Psychotherapie ein guter Begleiter ist.

## 2.2 Die Abhängigkeit von Amphetamin

„Die synthetische Droge Amphetamin gehört zur Gruppe der Stimulanzien, zu denen unter anderem auch Methamphetamin oder Kokain zu zählen sind. Illegal gehandeltes Amphetamin wird auch als Speed oder Pep bezeichnet“ (Strüber, o.J.). Das Amphetamin, welches unter dem Namen Speed oder Pep illegal auf den Straßen zu kaufen ist, ist in der Regel eine Mischung aus verschiedenen psychoaktiven Wirkstoffen. Der Anteil an Amphetamin kann sehr schwanken. „Der Reinheitsgehalt liegt zwischen 10 und 80 Prozent, kann im Einzelfall aber auch darunter oder darüber liegen“ (Strüber, o.J.). Durch Proben von beschlagnahmtem Speed stellte sich heraus, dass neben dem Amphetamin noch Methamphetamin, Ephedrin, Koffein und Schmerzmittel wie Paracetamol oder Aspirin vorhanden sind (Strüber, o.J.).

Die Substanz Amphetamin wird im DSM-IV im Kapitel Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen beschrieben.

---

<sup>12</sup> Die Pharmakotherapie wird auch Medikamentenbehandlung genannt (Hegerl, o.J.)

### **2.2.1 Ursachen**

Amphetamine haben ein hohes Abhängigkeitspotential. Nicht jeder Mensch reagiert gleich auf den Konsum von Amphetamin, da manche Menschen empfänglicher für den Wirkstoff von Amphetamin sind. Besonders Menschen, denen es an einem gestärkten Selbstwertgefühl, einer hohen Leistungsfähigkeit und dem Gefühl der Klarheit fehlt, sprechen auf Amphetamin an, da der Konsum diese Gefühle positiv hervorruft. Hierbei werden die Hirnbotsstoffe Dopamin und Noradrenalin im Gehirn freigesetzt und sie greifen somit das Belohnungszentrum des Gehirns an. Ein weiterer Effekt, der durch den Konsum zum Vorschein kommt, ist die Toleranzentwicklung. Konsumierende steigern ihre Dosis von Mal zu Mal, da ihre Toleranz sich immer weiter erhöht. Besonders durch eine intravenöse Spritze von Amphetamin kann es zu extremen Dosissteigerungen kommen, wodurch sich psychische und körperliche Abhängigkeit ausbilden (Strüber, o.J.).

### **2.2.2 Symptome und Risikofaktoren**

Der Konsum von Amphetamin (Speed) führt zu verschiedenen Symptomen des Körpers. Speed versetzt den Körper in einen Zustand, in welchem er sich normalerweise nur in höchster Alarmbereitschaft befindet, bereit für körperliche Höchstleistungen und schnelle Entscheidungen. „Speed führt dem Körper aber keine Energie zu, sondern erzeugt künstlich eine erhöhte Leistungsfähigkeit, indem es die Ausschüttung von leistungsfördernden Botenstoffen im Gehirn anregt (Strüber, o.J.).

Speed verursacht positive als auch negative Symptome. Bei einer niedrigen Dosierung werden folgende als positive Effekte erlebt:

- *erhöhter Aktivitäts- und Unternehmungsdrang*
- *Erhöhung des Selbstwertgefühls*
- *Euphorie, Aufgeregtheit*
- *Rededrang*
- *verändertes Zeitempfinden*
- *erhöhte Konzentrationsfähigkeit bei niedrigen Dosierungen*
- *Beschleunigung des Denkens, Gedankensprünge*
- *gesteigertes Sexualbedürfnis*

Körperlich nimmt der Konsumierende die Symptome wie folgt wahr:

- Erweiterung der Bronchien
- Anstieg der Pulsfrequenz
- Anstieg des Blutdrucks
- Anstieg der Körpertemperatur
- Hunger, Durstgefühl und Müdigkeit werden unterdrückt

Die negativen Eigenschaften sind im Vergleich zu den subjektiv positiv empfundenen Effekten dramatisch. Die konsumierenden Menschen erleben durchaus eine Energiesteigerung, jedoch führt Amphetamin dem Körper keine Energie zu. Vielmehr beutet es die Energiereserven des Körpers aus (Strüber, o.J.).

Steigern die Konsumenten die Dosis des Amphetamins kann es zu riskanten Reaktionen kommen welche im nachfolgenden Abschnitt in zwei Kategorien gespalten werden, körperliche und psychische Risiken.

### **Körperliche Risiken:**

- *starkes Brennen an Nasen- und Rachenschleimhäuten (beim Sniefen)*
- *Wichtige Körpersignale wie Hunger, Durst oder Müdigkeit werden nicht mehr wahrgenommen.*
- *Schwitzen oder Frösteln*
- *trockener Mund*
- *Verkrampfung der Kiefermuskulatur (Kieferklemme)*
- *Zittern, Muskelkrämpfe*
- *Erhöhung der Körpertemperatur bis zum Hitzestau mit dem Risiko eines Kreislaufkollaps*
- *Zerfall der Muskulatur mit dem Risiko des akuten Nierenversagens*
- *Herzrasen oder auch Verlangsamung der Herztätigkeit*
- *Schlaganfall*
- *Herzinfarkt*

### **Psychische Risiken:**

- *Gereiztheit und Aggressionen, die zu Gewalttätigkeiten führen können*
- *paranoide, angespannte Gefühlszustände*

- *psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahnvorstellungen) bis hin zur Ausbildung einer anhaltenden Amphetaminpsychose mit gravierenden psychischen und sozialen Folgen*
- *Unruhe, Nervosität*
- *depressive Verstimmung*
- *Bewusstseinstrübung bis zum Koma*

(Strüber, o.J.)

Durch die hohe Belastung des Herz-Kreislauf-Systems kann es in Einzelfällen zu Schlaganfällen und Herzinfarkten kommen. Zudem können sich durch den stetigen Konsum von Amphetamin psychische Erkrankungen entwickeln (Strüber, o.J.).

### **2.2.3 Behandlung**

Um eine Amphetamin Abhängigkeit zu behandeln, muss der Wille des Konsumierenden vorhanden sein (Strüber, o.J.). Es gibt verschiedene Arten einer Behandlung. Zum einen gibt es den klassischen Entzug, der in Suchtberatungsstellen, in Entgiftungsstationen und bei niedergelassenen Psychiatern durchgeführt werden kann. Bei dieser Behandlung steht die Abstinenz im Vordergrund. Des Weiteren kann eine Entgiftung durchgeführt werden um dieselbe Abstinenz zu bewirken, diese kann in Psychiatrien stattfinden, wo die Betroffenen für mehrere Wochen stationär behandelt werden. Eine andere Art der Behandlung ist die Substitution. Hierbei wird das Amphetamin durch das legale rezeptpflichtige Methadon ersetzt. „Oberstes Ziel einer Substitutionsbehandlung ist die Suchtmittelfreiheit“ (Korff, 2009). Durch die Vergabe der Substitutionsmittel sollen die Entzugserscheinungen gemindert werden, sodass der Betroffene wieder ein „normales“ Leben führen kann. Auf langfristige Sicht soll der Betroffene durch parallele Suchttherapie drogenfrei leben (Korff, 2009).

## **2.3 Die komorbide Störung**

Komorbidität wird auch unter dem Wort Doppeldiagnose verstanden, da diese dieselbe Definition beinhaltet. Seit den späten 80er Jahren wird der Begriff der Doppeldiagnose mit seiner heutigen Bedeutung verwendet: Menschen, die unter einer psychischen Störung und zusätzlich an einer Suchterkrankung leiden (Donati, 2004). „Der Begriff Doppeldiagnose enthält keine Aussagen über den Schweregrad. Eine regelmäßig Heroin injizierende arbeits- und obdachlose Person mit einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie wird ebenso als Patient mit

DD klassifiziert wie eine sozial integrierte Person, die an einer Dysthymie und Alkoholmissbrauch leidet“ (Donati, 2004, S. 4). Bezugnehmend auf 2.2 wird in diesem Abschnitt die Komorbidität detailliert erläutert.

### 2.3.1 Verlauf und Prognose

Legt man ein Augenmerk auf den Verlauf einer komorbiden Störung wird deutlich, dass sich die Phasen der Verbesserung und der Verschlechterung im ständigen Wechsel befinden. Hierdurch befinden sich die Betroffenen immer wieder in Hospitalisationen (Donati, 2004, S. 11). Menschen, welche die Diagnose Depression erhalten, bildeten eine erhöhte Risikogruppe für eine zusätzliche Suchterkrankung (Donati, 2004, S. 9). Durch die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte kommt Donati (2004) zu der Aussage: „Patienten mit einer DD nehmen häufiger und länger ambulante und stationäre Versorgungsangebote des medizinisch und psychosozialen Versorgungssystems in Anspruch als Patienten mit nur einer Diagnose“ (Donati, 2004, S. 11). Hierbei wechseln sich jedoch die Behandlungen für die Substanz- und für die psychischen Störungen ab, ohne dass eine anhaltende Verbesserung des biopsychosozialen Zustandes erreicht wird. Um den genauen Verlauf und die Prognose festzulegen, muss der Schweregrad der beiden Diagnosen bestimmt werden (Donati, 2004).

### 2.3.2 Die vier Typen einer Komorbidität

Laut Rosenthal und Westreich (1999) wird die Komorbidität in vier plausible Typen gegliedert:

**Tabelle 3: Die vier Typen einer Komorbidität**

	<b>Leichte Substanzstörung</b>	<b>Schwere Substanzstörung</b>
<b>Geringe psychopathologische Belastung</b>	<b>Typ IV:</b> Substanzmissbrauch und Dysthymia, Einfache Phobie, Persönlichkeitsstörungen	<b>Typ III:</b> Substanzabhängigkeit, einschließlich Polytoxikomanie und Angst-, Belastungsstörung, leichte

		bis mittelgradige Depression
<b>Hohe psychopathologische Belastung</b>	<b>Typ II:</b> Substanzmissbrauch und psychische Störungen wie Typ I	<b>Typ I:</b> Substanzabhängigkeit, einschließlich Polytoxikomanie und Schizophrenie, Bipolare Störung, schwere Depression oder Persönlichkeitsstörungen

**Typ I: schwere Substanzstörung und hohe psychopathologische Belastung**

- „Ein chronischer Verlauf und ungünstige Prognose besteht bei einer langfristigen und gestuften integrativen Therapie“ (Donati, 2004, S. 12).

**Typ II: leichte Substanzstörung und hohe psychopathologische Belastung**

- „Gelingt die Einbindung in eine Therapie mit den beide Schwerpunkten intensive Behandlung der psychischen Störung und auf den Substanzmissbrauch bezogene Rückfallpräventionen kann der Verlauf und die Prognose in Abhängigkeit der Schwere der psychischen Störung günstig sein“ (Donati, 2004, S. 12).

**Typ III: schwere Substanzstörung und geringe psychopathologische Belastung**

- „Bei erfolgreicher Suchttherapie, während der die psychische Störung therapeutisch angegangen und danach weiter behandelt wird, ist der Verlauf und die Prognose günstig“ (Donati, 2004, S. 12).

**Typ IV: Leichte Substanzstörung und geringe psychopathologische Belastung**

- Der Verlauf und die Prognose sind günstig, wenn die auf das substanzgebundene Suchtverhalten bezogene Interventionen nachhaltig sind, damit die Therapie der leichten psychischen Störung wirksam werden kann“ (Donati, 2004, S. 13).

Laut Donati (2004) wurden über den Verlauf des Typ I (schwere Substanz- und psychische Störungen), also Patienten mit einer chronifizierten Doppeldiagnose, bereits eine Vielzahl an Untersuchungen durchgeführt. Zu Typ II und IV existieren jedoch wenige Ergebnisse zu den Patienten (Donati, 2004).

### **2.3.3 Integrative Behandlung einer Komorbidität**

Wird die Symptomatik und die Ätiologie einer Komorbidität betrachtet wird deutlich, dass es sich um eine sehr heterogene Klientengruppe handelt. Somit sind standardisierte Therapieprogramme kaum Erfolg versprechend (Donati, 2004). „Die Patienten benötigen für sie individuell zugeschnittene, integrative Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangebote, die wirksame Interventionen für psychische Störungen und Substanzstörungen kombinieren, modifizieren und integrieren“ (Muerse & Kavanagh, 2001). Eine Möglichkeit der Therapie bildet die kognitiv-behaviorale Therapie<sup>13</sup>, da ihre Prinzipien für beide Störungen ähnlich sind (Donati, 2004, S. 52). Traditionell wird im psychosozialen Versorgungssystem eine deutliche Trennung zwischen den Behandlungssystemen vorgenommen, sodass die psychische Störung unabhängig von der Substanzstörung behandelt wird. Diese Trennung erschwert und verhindert eine integrative Betrachtungsweise einer Komorbidität. Da beide Behandlungssysteme über die Jahre eigene therapeutische Standards entwickelt haben, sind sie bemüht, ausschließlich Klienten ohne eine Komorbidität in ihre Einrichtungen aufzunehmen (Donati, 2004, S. 52). Somit ist es wichtig, dass Einrichtungen diese traditionellen Grenzen überwinden, damit eine integrative Sichtweise entwickelt werden kann. (Donati, 2004, S. 52).

#### **2.3.3.1 Die vier Wirkfaktoren**

Für die integrative Behandlung einer Komorbidität sind die empirisch gut belegten Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe (1998) ebenso wichtig und es gilt sie zu verwirklichen. Im Folgenden werden die vier Wirkfaktoren dargestellt.

---

<sup>13</sup> „Unter dem Begriff Kognitive Verhaltenstherapie, auch Kognitive-behaviorale Therapie genannt. Werden verschiedene psychotherapeutische Modelle und Behandlungstechniken zusammengefasst“

### **Problemaktualisierung:**

Um die eine erfolgreiche Veränderung bei den Klienten zu bewirken, sollten sie in der Therapie emotional beteiligt sein und problematische Gefühle, Gedanken oder Verhaltensweisen unmittelbar erleben. Mögliche wirksame Methoden für die Problemaktualisierung sind zum Beispiel Vorstellungsübungen, Selbstbeobachtungen zu Konsequenzen des Problemverhaltens oder eine therapeutische Konfrontation des

Klienten mit dem interaktionellen Verhalten gegenüber dem Therapeuten. Zudem aktualisieren Informationen und Schilderungen von anderen Klienten die Problematik (Donati, 2004, S. 53).

### **Klärungsperspektive:**

Für die motivationale Klärung sollte die emotionale Bedeutung von Verhaltensweisen herausgearbeitet werden, bewusste und unbewusste Motive sowie motivationale Konflikte analysiert werden. Des Weiteren werden oft Interventionen verändert oder neu ausgebildet und befriedigte Ziele und Werte gesucht und verstärkt. Bei der Entwicklung von neuen Zielen, Wünschen oder Perspektiven bedarf es Klienten mit einer komorbiden Störung oft an Unterstützung. Die Voraussetzung für eine stabile Veränderungsmotivation sowie für eine dauerhafte Veränderungsbemühung ist eine Zukunftsperspektive (Donati, 2004, S. 53).

### **Problembewältigung:**

Klienten mit einer komorbiden Störung weisen oft nur unzureichende Problemlöse- und Bewältigungsfähigkeiten auf. Sie benutzen den Suchtmittelkonsum oftmals als einzige verfügbare Bewältigungsstrategie. Aus diesem Grund dient der Therapeut als aktiver Hilfesteller, der mit dem Klienten für all-täglich-praktische Probleme adäquate Problem- und Bewältigungsstrategien erarbeitet und einübt. Die zwei Schwerpunkte Problemlösen und Belastungsbewältigung sind ein großer Teil der Behandlung von komorbiden Klienten (Donati, 2004, S. 53).

## **Ressourcenaktivierung**

Ein weiterer wichtiger Teil der Behandlung ist die Ressourcenaktivierung. Hierbei werden Fähigkeiten, Motivationen, positive Eigenschaften und vorhandene Stärken des Klienten hervorgehoben, gefördert oder neu aufgebaut. Es ist wichtig, dabei den Fokus auf die gesunden Anteile des Klienten zu legen anstatt auf deren Defizite. Die therapeutischen Interventionen knüpfen somit an dem an, was der Klient bereits kann, damit dieser seine Stärken einbringen kann und sich in der Therapie als selbstwirkend und in seiner Fähigkeit bestätigt fühlt (Donati, 2004, S. 53).

### ***2.3.3.2 Die vier Behandlungsphasen***

Die Rückfallquote bei komorbiden Klienten ist sehr hoch. „Vielen DDP gelingt es nicht, während oder nach einer Therapie längere Zeit Rückfälle in den Suchtmittelkonsum und/oder Rezidive der psychischen Störung zu verhindern, so dass es häufig zu Therapieabbrüchen oder je nach Schweregrad zu Hospitalisationen kommen kann“ (Donati, 2004, S. 53). Vor allem bei schweren Arten einer Komorbidität werden während einer Behandlung nur kleine Fortschritte erreicht.

Osher und Kofoed (1989) haben ein Modell entwickelt, welches vier Behandlungsphasen für schwere Doppeldiagnosen beschreibt, die sich auf die integrative Behandlung leichter Doppeldiagnosen übertragen lassen.

„In der ersten Phase (Aufbau Behandlungsallianz) zielen die Interventionen auf die Förderung von Krankheitseinsicht, in der zweiten (Überzeugung) auf die Förderung der Veränderungsmotivation, in der dritten (Aktive Behandlung) auf konkrete Verhaltensänderungen und in der vierten (Rückfallprävention) auf die Gesundheitsförderung hin“ (Donati, 2004, S. 53).

Je nach Klient kann das Durchlaufen der vier Behandlungsphasen sehr unterschiedlich aussehen und mitunter lange Zeit beanspruchen. Die Klienten können in frühere Phasen zurückfallen und müssen wieder entsprechend behandelt werden (Donati, 2004, S. 53).

Im Folgenden werden die vier Phasen nach Osher und Kofoed (1989) veranschaulicht.

**Tabelle 4: Vier gestufte Behandlungsphasen bei komorbiden Klienten**

<b>Behandlungsphase</b>	<b>Definition</b>	<b>Ziel</b>
<b>Aufbau einer Behandlungsallianz</b>	Der Klient hat unregelmäßige Kontakte mit einem Arzt, Psychologen oder Mitarbeiter des medizinischen oder psychosozialen Versorgungssystems. Kein oder kaum Problembewusstsein	Stabile Arbeitsbeziehung. Fördern von Problembewusstsein.
<b>Überzeugung</b>	Der Klient hat regelmäßige Kontakte, ist aber ambivalent in Bezug auf eine Reduktion des Substanzkonsums und/oder eine Therapie der psychischen Störung.	Fördern von Veränderungsmotivation und Entscheidung zur Verhaltensänderung.
<b>Aktive Behandlung</b>	Der Klient unternimmt aktive Schritte, den Substanzkonsum zu reduzieren bzw. Abstinenz zu erreichen und/oder seine psychische Störung zu behandeln.	Unterstützung bei Substanzreduktion oder -entzug. Therapie der psychischen Störung und Substanzstörung.
<b>Rückfallprävention</b>	Der Klient ist seit mehreren Monaten abstinent oder hat keine Probleme mit	Sensibilisierung für Rückfälle (Substanzkonsum und psychische Symptome)

	Suchtmitteln. Seine psychische Störung ist gebessert und er ist aktiv in der Psychotherapie.	und Ausweitung der Genesung auf andere Bereiche (z.B. soziale Beziehungen, Arbeit).
--	----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

(Donati, 2004, S. 55)

## 2.4 Begründung der Forschung

Nach intensiver Literaturrecherche ist deutlich geworden, dass keine spezielle Forschung zu dem Thema „Vorbereitung von Sozialpädagogen auf komorbide Klienten“ zu finden ist. Dies ist eine große Lücke in der empirischen Sozialforschung. Es ist zu beobachten, dass immer mehr Klienten im Stationär Betreuten Wohnen, denen eine Depression diagnostiziert wurde, durch den Missbrauch von Amphetamin zusätzlich an einer Suchterkrankung leiden. Häufig werden Klienten mit einer komorbiden Störung nicht adäquat behandelt, sodass sich die Krankheiten negativ beeinflussen.

Werden die komplexen Symptome einer Depression und einer Suchterkrankung beobachtet, wird deutlich, dass es wichtig ist, dass Klienten mit einer komorbiden Störung eine integrative Behandlung beider Störungen durchlaufen. In diesem Fall ist es wichtig zu wissen, was das Stationär Betreute Wohnen für die Vorbereitung auf diese Klientengruppe benötigt, um eine erfolgreiche integrative Behandlung mit ihren Klienten durchzuführen. Durch die vorliegende Untersuchung sollen offene Fragen geklärt werden und mögliche Handlungsmethoden erarbeitet werden.

## 2.5 Relevanz für die sozialpädagogische Arbeit

Die Relevanz für die Sozialpädagogische Arbeit liegt in der adäquaten Vorbereitung der Sozialpädagogen im Stationär Betreuten Wohnen. Es ist für die Betreuung von komorbiden Klienten besonders wichtig, eine strukturierte integrative Behandlung anzubieten. Laut einer Studie von Daley (1998) zur Behandlung von Klienten mit einer Depression und einer zusätzlichen Substanzabhängigkeit ist zu beobachten, dass durch motivierende Interventionen nach Miller und Rollnick (1999) die Therapieteilnahme deutlich verbessert wurde und die Hospitalisationsdauer ein Jahr nach Behandlung wesentlich verringert wurde.

Dies hat zur Folge, dass die Depressionswerte eine stärkere Verbesserung zeigen, welche mit Hilfe des Beck Depressions-Inventars<sup>14</sup> gemessen wurde (Donati, 2004, S. 84). Zudem zeigte die Studie, dass sechs Monate nach der Behandlung eine höhere Abstinenzrate vorherrschte, beziehungsweise weniger „Drinks pro Tag“ konsumiert wurden (Donati, 2004, S. 84). Durch diese Studie wird deutlich, wie wichtig eine integrative Behandlung von komorbiden Klienten ist, um auf längere Sicht eine Besserung zu erzielen anstatt den Klienten von Einrichtung zu Einrichtung zu schieben (Donati, 2004, S. 2). Durch diese Wichtigkeit der integrativen Behandlung wird die Wichtigkeit der vorliegenden Untersuchung umso deutlicher. Um eine integrative Behandlung/Betreuung durchführen oder anbieten zu können, bedarf es einer Untersuchung über die Vorbereitung der Sozialpädagogen-innen durch den Arbeitgeber um herauszufinden, ob sie vorbereitet sind und wenn nicht, was sie noch an Methodentechniken benötigen um sich sicherer in ihrem Arbeitsumfeld zu fühlen, damit die Unsicherheit bei den Klienten und den Sozialpädagogen-innen nicht mehr an erste Stelle steht.

---

<sup>14</sup> „Das Depressions-Inventar von Beck (BDI) gehört zu der weltweit führenden Instrumenten der Depressionsdiagnostik. (...) In der gegenwärtig gebräuchlichen Originalversion werden 21 typische Symptome der Depression anhand von je vier Aussagen zunehmender Schwierigkeit erfasst“ (Schmitt, Alstötter-Gleich, Hinz, Maes, & Brähler, 2006).

### 3. Untersuchungsrahmen

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit dem Untersuchungsrahmen der Studie. Zunächst werden Untersuchungsart und Untersuchungstyp beschrieben. Danach folgt eine Analyse zur Strategie und zum Design der Untersuchung. Zum Schluss wird noch das Instrument der Untersuchung dargestellt und umfangreich beschrieben.

#### 3.1 Untersuchungsart und Untersuchungstyp

Verschuren und Doorewaard unterscheiden zwischen zwei Untersuchungsarten, der *praxisorientierten* und der *theorieorientierten Untersuchung*.

Die theorieorientierte Untersuchung beschäftigt sich damit, Hypothesen zu bilden und mit ihnen eine Theorie zu überprüfen, zu bestätigen oder zu verwerfen.

Die vorliegende Untersuchung ist der Untersuchungsart der praxisorientierten Untersuchung zuzuordnen. Diese beschäftigt sich mit konkreten Problemstellungen die für die sozialpädagogische Praxis und deren sozialpädagogische Mitarbeitern von Relevanz sind (Doorewaard, 2000).

Die Untersuchung der vorliegenden Problemstellung kann nur mithilfe der praxisorientierten Untersuchungsart zu der gewünschten Beantwortung und den gewünschten Ergebnissen führen.

Es liegt ein soziales Problem vor, welches es zu untersuchen gilt, um eine Verbesserung der aktuellen Situation zu erzielen (Schaffer, 2009).

Dies liegt bei der angeführten Untersuchung vor, denn es geht um die Ermittlung der Vorbereitung von Sozialpädagogen\_innen, in stationär bereuten Wohnformen, durch den Arbeitgeber auf komorbide Klienten und vorrauschauend, was sie von ihrem Arbeitgeber benötigen, um auf den Umgang mit komorbiden Klienten vorbereitet zu sein.

Die Untersuchung dient dem Interesse der Sozialpädagogen-innen, des Arbeitgebers und auch dem Interesse der Klienten. Die gesammelten Ergebnisse können verwendet werden, um gemeinsam mit dem Arbeitgeber und den Mitarbeitern ein Konzept zur Vorbereitung der Mitarbeiter auf komorbide Klienten zu erarbeiten. Dieses Konzept kann sich sowohl für den bereits bestehenden Mitarbeiterstamm als hilfreich erweisen, aber auch für neue Mitarbeiter eingesetzt werden.

Aus langfristiger Sicht gesehen kann dies zu einer Verbesserung der Arbeitsqualität beitragen und somit auch die Ausgangsproblematik verringern.

Neben der Untersuchungsart gibt es auch noch den Untersuchungstyp. Verschuren und Doorewaard führen fünf Phasen des problemlösenden, sozialpädagogischen Handelns auf, in die sich der Untersuchungstyp einteilen lässt. Die *Problemsignalisierung (Probleemsignalering)*, die *Diagnose (Diagnose)*, das *Design (Ontwerp)*, die *Intervention (Interventie)* und die *Evaluation (Evaluatie)*.

Die Problemsignalisierung beschäftigt sich mit der Analyse der Ausgangslage, in dieser Untersuchung ist dies die Vorbereitung der Sozialpädagogen\_innen, des Stationär Betreute Wohnens, auf die Arbeit mit komorbiden Klienten, durch den Arbeitgeber. Die Phase der Diagnose umfasst die Bestimmung von Ergebnissen, die die Grundlage für die Entwicklung eines Designs bilden. Die Phase des Designs dient der Untersuchung der Beziehung zwischen den Prädiktoren (unabhängige Variablen) der Untersuchung und den entsprechenden Kriterien (abhängigen Variablen) der Untersuchung.

Die Phase der Intervention bezieht sich auf die Zielsetzung der Untersuchung, sprich welche Art und in welche Form von Vorbereitung Sozialpädagogen\_innen, für die Arbeit mit komorbiden Klienten, von ihrem Arbeitgeber benötigen. Zuletzt die Phase der Evaluation, diese beschäftigt sich mit dem evaluieren anhand vorab festgelegter Kriterien, ob die Zielsetzung erreicht wurde (Doorewaard, 2000).

### 3.2 Untersuchungsstrategie und Untersuchungsdesign

Die vorliegende Untersuchung zur Vorbereitung der Sozialpädagogen\_innen durch den Arbeitgeber im Stationär Betreuten Wohnen auf komorbide Klienten, ist *empirisch* und *qualitativ* ausgerichtet. Der Fokus liegt auf dem Erkenntnisinteresse des Verstehens, sozialen Handelns und dessen Beschreibung und Rekonstruktion anhand weniger Einzelfälle. „Das Verstehen des (Einzel-)Falls steht im Vordergrund, aus dessen Typik und Spezifik heraus wird die Generierung der fallbezogenen Aussagen gesucht. Die Forschungslogik ist also eine des induktiven Schließens“ (Schaffer, 2009, S. 59).

„Eine Induktion bzw. ein induktiver Schluss ist eine Verallgemeinerung. Induktiv schließen bedeutet also, von Einzelfällen auf das Allgemeine zu schließen“ (Hinrichs, 2016).

Der Einzelfall bildet den analytischen Bezugspunkt der Untersuchung und die gesamte Person den Untersuchungsgegenstand. Strukturen von Deutungs- und Handlungsmustern, die über den Einzelfall hinausweisen, werden rekonstruiert (Bemerburg, o.J.).

Wie bereits oben genannt, handelt es sich um eine empirische Sozialforschung, da die Auslegung auf den Erkenntnisgewinn über ein soziales Phänomen abzielt.

Die Sozialforschung setzt ein soziales Handeln voraus und schöpft seine Ergebnisse aus Wahrnehmbarkeit wie Hören, Sehen und Beobachten. Der Begriff Empirie bedeutet direkt oder indirekt beobachtbar, messbar und nicht messbar (Schaffer, 2009).

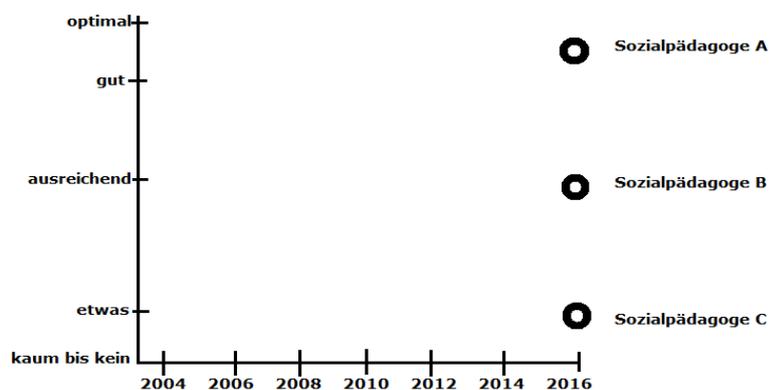
Das Untersuchungsdesign befasste sich mit der Datenerhebung, der Ziele und Absichten der Untersuchung (Schaffer, 2009, S. 61).

Mit dem Design wird der zeitliche Modus der Datenerhebung festgelegt.

Es handelt sich um die Erhebung von Querschnittsdaten, da sich die Variablenwerte der Untersuchungseinheiten auf einen bestimmten Zeitpunkt beziehen.

