



STIGMATISIERUNG AUFGRUND DER MEDIZINISCH-PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSE?

FRANZISKA HEMKER - 317619

SIMONE RAHMS - 317365

Bachelor-Thesis SP

Fachbereich Sozialwesen

Saxion Enschede

(Wilke, 2014)

Stigmatisierung aufgrund der medizinisch- psychiatrischen Diagnose?

Der Einfluss der medizinisch-psychiatrischen Diagnose im ambulant
betreuten Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung

Franziska Hemker – 317619

Simone Rahms – 317465

Bachelorbegleiter: Marcel Meijer

Academie Mens en Maatschappij

Fachbereich Sozialwesen

Saxion Enschede

Münster, 18. Mai 2016

VORWORT

Wie häufig passiert es uns allen wohl im Alltag, andere Menschen aufgrund eines Merkmals in „Schubladen zu stecken“?

Dies kann aufgrund von gemachten Erfahrungen und Vorurteilen sehr schnell unbewusst geschehen. Auch die Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung spielt eine große Rolle in der Gesellschaft. Dies kann eine Belastung für die betroffenen Menschen darstellen.

Die Klassifikation der medizinisch-psychiatrischen Diagnose fördert diese Stigmatisierung durch die Zuordnung der vorhandenen Symptome. Diese sind jedoch bei jedem Menschen mit einer psychischen Erkrankung individuell ausgeprägt. Es wurde beobachtet, dass sich das Wissen der Diagnose auf den Betroffenen unterschiedlich auswirkt. Aus diesen Zusammenhängen leitet sich die Frage ab, welchen Einfluss die Diagnose auf die Betroffenen hat. Um für eine solche Fragestellung fundierte Ergebnisse zu erhalten, wäre eine Langzeitstudie erforderlich, die Verhaltensbeobachtungen einschließen müsste. Dies übersteigt den Rahmen einer Bachelor-Thesis.

Während der Auseinandersetzung mit dem Thema fiel auf, dass die medizinisch-psychiatrische Diagnose ebenso Auswirkungen auf die Arbeit eines Sozialpädagogen mit seinen Klienten hat. Der Zugang zu der Zielgruppe, den Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, ergab sich aus den Praxistätigkeiten der Verfasser.

Ein Dank gilt an dieser Stelle den Einrichtungen, der Alexianer Münster GmbH und dem Verbund sozialtherapeutischer Einrichtungen Münster e.V. sowie den Fachkräften, die sich bereit erklärt haben, an der Forschung teilzunehmen. Ohne diese wäre die Erstellung der vorliegenden Thesis nicht möglich gewesen.

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Bachelor-Thesis befasst sich mit der Frage „*Stigmatisierung aufgrund der medizinisch-psychiatrischen Diagnose?*“. Ziel der Forschung ist es, Kenntnisse über das Erleben der Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose auf die Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu sammeln. Um dieses Ziel zu erreichen, galt es, zunächst herauszufinden, inwiefern ein Einfluss der medizinisch-psychiatrischen Diagnose vorhanden ist. Daraus ergab sich die Forschungshauptfrage, wie Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens die Auswirkungen von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf die professionelle Arbeit mit ihren Klienten erleben.

Diese Forschungsfrage konnte anhand einer qualitativen Erhebung mit Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens für Menschen mit einer psychischen Erkrankung der Einrichtungen Alexianer Münster GmbH und des Verbundes sozialtherapeutischer Einrichtungen Münster e.V. beantwortet werden. Auf Grundlage des theoretischen Rahmens, der Durchführung von Interviews und der daraus resultierenden Ergebnisse, konnten die gesetzten Ziele erreicht werden. Zusammenfassend wird deutlich, dass eine Stigmatisierung durch die Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens unbewusst vorliegt. Es fällt jedoch auf, dass versucht wird, ausschließlich die positiven Aspekte aus dem Umgang mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose zu ziehen, sodass sie für den Sozialpädagogen und dessen Arbeit mit den Klienten einen Nutzen haben.

Aufgrund dieses Ergebnisses empfiehlt es sich, Folgestudien zu erheben. Da die vorliegende Forschung lediglich eine Momentaufnahme darstellt, wäre eine Langzeitstudie wünschenswert und hilfreich. Darüber hinaus sollte sich einerseits die Stichprobe vergrößern und andererseits sollten weitere Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens für Menschen mit einer psychischen Erkrankung hinsichtlich des Einflusses der medizinisch-psychiatrischen Diagnose untersucht werden. Diese ist schließlich repräsentativer und kann in bedeutendem Maße zu einer Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit beitragen.

SUMMARY

This Bachelor thesis is about the question if stigmatization due to medical psychiatric diagnosis exists. The aim of the study is, to get knowledge of the experience of the impact of medical psychiatric diagnosis on the employment of people with mental disorders. To reach this aim, it was necessary to find out, how far the influence of a medical psychiatric diagnosis exists. Thus the main research issue is about, how social worker of outpatient assisted living experience the effects of medical psychiatric diagnosis on the professional employment with their clients.

Based on a qualitative study with social workers of outpatient assisted living of the institutions Alexianer Münster GmbH and Verbund sozialtherapeutischer Einrichtungen Münster e.V. the research issue could be answered. On the basis of the theoretical framework, the implementation of interviews and the results the set aims could be reached. In conclusion this study shows that there is an unconscious stigmatization by social workers of outpatient assisted living. It's conspicuous that they only try to use the positive aspects regarding dealing with medical psychiatric diagnosis, so that the social workers can derive benefit from this for themselves and their work with their clients.

Due to these results it is recommendable to conduct further studies. Because this study is just a snapshot it is necessary to carry out a long term study. Furthermore, there should be a bigger sample with more institutions of outpatient assisted living for people with mental disorders included concerning the influence of medical psychiatric diagnosis. These will be more representative and can contribute significantly to a further development in social work.

INHALT

| | |
|---|-----------|
| 1 EINFÜHRUNG | 1 |
| 1.1 Forschungsanlass..... | 1 |
| 1.2 Ziele der Forschung..... | 2 |
| 1.3 Hauptfrage..... | 4 |
| 1.4 Konzeptuelles Modell | 4 |
| 1.5 Teilfragen | 5 |
| 2 THEORETISCHER RAHMEN | 6 |
| 2.1 Präzisierung der Forschungsfragen | 6 |
| 2.2 Medizinisch-psychiatrische Diagnose..... | 9 |
| 2.3 Geschichte der Diagnose..... | 11 |
| 2.4 Institution „Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung“ | 11 |
| 2.5 Kritische Betrachtung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose..... | 13 |
| 2.6 Relevanz für die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit..... | 15 |
| 3 FORSCHUNGSRAHMEN | 19 |
| 3.1 Forschungsart und -typ..... | 19 |
| 3.2 Forschungsstrategie und -Design | 20 |
| 3.3 Forschungsmethode und –instrument | 23 |
| 3.4 Population und Stichprobe | 24 |
| 3.5 Forschungsvorgehen | 25 |
| 3.6 Ethische Überlegungen | 27 |
| 3.7 Gütekriterien | 28 |
| 4 ERGEBNISSE | 30 |
| 4.1 Probanden..... | 30 |
| 4.2 Kategorien | 31 |
| 4.3 Ergebnisse zu den Kategorien | 32 |
| 4.3.1 Kategorie 1: Haltung zur medizinisch-psychiatrischen Diagnose | 32 |
| 4.3.2 Kategorie 2: Einfluss der Vorerfahrungen | 33 |
| 4.3.3 Kategorie 3: Relevanz der medizinisch-psychiatrischen Diagnose innerhalb der Betreuung | 34 |
| 4.3.4 Kategorie 4: Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose..... | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 5 SCHLUSSFOLGERUNGEN | 39 |
| 5.1 Schlussfolgerungen zu den Teilfragen | 39 |
| 5.1.1 Haltung der Sozialpädagogen des BeWo zur medizinisch-psychiatrischen Diagnose | 39 |
| 5.1.2 Einfluss der Vorerfahrungen der Sozialpädagogen des BeWo auf die professionelle Arbeit | 40 |
| 5.1.3 Relevanz der medizinisch-psychiatrischen Diagnose aus Sicht des Sozialpädagogen..... | 41 |
| 5.1.4 Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose auf die professionelle Arbeit | 42 |
| 5.2 Schlussfolgerungen zu der Hauptfrage | 43 |
| 6 EMPFEHLUNGEN..... | 45 |
| 6.1 Verbesserungen für die Praxis | 45 |
| 6.2 Folgestudien | 46 |
| 7 DISKUSSION | 48 |
| 7.1 Stärken der Forschung..... | 48 |
| 7.2 Schwächen der Forschung..... | 49 |
| 7.3 Kritische Betrachtung der Ergebnisse..... | 50 |
| 8 FAZIT | 51 |
| LITERATURVERZEICHNIS | 53 |
| TABELLENVERZEICHNIS | 57 |
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS | 58 |
| ANHANG..... | 59 |
| I Interviewleitfaden zu den Teilfragen mit Beispielfragen..... | 59 |
| II Interviews | 61 |
| a Interview mit Person 1 | 61 |
| b Interview mit Person 2 | 68 |
| c Interview mit Person 3 | 76 |
| d Interview mit Person 4 | 84 |
| e Interview mit Person 5 | 89 |
| f Interview mit Person 6 | 95 |
| g Interview mit Person 7 | 105 |

| | | |
|-----|---|-----|
| h | Interview mit Person 8 | 113 |
| i | Interview mit Person 9 | 121 |
| j | Interview mit Person 10 | 131 |
| k | Interview mit Person 11 | 138 |
| l | Interview mit Person 12 | 147 |
| III | Auswertung | 153 |
| a | Qualitative Inhaltsanalyse | 153 |
| b | Letzte Reduktion der Inhaltsanalyse | 191 |

1 EINFÜHRUNG

Auf Grundlage von Theorien wurde festgestellt, dass eine medizinisch-psychiatrische Diagnose eine Stigmatisierung bei den Professionen, die in der Sozialpsychiatrie tätig sind, hervorruft. Sie sind durch ihre Vorerfahrungen mit dem Klientel vorbelastet und nehmen die dadurch entwickelte Haltung mit in einen neuen Kontakt. Dies gab Anlass, das soziale Phänomen der Stigmatisierung im ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu untersuchen.

Im Folgenden sind zunächst der Forschungsanlass, darauf aufbauend die Ziele und daran anschließend die Forschungshaupt- und Teilfragen beschrieben. Dies hat den Hintergrund, dass bereits an dieser Stelle in das Thema eingeleitet wird. Danach ist der theoretische Rahmen dargestellt, auf dem die Forschung basiert. Daran knüpft die Beschreibung des Forschungsrahmens an. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse der Forschung, worauf die anschließenden Schlussfolgerungen beruhen. Nachfolgend werden Empfehlungen aufgrund der festgestellten Schlussfolgerungen ausgesprochen. Abschließend wird die vorliegende Forschung kritisch betrachtet und durch eine Stärken- und Schwächenanalyse diskutiert. Ein Fazit rundet die vorliegende Bachelor-Thesis ab.

1.1 Forschungsanlass

Der Anlass der Forschung ist, dass sich eine medizinisch-psychiatrische Diagnose auf den Umgang von Sozialpädagogen mit ihren Klienten auswirkt. Da eine medizinisch-psychiatrische Diagnose bei jedem Menschen zunächst Assoziationen hervorruft, wirkt sich die Diagnose in irgendeiner individuellen Weise auch auf den Umgang eines Sozialpädagogen mit seinen Klienten mit psychischer Erkrankung aus. In der vorliegenden Forschungsarbeit geht es speziell um den Umgang von Sozialpädagogen mit ihren Klienten innerhalb der Arbeit im ambulant betreuten Wohnen¹. In der sozialpsychiatrischen Praxis solcher Einrichtungen konnte mehrfach unabhängig voneinander erlebt, beobachtet und durch Schilderungen von Fachkräften erfahren werden, dass diese Auswirkungen bewusst oder unbewusst sowie positiv oder aber auch negativ sein können.

¹ Im Folgenden wird das ambulant betreute Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung „BeWo“ genannt.

Negative Auswirkungen in Form von Stigmatisierung beziehen sich beispielsweise auf eine nicht optimale Förderung und damit eine Hinderung an der Weiterentwicklung hin zu einem selbstständigen Leben. Als Oberthema stellt sich die Frage, ob eine medizinisch-psychiatrische Diagnose aufgrund ihrer Folgen für die Arbeit im sozialpsychiatrischen Bereich notwendig ist. Außerdem kann überlegt werden, ob stattdessen eine fachspezifische, also in diesem Fall eine sozialpädagogische Diagnose, ausreicht oder sogar angemessener bzw. hilfreicher für eine professionelle, sozialpädagogische Arbeit ist. Durch die Forschung wurde nun für das genannte Arbeitsfeld eine spezifische Problembeschreibung erstellt.

1.2 Ziele der Forschung

Nach Schaffer (2009) ist die Klärung des Ziels der Forschung besonders wichtig, bevor eine Untersuchung stattfinden kann. Das Ziel dient als Grundlage für die Forschungsfrage und hilft, diese zu präzisieren. Außerdem gehen daraus die Art und der Typ der Forschung hervor.

Die Ziele der Forschung sind in kurzfristige und langfristige Ziele unterteilt. Außerdem bestehen Ziele auf der Mikro-, der Meso-, sowie der Makroebene. Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über diese Ziele. Im Anschluss daran erfolgt eine genauere Beschreibung.

Tabelle 1: Übersicht Forschungsziele

| | Kurzfristige Ziele | Langfristige Ziele |
|-------------------|--|--|
| Mikroebene | <ul style="list-style-type: none"> – Erkenntnisse über den Stellenwert der med.-psych. Diagnose bei den Sozialpädagogen – Beschreibung des Problems im Umgang mit den Klienten | <ul style="list-style-type: none"> – Professionalisierung des Umgangs mit Menschen mit psychischer Erkrankung – Beitrag zur Prävention von Stigmatisierung der Klienten durch Sozialpädagogen (Sensibilisierung) |

| | | |
|-------------------|--|---|
| Mesoebene | <ul style="list-style-type: none"> – Erkenntnisse über den Stellenwert der med.-psych. Diagnose im BeWo – Beschreibung des Problems im BeWo im Umgang mit den Klienten | <ul style="list-style-type: none"> – Beitrag zur Prävention von Stigmatisierung der Klienten im BeWo – Handlungsempfehlungen für (ambulante) Einrichtungen durch weiterführende Forschungen |
| Makroebene | <ul style="list-style-type: none"> – Auf das Problem aufmerksam machen, da auch in der Gesellschaft oder anderen Einrichtungen präsent | <ul style="list-style-type: none"> – Abbau der Stigmatisierung in der Gesellschaft → Inklusion |

Ein kurzfristiges Ziel der Forschung stellt der Erkenntnisgewinn über den Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Diagnose bei den Sozialpädagogen dar. Dieses Ziel soll langfristig zu einer Professionalisierung des Umgangs mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung seitens der Sozialpädagogen führen. Außerdem soll zur Prävention von Stigmatisierung der Klienten durch Sozialpädagogen beitragen, indem mit der Forschungsarbeit dafür sensibilisiert wird.

Darüber hinaus sollen durch die Forschung kurzfristig Erkenntnisse über den Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Diagnose im BeWo gesammelt und eine Beschreibung des Problems im BeWo im Umgang mit den Klienten erstellt werden. Langfristig soll auch auf der Mesoebene und damit in den Einrichtungen des BeWo ein Beitrag zur Prävention von Stigmatisierung der Klienten geleistet werden. Überdies sollen weitere Forschungen angeregt werden, um daraus langfristig Handlungsempfehlungen für (ambulante) Einrichtungen zu entwickeln.

Die vorliegende Forschung soll ferner die Gesellschaft auf das beschriebene Problem aufmerksam machen, da es auch dort und in anderen Einrichtungsformen präsent ist². Langfristig soll die Forschung außerdem zum Abbau von Stigmatisierung in der Gesellschaft beitragen und damit einen Beitrag zur Inklusion leisten.

² Siehe 2 Theoretischer Rahmen

1.3 Hauptfrage

Auf Grundlage des oben angegebenen Anlasses, sowie der genauen Beschreibung der Zielsetzung ergibt sich folgende Forschungshauptfrage:

„Wie erleben Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens die Auswirkungen von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf die professionelle Arbeit mit ihren Klienten?“

1.4 Konzeptuelles Modell

Das konzeptuelle Modell zeigt in der folgenden Abbildung 1 auf der rechten Seite das Schlüsselkonzept der Forschung. Auf der linken Seite sind die Variablen dargestellt, die das Schlüsselkonzept beeinflussen. Das Schlüsselkonzept ist der Umgang der Sozialpädagogen mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose innerhalb der Betreuung im ambulant betreuten Wohnen. Dieser Umgang wird zum einen durch die Vorerfahrungen der Sozialpädagogen in Bezug auf die medizinisch-psychiatrische Diagnose bedingt. Zum anderen beeinflusst die Haltung der Sozialpädagogen in Bezug auf die Verwendung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose diesen Umgang. Der Umgang mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose innerhalb der Teamsitzungen im ambulant betreuten Wohnen stellt außerdem eine weitere Variable dar.

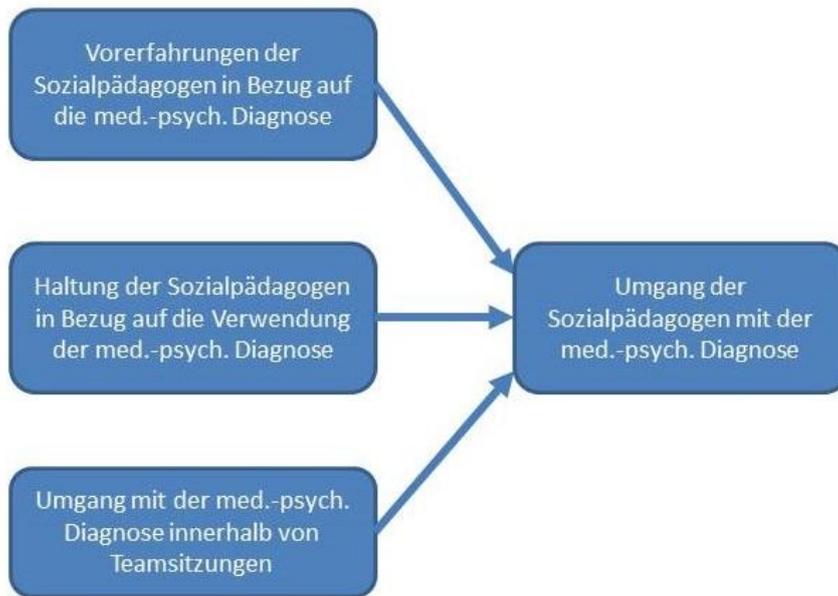


Abbildung 1: Konzeptuelles Modell

1.5 Teilfragen

Die im konzeptuellen Modell genannten Variablen galt es in der vorliegenden Forschung zu erfragen, um das Schlüsselkonzept beleuchten und damit die Forschungshauptfrage beantworten zu können. Hierzu wurden Teilfragen formuliert, die im Folgenden aufgezeigt werden.

1. Welche Haltung haben Sozialpädagogen im ambulant betreuten Wohnen in Bezug auf eine medizinisch-psychiatrische Diagnose?
2. Welchen Einfluss haben Vorerfahrungen von Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens, welche durch die Arbeit mit Klienten mit einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose entstanden sind, auf den professionellen Umgang mit Menschen mit jeweils der gleichen Diagnose?
3. Welche Relevanz hat eine medizinisch-psychiatrische Diagnose im ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus Sicht des Sozialpädagogen?
4. Welche Auswirkungen hat die medizinisch-psychiatrische Diagnose auf die Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus Sicht eines Sozialpädagogen im ambulant betreuten Wohnen?

2 THEORETISCHER RAHMEN

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem theoretischen Rahmen der Forschungsarbeit. Es schafft mit der Präzisierung der Forschungsfragen und den wissenschaftlichen Fakten zu relevanten Themen der Forschung eine Grundlage für die darauf folgende Arbeit.

2.1 Präzisierung der Forschungsfragen

Das Festlegen dient dazu, Begriffe, die in der Forschungsfrage auftauchen, messbar zu machen. Das Ziel der Festlegung der Begriffe „besteht also in der Messbarmachung beziehungsweise in der Schaffung der Voraussetzungen für die empirische Erhebung komplexer und/oder latenter Sachverhalte“ (Häder, 2015, S. 45). Durch die Messbarmachung wird deutlich, ob und wie der Sachverhalt in der Realität vorliegt und vor allem, inwiefern er untersuchbar ist. Dieser Schritt ist demnach notwendig, um überhaupt eine Forschung durchführen und damit eine bestehende Forschungsfrage beantworten zu können (Häder, 2015).

Im Folgenden werden die Begriffe der Forschungshauptfrage und der Teilfragen festgelegt und präzisiert. Dadurch soll bei allen Leserinnen und Lesern der Bachelor-Thesis Konsens darüber erreicht werden, welche Bedeutung die Begriffe haben. Daher sind die Begriffe auf das Verständnis der Verfasser gestützt. Die Begriffe sind eineindeutig. Das heißt, einmal festgelegte Begriffe haben auch bei wiederholtem Vorkommen für die ganze Arbeit die gleiche Bedeutung.

Tabelle 2: Festlegung der Begriffe der Forschungsfragen

Forschungshauptfrage: Wie erleben Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens die Auswirkungen von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf die professionelle Arbeit mit ihren Klienten?

– *Erleben*

Mit „erleben“ ist in diesem Zusammenhang die Wahrnehmung der Sozialpädagogen in Bezug auf das Thema gemeint. Das Adjektiv bezieht sich auf das Substantiv „das Erleben“ und beschreibt die Art, wie etwas auf jemanden wirkt und wie dieser etwas bewusst erlebt.

- *Ambulant betreutes Wohnen*
Siehe unter Punkt „2.4 Institution ‚Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung““.
- *Auswirkungen*
Auswirkungen sind die Folgen oder Konsequenzen einer bestimmten Handlung oder eines Geschehens.
- *Medizinisch-psychiatrische Diagnose*
Siehe unter Punkt „2.2 Medizinisch-psychiatrische Diagnose“.
- *Professionelle Arbeit*
Die professionelle Arbeit besteht aus den beiden Worten „professionell“ und „Arbeit“. Professionell kann von dem Substantiv Professionalität abgeleitet werden, was Fertigkeiten oder Kompetenzen beschreibt, die von Personen einer Berufsgruppe verlangt werden (Onpulsion.de GbR, o.J.). Die Arbeit bezeichnet die Ausführungen beruflicher Tätigkeiten. Demnach beschreibt die professionelle Arbeit bezogen auf das vorliegende Thema den Umgang der Sozialpädagogen mit Klienten innerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit, die auf dem Berufskodex der Sozialen Arbeit, sowie auf das durch ihre Ausbildung erlangte Wissen beruht.
- *Klienten*
Ein Klient ist eine Person, die Hilfe bei einer anderen Person sucht und dieser einen konkreten Auftrag für diese Hilfe erteilt.

Teilfrage 1: Welche Haltung haben Sozialpädagogen im ambulant betreuten Wohnen in Bezug auf eine medizinisch-psychiatrische Diagnose?

- *Haltung*
Jeder Sozialpädagoge hat eine professionelle Haltung, die er in seinem Beruf einfließen lässt. Sie ist geprägt durch gemachte Erfahrungen und durch das Wissen, das ein Sozialpädagoge im Rahmen seines Studiums erlernt hat. Müller (2008) nennt sie die multiperspektivische professionelle Haltung der Sozialarbeiter, die die Leitideen der Sozialarbeiter, wie z.B. die Lebensweltorientierung oder die Kundenorientierung, beinhaltet.

Teilfrage 2: Welchen Einfluss haben Vorerfahrungen von Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens, welche durch die Arbeit mit Klienten mit einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose entstanden sind, auf den professionellen Umgang mit Menschen mit jeweils der gleichen Diagnose?

– *Einfluss*

Mit Einfluss ist hier die Wirkung bestimmter Gegenstände auf einen anderen unabhängigen Gegenstand gemeint. Diese Wirkung ist so effektiv, dass sie etwas in dem bis dato „unbehandelten“ Gegenstand auslöst. Die Wirkung kann positiv wie negativ sein.

– *Vorerfahrungen*

Vorerfahrungen sind in der Vergangenheit erlebte Dinge und Eigenschaften (Schlottmann, 2007). Für den Menschen, der diese Dinge erlebt hat, stellen sie einen Wert dar. Sie können außerdem möglicherweise in zukünftigen Kontexten weiterverarbeitet werden.

Teilfrage 3: Welche Relevanz hat eine medizinisch-psychiatrische Diagnose im ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus Sicht des Sozialpädagogen?

– *Relevanz*

Die Relevanz eines bestimmten Sachverhaltes stellt die Wichtigkeit in einem bestimmten Zusammenhang dar.

– *Sichtweise*

Die Sichtweise eines Sozialpädagogen stellt ausschließlich den Gesichtspunkt eines Sozialpädagogen dar und ist somit zunächst nicht auf andere Professionen und andere Personen übertragbar.

Teilfrage 4: Welche Auswirkungen hat die medizinisch-psychiatrische Diagnose auf den Umgang mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus Sicht eines Sozialpädagogen im ambulant betreuten Wohnen?

Alle in Teilfrage 4 enthaltenen Begriffe sind bei den Teilfragen 1 – 3 bereits erklärt.

2.2 Medizinisch-psychiatrische Diagnose

Eine medizinisch-psychiatrische Diagnose ist die Bestimmung und Benennung einer psychischen Störung und damit die Bewertung der Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften von Personen. Dies geschieht durch die Einordnung des beobachteten Verhaltens in ein bewährtes Diagnosesystem, also die Klassifizierung und Kategorisierung. Menschen, bei denen eine psychische Störung festgestellt, also eine Diagnose bestimmt wird, sind in Emotionen, Verhalten oder Denkprozessen, die entweder einen Leidensdruck auslösen oder aber auch die Person daran hindern, ihre Ziele zu erreichen, beeinträchtigt. Eine Diagnose stellt fest, auf welche Art und Weise sich eine Person hinsichtlich bestimmter Dimensionen von anderen unterscheidet oder aber diesen auch gleicht (Zimbardo & Gerrig, 2004). Sie besteht aus verschiedenen Krankheitsmerkmalen bzw. Symptomen, die die Diagnose identifizieren lassen.

Diagnosen sind in Klassifikationssysteme eingeordnet, um Krankheitsbeschreibungen allgemeingültig halten zu können und die Übereinstimmung psychiatrischer Diagnosen verschiedener Fachleute zu erhöhen. Außerdem kann dadurch eine Einschätzung über den Gesundheitszustand eines Menschen getroffen und sich darüber verständigt werden. Eine Klassifikation muss immer valide und reliabel sein. Das heißt, dass sie zum einen die Störungen erfassen muss, die sie zu erfassen beansprucht, und zum anderen bei wiederholter Klassifikation des gleichen Sachverhaltes eine gleiche Zuordnung erfolgen muss. Dies hat zur Folge, dass medizinisch-psychiatrische Diagnosen oft nur vorläufig gestellt werden können (Trost & Schwarzer, 2013).

Die Klassifikation findet aktuell nach dem ICD-10 und dem DSM V statt. Der ICD-10 ist die zehnte Auflage der „International Classification of Diseases“. Im fünften Kapitel sind unter der Kategorie „F“ psychische Störungen klassifiziert. Dort sind Zusammenstellungen und Beschreibungen von Krankheitsbildern anhand von Kriterien, die als Symptome gelten, dargestellt. Dadurch kann eine bestimmte Zahl an Symptomen, die über einen bestimmten Zeitraum präsent sind, für ein bestimmtes Störungsbild sprechen. Die Klassifikation nach dem ICD-10 dient als Verbindlichkeit im Gesundheitssystem. Alle medizinisch-psychiatrische Diagnosen in ärztlichen Gutachten, Stellungnahmen oder Arztberichten orientieren sich daran und sind für den multiprofessionellen und interdisziplinären Austausch von Bedeutung. Nur Psychiater dürfen medizinisch-

psychiatrische Diagnosen stellen. Darüber hinaus gibt es das amerikanische Klassifikationssystem „*Diagnostic and statistical Manual for Psychiatric Diseases*“ in der fünften Ausfertigung (DSM V). Der ICD und der DSM unterscheiden sich nicht wesentlich, sondern stimmen im weitesten Sinne überein und ergänzen sich. Beide Klassifikationssysteme arbeiten multiaxial, das heißt, sie sind in mehrere Achsen eingeteilt. Der ICD-10 beinhaltet drei Achsen. Neben der klinischen Diagnose sind die sozialen Funktionseinschränkungen und die abnorme psychosoziale Situation als Achsen festgehalten (Trost & Schwarzer, 2013). Die vorliegende Forschung konzentriert sich ausschließlich auf die klinische Diagnose, die die psychiatrischen Diagnosen enthält.

Die medizinisch-psychiatrische Diagnose hat außerdem unterschiedliche Funktionen. Es kann dadurch beispielsweise eine Aufdeckung spezifisch abnormer Mechanismen erfolgen und so ein Zugang zu einem Menschen gefunden werden, dessen Verhaltensweisen und Äußerungen für Außenstehende zunächst unverständlich bleiben. Des Weiteren zeigt Stieglitz (2008) externe Forderungen nach Qualitätssicherung mit dem Ziel der Kontroll- und Steuerungsfunktion als Zweck der Diagnose auf. Daneben ist die Selektion von Interventionsstrategien eine Funktion. Dies bedeutet, dass für bestimmte Diagnosen bestimmte Interventionen angewandt werden, um ein bestimmtes Ziel dabei zu verfolgen. Auch die Entwicklung neuer Therapieverfahren, deren Wirksamkeit entsprechend belegt werden muss, profitiert von der Klassifikation und dem Stellen der Diagnosen. Darüber hinaus dient die Diagnose der Beschreibung, der Identifikation und als Erklärung für verschiedene Verhaltensweisen eines Menschen (Stieglitz, 2008). So beschreibt auch Wittchen (2013), dass „erst mit der Vergleichbarkeit [durch die Klassifikation] es möglich [war], vernünftig die pathogenetischen Mechanismen, Verläufe und Therapien dieser Störungen zu erforschen“ (S. 73). Diese Ausführungen zeigen ausschließlich den gewünschten Nutzen einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose. Darüber hinaus kann sie jedoch auch Nachteile mit sich bringen, die unter anderem im Folgenden³ dargestellt werden.

³ Siehe 2.5 Kritische Betrachtung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose

2.3 Geschichte der Diagnose

Bereits in der Antike galt der Begriff „Diagnose“ als Grundlage für ärztliches Denken und Handeln. Das Krankheitsmodell, das zur Beschreibung und Erklärung geistiger Krankheiten verhalf, ist erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts eingeführt worden. Zuvor galt man als besessen und böse, wenn man unter einer psychischen Erkrankung litt. Deshalb war die Einführung dieses Modells, also die Einstufung der Diagnosen, eine Entlastung für die Betroffenen (Rentzsch & Schütz, 2009).

1970 wurde als Alternative zum Krankheitsmodell das Kontinuum-Modell geschaffen. Dabei wurden psychologische und sozialwissenschaftliche Perspektiven als Erklärung für psychische Störungen genutzt. Die Bedingungen im Umfeld eines Betroffenen, die die Störung aufrechterhalten, erfuhren besondere Berücksichtigung. Die körperlichen Beschwerden wurden in der Bestimmung und Benennung der psychischen Störung nicht sonderlich beachtet. Ein weiterer Faktor dieses Modells ist die dimensionale und nicht kategoriale Beschreibung der Störungen. Rentzsch und Schütz (2009) beschreiben dimensional als „mehr oder weniger ängstlich“, während kategorial bezüglich dieses Beispiels „Angstsymptome ja vs. nein“ bedeutet.

Im Verlauf der Zeit gab es Hinweise darauf, dass Diagnosen stark subjektiv gestellt werden. Dies brachte die Entwicklung der klinischen Klassifikationssysteme mit sich. Dadurch sind genaue Kriterien zur Vergabe einer Diagnose vorhanden. Eine Studie nach Rosenhain in 1978, bei der sich gesunde Menschen in eine Klinik einliefern lassen haben, in Gesprächen wahrheitsgemäße Antworten gaben und trotzdem eine Diagnose erhielten, gab hierfür den Anstoß (Rentzsch & Schütz, 2009).

2.4 Institution „Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung“

Das BeWo betreut Menschen mit einer psychischen Erkrankung und Behinderung und/oder Abhängigkeitserkrankung, die in ihrer eigenen Wohnung bzw. in einer Wohngemeinschaft leben. Innerhalb der Betreuung wird die für sie effektivste Hilfe entwickelt. Die Zielgruppe ist aufgrund der gegebenen Umstände meist nicht in der Lage,

ihre Ressourcen zu aktivieren und zu fördern, um eine eigenständige und selbstverantwortliche Lebensführung zu erreichen. Die Klienten werden bei individuellen Problemen in der alltäglichen Lebensbewältigung unterstützt (Burkhardt & Haber, o.J.). Zu den Aufgabenbereichen des ambulant betreuten Wohnens zählt die Unterstützung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit. In der Betreuung wird das Konzept des Empowerments nach Herriger (2006) verfolgt. Es wird also, wie oben bereits benannt, ressourcen- und zielorientiert gearbeitet. Das Ziel dieses Konzeptes ist, „sie bei der Suche nach Lebensräumen und Lebenszukünften zu unterstützen, die einen Zugewinn von Autonomie, sozialer Teilhabe und eigenbestimmter Lebensregie versprechen“ (Herriger, 2006, S. 7). Dabei werden die psychischen Auffälligkeiten im sozialen Kontext als für die Klienten bestmögliche Reaktion auf unerträgliche Lebensumstände gewertet.

Die in den nachfolgenden Punkten dargestellte Forschung fand innerhalb der Institution BeWo statt. Um eine Verbesserung der Hilfeleistung zu gewährleisten, wurde diese bei zwei unterschiedlichen Trägern durchgeführt. Zum einen wurde das BeWo der Alexianer Münster GmbH, zum anderen das des Verbundes sozialtherapeutischer Einrichtungen (VSE) NRW e.V. hinzugezogen. Beide Träger arbeiten mit Menschen, bei denen eine psychische Erkrankung oder Behinderung diagnostiziert wurde. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass diese Menschen zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung mitbringen. Dennoch sind Unterschiede in der Struktur der beiden Institutionen vorhanden. Die Zielgruppe der Alexianer Münster GmbH sind erwachsene Menschen ab 18 Jahren. Das BeWo des VSE NRW e.V. hingegen spezialisiert sich auf die Zielgruppe junge Erwachsene im Alter von 18 bis 27 Jahren. Beide Einrichtungen arbeiten in der Sozialhilfe nach §53 SGB XII und in der Jugendhilfe nach §35a SGB VIII. Darüber hinaus bestehen Unterschiede in der konzeptionellen Struktur der Träger. Der VSE ist ein basisdemokratischer Verein, sodass keine Hierarchie vorhanden ist und somit das Team die Leitung der Einrichtung darstellt. Das BeWo der Alexianer hat im Gegenzug eine Leitung, die Entscheidungen trifft und das Team und die Strukturen innerhalb der Einrichtung koordiniert. Diese Unterschiede machen es möglich, mit der vorliegenden Forschung gleichzeitig die Übertragbarkeit der Problemstellung auf unterschiedliche Konzepte zu betrachten.

Da die Hilfeleistungen oft durch einen regionalen Kostenträger finanziert werden, muss dieser Kostenträger von der Notwendigkeit der Hilfen überzeugt werden. Indem eine medizinisch-psychiatrische Diagnose von einem Psychiater gestellt wird, wird die Erkrankung klassifiziert und kann vom Kostenträger einheitlich eingestuft und damit abgerechnet werden. Außerdem kann eine vorhandene medizinisch-psychiatrische Diagnose dem Betreuer im BeWo dabei behilflich sein, entsprechende Betreuungsmöglichkeiten an den Klienten angepasst auszuwählen. Daneben ist der Sozialpädagoge womöglich dadurch in der Lage, ein besseres Verständnis und damit einen besseren Zugang zu einem Klienten herzustellen.

2.5 Kritische Betrachtung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose

Vorgehensweisen und das eigene Handeln müssen nach Staub-Bernasconi (2007) kritisch betrachtet und hinterfragt werden, um der Profession der Sozialen Arbeit gerecht werden zu können. So muss auch die Verwendung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose kritisch beleuchtet werden. Hierbei wird deutlich, dass die Verwendung neben der zum Teil bereits beschriebenen positiven, funktionellen, auch negative Auswirkungen mit sich bringen kann. So kann eine medizinisch-psychiatrische Diagnose verschiedenste Stigmatisierungen auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene entstehen lassen.

Bei einer Stigmatisierung wird ein Merkmal, welches von der Gesellschaft als negativ bewertet wird, von einer Person einer anderen Person oder einer Personengruppe zugeschrieben. Solche Merkmale können von außen sichtbar oder auch unsichtbar sein und stellen meist eine Abweichung von der Mehrheit dar (Sorger, 2004). Nach Riecher-Rössler (2016) bedeutet Stigmatisierung, „einem Individuum mit einer negativen Einstellung zu begegnen, welche auf Vorurteilen oder Falschinformation bezüglich einer Eigenschaft oder Erkrankung der betreffenden Person beruht“ (Riecher-Rössler, 2016, S. 14). Eine Stigmatisierung wirkt in dem Sinne, dass ein vorliegendes Merkmal, wie beispielsweise eine medizinisch-psychiatrische Diagnose, negativ beschrieben wird. Oft wird diese durch weitere negative, durch Vorerfahrungen bedingte Merkmale, die ei-

gentlich nichts mit der betroffenen Person zu tun haben, ergänzt. Außerdem wird eine Person oft auf ein Merkmal reduziert, sodass zusätzlich beispielsweise der Umgang mit der Person beeinflusst wird (Sorger, 2004). Sorger (2004) beschreibt in ihren Ausführungen, dass Folgen der Stigmatisierung ebenfalls auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Dabei handelt es sich einerseits um die „Ebene der Teilhabe des Individuums an der Gesellschaft“. Andererseits ist die „Ebene der Interaktion mit Nicht-Stigmatisierten“ betroffen und zuletzt die „der Veränderung der Person in ihrer Identität“ (Sorger, 2004, S. 1).

Da jeder Mensch individuelle Erfahrungen macht und so individuelle Assoziationen mit einer Diagnose oder deren Kriterien verbindet, können die Auswirkungen nicht verallgemeinert werden. Einerseits kann es für einen Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Erleichterung darstellen, eine Diagnose zu erhalten. So kann sie eine Erklärung bestimmter Gefühle oder Verhaltensweisen darstellen, sodass „die Zeit der Ungewissheit vorbei ist“ (Schaeffer, 2010, S. 5). Dies kann sich besonders positiv auf die Behandlung der psychischen Erkrankung auswirken und ein Teil der dafür wichtigen Psychoedukation sein. Für einen anderen Menschen führt eine Diagnose dazu, sie als Rechtfertigung für das eigene Handeln und Fühlen zu nutzen und sich so selbst zu stigmatisieren. Eine Selbststigmatisierung kann in der Form entstehen, dass Betroffene die negative Haltung anderer Menschen in Bezug auf die psychische Erkrankung verinnerlichen und so eine Abwertung der eigenen Persönlichkeit vornehmen (Schomerus, 2009). Eine solche Haltung kann sich besonders negativ auf die Behandlung auswirken. So wird vielleicht nicht versucht, eventuell vorhandene Ressourcen zu aktivieren und nutzen zu lernen, um damit etwas an der Situation zu ändern (Ben-Zeev, Young, & Corrigan, 2010).

Die Diagnose kann sich aber genauso auf Personen auswirken, die mit Menschen mit diagnostizierter psychischer Erkrankung arbeiten, wie beispielsweise Sozialpädagogen. Jeder Mensch und vor allem Professionals, die im sozialpsychiatrischen Bereich arbeiten, assoziieren aufgrund ihrer Vorerfahrungen bewusst oder auch unbewusst etwas mit einer Diagnose. Diese Assoziationen, ob sie nun positiv oder negativ belastet sind, beeinflussen den Umgang mit dem Menschen, der die Diagnose erhalten hat. Dies kann

dazu führen, dass die professionelle Hilfe besonders individuell oder nicht individuell auf den Klienten und seine individuelle Situation abgestimmt wird.

Laut Martino et al. (2012) setzen sich Fachleute im professionellen Kontext besonders für die Rechte von Betroffenen ein. Allerdings wird aufgezeigt, dass sie außerhalb des professionellen Umfelds aufgrund des Wissens über psychische Erkrankungen Betroffene vermehrt und öfter meiden als andere Personen in der Gesellschaft.

Die medizinisch-psychiatrische Diagnose kann ebenso Auswirkungen auf die Mesoebene und damit auf das soziale Umfeld des Betroffenen oder auch auf die Makroebene, also auf die Gesellschaft, haben. Auch hier kann das Wissen über die Diagnose einerseits zu einem besseren Verständnis oder aber andererseits auch zu einer Stigmatisierung der betroffenen Person bzw. Personengruppen führen.

Diese kritische Betrachtung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose sollten sich Professionals in der Arbeit mit Menschen mit psychischer Erkrankung immer bewusst vor Augen halten. So kann der Entstehung oder dem Bestehen von Nachteilen beispielsweise im Sinne der Menschenrechte entgegengewirkt werden.

2.6 Relevanz für die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit

Einen Nutzen von dieser Forschung haben vor allem die Betroffenen, da daraus ein adäquater, also dem Klientenauftrag sowie dem Einrichtungsziel entsprechender Umgang mit ihnen innerhalb des BeWo folgen kann. Außerdem erhalten die Sozialpädagogen selbst und die Institutionen des BeWo einen Nutzen von der Forschung, da eine kritische Haltung zum Umgang eingenommen und ein gegebenenfalls bestehendes Problem bewusst gemacht wird. So wird eine Professionalisierung möglicherweise vorangetrieben.

Kostenträger des BeWo in Münster ist neben der Stadt Münster, dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien, seit dem 01.07.2003 auch der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL). Die Entwicklungen zeigen, dass dieser nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ vorgeht und seit Zuständigkeitsübernahme dementsprechend viele Hilfen so weit wie möglich von stationärer auf ambulante Unterstützung umstellt. Dies

soll die Selbstbestimmung der Menschen mit einer Behinderung fördern (Landschaftverband Westfalen-Lippe, o.J.). Laut Schwab (2015) soll so außerdem die Ausgrenzung aus der Gesellschaft aufgrund von Stigmatisierung verringert und damit Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden. Falls jedoch eine Stigmatisierung durch Sozialpädagogen auch im BeWo stattfindet, sind die Klienten auch im ambulanten Rahmen nicht vor dem gesellschaftlichen Phänomen geschützt.

Durch die vorliegende Forschung wurde untersucht, wie Sozialpädagogen die Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose auf den Umgang mit ihren Klienten im BeWo erleben. Da, wie bereits beschrieben, in Fachbereichen der Sozialpsychiatrie aufgrund der medizinisch-psychiatrischen Diagnose stigmatisiert wird und dies gegen den beschriebenen Grundsatz, gegen dessen Ziel und vor allem gegen die Menschenrechte sprechen würde, besteht ein besonderer Anlass zur Durchführung der Forschung. Wie beschrieben, ist die Diagnose die Voraussetzung für die Arbeit mit den Klienten, sodass zunächst das Hauptaugenmerk auf diese gerichtet und an den vorhandenen Problemen angeschlossen wird. Aufgrund der Stigmatisierung durch den Sozialpädagogen entstehen auch Folgen für den Klienten, der sich in diesem Fall auf der Mikroebene befindet. Durch die Stigmatisierung nimmt der Klient sich selbst anders wahr. „Er verschließt damit den Blick auf seine Fähigkeiten und Potentiale, wodurch es für ihn fast unumgänglich wird, diese zu aktivieren und auf sie zurückzugreifen“ (Witteck, 2014, S. 84). Dadurch wird ein ressourcenorientiertes Arbeiten erschwert. Dies hat zur Folge, dass die Entwicklung der Klienten negativ beeinflusst wird (Witteck, 2014). Ebendies ist auf das BeWo übertragbar. Aufgrund der Stigmatisierung kann das Ziel, eine eigenständige und selbstverantwortliche Lebensführung zu entfalten, nicht oder nur erschwert erreicht werden.