### Abbildung 3: Querschnittserhebung-Momentaufnahme

Variable Wissen- und Methodikstand



(eigene Grafik – erstellt von Juliana Schubinski am 19.04.2016)

Die *Querschnittsuntersuchung*, eine sogenannte *Momentaufnahme* ist eine einmalige Erhebung und Auswertung des Istzustandes. Sie dient dazu, die Vorbereitung der Sozialpädagogen\_innen durch den Arbeitgeber, in stationären

Betreuungseinrichtungen zu erfassen. Hierbei sollen die strukturellen Unterschiede in den Einrichtungen deutlich gemacht werden.

„Kennzeichen von Querschnittserhebungen ist es, dass die untersuchten Variablen nur zu einem bestimmten Zeitpunkt beobachtet werden. Ziel von Querschnittsuntersuchungen kann nur der Vergleich der Ausprägungen einzelner Variablen bei den unterschiedlichen Erhebungseinheiten, d. h. die Kovariation zwischen den Variablen, sein“ (Stiller, 2015).

Weiterhin ist das Design als *exploratives Untersuchungsdesign* anzusehen, was bedeutet, es ist wenig Wissen über das zu untersuchende Thema vorhanden. Somit wird eine explorative Untersuchung durchgeführt, um einen ersten Einblick zu bekommen. Die in dieser Untersuchung verwendete explorative Methode ist das *Experteninterview*.

### **3.2.1 Untersuchungsmethode**

Für die hier angeführte Untersuchung ist das Instrument des *problemzentrierten face to face Interviews* ausgewählt worden.

Das problemzentrierte Interview ist eine offene und halbstrukturierte Befragung und ermöglicht den Interviewten möglichst frei und offen die Fragen des Interviewers zu beantworten (Mayring, 2002).

Das offene, halb strukturierte Interview, bezieht sich in der vorliegenden Untersuchung auf eine Problemstellung, und zwar die Veränderung der Klientengruppen. Es ist festzustellen, dass immer mehr Klienten unter einer Doppel- oder Mehrfachdiagnose leiden. Hierzu gibt es jedoch kaum aktuelle Studien, insbesondere kaum zu der Kombination aus psychischer- und Suchterkrankung. Lediglich die erhöhte Bedeutung von Substanzkonsum als Einzelstudie kann nachvollzogen werden.

„Die Ergebnisse des ESA 2009 belegen eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung des Substanzkonsums in Deutschland“ (Bundesregierung, 2016).

Der Umgang mit dieser Art von Komorbidität verlangt den Sozialpädagogen, die mit diesem Klientel arbeiten ein hohes Maß an Fachwissen und Kompetenz ab. Für den Umgang und die Arbeit mit dieser Klientengruppe bedarf es einer umfangreichen Vorbereitung.

Die genaue Problemstellung wurde bereits oben näher erörtert.

Das problemzentrierte Interview, Leitfaden dazu ist in Anlage A nachzuschlagen, wurde insgesamt mit acht Sozialarbeiter\_innen und Sozialpädagogen\_innen, die

als Mitarbeiter in zwei unterschiedlichen stationären Betreuungseinrichtungen eingestellt sind, durchgeführt. Die transkribierten Interviewverläufe sind in Anlage B zu finden und die Auswertung der Interviews ist in Kapitel 4 nachzulesen.

### 3.3 Untersuchungsinstrument

Das verwendete Instrument der vorliegenden qualitativen Untersuchung ist der Interviewleitfaden, der kleine Stichproben mittels Interviews und anschließender Präzisierung ermöglicht. Die Interviews sind teilstandardisiert und mündlich geführt worden. Das Augenmerk der Interviews lag auf der Beschreibung des alltäglichen Berufslebens der Sozialpädagogen und die Vorbereitung auf dem Umgang mit komorbiden Klienten. Weiterhin standen die individuelle Wahrnehmung und die subjektive Einschätzung der befragten Sozialpädagogen im Vordergrund.

Die Art der Interviews ist wie oben schon genannt das problemzentrierte Interview.

Der Leitfaden sowie die Interviews selber beinhalten Fragen verschiedener Themenbereiche, das Wissen über Komorbidität und Klienten mit einer komorbiden Störung; die Arbeit mit komorbiden Klienten; die Vorbereitung durch den Arbeitgeber. Es wurden speziell diese vier Themenbereiche erfragt, da alle vier Bereiche für eine Analyse der aktuellen Situation und der Vorbereitung der Sozialpädagogen\_innen für erforderlich gehalten wurden. Die Themenbereiche haben einen Einblick gewährt, welches Wissen die Sozialpädagogen\_innen bereits über Komorbidität und die Auswirkungen der Diagnose haben, wie viel sie über den Umgang und die Betreuung von komorbiden Klienten wissen und wie der Arbeitgeber die Sozialpädagogen\_innen auf diese Klientengruppe vorbereitet. Weiterhin gibt es fünf Phasen, die für die Durchführung der Interviews von Bedeutung sind, und bei der Planung und Durchführung mit einbezogen worden sind.

Im Folgenden werden die fünf Durchführungsphasen kurz beschrieben und erläutert.

## ***Durchführungsphasen des Interviews***

*1. Phase:* Diese Phase beschäftigt sich mit der Sichtung von theoretischem und empirischem Material zum Untersuchungsthema, der Eingrenzung des Themas und der Vorbereitung des Interviews.

Es wurde sich intensiv mit der in Kapitel 1 beschriebenen Thematik auseinandergesetzt und der Untersuchungsrahmen wurde festgelegt. Es folgte die Auswahl der Fragen, die im Interview gestellt werden sollen und die Erstellung eines Interviewleitfadens (Schaffer, 2009, S. 140). Der Leitfaden ist in Anlage A zu finden.

*2. Phase:* Die zweite Durchführungsphase ist der Beginn des Interviews. Der zuvor entwickelt Leitfaden dient als Strukturierungshilfe, um das Interview besser durchführen zu können. Die Themenbereiche: Wissen über Komorbidität und Klienten mit einer komorbiden Störung; Arbeit mit komorbiden Klienten; Vorbereitung durch den Arbeitgeber, werden gezielt im Erzählstimulus eingeleitet (Schaffer, 2009, S. 140).

*3. Phase:* Die dritte Phase umfasst das „Zurückspiegeln von Gesagtem“, das Stellen von „Verständnisfragen“ und die „Konfrontation“. Diese drei Aspekte dienen dazu, um Klarheit in das Interviewgespräch zu bringen, um Widersprüche aufzudecken und um genauere Antworten zu erhalten (Schaffer, 2009, S. 140).

*4. Phase:* Phase vier „Ad-hoc-Fragen“ stellen, bedeutet, das noch nicht behandelte oder übersprungene Themen und Themenkomplexe im Nachhinein angesprochen werden (Schaffer, 2009, S. 141).

*5. Phase:* Das Interview wird mit einer abschließenden Frage, in dem vorliegenden Interview mit zwei abschließenden Fragen: „Ist Ihnen noch etwas wichtig, was bisher nicht erwähnt worden ist?“ und „Ich bitte Sie um ein kurzes Feedback der Interviewfragen und des Interviews selber“, abgerundet.

Das Interview wird mithilfe der Aufnahmefunktion eines Handys mitgeschnitten und anschließend wörtlich transkribiert. Weiterhin wird ein sogenanntes

Postskriptum erstellt, welches persönliche nicht gesagte Eindrücke festhält (Schaffer, 2009, S. 141).

### **3.3.1 Auswahl der Interviewpartner\_innen**

„Um Interviewpartner auswählen zu können, muss man sich zunächst vergegenwärtigen, wer über die für die angestrebte Rekonstruktion notwendige Informationen verfügt“ (Gläser, 2010, S. 113).

Bei der Auswahl der Interviewpartner\_innen wurden folgende Fragen als Hilfestellung benutzt:

1. Wer verfügt über die relevanten Informationen?
2. Wer ist am ehesten in der Lage, präzise Informationen zu geben?
3. Wer ist am ehesten bereit, Informationen zu geben?
4. Wer von den Informanten ist verfügbar?

(Gläser, 2010, S. 113)

Weiterhin sollten die Erreichbarkeit und die Bereitschaft der zu Interviewten geprüft und abgewogen werden (Gläser, 2010).

Für die Gewinnung der oben genannten Informationen sowie die Beantwortung der Haupt- und Teilfragen der Untersuchung wurde sich für Experten\_innen aus dem Arbeitsfeld Stationär Betreutes Wohnen entschieden. Sozialpädagogen\_innen und Sozialarbeiter\_innen aus zwei unterschiedlichen stationären Einrichtungen, die für die Interviewer gut zu erreichen sind. Die Praxisstellen sind den Interviewern bekannt und sie kennen die Probanden aufgrund ihrer gemeinsamen Tätigkeit in den Einrichtungen.

Die Experten\_innen arbeiten mit der entsprechenden Klientengruppe und erfüllen somit die Voraussetzungen, für eine qualitative Untersuchung.

Die Kontaktaufnahme zu den Probanden erfolgte zum einen mündlich bei den Experten\_innen durch die Interviewer und zum anderen mündlich sowie schriftlich bei den Arbeitgebern der Probanden, um sich rechtlich abzusichern.

Sowohl mündlich, als auch schriftlich wurde den Sozialpädagogen\_innen und den Arbeitgebern der Untersuchungsanlass und das Untersuchungsvorhaben erläutert und die Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung wurde abgefragt.

Auf diese Weise wurden acht interessierte Interviewpartner\_innen gefunden, die sich dazu bereit erklärten, an der Untersuchung teilzunehmen. Auch die Arbeitgeber erklärten sich mit dem Vorhaben einverstanden und vermitteln auch

ein persönliches Interesse an den nachfolgenden Ergebnissen. Die Arbeitgeber zeigten sich zudem sehr kooperativ und Optimierungsinteressiert.

### **3.3.2 Population und Stichprobe**

Zu Anfang stellt sich die Grundfrage: „Können alle Mitarbeiter stationärer Einrichtungen befragt werden, die mit komorbiden Klienten zu tun haben?“. Da diese Form der Datenerhebung nicht in Betracht gezogen werden kann, wurde sich für eine Stichprobe entschieden, welche stellvertretend für die Verallgemeinerung dienen soll.

Die Anzahl der Experteninterviews beläuft sich, in Absprache mit den Arbeitgebern, auf 8 Interviews. Anhand dieser Größe ist eine Tendenz feststellbar. Bei den zu befragenden Personen handelt es sich um Sozialpädagogen zweier stationärer Einrichtungen, die im Alter von 24 Jahren bis 52 Jahren sind. Die Befragung findet in den jeweiligen Einrichtungen statt, in denen sie arbeiten.

Bei der Stichprobenauswahl handelt es sich um eine bewusste Auswahl der zu interviewten Personen. Anhand der bereits oben beschriebenen Kriterien wird ersichtlich, dass sich die Stichprobe auf eine bestimmte Berufsgruppe in einem bestimmten Arbeitsfeld bezieht. Diese bewusste Auswahl soll die Untersuchung eingrenzen, um möglichst repräsentative Ergebnisse zu erzielen.

Die Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage bildeten die Grundlage für den weiteren Verlauf der Forschung.

Bei der Durchführung des problemzentrierten Interviews ist die Relevanz der subjektiven Wahrnehmung der Sozialpädagogen im Stationär Betreuten Wohnen maßgeblich. Untersucht wird die inhaltliche Repräsentativität, sprich der Aspekt der Individualität spielte eine große Rolle.

Die Interviews werden mit der Intention durchgeführt, Erkenntnisse zu gewinnen, die über das zu untersuchende Problem hinausreichen. Um eine Generalisierbarkeit erreichen zu können, wird das Augenmerk besonders auf die Auswahl der zu befragenden Personen gelegt. Es gibt zwei Arten von Stichproben zwischen denen unterschieden werden muss: zum einen eine „Vorab-Festlegung“, die Stichprobe wird vor der Untersuchung bezüglich bestimmter Merkmale festgelegt und zum anderen ein „Theoretisches Sampling“, die Stichprobe wird auf der Basis des jeweiligen erreichten Kenntnisstandes schrittweise erweitert und ergänzt.

Die Wahl der geeigneten Stichprobe ist auf die „Vorab-Festlegung“ gefallen, denn aus der Hauptfragestellung der Forschung, der Vorüberlegungen, dem bereits bestehenden theoretischen Wissen und den vorhandenen Studien ergeben sich die Kriterien zur Bildung der Stichprobe (Mayer, 2004).

### **3.3.3 Gütekriterien**

Laut Mayring ist es das Ziel einer empirischen Sozialforschung, ein Kategoriensystem zu entwickeln, das die Inhalte des gesamten Datenmaterials systemisch, vollständig und nachvollziehbar abbildet. Um dies gewährleisten zu können, wird bei der vorliegenden Untersuchung ein besonderes Augenmerk auf die wissenschaftlichen Gütekriterien von Mayring gelegt. Hier wird zwischen Reliabilität und Validität unterschieden (Mayring, 2002).

Bei der Reliabilität geht es um die Zuverlässigkeit/Genauigkeit der Methode, die zu gewährleisten gilt. Es wird daher untersucht, ob das Kategoriensystem bei wiederholtem Einsatz mit demselben Material zu gleichen Ergebnissen kommt und sich somit als zuverlässig erweist (Mayring, 2002).

Bei der Validität geht es um die Gültigkeit der Methode, in der geschaut wird, ob das erfasst worden ist, was erfasst werden sollte (Mayring, 2002).

Es ist laut Mayring für eine empirische Sozialforschung wichtig, um einen sinnvollen Abschluss zu erbringen, dass die Qualität der Forschungsergebnisse insbesondere in qualitativ angelegten Forschungsprojekten mittels Gütekriterien abgesichert werden, welche den Methoden angemessen werden müssen. Mayring entwickelte sechs Gütekriterien für eine qualitative Forschung:

- Verfahrensdokumentation
- Argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- Kommunikative Validierung
- Triangulation

Die durchgeführte Forschung befasst sich mit der Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung und kommunikative Validierung.

Mayring schreibt, damit wissenschaftliche Ansprüche erfüllt werden können, müssten die angewandten Vorgehensweisen im Detail dokumentiert werden, damit der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar sei. Ist dies gegeben, spricht er von einer Verfahrensdokumentation.

Bei der argumentativen Interpretationsabsicherung muss zunächst das Vorverständnis adäquat mit der jeweiligen Interpretation übereinstimmen, damit die Deutung theoriegeleitet ist (Mayring, 2002).

Die eigenen Interpretationen werden mittels vorhandener Literatur verglichen, damit die Deutung eine theoretische Gewichtung hat.

Bei der kommunikativen Validierung, mit der sich die Untersuchung weiterhin befasst, geht es darum, dass die Interviewten die erarbeiteten Ergebnisse bestätigen und sich selbst darin wiederfinden. Wenn dies gegeben ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse eine gewisse Gültigkeit besitzen (Mayring, 2002).

## 4. Darstellung des Resümees

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit dem Resümee der durchgeführten problemzentrierten Interviews.

Das Interview wurde in einzelne Kategorien aufgeteilt, die unterschiedlichen Kategorien sind durch die Verschiedenheit der Fragen entstanden.

Das Resümee basiert auf dem „Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse“ und den „sechs reduktiven Prozessen“ nach Mayring (2002).

Die Aussagen der Sozialpädagogen\_innen im Stationär Betreuten Wohnen, über die Vorbereitung auf komorbide Klienten durch den Arbeitgeber, wurden gefiltert und in gefilterter Form wieder zu Tage geführt.

Der Umfang der Stichprobe (N) beträgt bei den problemzentrierten Interviews 8 Personen (N=8).

Der erste Abschnitt des Kapitels beschäftigt sich mit der Vorstellung der Interviewpartner\_innen.

In Anschluss daran folgen der Auswertungsprozess der problemzentrierten Interviews und die Ergebnisse der Kategorisierung.

Abschließend wird das Resümee noch einmal zusammenfassend betrachtet dargestellt.

### 4.1 Vorstellung der Interviewpartner\_innen

**Frau Müller** (Name aus Anonymitätsgründen erfunden) **Einrichtung KESH:**

Frau Müller ist 38 Jahre alt und arbeitet in der Einrichtung KESH. Seit circa eineinhalb Jahren ist sie im stationär Betreuten Wohnen als Diplom Rehapsychologin und Diplom Sozialarbeiterin tätig. Ihr Aufgabengebiet umfasst vor allem Betreuungsinhalte. Frau W. betreut zurzeit drei Bewohner als Bezugsbetreuerin. Hierbei steht sie den Bewohnern unterstützend, beratend und begleitend zur Seite. Darüber hinaus können die Bewohner sich auch mit psychologischen Fragen an sie wenden. Vor kurzem hat Frau Müller zusätzlich noch die Stelle als Einrichtungsleitung angenommen und ist nun für die gesamte Einrichtung als Führungskraft tätig. Ihre Aufgabenbereiche reichen von der Verfassung der Dienstpläne über die Strukturierung der Einrichtungsvorgänge hin zu der Führung der Mitarbeiter.

**Frau Meier** (Name aus Anonymitätsgründen erfunden) **Einrichtung KESH:**

Frau Meier ist eine noch sehr junge Mitarbeiterin, sie ist 24 Jahre alt und wurde vor circa einem Jahr eingestellt. Sie hat einen Bachelor B.A. in Sozialarbeit und ist in der Funktion als Betreuerin im Stationär Betreuten Wohnen eingestellt. Zudem ist sie noch für den Bereich Qualitätsmanagement zuständig. Sie selbst betreut fünf Bewohner der Einrichtung als feste Bezugsbetreuerin und ist zum Teil in Abwesenheitszeiten auch für andere Bewohner der Einrichtung zuständig. Die Betreuungsarbeit erfordert Begleitung, Beratung und Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen.

Im Bereich Qualitätsmanagement ist sie für organisatorische Maßnahmen zuständig, die zur Verbesserung der Prozessqualität führen.

**Herr Peters** (Name aus Anonymitätsgründen erfunden) **Einrichtung KESH:**

Herr Peters ist 42 Jahre alt und seit 11 Jahren in der Einrichtung KESH als Krankenpfleger und Diplom Sozialarbeiter tätig. Seine Aufgabenbereiche sind das Stellen der Medikamente, die Vergabe der Medikamente an die Bewohner und die Betreuung der Bewohner, allerdings nicht als Bezugsbetreuer.

Weiterhin ist Herr Peters im Betriebsrat des Vereins und vertritt dort die Interessen der Mitarbeiter\_innen der einzelnen Einrichtungen.

**Herr Herrmann** (Name aus Anonymitätsgründen erfunden) **Einrichtung KESH:**

Herr Herrmann ist 52 Jahre alt und seit 22 Jahren als Diplom Sozialarbeiter in der Einrichtung tätig. Seine Aufgabenbereiche sind die Begleitung, Betreuung und Unterstützung der Bewohner.

Er leitet zusätzlich noch das interne KESH-Radio, welches jeden ersten Montag im Monat öffentlich ausgestrahlt wird. Hierbei sucht er zusammen mit Bewohnern der Einrichtung nach relevanten Themen für das Radio und erarbeitet gemeinsam das Radioprogramm mit den Bewohnern. Darüber hinaus bietet er einmal die Woche ein Sportangebot an, welches in einer externen Turnhalle stattfindet.

**Frau Meinhart** (Name aus Anonymitätsgründen erfunden) **Einrichtung AuguSTA:**

Frau Meinhart ist die jüngste Mitarbeiterin des Stationär Betreuten Wohnens AuguSTA. Sie ist 24 Jahre alt und wurde im April 2016 eingestellt. Sie hat einen Bachelor in Sozialpädagogik und ist in der Funktion als Betreuerin im Stationär Betreuten Wohnen eingestellt. Frau Meinhart betreut zurzeit einen Bewohner, da

sie momentan nur eine 19 Stunden Stelle besetzt. Sie unterstützt und begleitet ihren zu Betreuenden und führt aktiv Gruppenangebote durch.

**Frau Becker** (Name aus Anonymitätsgründen erfunden) **Einrichtung AuguSTA:**

Frau Becker ist Diplom Sozialpädagogin und ist 32 Jahre alt. Seit drei Jahren ist sie nun in der Einrichtung AuguSTA. Frau Becker betreut drei Bewohner, die vorwiegend unter einer Depression leiden. Frau Becker bringt viele Erfahrungen aus einem Stationär Betreuten Wohnen für depressiv erkrankte Menschen mit. Zudem befindet sie sich momentan in einer Ausbildung zum systemischen Berater. Sie ist außerdem für die Trägerwohnungen des Vereins zuständig und koordiniert die Ein- und Auszüge der Bewohner. Ihre intensiven Erfahrungen mit depressiv erkrankten Menschen sind eine große Bereicherung für die Einrichtung, da sie viele Methoden und Techniken im Umgang mit depressiv erkrankten Menschen kennt.

**Frau König** (Name aus Anonymitätsgründen erfunden) **Einrichtung AuguSTA:**

Frau König ist Diplom Sozialpädagogin und Kinder- und Jugendpsychotherapeutin. Sie ist 47 Jahre alt und arbeitet nun seit vier Jahren in der Einrichtung AuguSTA. Durch jahrelange Erfahrungen aus der Arbeit mit drogenabhängigen Menschen, bringt sie viele Methoden und Techniken aus diesem Bereich mit. Frau König betreut zurzeit zwei Bewohner und ist zusätzlich für die Kasse und Bank der Einrichtung zuständig. Sie koordiniert und plant die Auszahlungen für die jeweiligen Klienten, die einmal im Monat stattfinden. Durch ihre zusätzliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten Ausbildung hat sie einen guten Blick für psychisch erkrankte Menschen. Frau König hat somit schon des öfteren mit komorbiden Klienten zusammengearbeitet und bringt in diesem Bereich viele Erfahrungen mit.

**Herr Braukel** (Name aus Anonymitätsgründen erfunden) **Einrichtung AuguSTA:**

Herr Braukel ist der Gründer der Einrichtung AuguSTA und ist mit seinen 50 Jahren der älteste Mitarbeiter. Er ist bereits seit mehr als fünf Jahre in dieser Einrichtung tätig. Herr Braukel ist Diplom Sozialpädagoge, Erzieher und Systemischer Berater.

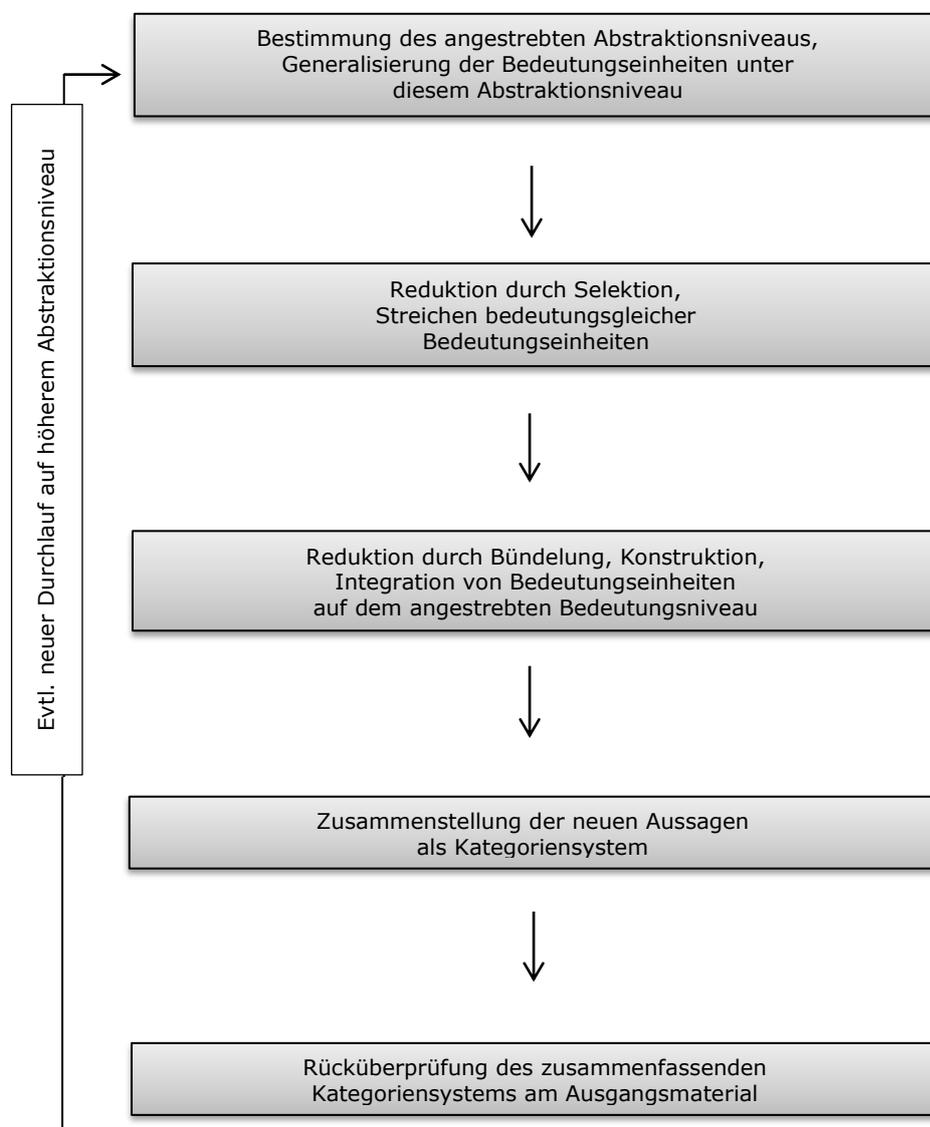
Zurzeit betreut er vier Bewohner und ist zudem für einzelne Aufgaben in der

Einrichtung zuständig, wie die Anleitung von neuen Mitarbeitern. Durch seine abgeschlossene Ausbildung als systemischer Berater, bringt Herr Braukel immer wieder neue Methoden und Techniken in die Beratung und auch in den Einzelkontakt mit Bewohnern ein.

## 4.2 Auswertungsprozess der Interviews

Die Auswertung der geführten Interviews wurde mittels der in Abbildung 4 zu sehenden zusammenfassenden Inhaltsanalyse von Mayring (2002) durchgeführt.

**Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse**



(Mayring, 2002, S. 96)

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse ist eine Technik des zusammenfassenden Protokolls.

Das zusammenfassende Protokoll nach Mayring (2002) dient dazu, die Materialfülle bei der Aufbereitung zu reduzieren und ggf. nicht relevante Informationen für die Untersuchung wegzulassen.

„**Grundgedanke:** Bei der systematischen zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird das Allgemeinniveau des Materials vereinheitlicht und schrittweise höher gesetzt“ (Mayring, 2002, S. 95).

Für den Verallgemeinerungsprozess wurden nach Mayring (2002) sechs reduktive Prozesse herausgearbeitet.

### **Nach Mayring (2002)**

- *Auslassen:* Propositionen, die an mehreren Stellen bedeutungsgleich auftauchen, werden weggelassen.
- *Generalisation:* Propositionen, die durch eine begrifflich übergeordnete, abstrakte Proposition impliziert werden, werden durch diese ersetzt.
- *Konstruktion:* Aus mehreren spezifischen Propositionen wird eine globale Proposition konstruiert, die den Sachverhalt als Ganzes kennzeichnet und die spezifischen Propositionen überflüssig macht.
- *Integration:* Eine Proposition, die in einer bereits durch Konstruktion gebildeten globaleren Proposition aufgeht, kann wegfallen.
- *Selektion:* Bestimmte zentrale Propositionen werden unverändert beibehalten, da sie wesentliche, bereits generelle Textbestandteile darstellen.
- *Bündelung:* Inhaltliche eng zusammenhängende, im Text aber weit verstreute Propositionen werden als Ganzes, in gebündelter Form wiedergegeben.

Die Analyse der Interviews der vorliegenden Untersuchung erfolgte in Form des Ablaufmodells der zusammenfassenden Inhaltsanalyse und unter Anwendung der sechs reduktiven Prozesse. Alle acht geführten problemzentrierten Interviews dienten der zusammenfassenden Inhaltsanalyse als Grundlage.

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse ist in Tabellenform in Anhang C zu finden und wurde zu Teilen in 3.3.1-3.3.4 eingesetzt.

Kurze Erläuterung zu den einzelnen Rubriken der Tabelle:

- **I** = Interviewpartner\_innen (A, B, C, D, E, F, G, H – stehen für die einzelnen Befragten)
- **S./Z.** = Seite und Zeile des verwendeten Interviews
- **Nr.** = Durchnummerierung der Einzelnen Inhalte
- **Paraphrase** = Wiedergabe des Gesagten (nur wichtige Aspekte für die Untersuchung)
- **Generalisierung** = Verallgemeinerung der Aussagen
- **Nr.** = Nummer der Reduktion
- **Reduktion** = Vereinheitlichung der Aussagen

#### 4.3 Ergebnisse und Kategorisierung

Die Ergebnisse lassen sich, so wie auch der Leitfaden der Interviews, in vier Kategorien einteilen.

- **Das bereits vorhandene Wissen über Komorbidität** wurde anhand der Interviewaussagen gebündelt nach Begriffsdefinitionen, und Berührungspunkten.
- **Der Umgang mit komorbiden Klientel** wurde anhand der Aussagen in Erfahrung mit Symptomen und Verläufen der Erkrankung, in Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der Einrichtung und in Schwierigkeitsgrad der Behandlung von Doppel- und Mehrfachdiagnosen gebündelt.
- **Die Vorbereitung durch Eigeninitiative auf die Arbeit mit komorbiden Klienten** wurde nach der Präsenz der Mitarbeiter und der bereits vorhandenen Methoden und Technikenrepertoire gebündelt.

- **Die Vorbereitung der Sozialpädagogen\_innen durch den Arbeitgeber auf den Umgang** mit komorbiden Klienten wurde in Fakten und Wünsche gebündelt.

#### **4.3.1 Das bereits vorhandene Wissen über Komorbidität**

Die Auswertung der Interviews zeigte bei allen Interviewpartner\_innen ein bereits vorhandenes Wissen über Komorbidität. Durch die Bündelung der Interviewaussagen kann zusammenfassend gesagt werden, dass alle Interviewten Sozialpädagogen\_innen Wissen über die Definition und die verschiedenen Formen der „Komorbidität“ besitzen und dieses auch benennen können.