Das BeWo und die dort tätigen Sozialpädagogen stellen die Mesoebene dar. Folgen können hier sein, dass sie dem Auftrag des Klienten und der Vereinbarung mit dem Kostenträger nicht gerecht werden und den Klienten nicht wie geplant individuell unterstützen. Unter dieser Situation könnte wiederum die Qualität der Betreuung leiden. Da der Prozess der Umstellung zurzeit immer noch aktuell ist und die Forschung zur Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs beiträgt, ist deren Durchführung besonders wichtig und notwendig.

Darüber hinaus besitzt die Forschung Relevanz, da sie auf andere Institutionen übertragbar ist. Durch die im Jahr 2006 verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention, die 2009 von Deutschland unterschrieben wurde, wurde die Inklusion, die bis heute nicht vollständig umgesetzt ist, für Deutschland verpflichtend. Dabei geht es darum, dass Menschen mit Behinderungen die gleichen Rechte und die gleiche Würde wie gesunde Menschen genießen dürfen. Außerdem strebt sie gegen Diskriminierung, Ausgrenzung und Stigmatisierung von Menschen mit Behinderungen (De Campos Velho Martel, 2011). Auch dies zeigt, dass die vorliegende Forschung relevant ist.

Sozialpädagogen sind durch ihre Profession in der Pflicht, der Stigmatisierung entgegen zu wirken und sie zu verhindern. Durch das fortlaufende Reflektieren der vorhandenen Probleme, ihrer Werte und der persönlichen Vorurteile sollten sie in der Lage sein, sich der Stigmatisierung bewusst zu sein (Ahmedani, 2011). Auch nach dem Berufskodex des DBSH⁴ haben die Sozialpädagogen den Auftrag, den Diskriminierungen, Ausgrenzungen und der Stigmatisierung entgegenzuarbeiten. Der Berufskodex beinhaltet die Eckpunkte der demokratischen Verfasstheit, Gerechtigkeit, Solidarität, Verwirklichungschancen und Menschenrechte. Mit Hilfe der Sozialen Arbeit ist es möglich, „in einem demokratischen Sozial- und Rechtsstaat ein „Mehr“ an Gerechtigkeit und Teilhabe für alle [zu] erzielen (DBSH, 2014, S. 14). Aufgrund der immerzu stattfindenden Diskriminierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung ist es notwendig, darauf aufmerksam zu machen, welche Haltung im Handeln verantwortet werden kann, um den Menschenrechten und damit dem Berufskodex der Sozialen Arbeit gerecht zu werden (DBSH, 2014). Corrigan (2007) überträgt den Sozialpädagogen ebenfalls die Verantwortung für die Prävention von Stigmatisierung in der Gesellschaft.

Der zuvor beschriebene theoretische Hintergrund der Forschung bezieht sich teilweise allgemein auf sozialpsychiatrische Arbeitsfelder, da konkret zum BeWo keine oder nur wenige Erkenntnisse zum Thema vorhanden sind. So kann eine Stigmatisierung auch in anderen Einrichtungen, wie beispielsweise in Pflegeheimen, Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder Kliniken, vorhanden sein. Überdies wird deutlich, dass die Stigmatisierung auch im internationalen Kontext ein soziales Phänomen darstellt. Durch die vorliegende Forschung wird auf diese mögliche Situation aufmerksam gemacht, sowie

⁴ Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.

weitere Forschungen zur Problemsignalisierung angeregt, um eine Auseinandersetzung mit dem professionellen Handeln zu veranlassen.

Für Sozialpädagogen ist es im Sinne der Sozialen Arbeit als Profession nach Staub-Bernasconi (2007) unabdingbar, sich das eigene Handeln bewusst zu machen, kritisch zu hinterfragen und es legitimieren zu können. Hierzu kann das Tripelmandat nach Staub-Bernasconi (2007) genutzt werden, welches aus drei Mandaten besteht, die der Sozialpädagoge im besten Fall miteinander vereinen sollte. Das erste Mandat ist das des Klienten, das zweite Mandat stellt das der jeweiligen Institution beziehungsweise der Gesellschaft dar. Als Sozialpädagoge gilt es, diese beiden Mandate zu vertreten, allerdings nur soweit, wie das Handeln durch das dritte Mandat legitimiert werden kann. Dies ist das der Sozialen Arbeit und besteht aus dem Ethikkodex, sowie der wissenschaftlichen Basis der Sozialen Arbeit. Erst die Nutzung dieses dritten Mandats lässt die Soziale Arbeit von einem Beruf zu einer Profession werden (Staub-Bernasconi, 2007). Die vorliegende Forschung dient dazu, nach dem Erleben der Sozialpädagogen zu den Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose zu fragen, um die mögliche Problematik beschreiben zu können und darauf aufmerksam zu machen. Dies geschieht mit dem Ziel, eine im Sinne des Tripelmandats, wenn noch nicht vorhanden, bewusster, legitimierte und damit professionellere Hilfe für den Klienten zu erreichen.

3 FORSCHUNGSRAHMEN

3.1 Forschungsart und -typ

Verschuren und Doorewaard (2010) unterscheiden zwei Arten der Forschung. Zum einen benennen sie die theorieorientierte und zum anderen die praxisorientierte Forschung. Bei der theorieorientierten Forschung geht es darum, entweder bestehende Lücken in der Theorie zu füllen oder bereits vorhandene Theorien weiterzuentwickeln. Daneben ist es bei dieser Art der Forschung möglich, bereits bestehende Theorien zu prüfen. Die praxisorientierte Forschung zielt darauf ab, Kenntnisse und Informationen zu schaffen, die dazu beitragen können, eine bestehende Situation in der Praxis zu verändern (Verschuren & Doorewaard, 2010). Auch Schaffer (2009) beschreibt die praxisorientierte Forschung, die sie Anwendungsforschung nennt. „Die Studien innerhalb der Anwendungsforschung gehen in der Regel von einem bestimmten sozialen Problem oder einer spezifischen sozialen Maßnahme aus, die es zu beforschen gilt, weil entweder noch sehr wenige, widersprüchliche oder keine gesicherten Kenntnisse existieren“ (Schaffer, 2009, S. 57). Dies stellt eine anwendungs- und praxisorientierte Forschung dar, da sie nicht Theorien belegen, ergänzen oder entwickeln, sondern primär eine Situation, die in der Praxis besteht, verändern soll. Dafür bildet die Forschung, wie im obigen Punkt „1.3 Ziele der Forschung“ bereits beschrieben, mit den Ergebnissen die Grundlage für diese Veränderung. Überdies wurden durch diese Forschung zunächst Kenntnisse über ein soziales Problem gewonnen, über das bisher noch keine weitreichenden Wissensbestände vorhanden waren.

Es gibt fünf Typen, die eine Forschung laut Verschuren und Doorewaard (2010) durchlaufen muss: Problem Analysis, Diagnosis, Design, Intervention/Change und Evaluation. Die Forschung siedelt im ersten Forschungstyp „Problem Analysis“ an. Am Anfang einer Forschung ist es notwendig, zunächst auf das Problem der Beteiligten aufmerksam zu machen, da das Problem womöglich nicht allen Beteiligten bewusst ist. Dies wird in dem Typ der „Problem Analysis“ verdeutlicht. Bei diesem Typ ist es wichtig, herauszufinden, was das Problem ist, was das Problem genau nach sich zieht, warum es ein Problem ist und wessen Problem es ist. Die Frage nach dem warum kann dadurch beantwortet werden, welche Unterschiede zwischen einer bestehenden Situation und den eigent-

lich zu vertretenden Werten und Normen zu erkennen sind. Daneben ist es jedoch auch möglich, die Frage mit unbeabsichtigten, negativen Konsequenzen der Situation zu beantworten. Dieser Typ zielt außerdem darauf ab, eine übereinstimmende Auffassung zwischen allen Beteiligten im Hinblick auf die genaue Beschreibung der bestehenden Situation zu schaffen. Es ist dabei von Bedeutung, als Forscher sowohl die aktuell bestehende als auch die wünschenswerte Situation zu betrachten (Verschuren & Doorewaard, 2010).

Die vorliegende Forschungsarbeit enthält diesen Forschungstyp, da Kenntnisse darüber fehlten, ob die bereits erforschte Stigmatisierung der Menschen mit einer psychischen Erkrankung durch verschiedene Professionen, die in der Sozialpsychiatrie tätig sind, auch bei Sozialpädagogen im BeWo vorhanden ist. Die Aufgabe war, zunächst zu erforschen, was genau das Problem ist, wie es sich im BeWo ausbreitet und warum es für die Sozialpädagogen ein Problem darstellt. Es wurde mit der Durchführung dieser Forschung darüber hinaus das vorhandene Problem zunächst signalisiert und verdeutlicht, dass es vorhanden ist, um dann, wie die langfristigen Ziele der Forschung beschreiben, darauf aufbauende Forschungen entwickeln zu können.

3.2 Forschungsstrategie und -Design

Vorliegend handelt es sich um eine empirische Sozialforschung. „Empirische Sozialforschung umfasst einen Fundus von Techniken, die ausgehend von klar umrissenen und theoretisch reflektierten Fragestellungen die regelgeleitete, systematische Hervorbringung von empirisch fundiertem (wörtlich Beobachtung bzw. Erfahrung gewonnenem) sozialwissenschaftlichem Wissen ermöglichen“ (Weischer, 2007, S. 16). Ziel der empirischen Sozialforschung ist zum einen die Aufdeckung neuer gesellschaftlicher Probleme und neuer sozialer Problemstellungen. Darüber hinaus stellt die Veränderung der Perspektive hinsichtlich vertrauter Phänomene ein Ziel dar. Hierfür sind eine detaillierte Beschreibung und erste Überlegungen über Ursachen des Phänomens notwendig. Die differenzierte Betrachtung der bekannten sozialen Probleme im zeitlichen Verlauf wird als weiteres Ziel der empirischen Sozialforschung aufgezeigt. Dafür sind die Erarbeitung der Ursachen, die Entwicklungstrends, das Anstellen von Prognosen und die Un-

tersuchung der Wirkungen von Maßnahmen zur Lösung eines Problems von Bedeutung (Weischer, 2007).

Mit der vorliegenden Forschung werden diese Ziele verfolgt. Es wurden Daten erhoben und Wissen ermittelt, um eine Beschreibung des bestehenden Problems zu erstellen. Darüber hinaus wird die Absicht verfolgt, das soziale Phänomen der Stigmatisierung innerhalb des BeWo aufzudecken und zu untersuchen, welche Empfindungen über Auswirkungen dessen wahrgenommen werden. Diese Tatsachen fundieren eine empirische Sozialforschung, bei der die oben genannten Faktoren an Bedeutung gewinnen.

Außerdem werden Erhebungsdesigns genutzt, um aussagekräftige Daten für die Prüfung aufgestellter Hypothesen oder eines festgestellten Problems zu sammeln. Die vorliegende Forschung verwendet das Design der Querschnittstudie. Querschnittstudien sind nach Schaffer (2009) eine Momentaufnahme in einem bestimmten Erhebungszeitraum, die Erhebung ist also einmalig. Die Forschung findet demnach in einem relativ kurzen Zeitraum statt und bildet einen aktuellen Zustand der Untersuchungsobjekte ab. „Methodologisch ist das Querschnittsdesign (im Unterschied zu experimentellen Designs) somit dadurch gekennzeichnet, dass (natürlich auch mehrere) [unabhängige Variablen] und [abhängige Variablen] zum selben Zeitpunkt erfasst werden“ (Paier, 2010, S. 43). Mit Querschnittstudien werden dementsprechend Querschnittsdaten produziert. Dies ist dann der Fall, wenn sich die Variablenwerte der Untersuchungseinheiten auf einen einheitlichen Zeitpunkt beziehen (Diekmann, 2008).

Die vorliegende Forschung erhebt die Empfindungen hinsichtlich der Auswirkungen einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose zum Zeitpunkt der Befragung. Möglicherweise haben sich die Probanden innerhalb der Befragung auf vergangene Erfahrungen berufen, die Erhebung hat jedoch ausschließlich zu einem bestimmten Zeitpunkt stattgefunden. Die Probanden wurden also nicht, wie es in einer Längsschnittstudie üblich ist, über einen längeren Zeitraum begleitet und nach einiger Zeit erneut befragt. Dies hat außerdem den Hintergrund, dass etwas an dem Problem verändert werden soll, welches zum Erhebungszeitpunkt festgestellt wurde.

Darüber hinaus wurde eine qualitative Sozialforschung durchgeführt. Nach Mayring (2002) gibt es fünf Grundsätze qualitativen Denkens. Zum einen wird eine stärkere

Subjektbezogenheit der Forschung gefordert. Dadurch geschieht die Berücksichtigung der Ganzheit eines Subjektes und der Gewordenheit. Außerdem ist die Orientierung an dem praktischen Problem von Bedeutung. Dies ist auch in der vorliegenden Forschung wichtig, da die Empfindungen der Auswirkungen einer Diagnose auf den professionellen Umgang mit Klienten aus dem Gewordensein, also mit der Haltung und den Werten und Normen, sowie den gesammelten Erfahrungen geschöpft werden. Es liegen also möglicherweise sehr individuelle Ergebnisse bei dieser Forschung vor. Überdies sind Probleme vorhanden, die vor allem in der Praxis deutlich werden, sodass auch dies ein Grund dafür ist, eine qualitative Forschung durchzuführen.

Des Weiteren ist die Betonung der Deskription ein Grundsatz qualitativen Denkens. Dabei wird eine genaue Beschreibung durch Einzelfallbezogenheit gefordert. Das bedeutet, bei einem einzelnen Fall, also bei einem Probanden, anzusetzen und somit der Gefahr auszuweichen, sich zu sehr vom Ausgangsmaterial, also von den einzelnen Fällen, zu entfernen. Diese „genaue Beschreibung ist nur möglich, wenn dem Gegenstand (dem Subjekt) mit möglichst großer Offenheit gegenüber getreten wird, die dabei eingesetzten methodischen Schritte jedoch einer genauesten Kontrolle unterworfen werden“ (Mayring, 2002, S. 24-25). Auch diese Faktoren spielten eine große Rolle in der vorliegenden Forschung. Wie oben bereits beschrieben, sind die Auswirkungen und deren Erleben sehr individuell ausgerichtet. Die qualitative Sozialforschung wird dieser Individualität gerecht und tritt dem Untersuchungsobjekt mit großer Offenheit und möglichst großer Objektivität gegenüber.

Als weiteren Grundsatz nennt Mayring (2002) die Interpretation der Forschung. Mayring (2002) meint damit, dass eine Forschung immer durch Vorurteile belastet ist. Danach bringen die Verfasser immer ein eigenes Vorverständnis mit, das die Interpretation einer Forschung beeinflussen kann. Daher ist eine Eröffnung des eigenen Vorverständnisses für die Weiterentwicklung am Gegenstand, sowie die Überprüfung des Einflusses dessen notwendig. Diese Einflüsse fundieren außerdem die vorliegende Forschung, indem der Forschungsanlass unter anderem auf das Vorverständnis der Verfasser zurückzuführen ist. Daher ist es in der qualitativen Forschung notwendig, sich davon abzugrenzen, bzw. wie beschrieben, diese offen zu legen.

Mayring (2002) zufolge ist das Vorgehen, die Subjekte auch in ihrer natürlichen, alltäglichen Umgebung zu untersuchen, der vierte Grundsatz der qualitativen Forschung. Auch hiermit kann belegt werden, dass es sich um eine qualitative Forschung handelt. Die Autoren erhoben die Daten in den Einrichtungen selbst, um sich nicht von den natürlichen, alltäglichen Umgebungen, in denen das Erleben der Auswirkung einer Diagnose sichtbar wird, zu entfernen. Ferner ist damit die Absicht verbunden, die Forschungsergebnisse bezogen auf die Alltagssituationen verallgemeinern zu können (Mayring, 2002).

Abschließend und anknüpfend an den vorhergegangenen Punkt spielt die Verallgemeinerung der Ergebnisse eine große Rolle in der qualitativen Sozialforschung. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der geringen Zahl an Probanden in der vorliegenden Forschung kein Verallgemeinerungsprozess stattfinden kann. Darum ist es wichtig, zu begründen, „warum und wofür die Resultate Gültigkeit besitzen“ (Mayring, Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 2002, S. 24). Das bedeutet, dass der Einzelfall schrittweise begründet werden muss (Mayring, 2002).

3.3 Forschungsmethode und -instrument

Die Zielgruppe wurde durch Leitfadeninterviews befragt. Leitfadeninterviews werden persönlich „face-to-face“ geführt und zählen zu den qualitativen, teilstandardisierten Interviews. Die Erhebungsmethode wurde gewählt, da ein Erkenntnisinteresse bestand und durch die Forschung „die konkrete Lebenspraxis einer ausgewählten sozialen Gruppe“ (Schaffer, 2009, S. 109) beleuchtet werden sollte. Außerdem sollten die bewussten oder unbewussten Regeln, die die alltägliche Struktur der Befragten bilden, aufgezeigt werden (Schaffer, 2009).

Ein leitfadengestütztes, offenes Interview ist teilstandardisiert, was bedeutet, dass eine Abfolge von Fragen vorhanden ist und dem Gespräch so eine Struktur gegeben wird. Die Fragen wurden offen formuliert, gaben also keine Antwortmöglichkeiten vor, so dass der Befragte frei antworten konnte. Dies war wichtig, da für den zu untersuchenden Bereich noch kein erhebliches Vorwissen vorhanden war, so dass es kaum möglich war, alle wichtigen Aspekte im Vorfeld zu berücksichtigen. Die Abfolge der Fragen geschah

nicht in starrer Form, sondern vielmehr flexibel und auf den Gesprächsverlauf ausgerichtet (Schaffer, 2009). Wichtig ist laut Schaffer (2009) hierbei, dass in jedem Interview alle Fragen des Leitfadens gestellt werden, damit die Vergleichbarkeit gewährleistet werden kann. Die vorliegende Forschung verfolgt lediglich ein Erkenntnisinteresse, so dass hier auf eine Vergleichbarkeit der Aussagen der Befragten verzichtet werden konnte. Dies eröffnete die Möglichkeit, die Interviews offener und an den Aussagen des Befragten orientiert, spontan gestalten zu können. Außerdem konnten die Fragen in jedem Interview je nach Ermessen des Interviewers individuell formuliert und so auf den Gesprächsfluss des Interviews abgestimmt werden (Hömberg, Jodin, & Leppin, 2004). Deshalb wurde der Interviewleitfaden in Fragekategorien unterteilt, die an den Teilfragen orientiert sind und jeweils Beispielfragen enthalten.

Die Verfasser sind jeweils Teil eines der beiden Teams, dessen Mitglieder befragt wurden. Da es innerhalb der Interviews zu Aussagen über ein sehr persönliches Erleben kam und dafür eine Anonymität für die Interviewten angenehmer war, führte jeweils der Verfasser, der nicht dem gleichen Team der befragten Person angehört, die Interviews durch. Laut Schaffer (2009) könnte dies zu einer offeneren Atmosphäre führen. Des Weiteren war es wichtig, dass die Interviewerin eine neutrale Haltung einnahm, um die Atmosphäre weiter zu begünstigen. Um den Gesprächsfluss aufrechterhalten zu können, waren so nur „weiche Reaktionen“ des Interviewers, wie das Paraphrasieren von Aussagen des Befragten oder das Nachfragen bei Nicht-Verstehen einer Aussage, günstig (Schaffer, 2009).

Im Anhang ist der Interviewleitfaden dargestellt, der nach verschiedenen Kategorien in Bezug auf die Hauptfrage und die Teilfragen gegliedert ist⁵. Zu den einzelnen Kategorien wurden, wie oben bereits beschrieben, lediglich Beispielfragen formuliert.

3.4 Population und Stichprobe

Sozialpädagogen des BeWo der Alexianer Münster GmbH am Standort „Bahnhofstraße“ und des VSE NRW e.V. in Münster bilden die Zielgruppe der vorliegenden Forschung. Das Forschungsvorhaben bezieht sich auf den Umgang mit den Klienten der

⁵ Siehe I Interviewleitfaden zu den Teilfragen mit Beispielfragen

Zielgruppe in Bezug auf die Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose. In den verschiedenen Teams des BeWo arbeiten 22 Fachkräfte, die von einigen Assistentenkräften unterstützt werden. Die Anzahl der Fachkräfte stellt die Gesamtpopulation dar. Da eine Totalerhebung der Forschung aufgrund der Größe der Grundgesamtheit und der gewählten Forschungsmethode zu zeitaufwändig gewesen wäre, wurde eine Stichprobe von zwölf Probanden gewählt. Es wurde allerdings eine qualitative Forschung durchgeführt, bei der das Erkenntnisinteresse im Vordergrund stand. So ergab sich die Stichprobe erst während der Durchführung der Forschung, da die Forschung an dem Punkt endete, an dem keine neuen Erkenntnisse erlangt wurden (Schaffer, 2009).