Durch ihre tägliche Arbeit mit dieser Klientengruppe, konnten die Sozialpädagogen\_innen nicht nur aus ihren theoretischen sondern auch aus ihren praktischen Erfahrungen berichten.

Alle Interviewpartner haben eine konkrete Definition zu dem Begriff „Komorbidität“ und die Verschiedenheit der unterschiedlich auftretenden Formen benannt. Alle Antworten sind inhaltlich mit der Definition der World Health Organisation zu vergleichen und lassen darauf schließen, dass ihr vorhandenes Wissen auf wissenschaftlichen Quellen beruht.

„Co-morbidity, or dual diagnosis, is defined by the World Health Organization (WHO) as the ‘co-occurrence in the same individual of a psychoactive substance use disorder and another psychiatric disorder’ (WHO, 1995). According to the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), a person with dual diagnosis is a ‘person diagnosed as having an alcohol or drug abuse problem in addition to some other diagnosis, usually psychiatric, e.g. mood disorder, schizophrenia’ (UNODCCP, 2000). In other words, co-morbidity in this context refers to the temporal coexistence of two or more psychiatric or personality disorders, one of which is problematic substance use“ (Europa, 2004).

Es wurden zwei Aussagen aus den geführten Interviews selektiert, die zur Untermauerung der Gesamtheit dienen.

Frau Müller sagte im Interview: *„Komorbidität bedeutet, dass ein Mensch unter einer oder mehreren Erkrankungen gleichzeitig leidet. Hmm, sie kann in Form von mehreren psychischen Erkrankungen oder in Form von mehreren körperlichen Leiden vorkommen. Aber auch die Form einer gezeitigten psychischen und Suchterkrankung kann vorkommen“.*

Herr Peters antwortete auf die Frage, was er unter Komorbidität versteht: *„Komorbidität ist halt wenn man mehrere Diagnosen gleichzeitig diagnostiziert bekommen hat. Das kann in mehreren Formen vorkommen beispielsweise mehrere psychosomatische Diagnosen, ähm zwei oder mehrere körperliche Diagnosen oder mehrere psychische Erkrankungen oder halt in Form von was wir halt auch am meisten auch in unser Einrichtung haben, das eine psychische Erkrankung und eine Suchtmittelabhängigkeit äh gleichzeitig ähm ja vorhanden sind“.*

#### **4.3.2 Der Umgang mit komorbiden Klientel**

Die Bündelung der Interviewaussagen in Erfahrung mit Symptomen und Verläufen, Behandlungsmöglichkeiten und Schwierigkeitsgraden der Behandlung haben einige Ergebnisse geliefert, die aufschlussreich für die aktuelle Untersuchung sind.

Bezugnehmend auf die Symptome, den Verlauf und den Umgang mit komorbiden Klienten wurden einige Aussagen aus der Gesamtheit der Interviews selektiert.

Die Frage nach den angezeigten Symptomen beantwortete Frau Becker mit: *„Hmm ja also vorwiegend ist es meistens das eine Depression vorliegt sprich eine Antriebslosigkeit, nichts mehr gebacken bekommen, Lustlosigkeit also die Symptome so und ganz oft Müdigkeit und viele puschen sich dann mit diesen Amphetaminen und auch anderen Drogen wie Cannabis auf. Dadurch merkt man dann, dass sie sehr hyperaktiv werden, Dinge tun, die sie vielleicht gar nicht tun wollen“.*

Diese Aussage zeigt zum einen, dass die Mitarbeiterin sich mit den Symptomen der komorbiden Störung „psychische Erkrankung und Suchtmittelabhängigkeit“ auskennt, viel wichtiger ist es, dass Frau Becker hier die Kombination aus Depression und dem Konsum von Amphetaminen als vorwiegend nennt, welches mit der zu Anfang der Untersuchung benannten Problembeschreibung übereinstimmt. Frau Becker sieht diese explizite Kombination ebenfalls als momentane vorrangige Komorbidität in der Einrichtung.

Den Verlauf der Erkrankung beschreibt Frau Becker wie folgt: *„Also es war anfangs so, wo meist nur eine Diagnose behandelt wurde, dass die sich dann auch verbessert hat, jedoch wurde dann die andere Erkrankung, also meistens die Drogenabhängigkeit, schlimmer und dadurch fielen sie dann wieder in so ein Loch.“*

*Es ist halt schon sehr wichtig, dass man beides irgendwie gleichzeitig behandelt, nur das ist halt sehr, sehr schwierig bei uns". „Es ist nur so, dass unsere Einrichtung meist nicht das hergibt, was ich gerne machen möchte".*

Die Aussage von Frau Becker liefert die Information, dass sich die Behandlung zweier oder mehrerer Erkrankungen, bezogen auf Suchterkrankung und psychische Erkrankung, als schwierig gestaltet. Bezogen auf den Aspekt „sehr, sehr schwierig bei uns“ und auf die Aussage „Es ist nur so, dass unsere Einrichtung meist nicht das hergibt, was ich gerne machen möchte.“, lässt darauf schließen, dass die Möglichkeiten innerhalb der Einrichtung nicht gegeben sind.

Der Umgang mit komorbiden Klienten zeigt auf, dass die Klienten in beiden Einrichtungen, wenn ein gewissen Maß an Behandlung gefordert ist, welches die Sozialpädagogen\_innen nicht leisten können, weiter an eine fachspezifische Institution geleitet werden.

*„Was die psychische Erkrankung angeht, klar, da erfolgen dann auch Gespräche in die Richtung aber dann leiten wir dann auch meistens die Bewohner weiter an ambulante Psychotherapeuten, die sich damit intensiver auseinandersetzen. Weil die halt einfach mehr Erfahrungen auf dem Gebiet haben“, diese Aussage machte Herr Peters bei seinem Interview.*

Frau Becker erzählte in ihrem Interview: *„Es ist halt häufig so, dass wenn die Klienten zum Beispiel sehr schizophran sind oder auch Suizidgedanken haben in die Klinik weiter geleitet werden, um eine Therapie zu machen, aber die in der Therapie meist dann gar nicht die Drogenabhängigkeit behandeln. Nur die psychische Erkrankung, damit sie dann wieder auf einem gewissen Stand sind und dann kommen sie dann wieder zu uns zurück und dann haben wir dann halt das Problem das immer noch die andere Krankheit vorliegt“.*

Die Mitarbeiter/-innen bedürfen im Hinblick auf den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen gezielter Schulungsmaßnahmen (Freiburg, 2016).

### **4.3.3 Die Vorbereitung durch Eigeninitiative auf die Arbeit mit komorbiden Klienten**

Die Kategorie Vorbereitung durch Eigeninitiative beinhaltet die Präsenz an dem Thema Vorbereitung und das vorhandene Methoden- und Technikenrepertoire der Sozialpädagogen\_innen.

Nach Bündelung der Interviewaussagen halten alle Mitarbeiter eine umfangreiche Vorbereitung für wichtig und unternemen einiges, um sich selbstständig auf die Arbeit mit ihrem Klientel vorzubereiten.

Darüber hinaus haben die Sozialpädagogen\_innen ein gewisses Grundrepertoire an Methoden und Techniken, welches in der Arbeit mit komorbiden Klienten regelmäßig zum Einsatz kommt.

Frau Meier beantwortete die Frage, für wie wichtig sie die Vorbereitung auf die Arbeit mit komorbiden Klientel hält mit: *„Ich halte das für sehr wichtig, vor allem um mit ihnen umgehen zu wissen. Es ist doch etwas anderes mit unseren Bewohnern mit Komorbidität zu arbeiten, denn psychische Erkrankungen können sich anders auf die Sucht und die Sucht anders auf die psychische Erkrankung auswirken, als wenn nur eins da wäre“*.

Dies ist nur ein Argument der Analyse der Interviews. Letztendlich meint die gebündelte Fassung, dass es gerade weil das Klientel mit Doppel- und Mehrfachdiagnosen nicht einzuschätzen ist, wichtig ist, optimal vorbereitet zu sein.

*„Depressive Störungen können durch Suchtmittelkonsum verursacht werden. Umgekehrt erleben wir immer wieder, dass Menschen Suchtmittel konsumieren, um auf ihre depressive Stimmungslage Einfluss zu nehmen. Dies kann kurzfristig hilfreich sein. Allerdings kann der Konsum von Suchtmitteln mittelfristig depressive Erkrankungen verschlimmern. So entstehen negative Entwicklungen, aus denen ohne fachgerechte Hilfe nur sehr schwer heraus zu finden ist“* (AGJ-Fachverband, 2016).

Frau König merkte während des Interviews an: *„Ich lese gerne und viel, auch wissenschaftliche Artikel über Methoden und Techniken und der geeigneten Einsatzbereiche. Hmm, nur mir fällt es manchmal schwer, dies auch so umzusetzen, wie ich es gelesen habe. Ähm also ich denke, ich bräuchte dafür auch eine Art praktisches Training“*.

Nicht nur Frau König sondern auch die anderen Interviewpartner\_innen haben ähnliche Anmerkungen gemacht, die darauf schließen lassen, dass eine alleinige Vorbereitung nicht ausreichend ist.

#### **4.3.4 Die Vorbereitung der Sozialpädagogen\_innen durch den Arbeitgeber auf den Umgang mit komorbiden Klienten**

Die entscheidende Frage der Untersuchung, die allen Interviewpartner\_innen gestellt wurde lautete: Werden Sie vom Arbeitgeber auf die Arbeit mit komorbiden Klienten vorbereitet und wie sieht diese Vorbereitung aus?

Frau Meier: *„Wir haben natürlich einen Topf mit Fortbildungsbudget, das wir für verschiedene Fortbildungen benutzen dürfen. Also Möglichkeiten der Vorbereitungen sind da. Das heißt Moment dies ist zwar ein mögliches Angebot aber nichts was direkt vom Arbeitgeber aus unternommen wird. Hmm also ehrlich gesagt fallen mir jetzt nur die Leitlinien der Heimaufsicht ein und die ganzen Reader, die wir haben für den Umgang mit unseren Bewohnern und die Zielmaßnahmeplanung des LWL.“*

Frau Meinhart: *„Oh ich als neue Kollegin würde sagen, durch den Arbeitgeber also erfolgt nicht wirklich eine Vorbereitung. Ich wurde eher so in das kalte Wasser geschmissen. Natürlich kann ich meine Kollegen um Rat fragen und äh sie wissen eigentlich meist was zu tun ist aber öhm ansonsten fühle ich mich noch naja etwas unsicher.“*

Frau Becker: *„Hmm, also speziell zu Komorbidität nicht wirklich was . Es gibt zwar Fortbildungen für psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen aber soweit ich weiß werden keine speziellen Fortbildungen zu Komorbidität angeboten.“*

Drei Aussagen, die herausgegriffen wurden, von Sozialpädagoginnen zweier Einrichtungen, unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Berufsjahre innerhalb der Einrichtungen, die aussagen, dass keine explizite Vorbereitung durch den Arbeitgeber stattfindet. Lediglich angebotene Fortbildungen zu ähnlichen Themen, die Eigeninitiative erfordern sind Maßnahmen der Vorbereitung durch den Arbeitgeber.

Darüber hinaus wurde die Frage nach den Wünschen der Sozialpädagogen, an die Vorbereitung durch den Arbeitgeber gestellt, um herauszufinden, ob konkreter Bedarf besteht und ob die Interviewpartner\_innen diesen Bedarf konkret benennen können.

*„Ich würde mir wünschen, dass neue Mitarbeiter eine Einführung in die Zielgruppe bekommen, also dass man weiß, welche Zielgruppe mit welcher Thematik einen erwarten. Vielleicht könnte man ein internes Schulungsseminar oder ähnliches veranstalten oder aber für alle Mitarbeiter jährlich etwas veranstalten. Also sowie*

*den regelmäßigen Erste-Hilfe-Kurs einfach auffrischen und neue Trends und neues Wissen mit in die Runde tragen."*

Das Statement von Frau Meier zeigt nicht nur Wünsche ihrerseits an den Arbeitgeber auf, sondern auch Ideen wie die Vorbereitung aussehen könnte.

#### 4.4 Zusammenfassung des Resümees

Zu Anfang ist zu nennen, dass alle Beteiligten etwas mit der vorhandenen Thematik anzufangen wussten. Die Aktualität der zunehmenden Komorbidität insbesondere in Bezug auf die Kombination aus Depression und Suchtmittelabhängigkeit, explizit Amphetamin, konnten alle Interviewpartner\_innen bestätigen.

„Die therapeutischen Strategien haben in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte gemacht, und strukturierte psychotherapeutische Ansätze haben Eingang in verschiedene Behandlungsprogramme gefunden. Verschiedene psychotherapeutische Modelle erweisen sich als wirksam: intensive psychotherapeutische Kurzbehandlung, klassische psychotherapeutische oder psychoedukative Ansätze, die versuchen, Kognitionen und Verhalten in Bezug auf den Konsum von süchtig machenden Substanzen zu modifizieren. Der Patient muss über die Natur der Depression und ihre Implikationen auf die Entwicklung der Drogenabhängigkeit informiert sein“ (Fink, 2007, S. 49).

Es ist zwingend notwendig, dass die Vermittlung wichtiger Neuerkenntnisse und Behandlungsansätze sowie Methoden und Techniken im Umgang mit komorbiden Klienten an die sozialpädagogischen Mitarbeiter\_innen, die mit diesem Klientel arbeiten herangetragen werden. Nur so kann eine adäquate und individuelle Hilfe an die Klienten getragen werden. Die Instanz, die es sich zur Aufgabe machen sollte, diese Aspekte an die Sozialpädagogen heranzutragen, ist der Arbeitgeber.

Zusammenfassend ist bei der Analyse der Interviews herausgefunden worden, dass die Mitarbeiter einiges Wissen über „Komorbidität“ in ihrem Repertoire besitzen. Sie wissen um die Symptome und den Verlauf der Erkrankung und kennen sich mit einigen methodischen Strategien im Umgang mit komorbiden Klienten aus.

Dennoch fehlt ihnen zum einen eine explizite Einweisung und Vermittlung durch den Arbeitgeber auf die Arbeit mit komorbiden Klienten und zum anderen eine regelmäßige Auffrischung.

Alle Interviewpartner\_innen haben ein großes Interesse, Handlungsstrategien vermittelt zu bekommen und einen Methodenkoffer zu erstellen und können konkrete Wünsche an den Arbeitgeber formulieren.

Darüber hinaus fehlt es den Interviewpartner\_innen in der täglichen Arbeit an Spielraum, sich auszuprobieren, in Bezug auf verschiedene Techniken der Sozialen Arbeit.

## 5. Schlussfolgerungen

Der Erkenntnisgewinn durch die theoretische Einführung und die analysierten problemzentrierten Interviews wird in diesem Kapitel unter Einbeziehung der Haupt- und Teilfragen zusammengetragen.

Hierfür werden die Teilfragen mittels Kategorisierung beantwortet, um dann zu einer Auswertung der Hauptfrage und einer kritischen Auseinandersetzung mit den Schlussfolgerungen zu gelangen.

### 5.1 Fachwissen zum Umgang mit komorbiden Klienten

Die Teilfrage eins: *„Welches Fachwissen haben die Sozialpädagogen\_innen der stationären Einrichtungen im Umgang mit Klienten, die an einer Komorbidität leiden?“* lässt sich mit Hilfe des theoretischen Rahmens und der Ergebnisse der Interviews beantworten.

Aus den Interviews ging deutlich hervor, dass Sozialpädagogen in stationären Einrichtungen im Umgang mit komorbiden Klienten über vorhandenes Wissen verfügen. Dieses Wissen haben sie zum Teil aus ihrem vorangegangenen Studium erworben und auch in ihrer beruflichen Laufbahn gesammelt.

Das Wissen bezieht sich auf die genaue Definition von „Komorbidität“, die verschiedenen Formen, in denen die Komorbidität auftreten kann, die Symptome und den Verlauf der Erkrankungen.

Wie schon im theoretischen Rahmen in Kapitel zwei beschrieben wurde, ist die Komorbidität eine Doppel- bzw. Mehrfacherkrankung und kann in den Konstellationen, mehrerer körperlicher Erkrankungen, mehrerer psychischer Erkrankungen und mehreren Suchtmittelabhängigkeiten vorkommen. Die Kombinationen aus zwei oder mehreren unterschiedlichen Erkrankungen ist auch möglich und meist eine der am häufigsten auftretenden Formen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde sich hauptsächlich mit der Kombination aus einer psychischen und einer Suchterkrankung beschäftigt. Insbesondere Depression und Amphetaminabhängigkeit sind Fokus dieser Untersuchung. Die Depression gehört zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland und kennzeichnet sich durch Veränderungen der Stimmungslage und der Aktivität der Person.

Amphetamin ist eine synthetisch hergestellte Substanz, sie wirkt stimulierend, aufputschend, euphorisierend und appetitzügelnd.

Ursprünglich bekannt als Szenedroge der Hardcorezene, ist sie heute fest in die Drogenszene etabliert.

Alle Interviewpartner\_innen zeigten ein hohes Maß an Interessen, sich durch Seminare, Fachtagungen und Fortbildungen weiter zu entwickeln und spezielle Fachliteratur zu studieren.

Das Stichwort dieser Erkenntnis ist „Eigeninitiative“.

Die Untersuchung hat ergeben, dass die Mitarbeiter in Eigeninitiative viel tun, jedoch nicht dabei durch den Arbeitgeber gefördert werden.

Die Mitarbeiter von stationären Wohnformen besitzen ein hohes Maß an Engagement für Weiterbildung und sind wissbegierig.

## 5.2 Methoden und Techniken im Umgang mit komorbiden Klienten

Die zweite Teilfrage: *„Welche Methoden und Techniken kennen die Sozialpädagogen\_innen für den Umgang mit der Klientengruppe?“*, konnte von den Interviewpartner\_innen einheitlich und klar beantwortet werden.

Die Interviewpartner\_innen haben ein Repertoire an Methoden und Techniken der sozialen Arbeit in ihrem Methodenkoffer und können diese auch anwenden.

Insbesondere verschiedene Formen der Gesprächstechniken finden ihre Anwendung in der Arbeit mit individuellen Persönlichkeiten.

„Die Patienten benötigen für sie individuell zugeschnittene, integrative Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangebote, die wirksame Interventionen für psychische Störungen und Substanzstörungen kombinieren, modifizieren und integrieren“ (Mueser & Kavanagh, 2001).

Es ist vor allem in der Arbeit mit psychisch kranken Klienten wichtig, eine Beziehung zu ihnen aufzubauen und ressourcenorientiert und biografisch mit ihnen zu arbeiten.

Die vier Phasen der Behandlung einer Komorbidität sind wichtige Aspekte in der Arbeit mit komorbidem Klientel.

Der Aufbau einer Behandlungsallianz dient einer stabilen Arbeitsbeziehung und fördert das Problembewusstsein des Betroffenen.

Die Überzeugung fördert die Veränderungsmotivation und die Entscheidung zur Verhaltensänderung des Klienten.

Die aktive Behandlung dient dazu, den Klienten bei einer Substanzreduktion oder bei einem Entzug zu unterstützen. Darüber hinaus wird der Klient bei einer Therapie der psychischen Störung und Substanzstörung begleitet und unterstützt. Die Phasen sind wichtig für Sozialpädagogen, um eine adäquate Hilfe zu gewährleisten. Um diese Phasen richtig zu beherrschen, bedarf es intensiver Vermittlung und Vorbereitung, sowie Erlernen von Strategien und Erstellen eines Methodenkoffers, der in der Praxis verwendet werden kann.

Es hat sich bei der Untersuchung ergeben, dass den Sozialpädagogen\_innen für ihre Arbeit mit komorbiden Klienten keine expliziten Methoden und Techniken an die Hand gegeben werden, um die individuelle Hilfestellung zu bieten, die die Klienten mit ihrer komplexen Erkrankung benötigen.

„Die Mitarbeiter/-innen bedürfen im Hinblick auf den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen gezielter Schulungsmaßnahmen“ (Freiburg, 2016).

### 5.3 Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen für die Vorbereitung auf komorbide Klienten

Zu der Beantwortung der dritten Teilfrage: *„Was wünschen sich die Sozialpädagogen\_innen von ihrem Arbeitgeber für die Vorbereitung auf den Umgang mit der Klientengruppe?“*, formulierten die Sozialpädagogen\_innen Ideen und Wünsche, wie in ihren Augen eine mögliche Vorbereitung auf die Arbeit mit der Klientengruppe aussehen könnte.

Die Untersuchungen hat Aufschluss darüber gebracht, dass Sozialpädagoge\_innen in stationären Wohnformen sich interne Schulungen, Tagungen und Fortbildungen zum Thema „Umgang mit Komorbidität“, durch den Arbeitgeber wünschen. Dieses Angebot soll für alle Mitarbeiter regelmäßig stattfinden.

Neue Mitarbeiter sollen eine spezielle Einführung in die Klientengruppe erhalten. Die Erstellung und das zur Verfügung stellen eines Leitfadens als geeignete Variante zur Vorbereitung der Mitarbeiter und als Nachschlagewerk, ist auch ein Wunsch der Sozialpädagogen\_innen.

### 5.4 Vorbereitungsmaßnahmen durch den Arbeitgeber

Die Hauptfrage der Untersuchung: *„Wie werden die Sozialpädagogen\_innen im Stationär Betreuten Wohnen auf die Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen, die zusätzlich unter einer Suchterkrankung leiden, vom Arbeitgeber vorbereitet?“* lässt sich aus Sicht der Interviewpartner\_innen dahin gehend beantworten, dass ihnen durch den Arbeitgeber die Möglichkeit geboten wird, an selbst geplanten

und selbst organisierten Fortbildungen teilzunehmen. Die Kosten werden dann über den Verein getragen.

Das Erwerben von Fachzeitschriften, Infoblättern und Veranstaltungskalendern innerhalb der Einrichtung ist den Mitarbeitern gestattet.

Die bisherigen Vorbereitungsmaßnahmen durch den Arbeitgeber belaufen sich auf wenig bis keine explizite Vorbereitung.

Die Umsetzung der gewünschten Maßnahmen durch die Sozialpädagogen\_innen selber werden nun in den Fokus genommen und sowohl die Ergebnisse, als auch die gewünschten Maßnahmen werden an die Arbeitgeber herangetragen.

Dies alles geschieht auf der Mikroebene und soll dann in Kooperation mit den Arbeitgebern auf die Meso- und Makroebene transportiert werden.

Angedacht ist auf der Mesoebene die Erstellung eines Vorbereitungs-Konzeptes für Mitarbeiter von stationären Wohnformen und auf der Makroebene dann die Umsetzung und Optimierung dieses Konzeptes.

Angestrebt wird eine Verbesserung der Vorbereitungssituation, um den Klienten eine adäquate Hilfe und Unterstützung seitens der Mitarbeiter der Einrichtungen bieten zu können.

Denn Menschen sollten nicht aufgrund ihrer komplexen Form der Erkrankung von Institution zu Institution geschickt werden und der Fokus der Behandlung sollte nicht nur auf nur eine der Mehrfacherkrankungen gelegt werden.

Weiterhin gilt es den Blick zu erweitern und den mehrfacherkrankten Menschen eine individuelle Hilfe zu bieten.

Für sinnvoll wird gehalten, wenn der Arbeitgeber das Konzept gemeinsam mit seinen Mitarbeitern und anderen Fachkräften der sozialpädagogischen und psychiatrischen Arbeit entwirft.

Dieses Konzept soll dann im Stationär Betreuten Wohnen fest verankert werden und in die tägliche Arbeit etabliert werden. In regelmäßigen Abständen kann eine Kontrolle und Optimierung dieses Konzeptes sich als sinnvoll und erfolgreich gestalten.

## 5.5 Kritische Auswirkungen der Schlussfolgerungen

Eine mögliche kritische Auswirkung der Schlussfolgerungen ist die Tatsache, dass die Sozialpädagogen\_innen in stationären Einrichtungen nicht ausreichend auf den adäquaten Umgang mit komorbiden Klienten, insbesondere solche mit einer Depression und einer Suchterkrankung, vorbereitet werden.

Der Umgang mit diesem speziellen Klientel erfordert ein allgemeines Grundwissen, sowie ein erweitertes Wissen und das Erlernen und Ausüben von individuellen Handlungsstrategien.

Individuell aus den Gesichtspunkten, dass nicht jeder Klient gleiche Verhaltensweisen bei ähnlichen Erkrankungsbildern aufweist und dass die Verläufe der komorbiden Störung bei den unterschiedlichen Klienten nicht identisch sind. Auch die Werte und Normen, sowohl die der Sozialpädagogen\_innen, als auch die der Betroffenen, spielen bei dem Umgang miteinander eine enorme Rolle.

Die Werte und Normen können bei psychisch Erkrankten und Suchtmittelkonsumierenden Personen verschoben oder ganz anders sein und müssen respektiert und geachtet werden.

Ein kritischer Aspekt ist, dass die Optimierung der vorhandenen Situation viel Kooperation, Planung und Organisation vor allem für die Arbeitgeber erfordert. Dies ist mit Zeitaufwand und auch finanziellen Aspekten verbunden, die der Arbeitgeber in Kauf nehmen müsste.

Auch die Mitarbeiter müssten an einem Strang ziehen, sich stark machen und bei der Gestaltung und Umsetzung des Konzeptes mitwirken.

## 6. Empfehlungen für die Praxis

Für den Umgang mit komorbiden Klienten im Stationär Betreuten Wohnen hat sich eine Notwendigkeit bezüglich der Eigeninitiative der Sozialpädagog\_innen, der Einführung von Weiterbildungen durch den Arbeitgeber und der Umstrukturierung der Betreuung herauskristallisiert. Welche Empfehlungen sich aus den Schlussfolgerungen aus Kapitel fünf ableiten lassen, werden im Folgenden auf der Mikro-, Meso- und Makroebene erläutert.

Um ein spezielles Wissen über die Vorbereitung von komorbiden Klienten zu erlangen, ist der Wille der Eigeninitiative von großer Bedeutung. Hierzu wird im ersten Abschnitt dieses Kapitels die Eigeninitiative der Sozialpädagog\_innen auf der Mikroebene analysiert.

Anschließend werden im zweiten Kapitel konkrete Maßnahmen auf der Mesoebene vorgestellt, die für Weiterbildungen der Sozialpädagog\_innen dienen können. Um diese Maßnahmen anbieten zu können, muss die Überzeugung des Arbeitgebers vorhanden sein.

Anknüpfend an den zweiten Teil des Kapitels wird eine bestimmte Form der Behandlung auf der Makroebene vorgestellt. Bezugnehmend auf die Theorie aus Kapitel 2.3.3 wird die integrative Behandlung einer Komorbidität analysiert.

### 6.1 Die Eigeninitiative der Sozialpädagog\_innen

Voraussetzung für eine Eigeninitiative ist der Wille etwas verändern zu wollen. Eigeninitiative beruht darauf, dass Menschen über ihre Arbeit und langfristig über den Arbeitsgegenstand nachdenken (Frese & Fay, 2000, S. 65).

„Wenn Mitarbeiter ihre Arbeitsrolle verlassen, wenn sie über die an sie gestellten Erwartungen hinausgehen und die Initiative ergreifen, dann tun sie das meist, um die jeweilige Tätigkeit zu verbessern und zu optimieren. Positive Ergebnisse sollen damit für das Unternehmen erreicht werden“ (Frese & Fay, 2000).

Sozialpädagog\_innen des Stationär Betreuten Wohnens, die etwas verbessern wollen und ihre Arbeit optimieren wollen, haben die Möglichkeit sich Wissen selbst anzueignen. Durch Literaturrecherche oder Besuche von externen Fortbildungen

können sie ihr Wissen bezüglich der Arbeit mit komorbiden Klienten optimieren. Durch die Untersuchung hat sich herauskristallisiert, dass die Mehrzahl der Mitarbeiter der beiden Einrichtungen VSE-NRW AuguSTA und KESH über Wissen bezüglich der genannten Klientengruppe verfügen. Jedoch gibt es Mitarbeiter, denen dieses Wissen noch fehlt. Bezugnehmend auf Kapitel zwei dieser Arbeit ist es wichtig jedes einzelne Krankheitsbild mit den dazugehörigen Symptomen, Verläufen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten zu kenne. Zudem ist es wichtig, die komplexe Form der Komorbidität Amphetamin und Depression zu verinnerlichen und deren Auswirkungen zu kennen. Durch die durchgeführte Untersuchung ist deutlich geworden, dass die Sozialpädagog\_innen dieses Wissen hauptsächlich durch ihr gemachtes Studium erlangt haben. Jedoch gibt es eine Minderheit, die dieses Wissen nicht in ihrem Studium vermittelt bekommen hat.

Die Ausführungen verdeutlichen, dass ein Teil der Vorbereitung der Sozialpädagog\_innen auf die Klientengruppe durch ein Literaturstudium geprägt ist. Somit bietet sich auf der Mikroebene eine Forschung über die Studieninhalte der einzelnen Fachhochschulen und Universitäten des Sozialwesens an. Hierbei soll erforscht werden, ob jede Fachhochschule und Universität die Student\_innen des Sozialwesens auf die Komplexibilität der Komorbidität vorbereitet und in welcher Form dies stattfindet.

## 6.2 Weiterbildungen für Sozialpädagog\_innen

Die Untersuchung hat bezüglich der Wünsche und Bedürfnisse der Sozialpädagog\_innen ergeben, dass eine hohe Bereitschaft für Fortbildungen, Tagungen oder Schulungen auf die Klientengruppe vorhanden ist.

Es ist unter anderem deutlich geworden, dass bereits Fort- und Weiterbildungen durch den Arbeitgeber angeboten werden, welche das Thema Komorbidität jedoch nicht einschließen.

Zur Verbesserung der Situation im Stationär Betreuten Wohnen kann eine Fortbildung zum Thema Komorbidität helfen. Diese soll die Sozialpädagog\_innen auf die Klientengruppe vorbereiten um ihnen die Unsicherheit zu nehmen. Die Untersuchung hat ergeben, dass die Sozialpädagog\_innen sich regelmäßige Auffrischungen dieser Fortbildungen wünschen um immer auf dem neusten Stand der Entwicklung zu sein. Außerdem liegt ein großer Wunsch in der Einarbeitung neuer Kolleg\_inne, damit diese von Anfang an auf die Klientengruppe vorbereitet werden.

Beispiel für eine Fortbildung zeigt das Institut für berufliche Aus- und Fortbildung Rendsburg. Das Institut bietet in 120 Seminarstunden eine Fortbildung „Suchtpsychiatrische Zusatzqualifikation“ an.

Die Suchtpsychiatrische Zusatzqualifikation zielt auf den Ausbau pädagogisch-therapeutischer Kompetenzen beziehungsweise auf eine eigenständige Professionalisierung pädagogischer Fachkräfte im Suchtbereich (Hamann, o.J.).

Die Ziele der Fortbildung werden im Folgenden kurz dargestellt:

- *Sie entwickeln*  
größere persönliche und therapeutisch-pädagogische Sicherheit im Umgang mit suchtkranken Klient/innen
  - *Sie üben*
    - neue Praxismodelle im Umgang mit suchtkranken und komorbiden Klient/innen
    - die Anwendung psychoedukativer Verfahren
  - *Sie entdecken*
    - neue Möglichkeiten der Teamarbeit
    - weitere Möglichkeiten für Ihre berufliche Entwicklung
  - *Sie erweitern*  
Ihre Kompetenz im Arbeitsfeld Sucht und Suchtpsychiatrie
  - *Sie stärken*  
Ihre Position im multiprofessionellen Team
  - *Sie erreichen*  
eine höhere Arbeitszufriedenheit
- (Hamann, o.J.)

Die oben aufgeführte Fortbildung macht deutlich, was sich ein Mensch alles durch eine Fortbildung aneignen kann. Um die Sicherheit der Sozialpädagog\_innen mit dem Klientel zu stärken, wäre die Einführung einer solchen Fortbildung wünschenswert.

Um herauszufinden, ob diese Fortbildungen ihren gewünschten Zweck erfüllen, könnte eine Studie auf der Mesoebene durchgeführt werden, in der erforscht wird

ob eine Verbesserung der Arbeitssituation in den sozialpädagogischen Einrichtung durch die Durchführung einer Fortbildung stattgefunden hat.

### 6.3 Die Integrative Behandlung

Durch die durchgeführte Untersuchung ist deutlich geworden, dass in den Stationär Betreuten Wohnformen keine integrative Behandlung stattfindet. Wie schon in Kapitel 2.3 beschrieben, sind die Versorgungsangebote des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems meist nur auf eine Diagnose ausgelegt. Somit werden in Einrichtungen für suchtabhängige Menschen vorwiegend Suchterkrankungen behandelt und in Einrichtungen für psychisch kranke Menschen vorwiegend psychische Erkrankungen. Dies führt dazu, dass Klienten, die eine zusätzliche Sucht- oder psychische Erkrankung entwickeln, von Einrichtung zu Einrichtung „geschubst“ werden (Donati, 2004).

Um dies zu verhindern, ist es ein großer Schritt für die Gesellschaft, die integrative Behandlung ins Stationär Betreute Wohnen zu integrieren. Eine ausführliche Beschreibung der integrativen Behandlung von komorbiden Klienten, einschließlich der vier Wirkfaktoren und der vier Behandlungsphasen einer Komorbidität, ist in dem Kapitel 2.3.3 *Integrative Behandlung einer Komorbidität* zu finden.

Als weiterführende Forschung bietet sich auf der Makroebene hinsichtlich der integrativen Behandlung einer Komorbidität eine Untersuchung bezüglich der Umsetzung des Behandlungskonzepts an. Es soll erforscht werden, aus welchen Gründen Stationär Betreute Wohnformen heterogene Behandlungsformen der integrativen Behandlung vorziehen.

## 7. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Stärken und Schwächen der Forschung aufgezeigt. Anschließend wird zu der durchgeführten Untersuchung kritisch Stellung bezogen.

### 7.1 Stärken der Forschung

Der Theoretische Rahmen dieser Untersuchung kann zum Teil als Stärke hervorgehoben werden. Durch das detaillierte Literaturstudium zu den einzelnen Krankheitsbildern und der Komorbidität ist die Komplexität der Klientengruppe deutlich geworden. Durch die genaue Betrachtung der integrativen Behandlung einer Komorbidität, ist die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Untersuchung deutlich geworden. Sie zeigt auf, wo im heutigen Versorgungssystem Lücken zu finden sind und wie diese behoben werden können.

Eine weitere Stärke der Forschung ist die Praxisbezogenheit der Ergebnisse aus den Interviews. Sie dienen zum einen als Orientierung für mögliche Handlungsstrategien, zum anderen als Diskussionsgrundlage für Stationär Betreute Wohnformen, die eine heterogene Behandlungsform vorziehen.

Die Einhaltung der Güterkriterien nach Mayring (1999) weist eine weitere Stärke dieser Untersuchung auf. Es wurde eine Verfahrensdokumentation erstellt, die das Vorverständnis bezüglich der Theorie deutlich macht, eine Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums zeigt und die praktische Umsetzung der Datenerhebung und Datenauswertung mittels Zusammenfassender Inhaltsanalyse repräsentiert. Durch die Besprechung des interpretierten Inhalts mit den befragten Sozialpädagog\_innen ist das Güterkriterium der kommunikativen Validierung gegeben. Zudem erfüllen die Ergebnisse der Untersuchung die Güterkriterien der Validität und der Reliabilität. Die Validität ist gegeben, da die Ergebnisse des durchgeführten Interviewleitfadens einen direkten Bezug zum Forschungsgegenstand haben. Die Ergebnisse sind als reliabel zu bezeichnen, da ein standardisiertes Verfahren durchgeführt wurde und die Genauigkeit der Ergebnisse gewährleistet wurde. Zudem konnten bei allen Interviews übereinstimmende Ergebnisse erzielt werden.

## 7.2 Schwächen der Forschung

Eine Schwäche der vorliegenden Untersuchung sind die fehlenden vergleichbaren Studien zu dem erforschten Thema. Nach langer Literatur- und Internetrecherche wurde keine vergleichbare Studie gefunden, womit die vorliegende Untersuchung belegt werden kann. Zudem wurde keine konkret Fachliteratur zur Vorbereitung der Sozialpädagogen\_innen auf diese Klientengruppe gefunden, was die fachtheoretische Untermauerung erschwert hat. Jedoch macht dieser Punkt auch die Wichtigkeit der Untersuchung deutlich. Durch die Ergebnisse konnten mögliche Folgestudien abgeleitet und Handlungsorientierungen erfasst werden.

Eine weitere Schwäche der Forschung ist die geringe Anzahl an Sozialpädagog\_innen die befragt wurden. Durch die geringe Anzahl an Mitarbeiter\_innen in den beiden Einrichtungen VSE-NRW AuguStA und KESH, konnte nur eine geringe Stichprobe von acht Interviews durchgeführt werden. Jedoch ermöglicht diese kleine Stichprobe genauere Ergebnisse, da die Interviewergebnisse aller Interviews größtenteils übereingestimmt haben. Durch die Kombination der zwei Einrichtungen ist somit auch ein Einrichtungsübergreifendes Ergebnis zustande gekommen.

## 7.3 Kritische Stellungnahme

Werden die Ergebnisse auf der Mikroebene kritisch betrachtet, können diese für die Sozialpädagog\_innen in Stationär Betreuten Wohnformen als Anregung zur Eigeninitiative dienen.

Auf der Mesoebene können die erzielten Ergebnisse für Stationär Betreute Wohnformen konkrete Handlungsrichtlinien aufzeigen und in die Konzepte der Einrichtungen mit eingearbeitet werden. Wünschenswert für Sozialpdagog\_innen und Klienten wären Fortbildungen, Tagungen oder Schulungen, in denen das Thema Komorbidität bearbeitet wird. Kritisch ist hierbei der Gedanke, dass nicht jede Einrichtung über das nötige Budget oder Personal verfügt um diese Angebote durchzuführen. Somit dienen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung als Anreiz für eine Verbesserung der Vorbereitung der Sozialpädagog\_innen um in der Zukunft eine eventuelle Umsetzung realisieren zu können.

Die Ergebnisse dienen auf der Makroebene als konkrete Handlungsempfehlungen an das medizinisch psychiatrische Versorgungssystem. Die Umsetzung einer integrativen Behandlung ist für die Behandlung eines komorbiden Klienten besonders wichtig. Kritisch hierbei ist die Tatsache, dass viele Stationär Betreute Wohnformen nicht die Möglichkeit haben, diese Behandlung anzubieten. Oftmals fehlt das Geld, der Platz, das Personal oder vielmehr besagt die Leistungsvereinbarung des Trägers eine andere Betreuung. Somit dienen die Ergebnisse der vorliegenden Studie unter anderem den Trägern wie z.B dem LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe), damit diese über ihre Leistungsvereinbarung kritisch nachdenken können.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Ermittlung der Ergebnisse ein erster Schritt in die Verbesserung der Vorbereitung des Stationär Betreuten Wohnens, insbesondere der Einrichtungen VSE-NRW AuguSTA und KESh ist. Durch den direkten Kontakt zwischen den Forschern und den Einrichtungen kann eine stetige Überprüfung der möglichen Verbesserung erfolgen.

# Literaturverzeichnis

- AGJ-Fachverband. (2016). *Suchtberatung Freiburg*. Abgerufen am 07. 06 2016 von <http://www.suchtberatung-freiburg.de/informationen/sucht-und-depression>
- Behmel, A. (09. 12 2005). *student-online*. Abgerufen am 15. 04 2016 von <http://www.student-online.net/dictionary/action/view/Glossary/522246f6-b9e9-1028-9a84-00096b3f4e2e>
- Beilfuß, C. (2015). *Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.* Abgerufen am 28. Dezember 2015 von [https://www.dgsf.org/service/was-heisst-systemisch/systemische\\_Einzeltherapie\\_Coaching\\_Organisationsberatung.htm](https://www.dgsf.org/service/was-heisst-systemisch/systemische_Einzeltherapie_Coaching_Organisationsberatung.htm)
- Bemerburg, D.-P. I. (o.J.). *Hitzler-Soziologie*. Abgerufen am 20. 04 2016 von [http://www.hitzler-soziologie.de/seminare/ws0607/pdf/Fulda/03\\_Qualitative\\_und\\_Quantitative\\_Forschungsmethoden.pdf](http://www.hitzler-soziologie.de/seminare/ws0607/pdf/Fulda/03_Qualitative_und_Quantitative_Forschungsmethoden.pdf)
- Bohus, S. (08. 12 2006). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, S. 8.
- Bondy, P. D. (2006). Das depressive Syndrom - Psychopathologie, Pathophysiologie und Genetik. In P. D.-P. Professor Dr. Walter E. Müller, *Depression und Komorbide Störungen* (S. 9). Neu-Isenburg: LinguaMed Verlags-GmbH.
- Breuer. (o.J.). *Borderlinesyndrom*. Abgerufen am 09. 12 2015 von <http://www.borderlinesyndrom.org/entstehung/entstehung-borderlinesyndrom>
- Bundesregierung, D. D. (2016). *Bundesministerium für Gesundheit*. Abgerufen am 06. 06 2016 von [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende\\_Themen/Downloads/Kurzbericht\\_ESA\\_2009.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Kurzbericht_ESA_2009.pdf)
- BZgA, B. f. (o.D). *drugscom.de*. Abgerufen am 18. April 2016 von <http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-a/amphetamin/>
- D.B. Krollner, & D. (2016). *ICD-Code*. Abgerufen am 15. 04 2016 von <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html>

- Donati, F. M. (2004). *Psychische Dörung und Sucht: Doppeldiagnose*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Doorewaard, V. &. (2000). *Designing research projevt*. Utrecht: Lemma BV.
- Elze, D. m. (o.J.). *Praxis für Psychotherapie*. Abgerufen am 13. Juni 2016 von <http://dr-elze.com/kognitive-verhaltenstherapie>
- Europa, E. (2004). *The state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Belgium: EMCDDA Europa.
- Fink, H. (2007). Drogenabhängigkeit und Depression. In H. Fink, *Drogenabhängigkeit* (S. 49). Basel: Karger AG.
- Freiburg, U. (2016). *Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation*. Freiburg: Universitätsklinikum Freiburg.
- Gläser, L. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlag GmbH.
- GmbH, D. M. (2016). *DocCheckFlexikon*. Abgerufen am 13. 06 2016 von <http://flexikon.doccheck.com/de/Drogenabh%C3%A4ngigkeit>
- Göbel, S. (18. Juni 2015). *Thüringische Landeszeitung*. Abgerufen am 28. Dezember 2015 von Effektive Hilfe für Patienten mit Borderline-Syndrom: <http://www.tlz.de/web/zgt/leben/detail/-/specific/Effektive-Hilfe-fuer-Patienten-mit-Borderline-Syndrom-919404149>
- Hautzinger, M. (2010). *Akute Depressin* . Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Hegerl, P. D. (o.J.). *Stiftung Deutsche Depressionshilfe*. Abgerufen am 13. Juni 2016 von Depression erkennen: <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/depression-erkennen.php>
- Hinrichs, T. (18. 03 2016). *alpha ARD Bildungskanal*. Abgerufen am 12. 04 2016 von <http://www.br.de/fernsehen/ard-alpha/sendungen/einfach-logisch/03-induktive-schluesse-100.html>
- Hodel, T. (2016). *Suchtberatung Freiburg*. Abgerufen am 3. Juni 2016 von <http://www.suchtberatung-freiburg.de/informationen/sucht-und-depression>
- Janke, W. I. (2000). *Spektrum.de*. Abgerufen am 14. 06 2016 von <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/psychotrope-stoffe/12224>
- Kernberg, D. S. (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Göttingen: Schattauer GmbH.

- Knittermeier, F. (15. September 2014). *Hamburger Abendblatt*. Abgerufen am 3. Juni 2016 von Depressionen und Suchterkrankungen nehmen zu:  
<http://www.abendblatt.de/region/norderstedt/article130151950/Depressionen-und-Suchterkrankungen-nehmen-zu.html>
- Korff, D. F. (Februar 2009). *medizin.de*. Abgerufen am 13. Juni 2016 von Drogen-Substitution: Legaler Drogenkonsum:  
<http://www.medicin.de/ratgeber/drogen-substitution.html>
- Kröger, C. (2006). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hofrege Verlag GmbH & Co. KG.
- Krollner, D. B., & Krollner, D. m. (2015). *ICD-Code*. Abgerufen am 28. Oktober 2015 von <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html>
- Lebenshilfe. (2009). *Lebenshilfe*. Abgerufen am 18. April 2016 von Niedersachsen:  
<http://www.lebenshilfe-nds.de/de/service/Handbuch-der-verguetungs--und-betriebsrelevanten-Fragen-/Ambulant-Stationaer-in-der-Eingliederungshilfe.php>
- Leube, C. (o.D). *Berufe-Lexikon*. Abgerufen am 18. April 2016 von [www.berufelexikon.de](http://www.berufelexikon.de)
- Maier, G., & Palme, H. (2016). *Wirtschaftsuniversität Wien*. Abgerufen am 23. Mai 2016 von Thema, Fragestellung und Operationalisierung :  
[http://wwwap.wu.ac.at/inst/iir/wissenschaftliches\\_arbeiten/thema.html](http://wwwap.wu.ac.at/inst/iir/wissenschaftliches_arbeiten/thema.html)
- Mayer, H. (2004). *Uni-Trier*. Abgerufen am 18. 03 2016 von  
[https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LWdx6bEUEboJ:https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb4/prof/VWL/SUR/Lehre/SS04/pbsf/Privat/Qualitative\\_Interviews\\_-\\_Zusammenfassender\\_Ueberblick.doc+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LWdx6bEUEboJ:https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb4/prof/VWL/SUR/Lehre/SS04/pbsf/Privat/Qualitative_Interviews_-_Zusammenfassender_Ueberblick.doc+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de)
- Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Merkle, R. (o.J.). *PAL Verlagsgesellschaft*. Abgerufen am 13. Juni 2016 von Ursachen von Depressionen: <https://www.palverlag.de/Depressionen-Ursachen.html>
- Michaelis, C. (2. August 2012). *Studieninhalte*. Abgerufen am 15. April 2016 von Störung durch psychotrope Substanzen : [uni.carlo-michaelis.de/doku.php/uni-leipzig:psychologie:module:klinisch1:13](http://uni.carlo-michaelis.de/doku.php/uni-leipzig:psychologie:module:klinisch1:13)

- Monks Ärzte im Netz, G. (o.J.). *Neurologen und Psychiater im Netz*. Abgerufen am 09. 12 2015 von <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/prognose-verlauf/>
- Muerser, K., & Kavanagh. (2001). *Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Mueser, K., & Kavanagh. (2001). *Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Nordrhein, K. (2010). *Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein*. Abgerufen am 15. 04 2016 von [https://www.kvno.de/downloads/verordnungen/100icd\\_10-3.pdf](https://www.kvno.de/downloads/verordnungen/100icd_10-3.pdf)
- PARITÄTISCHER, & Sachsen. (15. April 2009). *Medien Kontor*. Abgerufen am 10. Mai 2016 von <http://www.medienkontor.net/de/news/news-detailansicht/article/klienten-zwischen-psychose-und-sucht-1.html>
- Payk. (2007). *Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Pflege-Deutschland. (2016). *PFLEGE-DEUTSCHLAND.de*. Abgerufen am 18. April 2016 von <http://www.pflege-deutschland.de/ratgeber/betreutes-wohnen.html>
- ProPsychotherapie. (2015). *therapie.de*. Abgerufen am 28. Dezember 2015 von Die Therapeutensuche von ProPsychotherapie.de: <http://www.therapie.de/psyche/info/index/therapie/systemische-therapie/>
- Rahn, E. (2001). *Borderline*. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.
- Rathmann, P. D. (2015). *Universität Hamburg*. Abgerufen am 18. April 2016 von <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzeptg/I50/I5066.htm>
- Rathmann, P. D. (2016). *Universität Hamburg*. Abgerufen am 10. Juni 2016 von Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik: <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/I52/I5293.htm>
- Sachse, R. (2006). *Persönlichkeitsstörungen verstehen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Schaaf, S. (15. Januar 2016). *Research Gate*. Abgerufen am 14. Mai 2016 von Dokumentation zu "Doppeldiagnose - anspruchsvolle Klientinnen und Klienten in stationärer Suchttherapie: was tun?: [https://www.researchgate.net/publication/281726686\\_Dokumentation\\_zu\\_](https://www.researchgate.net/publication/281726686_Dokumentation_zu_)

Doppeldiagnose\_-

\_anspruchsvolle\_Klientinnen\_und\_Klienten\_in\_stationarer\_Suchttherapie\_w  
as\_tun

- Schaffer, H. (2009). *Empirische Sozialforschung für die soziale Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus -Verlag.
- Schmitt, M., Alstötter-Gleich, C., Hinz, A., Maes, J., & Brähler, E. (2006). Normwerte für das Vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, S. 51-59.
- Schultze-Zeu, R. D. (kein Datum). *ratgeber-arzthaftung*. Abgerufen am 7. Januar 2016 von [http://gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/7\\_3\\_3b.pdf](http://gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/7_3_3b.pdf)
- Schulze, A. (2016). *onpulson*. Abgerufen am 20. April 2016 von Wissen für Unternehmer und Führungskräfte: <http://www.onpulson.de/lexikon/forschung-und-entwicklung/>
- Sieffert. (2008). *Sonderausgabe Drogen*. Abgerufen am 13. 06 2016 von <http://www.ulmerecho.de/ArchivUlmerEcho/Sonderausgabe/DrogenausgabeHTML/Missbrauch.htm>
- Simon, P. F. (2010). *techSphere - Die Informationsplattform für Management, Strategien und Konzepte*. Abgerufen am 10. Juni 2016 von Wissensdefinition: <http://www.techsphere.de/pageID=wm02.html>
- Stiller, D. G. (2015). *Wirtschaftslexikon24*. Abgerufen am 16. 04 2016 von <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/querschnittsanalyse/querschnittsanalyse.htm>
- Strüber, E. (o.J.). *drugcom.de*. Abgerufen am 13. Juni 2016 von <http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-a/amphetamin/>
- Thüns, A. (18. Oktober 2012). *DocCheck Flexikon*. Abgerufen am 10. Juni 2016 von Komorbidität: <http://flexikon.doccheck.com/de/Komorbidit%C3%A4t>
- Trost, S. (. (2013). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Dortmund: borgmann.
- Verlag, S. G. (28. Mai 2009). *Gabler Wirtschaftslexikon*. Abgerufen am 18. April 2016 von Das Wissen der Experten: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/gut.html#definition>
- Wenzel, C. (o.J.). *FrauVerA erzählt*. Abgerufen am 10. 01 2015 von Stiftung Archiv der deutschen Frauenbewegung: [http://www.frauvera-erzaehlt.de/interviews\\_planen\\_methoden.htm](http://www.frauvera-erzaehlt.de/interviews_planen_methoden.htm)

WHO. (2004). *Jahresbericht 2004: Der Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*. Abgerufen am 13. 06 2016 von <http://ar2004.emcdda.europa.eu/de/page119-de.html>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Die verschiedenen Formen der Depression .....	14
Abbildung 2: Symptome und Kriterien einer Depression .....	15
Abbildung 3: Querschnittserhebung-Momentaufnahme.....	30
Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse .....	41

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Ziele der vorliegenden Forschung .....	7
Tabelle 2: Operationalisierung der Haupt- und Teilfragen.....	8
Tabelle 3: Die vier Typen einer Komorbidität .....	20
Tabelle 4: Vier gestufte Behandlungsphasen bei komorbiden Klienten .....	25

# Anlagen

## Anlage A: Interviewleitfaden

### **1. Einleitung**

1. Forschungsanlass und Forschungsziel wird präsentiert
2. Die Rahmenbedingungen des Interviews werden erläutert

### ***Einleitungsfragen***

1. Können Sie Ihr Klientel kurz vorstellen?
2. Was sind Ihre Aufgaben im Stationär Betreuten Wohnen?

### ***Fragen zum Wissen über Komorbidität***

1. Was verstehen Sie unter dem Begriff Komorbidität?
2. Sind Sie schon einmal mit Komorbidität in Berührung gekommen?  
Wenn ja, wie?
3. Gibt es in Ihrer Einrichtung Klienten mit dieser Diagnose?  
Wenn ja, wie viele Klienten sind davon betroffen?

### ***Fragen zur Arbeit mit komorbiden Klienten***

1. Welche Symptome weisen Ihre Klienten mit einer komorbiden Störung auf?
2. Wie erleben Sie den Verlauf der Erkrankung?
3. Haben Sie in Ihrer Einrichtung die Möglichkeit beide Erkrankungen zu behandeln?
4. Ist die Betreuung von Klienten mit einer komorbiden Störung aufwendiger als eine Betreuung von einem Klienten mit nur einer der beiden Störungen?

### ***Fragen zur Vorbereitung durch den Arbeitgeber***

1. Für wie wichtig halten Sie eine gute Vorbereitung auf den Umgang mit komorbiden Klienten?

2. Werden Sie vom Arbeitgeber auf die Arbeit mit komorbiden Klienten vorbereitet?
  - a. Wenn ja, wie sieht die Vorbereitung aus?
  - b. Wenn nein, wie wünschen Sie sich eine Vorbereitung?
3. Wenn Sie Fragen an den Arbeitgeber zu der Klientengruppe haben, fühlen Sie sich dann gut beraten?
4. Was tun Sie selbst, um gut vorbereitet zu sein?
5. Welche Methoden und Techniken wenden Sie im Umgang mit komorbiden Klienten an?

### ***Abschlussfragen***

1. Ist Ihnen noch etwas wichtig, was bisher nicht erwähnt worden ist?
2. Ich bitte Sie um ein kurzes Feedback der Interviewfragen und des Interviews selber.

## Anlage B: Interviews

### ***Interview A: Interview mit Herr Peters, Einrichtung KESH am 09.05.2016 um 16:32-17:03***

- 1 Interviewerin: Hallo Martin (erfundener Name).  
2  
3 Herr Peters: Hi.  
4  
5 Interviewerin: Sooo, also ich habe dir ja bereits erzählt, dass ich mit meiner  
6 Studienkollegin ein problemzentriertes Interview zum Thema „Wie und in  
7 welcher Form werden Sozialpädagogen durch den Arbeitgeber auf die  
8 Arbeit mit komorbiden Klienten vorbereitet“ durchführe. Wir machen das  
9 aus dem Grunde, weil wir beobachtet haben, dass es immer mehr  
10 Klienten zu geben scheint, die an einer ähm Komorbiditätsstörung leiden  
11 und vor allem die Kombination aus Depression und  
12 Aphetaminabhängigkeit. Letzte Woche habe ich dir ja einiges darüber  
13 erzählt und äh du hast dir ja auch schon einmal den Forschungsplan  
14 angeschaut. Reicht dir das an Input oder soll ich dir noch mehr dazu  
15 erklären?  
16  
17 Herr Peters: Nee nee, das reicht mir erst einmal. Ich denke ich verstehe die  
18 Problematik.  
19  
20 Interviewerin: Super dann noch kurz die Rahmenbedingungen. Das  
21 Interview ist anonym. Ich zeichne es zwar auf aber nur zum Zweck der  
22 Transkription und äh darin wird alles anonymisiert. Kommen wir zur ersten  
23 Frage. Kannst du mir mal bitte etwas zu dem Klientel erzählen, mit dem du  
24 arbeitest?  
25  
26 Herr Peters: Klaro. Also ich arbeite im stationären Wohnen mit Menschen  
27 die eine psychische Erkrankung haben und/oder eine Suchterkrankung.  
28 Unter anderem auch mit 35ern also Therapie statt Strafe.  
29  
30 Interviewerin: Was sind deine Aufgaben im Stationär Betreuten Wohnen?  
31  
32 Herr Peters: Ähm ja, ich betreue und begleite die Bewohner in alltäglichen  
33 Lebensbereichen. Das bedeutet Begleitung zu Ämtern und Behörden,  
34 Unterstützung bei schriftlichen Angelegenheiten, Begleitung zu  
35 Arztterminen, Hilfe bei der Vermittlung in eine ambulante Psychotherapie,  
36 Unterstützung bei der ähm Wohnungssuche und die Vermittlung in eine  
37 ambulante Einrichtung nach Beendigung der stationären Maßnahme. Dann  
38 Sorge ich dafür, dass die Bewohner an der vorgegebenen Tagesstruktur  
39 hier im KESH teilnehmen. Ja das so. Ach und weil ich Krankenpfleger bin,  
40 stelle ich auch die wöchentliche Medikation für die einzelnen Bewohner  
41 und vergebe die Medikation und mache die Substitutionsvergabe.  
42  
43 Interviewerin: Das hört sich doch interessant an. Was verstehst du unter  
44 dem Begriff Komorbidität?  
45  
46 Herr Peters: Komorbidität ist halt, wenn man mehrere Diagnosen

1 gleichzeitig diagnostiziert bekommen hat. Das kann in mehreren Formen  
2 vorkommen, beispielsweise mehrere psychosomatische Diagnosen, ähm  
3 zwei oder mehrere körperliche Diagnosen oder mehrere psychische  
4 Erkrankungen oder halt in Form von was wir halt auch am meisten auch in  
5 unser Einrichtung haben, dass eine psychische Erkrankung und eine  
6 Suchtmittelabhängigkeit äh gleichzeitig ähm ja vorhanden sind.  
7

8 Interviewerin: Kannst du mir eine ungefähre Zahl nennen, wie viele  
9 Bewohner hier gleichzeitig unter einer psychischen und einer  
10 Suchterkrankung leiden?  
11

12 Herr Peters: (lacht) Öh, alle 16 Klienten. (lacht) Nee öh ja ich denke schon  
13 allgemein Komorbidität sind alle 16 von betroffen und jetzt halt die  
14 Komorbidität Depression und Amphetamine das sind halt ... ja ich denke  
15 so vier oder so beziehungsweise die meisten nehmen AUCH Amphetamine  
16 aber das ist halt nicht bei allen die Hauptdroge.  
17

18 Interviewerin: Hast du in der Einrichtung die Möglichkeit beide  
19 Erkrankungen zu behandeln?  
20

21 Herr Peters: Janein. Also die Suchterkrankung an sich, die ja behandeln wir  
22 nicht in dem Sinne, dafür haben wir halt den Arzt den zuständigen Arzt der  
23 immer zu uns kommt einmal wöchentlich. Der dann die Substitute  
24 aufschreibt. Ja ähm, wir beschäftigen uns schon mit der Suchterkrankung  
25 halt, wir setzten Ziele nach dem Hilfeplanverfahren und die werden dann  
26 auch bearbeitet, das erfolgt dann durch Gespräche und die  
27 Ursachenfindung. Warum die Person halt Suchtmittel konsumiert und ja  
28 dann wird halt daran gearbeitet. Was die psychische Erkrankung angeht,  
29 klar, da erfolgen dann auch Gespräche in die Richtung aber dann leiten wir  
30 dann auch meistens die Bewohner weiter an ambulante  
31 Psychotherapeuten, die sich damit intensiver auseinandersetzen. Weil die  
32 halt einfach mehr Erfahrungen auf dem Gebiet haben. Aber wir haben auch  
33 eine Kollegin die ist Rehapsychologin und die führt halt auch Gespräche  
34 mit den Bewohnern.  
35

36 Interviewerin: Ahaa. Ist es aufwendiger komorbide Klienten in der  
37 Betreuung zu haben als Klienten mit nur einer Diagnose?  
38

39 Herr Peters: Äh ja, ich denke schon, weil man muss sich dann halt beiden  
40 Erkrankungen widmen und oftmals ist es auch so, beispielsweise bei einer  
41 Depression sind die Menschen dann antriebslos und nicht gut drauf und  
42 ähm ja sehr in sich gekehrt und äh wenn äh allerdings depressive  
43 Menschen jetzt Amphetamine konsumieren dann kommt halt genau das  
44 Gegenteil zustande. Dann sind sie aufweckt, aufgeputscht- Ähm ja, wie  
45 gesagt, man kann dann halt nie genau sagen wie die Reaktion der  
46 Bewohner gerade also welche Reaktion der Bewohner gerade an den Tag  
47 legt und ähm ja schwierig ist halt auch, was äh was zuerst behandelt wird  
48 weil es gibt halt die Möglichkeit das halt die psychische Erkrankung durch  
49 die Sucht entstanden ist oder aber dass die Sucht eine Folge der  
50 psychischen Erkrankung ist. Also da muss man halt gucken, dass kann man  
51 nie so genau sagen was jetzt eigentlich zuerst da war.  
52