3.5 Forschungsvorgehen

Im Folgenden wird das Forschungsvorgehen durch eine Tabelle dargestellt. Dadurch wird das Vorgehen systematisch dokumentiert und für den Leser nachvollziehbar gemacht, um die Qualität der Forschung zu sichern. Dabei wird deutlich, wer was wann durchgeführt hat. Zunächst fand das Literaturstudium, das bis zur Fertigstellung der Bachelor-Thesis andauerte, durch beide Verfasser statt. Bevor Termine für die Interviews mit den Probanden vereinbart wurden, wurde eine Genehmigung beim Geschäftsführer und der Mitarbeitervertretung durch Verfasser 1 (V1) eingeholt. Daraufhin wurden Termine für die Interviews mit den Probanden vereinbart. Verfasser 2 (V2) führte für die Optimierung des Forschungsinstrumentes einen Pretest mit einem Probanden durch. Dies diente dazu, die Verständlichkeit der Fragen, das Interesse und die Aufmerksamkeit des Befragten bei einzelnen Fragen, die Breite der gegebenen Antworten, die Reihenfolge der Fragen, Probleme des Interviewers, den Zeitrahmen des Interviews und die technischen Gegebenheiten zu überprüfen (Lenzner, Neuert, & Otto, 2015). Die Ergebnisse des Pretests wurden für die Forschung verwertet und führten zur Anpassung von Forschungsinstrument und-methode. Innerhalb von zwei Wochen fand dann die Durchführung der Interviews statt. Verfasser 1 (V1) und Verfasser 2 (V2) führten jeweils sechs Interviews. In diesem Zeitraum fand als Grundlage für die Auswertung gleichzeitig die Transkription der Interviews durch beide Verfasser statt. Anschließend wurden die Interviews in einer Inhaltsanalyse zusammengefasst und ausgewertet, woraufhin in gemeinsamer Arbeit die Bachelor-Thesis verfasst wurde.

Tabelle 3: Tätigkeitsliste

| Aktion | Detailliert | Durchführende | Zeitraum |
|--------------------------------------|--|----------------------|-------------------|
| Literaturstudium | Relevante Literatur studieren | V1+V2 | 02.04. bis 13.05. |
| Planung der Interviews | Genehmigung der Einrichtung einholen | V1 | 31.03.2016 |
| | Termine für Interviews festlegen | V1+V2 | 01.04. bis 06.04. |
| | Pretest durchführen | V2 | 11.04.2016 |
| | Methode und Instrument anpassen | V1+V2 | 13.04.2016 |
| Datenerhebung | Interviews führen | V1+V2 | 14.06. bis 22.04. |
| Datenaufbereitung | Interviews transkribieren | V1+V2 | 14.06. bis 22.06. |
| Datenauswertung | Interviews zusammenfassen | V1+V2 | 25.04. bis 29.04 |
| | Interviews auswerten (zusammenfassende Inhaltsanalyse) | V1+V2 | 30.04. bis 04.05. |
| Verfassen der Bachelor-Thesis | Beschreibung der Ergebnisse | V1+V2 | 05.05.2016 |
| | Beschreibung der Schlussfolgerungen | V1+V2 | 06.05. bis 09.05. |
| | Beschreiben der Empfehlungen | V1+V2 | 10.05. bis 11.05. |
| Bachelor-Thesis ab- | Einleitung, Vorwort, | V1+V2 | 12.05. bis 13.05. |

| | | | |
|------------------|----------------------------|-------|-------------------|
| schließen | Summary, Fazit, Diskussion | | |
| Korrektur | Korrektur lesen | V1+V2 | 14.05. bis 16.05. |
| | Korrektur anwenden | V1+V2 | 17.05.2016 |

3.6 Ethische Überlegungen

Laut von Unger (2014) müssen Personen, die eine Forschung durchführen, „Entscheidungen über Verfahren und Prozesse treffen, die weitreichende Konsequenzen für das Leben anderer Menschen nach sich ziehen können“ (von Unger, 2014, S. 16). Diese Entscheidungen müssen also bedacht getroffen und damit abgewogen und ethisch begründet werden. Von Unger (2014) stellt in ihren Ausführungen dafür die forschungsethischen Grundsätze des Ethik-Kodex der Soziologen dar. Im Folgenden wird gezeigt, inwieweit diese Grundsätze auch in der vorliegenden Forschung berücksichtigt und umgesetzt werden (von Unger, 2014).

Der Grundsatz der Objektivität wird insofern erfüllt, dass vor der Durchführung der Interviews ein Leitfaden mit möglichst objektiven Fragen erstellt wurde. Obwohl es teilstandardisierte Interviews waren und somit ergänzende oder abweichende Formulierungen der Fragen möglich waren, wurde so eine objektive Richtung für die Fragestellung vorgegeben.

Des Weiteren nennt von Unger (2014) den Grundsatz der Risikoabwägung und der Schadensvermeidung. Damit den Probanden kein Schaden entsteht und sie keinem vermeidbaren Risiko ausgesetzt werden fanden die Befragungen in den Einrichtungen statt, in denen sie tätig sind. Dies hatte überdies den Vorteil, dass die Probanden keinen zusätzlichen Aufwand hatten.

Das Forschungsvorhaben wurde zuvor in den jeweiligen Teams vorgestellt, wo um Teilnahme der Teammitglieder gebeten wurde. Infolge dessen meldeten sich die Probanden freiwillig und gaben damit ihr Einverständnis für die Teilnahme. Die Probanden wurden keinem Druck ausgesetzt und es wurde darauf hingewiesen, dass sie die gestellten Fragen nicht beantworten müssen, wenn sie dies nicht möchten. Gleichzeitig wurden

das Vorhaben sowie der Interviewleitfaden der Mitarbeitervertretung und dem Geschäftsführer der Alexianer Münster GmbH vorgelegt und durch diese genehmigt. Dieses Vorgehen entspricht dem Grundsatz der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Forschung, sowie dem Grundsatz des informierten Einverständnisses.

Der Grundsatz der Vertraulichkeit und der Anonymisierung wurde ebenfalls berücksichtigt und umgesetzt. Den Probanden wurde im Vorfeld zugesichert, dass ihre Daten mit großer Vertraulichkeit behandelt werden. Dies geschah, indem die Interviews anonymisiert wurden und so jegliche Daten und Aussagen nicht auf einen Probanden zurückzuführen sind.

3.7 Gütekriterien

Gütekriterien sind notwendig, um die Qualität der Forschung sichern zu können. Mayring (2002) stellt sechs Gütekriterien auf, die allgemein für die qualitative Forschung gelten. Im Nachfolgenden werden diese Kriterien beschrieben und aufgezeigt, wie sie in der vorliegenden Forschung berücksichtigt werden.

Das erste Gütekriterium ist die Verfahrensdokumentation, die das Ergebnis der Forschung wertvoll macht. Darüber hinaus wird der Forschungsprozess durch die genaue Verfahrensdokumentation für den Leser nachvollziehbar. Dafür muss zunächst ein Vorverständnis für das Forschungsthema und die Forschungsmethodik gegeben sein (Mayring, 2002). Die vorliegende Forschung erfüllt dieses Kriterium, indem die genaue Darstellung des theoretischen Hintergrundes zum Thema, sowie zum genauen Verfahren enthalten ist.

Daneben ist die argumentative Interpretationsabsicherung ein Gütekriterium qualitativer Forschung. Da Interpretationen eine große Rolle in qualitativer Forschung spielen, müssen sie argumentativ begründet sein, um ihre Qualität zu sichern. Diese Argumentation muss sinnvoll theoriebegleitet sein (Mayring, 2002). Dies geschieht in der vorliegenden Forschung, indem der Abgleich zwischen den Forschungsergebnissen und dem theoretischen Rahmen stattfindet. Darüber hinaus wird die theoriebegleitete Argumentation in der Auswertung und der Inhaltsanalyse sichtbar.

Die Regelgeleitetheit stellt das dritte Gütekriterium dar. Diese sichert die Qualität der Forschung durch ein systematisches Verfahren. Es sollen also Verfahrensregeln eingeschaltet werden, um die Forschung nicht wertlos zu machen (Mayring, 2002). Für dieses systematische Vorgehen wurde ein Zeitplan erstellt. Des Weiteren fanden im Vorfeld Planungen statt, welche Methoden anzuwenden sind.

Das vierte Gütekriterium ist die Nähe zum Gegenstand. Diese stellt den Leitgedanken der qualitativen Forschung dar. Dabei geht es darum, den Probanden möglichst nah an seiner Alltagswelt zu untersuchen. Außerdem verhilft die Interessensübereinstimmung mit den Probanden, diesem Leitgedanken nachzugehen (Mayring, 2002). Auch dieses Gütekriterium findet sich in der vorliegenden Forschung wieder. Die Probanden wurden in der jeweiligen Einrichtung befragt. Das Interview enthielt offene und objektive Fragen, die sich individuell von den Probanden beantworten ließen. Nach dem ersten Interview, welches als Pretest galt, wurde überprüft, ob Veränderungsbedarf bei den Fragen besteht, wenn sie zum Beispiel suggestiv gestellt wurden.

Als weiteres Gütekriterium stellt Mayring (2002) die kommunikative Validierung auf. Hierbei wird die Absicht verfolgt, die Ergebnisse gültig zu machen, indem die Ergebnisse den Probanden vorgelegt und mit ihnen diskutiert werden. Sofern sie sich in den Ergebnissen wiederfinden, gilt dies als wichtiges Gütekriterium für die Qualität der Forschung (Mayring, 2002). Auch in der vorliegenden Forschung fand eine Diskussion mit allen Probanden über die Ergebnisse statt. Dort konnten die Ergebnisse bestätigt werden, sodass eine Absicherung vorhanden und damit das Gütekriterium erfüllt ist.

Das letzte Gütekriterium ist die Triangulation. Mayring (2002) meint hiermit das Finden von Lösungswegen und Vergleichen der Ergebnisse, um die Qualität der Forschung durch verschiedene Analysegänge zu verbessern. Auch dieses Kriterium wurde angewandt, sodass die Qualität der Forschung abgesichert ist.

4 ERGEBNISSE

Im Folgenden sind die Erkenntnisse der Forschung dargestellt. Diese Erkenntnisse sind Daten und Fakten, die aus der Untersuchung durch Interviews gewonnen wurden, so dass sie nicht auf Literaturwissen basieren. Damit wird nach Verschuren und Doorewaard (2010) etwas Neues geschaffen.

Für die Datenauswertung wird die qualitative Inhaltsanalyse angewandt. Diese Auswertung ist im Anhang vollständig dargestellt. Zunächst wurden die Interviews transkribiert. Dabei sind Satzfüller wie „ehm“, „eh“, „halt“, „ja“, etc. sowie Zustimmungen durch den Interviewer wie „ja“, „mhm“, etc. nicht berücksichtigt worden, da sie für die Auswertung der Daten keinen Nutzen haben (Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2008). Die Transkriptionen wurden daraufhin qualitativ interpretativ analysiert. Die qualitative Inhaltsanalyse gibt als zentrales Merkmal die sogenannte Kategoriegeleitetheit vor. „Kategorien stellen Analyseaspekte als Kurzformulierungen dar“ (Mayring & Fenzl, 2014, S. 544). Die Kategorien wurden bereits durch die Teilfragen und den Leitfaden festgelegt. Diesen Kategorien sind Textstellen zugeordnet worden, die zuvor paraphrasiert und generalisiert wurden. Mayring und Fenzl (2014) empfehlen, die Auswertung statistisch festzuhalten⁶. Das Categoriesystem⁷ stellt das eigentliche Analyseinstrument dar und half, die erhobenen Daten der Interviews strukturiert auszuwerten. Daneben ist die Auswertung durchgehend transparent und damit für den Leser nachvollziehbar (Mayring & Fenzl, 2014). Die Kategorien werden im Punkt „4.2 Kategorien“ im Einzelnen kurz beschrieben.

4.1 Probanden

Wie bereits beschrieben, wurden schließlich zwölf Sozialpädagogen von insgesamt 22 Fachkräften des ambulant betreuten Wohnens der Einrichtungen Alexianer Münster GmbH und Verbund VSE e.V. befragt. Davon wurden sechs Sozialpädagogen der Alexianer Münster GmbH und sechs des VSE Münster e.V. interviewt. Unter den Proban-

⁶ Siehe III Auswertung

⁷ Siehe III Auswertung

den befanden sich sechs Frauen und sechs Männer. Sie waren zwischen 27 und 60 Jahren alt und hatten zwischen einer Woche und elf Jahren Erfahrung im BeWo. Im Durchschnitt arbeiteten die Probanden fünf Jahre im ambulant betreuten Wohnen. Die Erfahrungen im sozialpsychiatrischen Bereich bewegten sich zwischen dreieinhalb und 30 Jahren. Der Durchschnitt der Berufserfahrung der Probanden im sozialpsychiatrischen Bereich betrug ca. zehn Jahre. Durch die unterschiedlich langen Tätigkeiten im sozialpsychiatrischen Bereich, sowie im ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung konnte aus unterschiedlichen Erfahrungsspektren geschöpft werden. Dadurch war ein breites Feld an qualitativ hochwertigen Antworten möglich.

4.2 Kategorien

Kategorie 1: Haltung zur medizinisch-psychiatrischen Diagnose

- Diese Kategorie beschreibt, welche Haltung die Probanden zur medizinisch-psychiatrischen Diagnose vertreten.

Kategorie 2: Einfluss der Vorerfahrungen

- Jeder Proband bringt Vorerfahrungen mit Diagnosen in die Betreuung ein, da die Probanden, wie oben dargestellt, mindestens 3,5 Jahre im sozialpsychiatrischen Bereich arbeiten. Diese Kategorie beschreibt, welchen Einfluss die Vorerfahrungen auf den professionellen Umgang mit den Klienten haben.

Kategorie 3: Relevanz der medizinisch-psychiatrischen Diagnose

- Diese Kategorie stellt die Rolle der medizinisch-psychiatrischen Diagnose innerhalb der Betreuung, aber auch innerhalb des Teams in Teamsitzungen und Supervisionen dar.

Kategorie 4: Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose

- Hier wird deutlich, welchen Einfluss die medizinisch-psychiatrischen Diagnose auf die Betreuung hat.

4.3 Ergebnisse zu den Kategorien

Im Folgenden sind die Ergebnisse dargestellt und werden jeweils durch die letzte Reduktion der Auswertung⁸ tabellarisch unterstützt.

4.3.1 Kategorie 1: Haltung zur medizinisch-psychiatrischen Diagnose

In Bezug auf die Haltung zur medizinisch-psychiatrischen Diagnose wurde deutlich, dass sie bei den Befragten insgesamt sehr unterschiedlich ausfällt. Allgemein kann gesagt werden, dass die Befragten ihre Arbeit auf die Verhaltensweisen ihrer Klienten und damit auf die individuellen Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose ausrichten. So versucht die Mehrheit der Probanden, die medizinisch-psychiatrische Diagnose ihrer Klienten im Umgang mit ihnen außen vor zu lassen, um vorurteilsfrei agieren zu können. In diesem Zusammenhang wurde geäußert, dass Arztberichte erst im späteren Betreuungsverlauf gelesen werden. Trotzdem wird das Wissen über die gestellte Diagnose, welche aus strukturellen Gegebenheiten zu Beginn der Betreuung bekannt wird, teilweise denselben Probanden als wichtig benannt. Sie würde zur groben Einschätzung des Klienten, sowie für das Verständnis des Verhaltens des Klienten oder zur Abgrenzung durch dieses Verständnis genutzt.

Deutlich wurde, dass die Kritik an der medizinisch-psychiatrischen Diagnose gegenüber dem Nutzen überwog. So wurde kritisch angemerkt, dass die medizinisch-psychiatrische Diagnose die Ganzheitlichkeit des Menschen missachtet und keine individuellen Verhaltensweisen und Ausprägungen in ihrer Kategorisierung berücksichtigt. Des Weiteren wurde von der Mehrheit der Probanden beschrieben, dass die Diagnose hinderlich und nicht notwendig für die Arbeit im BeWo sei. Eine hohe Sensibilität sei für den Umgang mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose erforderlich, um im Sinne des Empowerment-Konzeptes nach Herriger (2006), sowie lösungs- und ressourcenorientiert arbeiten zu können und den Klienten nicht zu stigmatisieren. Wenige der befragten Fachkräfte merkten außerdem an, dass die medizinisch-psychiatrischen Diagnosen teilweise für die Verlängerung von Klinikaufenthalten oder für die Vermarktung von neuen Medikamenten genutzt werden würde und oft nicht notwendig wären. Dazu stimmten die gestellten medizinisch-psychiatrischen Diagnosen in der Regel nicht mit der erlebten Wirklichkeit der Fachkräfte überein.

⁸ Siehe III Auswertung

Tabelle 4: Reduktion zu Kategorie 1

| Reduktion |
|---|
| <p>Subkategorie 1: Umgang mit der Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fokussierung auf Verhaltensweisen - Überprüfen der Diagnose anhand von Symptomen - Missachtung der Diagnose für vorurteilsfreien Umgang - Diagnose wird zu Beginn bewusst abgefragt - Arztberichte werden erst später im Betreuungsverlauf gelesen - Wissen über Auswirkungen einer Diagnose ist wichtig <p>Subkategorie 2: Nutzen der Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abgrenzung durch Verständnis - Diagnose zum Verständnis des Verhaltens - Richtung für Betreuungsplanung <p>Subkategorie 3: Kritik an der Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose berücksichtigt keine Verhaltensweisen - Diagnose ist hinderlich und nicht notwendig, hohe Sensibilität für den Umgang erforderlich → Empowerment-Konzept - Diagnosestellung an aktuellen Medien und neuen Medikamenten orientiert - Nutzung für Verlängerungen von Klinikaufenthalten - Diagnose missachtet die Ganzheitlichkeit die Menschen - Diagnosen stimmen in der Regel nicht mit der erlebten Wirklichkeit überein |

4.3.2 Kategorie 2: Einfluss der Vorerfahrungen

Die Probanden äußerten allesamt, dass sich ihre Vorerfahrungen, die sie in der Arbeit mit Klienten mit bestimmten medizinisch-psychiatrischen Diagnosen gemacht haben, auf die Arbeit mit anderen Klienten mit der gleichen Diagnose auswirken. Die Ansichten, ob sie sich in positiver oder negativer Weise auswirke, gehen allerdings auseinander. So wird einerseits beschrieben, dass die Vorerfahrungen unbewusst in neuen Betreuungen verarbeitet werden und Stigmatisierungen der Klienten hervorrufen. Es seien dadurch Vorurteile vorhanden, sodass neue Betreuungen durch die Voreingenommenheit beeinflusst werden und die Individualität der Klienten in den Hintergrund gerate.

Andererseits seien die Vorerfahrungen hilfreich, um das Verhalten des Klienten verstehen zu können und um eine Routine auszubilden, die dazu beiträgt, den Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose entspannter gegenüberzutreten zu können. Des Weiteren können bereits gelungene Interventionen auf andere Betreuungen übertragen und gegebenenfalls individuell angepasst werden. Überdies nehme die Stigmatisierung mit der Zunahme der Vorerfahrungen ab, sodass mit der Zeit lediglich ein positiver Einfluss und damit ein Nutzen für die Betreuung entstehe. Je mehr Erfahrungen mit Diag-

nosen gemacht werden, desto mehr individuelle Ausprägungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose werden erlebt. Daher wird auf Vorerfahrungen mit individuellen Verhaltensweisen zurückgegriffen und so nicht stigmatisiert.

Als wichtig für den Umgang mit den Vorerfahrungen wurde ein bewusster Umgang mit diesen benannt, um eine Stigmatisierung zu vermeiden und sie so hilfreich werden zu lassen. Einer der Probanden sagte aus, dass Vorerfahrungen hilfreich seien, wenn eine Offenheit für Veränderungen oder Erweiterungen dieser Erfahrungen beibehalten wird. Andere Probanden beschrieben, dass sie ihre Vorerfahrungen versuchen, auszublenden, weil sie der Meinung sind, dass diese für andere Betreuungen nicht passend sind. Daher ist die Übertragung schwierig, da eine Verallgemeinerung aufgrund der medizinisch-psychiatrischen Diagnose nicht möglich ist.

Tabelle 5: Reduktion zu Kategorie 2

| Reduktion |
|--|
| <p>Subkategorie 1: Negativer Einfluss der Vorerfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisierung - Unbewusste Verarbeitung in neuen Betreuungen - Vorurteile sind vorhanden und die Voreingenommenheit beeinflusst neue Betreuungen |
| <p>Subkategorie 2: Positiver Einfluss der Vorerfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für Verständnis des Verhaltens hilfreich - Positive Routine - Stigmatisierung nimmt durch Zunahme der Vorerfahrungen ab - Übertragung/individuelle Anpassung gelungener Interventionen |
| <p>Subkategorie 3: Umgang mit Vorerfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übertragung/individuelle Anpassung gelungener Interventionen - Bewusster Umgang mit Vorerfahrungen ist wichtig und kann hilfreich sein - Werden ausgeblendet, da nicht unbedingt passend - Sind hilfreich, aber Offenheit für Veränderung/Erweiterung erforderlich - Übertragung schwierig, da Verallgemeinerung nicht möglich |

4.3.3 Kategorie 3: Relevanz der medizinisch-psychiatrischen Diagnose innerhalb der Betreuung

Diese Kategorie beschreibt, welche Rolle die medizinisch-psychiatrische Diagnose innerhalb der Betreuung spielt und für wie relevant sie gehalten wird. Der überwiegende Teil der Probanden sieht vor allem eine Relevanz der medizinisch-psychiatrischen Diagnose in der Netzwerkarbeit. Dafür sei die Diagnose unbedingt notwendig, um auf die

Diagnose angemessene Hilfen in den Fall einführen zu können. Darüber hinaus sei die medizinisch-psychiatrische Diagnose hilfreich, um sich einen Überblick über möglicherweise auftretende Probleme und die zu nutzenden Ressourcen zu verschaffen. Damit einhergehend wird beschrieben, dass die Diagnose den Nutzen mit sich bringt, für diagnosetypische Symptome sensibel zu sein, sodass aufgrund dessen die Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdungslage leichter fällt. Überdies trägt die medizinisch-psychiatrische Diagnose bei fast allen Probanden dazu bei, Verhaltensweisen und Handlungsstrategien der Klienten einzuordnen und einzuschätzen, sodass dadurch die Abgrenzung von bestimmten Verhaltensweisen, die unter Umständen durch die Erkrankung begründet sind, geschehen kann. Des Weiteren wirke sich das Wissen über verschiedene Diagnosen insofern positiv auf die Probanden aus, dass ihnen dieses Wissen Sicherheit im Umgang mit den Klienten gäbe. Sie seien also in der Lage, adäquat auf bestimmte Verhaltensweisen reagieren zu können. Ein weiterer wichtiger Punkt, den einige Probanden aufgeführt haben, ist die Psychoedukation innerhalb der Betreuung. Besonders hierfür sei die medizinisch-psychiatrische Diagnose notwendig. Dabei würde beachtet werden, wie die Klienten die Auswirkungen der Diagnose wahrnehmen. Außerdem spiele laut einiger Probanden die Diagnose innerhalb von Teamsitzungen eine große Rolle. Hierzu gibt es geteilte Meinungen, wie im weiteren Verlauf zu sehen ist. Ein Teil der Probanden gibt an, dass für sie Anregungen zu Umgangsweisen mit bestimmten Diagnosen von großem Nutzen seien. Überdies würde die medizinisch-psychiatrische Diagnose bei der Verteilung der Fälle besondere Berücksichtigung erfahren, da Spezialisierungen der Mitarbeiter auf bestimmte Diagnosen von großer Bedeutung seien. Ferner sei die Diagnose für das Erreichen von Rechts- und Versorgungsansprüchen, sowie bei administrativen Angelegenheiten von Nutzen. Abschließend wurde durch die Aussagen aller Probanden deutlich, dass die medizinisch-psychiatrische Diagnose für die Erfüllung der Rahmenbedingungen im BeWo unbedingt notwendig und sie damit für die Abrechnung und Rechtfertigung der Hilfe wichtig sei. Aufgrund dessen ist der Großteil der Probanden der Meinung, dass eine sozialpädagogische Diagnose für die Betreuung im BeWo nicht ausreichend sei. Für den direkten Kontakt mit dem Klienten innerhalb der Betreuung sei jedoch eine sozialpädagogische Diagnose als Grundlage sinnvoll, um vorurteilsfrei handeln zu können.

Dies hat den Hintergrund, dass für die Betreuung in alltäglichen Lebensbereichen laut der Hälfte der Probanden die Diagnose nahezu keine Bedeutung hat. Laut wenigen Probanden würde die medizinisch-psychiatrische Diagnose ausschließlich zu Beginn der Betreuung Beachtung finden, um zu wissen, welche Richtung einzuschlagen ist. Daher werden von diesen auch nur zu Beginn der Betreuung die Arztberichte gelesen. Im weiteren Verlauf würden diese nicht weiter berücksichtigt. Die Mehrheit der Probanden allerdings nimmt die Arztberichte erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Betreuung zur Kenntnis. Ihrer Aussage nach haben sie dann jedoch aufgrund ihrer bereits mit dem Klienten gemachten individuellen Erfahrungen keinen großen Stellenwert mehr. Außerdem spielen der Hilfebedarf, der in der Hilfeplanung festgestellt wurde und auf dessen Grundlage die Fachleistungsstunden basieren, eine große Rolle. Dabei sei es für einige Probanden wichtig, den Fokus auf die Verhaltensweisen und die Symptome der Diagnose zu setzen. Der Klient bringe schließlich seine Anliegen in die Betreuung ein. Auch in Teamsitzungen sei dieser Fokus gegenüber dem der medizinisch-psychiatrischen Diagnose vorrangig, beschreiben wenige Probanden. Wie oben bereits beschrieben, sind die Probanden an dieser Stelle geteilter Meinung.

Tabelle 6: Reduktion zu Kategorie 3

| Reduktion |
|---|
| <p>Subkategorie 1: Nutzen der Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> – Für Netzwerkarbeit hilfreich und notwendig – Sensibilität gegenüber diagnosetypischen Symptomen – Schaffen Überblick über mögliche Probleme oder Ressourcen – Nutzung von hilfreichen Anregungen der Teammitglieder – Psychoedukation – Einschätzung Gefährdungslage – Aufgrund der Spezialisierung auf verschiedene Diagnosen wird die Diagnose berücksichtigt. – Sicherheit im Umgang – Einordnung von Verhaltensweisen und Handlungsstrategien – Rahmenbedingungen für Betreuung – Für Abrechnung und Rechtfertigung der Hilfe hilfreich und notwendig – Abgrenzung durch Verständnis für das Verhalten des Klienten – Steht im Hintergrund und kann bei Bedarf hinzugezogen werden, Klient steht im Vordergrund – Für Erreichung von Rechts- und Versorgungsansprüchen, sowie bei administrativen Angelegenheiten nützlich – Große Rolle bei der Bearbeitung der Teilhabe |

- Sozialpädagogische Diagnose kann sie nicht ersetzen

Subkategorie 2:

- Für die Betreuung in alltäglichen Lebensbereichen wenig Bedeutung
- Keine Fallvergleiche durch Diagnose
- Spielen keine Rolle, sondern vielmehr der Hilfebedarf
- Arztberichte werden gelesen aber nicht weiter genutzt
- Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome in Teamsitzungen
- Diagnose meist nur zu Betreuungsbeginn aktuell
- Keine Rolle, da Klient individuelle Problemstellungen mitbringt

4.3.4 Kategorie 4: Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose

Die Kategorie „Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose“ beinhaltet die Einschätzungen der Probanden darüber, inwiefern die medizinisch-psychiatrische Diagnose die Betreuung beeinflusst. Dabei sind sich alle Probanden einig und beschreiben die gleichen Auswirkungen. Aufgrund der Diagnose finde eine Stigmatisierung durch die Fachkräfte statt, die einige Folgen mit sich bringt. Sie schade der Individualität, da durch die Fokussierung auf die Diagnose die vorhandenen Ressourcen missachtet werden. Darauf aufbauend wird beschrieben, dass die Stigmatisierung die Entwicklung des Klienten beeinflusse. Außerdem resultiere eine Selbststigmatisierung aus der Stigmatisierung durch die Fachkräfte, sodass dadurch Einfluss auf das Selbstbild des Klienten genommen wird. Überdies sei die Vernachlässigung anderer Erkrankungen eine Folge der Stigmatisierung durch Fachkräfte.

Abschließend kann festgehalten werden, dass alle Probanden der Meinung waren, eine regelmäßige Reflexion über den Umgang mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose innerhalb der Betreuung sei notwendig, um sich deren Stigmatisierung bewusst zu sein und dieser präventiv entgegenzuwirken. Denn durch stetige Reflexion wären keine Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose festzustellen.

Tabelle 7: Reduktion zu Kategorie 4

| Reduktion |
|--|
| Subkategorie 1: Folgen der Stigmatisierung: <ul style="list-style-type: none">– Schadet der Individualität– Einfluss auf Selbstbild des Klienten– Sicherheit im Umgang– Missachtung der Ressourcen– Einfluss auf Entwicklung des Klienten– Vernachlässigung anderer/weiterer Erkrankungen– Betreuung ist vorurteilsbehaftet– Selbststigmatisierung |
| Subkategorie 2: Reflexion <ul style="list-style-type: none">– Prävention durch Reflexion– Durch ständige Reflexion keine Auswirkungen |

5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Schlussfolgerungen werden dargestellt, indem die Haupt- und Teilfragen der Forschung beantwortet werden. Diese werden im Folgenden noch einmal genannt. Die Forschungshauptfrage lautet:

Wie erleben Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens die Auswirkungen von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf die professionelle Arbeit mit ihren Klienten?

Aus dieser Hauptfrage ergaben sich folgende Teilfragen:

1. Welche Haltung haben Sozialpädagogen im ambulant betreuten Wohnen in Bezug auf eine medizinisch-psychiatrische Diagnose?
2. Welchen Einfluss haben Vorerfahrungen von Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens, welche durch die Arbeit mit Klienten mit einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose entstanden sind, auf den professionellen Umgang mit Menschen mit jeweils der gleichen Diagnose?
3. Welche Relevanz hat eine medizinisch-psychiatrische Diagnose im ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus Sicht des Sozialpädagogen?
4. Welche Auswirkungen hat die medizinisch-psychiatrische Diagnose auf die Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus Sicht eines Sozialpädagogen im ambulant betreuten Wohnen?

5.1 Schlussfolgerungen zu den Teilfragen

Für die Auswertung der Hauptfrage müssen zunächst die Teilfragen beantwortet werden.

5.1.1 Haltung der Sozialpädagogen des BeWo zur medizinisch-psychiatrischen Diagnose

Die erste Teilfrage fragt, wie oben dargestellt, danach, *welche Haltung Sozialpädagogen im ambulant betreuten Wohnen in Bezug auf eine medizinisch-psychiatrische Diagnose haben*. Durch die dargestellten Ergebnisse wird deutlich, dass sich nahezu alle

Probanden während des Interviews selbst widersprochen haben. Es konnten positive wie negative Aspekte festgestellt und benannt werden. Niemand konnte eine klare Haltung zur medizinisch-psychiatrischen Diagnose beziehen. Die Haltung, die alle Probanden für wünschenswert erachteten, stimmten nicht oder nur teilweise mit dem durch den Probanden dargestellten tatsächlichen Umgang überein. Nichtsdestotrotz wird deutlich, dass die Sozialpädagogen eine professionsgerechte Haltung vertreten⁹, welche sie auch in diesem Kontext beibehalten.

In der genauen Betrachtung zeigt sich, dass ein unbewusster Konflikt zwischen der sozialpädagogischen Haltung und den Rahmenbedingungen des BeWo, die sich aus dem psychiatrischen System ergeben, besteht. Wie im theoretischen Rahmen beschrieben¹⁰, ist eine Diagnose für die Betreuung im BeWo zwingend notwendig. Es hat sich jedoch gezeigt, dass sie immer eine Stigmatisierung mit sich bringt. Der theoretische Rahmen¹¹ zeigt, dass sich die sozialpädagogische Haltung an dem Berufskodex des DBSH und die darin enthaltenen Menschenrechten orientiert und damit die Individualität jedes Einzelnen besondere Betrachtung erfahren sollte. Durch die Stigmatisierung kann die sozialpädagogische Haltung nicht vollständig vertreten werden.

5.1.2 Einfluss der Vorerfahrungen der Sozialpädagogen des BeWo auf die professionelle Arbeit

Bei der Beantwortung der zweiten Teilfrage, *welchen Einfluss Vorerfahrungen von Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens, welche durch die Arbeit mit Klienten mit einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose entstanden sind, auf den professionellen Umgang mit Menschen mit jeweils der gleichen Diagnose haben*, ist auffällig, dass bei allen Probanden Vorerfahrungen grundsätzlich vorhanden sind und bewusst oder auch unbewusst innerhalb der Betreuung und der Teamsitzungen genutzt werden.

Daher haben sie Einfluss auf die professionelle Arbeit mit dem Klienten. Der Einfluss kann positiv und negativ ausfallen¹². Es wird jedoch deutlich, dass Vorerfahrungen zu einer Stigmatisierung führen. Eine Stigmatisierung ist aufgrund der Menschenrechte

⁹ Siehe 2.6 Relevanz für die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit

¹⁰ Siehe 2.4 Institution „Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung“

¹¹ Siehe 2.6 Relevanz für die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit

¹² Siehe 4.3.2 Kategorie 2: Einfluss der Vorerfahrungen

grundsätzlich als negativ zu betrachten. Sobald sich die Sozialpädagogen über den Nutzen und den Einfluss der Vorerfahrungen bewusst sind, ist nicht von Stigmatisierung zu sprechen. Das im theoretischen Rahmen dargestellte Tripelmandat nach Staub-Bernasconi (2007)¹³ zeigt ebenso, dass der bewusste Umgang wichtig ist, um als Sozialpädagoge professionell handeln zu können.

Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass mit der Zunahme der Vorerfahrungen eine größere Fokussierung auf die individuellen Ausprägungen der Diagnose ermöglicht wird. Die Vielfalt der unterschiedlichen Verhaltensweisen der Klienten mit der gleichen Diagnose wird mit zunehmender Menge an Vorerfahrungen besser erkennbar. Demnach kann die Stigmatisierung mit der Zunahme der Vorerfahrungen minimiert werden. Daraus resultiert, dass Sozialpädagogen, die neu im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld ankommen, häufiger den Diagnosen erlebte Verhaltensweisen zuordnen und damit vermehrt stigmatisieren.

5.1.3 Relevanz der medizinisch-psychiatrischen Diagnose aus Sicht des Sozialpädagogen

Bei der dritten Teilfrage geht es darum, *welche Relevanz die medizinisch-psychiatrische Diagnose im BeWo aus Sicht der Sozialpädagogen hat*. Wie in der vorhergehenden Darstellung der Ergebnisse deutlich wird, ist die medizinisch-psychiatrische Diagnose für die Netzwerkarbeit und die Kooperation mit anderen Professionen notwendig. So können die Hilfen gerechtfertigt und abgerechnet werden. Außerdem stellt sie eine Schnittstelle für die multiprofessionelle Arbeit dar, was eine bestmögliche Abstimmung der Hilfen für den Klienten ermöglicht. Für den direkten Kontakt des Sozialpädagogen mit dem Klienten ist die medizinisch-psychiatrische Diagnose lediglich als hilfreich einzustufen. Hier ist sie, solange ein Bewusstsein für die negativen Aspekte vorhanden ist und diese damit zu vermeiden versucht werden, bei der Psychoedukation oder der Einordnung von Verhaltensweisen und Handlungsstrategien von Nutzen. Notwendig für den direkten Kontakt ist sie allerdings nicht, da wie im theoretischen Rahmen¹⁴ bereits beschrieben, der Hilfeplan die Grundlage des Betreuungsinhaltes darstellt. Dieser ist auf

¹³ Siehe 2.6 Relevanz für die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit

¹⁴ Siehe 2.4 Institution „ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung“

die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit ausgerichtet, wofür lediglich zu wissen wichtig ist, in welchen Bereichen der Klient welche Unterstützung benötigt bzw. einfordert und damit, wie sich die jeweilige Erkrankung auf sein Leben und diese Bereiche auswirkt. Da eine medizinisch-psychiatrische Diagnose unterschiedliche Auswirkungen mit sich bringt, ist das Wissen über diese nicht zielführend.

Die medizinisch-psychiatrische Diagnose ist aus verschiedenen, bereits im theoretischen Rahmen erläuterten Gründen, eine Voraussetzung für die Aufnahme im BeWo¹⁵. Obwohl einige der Probanden der Meinung waren, dass die sozialpädagogische Diagnose die medizinisch-psychiatrische Diagnose ganz oder zum Teil ersetzen könnte, wäre dies nicht ohne weiteres umsetzbar. Das BeWo stellt einen Teil des psychiatrischen Systems dar, weshalb eine Verbannung der medizinisch-psychiatrische Diagnose bedeuten würde, dass das gesamte System ebenso geändert werden müsste. So wäre es nur möglich, einen neuen Umgang in institutionsinternen Vorgängen zu schaffen.

5.1.4 Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose auf die professionelle Arbeit

Die Beantwortung der vierten Teilfrage, *welche Auswirkungen die medizinisch psychiatrische Diagnose auf die Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus Sicht eines Sozialpädagogen im ambulant betreuten Wohnen hat*, ergibt, dass sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Betreuung vorhanden sind. Insgesamt ist wahrzunehmen, dass die Anzahl der negativen Auswirkungen höher ist.

Positive Folgen der Stigmatisierung seien, dass zielgerichtete Netzwerkarbeit möglich sei. Dies hat wiederum negative Folgen, da die individuellen Symptome und Verhaltensweisen nicht berücksichtigt werden und damit beispielsweise ein Therapeut ausschließlich aufgrund der Diagnose ausgewählt und für geeignet bewertet wird.

Im theoretischen Rahmen zeigt sich ebenso wie in den oben dargestellten Ergebnissen, dass die Stigmatisierung durch Fachkräfte eine Selbststigmatisierung zur Folge hat. Die Klienten verinnerlichen besonders die ihnen gegenübergebrachte negative Haltung hinsichtlich der psychischen Erkrankung. Dies habe die Abwertung der eigenen Persön-

¹⁵ Siehe 2.4 Institution „ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung“

lichkeit und damit einhergehend die Selbststigmatisierung zur Folge (Schomerus, 2009). Damit wird schließlich auch das Selbstbild des Klienten beeinflusst. Demzufolge kann er, wie auch im theoretischen Rahmen beschrieben, seine Fähigkeiten und Ressourcen nicht mehr wahrnehmen und nicht auf sie zurückgreifen (Witteck, 2014). So kann kein ressourcenorientiertes Arbeiten stattfinden, da mögliche vorhandene Ressourcen auch durch den Sozialpädagogen des BeWo nicht beachtet werden. Dies beeinflusst schließlich die individuelle Entwicklung der Klienten, wie es die Ergebnisse der vorliegenden Forschung und Witteck (2014) darstellen. Daraus folgt, dass darunter auch die Qualität der Betreuung leidet und die Individualität jedes Einzelnen nicht vollständig berücksichtigt wird.

Darüber hinaus haben die Ergebnisse im Gegensatz zum theoretischen Rahmen gezeigt, dass eine Stigmatisierung die Vernachlässigung anderer weiterer Erkrankungen nach sich ziehen kann. Es wird sich zu sehr auf die vorliegende diagnostizierte Erkrankung konzentriert, sodass Symptome, die auf weitere Erkrankungen schließen lassen würden, innerhalb der Betreuung keine Beachtung erfahren. Dies stellt sich als neue Erkenntnis dar, die nicht aus dem theoretischen Rahmen entstanden ist.

5.2 Schlussfolgerungen zu der Hauptfrage

Bei der Forschungshauptfrage, *wie Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens die Auswirkungen von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf die professionelle Arbeit mit ihren Klienten erleben*, beschreiben alle befragten Probanden, dass sie Auswirkungen auf die professionelle Arbeit wahrnehmen. Diese können positiv wie negativ ausfallen. Die medizinisch-psychiatrische Diagnose wird so genutzt, dass lediglich positive Auswirkungen auf die Betreuung erlebt werden. Dies hat den Hintergrund, dass sich die Probanden über eine mögliche Stigmatisierung durch die medizinisch-psychiatrische Diagnose bewusst sind und diese versuchen zu umgehen. Aufgrund dessen sind von den Sozialpädagogen in ihrer Betreuung keine negativen Auswirkungen bewusst wahrzunehmen. Ob sie unbewusst vorhanden sind, konnten die Probanden allerdings nicht benennen. Dies stellt eine neue Erkenntnis dar, die im theoretischen Rahmen noch nicht berücksichtigt wurde. Die medizinisch-psychiatrische Diagnose wird demnach beispielsweise dafür genutzt, das Verhalten der Klienten einschätzen zu

können. Den Sozialpädagogen ist es dadurch möglich, auf das Verhalten des Klienten zu reagieren und dieses nicht auf einer persönlichen, sondern auf der professionellen Ebene zu betrachten. Nichtsdestotrotz versuchen sie, der Individualität des Klienten gegenüber offen zu sein, um sich nicht zu sehr von den Vorerfahrungen leiten zu lassen.

Alles in allem zeigt sich, dass selbst der Nutzen und damit die Relevanz, die die medizinisch-psychiatrische Diagnose aus Sicht der Sozialpädagogen mitbringt, eine Stigmatisierung hervorruft. Der Nutzen, dass diese Art der Diagnose hilft, sich beispielsweise einen Überblick über mögliche Probleme und Ressourcen des Klienten zu schaffen, entsteht aus einer Stigmatisierung. Dies ist der Fall, da aufgrund der Diagnose verallgemeinert wird. Die Erläuterungen der Stigmatisierung im theoretischen Rahmen¹⁶ zeigen ebenso, dass sie unter anderem durch Vorerfahrungen entsteht. Eine solche Verallgemeinerung ist allerdings nicht möglich, da jeder Mensch individuelle Probleme und Ressourcen mitbringt. Dies kann damit zu einer nicht zielgerichteten Betreuung führen.

Des Weiteren machen die dargestellten Ergebnisse der Auswertungen deutlich, dass eine ständige Reflexion des eigenen Handelns hinsichtlich des Umgangs mit der Diagnose unbedingt notwendig ist, um die negativen Folgen der Stigmatisierung durch die Fachkräfte gar nicht erst entstehen zu lassen. Auch dieses Ergebnis lässt sich im theoretischen Rahmen¹⁷ wiederfinden, denn nach dem Trippelmandat nach Staub-Bernasconi (2007) ist es von Bedeutung, sich seines Handelns bewusst zu sein, um professionelle Arbeit leisten zu können.

¹⁶ Siehe 2.5 Kritische Betrachtung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose

¹⁷ Siehe 2.6 Relevanz für die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit

6 EMPFEHLUNGEN

Im Folgenden sind aufgrund der vorliegenden Forschung, des theoretischen Hintergrundes und der getroffenen Schlussfolgerungen Empfehlungen zur Verbesserung der Sozialen Arbeit und zu möglichen Folgestudien dargestellt. Durch die Forschung wurde deutlich, dass ein bewusster Umgang mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose im BeWo notwendig ist, damit möglichst wenige negative Auswirkungen in der professionellen Arbeit mit den Klienten auftreten. Die folgenden Empfehlungen sollen zu einem bewussteren Umgang führen, soweit dieser noch nicht vorhanden ist.

6.1 Verbesserungen für die Praxis

Um Verbesserungen in der Praxis zum vorliegenden Thema erreichen zu können, wird den Sozialpädagogen, die die Mikroebene darstellen, zum einen eine regelmäßige Reflexion, sowie kritische Hinterfragung des eigenen Umgangs mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose angeraten. Auch die vorhandenen oder neu zu entwickelnden Vorgänge innerhalb der jeweiligen Institution, die die Mesoebene repräsentieren, müssen von deren Vertretern kritisch betrachtet werden. Hierzu bietet sich an, nach dem Tripelmandat nach Staub-Bernasconi (2007)¹⁸ vorzugehen. Auch in Teamsitzungen sollte gemeinsam über das Thema gesprochen und reflektiert werden. Daraus können Anregungen entstehen, wie mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose in der jeweiligen Einrichtung umgegangen werden kann. Hier sollte der Fokus beispielsweise darauf gerichtet werden, wie der Klient in der Einrichtung ankommt bzw. angebunden wird, sodass dieser Prozess ebenso hinterfragt und gegebenenfalls angepasst wird.