1 Interviewerin: Hmm okay.  
2  
3 Herr Peters: Also es gestaltet sich schon schwieriger.  
4  
5 Interviewerin: Das kann ich mir vorstellen. Ähm wie wichtig ist die  
6 Vorbereitung auf den Umgang mit komorbiden Patienten/Klienten?  
7  
8 Herr Peters: Die Vorbereitung halte ich für sehr wichtig. Ja, wie ich  
9 vorhin schon gesagt habe, es ist halt schwieriger, wenn man  
10 Patienten hat oder Bewohner hat, die eine Doppel- oder  
11 Mehrfachdiagnose haben also die zu betreuen und deswegen halte  
12 ich es für wichtig, dass halt die Mitarbeiter gut darauf vorbereitet  
13 werden. Gerade neue Mitarbeiter.  
14  
15 Interviewerin: Sorgt ihr Arbeitgeber für die Vorbereitung?  
16  
17 Herr Peters: Also in der direkten Form würde ich sagen macht er das  
18 nicht. Äh wir haben zwar die Möglichkeit Fortbildungen, Seminare  
19 und Tagungen zu besuchen also das Budget ist halt dafür da aber  
20 das erfolgt dann nur, wenn man selber auch interessiert ist und die  
21 Zeit dafür hat und das auch selber wahrnimmt. Ähm dafür muss man  
22 halt auch von der Arbeit freigestellt werden und ob das dann immer  
23 so geht ist dann auch fraglich.  
24  
25 Interviewerin: Okay. Wenn du Fragen an deinen Arbeitgeber zu der  
26 Klientengruppe hast, fühlst du dich dann gut beraten?  
27  
28 Herr Peters: Ich denke schon, also ich kann jederzeit meinen Chef  
29 anrufen beziehungsweise meistens rufe ich ihn nicht an sondern  
30 schicke ich ihm eher eine Mail wenn ich Fragen habe oder aber ich  
31 bitte ihn per Mail um einen Gesprächstermin, wo man sich dann trifft  
32 und über bestimmte Sachen redet. Die Möglichkeit besteht auf jeden  
33 Fall. Ja ich habe ihn jetzt noch nicht in diesem Bereich Fragen zu  
34 kommen lassen aber ansonsten fühle ich mich sehr gut durch ihn  
35 beraten. Man merkt halt auch, dass er viel Ahnung auf verschiedenen  
36 Gebieten hat.  
37  
38 Interviewerin: Das ist doch schon mal gut. Wie bereitest du dich  
39 denn selbst so vor?  
40  
41 Herr Peters: Ich lese viel vor allem viele Berichte oder  
42 Fachzeitschriften und Broschüren, die hier in die Einrichtung  
43 geschickt werden über, weiß ich nicht neue Erkenntnisse oder neue  
44 Behandlungen oder solche Sachen. Das lese ich mir halt durch ja und  
45 wenn mich was interessiert, dann frage ich da natürlich auch an, ob  
46 ich da eine Fortbildung besuchen kann zu dem Zeitpunkt. Wir haben  
47 auch intern die Möglichkeit, in einer anderen Einrichtung vom Verein,  
48 dem Release einer Tagung beizuwohnen. Dort wird auch genau diese  
49 Thematik, die du hier ansprichst, besprochen, also die Komorbidität  
50 und das Amphetamine zurzeit im Kommen sind. Diese Tagungen  
51 werden auch von unserem internen Psychotherapeuten geleitet.  
52

1 Interviewerin: Da unternimmst du ja schon einiges um an dein  
2 Wissen zu kommen. Welche Methoden und Techniken wendest du in  
3 deiner Arbeit mit komorbiden Klienten an?  
4  
5 Herr Peters: Methoden und Techniken ... also ich kenne und wende  
6 auch viele Gesprächstechniken an, die ich gerade in der Situation  
7 und bei dem entsprechenden Klienten für angemessen halte.  
8 Darüber hinaus habe ich eigentlich nicht so spezielle Methoden in  
9 petto, die ich so anwenden könnte.  
10  
11 Interviewer: Wärst du denn an ein paar mehr Methoden und  
12 Techniken im Umgang interessiert?  
13  
14 Herr Peters: Ja klar, man lernt ja nie aus.  
15  
16 Interviewerin: Ja okay, soweit hätte ich dann alles. Hättest du noch  
17 Fragen oder Themen, die du noch besprechen möchtest?  
18  
19 Herr Peters: Nö wüsste ich jetzt nicht. Nö habe da jetzt nichts mehr.  
20  
21 Interviewerin: Kannst du mir dann noch ein Feedback geben bitte.  
22  
23 Herr Peters: Ich habe das Interview im Allgemeinen als nett  
24 empfunden mir dir. (lacht) Die Fragen scheinen mit Bedacht  
25 ausgewählt worden zu sein und sie haben mich dazu gebracht  
26 nachzudenken über das Thema Vorbereitung und ich habe jetzt halt  
27 auch gemerkt, dass mir da schon noch so Methoden fehlen, wo ich  
28 mich noch mal näher mit auseinandersetzen könnte, um halt den  
29 Klienten mehr zu ermöglichen, beziehungsweise das Beste  
30 herauszuholen für die Arbeit mit den Bewohnern.  
31  
32 Interviewerin: Ja super. Dann bedanke ich mich für das Interview.  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52

**Interview B: Interview mit Frau Müller, Einrichtung KESH am 30.05.2016  
von 10:33-10:52**

- 1 Interviewerin: Danke nochmal, dass du dir die Zeit nimmst mit mir dieses  
2 Interview zu führen. Ich erkläre dir vorab einmal den Anlass der  
3 Untersuchung und das Ziel. Also meine Studienkollegin und ich haben  
4 durch Beobachtungen festgestellt, dass wir zurzeit viele Klienten in der  
5 Einrichtung haben, die depressiv sind und zusätzlich noch unter einer  
6 Drogensucht leiden. Also sie hat das bei sich in der Einrichtung beobachtet  
7 und ich hier bei uns. Vor allem der Konsum von Amphetamin scheint  
8 zurzeit im Kommen zu sein.  
9
- 10 Frau Müller: Ja, das ist mir auch schon aufgefallen, dass wir zurzeit viele  
11 Bewohner mit Doppelerkrankung haben.  
12
- 13 Interviewerin: Gut, dann ist das ja nicht nur unser Eindruck. (lacht)  
14
- 15 Frau Müller: (lacht)  
16
- 17 Interviewerin: Also wir haben uns gedacht – natürlich erleben wir es ja  
18 auch selber- dass es schwieriger ist, Klienten mit einer Doppeldiagnose zu  
19 betreuen, als Klienten mit nur einer Diagnose. Aus diesem Grund haben  
20 wir auch ein Ziel für die Untersuchung formuliert. Wir haben den Eindruck,  
21 dass die Mitarbeiter in unseren Einrichtungen und wir denken auch in  
22 anderen Betreuungseinrichtungen nicht ausreichend auf die Arbeit  
23 vorbereitet werden. Nun möchten wir mit den Interviews halt herausfinden,  
24 ob und auch wie die Mitarbeiter durch den Arbeitgeber also bei uns das  
25 Netzwerk vorbereitet werden.  
26
- 27 Frau Müller: Okay hört sich sehr interessant an.  
28
- 29 Interviewerin: Das wird es hoffentlich auch. (lacht) Ist für dich denn der  
30 Anlass unserer Forschung und das Ziel klar? Oder soll ich dir noch was  
31 dazu erklären?  
32
- 33 Frau Müller: Nö, also ich denke ich verstehe den Grund eurer Forschung  
34 und du kannst ruhig los legen.  
35
- 36 Interviewerin: Ich erkläre dir eben noch den Ablauf des Interviews und  
37 dann können wir mit den Fragen los legen. Also ich möchte jetzt mit dir ein  
38 Experteninterview durchführen und dieses offen gestalten, damit es nicht  
39 so sperrig wird. Die Antworten, die du mir gibst, werden mitgeschnitten, du  
40 siehst ja schon mein Handy, welches uns bereits aufnimmt. Ist es für dich  
41 okay, wenn ich es aufnehme und hinterher anonym transkribiere?  
42
- 43 Frau Müller: Ja klar, das stört mich nicht wirklich.  
44
- 45 Interviewerin: Super, dann lass uns mal los legen. Ich kenne ja das Klientel  
46 mit dem wir arbeiten, kannst du dennoch kurz beschreiben, mit welchem  
47 Klientel du so arbeitest?  
48
- 49 Frau Müller: Wie du schon gesagt hast, wir arbeiten hier mit Bewohnern, die

1 psychisch krank sind und zudem häufig noch unter einer Suchtproblematik  
2 leiden. Die meisten von ihnen sind depressiv, aber es gibt auch viele, die  
3 ähm unter Psychosen und anderen Persönlichkeitsstörungen leiden. Einige  
4 sind auch substituiert. Wie du schon sagtest nehmen auch einige  
5 Amphetamine und Methamphetamine.  
6

7 Interviewerin: Okay. Ähm was sind deine Aufgaben innerhalb der  
8 Einrichtung?  
9

10 Frau Müller: Ja also meine Aufgaben sind die Betreuung der Bewohner in  
11 sämtlichen Lebensbereichen und zusätzlich bin ich auch noch für  
12 psychologische Fragen Ansprechpartnerin. Ich bin auch seit neustem die  
13 Einrichtungsleitung und bin gerade dabei, mir meinen Aufgaben als Leitung  
14 bewusst zu werden und mich zu strukturieren. Ich werde jetzt auch bald  
15 ein paar Bewohner abgeben und mich dann ein wenig mehr mit  
16 Leistungsaufgaben beschäftigen.  
17

18 Interviewerin: Das hört sich nach einer Menge Aufgaben an. Kommst du  
19 denn zurzeit damit gut klar?  
20

21 Frau Müller: Es geht, momentan ist noch alles sehr stressig, weil es sehr  
22 überraschend war, dass ich nun doch die Leitung der Einrichtung  
23 übernehmen darf. Ähm ich denke allerdings, dass wenn ich meine Klienten  
24 zum Teil an euch abgebe und mich näher mit meiner Funktion als Leitung  
25 auseinandersetze, wieder ein wenig Ruhe eintritt.  
26

27 Interviewerin: Ich drück die Daumen. So! Was verstehst du unter dem  
28 Begriff Komorbidität?  
29

30 Frau Müller: Komorbidität bedeutet, dass ein Mensch unter einer oder  
31 mehreren Erkrankungen gleichzeitig leidet. Hmm, sie kann in Form von  
32 mehreren psychischen Erkrankungen oder in Form von mehreren  
33 körperlichen Leiden vorkommen. Aber auch die Form einer gezeitigten  
34 psychischen und Suchterkrankung kann vorkommen.  
35

36 Interviewerin: Okay, wie sieht die praktische Erfahrung mit Komorbidität  
37 bei dir aus?  
38

39 Frau Müller: Ich arbeite hier in der Einrichtung ja mit komorbiden  
40 Bewohnern, seit Anfang letztem Jahr. Davor, also vor der Einstellung hier,  
41 hatte ich keine Berührungspunkte mit der Thematik.  
42

43 Interviewerin: Fühlst du dich im Umgang mit den Bewohnern denn fit also  
44 um in der Arbeit auf die Komorbidität einzugehen?  
45

46 Frau Müller: Oh, da muss ich mir mal kurz Gedanken machen. (paar  
47 Sekunden Schweigen)  
48

49 Interviewerin: Kein Problem lass dir Zeit.  
50

51 Frau Müller: Also ich weiß eine Menge über psychische Diagnosen, denn  
52 wie du weißt habe ich ein abgeschlossenes Studium als Rehapsychologin

1 und mit der Suchtthematik kenne ich mich seitdem ich hier arbeite auch  
2 gut aus. Wobei ich eher den Fokus auf die Psyche der Bewohner lege als  
3 auf die Suchterkrankung denke ich. Ich betreue meine Bewohner nach den  
4 Zielplanungsmaßnahmen vom LWL und nach meinen Kenntnissen in  
5 Psychologie.

6  
7 Interviewerin: Jetzt eine Frage zum Netzwerk. Wie gut fühlst du dich vom  
8 Netzwerk Suchthilfe auf die Arbeit mit komorbiden Bewohnern vorbereitet?  
9

10 Frau Müller: Gute Frage .. wir haben natürlich einen Topf mit  
11 Fortbildungsbudget, das wir für verschiedene Fortbildungen benutzen  
12 dürfen. Also Möglichkeiten der Vorbereitungen sind da. Das heißt Moment  
13 dies ist zwar ein mögliches Angebot aber nichts was direkt vom  
14 Arbeitgeber aus unternommen wird. Hmm, also ehrlich gesagt fallen mir  
15 jetzt nur die Leitlinien der Heimaufsicht ein und die ganzen Reader, die wir  
16 haben für den Umgang mit unseren Bewohnern und die  
17 Zielmaßnahmeplanung des LWL.

18  
19 Interviewerin: Verstehe ich das richtig, vom Arbeitgeber werden außer der  
20 Möglichkeit an selbst angeregten Fortbildungen teilzunehmen keine  
21 Vorbereitungen der Mitarbeiter getroffen?  
22

23 Frau Müller: Ja. Zumindest fällt mir gerade nichts ein.  
24

25 Interviewerin: Hast du Vorstellungen und Wünsche wie eine gute  
26 Vorbereitung für dich aussehen könnte, damit du dich sicher in deiner  
27 Arbeit fühlst?  
28

29 Frau Müller: Ich würde mir wünschen, dass neue Mitarbeiter eine  
30 Einführung in die Zielgruppe bekommen, also dass man weiß, welche  
31 Zielgruppe mit welcher Thematik einen erwarten. Vielleicht könnte man  
32 ein internes Schulungsseminar oder ähnliches veranstalten oder aber für  
33 alle Mitarbeiter jährlich etwas veranstalten. Also so, wie den regelmäßigen  
34 Erste-Hilfe-Kurs einfach auffrischen und neue Trends und neues Wissen  
35 mit in die Runde tragen. Ach mir fällt gerade ein, es gibt ja regelmäßig im  
36 Release die Herberner Suchtgespräche, da gehe ich ja auch hin. Die sind  
37 immer sehr interessant und hilfreich. Wäre nur schön, wenn man da auch  
38 mal die Power Points zu bekommen könnte.

39  
40 Interviewerin: Ja stimmt, die gibt es, aber verpflichtend sind die ja nicht  
41 oder?  
42

43 Frau Müller: Ne, das nicht. Aber solange ich an dem Tag kann, gehe ich da  
44 auch hin und natürlich wenn mich das Thema interessiert.  
45

46 Interviewerin: Okay, das ist dann der Teil, den du selbst tust um dich  
47 vorzubereiten. Gibt es da von deiner Seite aus noch mehr, was du dafür in  
48 Anspruch nimmst?  
49

50 Frau Müller: Klar, ich lese viel und informiere mich durch Broschüren,  
51 Zeitungen und im Internet. Mit den Kollegen tausche ich mich auch aus,  
52 zum Beispiel was Medikamente und körperliche Erkrankungen angeht, da

1 kennt sich Paul (Name erfunden) gut mit aus.  
2  
3 Interviewerin: Das stimmt, den frage ich auch immer, wenn ich was wissen  
4 will. So, ich denke wir haben es jetzt so weit. Gibt es noch etwas wichtiges,  
5 was wir bisher nicht besprochen haben, dir aber noch wichtig ist?  
6  
7 Frau Müller: Wüsste ich jetzt nicht aber kann ich deine Ergebnisse später  
8 mal einsehen?  
9  
10 Interviewerin: Klar kannst du das. (lacht) Kann ich dich denn noch um ein  
11 kurzes Feedback bitten?!  
12  
13 Frau Müller: Na klar. Also ich fand das Gespräch mit dir gut. Du hast mich  
14 zum Nachdenken angeregt. Einige Fragen werde ich mir jetzt auch noch  
15 mal durch den Kopf gehen lassen, weil ich die für mich auf Anhieb nicht so  
16 ausführlich beantworten konnte. Also das Thema finde ich spannend und  
17 bin gespannt, was dabei raus kommt. Kannst du mir die Fragen vielleicht  
18 noch einmal mitgeben dann schaue ich zuhause noch mal drüber.  
19  
20 Interviewerin: Kannst du gerne haben und danke noch mal für das nette  
21 Gespräch. Du hast mir schon mal einen ersten Eindruck vermittelt. Die  
22 anderen Interviews führe ich nächste Tage.  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52

**Interview C: Interview mit Frau Meier, Einrichtung KESH am 03.06.2016 um 11:34-12:14**

- 1 Interviewerin: Oh vielen Dank noch mal, dass du das hier mit mir machst.  
2
- 3 Frau Meier: Ach kein Problem, ich kenne das noch von meiner  
4 Abschlussarbeit, da ist man froh, wenn sich ein paar Leute mal die Zeit  
5 nehmen.  
6
- 7 Interviewerin: Da hast du Recht. Vorab als Info, das Gespräch nehme ich  
8 mit meinem Handy auf und tippe es am PC ab. Dein Name wird aber nicht  
9 genannt, also es ist ein anonymes Interview. Also ich habe dir ja gestern  
10 schon erzählt, worum es geht. Soll ich trotzdem noch ein paar Worte zum  
11 Anlass und zum Ziel der Forschung sagen?  
12
- 13 Frau Meier: Kannst du gerne machen.  
14
- 15 Interviewerin: Also, das Ziel der Forschung ist es herauszufinden, ob die  
16 Sozialpädagogen in dieser Einrichtung und in der Einrichtung in der meine  
17 Studienkollegin arbeitet vom Arbeitgeber auf die Arbeit mit komorbiden  
18 Klienten vorbereitet werden und in welcher Form sie vorbereitet werden.  
19 Wir haben nämlich die Vermutung, dass sie nicht ausreichend vorbereitet  
20 werden, vor allem auf die neue Zielgruppe. Klienten, die depressiv sind und  
21 zusätzlich Drogen wie Amphetamine konsumieren. Ich werde dir jetzt ein  
22 paar offene Fragen stellen und dich bitten, diese offen und ehrlich zu  
23 beantworten.  
24
- 25 Frau Meier: Das werde ich machen, hoffe nur, ich verspreche mich nicht  
26 denn es ist komisch aufgenommen zu werden. (lacht)  
27
- 28 Interviewerin: Das geht mir genauso. (lacht) So, dann erzähl mir doch mal  
29 bitte mit welchem Klientel du so arbeitest und was deine  
30 Tätigkeitsbereiche sind.  
31
- 32 Frau Meier: Okay, also ich unterstütze Menschen nach dem Wohn- und  
33 Teilhabegesetz, zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Die Bewohner,  
34 die ich hier in der stationären Wohnform betreue, sind psychisch krank und  
35 viele von ihnen leiden zusätzlich an einer Drogensucht, einige sind auch  
36 substituiert. Zusätzlich bin ich noch für das Qualitätsmanagement in der  
37 Einrichtung zuständig und setzte mich dafür mit der Heimaufsicht und den  
38 Kollegen zusammen um Strukturen zu entwickeln, die der Optimierung  
39 unserer Einrichtungsqualität dienen.  
40
- 41 Interviewerin: Kannst du mir vielleicht noch einmal genauer beschreiben,  
42 was die Betreuung umfasst?  
43
- 44 Frau Meier: Ich setze gemeinsam mit dem Bewohner Ziele auf, die er  
45 innerhalb des Bewilligungszeitraumes erreichen möchte und arbeite dann  
46 mit ihm an seinen Zielen. Die Ziele können sehr unterschiedlich sein von  
47 einem cleanen Leben zu Aufarbeitung von Traumata hin zur Vermittlung ins  
48 Berufsleben. Ach und ganz wichtig ist die Unterstützung bei der  
49 Tagesstruktur, also ich meine das die Tagesstruktur erklären und die

1 Unterstützung bei der Einhaltung.  
2

3 Interviewerin: Danke. So, ich komme nun zu dem Begriff Komorbidität.  
4 Was verstehst du darunter und wie viele komorbide Klienten gibt es in  
5 dieser Einrichtung?  
6

7 Frau Meier: Eine komorbide Störung haben fast alle unsere Bewohner, puuh,  
8 lass mich mal überlegen, wer keine komorbide Störung hat. Sascha  
9 (erfundener Name) und Ingo (erfundener Name) haben jeweils nur eine  
10 psychische Erkrankung soweit ich weiß. Wobei Ingo auch schon konsumiert  
11 hat aber ich glaube nicht, dass er abhängig ist. Du fragtest, was ich unter  
12 Komorbidität verstehe, ganz einfach, Bewohner mit einer oder mehreren  
13 psychischen Erkrankung sowie einer Suchtmittelabhängigkeit sind für mich  
14 komorbide Bewohner.  
15

16 Interviewerin: Wie ich vorhin schon gesagt habe beziehe ich mich auf die  
17 Kombi aus Depression und Amphetamin. Was denkst du, wie zeigt sich  
18 die Komorbidität und wie ist der Verlauf der Doppeldiagnose?  
19

20 Frau Meier: Ähm, ich weiß, dass Amphetamine zur Stimulierung geeignet  
21 sind, es sind Aufputschdrogen und ich kann mir denken, dass sie von  
22 depressiven Bewohnern genommen werden um sich besser zu fühlen.  
23 Wenn die Bewohner konsumiert haben, dann schlafen sie meist die ganze  
24 Nacht nicht und tagsüber sind sie fröhlich und aktiv. Zurzeit nehmen sehr  
25 viele Amphetamine auch die Bewohne,r die keine Depression haben. Ich  
26 habe darüber auch schon was gelesen, dass dies zurzeit die Trenddroge ist  
27 und nicht mehr die Szenedroge. Also ich meine die Hardcore Szene weil es  
28 verbreitet war, dass dies am meisten die Menschen, die der Hardcoreszene  
29 angehören, zu sich nehmen um wach zu sein und feiern zu können. Dies  
30 wundert mich allerdings bei unseren Bewohnern, weil feiern gehen ist ja  
31 kein Thema bei ihnen und zum Abschalten von ihrem Gedankenchaos  
32 haben sie eigentlich meist andere Drogen konsumiert.  
33

34 Interviewerin: Interessant, vielleicht sollte man da mal genauer hinschauen  
35 warum gerade Amphetamine. Hast du denn den Eindruck, dass die  
36 Behandlung von komorbiden Klienten komplizierter ist und hast du in der  
37 Einrichtung die Möglichkeit dazu, dich mit beiden Erkrankungen  
38 auseinanderzusetzen?  
39

40 Frau Meier: Interessante Fragen stellst du (lacht), darüber muss ich mir  
41 echt mal Gedanken machen. Also klar, es ist natürlich schwieriger, weil  
42 man sich auch die Frage stellt, was soll ich zuerst in den Fokus nehmen.  
43 Doch meist setze ich mich mit meinen Betreuten zusammen und frage sie  
44 nach ihren Zielen, die sie innerhalb der Betreuung erreichen wollen und  
45 vor allem nach kurzfristigen und langfristigen Zielen und sie geben somit  
46 die Vorrangigkeit selber vor. Viele wollen eh eine ambulante  
47 Psychotherapie während ihrer Zeit im KESH machen und gehen dann zu  
48 einem externen Psychotherapeuten und somit beschäftige ich mich eher  
49 mit sozialen Problemen und äh Suchtproblemen. Wenn ich so nachdenke,  
50 dann beschäftige ich mich eher weniger mit den psychischen Problemen.  
51 Ich vermittele da nur.  
52

1 Interviewerin: Okay. Für wie wichtig hältst du eine Vorbereitung auf  
2 komorbide Klienten in unserer Arbeit?  
3

4 Frau Meier: Ich halte das für sehr wichtig, vor allem um mit ihnen  
5 umgehen zu wissen. Es ist doch etwas anderes mit unseren Bewohner mit  
6 Komorbidität zu arbeiten, denn psychische Erkrankungen können sich  
7 anders auf die Sucht und die Sucht anders auf die psychische Erkrankung  
8 auswirken, als wenn nur eins da wäre. Du siehst ja selbst so ein Paul  
9 (erfundener Name) zum Beispiel, der raucht Cannabis um gute Laune zu  
10 bekomme und Spaß zu haben und andere nehmen das um einzuschlafen.  
11 Mit Amphetamin ist das genauso. Eigentlich ist das für die meisten eine  
12 Aufputschdroge und hilft sich zu konzentrieren aber Klaus (erfundener  
13 Name) nimmt das um abzuschalten. Ich denke, das hat viel auch mit der  
14 bestehenden Psychoanamnese zu tun.  
15

16 Interviewerin: Oh man, das ist echt ein spannendes Thema. Kennst du dich  
17 denn mit den Wirkungen der Drogen auf die unterschiedlichen  
18 Krankheitsbilder aus?  
19

20 Frau Meier: Es geht, hmm, das meiste, was ich weiß, weiß ich von den  
21 Bewohnern selber und durch eigenes Miterleben hier.  
22

23 Interviewerin: Soo, wie sieht es mit der Vorbereitung durch den  
24 Arbeitgeber aus? Werden da Vorbereitungen getroffen?  
25

26 Frau Meier: Oh hmm, spontan würde ich jetzt sagen, wir werden nicht direkt  
27 vorbereitet. Klar, es gibt die Möglichkeit intern und extern an Tagungen,  
28 Fortbildungen und anderen Veranstaltungen teilzunehmen aber diese  
29 zählen ja mehr zur Eigeninitiative. Außer vielleicht die Herberner  
30 Suchtgespräche, die intern angeboten werden, die sind eigentlich immer  
31 echt spannend. Aber sonst, pfff, fällt mir jetzt nicht viel ein dazu.  
32

33 Interviewerin: Wie siehst denn bei arbeitstechnischen Fragen in dem  
34 Bereich aus.. ähm, kannst du dich da gut an deinen Arbeitgeber wenden?  
35

36 Frau Meier: Ja klar, also ich kann Mario Herrmann (erfundener Name)  
37 immer eine Mail schreiben wenn irgendwas ist und mit ihm Rücksprache  
38 halten oder mit ihm Termine zu Besprechungen ausmachen, das ist  
39 überhaupt kein Thema.  
40

41 Interviewerin: Was für Methoden und Techniken wendest du in der Arbeit  
42 mit komorbiden Klienten an?  
43

44 Frau Meier: Oh, das ist eine schwierige Frage. Ich mache das eigentlich  
45 immer intuitiv und situationsabhängig, wie ich handle. Klar achte ich bei so  
46 einem Oliver (erfundener Name) mit seiner Paranoiden Schizophrenie  
47 mehr darauf, wie ich mit ihm spreche und was ich sage und auch wie ich  
48 mich verhalte also bei anderen Bewohnern. Auch was den Konsum angeht  
49 gucke ich halt immer genau. Und bei Bewohnern, die komorbide sind, muss  
50 ich halt gucken, ich kenne sie ja meist nach einer Zeit schon ganz gut und  
51 lege mir meine Methoden, die ich benötige, dann zurecht.  
52

1 Interviewerin: So, wir nähern uns dem Ende. Hast du vielleicht noch  
2 irgendetwas, was dir auf der Seele brennt und noch nicht erfragt worden  
3 ist?  
4

5 Frau Meier: Ich würde nur gerne wissen, was nach der Auswertung  
6 passiert. Stellst du Mario Herrmann (erfundener Name) die Ergebnisse zur  
7 Verfügung?  
8

9 Interviewerin: Ich werde ihm die Ergebnisse auf jeden Fall geben und je  
10 nachdem was herauskommt, könnte sich daraus ja etwas entwickeln.  
11

12 Frau Meier: Sehr schön.  
13

14 Interviewerin: Dürfte ich dich noch um ein kurzes Feedback bitten?  
15

16 Frau Meier: Ja klar darfst du das. Ich finde, du hast das super gemacht und  
17 wir sind sehr gut ins Gespräch gekommen. Deine Fragen, vor allem die  
18 letzteren, haben mich ins Grübeln gebracht. Du hast am Anfang gut  
19 angefangen mit Einstiegsfragen, wo ich noch nicht so viel nachdenken  
20 musste, das fand ich gut. Das hat mich sicherer gemacht. Ich habe auch  
21 den Sinn hinter den Fragen verstanden und kann mir eigentlich schon das  
22 Ergebnis denken. (augenzwinkernd und lacht) Nee, hast du echt gut  
23 gemacht.  
24

25 Interviewerin: Dankeschön. Und vielen Dank, dass du dir die Zeit trotz  
26 Arbeitssituation heute für mich genommen hast.  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52

**Interview D: Interview mit Frau Becker, AuguSTA am 26.05.2016 von 14:30-14:54**

- 1 Interviewerin: Hallo Frau Becker.  
2
- 3 Frau Becker: Hallo.  
4
- 5 Interviewerin: So, also ich wollte mit dir jetzt ein Interview durchführen.  
6 Der Grund dafür ist, dass sowohl mir als auch meiner Studienkollegin im  
7 Arbeitsfeld halt aufgefallen ist, dass ähm halt immer mehr Betreute  
8 Doppeldiagnosen, also eine Komorbidität, aufweisen. Insbesondere ist uns  
9 dabei aufgefallen, dass die Kombi Depression und Amphetamine eine  
10 große Rolle spielt und, ja, wir haben uns halt das Ziel gesetzt  
11 herauszufinden, wie Sozialpädagogen durch den Arbeitgeber vorbereitet  
12 werden, ob das überhaupt passiert und wie, also in welcher Form.  
13
- 14 Frau Becker: Okay.  
15
- 16 Interviewerin: Hast du dazu erst einmal noch Fragen, also zu dem Anlass  
17 und dem Ziel der Forschung?  
18
- 19 Frau Becker: Nee, erst einmal nicht.  
20
- 21 Interviewerin: Okay. Ja ähm, dann erkläre ich dir noch einmal kurz die  
22 Rahmenbedingungen. Ich werde jetzt mit dir das Interview durchführen  
23 und ich werde das auch aufnehmen, wie du schon bereits siehst. Also das  
24 Diktiergerät liegt ja hier bereits. Ich schreibe das Interview auch ab, aber  
25 das bleibt alles anonym, also die Aufnahme hier wird überhaupt nicht  
26 weiter gegeben. Es wird halt nur das verschriftlichte Interview verwendet  
27 und da werden auf jeden Fall keine Namen oder nur erfundene Namen zu  
28 lesen sein.  
29
- 30 Frau Becker: Okay  
31
- 32 Interviewerin: Ja okay, dann fange ich mal an. Kannst du kurz einmal das  
33 Klientel vorstellen, mit dem du in deiner Einrichtung arbeitest?  
34
- 35 Frau Becker: Ja. Also in unserer Einrichtung arbeiten wir mit 21-27  
36 jährigen jungen Menschen, die äh ja von Obdachlosigkeit bedroht sind und  
37 straffällig sind und äh, die meisten von denen haben eine  
38 Suchtproblematik. Viele haben auch eine Doppeldiagnose also eine  
39 zusätzliche Depression oder eine andere psychische Erkrankung.  
40
- 41 Interviewerin: Okay. Und was ist deine Aufgabe in der Arbeit im Stationär  
42 Betreutes Wohnen.  
43
- 44 Frau Becker: Ähm, meine Aufgabe ist die Begleitung von dem Alltag von  
45 ihnen und die Stabilisierung wieder ins Leben hinein zu finden und ähm ja  
46 halt so alltägliche Dinge auch zu begleiten, wie einkaufen gehen,  
47 Behördengänge, bei der Wohnungssuche helfen, helfen die richtige  
48 Therapieform zu finden, ähm, zur Suchtberatung zu begleiten und noch  
49 viele andere Dinge.