Aus der vorliegenden Forschung wurde außerdem deutlich, dass Sozialpädagogen, die neu beginnen, im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld zu arbeiten, aufgrund ihrer wenigen Vorerfahrungen mit dem Klientel mehr stigmatisieren¹⁹. Eine enge Einarbeitung neuer Mitarbeiter und damit auch ständige Reflexionen des Handelns in Bezug auf den Umgang mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose, sowie ein besonderes Augenmerk auf diese werden empfohlen.

¹⁸ Siehe 2.6 Relevanz für die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit

¹⁹ Siehe 5.1.2 Einfluss der Vorerfahrungen der Sozialpädagogen des BeWo auf die professionelle Arbeit

Um einer Stigmatisierung vorzubeugen, wird empfohlen, dahingehend Aufklärung zu betreiben. Da sich durch die Forschung herausgestellt hat, dass eine medizinisch-psychiatrische Diagnose für den Betreuungsinhalt im BeWo nicht unbedingt notwendig ist²⁰, sie aber eine Stigmatisierung mit sich bringt, sollte überlegt werden, ob die Nutzung von sozialpädagogischen Diagnosen an dieser Stelle ausreichen könnte.

Eine weitere Empfehlung für die Praxis richtet sich an die Hochschulen, die Sozialpädagogen ausbilden. Die Lehre der Diagnosebilder stellt einen wichtigen Bestandteil des Studiums dar. Die Schlussfolgerungen der Forschung zeigen, dass vor allem Sozialpädagogen, die neu in der Sozialpsychiatrie arbeiten, aufgrund ihrer wenigen Vorerfahrungen vermehrt stigmatisieren. Daher wird empfohlen, neben den Diagnosebildern auch den Umgang mit diesen und die damit verbundene Gefahr einer Stigmatisierung zu unterrichten. Dies trägt zur Prävention von Stigmatisierung durch Fachkräfte bei.

6.2 Folgestudien

Da die vorliegende Studie lediglich eine Momentaufnahme des Erlebens der Sozialpädagogen darstellt, wird empfohlen, eine Langzeitstudie zum gleichen Thema im BeWo durchzuführen. Dadurch kann ein deutlicheres Bild erreicht werden, da der Reflexionsprozess und damit der Veränderungsprozess des Handelns und Erlebens der Sozialpädagogen, was zum Teil auch durch die vorliegende Forschung angeregt wurde, mit einbezogen werden kann. Da es sich um eine qualitative Forschung handelt, sich Sozialpädagogen ständig reflektieren und sich auch die Gegebenheiten stetig weiterentwickeln, kann hierdurch aber kein Ergebnis entstehen, welches für immer gilt.

Da vermutet werden kann, dass Stigmatisierung infolge von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auch in anderen Einrichtungen vorhanden ist, wird eine Ausweitung der Forschung auf weitere Einrichtungen innerhalb des sozialpsychiatrischen Systems empfohlen. Das sozialpsychiatrische System stellt ebenso die Mesoebene dar. So soll ein allgemeineres Bild geschaffen und bei Bedarf eventuell Veränderungen im gesamten psychiatrischen System hervorgerufen und angetrieben werden.

²⁰ Siehe 5.1.3 Relevanz der medizinisch-psychiatrischen Diagnose aus Sicht des Sozialpädagogen

Bei der vorliegenden Forschung handelt es sich um den ersten Forschungstyp „Problem Analysis“²¹. Das vorliegende Problem wurde also durch die Forschung beschrieben. Weiterführende Forschungstypen werden als „Diagnosis“, „Design“, „Intervention/Change“ und „Evaluation“ benannt (Verschuren & Doorewaard, 2010). Diese bauen aufeinander auf, sodass an diese Forschung anschließend Forschungen nach den weiterführenden Typen durchgeführt werden könnten. Durch solche sollten dann eine Problemanalyse oder auch Handlungsempfehlungen für die Einrichtungen oder die Sozialpädagogen entstehen. Fortführende Studien könnten zusätzlich erforschen, wie diese umgesetzt werden sollten und anschließend, ob diese Umsetzung funktioniert hat.

Auf die vorliegende Forschung aufbauend sollten außerdem Studien mit den Klienten des BeWo durchgeführt werden. Dies wäre wichtig, um zu erfahren, wie sie die Folgen der Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose auf die professionelle Arbeit der Sozialpädagogen mit ihnen erleben.

²¹ Siehe 3.1 Forschungsart und –typ

7 DISKUSSION

Im Folgenden wird das Forschungsergebnis diskutiert. Zunächst werden die Stärken und Schwächen der Forschung beschrieben. Darauf folgt die kritische Stellungnahme zu den Ergebnissen auf Mikro-, Meso- und Makroebene.

7.1 Stärken der Forschung

Die vorliegende Forschung weist einige Stärken auf, sodass sie als qualitativ wertvoll erachtet werden kann. Das Einhalten der Grundsätze der ethischen Überlegungen nach von Unger (2014) ist als positiv zu benennen. Das bedeutet, dass die Forschung aufgrund der nicht wertenden Fragen im Forschungsinstrument objektiv ist. Überdies erfolgte die Teilnahme an der Forschung freiwillig, indem sich die Probanden dazu bereit erklärten, Teil der Forschung zu sein. Ebenso wurde dem Grundsatz der Vertraulichkeit und der Einhaltung des Datenschutzes nachgekommen. Dies wurde sichergestellt, indem die Probanden über das Vorgehen der Datenerhebung aufgeklärt und die erhobenen Daten anonym behandelt wurden.

Darüber hinaus kann die Forschung Stärken vorweisen, indem die dargestellten Gütekriterien nach Mayring (2002) erfüllt sind. Die Verfahrensdokumentation ist durch die vollständige Darstellung des Vorgangs über die Forschung gegeben und stellt damit eine Stärke der Forschung dar. Ebenfalls wird durch den theoretischen Rahmen deutlich, dass ein Vorverständnis über das Thema vorhanden ist. Auch die Regelgeleitetheit wird durch die qualitative Inhaltsanalyse eingehalten. Die kommunikative Validierung als weiteres Gütekriterium ist ebenfalls erfüllt, da die interpretierten Ergebnisse mit den Interviewten besprochen und durch diese bestätigt wurden.

Des Weiteren ist der Forschung die hohe Praxisbezogenheit als Stärke zuzuweisen. Daher kann ein Erleben über den täglichen Umgang mit der Diagnose bedingungslos beschrieben werden. Dieses individuelle Erleben kann des Weiteren aufgrund der hohen Praxisbezogenheit als Diskussionsgrundlage im gesamten Team genutzt werden. Die Forschungsergebnisse können jedoch auch in anderen Einrichtungen den gleichen Nutzen haben und als Anregungen für weitere Forschungen dienen. Außerdem ist an dieser

Stelle als Stärke zu benennen, dass die Probanden mindestens 3,5 Jahre Berufserfahrung im sozialpsychiatrischen Bereich vorweisen können. Dies hat zur Folge, dass die Antworten auf Erfahrungen gestützt sind. Dadurch können die dargestellten Aussagen als zuverlässig gewertet werden. Damit ist die Forschung zusätzlich reliabel.

7.2 Schwächen der Forschung

Die Forschung enthält aber auch Schwachstellen. Die Stichprobe der vorliegenden Forschung ist aufgrund der qualitativen Forschung relativ klein, sodass die Schlussfolgerungen nicht vollständig repräsentativ sind. Dadurch sind die Ergebnisse nicht auf jegliche Einrichtungen des BeWo für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu verallgemeinern.

Die Tatsache, dass die vorliegende Forschung qualitativer Art ist, birgt außerdem eine Schwäche der Forschung. Dies hat den Hintergrund, dass die Interviews in der Auswertung der Ergebnisse Interpretationen erfordern. Diese sind nicht vollständig objektiv zu betrachten, da immer das Vorverständnis der Verfasser eine Rolle spielt. Nach Mayring (2002) ist daher eine vorurteilsfreie Bewertung der Ergebnisse nicht durchführbar.

Des Weiteren ist die vorliegende Forschung nur eine Momentaufnahme. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, müssen Langzeitstudien durchgeführt werden. Damit einhergehend ist zu benennen, dass die Ergebnisse der Forschung ausschließlich auf Vorerfahrungen basiert, die die Probanden bis zum Zeitpunkt der Befragung gemacht haben. Möglicherweise würden sich die Antworten verändern, wenn neue Erfahrungen mit medizinisch-psychiatrischen Diagnosen gemacht werden würden. Darüber hinaus wird deutlich, dass bei einigen Probanden erst durch die Datenerhebung der Reflexionsprozess gestartet und innerhalb des Interviews noch nicht vollendet war. Auch die anderen Probanden sind einem ständigen Reflexionsprozess und weiteren Erfahrungen ausgesetzt. So könnte es sein, dass bereits heute die Antworten verändert sein können.

7.3 Kritische Betrachtung der Ergebnisse

Hinsichtlich der Mikroebene, die die Sozialpädagogen darstellen, ist das Ergebnis positiv wie negativ zu beurteilen. Zum einen ist negativ anzumerken, dass eine unbewusste Stigmatisierung durch die medizinisch-psychiatrische Diagnose vorhanden ist. Da eine Stigmatisierung immer negative Folgen für den Betroffenen nach sich zieht, ist das Ergebnis als negativ zu bewerten. Dem gegenüber ist positiv anzumerken, dass die Sozialpädagogen ausschließlich die positiven Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose für die Betreuung erleben. Das bedeutet, dass sie versuchen, lediglich den Nutzen aus der Diagnose zu ziehen und so negative Auswirkungen der Stigmatisierung nicht wahrzunehmen sind. Sie nutzen diese zum Beispiel, um Verhalten adäquat einordnen und sich von negativen Verhaltensweisen seitens des Klienten abgrenzen zu können.

Für die Einrichtungen, das BeWo der Alexianer und das des VSE, ist das Ergebnis eher als negativ zu bewerten. Auch wenn ausschließlich positive Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose wahrgenommen wurden, geht damit, wie oben dargestellt, eine Stigmatisierung einher. Dies hat womöglich den Hintergrund, dass die dargestellten Rahmenbedingungen die Basis für die Stigmatisierung bieten. Das BeWo ist diesen Rahmbedingungen allerdings zwingend ausgesetzt, da der Kostenträger die medizinisch-psychiatrische Diagnose als Grundlage für die Betreuung voraussetzt. Daher sind diese kritisch zu betrachten.

Das Ergebnis der vorliegenden Forschung hat außerdem einen positiven Wert für die Gesellschaft, die die Makroebene darstellt. Durch die Forschung wird in der Gesellschaft auf das soziale Phänomen der Stigmatisierung, welche auch in sozialen Einrichtungen vorhanden ist, aufmerksam gemacht. Diese kann langfristig zum Abbau der Stigmatisierung führen und damit zur aktuellen Inklusionsbewegung beitragen²².

²² Siehe 2.6 Relevanz für die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit

8 FAZIT

Immer noch aktuell und in der Gesellschaft weit verbreitet ist die Stigmatisierung von Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung. Diese kann, wie zuvor dargestellt, durch Unwissenheit, aber auch durch bestimmte Vorerfahrungen entstehen und den Umgang mit der betroffenen Person beeinflussen.

Eine medizinisch-psychiatrische Diagnose wirkt sich, wie in der vorliegenden Bachelor-Thesis dargestellt, auch auf den Umgang von Sozialpädagogen mit ihren Klienten aus. Ob und inwieweit dies auch auf die Mitarbeiter des BeWo und deren Arbeit zutrifft, wurde durch diese Forschung heraus gearbeitet.

Mit der vorliegenden Bachelor-Thesis wurden die kurzfristigen Ziele erreicht. So konnten Kenntnisse über das Erleben der Auswirkungen der medizinisch-psychiatrischen Diagnose auf die Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung gewonnen werden. Darüber hinaus konnte eine Problembeschreibung erstellt werden. Das Ziel auf der Mesoebene, der Erkenntnisgewinn über den Stellenwert der Diagnose in der Institution BeWo, konnte außerdem erreicht werden. Es wurde herausgefunden, dass die Diagnose innerhalb des Teams keinen hohen Stellenwert hat. Die Rahmenbedingungen lassen diese jedoch nicht außer Acht. Mit der Veröffentlichung der Bachelor-Thesis kann darüber hinaus das Ziel auf der Makroebene erreicht werden. Dadurch wird auf das Problem der Stigmatisierung aufmerksam gemacht, das auch in der Gesellschaft und in anderen Einrichtungen vorliegt. Langfristig kann damit zum Abbau der Stigmatisierung in der Gesellschaft und so zur Umsetzung der Inklusion beigetragen werden. Die langfristigen Ziele auf Mikro-Meso- und Makroebene können durch die beschriebenen Empfehlungen erfüllt werden. Die Interviews haben zum Erreichen der Ziele maßgeblich beigetragen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Sozialpädagogen des ambulant betreuten Wohnens für Menschen mit einer psychischen Erkrankung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose mit der sozialpädagogischen Haltung gegenüber stehen. Solange die Individualität des Klienten nicht beeinflusst wird, sehen sie einen Nutzen in der Klassifikation. So ist sie für die Netzwerkarbeit und die Einordnung verschiedener Verhaltensweisen von Bedeutung. Für den direkten Betreuungskontakt ist die medizinisch-psychiatrische Diagnose

jedoch nicht unbedingt notwendig. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Vorerfahrungen mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose die professionelle Arbeit mit den Klienten beeinflussen. So ist ein bewusster Umgang mit den Vorerfahrungen erforderlich. Zusammenfassend machen die Ergebnisse deutlich, dass die Sozialpädagogen versuchen, die medizinisch-psychiatrische Diagnose so zu nutzen, dass sie lediglich positive Auswirkungen auf die Arbeit mit ihren Klienten erleben. Nichtsdestotrotz findet aufgrund der Klassifikation durch die medizinisch-psychiatrische Diagnose immer eine Stigmatisierung statt. Über diese Tatsache muss sich ein Sozialpädagoge bewusst sein und sein Handeln stets legitimieren.

Abschließend ist zu benennen, dass die Verfasser durch die Ergebnisse hinsichtlich der Relevanz der Forschung und des Themas bestärkt wurden. Auch laut Feedback der Probanden trage diese Forschung zur Weiterentwicklung in der sozialen Arbeit bei.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ahmedani, B. (2011). Mental health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, pp. 4.1-4.16.
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010, August). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, pp. 318-327.
- Burkhardt, S., & Haber, T. (o.J.). *Betreutes Wohnen für junge Erwachsene mit einer seelischen Behinderung*. (V. N. e.V., Editor) Retrieved Januar 28, 2016, from VSE NRW e.V.: <http://www.vse-nrw.de/muenster/betreuteswohnen-fuer-junge-erwachsene.html>
- Corrigan, P. W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*, 52(1), pp. 31-39.
- DBSH. (2014, April). Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. *FORUM sozial*, 14.
- De Campos Velho Martel, L. (2011, Juni). Reasonable Accommodation: The New Concept from an Inclusive Constitutional Perspective. *sur international journal on humans rights*, 85-94.
- Diekmann, A. (2008). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Herriger, N. (2006). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hömberg, K., Jodin, D., & Leppin, M. (2004, Juli 31). *Methoden der Informations- und Datenerhebung*. Retrieved März 23, 2016, from Technische Universität Dortmund - Sonderforschungsbereich (SFB) 559: <https://eldorado.tu-dortmund.de/handle/2003/21609>

- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Landschaftverband Westfalen-Lippe (Ed.). (o.J.). *Ambulant Betreutes Wohnen - Erläuterung*. Retrieved März 21, 2016, from LWL - Für die Menschen. Für Westfalen-Lippe:
https://www.lwl.org/LWL/Soziales/Behindertenhilfe/ambu_betreu_wohnen/erlaeuterung
- Lenzner, T., Neuert, C., & Otto, W. (2015). *Kognitives Pretesting*. Mannheim: GESIS, Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Martino, H., Rabenschlag, F., Koch, U., Attinger-Andreoli, Y., Michel, K., & Gassmann, J. (2012, Mai). *Arbeitspapier Entstigmatisierung - Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und Menschen mit Störung der psychischen Gesundheit*. Retrieved März 20, 2016, from Public Health Schweiz.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur, & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 543-544). Wiesbaden: Springer VS.
- Müller, B. (2008). *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch der multiperspektivischen Fallarbeit*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Onpulson.de GbR (Ed.). (o.J.). Retrieved März 30, 2016, from Onpulson - Wissen für Unternehmer und Führungskräfte:
<http://www.onpulson.de/lexikon/professionalitaet/>
- Paier, D. (2010). *Quantitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

- Rentzsch, K., & Schütz, A. (2009). *Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Riecher-Rössler, A. (2016, Februar). Psychosefrüherkennung: Hilfreich oder stigmatisierend für Betroffene? *Synapse*, pp. 14-15.
- Schaeffer, D. (2010, Januar 22). *Erwartungen an die Gesundheitsversorgung aus Patientensicht*. Retrieved März 20, 2016, from vfa. Die forschenden Pharma-Unternehmen: <http://www.vfa.de/download/round-table-psg-2010-vortrag-schaeffer.pdf> [Vortrag]
- Schaffer, H. (2009). *Empirische Sozialforschung*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Schlottmann, A. (2007). Wie aus Worten Orte werden - Gehalt und Grenzen sprechakttheoretischer Sozialgeographie. *Geographische Zeitschrift*, pp. 5-23.
- Schomerus, G. (2009). Steine auf dem Weg - Stigma und Hilfesuchverhalten. *Psychiatrische Praxis*, 36(2), pp. 53-54.
- Schwab, C. (2015, Februar 12). *Psychische Probleme dort behandeln, wo sie auftreten - Positionspapier Bernisches Aktionsbündnis Psychische Gesundheit*. Retrieved März 22, 2016, from kbk - Kantonale Behindertenkonferenz Bern: <http://kbk.ch/news/positionspapier-bernisches-aktionsbuendnis-psychische-gesundheit.html>
- Sorger, C. (2004, Februar 13). Stigma und Entstigmatisierung aus gesellschaftspolitischer Sicht. Wien: L und R Social Research.
- Staub-Bernasconi, S. (2007, Mai 28). *Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Sozialer Arbeit*. Vortrag, Zürich und Berlin.
- Stieglitz, R.-P. (2008). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Trost, A., & Schwarzer, W. (2013). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Dortmund: borgmann.

- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2010). *Designing a Research Project*. The Hague: Eleven International Publishing.
- von Unger, H. (2014). Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In H. von Unger, P. Narimani, & R. M'Bayo (Eds.), *Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Reflexivität, Perspektiven, Positionen* (pp. 15-40). Wiesbaden: Springer VS.
- Weischer, C. (2007). *Sozialforschung*. Konstanz: UKV Verlagsgesellschaft mbH.
- Wilke, M. (Ed.). (2014). *Fachvorstellung: Psychiatrie und Psychosomatik*. Retrieved Mai 12, 2016, from Medizin-Blog.info: <http://www.medizin-blog.info/wp-content/uploads/2014/02/psychotherapie01-300x300.jpg> [Bild auf Deckblatt]
- Wittchen, H.-U. (2013). "Warum sollte die Psyche gesünder sein als der Rest des Körpers?"/ Interviewer: Thomas Saum-Aldenhoff. *PSYCHOLOGIE HEUTE*(Januar 2013), pp. 68-74.
- Witteck, C. (2014). *Resilienz in der Sozialpädagogik: Möglichkeiten der Resilienzförderung*. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2004). *Psychologie*. München: Pearson Studium.

TABELLENVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Übersicht Forschungsziele | 2 |
| Tabelle 2: Festlegung der Begriffe der Forschungsfragen..... | 6 |
| Tabelle 3: Tätigkeitsliste..... | 26 |
| Tabelle 4: Reduktion zu Kategorie 1 | 33 |
| Tabelle 5: Reduktion zu Kategorie 2 | 34 |
| Tabelle 6: Reduktion zu Kategorie 3 | 36 |
| Tabelle 7: Reduktion zu Kategorie 4 | 38 |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Konzeptuelles Modell..... 5

ANHANG

I Interviewleitfaden zu den Teilfragen mit Beispielfragen

Soziodemografische Fragen:

1. Wie alt bist du?
2. Wie lange arbeitest du schon im ambulant betreuten Wohnen?
3. Wie lange arbeitest du allgemein schon im sozialpsychiatrischen Bereich?

Haltung:

1. Was hältst du von der Klassifikation durch medizinisch-psychiatrische Diagnosen?
2. Welcher Umgang ist dir in Bezug auf die medizinisch-psychiatrische Diagnose wichtig?
3. Welchen Stellenwert hat eine medizinisch-psychiatrische Diagnose in einer Betreuung für dich?

Einfluss der Vorerfahrungen:

4. Welchen Stellenwert haben deine Vorerfahrungen, die du bereits mit Klienten mit einer bestimmten Diagnose gemacht hast, in einer neuen Betreuung, bei der die Diagnose bekannt wird?
5. Wie gehst du mit diesen Vorerfahrungen um?

Relevanz:

6. Welche Rolle spielt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung nach innerhalb der Teamsitzungen bei Fallbesprechungen?
7. Inwiefern wird eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung nach in der Einrichtung berücksichtigt und beachtet?
8. Was nimmst du daraus für die Eins-zu-Eins-Betreuung mit?

Auswirkungen:

9. Wofür ist eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung nach für die Betreuung hilfreich?

10. Welche Nachteile birgt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung nach in der Betreuung?
11. Was meinst du, wie sich Nachteile auf die Arbeit mit den Klienten innerhalb deiner Betreuung auswirken?

Abschlussfrage:

12. Hast du noch weitere Anmerkungen zu diesem Thema?

1 II Interviews

2 a Interview mit Person 1

3 I: Was hältst du von der Klassifikation durch medizinisch-psychiatrische Diagno-
4 sen?

5 P1: Sie können hilfreich sein. Also du meinst jetzt für mich in der Arbeit?

6 I: Ja, genau. Das ist alles auf die Arbeit bezogen.

7 P1: Ja, sie können hilfreich sein in der Arbeit, um Verhalten zu verstehen oder Ver-
8 halten zu interpretieren. Man läuft natürlich auch Gefahr, dass sie unter Umstän-
9 den auch eine Stigmatisierung sind, wenn du aufgrund der Diagnose gänzlich
10 Verhalten interpretierst. Also es hat beide Seiten. Aber vornehmlich, also so wie
11 ich sie interpretiere, oder wie ich sie nutze, kann es dazu beitragen, Verhalten zu
12 verstehen.

13 I: Ok. Wie gehst du konkret mit den Diagnosen um innerhalb der Betreuung?

14 P1: Ich gehe insofern konkret, also anfänglich relativ wenig, also zu Beginn, wo ich
15 die Klienten kennenlerne, kenne ich die Diagnose. Die spielt für mich aber keine
16 große Rolle. Sondern eher im Verlauf. Also ich nutze die, um erst mal selber zu
17 erfahren, wie erlebt der Klient sich? Kann der was mit der Diagnose anfangen?
18 Und inwiefern ist sie für ihn hilfreich? Also kann er sein Verhalten auch darüber
19 interpretieren? Es gibt viele, die haben gar keine Krankheit, sagen sie. Es gibt
20 welche, die sagen „Ja, gut, das ist ein Teil meiner Erkrankung und damit kann
21 ich gut umgehen oder auch gegenstellen“.

22 I: Okay. Wenn du jetzt z.B. eine neue Betreuung bekommst, ne? Und du erfährst
23 die Diagnose, z.B. Borderline, und du hast vorher schon mal Erfahrungen inner-
24 halb einer Betreuung mit der Diagnose gemacht. Was meinst du, welche Rolle
25 die Vorerfahrungen in der neuen Betreuung spielen für dich?

26 P1: Ich glaube, das spielt eine große Rolle. Es ist auch unheimlich wichtig, sich be-
27 wusst zu machen, dass es eine große Rolle spielt, um wirklich auch noch die
28 Möglichkeit zu haben individueller zu sehen. Also bei Diagnosen, mit denen ich
29 mich noch nicht so intensiv auskenne, glaube ich, spielt es für mich eine größere,

1 weil ich mich auch mehr einlese nochmal. Aber dann auch relativ schnell wieder
2 die Diagnose vergesse. Insofern für mich hilft es auch, zu verstehen, warum,
3 bspw. bei Borderline, warum bin ich jetzt "zero to hero" und "hero to zero"? Al-
4 so dabei hilft es mir, das auch so ein bisschen von mir persönlicher wegzuhalten,
5 aber ansonsten glaube ich, dass die Erfahrung keine... Also wenn ich, ist ja im-
6 mer so, wir gucken ja auch, was können wir gut arbeiten? Wo haben wir das Ge-
7 fühl, mit welchen Krankheitsbildern oder mit welchen Klienten kommen wir gut
8 zurecht? Macht ja auch schon die Anfrage. Insofern, wenn ich zu negative Erfah-
9 rungen habe, würde ich sie auch erstmal nicht mehr bearbeiten wollen, die Diag-
10 nose, sozusagen.

11 I: Aber du sagst, man muss sich dem ja auch immer wieder bewusst sein, dass man
12 diese Vorerfahrungen hat und vielleicht auch in irgendeiner Form anwendet?

13 P1: Absolut, ja.

14 I: Wie nutzt du denn die Vorerfahrungen in deinem Umgang?

15 P1: Ja, da muss ich glatt nachdenken.

16 I: Kein Stress, wir haben Zeit genug.

17 P1: Also ich glaube, dass, also jetzt mal Vorerfahrungen ja generell, ich meine, du
18 fragst ja in Bezug auf Erkrankungen. Aber Vorerfahrungen ja generell, wenn sie,
19 so lange sie bewusst sind, immer was Positives, jetzt interpretiere ich das so, was
20 Positives haben, weil man hat dann damit ja auch eine Grenze verschoben. Also,
21 dass, was eine Diagnose mit der, oder mit einem Menschen mit der Diagnose,
22 mit dem ich noch nicht gearbeitet habe, hat ja auch immer etwas, was auch eine
23 Grenze darstellt, weil ich es noch nicht gemacht habe. Und dadurch, dass ich die
24 Vorerfahrungen habe, hat die Grenze sich ja schon etwas verschoben und damit
25 kann ich ja auch nochmal mit einer größeren Gelassenheit hereingehen, wovon
26 auch der Mensch, der mir gegenüber sitzt profitiert. Was ich irgendwie noch
27 nicht erlebt habe, ist so eine Erfahrung, dass ich so gedacht habe, "Ah, kenne
28 ich!", also "Jetzt kommt der Scheiß.", oder sonst was. Das war überraschender
29 Weise noch nicht so.

30 I: Okay. Also du gehst dann auch nicht mit dem Gedanken darein "Nicht schon

1 wieder!""?

2 P1: Ne, also, wenn ich das habe, dann würde ich den Fall nicht annehmen. Also da
3 bin ich aufgrund des hohen Alters auch schon, dass ich sage, ne, da tue ich kei-
4 nem einen Gefallen mit, weil da bin ich nicht hilfreich. Gut, du lernst, also du
5 hast ja nicht unbedingt eine psychiatrische Diagnose, also bei einer Suchterkrankung
6 weißt du ganz klar, da läufst du häufiger vor eine verschlossene Tür. Die
7 nutzen dich anders als jetzt jemand, der eine Depression hat. Aber das heißt
8 eben, das hilft mir dabei, zu sagen, ok, ich bin angepisst, aber trotzdem kann ich
9 das auch dem zuschreiben, dass es auch aufgrund der Erkrankung so ist.

10 I: Ok. Welche Rolle spielt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Mei-
11 nung nach innerhalb der Teamsitzungen, also bei Fachberatungen?

12 P1: Das finde ich aber eine sehr gute Frage. Also ich finde die alle sehr gut, aber...
13 Ich glaube, da, also unbewusst ja immer. Also wir haben ja... Jeder der Kollegen
14 und Kolleginnen, stellt ja die Klienten vor, die er neu hat, und da spielt ja immer
15 eine Diagnose eine Rolle. Ansonsten glaube ich, spielt die sekundär eine Rolle.
16 Das heißt, in der Beratung selber üben wir ja Hypothesen, weil es ja kollegial ist,
17 und insofern ist das Spektrum ja nicht begrenzt da. Deswegen kann man ja nach-
18 her unter dem, ne? Ist das schlüssig? Sind die Handlungsoptionen auch nach-
19 vollziehbar? Dann nochmal eher die Krankheit. Ich glaube, im ersten Moment ist
20 uns allen die Erkrankung bewusst, aber bei der Beratung selber spielt es eine
21 zweitrangige. Es ist schon so, was kann der Mensch? Aber was kann der
22 Mensch? Die Ressourcen sind ja nicht abhängig von der Erkrankung. Es spielt
23 vielleicht eine Rolle, vielleicht schränken die auch Ressourcen ein, vielleicht
24 gibt es auch mehr Ressourcen durch Krankheit, kann ja auch passieren. Aber
25 dass die Diagnose gesagt wird, bspw. "Ach ja, denkt dran: Borderline!", das pas-
26 siert nicht.

27 I: Und wenn das jetzt z.B. so ist, also da fließen ja dann auch Vorerfahrungen viel-
28 leicht mit ein, bei der kollegialen Beratung oder offener Runde oder "reflecting
29 team", dass sie sagen, bei meinem Klienten, der die gleiche Diagnose hat, hat
30 das und das geholfen z.B.. Ist das auch so bei euch?

1 P1: Ja, das ist natürlich jetzt, der die gleiche Diagnose hat, ich glaube, dass die Di-
2 agnose spielt überhaupt nicht so viel eine große Rolle, aber es wahrscheinlich
3 damit gemeint, ne? "Der hat das gleiche erlebt, indem er das und das...." Da
4 spielt das schon eine Rolle.

5 I: Wie kannst du das für deine Betreuung nutzen mit Klienten?

6 P1: Was meinst du? Beratung oder meinst du jetzt generell die Erfahrungen der an-
7 deren mit den Diagnosen?

8 I: Ja, die Erfahrungen der anderen mit Diagnosen.

9 P1: Genauso, wie ich jede Erfahrung nutzen kann. Also ich finde, davon profitieren
10 wir ja auch, weil wir im Team arbeiten. Die Erfahrungen der anderen, des ande-
11 ren sind im Prinzip nochmal ein Handwerkszeug, was meinen Klienten dabei un-
12 terstützen kann, seine Ziele zu erreichen. Insofern ist es immer ein Versuch wert.
13 Es spielt aber viel mehr immer noch das Individuum die große Rolle und nicht
14 die Diagnose.

15 I: Ok. Ja, du hast ja gerade schon so ein bisschen erzählt, oder angedeutet, was
16 Nachteile sein können, wenn man die Diagnose weiß. Hast du noch mehr Nach-
17 teile, die für dich, also was für dich Nachteile sind, dass du die Diagnose weißt
18 eines Klienten?

19 P1: Ich glaube, für mich ist die Diagnose immer schon ein Thema gewesen. Weil ich
20 hab auch immer die Frage gestellt: Muss ich eine Diagnose wissen, um jeman-
21 den kennenzulernen? Das glaube ich eben nicht. Mir würde es im zweiten Schritt
22 reichen. Also zu sagen, ich lerne jemanden kennen und dann lerne ich erst die
23 Diagnose kennen. Die Diagnose kann für mich natürlich auch von Nachteil sein,
24 dass man zu viel im Endeffekt daraufhin interpretiert an Verhalten und vielleicht
25 auch akzeptiert an Verhalten, was nicht unbedingt förderlich für die Genesung
26 des Klienten ist. Also das heißt im Klartext, wenn sich jemand nur auf Krankheit
27 zurückzieht. Da wäre es halt wichtiger im Endeffekt den gesunden Teil zu beto-
28 nen. Also ich persönlich erlebe Diagnosen nicht als negativ, aber in meiner Ar-
29 beit. Ich erlebe aber doch schon, dass das Umfeld auf Diagnosen reagiert, also
30 sprich die Familie, die Freunde und der Klient selber. Das ist eher negativ

1 manchmal.

2 I: Würdest du denn sagen, dass eine Diagnose unbedingt wichtig ist für deine Be-
3 treuung?

4 P1: Ja, also erst im zweiten Schritt ist sie wichtig. Verliert dann auch nochmal an
5 Wichtigkeit.

6 I: Wann verliert die an Wichtigkeit?

7 P1: Ich glaube, im täglichen Arbeiten würde ich sagen. Die Diagnose tritt nach hin-
8 ten, weil so das Individuum mehr nach vorne tritt. Sobald du die Beziehung
9 mehr hast, hast du den Menschen mit seinen Eigenarten kennengelernt, vielleicht
10 ist auch die Erkrankung ein Teil davon. Also da, glaube ich, spielt es für mich,
11 also primär, ich glaube, ich habe es verinnerlicht, deswegen spielt es dann keine
12 so große Rolle mehr. Auf der anderen Seite spielt es natürlich eine Rolle immer
13 noch, wenn es um Therapie geht, wenn es darum geht, noch einmal zu gucken,
14 Psychiater... Aber ich glaube, dass es gut gelingt, die Erkrankung als wichtigen
15 Bestandteil zu nehmen, aber nicht in allem. Also auch nochmal zu sagen, es gibt
16 auch einen ganzen Teil, wo Krankheit keine Rolle spielt. Also als Beispiel: Wa-
17 rum spielt in der Haushaltsführung Borderline eine Rolle oder so? Also ich
18 glaube, dass es da auch ganz viel gesunde Anteile gibt, die auch wichtig sind, wo
19 sie keine Rolle spielt.

20 I: Ja. Das heißt, du würdest hier im ambulant betreuten Wohnen für psychisch
21 kranke Menschen nicht ohne die Diagnose arbeiten, wenn jetzt z.B. die Bedin-
22 gung des Kostenträgers nicht so gegeben wäre?

23 P1: Also, du sagst jetzt, dass... Ich versuche das zu verstehen. Also im Prinzip, also
24 im Moment ist es so, jeder kommt mit einer Diagnose.

25 I: Muss ja, weil es Voraussetzung ist.

26 P1: Genau, das ist die Voraussetzung. Und wenn die Voraussetzung wegfallen wür-
27 de, würde ich dann auch ohne Diagnose arbeiten?

28 I: Genau.

29 P1: Also ich habe so lange ohne Diagnosen gearbeitet und trotzdem Erkrankungen

- 1 gesehen. Ich finde es häufig vereinfachend, wenn es eine Diagnose gibt. Also
2 bspw. ich habe einen Klienten, da hat ein Jahr lang die Diagnose gar keine Rolle
3 gespielt, weil es keine Symptome gab. Aber jetzt ist es unheimlich wichtig, diese
4 Diagnose zu haben, sonst könnte ich dieses vielleicht jetzt auch mittlerweile sui-
5 zidale Verhalten gar nicht mehr einordnen. Also zumindest das selbstgefährden-
6 de Verhalten. Das ist das, weswegen eine Diagnostik in irgendeiner Form wich-
7 tig ist.
- 8 I: Was meinst du da genau mit einordnen? Einschätzen?
- 9 P1: Ja, einordnen und einschätzen zu können, was das gerade ist. Also wenn jemand
10 eine Depression hat, ist das jetzt eine depressive Episode? Ist das nur eine Ver-
11 Stimmung? Also das auch zu wissen, ein Feingefühl dafür zu bekommen oder
12 das kann mir der Klient am besten sagen, wenn er erfahren in seiner Erkrankung
13 ist. Aber wenn jemand noch nicht so erfahren ist, auch gucken, ab wann muss
14 ich handeln? Und ich glaube, das hat man nochmal mehr auf dem Schirm, wenn
15 es eine Diagnose dazu gibt. Ansonsten wird man überrascht. Also ich hätte auch
16 nichts dagegen BeWo zu machen mit sozialen Schwierigkeiten, ne? Aber wenn
17 jemand psychisch erkrankt ist, ist eine Diagnostik wichtig.
- 18 I: Ja, also eigentlich sind wir auch schon am Ende. Hast du noch irgendwie weitere
19 Anmerkungen oder Fragen zu dem Thema?
- 20 P1: Nein, also ich finde das ein super gutes Thema, dass ihr das gewählt habt. Das
21 habe ich auch schon einmal gesagt. Ich finde es spannend, weil ich mache mir
22 nie so viele Gedanken, wie ich sie mir gerade darüber mache. Deshalb fällt es
23 mir auch echt schwer, weil ich gar nicht mehr bewusst habe, wo ist es bewusst
24 und wo ist es unbewusst? Also es ist einfach so ein Teil meiner Arbeit, die, ich
25 sage mal, die nochmal klarer wird in dem Moment, wo wir jetzt darüber reden.
26 Ich weiß auch nicht, wenn du mir das Interview nochmal stellst, ob ich das wie-
27 der so beantworten würde. Weil das ist echt ein Prozess gerade nochmal diese
28 Auseinandersetzung damit, wie viel spielt es eine Rolle. Also das ist schön!
29 Schön, dass ihr das macht! Ich bin ganz gespannt, was herauskommt.
- 30 I: Würdest du dir denn noch irgendwas in der Einrichtung wünschen, dass man

1 mehr in diesen Denkprozess kommt? Oder dass man sich einfach öfter Gedan-
2 ken darüber macht, es öfter reflektiert, wie man damit umgeht?

3 P1: Ich glaube, dass dieser Prozess, der durch deine Arbeit, eure Arbeit da angesto-
4 ßen werden könnte, ich fände den ganz gut auch für unser Team. In unserem
5 Kleinteam nochmal da zu gucken, inwiefern einfach das als... Du hast ja nur ei-
6 nen bestimmten Kreis an Menschen, die zum Interview gerufen werden. Ich
7 glaube, ich fände das nochmal ganz gut, auch so diese Fragen mal in unser Team
8 reinzubringen und mal darüber zu diskutieren. Wir müssen uns in unserer Arbeit
9 öfter überprüfen. Es gibt kein richtig, es gibt kein falsch und das ist eine Form da
10 in die Diskussion zu kommen und insofern immer das wieder wachzuhalten.

11 I: Ja, alles klar. Vielen Dank!

12

1 **b Interview mit Person 2**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch medizinisch-psychiatrische Diagno-
3 sen?

4 P2: Ja, ich find es nicht so hilfreich. Für unsere Arbeit finde ich es überhaupt nicht
5 wichtig, die Diagnose zu wissen. Und trotzdem ist es ja irgendwie wichtig, dass
6 man Informationen darüber hat, wie es dem Klienten geht. Diese Klassifizierung
7 ist für mich nicht so wichtig. Ich guck da auch nicht drauf, muss ich sagen.

8 I: Ja, das wäre die nächste Frage. Welcher Umgang ist dir in Bezug auf die medi-
9 zinisch-psychiatrische Diagnose wichtig?

10 P2: Also ich versuche das nach wie vor zu handhaben, dass ich die Diagnose außen
11 vor lasse und ich erst mal einen Kontakt erarbeite, wo das Problem meiner An-
12 sicht nach ist, weil ich immer noch denke, dass mein Job ist, sozialpädagogisch
13 und sozialtherapeutisch zu arbeiten und ich bin nicht Mediziner oder Psychothe-
14 rapeut. Also das finde ich auch wichtig, in der Arbeit zu trennen. Die Menschen
15 müssen ja auch mal das Recht haben, so angenommen zu sein, wie sie sind. So
16 und dafür brauche ich erst mal nicht die medizinisch-psychiatrische Diagnose.

17 I: Also du arbeitest ja auch schon richtig lange in dem Arbeitsfeld. War das mal
18 anders?

19 P2: Ne, also ganz im Gegenteil. In unserem alten Konzept haben wir mal gesagt, wir
20 arbeiten ganz ohne Diagnose, also ganz unvoreingenommen. Wir haben uns nie
21 Vorberichte schicken lassen oder Vorgeschichten angeguckt, sondern sind wirk-
22 lich gestartet und haben uns alles mit den Klienten erarbeitet. Und das hat ei-
23 gentlich immer gut geklappt.

24 I: Also zu deiner Zeit gab es diese nicht?

25 P2: Ja, da haben wir sowieso nicht so viel mit diesen sozialpsychiatrischen Diagno-
26 sen zu tun gehabt. Wenn ich das jetzt mal sagen sollte, wann hat das angefangen:
27 So grob vor 20, 15 Jahren, dass das überhaupt so ein Gewicht hatte. Und dass
28 wir immer mehr mit der Thematik konfrontiert worden sind. Dass wir mit psy-
29 chiatrischen Diagnosen zu tun hatten. Früher war das ganz, ganz, ganz, ganz sel-
30 ten.

- 1 I: Woher kam das dann?
- 2 P2: Wenn die aus Psychiatrien direkt kamen, zum Beispiel, dann gab es eine Diag-
3 nose. Dann wurden wir oftmals gar nicht einbezogen. Dann haben wir die in der
4 Psychiatrie besucht oder versucht mit den zuständigen Ärzten oder Therapeuten
5 Kontakt zu haben. Die hatten kein Interesse an uns und dementsprechend hatten
6 wir auch nicht so viel Interesse an denen. Da gab es nicht unbedingt so ein Mit-
7 einander, wie das heute eher üblich ist.
- 8 I: Also das Netzwerk war da nicht so ausgebaut?
- 9 P2: Ja, das war auch nicht gewünscht. Also das lag nicht daran, dass wir kein Inte-
10 resse hatten, sondern das war auch nicht gewünscht, dass wir uns da mit unserer
11 Pädagogik einmischen. Also da wurde das viel strenger getrennt. Also das eine
12 war krank und das andere war gesund und dazwischen gab es nicht so viel.
- 13 I: Was ist denn dein Grundbaustein quasi für die Betreuung? Also wenn das nicht
14 die Diagnose ist, die hier ja eh vorgegeben werden muss, hier im ambulant be-
15 treuten Wohnen?
- 16 P2: Grundbaustein ist nach wie vor für mich eine vertrauensvolle Beziehung aufzu-
17 bauen. Also, oder zumindest zu versuchen, eine möglichst vertrauensvolle Be-
18 ziehung aufzubauen. Ohne eine Beziehung hat eine Betreuung überhaupt keine
19 Chance. Dann kommt man auch nicht wirklich weiter. Es gibt ja Fälle, da
20 kommst du überhaupt nicht ran, weil die Freiwilligkeit nicht so wirklich gegeben
21 ist. Da wird eher so gedrängt: Hol dir mal Hilfe! Und da stehen die Klienten
22 nicht so hundertprozentig dahinter. Dann kommst du auch nicht so mit denen in
23 Beziehung und dann scheitert die Betreuung oder läuft halt nicht so rund. Das
24 hat dann nichts damit zu tun, mit welcher Diagnose die kommen oder wenig
25 damit zu tun. Also selbst wenn du jemanden hast, der Autist ist oder so. Wenn
26 du da nicht in irgendeiner Form eine Beziehung herstellen kannst, ist das
27 schwierig. Im ambulanten Bereich noch schwieriger, glaube ich, als im stationä-
28 ren.
- 29 I: Wie gehst du denn mit der Diagnose um, wenn du eine neue Betreuung be-
30 kommst? Guckst du dir die vorher an? Was machst du damit?

1 P2: Ja, wie du schon richtig sagtest, bleibt das ja hier im ambulanten Bereich, also
2 im BeWo, gar nicht aus, dass ich die Diagnose kenne. Bei uns ist das ja so, dass
3 hier die Anfragen über zwei Personen abgehandelt werden. Und in der Anfrage-
4 situation wird ja halt die Diagnose abgefragt. Oder bzw. ist ja Bedingung für ei-
5 ne Betreuung hier. So, dann kommt der Kollege, der die Anfrage bearbeitet hat,
6 auf mich zu und sagt: „Hier hab ich für dich Fall X“ und gibt mir da ein paar
7 Stichpunkte zu. Und der sagt mir die Diagnose, ob ich das hören will oder nicht.
8 Also, ne? Und dann weiß ich es halt. Und dann weiß ich, da hab ich es mit einer
9 Essstörung, mit einer Zwangsstörung, mit einer Angststörung mit einer, ich weiß
10 nicht was. Das weiß ich dann einfach.