1 Interviewerin: Das ist ja schon mal eine ganze Menge. Was verstehst du  
2 unter dem Begriff Komorbidität?  
3

4 Frau Becker: Komorbidität, darunter verstehe ich, dass es eine  
5 Doppeldiagnose gibt, also das zwei Diagnosen gleichzeitig vorherrschen,  
6 dass sie sich vielleicht auch bedingen. Also, dass die Depression zum  
7 Beispiel auch durch eine Suchterkrankung kommt. Ja Komorbidität ist für  
8 mich so eine Doppelerkrankung.  
9

10 Interviewerin: Hmmhmm. Kommst du denn in deiner Arbeit auch damit in  
11 Berührung also mit komorbiden Klientel?  
12

13 Frau Becker: Ja auf jeden Fall. Also wir haben ... wenn ich jetzt mal  
14 darüber nachdenke, mindestens drei ,die zwei Diagnosen diagnostiziert  
15 bekommen haben. Bei uns ist das meist Depression und eine  
16 Substanzabhängigkeit und wir haben aber auch welche mit Schizophrenie.  
17

18 Interviewerin: Okay. Mhmh, welche Symptome weisen die Klienten denn auf?  
19 Also was fällt dir da auf?  
20

21 Frau Becker: Jaaahaa. Hmm, ja also vorwiegend ist es meistens das eine  
22 Depression vorliegt, sprich eine Antriebslosigkeit, nichts mehr gebacken  
23 bekommen, Lustlosigkeit, also die Symptome so und ganz oft Müdigkeit  
24 und viele puschen sich dann mit diesen Amphetaminen und auch anderen  
25 Drogen wie Cannabis auf. Dadurch merkt man dann, dass sie sehr  
26 hyperaktiv werden, Dinge tun, die sie vielleicht gar nicht tun wollen. Jaa.  
27

28 Interviewerin: Wie ist denn der Verlauf einer Komorbidität? Hast du damit  
29 schon Erfahrungen, wie das so von statten geht mit der Zeit?  
30

31 Frau Becker: Hmm kurz mal drüber nachdenken. Also es war anfangs so,  
32 wo meist nur eine Diagnose behandelt wurde, dass die sich dann auch  
33 verbessert hat, jedoch wurde dann die andere Erkrankung also meistens  
34 die Drogenabhängigkeit schlimmer und dadurch fielen sie dann wieder in  
35 so ein Loch. Es ist halt schon sehr wichtig, dass man beides irgendwie  
36 gleichzeitig behandelt, nur das ist halt sehr sehr schwierig bei uns.  
37

38 Interviewerin: Okay, also verstehe ich das richtig, dass ihr da nicht so die  
39 Möglichkeiten habt, sich um beide Erkrankungen gleichermaßen zu  
40 kümmern?  
41

42 Frau Becker: Ja genau. Es ist halt häufig so, dass wenn die Klienten zum  
43 Beispiel sehr schizophren sind oder auch Suizidgedanken haben, in die  
44 Klinik weiter geleitet werden, um eine Therapie zu machen, aber die in der  
45 Therapie meist dann gar nicht die Drogenabhängigkeit behandeln. Nur die  
46 psychische Erkrankung, damit sie dann wieder auf einem gewissen Stand  
47 sind und dann kommen sie dann wieder zu uns zurück und dann haben wir  
48 dann halt das Problem, dass immer noch die andere Krankheit vorliegt.  
49

50 Interviewerin: Okay, also ich höre da auch raus, dass nicht nur die Klienten  
51 weiter geleitet werden, sondern dass es sich auch als schwieriger gestaltet  
52 beide Erkrankungen gleichzeitig zu behandeln. Ist das richtig?

1

2 Frau Becker: Ja genau genau.

3

4 Interviewerin: Für wie wichtig hältst du denn eine entsprechende  
5 Vorbereitung durch den Arbeitgeber auf komorbides Klientel?

6

7 Frau Becker: Das finde ich schon sehr sehr wichtig vor allem für neue  
8 Arbeitskollegen. Wir haben jetzt auch seit knapp einem Monat eine neue  
9 Arbeitskollegin, die ist mit Klienten wie unseren überhaupt noch nicht in  
10 Berührung gekommen. Sie wirkt auch richtig überfordert, weil sie meinte,  
11 sie kennt zwar depressiv erkrankte Menschen aber nicht halt die mit einer  
12 Doppeldiagnose mit Suchterkrankung und sie wusste auch überhaupt  
13 nicht, wie sie damit umgehen soll. Also durch meine Erfahrungen, ich  
14 arbeite ja schon ein bisschen länger hier, weiß ich mehr, wie ich mit ihnen  
15 umgehen soll aber ich finde es ist schon sehr wichtig für neue Mitarbeiter.  
16 In Form von Schulungen oder Tagungen so etwas anzubieten wäre  
17 sinnvoll.

18

19 Interviewerin: Was findet denn zurzeit durch den Arbeitgeber überhaupt  
20 an Vorbereitung statt?

21

22 Frau Becker: Hmm also speziell zu Komorbidität nicht wirklich was . Es gibt  
23 zwar Fortbildungen für psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen  
24 aber soweit ich weiß, werden keine speziellen Fortbildungen zu  
25 Komorbidität angeboten.

26

27 Interviewerin: Okay und was du dir wünschst, ist wenn ich das jetzt richtig  
28 verstanden habe, quasi dass es mehr Fortbildungen gibt oder hast du da  
29 auch noch etwas anderes zu im Kopf. Fehlt dir da noch etwas anderes zur  
30 Vorbereitung.

31

32 Frau Becker: Also ich finde auch sehr wichtig, dass das Team auch stimmt,  
33 also dass man im Team auch immer nachfragen kann, wenn man halt  
34 unsicher ist. Das klappt in unserer Einrichtung jetzt ganz gut. Allerdings  
35 vom Arbeitgeber kommt da nicht sehr viel, man kann den auch nicht  
36 unbedingt um Hilfe bitten.

37

38 Interviewerin: Also verstehe ich das richtig, dass der Arbeitgeber dann  
39 auch nicht so der richtige Ansprechpartner ist für Fragen, sondern dann  
40 eher so die Kollegen?

41

42 Frau Becker: Ja genau. Wir sind halt auch basisdemokratisch und das ist  
43 dann halt vom Arbeitgeber nicht so ähm wie halt ähm was wollte ich denn  
44 jetzt sagen. (lacht)

45

46 Interviewerin: (lacht)

47

48 Frau Becker: Es ist nicht so, dass als Arbeitgeber nur eine Person zuständig ist,  
49 sondern mehrere gleichzeitig also die Geschäftsstelle und die sind halt  
50 auch für alle anderen Bereiche zuständig und da ist es halt wichtig, mit  
51 dem Team darüber zu reden.

52 Interviewerin: Okay gut. Was tust du denn selber, um dich gut

1 vorzubereiten auf den Umgang mit dem Klientel? Hast du denn da  
2 irgendwelche bestimmten Methoden und Techniken, die du bei komorbiden  
3 Klienten anwendest?

4  
5 Frau Becker: Ähm ich weiß durch meine Erfahrungen aus dem  
6 Klinikbereich und auch aus dem Suchtbereich, was und wie so die Verläufe  
7 und Symptome sind und habe jetzt durch meine Arbeit hier also in Augusta  
8 halt die Erfahrungen sammeln können, wie zwei Erkrankungen zusammen  
9 sein können und hab mir dann auch durch Literatur Wissen angeeignet, um  
10 zu gucken, welche Methodiken kann ich anwenden und wie der richtige  
11 Umgang ist. Es ist nur so, dass unsere Einrichtung meist nicht das hergibt,  
12 was ich gerne machen möchte.

13  
14 Interviewerin: Würdest du dir da irgendwie noch mehr Spielraum  
15 wünschen?

16  
17 Frau Becker: Genau, genau. Also dass wir da vielleicht auch noch ja wen  
18 einstellen, der dazu befähigt ist auch die Bereiche abzudecken. Oder das  
19 mehr Kooperation mit den anderen Netzwerken, wie Psychiatrie und  
20 Substitutionseinrichtungen und so stattfindet.

21  
22 Interviewerin: Okay, also das hört sich ja schon mal nach einer Menge  
23 Ideen auch an. Ich wäre jetzt auch soweit durch mit dem Interview. Jetzt  
24 frage ich dich, hast du vielleicht noch irgendwie ein Thema, was noch nicht  
25 angesprochen wurde, worüber du gerne noch einmal sprechen würdest?

26  
27 Frau Becker: Ich würde gerne wissen, was ihr denn mit den Interviews äh  
28 mit den Fragen macht.

29  
30 Interviewerin: Wir werden die Interviews erst einmal auswerten und  
31 schauen, was dabei raus kommt. Dann würden wir natürlich gerne mit den  
32 Ergebnissen auch an den Arbeitgeber herantreten und dann schauen in  
33 Kooperation ob dann etwas unternommen werden kann zur Optimierung  
34 der Vorbereitung.

35  
36 Frau Becker: Hmmhmm, okay.

37  
38 Interviewerin: So ist das erst einmal angedacht. Natürlich müssen wir erst  
39 einmal auswerten und schauen, was nun letztendlich heraus kommt und  
40 ob unsere Hypothesen bestätigt werden oder ob wir da widerlegende  
41 Ergebnisse haben.

42  
43 Frau Becker: Das klingt doch gut.

44  
45 Interviewerin: Würdest du mir bitte noch ein Feedback zu mir als  
46 Interviewerin und zu dem Interview selber?

47  
48 Frau Becker: Also, ich finde du hast das gut gemacht und ich finde das  
49 Thema total interessant, weil ich mich das auch momentan sehr  
50 beschäftige in unserer Einrichtung. Ich bin auch sehr gespannt, was da  
51 dann auch raus kommt und würde auch gerne die Ergebnisse mal sehen.

52

1 Interviewerin: Ja klar das ist kein Problem.

2

3 Frau Becker: Öhm ja und das Gespräch war sehr nett. (lacht)

4

5 Interviewerin: (lacht) Das fand ich auch. Vielen Dank noch mal.

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

**Interview E: Interview mit Frau Herrmann, KESH am 09.05.2016 von 12:30-12:00**

- 1 Interviewerin: Schön, dass du heute hier bist und mit mir das Interview  
2 durchführst.  
3
- 4 Frau Herrmann: Kein Problem.  
5
- 6 Interviewerin: Ehm, ich würde zu Anfang dir einmal erzählen, wofür wir die  
7 Forschung machen und was unser Ziel ist und danach will ich dir noch kurz die  
8 Rahmenbedingungen des Interviews hier erklären.  
9
- 10 Frau Herrmann: Alles klar.  
11
- 12 Interviewerin: Also zu Beginn, wir wollen diese Forschung machen um  
13 herauszufinden, ob die Sozialpädagogen im Stationär Betreuten Wohnen in der  
14 Einrichtung KESH bei dir und in der Einrichtung AuguSTA von meiner Uni-  
15 Kollegin. Ehm, ob die Sozialpädagogen da auf das Klientel, die eine komorbide  
16 Störung haben gut durch den Arbeitgeber vorbereitet sind.  
17
- 18 Frau Herrmann: Mhmm ok.  
19
- 20 Interviewerin: Wir wollen diese Untersuchung machen, weil uns aufgefallen ist,  
21 ehm, dass immer mehr Klienten mit dieser Diagnose aufgenommen werden und  
22 dass aber eine große Unsicherheit bei den Sozialpädagogen und auch bei den  
23 Klienten entsteht.  
24
- 25 Frau Herrmann: Okay.  
26
- 27 Interviewerin: Hmm, genau. Und zu den Rahmenbedingungen des Interviews,  
28 ehm, du siehst ja ich habe hier ein Diktiergerät liegen. Ich werde das ganze  
29 Gespräch mit aufnehmen, um später nämlich eine Transkription dieses Interviews  
30 zu machen, damit wir für unsere Forschung etwas haben, um dies mit anderen  
31 Interviews zu vergleichen und auszuwerten.  
32
- 33 Frau Herrmann: Mhmm.  
34
- 35 Interviewerin: Dein Name wird nirgendwo in den Interviews aufgeführt, also es  
36 wird alles anonym sein und genau. Das wären so die Rahmenbedingungen.  
37
- 38 Frau Herrmann: Okay.  
39
- 40 Interviewerin: Hmm, dann würde ich zur ersten Frage kommen, könntest du dein  
41 Klienten einmal kurz vorstellen?  
42
- 43 Frau Herrmann: Ja, ehm, also ich arbeite mit psychisch Kranken und  
44 Suchtkranken Menschen im Stationär Betreuten Wohnen und joa bin da halt in der  
45 Betreuung tätig.  
46
- 47 Interviewerin: Mhmm. Und was sind so die Aufgaben bei dir im Stationär  
48 Betreuten Wohnen?

1  
2 Frau Herrmann: Also, ich bin jetzt noch relativ jung da, also arbeite dort erst seit  
3 einem Monat. Ehm, also momentan habe ich noch nicht so viele Aufgaben, aber  
4 ich betreue zurzeit zwei Bewohner und begleite sie in allen Lebenslagen,  
5 unterstütze sie bei Anträgen, oder halt zu Arztterminen oder anderen Sachen.  
6 Ehm, unter anderem verteile ich auch die Medikation, weil ich als Ausbildung auch  
7 medizinische Fachangestellte gemacht habe und so damit auch berechtigt zu bin  
8 Medikamente auszuteilen und die Substitutionsvergabe zu machen. Also das sind  
9 so meine Hauptarbeitsgebiete zurzeit.

10  
11 Interviewerin: Okay. Das klingt ja auch schon mal ganz spannend. Ehm, dann  
12 würden wir jetzt zu dem Begriff Komorbidität kommen. Worum es in unserer  
13 Studie geht. Was verstehst du unter diesem Begriff oder hast du diesen überhaupt  
14 schon einmal gehört?

15  
16 Frau Herrmann: Ja, also Komorbidität ist für mich halt eine Doppel- oder  
17 Mehrfachdiagnose, die halt auf verschiedene Weisen auftreten kann. Zum Beispiel  
18 mehrere psychische Erkrankungen, die man auf einmal hat, oder eine psychische  
19 Erkrankung und eine Suchterkrankung und natürlich kann dies im  
20 Gesundheitsbereich auftreten, dass man mehrere Krankheiten, also normale  
21 Krankheiten, quasi körperliche Krankheiten doppelt hat.

22  
23 Interviewerin: Mhm.

24  
25 Frau Herrmann: So halt. Ehm.

26  
27 Interviewerin: Hattest du schon einmal Kontakt mit dieser Diagnose?

28  
29 Frau Herrmann: Ja, also ich habe jetzt mit Leuten zu tun, die natürlich auch zwei  
30 psychische Erkrankungen gleichzeitig haben oder eine psychische Erkrankung und  
31 eine Suchterkrankung. Das ist bei uns jetzt im Stationär Betreuten Wohnen die  
32 häufigste Form und das kenne ich auch schon vorher vom ambulanten betreuten  
33 Wohnen, also wo ich davor gearbeitet habe.

34  
35 Interviewerin: Okay. Und gibt es auch in ihrer Einrichtung Klienten mit dieser  
36 Diagnose?

37  
38 Frau Herrmann: Ja einige. Wir haben einige Klienten, ich weiß jetzt nicht genau  
39 wie viele, weil ich wie gesagt noch relativ neu bin, aber was ich so mitbekommen  
40 habe, sind da viele Klienten bei, die unter einer Doppeldiagnose leiden und ja, es  
41 ist halt häufig, dass sie depressiv sind und dann konsumieren vor allem  
42 Substanzen die aufputschen und die stimmungsanhebend sind wie zum Beispiel  
43 Amphetamin. Aber natürlich haben wir auch viele Leute, die Heroin konsumieren  
44 oder konsumiert haben.

45  
46 Interviewerin: Okay. Und kannst du beschreiben, welche Symptome dann bei  
47 diesen Klienten auftreten?

48  
49 Frau Herrmann: Mhm. Also wenn es um Depression zum Beispiel geht, dann ist  
50 klar, dann sind die halt sehr niedergeschlagen, in sich gekehrt und haben nicht so  
51 Bock auf Kontakt. Also so lerne ich die Klienten dann so kennen. Aber wenn sie  
52 dann konsumiert haben, ehm, dann fällt mir auf, dass sie auf einmal reдеbedürftig

1 und kontaktfreudig sind halt. Ja gut drauf einfach, ne. Ja also dass ist immer  
2 unterschiedlich nachdem was sie konsumiert haben grad.  
3  
4 Interviewerin: Ja. Und wie erlebst du diesen Verlauf der Erkrankung?  
5  
6 Frau Herrmann: Mhm. Von der Komorbidität jetzt ?  
7  
8 Interviewerin: Ja genau, von der Doppeldiagnose.  
9  
10 Frau Herrmann: Mhm. Ja. Die Bewohner verändern sich mit der Zeit, Mhm, man  
11 merkt auch mit der Zeit, dass sich die psychische Erkrankung immer mehr  
12 verschlechtert und dass die Klienten immer stärkere Drogen brauchen oder eine  
13 höhere Dosierung, weil es sonst nichts mehr für sie bringt, sie also nichts mehr  
14 merken.  
15  
16 Interviewerin: Ja ok.  
17  
18 Frau Herrmann: Und da sehe ich eine Gefahr, wenn das über längere Zeit nicht  
19 behandelt wird, die Doppeldiagnose.  
20  
21 Interviewerin: Ja. Ehm. Und auf was ist eure Einrichtung spezialisiert? Kann man  
22 bei euch beide Erkrankungen behandeln?  
23  
24 Frau Herrmann: Ja, behandeln jetzt nicht gerade. Wir sind zwar eine Einrichtung  
25 für Beides, aber hauptsächlich geht es um die psychischen Erkrankungen und wir  
26 haben auch eine Kollegin, die ist Rehapsychologin, die ist dafür da, um mit den  
27 Klienten zu reden auf eine andere Weise als wir das vielleicht können als wir  
28 Sozialpädagogen. Wir haben auch noch einen Therapeuten, der einmal die Woche  
29 kommt, aber der ist nur dafür da, um Medikamente aufzuschreiben, also der  
30 schreibt Substitutionsmittel auf oder Medikamente gegen die psychischen  
31 Erkrankungen oder so Medikamente. Aber in der Regel schicken wir die Leute, die  
32 halt eine psychische Erkrankung haben zu einem externen Psychologen, da wir  
33 uns eher mit der Drogenproblematik beschäftigen dann.  
34  
35 Interviewerin: Okay also wird es dann so gesehen aufgeteilt?  
36  
37 Frau Herrmann: Ja.  
38  
39 Interviewerin: Okay. Ehm, und empfindest du oder empfindet dein Team die  
40 Betreuung von den Klienten mit einer komorbiden Störung als aufwendiger?  
41  
42 Frau Herrmann: Auf jeden Fall. Man muss ja ganz viel beachten dabei. Weil wenn  
43 man nur eine psychische Erkrankung vorliegen hat und die Symptome kennt, ist  
44 das nochmal was ganz anderes, weil durch die Drogen vieles verfälscht wird ne  
45 und verändert. Also ich finde es aufwendiger, wenn es um beide Erkrankungen  
46 geht. Da muss man dann halt gucken und dann auch eng mit einem Therapeuten  
47 zusammenarbeiten oder ähnliches.  
48  
49 Interviewerin: Okay. Ja das stimmt. Und ehm, wie werdet ihr vom Arbeitgeber auf  
50 diese Klientengruppe vorbereitet, gibt es da eine Vorbereitung?  
51

1 Frau Herrmann: Ehm, ja Vorbereitung im dem Sinne nicht. Ich kann es jetzt  
2 anhand meiner eigenen Person sagen, weil ich ja grad neu eingestiegen bin. Also  
3 ich wurde jetzt nicht wirklich vorbereitet vom Arbeitgeber. Mir wurde halt gesagt,  
4 dass es die Möglichkeit gibt, dass wir halt so einen Topf haben mit Budge, der  
5 dafür zuständig ist Fortbildungen und andere Sachen, Seminare und so zu  
6 besuchen. Also dann muss ich aber dann halt Eigeninitiative mit einbringen. Mir  
7 selber was organisieren und raussuchen. Ehm, das einzige was jetzt vom  
8 Arbeitgeber angeboten wird sind die Herbaner Suchtgespräche, so heißen die. Die  
9 sind, die finden halt im Rahmen unserer Einrichtung regelmäßig halt statt. Da  
10 muss man aber auch nicht dran teilnehmen, das ist auch freiwillig. Da geht es  
11 halt, das ist in einer Einrichtung von uns, die sich mit Sucht ganz intensiv  
12 auseinandersetzen und die haben dann halt so Tagungen so halt in der Art, wo die  
13 dann auch über Komorbidität und solche Sachen sprechen. Aber das ist jetzt auch  
14 wieder eine freiwillige Sache und man kann da auch nur hin, wenn man auf der  
15 Arbeit nichts zu tun hat.

16  
17 Interviewerin: Okay, das ist natürlich auch doof.

18  
19 Frau Herrmann: Ja, das stimmt. Das ist es dann immer. Man muss gucken, ob  
20 man das mit der Arbeit vereinbaren kann und ich finde das ist dann keine direkte  
21 Vorbereitung sondern halt zwar ein Angebot aber was man nicht immer  
22 wahrnehmen kann.

23  
24 Interviewerin: Hm. Und für wie wichtig hältst du so eine Vorbereitung?

25  
26 Frau Herrmann: Ja für sehr wichtig, weil grad im Umgang mit Doppeldiagnosen  
27 muss man sich sicher fühlen. Also dafür halte ich das für sehr wichtig.

28  
29 Interviewerin: Mhm und was für eine Vorbereitung genau wünschst du dir?

30  
31 Frau Herrmann: Also ich hätte gerne was, was regelmäßig stattfindet. Erst mal für  
32 neue Kollegen, die eingestellt werden, dass man da irgendwie eingearbeitet wird  
33 vom Arbeitgeber. Ich weiß nicht, ob man da vielleicht irgendwas für entwickeln  
34 kann, ja wie so ein Handbuch oder so Richtlinien, dass man alles einmal so ein  
35 bisschen durchgeht. Oder wie so ein Erste-Hilfe-Kurs, dass man da regelmäßig  
36 Auffrischungen bekommt zu den neusten Standards also was so aktuell ist. Also  
37 dass zum Beispiel aktuell viel Amphetamin konsumiert wird und dass sowas dann  
38 auch an den Tag gelegt wird.

39  
40 Interviewerin: Mhm. Ja das stimmt. Und tust du selber was um dich vorzubereiten  
41 oder hast du was gemacht, bevor du da angefangen hast?

42  
43 Frau Herrmann: Ja, also ich habe mich schon damit auseinander gesetzt. Also  
44 auch in der Uni. Ich komme ja grad frisch aus der Uni. Da habe ich auch extra den  
45 Bereich gewähl,t damit ich mich damit beschäftigen kann. Ich weiß zwar nicht, wie  
46 das jetzt in ein paar Jahren im Berufsleben ist. Klar informiert man sich da, aber  
47 ich glaube, dass es nach einer Zeit dann untergeht.

48  
49 Interviewerin: Mhm. Das stimmt. Hast du denn bestimmte Methoden und  
50 Techniken, die du anwendest oder wo du weißt, die könnten helfen?

51

1 Frau Herrmann: Hm. Da muss ich mal drüber nachdenken. (Pause). Methoden und  
2 Techniken.  
3

4 Interviewerin: Also es gibt ja für Depressive bestimmte Methoden und es gibt ja  
5 für Suchtabhängige bestimmte Methoden und ja.  
6

7 Frau Herrmann: Also, ich kann jetzt nur sagen, was Gesprächstechniken angeht.  
8 Da gucke ich dann halt. Weil wir zum Beispiel auch jemanden haben, der ist  
9 schizophran und mit dem spreche ich anders, wenn er wieder in einer gewissen  
10 Phase ist und gehe anders auf ihn ein, als wenn ich das mit wem anders machen  
11 würde. Also bei ihm muss man damit er was versteht alles haarklein erklären und  
12 mich auf seine Augenhöhe begeben. Also auf solche Sachen achte ich schon drauf.  
13 Aber über Gesprächstechniken hinaus, wende ich jetzt nichts Bestimmtes an.  
14

15 Interviewerin: Okay. Und würdest du dir da noch Vorbereitung wünschen? Also,  
16 dass mal mehr Methoden und Techniken beschrieben werden, die man anwenden  
17 könnte?  
18

19 Frau Herrmann: Ja, so ein Methodenkoffer wäre toll. Den man ja vielleicht in so  
20 einer Tagung oder so anbietet und so einen erstellen kann.  
21

22 Interviewerin: In Form einer Ausbildung oder Fortbildung oder so?  
23

24 Frau Herrmann: Ja ja genau.  
25

26 Interviewerin: Ja, das stimmt. Ehm ja, von den Fragen her wären wir jetzt schon  
27 am Ende. Ich habe ja auch jetzt einiges von dir gehört und mitbekommen wo so  
28 deine Wünsche liegen an den Arbeitgeber. Hast du noch irgendwelche Fragen oder  
29 wurde irgendwas noch nicht erwähnt was du für wichtig hältst?  
30

31 Frau Herrmann: Ne, gerade fällt mir nichts ein. Wenn, komme ich nochmal auf  
32 dich zu.  
33

34 Interviewerin: Okay. Könntest du mir kurz ein Feedback zu dem Interview geben?  
35

36 Frau Herrmann: Ja. Ehm also ich fand das Interview gut. Mir hat das also auch  
37 Spaß gemacht. Ehm, man hat sich halt auch mal Gedanken über Dinge gemacht,  
38 wo man so eigentlich nicht mehr groß drüber nachdenkt. Und mir ist auch selber  
39 aufgefallen, dass da vom Arbeitgeber mehr kommen könnte. Ehm ja, und zu dir  
40 jetzt, wie du das gemacht hast, das fand ich auch super. Also, das war echt ein  
41 angenehmes Interview.  
42

43 Interviewerin: (Schmunzelt) Danke, das freut mich. Dann danke ich dir nochmal,  
44 dass du dir die Zeit genommen hast trotz des Arbeitsstresses momentan und dann  
45 würde ich dich jetzt hier entlassen.  
46

47 Frau Herrmann: Okay, gerne.  
48  
49  
50  
51  
52

**Interview F: Interview mit Frau Meinhart AuguSTA am 12.05.2016 von 15:00-15:25**

- 1 Interviewerin: Hallo. Schön, dass du dir Zeit für dieses Interview nimmst.  
2
- 3 Frau Meinhart: Gerne, kein Problem.  
4
- 5 Interviewerin: Okay, Also ehm, ich würde dir jetzt zum Anfang kurz erklären,  
6 wieso wir diese Forschung machen und anschließend was die Rahmenbedingungen  
7 des Interviews sind.  
8
- 9 Frau Meinhart: Okay.  
10
- 11 Interviewerin: Gut. Also, ehm, wir wollen diese Forschung durchführen, weil uns  
12 aufgefallen ist, dass im Stationär Betreuten Wohnen immer mehr Klienten mit  
13 einer komorbiden Störung aufgenommen werden und wir prüfen wollen, wie gut  
14 die Sozialpädagogen in unserer Einrichtung AuguSTA und in der Einrichtung KESH  
15 vorbereitet sind.  
16
- 17 Frau Meinhart: Alles klar. Interessant.  
18
- 19 Interviewerin: Gut. Dann würde ich jetzt zur ersten Frage kommen. Könntest du  
20 dein Klientel einmal vorstellen?  
21
- 22 Frau Meinhart: Ja klar. Also wir betreuen hier 12 junge erwachsene Menschen im  
23 Alter von 21-27 Jahren. Die meisten haben eine Suchtproblematik oder eine  
24 psychische Erkrankung. Zudem sind viele von ihnen straffällig.  
25
- 26 Interviewerin: Mhm. Und wie sehen die Aufgaben bei euch aus?  
27
- 28 Frau Meinhart: Hm. Also ich betreue zurzeit nur einen zu Betreuten, da ich nur  
29 eine 19 Stunden Stelle habe. Ich betreue den jungen Erwachsenen momentan  
30 sehr engmaschig, da er frisch aus der JVA kommt und noch sehr jung ist und  
31 dadurch viel Unsinn im Kopf hat. Ich begleite ihn bei Behördengängen, zu  
32 Terminen vom Gericht oder was sonst noch so ansteht.  
33
- 34 Interviewerin: Ok. Das klingt interessant. Dann würde ich jetzt zur nächsten Frage  
35 kommen über das Thema unserer Untersuchung. Was verstehst du unter dem  
36 Begriff Komorbidität?  
37
- 38 Frau Meinhart: Oh, mhm, also ich glaube in der Uni gehört zu haben, dass es sich  
39 um eine ähnliche Form der Doppeldiagnose handelt. Ich glaube wenn zwei  
40 Diagnosen gleichzeitig auftreten.  
41
- 42 Interviewerin: Ja genau, das stimmt. Also eine Komorbidität ist vorhanden, wenn  
43 zwei Diagnosen gleichzeitig bestehen. Sei es körperlich, psychisch oder mit einer  
44 Suchtproblematik. Wir wollen uns in unserer Forschung auf die Komorbiditätsform  
45 Sucht und Depression spezialisieren. Bist du denn schon einmal mit einer  
46 Komorbidität in Berührung gekommen?  
47

1 Frau Meinhart: Ehm, muss ich mal überlegen. Ich glaube bewusst nicht. Aber  
2 wenn ich jetzt so darüber nachdenke, der Hans (Erfundener Name eines Klienten)  
3 hat doch eine Suchterkrankung und eine diagnostizierte Depression.  
4

5 Interviewerin: Stimmt, da hast du recht. Nur glaube ich wurde es nie bei ihm als  
6 Komorbidität diagnostiziert. Weißt du denn, welche Symptome Klienten mit dieser  
7 Diagnose aufweisen?  
8

9 Frau Meinhart: Puh, also ich weiß welche Symptome Klienten mit einer Depression  
10 aufweisen. Die sind dann meist sehr zurückhaltend, sind häufig müde, bekommen  
11 die kleinsten Dinge nicht geregelt und verkriechen sich oft in ihre eigene Welt. Ich  
12 kann mir vorstellen, dass sie durch den Drogenkonsum aufgeputscht sind um die  
13 Symptome der Depression zu unterdrücken. Stimmt das irgendwie? (lacht)  
14

15 Interviewerin: (lacht) Ja, da hast du im größten Teil recht. Also durch die  
16 aufputschende Wirkung des Amphetamis werden die Symptome der Depression  
17 unterdrückt. Habt ihr denn in eurer Einrichtung die Möglichkeit beide  
18 Erkrankungen zu behandeln.  
19

20 Frau Meinhart: Mhm. Also. Wir behandeln überwiegend jede einzelne Krankheit für  
21 sich. Also entweder eine Depression oder eine Suchterkrankung in Anbindung an  
22 eine Klinik. Aber eine Komorbidität haben wir bis jetzt noch nicht behandelt.  
23

24 Interviewerin: Okay. Ehm, würdest du denn die Behandlung einer komorbiden  
25 Störung als aufwendiger empfinden?  
26

27 Frau Meinhart: Oh ja, das glaube ich wirklich. Ich sehe ja jetzt schon wie  
28 aufwendig die Behandlung einer Erkrankung ist. Da wird die Kombination beider  
29 Erkrankungen bestimmt umso schwerer.  
30

31 Interviewerin: Ja, da hast du recht. Die Behandlung einer Komorbidität ist sehr  
32 aufwendig und bedingt einige Methoden und Techniken. Kennst du einige  
33 Methoden und Techniken für den Umgang mit dieser Klientengruppe?  
34

35 Frau Meinhart: Ehm. Also mir fallen jetzt keine bestimmten Behandlungen ein.  
36 Jedoch kann ich mir vorstelle, dass man mit Gesprächstechniken und  
37 verschiedene Therapieformen eine gute Behandlung erzielen kann.  
38

39 Interviewerin: Ja, die Behandlung von komorbiden Klienten wird mit  
40 Gesprächstechniken durchgeführt. Aber hauptsächlich ist die integrative  
41 Behandlung wünschenswert. Also, dass man die Depression und die  
42 Suchtbehandlung gleichzeitig behandelt.  
43

44 Frau Meinhart: Ah ok. Gut zu wissen.  
45

46 Interviewerin: Mhm. So, jetzt würde ich gerne zur Vorbereitung kommen. Werdet  
47 ihr vom Arbeitgeber auf diese Klientengruppe vorbereitet?  
48

49 Frau Meinhart: Ehm, oh ich als neue Kollegin würde sagen, durch den Arbeitgeber  
50 also erfolgt nicht wirklich eine Vorbereitung. Ich wurde eher so in das kalte  
51 Wasser geschmissen. Natürlich kann ich meine Kollegen um Rat fragen und äh sie

1 wissen eigentlich meiste, was zu tun ist aber öhm ansonsten fühle ich mich noch  
2 naja etwas unsicher.  
3  
4 Interviewerin: Also findet keine Art der Vorbereitung statt?  
5  
6 Frau Meinhart: Also ich kann nur sagen, dass zur Einstellung keinerlei Fortbildung  
7 stattgefunden hat. Es gibt natürlich vom Träger her Weiterbildungen, die man  
8 besuchen kann, aber soweit ich mich erinnere keine zu der Komorbidität.  
9  
10 Interviewerin: Mhm. Okay. Das ist ja nicht so erfreulich. Was tust du denn selbst,  
11 um dich auf diese Klientengruppe vorzubereiten?  
12  
13 Frau Meinhart: Mhm. Also ich habe bezüglich dieser Krankheit noch nichts wirklich  
14 unternommen. Ich habe in meiner Uni einmal eine Vorlesung über dieses Thema  
15 gehabt, jedoch ist nicht mehr so viel davon hängen geblieben.  
16  
17 Interviewerin: Okay. Ehm, und für wichtig hältst du eine Vorbereitung? Würdest  
18 du dir eine wünschen?  
19  
20 Frau Meinhart: Ehm, mhm, also ich finde es ist schon sehr wichtig auf diese  
21 Klientengruppe vorbereitet zu werden. Ich denke, dann wird die Unsicherheit bei  
22 mir auch weniger. Da ich noch nicht so oft mit dieser Erkrankung in Berührung  
23 gekommen bin, würde ich gerne eine Form der Vorbereitung in Anspruch nehmen.  
24  
25 Interviewerin: Mhm, und wie sollte diese für dich aussehen?  
26  
27 Frau Meinhart: Ehm, also ich fände es für den Anfang gut, wenn neue Mitarbeiter  
28 eine Einarbeitung in dieses Themengebiet bekommen würden. Ehm, außerdem  
29 wäre es cool, wenn man neben der Arbeit noch die Möglichkeit bekommen würde,  
30 an Schulungen oder Weiterbildungen zu dem Thema teilzunehmen, joa.  
31  
32 Interviewerin: Okay, ja das wäre schon ein guter Schritt (lacht). Ich wäre jetzt  
33 auch am Ende des Interviews angekommen. Gibt es noch irgendwas, was wichtig  
34 ist und noch nicht gesagt wurde oder hast du noch Fragen?  
35  
36 Frau Meinhart: Puh, ehm, also ne eigentlich habe ich keine Fragen mehr gerade.  
37 Wenn doch komme ich nochmal auf dich zu.  
38  
39 Interviewerin: Okay, alles klar. Ehm, wäre es dann noch möglich, dass du mir  
40 kurz ein Feedback gibst?  
41  
42 Frau Meinhart: Ja klar, also ich finde du hast das Interview gut strukturiert und ich  
43 fand es interessant über das Thema zu sprechen. Ich würde mir wünschen, wenn  
44 hier in der Einrichtung mehr zu dem Thema kommen würde. Ich würde mich für  
45 so eine Weiterbildung sehr interessieren. Ich wünsche euch noch viel Erfolg beim  
46 Schreiben der Bachelorarbeit.  
47  
48 Interviewerin: (lacht) Danke, ich werde dich auf dem Laufenden halten.  
49  
50 Frau Meinhart: Hihi, Dankeschön.  
51  
52

**Interview G: Interview mit Frau König, AuguSTA am 17.05.2016 von 16:45-17:15**

1 Interviewerin: Schön, dass du dir die Zeit für mich nimmst, trotz des ganzen  
2 Arbeitsstresses.

3  
4 Frau König: Das mache ich doch gerne. Ich kenne das noch aus meinem Studium,  
5 da helfe ich gerne anderen.

6  
7 Interviewerin: (Schmunzelt) Danke, das ist lieb. Ehm, also zu Anfang würde ich  
8 dir erstmal erzählen, wieso wir diese Forschung machen und was unser Ziel ist  
9 und anschließend werde ich dir die Rahmenbedingungen des Interviews erklären.

10  
11 Frau König: Okay, alles klar.

12  
13 Interviewerin: Ok, also, ehm wir wollen die Studie durchführen um zu gucken, wie  
14 gut die Sozialpädagogen im Stationär Betreuten Wohnen bei uns im VSE AuguSTA  
15 und in der Einrichtung meiner Uni Kollegin KESH auf Klienten mit einer  
16 komorbiden Störung durch den Arbeitgeber vorbereitet sind.

17  
18 Frau König: Mhm, ok.

19  
20 Interviewerin: Uns ist aufgefallen, dass immer mehr Klienten mit einer Depression  
21 zusätzlich an einer Substanzabhängigkeit leiden. Joa. Zu den Rahmenbedingungen  
22 ist zu sagen, dass das Interview komplett anonym bleibt. Also dein Name  
23 nirgendwo auftauchen wird. Du siehst, hier liegt ein Diktiergerät mit dem ich das  
24 Interview aufnehme um es später abzutippen.

25  
26 Frau König: Okay.

27  
28 Interviewerin: Gut, ehm, dann komme ich jetzt zur ersten Frage. Könntest du dein  
29 Klientel kurz vorstellen.

30  
31 Frau König: Ja klar. Ehm, also wir betreuen junge erwachsene Menschen in  
32 schwierigen Lebenssituationen. Die meisten sind zwischen 21 und 27 Jahren alt.  
33 Die jungen Erwachsenen kommen zu uns, weil sie Hilfe bei Behördengängen oder  
34 ehm, Arztbesuchen brauchen. Außerdem unterstützen wir sie bei  
35 Gerichtsverhandlungen oder Klinikaufenthalten. Joa, genau. Ich persönlich betreue  
36 zurzeit zwei Mädels, die relativ frisch bei uns sind.

37  
38 Interviewerin: Das klingt ja interessant. Ehm, meine nächste Frage hast du  
39 irgendwie schon mitbeantwortet. (lacht) Ich wollte dich nämlich fragen, wie eure  
40 Aufgaben so aussehen.

41  
42 Frau König: (lacht) oh ok. Joa also das meiste habe ich ja schon gesagt. Wir  
43 begleiten sie in allen Lebenslagen. Immer da, wo gerade etwas anbrennt.

44  
45 Interviewerin: Mhm, okay. Dann würde ich jetzt zur nächsten Frage kommen, die  
46 sich mit unserem Thema der Forschung beschäftigt. Was verstehst du unter dem  
47 Begriff Komorbidität?

48

1 Frau König: Ehm, also unter einer Komorbidität verstehe ich Zwei- oder  
2 Mehrfachdiagnose. Diese wird diagnostiziert, wenn zwei oder mehr Diagnosen  
3 gleichzeitig auftreten.  
4

5 Interviewerin: Mhm. Und bist du schon einmal mit einer Komorbidität in  
6 Berührung gekommen?  
7

8 Frau König: Ja, schon häufiger. Ich habe damals in einer Praxis für Kinder- und  
9 Jugendlichenpsychotherapie gearbeitet und dort hatte ich einige mit einer Doppel  
10 Diagnose.  
11

12 Interviewerin: Oh interessant. Und gibt es in eurer Einrichtung auch Klienten mit  
13 einer komorbiden Störung?  
14

15 Frau König: Hm. Also diagnostiziert wurde glaube ich keine. Jedoch weisen viele  
16 Klienten von uns die unter einer Depression leiden eine zusätzliche  
17 Suchterkrankung auf und einige, die seit Jahren Drogen konsumieren, weisen  
18 immer mehr depressive Symptome auf.  
19

20 Interviewerin: Mhm. Okay. Also ist es dir in der Einrichtung auch bewusst  
21 geworden, dass die Zahl der komorbiden Klienten zunimmt?  
22

23 Frau König: Ja auf jeden Fall. In den letzten 2 Jahren ist es massiv angestiegen.  
24

25 Interviewerin: Okay. Und kannst du beschreiben, welche Symptome diese Klienten  
26 aufweisen?  
27

28 Frau König: Ehm, joa so teilweise. Also unsere Klienten, die an einer Depression  
29 und zusätzlich unter einer Substanzabhängigkeit leiden, dort werden die  
30 Symptome der Depression durch den Drogenkonsum gemindert. Sie puschen sich  
31 oft mit den Drogen au, um diesen negativen Eigenschaften aus dem Weg zu  
32 gehen. Jedoch ist es nach einer Zeit so, dass der Drogenkonsum die Depression  
33 wiederum verschlechtert und somit die Symptome noch schlimmer werden.  
34

35 Interviewerin: Okay. Ehm, also ist es wie ehm ein Kreislauf aus dem man schwer  
36 raus kommt. Habt ihr denn in eurer Einrichtung die Möglichkeit beide  
37 Erkrankungen gleichermaßen zu behandeln?  
38

39 Frau König: Mhm, also richtig behandeln tuen wir ja keine der beiden  
40 Erkrankungen. Wir haben eine gute Anbindung an sie Suchtambulanz und die  
41 Ambulanz für psychische Erkrankungen. Wir begleiten die Klienten mit dieser  
42 Diagnose zu den jeweiligen Institutionen und begleiten die Behandlung. Jedoch ist  
43 es meist so, dass nur eine der beiden Erkrankungen in Angriff genommen wird.  
44

45 Interviewerin: Okay. Das ist ja schon einmal gut, dass ihr da so eine gute  
46 Anbindung habt. Empfindest du denn die Betreuung von komorbiden Klienten als  
47 aufwendiger?  
48

49 Frau König: Ohja, also ich finde man muss auf wesentlich mehr achten. Wenn die  
50 Klienten gerade auf ihrem Drogentipp sind dazu noch depressive Verstimmungen  
51 haben, ist es sehr schwer mit ihnen zu arbeiten. Zudem muss man immer  
52 schauen, dass man allem gerecht wird.

1  
2 Interviewerin: Mhm. Und kennst du da Methoden und Techniken, die du  
3 anwendest, wenn du mit dieser Klientengruppe arbeitest?  
4  
5 Frau König: Ehm, also momentan betreue ich ja nur zwei Mädels und beide leiden  
6 unter einer Depression aber keiner zusätzlichen Suchterkrankung. Hm, früher  
7 habe ich bestimmte Gesprächstechniken angewendet, mit denen ich gute  
8 Antworten aus den Klienten bekommen habe und welche, die die Arbeit einfach  
9 erleichtert haben.  
10  
11 Interviewerin: Mhm, ok. Also sind Methoden und Techniken schon wichtig zu  
12 kennen für den Umgang mit komorbiden Klienten.  
13  
14 Frau König: Ja, ehm also allgemein sind Methoden und Techniken für jede  
15 Betreuung wichtig. Aber es wäre schön einmal zu wissen, welche bestimmten  
16 Formen es da für komorbide Klienten gibt.  
17  
18 Interviewerin: Ja, da hast du vollkommen recht. Werdet ihr denn durch den  
19 Arbeitgeber irgendwie vorbereitet?  
20  
21 Frau König: Puh, also auf dieses Thema speziell nicht, nein. Es gibt einige Fort-  
22 und Weiterbildungen, die wir besuchen können. Doch zu diesem Thema gibt es  
23 nichts. Ich weiß, dass man externe Fortbildungen zu diesem Thema besuchen  
24 kann, die jedoch sehr teuer sind und halt nicht vom Arbeitgeber vorgeschlagen  
25 wurden.  
26  
27 Interviewerin: Oh ok, das ist ja auch irgendwie doof. Tust du denn selbst  
28 irgendwas für die Vorbereitung?  
29  
30 Frau König: Ehm, ja also ich lese gerne und viel, auch wissenschaftliche Artikel  
31 über Methoden und Techniken und der geeigneten Einsatzbereiche. Hmm, nur mir  
32 fällt es manchmal schwer, dies auch so umzusetzen, wie ich es gelesen habe. Ähm  
33 also ich denke, ich bräuchte dafür auch eine Art praktisches Training.  
34  
35 Interviewerin: Mhm, also fändest du ein praktisches Training schon sinnvoll. In  
36 welcher Form denn?  
37  
38 Frau König: Also, ehm ich fände es gut, wenn der Arbeitgeber Fortbildungen oder  
39 Schulungen zu diesem Thema anbieten würde. Oder wir haben zum Beispiel  
40 Einarbeitungstermine wo man vieles über den Verein und die Methoden lernt.  
41 Vielleicht könnte man dies mit ins Konzept einfließen lassen.  
42  
43 Interviewerin: Okay, also ich höre ein großes Interesse diesbezüglich raus, stimmt  
44 das?  
45  
46 Frau König: Ja, da hast du recht. Also ich würde mich dafür sofort anmelden.  
47  
48 Interviewerin: Mhm, ok. Dann wäre es ja schön, wenn dies mal realisiert werden  
49 könnte. Hast du denn noch Frage an mich, weil wir wären jetzt auch am Ende.  
50  
51 Frau König: Mhm, nur eine Frage. Bekommen wir hinteherr irgendwie eine  
52 Auswertung über die Ergebnisse?

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51

Interviewerin: Ehm, klar. Ich kann euch hinterher alles zur Verfügung stellen. Könntest du mir noch ein kurzes Feedback zum Interview geben?

Frau König: Na klar. Also, ehm ich finde du hast das Interview gut geführt. Du hattest eine Struktur und ich fand die Fragen sehr interessant. Ich hoffe eure Studie hat irgendwie eine Auswirkung auf die Fortbildungen hier (lacht). Das wäre echt mal ein guter Fortschritt.

Interviewerin: (lacht) Ja, das stimmt. Dass erhoffen wir uns natürlich auch. Joa. Dann würde ich dich hiermit entlassen und danke dir noch einmal, dass du dir die Zeit genommen hast.

Frau König: Das hab ich doch gerne gemacht.

**Interview H: Interview mit Herrn Baukehl, AuguSTA am 19.05.2016 von 10:15-10:40**

- 1 Interviewerin: Schön, dass du Zeit gefunden hast, mit mir dieses Interview zu  
2 führen.  
3
- 4 Herr Baukehl: Gerne, gerne.  
5
- 6 Interviewerin: Ja super, also ich würde dir zu Beginn erstmal kurz erzählen, was  
7 wir für eine Forschung machen und was unsere Ziele sind. Anschließend werde ich  
8 dir die Rahmenbedingungen dieses Interviews erklären, Ok?  
9
- 10 Herr Baukehl: Alles klar, dann fang mal an. (Schmunzelt)  
11
- 12 Interviewerin: (Schmunzelt) Okay, also ehm, wir wollen eine Studie machen in der  
13 wir herausfinden wollen, wie gut die Sozialpädagogen im Stationär Betreuten  
14 Wohnen bei uns in der AuguSTA und bei meiner Uni Kollegin im KESH durch den  
15 Arbeitgeber auf Klienten mit einer komorbiden Störung durch den Arbeitgeber  
16 vorbereitet sind. Puh, das war lang (lacht).  
17
- 18 Herr Baukehl: (lacht) ja das stimmt. Aber hört sich sehr interessant an. Wieso  
19 wollt ihr das erforschen, also was ist euer Anlass?  
20
- 21 Interviewerin: Ehm, also wir wollen das erforschen, weil uns aufgefallen ist, dass  
22 immer mehr Klienten, die eine Depression diagnostiziert haben, zusätzlich unter  
23 einer Suchtabhängigkeit leiden, was die Arbeit sehr erschwert.  
24
- 25 Herr Baukehl: Ah okay, das ist mir auch schon aufgefallen.  
26
- 27 Interviewerin: (Schmunzelt) Ja, das ist doch schon einmal gut. Ehm ja, komm ich  
28 zu den Rahmenbedingungen des Interviews. Also ich werde das Interview mit  
29 einem Diktiergerät aufnehmen, was du hier siehst, damit ich anschließend das  
30 Interview abtippen kann. Dein Name wird überall anonymisiert, sodass keiner  
31 weiß, dass ich mit dir gesprochen habe.  
32
- 33 Herr Baukehl: Okay, alles klar.  
34
- 35 Interviewerin: Mhm, gut. Dann würde ich jetzt zur ersten Frage kommen.  
36 Könntest du dein Klientel einmal kurz vorstellen?  
37
- 38 Herr Baukehl: Na klar. Ehm, in unserer Einrichtung betreuen wir Menschen, die  
39 sich in schwierigen Lebenssituationen befinden und die Hilfe bei alltäglichen  
40 Dingen brauchen. Unsere Klienten sind alle zwischen 21 und 26 Jahren.  
41
- 42 Interviewerin: Mhm, okay. Und wo liegen so eure Aufgaben?  
43
- 44 Herr Baukehl: Ehm, also wir begleiten die Klienten bei alltäglichen Aufgaben wie  
45 Einkaufen, Arztbesuche oder auch bei der Wohnungssuche. Zudem begleiten wir  
46 auch Gerichtsverhandlungen, Entgiftungen oder Klinikaufenthalte. Joa, dann  
47 führen wir natürlich auch Gespräche mit denen und versuchen sie halt wieder auf  
48 die richtige Spur zu bringen.  
49

1 Interviewerin: Okay, das ist ja schon einmal ne Menge. Joa, jetzt ehm würde ich  
2 zur nächsten Frage kommen. Diese bezieht sich auf die Diagnose unserer  
3 Forschung. Was sagt dir der Begriff Komorbidität und bist du damit schon einmal  
4 in Berührung gekommen?  
5

6 Herr Baukehl: Hm, ja also Komorbidität ist vergleichbar mit einer Doppeldiagnose.  
7 Also das heißt, es liegt eine zweifach oder mehrfach Diagnose vor. Ehm, in  
8 Berührung bin ich damit auch schon gekommen. Viele unserer Klienten hier leiden  
9 unter einer Doppeldiagnose, die aber nicht diagnostiziert wurde als diese. Das  
10 heißt, wir haben viele Klienten mit einer Suchterkrankung die darüber hinaus eine  
11 Depression entwickelt haben, oder Klienten die eine Depression haben und  
12 zusätzlich Drogen konsumieren.  
13

14 Interviewerin: Ah ok, also gibt es bei euch in der Einrichtung auch Klienten mit  
15 dieser Diagnose. Weißt du wie viele?  
16

17 Herr Baukehl: Puh, ehm also wir betreuen momentan 12 Leute. Ich würde jetzt  
18 mal schätzen 8 davon haben eine solche Doppeldiagnose.  
19

20 Interviewerin: Ui, das ist ja doch eine hohe Zahl. Das ist ja ehm mehr als die  
21 Hälfte. Welche Symptome fallen dir denn bei diesen Klienten auf?  
22

23 Herr Baukehl: Ehm, also ich kann jetzt mal von meinen zu Betreuenden sprechen.  
24 Ich betreue vier Leute und zwei davon weisen Symptome einer Komorbidität auf.  
25 Also die zwei konsumieren regelmäßig Alkohol und auch Amphetamin, wodurch  
26 sich bei denen eine Depression gebildet hat. Ehm, ich merke bei denen wie träge  
27 und zurückgezogen sie leben. Sie meiden unsere Gruppenangebote und sind im  
28 Kontakt mit anderen auch eher zurückhaltend. Sie verkriechen sich lieber in ihr  
29 Zimmer, konsumieren und lassen den Tag so vor sich hinziehen.  
30

31 Interviewerin: Mhm, okay und habt ihr bei euch in der Einrichtung die Möglichkeit  
32 beide Diagnosen gleichermaßen zu behandeln?  
33

34 Herr Baukehl: Hm, also meist ist es so, dass wir nur eine Diagnose behandeln, da  
35 uns nicht die Mittel zur Verfügung stehen. Bei meinen zwei Klienten ist es so, dass  
36 der eine bereits eine Entgiftung gemacht hat, jedoch keine Krankheitseinsicht  
37 bezüglich der Depression hat. Der andere steht kurz vor eine Entgiftung und die  
38 Depression ist auch hier zweitrangig, was die Therapie anbelangt obwohl ich  
39 denke, es sollten besser beide Erkrankungen gleichermaßen behandelt werden.  
40

41 Interviewerin: Ah ok. Also bist du auch eher für eine integrative Behandlung.  
42 Empfindest du denn die Arbeit mit dieser Klientengruppe als aufwendiger?  
43

44 Herr Baukehl: Ja, ehm ich finde eine integrative Behandlung würd vieles  
45 vereinfachen, da die Betreuung eines komorbiden Klienten doch schon um einiges  
46 schwieriger ist. Man muss immer auf beide Erkrankungen gleichviel Rücksicht  
47 nehmen und das Wechselspiel dieser beiden Erkrankungen erschwert oft die  
48 Zusammenarbeit.  
49

50 Interviewerin: Mhm, das klingt schon sehr nach Arbeit. Ehm, kennst du denn  
51 besondere Methoden und Techniken die du in der Zusammenarbeit anwendest?  
52

1 Herr Baukehl: Hm, ich würde jetzt nicht sagen dass ich bestimmte Methoden nur  
2 für diese Klientengruppe habe. Also ich habe eine Zusatzausbildung zum  
3 Systemischen Therapeuten und ich finde die Methoden der Systemischen Therapie  
4 sind gut anwendbar auf die Zusammenarbeit. Ehm, durch bestimmte  
5 Gesprächstechniken bekomme ich oft das aus meinen Klienten heraus, was wichtig  
6 ist.  
7

8 Interviewerin: Das klingt sehr interessant. Ehm, jetzt würde ich gerne mal wissen  
9 ob ihr von eurem Arbeitgeber irgendwie auf komorbide Klienten vorbereitet  
10 werdet, da diese Klientengruppe ja wie du sagtest auch in der Betreuung  
11 umfangreicher ist.  
12

13 Herr Baukehl: Mhm, ja umfangreicher ist die Betreuung allemal. Aber eine  
14 Vorbereitung. Hm, also nicht dass ich wüsste. Klar gibt es eine Menge an internen  
15 Fortbildungen zu allen möglichen Themen, aber eine zu diesem Thema habe ich  
16 noch nicht gesehen.  
17

18 Interviewerin: Hm, okay. Bekommt ihr auch keine Einarbeitung in dieses Thema,  
19 wenn ihr neue Kollegen bekommt.  
20

21 Herr Baukehl: Ehm, ne also wir bekommen zwar eine Einarbeitung, die über  
22 mehrere Sitzungen geht zu vielen verschiedenen Themen. Aber über dieses  
23 Thema nicht, was ich sehr schade finde. Mhm, wir haben ehm zum Beispiel seit  
24 ich glaube April eine neue Kollegin und ich bin ihr Anleiter. Ich merke, dass sie mit  
25 diesem Klientel noch nicht viel zu tun hatte und sie sich etwas überfordert fühlt.  
26 Joa, aus dem Grund wäre eine Vorbereitung meinerseits wünschenswert.  
27

28 Interviewerin: Mhm, okay, das klingt ja auch echt anstrengend für eine neue  
29 Kollegin, wenn man gar keine Erfahrungen in diesem Bereich hat. Ehm,  
30 unternimmst du denn irgendwas um dir selber Wissen anzueignen oder gut  
31 vorbereitet zu sein?  
32

33 Herr Baukehl: Ehm, joa also ich habe halt die Systemische Therapeuten  
34 Ausbildung gemacht, was mir schon sehr geholfen hat. Außerdem habe ich im  
35 Studium einiges über diese Klientengruppe erfahren, was mein Wissen erweitert  
36 hat. Joa, ehm sonst, sonst mache ich eigentlich nichts Besonderes um mich  
37 vorzubereiten.  
38

39 Interviewerin: Mhm, joa aber da ist ja auch schon einiges, was der Vorbereitung  
40 dient finde ich (schmunzelt). Was würdest du dir denn allgemein für eine  
41 Vorbereitung vom Arbeitgeber wünschen, damit euch die Arbeit erleichtert wird?  
42

43 Herr Baukehl: Ich glaube, die Vorbereitung könnte in Form einer Fortbildung  
44 stattfinden. Hm, ja ich glaube, das wäre eine gute Möglichkeit. Und ich fände es  
45 gut, wenn es ein Punkt der Einarbeitung für unsere Einrichtung wäre, damit neue  
46 Kollegen gut auf die Arbeit vorbereitet werden und keine Unsicherheiten  
47 entstehen.  
48

49 Interviewerin: Mhm, ja das hört sich gut an. Meinst du denn, dies könnte mal  
50 Wirklichkeit werden?  
51

1 Herr Baukehl: Puh, das ist schwer zu sagen. Wünschen würde ich es mir wirklich.  
2 Jedoch spielen da viele Faktoren mit, die stimmen müssen. Man kann es nur  
3 abwarten.  
4  
5 Interviewerin: Da hast du recht. Vielleicht erreichen wir ja mit unserer Forschung  
6 etwas, was dem Arbeitgeber einen Denkanstoß gibt.  
7  
8 Herr Baukehl: Das würde mich sehr freuen.  
9  
10 Interviewerin: Ehm, joa. Wir wären jetzt auch am Ende angelangt. Würdest du mir  
11 ein kurzes Feedback zum Interview geben?  
12  
13 Herr Baukehl: Klar gerne. Also ich finde du hast das Interview gut geführt. Ehm,  
14 ich finde es super, dass sich mal jemand mit diesem Thema befasst, da ich finde  
15 es ist ein sehr wichtiges Thema. Und ich hoffe natürlich, dass eure Ergebnisse  
16 irgendwie beim Arbeitgeber fruchten.  
17  
18 Interviewerin: Danke, das ist lieb von dir. Ja ich hoffe auch das Beste. Ich finde  
19 das Thema auch sehr wichtig und es wird häufig unterschätzt.  
20  
21 Herr Baukehl: Ja, da hast du recht.  
22  
23 Interviewerin: Mhm, joa dann würde ich dich an dieser Stelle entlassen und danke  
24 dir nochmal, dass du mir für dieses Interview zur Verfügung gestanden hast.  
25 Danke.  
26  
27 Herr Baukehl: Gerne.  
28

## Anlage C: Zusammenfassende Inhaltsanalyse der Interviews

I	S./Z	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
A	1/ 46 - 2/ 1-4	1	Komorbidität ist wenn man mehrere Diagnosen gleichzeitig diagnostiziert bekommen hat. Das kann in mehreren Formen vorkommen beispielsweise mehrere psychosomatische Diagnosen, zwei oder mehrere körperliche Diagnosen oder mehrere psychische Erkrankungen	Komorbidität bedeutet Doppel- oder Mehrfachdiagnose, die in verschiedenen Formen auftreten kann	1	<p>Komorbidität bedeutet Doppel- oder Mehrfachdiagnose, die in verschiedenen Formen auftreten kann</p> <p>Wissen über Komorbidität vorhanden</p> <p>(A1, B11, C 18, D23, E31, E33, E35, G48, H56)</p>
A	2/ 4-6	2	In der Form was wir auch am meisten in unser Einrichtung haben, das eine psychische Erkrankung und eine Suchtmittelabhängigkeit gleichzeitig vorhanden sind	Häufige Kombination, psychische Erkrankung und Suchtmittelabhängigkeit		
A	2/	3	Was die psychische	Bei psychischen		

	28-31		Erkrankung angeht klar es erfolgen dann auch Gespräche in die Richtung aber dann leiten wir auch meistens die Bewohner weiter an ambulante Psychotherapeuten, die sich damit intensiver auseinandersetzen.	Erkrankungen werden Gespräche geführt und die Klienten werden an ambulante Psychotherapeuten weitergeleitet	2	<p>Häufiges Auftreten im Stationär Betreuten Wohnen Komorbidität in Form von Depression und Amphetaminabhängigkeit</p> <p>(A2, B8, B9, C17, D 24, E34, F41, F43, G49, H57)</p>
A	2/47-50	4	Schwierig ist halt auch was zuerst behandelt wird weil es gibt halt die Möglichkeit das die psychische Erkrankung durch die Sucht entstanden ist oder aber das die Sucht eine Folge der psychischen Erkrankung ist	Schwierigkeit welche Erkrankung zuerst behandelt wird - die Erkrankungen können sich bedingen		
A	3/9-13	5	Es ist halt schwieriger, wenn man Bewohner hat, die eine Doppel- oder Mehrfachdiagnose	Gute Vorbereitung der Mitarbeiter ist wichtig - Schwierigkeit Doppel- und Mehrfachdiagnosen		

			haben die zu betreuen und deswegen halte ich es für wichtig, dass die Mitarbeiter gut darauf vorbereitet werden. Gerade neue Mitarbeiter	zu behandeln	3	Weiterleitung von Klienten mit Komorbidität bei Unsicherheiten im Umgang  (A3, C20, D26)
A	3/ 18- 23	6	Wir haben zwar die Möglichkeit Fortbildungen, Seminare und Tagungen zu besuchen, das erfolgt dann nur wenn man selber auch interessiert ist und die Zeit dafür hat und das auch selber wahrnimmt. Dafür muss man halt auch von der Arbeit freigestellt werden und ob das dann immer so geht ist dann auch fraglich	Es besteht die Möglichkeit an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen - erfordert Selbstorganisation und Freistellung vom Arbeitgeber	4	Psychische und Suchterkrankung bedingen sich – Unwissenheit führt zu Erschwernis Beide Erkrankungen müssen parallel behandelt werden  (A4, C21, D25, E34, F41, F43, G49, H57)
A	3/ 40- 42	7	Ich lese viel vor allem viele Berichte oder Fachzeitschriften	Informationen werden über Fachzeitschriften und Broschüren bezogen		

			und Broschüren, die hier in die Einrichtung geschickt werden			
B	1/ 10- 11	8	Ist mir auch schon aufgefallen, dass wir zurzeit viele Bewohner mit Doppelerkrankung haben	Zurzeit viele komorbide Klienten		
B	2/2	9	Die meisten von ihnen sind depressiv	Häufige psychische Erkrankung ist die Depression		
B	2/ 4-5	10	Wie du schon sagtest nehmen auch einige Amphetamine und Methamphetamine.	Klienten konsumieren Amphetaminen		
B	2/ 30- 34	11	Komorbidität bedeutet, dass ein Mensch unter einer oder mehrerer Erkrankungen gleichzeitig leidet. Sie kann in Form von mehreren psychischen Erkrankungen oder in Form von mehreren	Komorbidität bedeutet Doppel- oder Mehrfachdiagnose, die in verschiedenen Formen auftreten kann	5	Gute Vorbereitung der Mitarbeiter ist wichtig - Schwierigkeit Doppel- und Mehrfachdiagnosen zu behandeln

			körperlichen Leiden vorkommen. Aber auch die Form einer gezeitigten psychischen und Suchterkrankung kann vorkommen		6	(A5, D27, E36, E37, E40, F44, G50, G51, G52,)
						Möglichkeit vom Arbeitgeber geboten an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen – Eigenplanung und Organisation
B	3/ 11- 12	12	Wir haben einen Topf mit Fortbildungsbudget das wir für verschiedene Fortbildungen benutzen dürfen	Vorhandenes Fortbildungsbudget vom Verein		Ansonsten keine Vorbereitungsmaßnahmen durch den Arbeitgeber für Sozialpädagogen im Stationär Betreuten Wohnen
B	3/ 13- 14	13	Wir haben zwar ein mögliches Angebot aber nichts was direkt vom Arbeitgeber aus unternommen wird	Nichts direktes wird vom Arbeitgeber unternommen		(A6, B12, B13, C22, D28, D29, H58, H59, H60)
B	3/ 29- 30	14	Ich würde mir wünschen, dass neue Mitarbeiter eine Einführung in die Arbeit mit der Zielgruppe bekommen	Neue Mitarbeiter Einführung in die komorbide Zielgruppe		
B	3/ 32- 33	15	Vielleicht könnte man ein internes Schulungsseminar	Wunsch: Jährliches Schulungsseminar für Mitarbeiter		

			oder ähnliches veranstalten oder aber für alle Mitarbeiter jährlich etwas veranstalten			
B	3/ 50- 51	16	Ich lese viel und informiere mich durch Broschüren, Zeitungen und im Internet	Informationen aus Broschüren, Zeitungen und Internet		
C	2/7	17	Eine komorbide Störung haben fast alle unsere Bewohner	Viele Klienten haben eine komorbide Störung		
C	2/ 12- 14	18	Bewohner mit einer oder mehreren psychischen Erkrankung sowie einer Suchtmittelabhängig keit sind für mich komorbide Bewohner	Komorbidität bedeutet Doppel- oder Mehrfachdiagnose		
C	2/ 24- 27	19	Zurzeit nehmen sehr viele Amphetamine auch die Bewohner die keine Depression haben. Ich habe darüber	Trenddroge Amphetamin	7	Informationen und Wissen zum Umgang mit Komorbidität erhalten die Sozialpädagoge

			auch schon was gelesen, dass dies zurzeit die Trenddroge ist und nicht mehr die Szenedroge		n durch Fachzeitschriften, Broschüren und dem Internet oder durch das Studium oder Ausbildung  (A7, B16, E39, G47, G53, H61)
C	2/ 46- 51	20	Viele wollen eh eine ambulante Psychotherapie während ihrer Zeit im KESH machen und gehen dann zu einem externen Psychotherapeuten und somit beschäftige ich mich eher mit sozialen Problemen und Suchtproblemen. Ich beschäftige mich eher weniger mit den psychischen Problemen. Ich vermittele da nur	Vermittlung zu ambulanten Psychotherapeuten	
C	3/ 5-8	21	Es ist doch etwas anderes mit unseren Bewohnern mit Komorbidität zu arbeiten, denn psychische Erkrankungen können sich anders	Komorbidität – Sucht und psychische Erkrankungen bedingen sich	

			auf die Sucht und die Sucht anders auf die psychische Erkrankung auswirken, als wenn nur eins da wäre			
C	3/ 26- 29	22	Spontan würde ich jetzt sagen wir werden nicht direkt vorbereitet. Klar es gibt die Möglichkeit intern und extern an Tagungen, Fortbildungen und anderen Veranstaltungen teilzunehmen aber diese zählen ja mehr zur Eigeninitiative	Möglichkeit externe Veranstaltungen zu besuchen – keine direkte Vorbereitung durch den Arbeitgeber	8	Wünsche der Sozialpädagogen an den Arbeitgeber: Anbieten von regelmäßigen Schulungen zum Umgang mit komorbiden Klienten, spezielle Einführung für neue Mitarbeiter, mehr Netzwerkarbeit mit anderen Institutionen, neue fachmännische Kollegen
D	2/ 5-7	23	Komorbidität darunter verstehe ich das es eine Doppeldiagnose gibt, also das zwei Diagnosen gleichzeitig vorherrschen, dass sie sich vielleicht auch bedingen	Komorbidität – Sucht und psychische Erkrankungen bedingen sich		
D	2/	24	Bei uns ist das	Häufig Depression		

	16-17		meist Depression und eine Substanzabhängigkeit	und Substanzabhängigkeit	einstellen um alle Bereiche abdecken zu können  (B14, B15, D30, E38, F45, G54, H62)
D	2/36-37	25	Es ist halt schon sehr wichtig, dass man beides irgendwie gleichzeitig behandelt, nur das ist halt sehr, sehr schwierig bei uns	Beide Erkrankungen gleichzeitig behandeln ist ein Muss aber nicht schwierig	
D	2/44-46	26	In die Klinik weiter geleitet werden, um eine Therapie zu machen, aber die in der Therapie meist dann gar nicht die Drogenabhängigkeit behandeln	Weiterleitung in Klinik – Behandlung ausschließlich der Drogenabhängigkeit	
D	3/16-18	27	Ich finde Vorbereitung schon sehr wichtig für neue Mitarbeiter, in Form von Schulungen oder Tagungen etwas anzubieten wäre sinnvoll	Wichtigkeit Vorbereitung in Form von Schulungen und Tagungen vor allem für neue Mitarbeiter	
D	3/	28	Vom Arbeitgeber	Vom Arbeitgeber	

	36-37		kommt da nicht sehr viel, man kann den auch nicht unbedingt um Hilfe bitten	kommt nicht viel		
D	4/13-14	29	Es ist nur so, dass unsere Einrichtung meist nicht das hergibt, was ich gerne machen möchte	Einrichtung gibt nicht das her was gemacht werden möchte		
D	4/19-22	30	Also das wir da vielleicht auch noch ja wen einstellen, der dazu befähigt ist auch die Bereiche abzudecken. Oder das mehr Kooperation mit den anderen Netzwerken, wie Psychiatrie und Substitutionseinrichtungen und so stattfindet.	Wunsch: Person einstellen die bestimmte Bereiche abdeckt – Kooperation mit anderen Netzwerken		
E	1/41-42	31	Ich arbeite mit psychisch kranken und Suchtkranken Menschen im stationär betreuten Wohnen.	Gemischtes Klientel aus psychisch kranken und Suchtkranken Menschen		

E	2/ 9- 10	32	Also Komorbidität ist für mich eine Doppel- oder Mehrfachdiagnose die auf verschiedene Weisen auftreten kann.	Komorbidität ist eine Doppel- oder Mehrfachdiagnose die in verschiedenen Formen auftreten kann.		
E	2/ 34- 35	33	Es ist halt häufig so, dass sie depressiv sind und dann konsumieren. Vor allem Substanzen die aufputschen und die stimmungsanhebend sind wie zum Beispiel Amphetamin.	Häufig konsumieren depressiv erkrankte Klienten aufputschende Substanzen wie Amphetamin.		
E	2/ 54- 55 - 3/ 1-2	34	Man merkt auch mit der Zeit, dass sich die psychische Erkrankung immer mehr verschlechtert und das die Klienten immer stärkere Drogen brauchen oder eine höhere Dosierung	Die psychische Erkrankung wird durch den Drogenkonsum verschlechtert und die Klienten brauchen immer wieder eine höhere Dosis		
E	3/ 14	35	Hauptsächlich geht es um die psychischen	Hauptsächlich werden psychische Erkrankungen		

			Erkrankungen.	behandelt.		
E	3/ 42- 43	36	Also ich wurde jetzt nicht wirklich vorbereitet vom Arbeitgeber.	Es fand keine Vorbereitung vom Arbeitgeber statt.		
E	3/ 43- 45	37	Mir wurde halt gesagt, dass es die Möglichkeit gibt das wir halt so einen Topf haben mit Budge der dafür zuständig ist Fortbildungen und andere Sachen, Seminare und so zu besuchen.	Es besteht die Möglichkeit eine Fortbildung zu besuchen, die aus einem Budge Topf der Einrichtung finanziert wird.		
E	4	38	Also ich hätte gerne was, was regelmäßig stattfindet. Erstmal für neue Kollegen die eingestellt werden, dass man da irgendwie eingearbeitet wird vom Arbeitgeber.	Wunsch: Eine Einarbeitung für neue Kollegen. Zudem eine Regelmäßige Auffrischung.		
E	4/ 27- 29	39	Ja also ich habe mich schon damit auseinander gesetzt. Also auch	Die Vorbereitung fand größtenteils in der Uni statt. Es wurde ein spezielles		

			in der Uni. Ich komme ja grad frisch aus der Uni. Da habe ich auch extra den Bereich gewählt damit ich mich damit beschäftigen kann.	Themengebiet gewählt um sich mit dem Thema zu beschäftigen.		
E	4/ 47- 48	40	Aber über Gesprächstechniken hinaus, wende ich jetzt nichts Bestimmtes an.	Es werden keine anderen Methoden und Techniken als Gesprächstechnik angewendet.		
F	1/ 23- 24	41	Die meisten haben eine Suchtproblematik oder eine psychische Erkrankung.	Suchtabhängigkeit und psychische Erkrankungen sind gleichermaßen vorhanden.		
F	1/ 38- 40	42	Also ich glaube in der Uni gehört zu haben, dass es sich um eine ähnliche Form der Doppeldiagnose handelt. Ich glaube wenn zwei Diagnosen gleichzeitig auftreten.	Eine Komorbidität ist eine Form der Doppeldiagnose. Es werden zwei Diagnosen gleichzeitig diagnostiziert.		

F	2/ 27- 29	43	Ich sehe ja jetzt schon wie aufwendig die Behandlung einer Erkrankung ist. Da wird die Kombination beider Erkrankungen bestimmt umso schwerer.	Die Behandlung einer komorbiden Störung ist aufwendiger als aufwendiger als von einer Einzeldiagnose.		
F	2/ 49- 50	44	Durch den Arbeitgeber also erfolgt nicht wirklich eine Vorbereitung.	Durch den Arbeitgeber erfolgte keine Vorbereitung.		
F	3/ 27- 30	45	Also ich fände es für den Anfang gut, wenn neue Mitarbeiter eine Einarbeitung in dieses Themengebiet bekommen würden. Ehm, außerdem wäre es cool, wenn man neben der Arbeit noch die Möglichkeit bekommen würde an Schulungen oder Weiterbildungen zu dem Thema teilzunehmen	Wunsch: Eine Einarbeitung für neue Mitarbeiter ist wünschenswert. Außerdem sollte die Möglichkeit bestehen an Schulungen oder Weiterbildungen teilzunehmen.		

G	2/ 1-3	46	Also unter einer Komorbidität verstehe ich Zwei- oder Mehrfachdiagnose. Diese wird diagnostiziert, wenn zwei oder mehr Diagnosen gleichzeitig auftreten.	Eine Komorbidität ist eine Zwei- oder Mehrfachdiagnose. Diese wird diagnostiziert, wenn zwei oder mehrere Diagnosen gleichzeitig auftreten.		
G	2/ 8- 10	47	Ich habe damals in einer Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gearbeitet und dort hatte ich einige mit einer Doppel Diagnose.	Durch die Arbeit in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden Erfahrungen mit Doppeldiagnosen gesammelt.		
G	2/ 15- 18	48	Jedoch weisen viele Klienten von uns die unter einer Depression leiden eine zusätzliche Suchterkrankung auf und einige die seit Jahren Drogen konsumieren weisen immer mehr depressive	Klienten mit einer Depression leiden zusätzlich unter einer Suchterkrankung und konsumierende Klienten weisen depressive Symptome auf.		

			Symptome auf.			
G	2/ 30- 31	49	Sie puschen sich oft mit den Drogen auf um diesen negativen Eigenschaften aus dem Weg zu gehen.	Depressiv erkrankte Klienten puschen sich oft mit Drogen auf um den negativen Symptomen einer Depression aus dem Weg zu gehen.		
G	3/ 5-8	50	Früher habe ich bestimmte Gesprächstechniken angewendet mit denen ich gute Antworten aus den Klienten bekommen habe und welche die die Arbeit einfach erleichtert haben.	Gesprächsmittel als wirkende Behandlung bei komorbiden Klienten, um Antworten zu bekommen.		
G	3/ 10- 11	51	Also allgemein sind Methoden und Techniken für jede Betreuung wichtig. Aber es wäre schön einmal zu wissen welche bestimmten Formen es da für komorbide Klienten gibt.	Methoden und Techniken sind wichtig für jede Form der Betreuung. Wunsch: Welche bestimmten Methoden und Techniken gibt es für die Betreuung von komorbiden Klienten.		
G	3/ 20-	52	Also auf dieses Thema speziell nicht	Es gibt keine Fort- und Weiterbildungen		

	22		nein. Es gibt einige Fort- und Weiterbildungen die wir besuchen können. Doch zu diesem Thema gibt es nichts.	zum Thema Komorbidität, die von Arbeitgeber angeboten werden.		
G	3/ 29- 30	53	Also ich lese gerne und viel, auch wissenschaftliche Artikel über Methoden und Techniken und der geeigneten Einsatzbereiche.	Das Lesen von wissenschaftlichen Artikeln über Methoden und Techniken und deren Einsatzbereiche, dient als Selbstvorbereitung.		
G	3/ 37- 40	54	Ich fände es gut, wenn der Arbeitgeber Fortbildungen oder Schulungen zu diesem Thema anbieten würde. Oder wir haben zum Beispiel Einarbeitungstermine wo man vieles über den Verein und die Methoden lernt. Vielleicht könnte man dies mit ins Konzept einfließen lassen.	Wunsch: Die Teilnahme an Fortbildungen oder Schulung zum Thema Komorbidität, sowie den Einfluss des Themas in die Einarbeitung neuer Mitarbeiter.		

H	2/ 6-7	55	Also Komorbidität ist vergleichbar mit einer Doppeldiagnose. Also das heißt es liegt eine Zweifach oder Mehrfach Diagnose vor	Eine Komorbidität hat Ähnlichkeit mit einer Doppeldiagnose. Es liegen zwei oder mehrere Diagnosen vor.		
H	2/ 17- 18	56	Also wir betreuen momentan 12 Leute. Ich würde jetzt mal schätzen 8 davon haben eine solche Doppeldiagnose.	Acht von Zwölf Klienten der Einrichtung leiden unter einer Doppeldiagnose.		
H	2/ 25- 26	57	Also die zwei konsumieren regelmäßig Alkohol und auch Amphetamin, wodurch sich bei denen eine Depression gebildet hat.	Durch den ständigen Konsum von Alkohol und Amphetamin entwickelte sich eine Depression.		
H	2/ 44- 46	58	Ich finde eine integrative Behandlung würd vieles vereinfachen, da die Betreuung	Da die Betreuung von komorbiden Klienten sehr aufwendig ist, ist eine integrative Behandlung zu		

			eines komorbiden Klienten doch schon um einiges schwieriger ist.	empfehlen.		
H	3/ 2-4	59	Also ich habe eine Zusatzausbildung zum Systemischen Therapeuten und ich finde die Methoden der Systemischen Therapie sind gut anwendbar auf die Zusammenarbeit.	Methoden der Systemischen Therapie als gute Technik für die Zusammenarbeit mit komorbiden Klienten.		
H	2/ 14- 16	60	Klar gibt es eine Menge an internen Fortbildungen zu allen möglichen Themen. Aber eine zu diesem Thema habe ich noch nicht gesehen.	Es gibt eine Vielzahl an internen Fortbildungen. Zum Thema Komorbidität existiert jedoch noch nichts		
H	3/ 33- 36	61	Also ich habe halt die Systemische Therapeuten Ausbildung gemacht, was mir schon sehr geholfen hat. Außerdem habe ich im Studium einiges über diese Klientengruppe	Durch eine Systemische Therapeuten Ausbildung wurden Methoden und Techniken gelernt. Zudem hat das Studium der Sozialpädagogik einiges über die		

			erfahren, was mein Wissen erweitert hat.	Klientengruppe beigebracht.		
H	3/ 43- 44	62	Ich glaube die Vorbereitung könnte in Form einer Fortbildung stattfinden.	Die Vorbereitung kann in Form einer Fortbildung stattfinden.		

## Anlage D: Beurteilungsformular Bachelor-Thesis

**Bewertungsformular 2015–2016**

**SE 9.2: Bachelor–Thesis (t.amm.37489)**



Academie Mens en Maatschappij

Student/in 1	Juliana Schubinski	St.–Nr.	317610
Student/in 2	Marie Drees	St.–Nr.	317783
Student/in 3		St.–Nr.	
Student/in 4		St.–Nr.	
Student/in 5		St.–Nr.	
Datum			
Prüfer/in			
Unterschrift			

Bewertungsvoraussetzung:	Genügend / Ungenügend	Feedback / Erläuterung
Das Kriterium zum Professionellem Schreiben (Kriterium 1) ist mindestens mit „Genügend“, d.h. mit mindestens sechs Punkten, bewertet worden.		
Die Länge der Bachelor–Thesis beträgt <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei 1 Studierenden 40 Seiten (+/- 5 Seiten)</li> <li>• bei 2 Studierenden 55 (+/- 5 Seiten)</li> <li>• bei 3–5 Studierenden 80 (+/- 5 Seiten).</li> </ul>		
<p><b>Passt auf:</b> Die Bachelor–Thesis wird grundsätzlich anhand aller Kriterien beurteilt. Verfehlt die Bachelor–Thesis die Anforderungen an die Länge und/ oder das Kriterium zum Professionellen Schreiben, wird er mit „Ungenügend“ bewertet und mit einer „1“ in BISON registriert. Dabei ist es unerheblich, ob infolge der Beurteilung der weiteren Kriterien eine Gesamtpunktzahl von 60 Punkten oder mehr erreicht wird.</p>		

Kriterium	0 Punkte	3 Punkte	6 Punkte	8 Punkte	10 Punkte	Punkte	Feedback
1. Professionelles Schreiben (Bewertungsvoraussetzung)	Sprachgebrauch, Textaufbau und Auswahl und Umgang mit Quellen sind überwiegend mangelhaft.	Sprachgebrauch, Textaufbau oder Auswahl und Umgang mit Quellen entsprechen nicht dem Leitfaden Professionelles Schreiben.	Sprachgebrauch, Textaufbau und Auswahl und Umgang mit Quellen entsprechen dem Leitfaden Professionelles Schreiben. Quellen sind überwiegend aktuell und wissenschaftlich.	Der gesamte Bericht entspricht dem Leitfaden Professionelles Schreiben hinsichtlich Sprachgebrauch, Textaufbau und Auswahl und Umgang mit Quellen. Der Text ist erkennbar gegliedert, Rechtschreibung und Grammatik sind weitgehend fehlerfrei. Quellen sind aktuell und wissenschaftlich. Verweise und Quellenangaben entsprechen der APA-Norm.	Der gesamte Bericht entspricht dem Leitfaden Professionelles Schreiben, wobei Sprachgebrauch, Textaufbau und/oder Auswahl und Umgang mit Quellen das geforderte Maß im besonderen Umfang übertrifft. Der Text ist logisch gegliedert, Rechtschreibung und Grammatik sind fehlerfrei. Quellen sind aktuell und wissenschaftlich. Verweise und Quellenangaben entsprechen der APA-Norm.		
2, Die Forschung der Bachelor-Thesis beschäftigt sich mit relevanten Entwicklungen in der Sozialen Arbeit.	Über die Relevanz der Bachelor-Thesis finden sich keine nachvollziehbaren Aussagen.	Die Forschung ist nicht relevant für die Entwicklung der Sozialen Arbeit.	Die Forschung ist relevant für die Entwicklung der Sozialen Arbeit in einem bestimmten Gebiet Sozialer Arbeit innerhalb einer Institution.	Die Forschung ist relevant für die Entwicklung der Sozialen Arbeit in mehreren vergleichbaren Institutionen.	Die Forschung ist relevant für die Entwicklung evidenzbasierter Sozialer Arbeit in verschiedenen Institutionen.		
3. Die Forschung ist nützlich und/oder innovativ für das Arbeitsfeld.	Innovation und Nutzen der Forschung sind nicht dargestellt.	Die Forschung ist nicht innovative und/oder hat keinen Nutzen für das Arbeitsfeld.	Die Forschung unterstützt die Verbesserung der Hilfeleistung in der Auftrag gebenden Einrichtung.	Die Forschung unterstützt die Verbesserung der Hilfeleistung in der Auftrag gebenden und vergleichbaren Einrichtungen. Theorien werden kritisch mit den Forschungsergebnissen diskutiert.	Die Studie kommt zu neuen Einsichten hinsichtlich der Weiterentwicklung professioneller Praxis. Theorien werden kritisch verglichen und der Standpunkt der Forschenden beruht auf den Forschungsergebnissen.		
4. Die	Die Forschungsfrage	Die Forschungsfrage ist nicht präzise und	Das Forschungsziel, die Haupt- und	Das Forschungsziel, die Haupt- und Teilfragen sind	Das Forschungsziel, die Haupt- und Teilfragen sind klar definiert,		

Forschungsfrage der Bachelor-Thesis ist präzise und zielführend.	ist nicht deutlich.	basiert nicht auf dem Forschungsziel.	Teilfragen sind ausreichend klar und schließen aneinander an.	klar definiert, in einem logischen Verhältnis zueinander und ausführbar.	in einem logischen Verhältnis zueinander und ausführbar. Sie gehen von einem klar erkennbaren praktischen Anlass aus und schließen zugleich an die Theorie an.		
5. Die Forschung basiert auf einem aktuellen und relevanten theoretischen Hintergrund (nationale und internationale Quellen).	Der theoretische Hintergrund ist nicht nachvollziehbar und/oder nicht aktuell und relevant.	Der theoretische Hintergrund ist nicht aktuell und/oder relevant.	Mindestens fünf aktuelle, relevante Quellen sind genutzt worden, hierbei mindestens ein internationaler Zeitschriftenartikel. Der theoretische Rahmen umfasst internationale Aspekte des Themas.	Mindestens zehn aktuelle, relevante Quellen sind genutzt worden, hierbei mindestens zwei internationale Zeitschriftenartikel. Die Theorie wird mit eigenen Worten wiedergegeben. Die internationale Perspektive ermöglicht eine Vertiefung des Themas.	Mindestens zwölf aktuelle, relevante Quellen sind genutzt worden, hierbei mindestens vier internationale Zeitschriftenartikel. Die Theorie wird mit eigenen Worten wiedergegeben. Die internationale Perspektive ist innovativ.		
6. Die Forschungsmethoden sind zuverlässig und transparent.	Die Datenerhebung ist nicht nachvollziehbar.	Die Daten sind nicht systematisch, überprüfbar und/oder auf einer akzeptierten Methode basierend.	Die Daten sind systematisch erhoben und überprüfbar. Die genutzten Methoden sind plausibel.	Die Daten sind überprüfbar und systematisch erhoben und aufbereitet. Die genutzten Methoden sind plausibel.	Die Daten sind systematisch, überprüfbar und basierend auf einer akzeptierten Methode erhoben und aufbereitet. Die Forschungsmethode ist komplex und/oder es werden verschiedene Forschungsmethoden kombiniert.		
7. Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind korrekt.	Datenauswertung und/oder Ergebnispräsentation sind fehlerhaft.	Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind nicht plausibel.	Die Datenauswertung ist korrekt, aber die Ergebnisse könnten präziser sein.	Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind korrekt.	Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind korrekt. Die Ergebnisse sind überprüfbar, es werden stichhaltige Aussagen zur Güte der Ergebnisse getroffen.		
8. Die Schlussfolgerungen basieren	Schlussfolgerungen fehlen.	Die Antworten auf die Fragen sind unzureichend in	Die Antworten auf die Fragen beruhen klar nachvollziehbar auf	Die Antworten auf die Fragen beruhen klar nachvollziehbar auf den Ergebnissen der	Die Antworten auf die Fragen beruhen klar nachvollziehbar auf den Ergebnissen der empirischen		

auf den Ergebnissen und dem theoretischen Hintergrund und beantworten die Haupt- und Teilfragen.		ihrem Bezug zu den Ergebnissen der Forschung und/ oder zum theoretischen Hintergrund.	den Ergebnissen der empirischen Forschung und greifen einzelne Aspekte des theoretischen Hintergrunds auf.	empirischen Forschung und schließen ausdrücklich und umfänglich an den theoretischen Hintergrunds an.	Forschung und schließen ausdrücklich und umfänglich an den theoretischen Hintergrunds an. Eventuelle kritische Auswirkungen der Schlussfolgerungen werden benannt.		
9. Die Empfehlungen sind praxis- und theorieorientiert formuliert.	Empfehlungen fehlen.	Die Empfehlungen sind unklar.	Die Empfehlungen sind klar und können in der Praxis umgesetzt werden. Sie basieren auf den Schlussfolgerungen und schließen an die Ergebnisse der Forschung und einzelne Aspekte des theoretischen Rahmens an.	Die Empfehlungen sind klar, differenziert und handlungsleitend in der Praxis. Sie sind auf Mikro- und Mesoniveau angelegt.	Die Empfehlungen sind klar, differenziert und handlungsleitend in der Praxis. Sie sind auf Mikro-, Meso- und Makroniveau angelegt. Die Empfehlungen zu Folgestudien sind nachvollziehbar und stichhaltig.		
10. Die Diskussion verdeutlicht einen persönlichen und professionellen Standpunkt und einen kritischen Rückblick, der Stärken, Schwächen und alternative Herangehensweisen benennt.	Eine Diskussion ist nicht vorhanden.	Die Diskussion enthält keinen überzeugenden Inhalt.	Die Diskussion erörtert plausibel die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesse.	Die Diskussion erörtert plausibel die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesses. Die Bachelor Thesis, wird abschließend kritisch auf Mikro- und Mesoniveau betrachtet.	Die Diskussion erörtert plausibel die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesses und berücksichtigt dabei auch forschungsethische Aspekte. Die Forscher beziehen auf Mikro-, Meso- und Makroniveau Stellung zum Ergebnis, also zur Bachelor Thesis, wobei sich Wissen und Verständnis verbinden.		
<b>Punkte gesamt (max. 100)</b>							
<b>Gesamtbewertung (Note):</b>							

Die Gesamtbewertung (Ziffer) ergibt sich aus den erreichten Punkten

### Bestehensgrenze

Die Endnote ergibt sich aus der Addition der in den einzelnen Kriterien-Bereichen erzielten Punkte. Um ein „Ausreichend“ / „Genügend“ (= die Note 6) zu erhalten, sind **mindestens 55 Punkte** zu erzielen

### Die Notengebung erfolgt nach folgendem Schlüssel:

Note	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Max. 100 Punkte	1-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95-100