11 I: Was machst du dann damit?

12 P2: Ich hoffe, dass es mir trotzdem gelingt, das einigermaßen zur Seite zu legen und
13 zu gucken, wie ist der Mensch denn für mich, wenn ich dem jetzt begegne. Ist
14 für mich jetzt diese Zwangsgeschichte wirklich dringend nötig, dass ich jetzt
15 damit irgendwas mache. Also ich werde da ja im Laufe der Betreuung schon
16 merken, wie viel Einfluss diese psychische Einschränkung auf das hat, was der
17 leisten kann. Leisten im Sinne von, wie der sich entwickeln kann. Wie die Be-
18 treuung sich halt entwickeln kann. Ich hoffe, dass es mir nach wie vor gelingt,
19 die Diagnose möglichst weit außen vor zu lassen.

20 I: Hast du da schon mal irgendwie Feedback von Klienten bekommen?

21 P2: Ich glaube, die finden das ganz gut. Dass das nicht so eine große Rolle spielt.
22 Also ich sehe da nicht den Borderliner, sondern ich sehe da Max mit seinen
23 Problemen, die meiner Ansicht nach im sozialen oder zwischenmenschlichen
24 Bereich liegen sollten und nicht im psychischen.

25 I: Ja, dadurch, dass du ja auch schon so ewig in dem Bereich arbeitest, hast du ja
26 auch schon verschiedene Erfahrungen mit verschiedenen Diagnosen. Also du
27 hast die Frage eigentlich schon beantwortet. Aber wenn du mal guckst. Du be-
28 kommst jetzt einen neuen Klienten und du kennst die Diagnose, weil du die
29 zwangsläufig gesagt bekommst.

30 P2: Ja, genau.

1 I: Wie gehst du da mit deinen Vorerfahrungen um? Also wenn du da jetzt zum
2 Beispiel einen Borderline-Klienten bekommst. Du hast schon vorher Erfahrun-
3 gen gemacht, was die Symptome sind, was die Auswirkungen der Erkrankung
4 sind. Wie gehst du dann auf, also dann in die nächste Betreuung mit diesen Vor-
5 erfahrungen?

6 P2: Also wenn wir jetzt beim Borderliner bleiben, dann weiß ich ja, dass die Bezie-
7 hung, so gut sie auch an manchen Tagen erscheint, auch sehr brüchig ist. Und
8 nehme das nicht persönlich, wenn er mich eines Tages auf dem Flur nicht grüßt,
9 weil der gerade so in einer Phase ist, wo das nicht geht. Da ist das natürlich hilf-
10 reich, die Erfahrung zu haben. Also, ich glaube, die ersten Male fand ich das
11 schon sehr strange. Die Begegnung mit diesem Störungsbild. Ja und so kannst
12 du das im Grunde genommen für alle diese, für die Zwänge, für die Essstörun-
13 gen und für die, ja, da habe ich ja auch viel mit zu tun. Auch in dem anderen Be-
14 reich. Ja klar, wenn man das schon mal erlebt hat, dann, da kann man schon
15 dann gelassener und auch vielleicht zunehmend sicherer mit umgehen, glaube
16 ich.

17 I: Also für dich selber?

18 P2: Ja, höhere Sicherheit. Dann einen guten Kontakt trotzdem zu haben.

19 I: Als Ausgangsvoraussetzung?

20 P2: Als Ausgangsvoraussetzung, ja.

21 I: Okay. Welche Rolle spielt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner
22 Meinung nach innerhalb der Teamsitzungen, in Fallbesprechungen? Also in
23 Fachberatungen jetzt bei uns.

24 P2: Ja, das ist schon häufig auch in den Fallberatungen Thema, finde ich. Und, also
25 meine Erfahrung ist, dass jedes Teammitglied, zwar vielleicht mit ein bisschen
26 Unterschieden, aber schon über viel Wissen und Kompetenz verfügt und ich hab
27 den Eindruck, dass auch einige oder die meisten Kollegen auch so ein bisschen
28 in die Richtung arbeiten, wie ich das gerade beschrieben habe. Nämlich, dass die
29 Diagnose nicht der schwerwiegendste Anteil in der Betreuung ist. Sondern die
30 gucken auch, glaub ich, alle mehr auf diesen Bereich, wie kann ich den, ja, im

1 Allgemeinen, im Leben unterstützen. Dass der klar kommt, ohne dass die Diag-
2 nose bei denen nicht so eine große Rolle spielt. Das denke ich immer auch in den
3 Fachberatungen.

4 I: Nichtsdestotrotz hast du gerade gesagt, dass das eine Rolle spielt.

5 P2: Ja.

6 I: Was nimmst du, also, dann stelle ich mir das so vor, dass man, also, dass die
7 dann so ein bisschen Erfahrung auch aus ihren eigenen Fällen dann mit einbrin-
8 gen. Wie setzt du das um? Wie nimmst du das mit in deine Betreuung und in
9 deine Haltung?

10 P2: Wenn das hilfreiche Anregungen oder Vorgehensweisen oder wie auch immer
11 sind, versuche ich das natürlich auch anzuwenden. Und wenn ich höre, da ist je-
12 mand ziemlich mit auf die Nase gefallen, dann denk ich, oh, ja, Finger weg. Das
13 ist noch mal ein wichtiger Hinweis, dass man das mit Klienten mit solcher Diag-
14 nose besser nicht macht. Aber da fällt mir jetzt gerade auch gar nicht, da würde
15 mir jetzt spontan auch kein Beispiel für einfallen. Also, das gehört halt zum
16 fachlichen Austausch dazu, sich auch mal über diese Diagnose oder über diese,
17 also ich sag jetzt mal, sich im weitesten Sinne über diese Krankheitsbilder aus-
18 zutauschen. Aber ich glaube, dass jeder von uns auch noch auf das Individuum
19 guckt und nicht sagt: Alles Borderliner da, mit den Zwangsstörungen da. Dass
20 wir alle nach wie vor sehr individuell gucken.

21 I: Okay. Wofür ist eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung nach
22 für die Betreuung hilfreich? Welche Vorteile siehst du darin, dass du die Diag-
23 nose kennst?

24 P2: Für mich sehe ich da keine Vorteile drin. Ich brauche das nicht zur Betreuung.

25 I: Okay. Und welche Nachteile siehst du darin?

26 P2: Ja der Nachteil ist, dass man vielleicht trotzdem in manchen Situationen dazu
27 neigt, das zu verallgemeinern, ne? Dass, also bestimmtes Verhalten, bestimmte
28 Reaktionsweisen trotzdem dieser Störung, diesem Störungsbild in irgendeiner
29 Form übereinzubringen. Obwohl ich gar nicht glaube, dass uns das oft passiert,

1 oder mir das oft passiert. Aber ich glaube, dass die Wertung außen so ist. Also
2 an anderen Stellen, in der Schule, auf dem Arbeitsmarkt vielleicht. Dass die jun-
3 gen Leute, die mit so einer Diagnose durch die Welt laufen müssen, an ganz vie-
4 len Stellen dadurch ihre Einschränkung wirklich auch spüren können. Und sie
5 sind beim Arbeitsamt in einer anderen Abteilung. Sie werden nicht, wie andere,
6 auf den ganz normalen Arbeitsmarkt vermittelt, sondern da wird erst mal ge-
7 guckt, ne? Da wird zum Beispiel nicht immer unbedingt so individuell geguckt,
8 sondern sie sind erst mal klassifiziert und stigmatisiert, finde ich auch. Die vom
9 Arbeitsmarkt würden sicherlich was anderes sagen. Die würden sagen, das ist
10 aber ein ganz hilfreicher und wichtiger und notwendiger Umgang damit und die
11 würden sich wahrscheinlich sehr dagegen wehren, dass es eine Form von Stig-
12 matisierung ist. Ich würde das auch so empfinden, dass das stigmatisierend ist.
13 Also das habe ich ganz am Anfang des Gesprächs gefragt. Meinst du, was mein
14 Umgang mit dem Klienten ist oder umgekehrt, welche Auswirkungen das für die
15 hat. Und ich glaube, dass das für die allermeisten ganz verheerende Auswirkun-
16 gen hat und ich finde das auch ganz tragisch, dass so viele junge Leute mit psy-
17 chiatrischen Diagnosen leben.

18 I: Was meinst du, woran das liegt, dass es so viele Diagnose gibt? Oder dass so
19 viele Diagnosen bekommen?

20 P2: Also ich glaube, dass tatsächlich die Zahl der jungen Leute, die in irgendeiner
21 Form psychiatrisch erkrankt sind oder irgendeine Auffälligkeit haben, drama-
22 tisch zugenommen hat. Ja, warum da so locker mit umgegangen wird, also mit
23 diesem Austeilen von Diagnosen. Ich habe keine Ahnung. Ich habe da verschie-
24 denste Phantasien zu. Früher, da haben wir wirklich immer den Leuten davon
25 abgeraten, sich so eine Diagnose zu holen. Also da haben wir gesagt: „Pass auf,
26 dass du nicht den Stempel weg kriegst, hier psychisch erkrankt, das verbaut dir
27 manchen Weg“ oder so. Heute ist das ja schon so ein bisschen salonfähig, eine
28 psychiatrische Diagnose zu haben. Und das hat manchmal die Auswirkung, dass
29 ich denke, für die jungen Leute ist das auch so ein Argument, halt nicht so, ja
30 nicht so aktiv zu sein. „Ich kann das nicht, ich hab ja Borderline“ oder „ich hab
31 ja das und das“ und sich dahinter auch zurückziehen und sich dadurch im wirkli-

- 1 chen Leben so ein bisschen abkapseln. Finde ich ganz tragisch für die. Finde ich
2 auch nicht gut.
- 3 I: Ja, das ist ja die Seite der Klienten. Und bei dir selber, hast du ja auch schon ein
4 bisschen erzählt, wenn ich das mal zusammenfasse. Du lehnt das ab, weil das ja
5 auch schon salonfähig geworden ist.
- 6 P2: Ja genau. Es gibt sicherlich psychiatrische Erkrankungen, die, wo es auch wich-
7 tig ist, dass eine Behandlung stattfindet. Ich will nicht sagen, dass es die nicht
8 gibt. Wie das bei uns in unserer Gesellschaft gehandhabt wird, nimmt das ganz
9 schräge Ausmaße an, finde ich.
- 10 I: Wie nimmst du das denn im ambulant betreuten Wohnen wahr? Stigmatisierung,
11 aber nicht auf Seite der Klienten, sondern im Umgang durch die Sozialpädago-
12 gen in der Betreuung?
- 13 P2: Ich finde, dass wir ganz normal mit denen umgehen. Also ich habe nicht den
14 Eindruck, weder im Einzelkontakt noch in Gruppenangeboten, dass es da ir-
15 gendwie eine Rolle spielt. Dass die mit so einer Diagnose zu uns gekommen
16 sind.
- 17 I: Gut. Ja, wir sind auch schon fast am Ende. Eigentlich sind wir schon am Ende.
18 Nur eine Frage, ob du noch irgendwelche Anmerkungen machen möchtest zu
19 dem Thema?
- 20 P2: Ne, also meine Anmerkung, die mir wichtig war, habe ich ja gerade gemacht.
21 Also ich finde es wirklich eine tragische Entwicklung. Ich hab keine Ahnung,
22 wie ich die nochmal stoppen kann. Ich glaube, dass über die Entwicklung noch-
23 mal unser Gesundheitssystem kollabiert. Weil wir uns das gar nicht erlauben
24 können, dass die Hälfte der Bevölkerung psychiatrisch diagnostiziert ist und
25 krank ist. Also das, da habe ich manchmal so Phantasien, was ist das denn für
26 eine Welt? Die eine Hälfte ist krank und kann nicht arbeiten und steht dem Ar-
27 beitsmarkt nicht zur Verfügung, muss behütet und beschäftigt werden und steht
28 den ganzen Tag unter Medikamenteneinflüssen. Das finde ich ganz tragisch. Ich
29 hab aber auch keine Idee, wie man das aufhalten kann.
- 30 I: Was meinst du denn, was das für Auswirkungen für das ambulant Betreute

1 Wohnen haben kann?

2 P2: Das wir in 20 Jahren hier den ganzen Block besetzen und 50 Mitarbeiter locker
3 beschäftigen können, wenn wir das wollen.

4 I: Und für dich als Sozialpädagoge?

5 P2: Für mich als Sozialpädagoge glaube ich, ja, ich habe da wirklich keine Phantasie
6 zu. Ich bin dann froh, dass ich das nicht mehr machen muss.

7 I: Okay.

8 P2: Also wenn diese psychiatrischen Einschränkungen zum Normalfall werden, da
9 habe ich keine Ideen mehr zu. Vielleicht betreuen uns dann ja die psychisch Er-
10 krankten, weil wir noch so normal sind. Ich weiß es nicht. Hab da echt keine
11 Phantasie zu.

12 I: Okay. Gut, dann war es das! Dankeschön!

13 P2: Gerne!

14

1 **c Interview mit Person 3**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch medizinisch-psychiatrische Diagno-
3 sen?

4 P3: Insgesamt finde ich das wichtig und gut, um ein bisschen mehr zu verstehen,
5 was eigentlich bei den Klienten los ist. Also ich finde, es hat immer einen
6 Mehrwert, man kann immer Sachen nochmal neu verstehen, Handlungsweisen
7 neu verstehen. Ja, gleichzeitig gibt es natürlich auch diese Schattenseite. Das ist
8 natürlich, dass man dann gleich durch eine Brille schaut, den Klienten nicht
9 mehr völlig unvoreingenommen betrachten kann. Genau, das finde ich, ist der
10 Zwiespalt an der Sache. Einerseits die Notwendigkeit und zu wissen, um ein
11 besseres Verständnis für den Klienten zu haben auf der einen Seite und auf der
12 anderen Seite, ja, zu voreingenommenes Bild einfach vom Klienten.

13 I: Okay. Wie gehst du dann mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose um in-
14 nerhalb der Betreuung?

15 P3: Ja. Also ich merke manchmal, also bei manchen Diagnosen stehen sie im Vor-
16 dergrund. Die sind irgendwie auch Teil des ganzen Hilfeprozesses. Gerade wenn
17 es um die Anbindung des Therapeuten, an Fachärzte, dann stehen die sehr stark
18 im Vordergrund. Auch wenn es irgendwie klar ist, es geht um eine medikamen-
19 töse Einstellung. Dann ist es für mich sehr zentral. Ich merke aber auch, an ande-
20 ren Stellen, da stehen Diagnosen, ja, die habe ich überhaupt nicht auf dem
21 Schirm. Die sind irgendwann mal gestellt worden. Da würde ich auch sagen:
22 „Hm, finde ich irgendwie schwierig“. Die sehe ich gar nicht so richtig so. Oder
23 die sind gar nicht so im Fokus, oder die treten gar nicht so stark in den Vorder-
24 grund, wie der Klient sich gibt. Deswegen, es gibt Diagnosen, die finde ich, da
25 ist die Fokussierung wichtig. Und es gibt andere, da würde ich sagen: Die will
26 ich gar nicht so sehr beachten, weil ich glaube, die für den eigentlichen Hilfe-
27 prozess gar nicht so relevant sind.

28 I: Okay. Warum meinst du, dass es bei einer medikamentösen Einstellung so wich-
29 tig ist? Das Wissen darüber?

30 P3: Also ich finde es schon manchmal wichtig, dass wir mit drauf gucken, ob Medi-

1 kamente eingenommen werden. Und gerade, ich habe es in ein zwei Fällen bei
2 einer rezidivierenden Depression, da finde ich es zum Beispiel schon wichtig,
3 oder wenn Leute auch über einen längeren Zeitraum die Diagnose schon haben
4 und über einen längeren Zeitraum schon die Medikamente nehmen, da mit drauf
5 zu gucken, dass diese Medikamente mit zur Stabilisierung der Klienten beitra-
6 gen.

7 I: Okay. Und dafür ist es dann auch wichtig, die Diagnose zu wissen?

8 P3: Genau, sonst wüsste ich irgendwie gar nicht, muss der überhaupt Medis nehmen.
9 Also wenn ich gar keine Diagnose oder gar kein Hintergrundwissen zu einer Er-
10 krankung wüsste, könnte ich ja gar nicht sagen: „Nimm mal deine Medikamen-
11 te“. Und ich könnte ihm auch nicht deutlich machen, was der Nutzen für ihn ist,
12 wenn er Medikamente einnimmt.

13 I: Also für psychoedukatives Arbeiten findest du das schon wichtig?

14 P3: Ja.

15 I: Genau, dann zu deinen Vorerfahrungen. Da würde ich jetzt mal ein Beispiel an-
16 führen. Wenn du jetzt eine neue Betreuung bekommst und du die Diagnose
17 weißt, zum Beispiel Depression, und du hattest mit Sicherheit schon vorher Kli-
18 enten mit Depressionen, dadurch hast du ja auch Vorerfahrungen, wie du mit de-
19 nen umgegangen bist, was die Erkrankung für Symptome mitbringt. Welche
20 Rolle spielen diese Vorerfahrungen innerhalb einer neuen Betreuung? Wie
21 nimmst du die mit?

22 P3: Ja. Also Vorerfahrungen an sich sind ja erst mal eine Art von Wissen, auf das
23 ich zurückgreifen kann. Also ganz praktisch. Ich habe da eine Erfahrung ge-
24 macht und habe auch erfahren, dass es irgendwie sinnvoll war. Ich glaube schon,
25 dass man dahin tendiert, wenn ich den, also ähnliche Symptome sehe, dass ich
26 dann auch ein ähnliches Verhalten versuchen würde, oder eine ähnliche Strategie
27 versuchen würde. Erst mal. Wenn ich dann merke es klappt nicht, würde ich na-
28 türlich was anderes probieren. Ich glaube, ich würde nicht sagen, dass wenn ich
29 die Diagnose sehe, dann direkt Schema F abspiele. Dafür arbeiten wir einfach
30 mit Menschen. Da tickt ja jeder anders und das merkt man auch total. Innerhalb

1 von Diagnosen sind die Verhaltensweisen so unterschiedlich, dass es nur eine
2 Tendenz sein kann, in welche Richtung es gehen könnte, mit dem Hilfesetting.
3 Aber ich würde niemals dann sagen: „So, das hat schon mal funktioniert, also
4 muss das auch wieder so funktionieren“.

5 I: Okay. Was würdest du sagen, wie du mit den Vorerfahrungen umgehst? Also du
6 hast das schon ein bisschen angedeutet gerade. Du spulst irgendwelche Erfah-
7 rungen ab, die auch schon gelungen sind. Gibt es noch mehr Sachen?

8 P3: Also ich spule die nicht ab!

9 I: Ja, aber wenn jetzt irgendwas funktioniert hat und du merkst Symptome die
10 gleich sind oder Verhaltensweisen, die gleich sind. Dass du dann überlegst, was
11 ist mir schon mal gelungen oder welche Intervention ist schon mal gelungen. Die
12 könnte vielleicht auch bei einem neuen Klienten so sein. Oder habe ich dich
13 falsch verstanden?

14 P3: Ne, ich hab die Frage, glaube ich, falsch verstanden.

15 I: Einfach nur, wie du mit den Vorerfahrungen umgehst, die du vorher gesammelt
16 hast?

17 P3: Also, ich glaub, dass Vorerfahrungen, dass es gar nicht immer so ein ganz be-
18 wusster Prozess ist, der da passiert. Also ich glaube, man greift automatisch auf
19 Wissen oder Vorerfahrungen zurück. Ich glaube, es ist schwierig zu sagen. Also
20 es passiert erst im Nachhinein, wenn man es nochmal aufgreift in einem Refle-
21 xionsprozess. Dass man dann sich wirklich bewusst machen kann: „Ah, okay,
22 ich habe da auf eine ähnliche Strategie zurückgegriffen, die ich schon bei einem
23 anderen Klienten angewandt habe“. Das ist ja kein intentionales Wissen in dem
24 Moment.

25 I: Okay. Was meinst du, welche Rolle eine medizinisch-psychiatrische Diagnose
26 innerhalb von Teamsitzungen bei Fallbesprechungen spielt?

27 P3: Also ich merke schon, gerade wenn wir neue Klienten vorstellen, ist das ein
28 zentraler Punkt, dass wir auch immer die Diagnosen mit anführen. Gerade von
29 Anfang an werden die Diagnosen auch in Fallbesprechungen mitgedacht. Des-

1 wegen würde ich sagen, dass das schon eine hohe Bedeutung hat, während der
2 Teamsitzungen.

3 I: Inwiefern?

4 P3: Also zum einen, weil sie, glaube ich, mitgedacht werden in der Beratung. Und
5 zum anderen glaube ich auch, dass es so ein bisschen, wenn jemand den gar
6 nicht kennt, natürlich, brauch er irgendwas, um den Klienten einordnen zu kön-
7 nen. Vielleicht ist es deswegen so relevant. Vielleicht auch nochmal um Suizida-
8 lität abzusichern oder von Anfang an zu wissen, gibt es da überhaupt oder gab es
9 d a überhaupt schon Vorfälle. Gibt es im Krankheitsbild irgendwie Sachen, da
10 ist besondere Vorsicht geboten oder da müsste man besonders drauf achten.

11 I: Okay. Und, das ist ja erst mal nur in den Teamsitzungen. Was meinst du, welche
12 Betreuung es im gesamten ambulant betreuten Wohnen spielt, wie mit der Diag-
13 nose in der Anfragensituation, wie der Klient weitergeleitet wird an dich, zum
14 Beispiel. Ist das so, dass die zum Beispiel direkt so, dass die kommen und sagen:
15 „Hier, ich habe einen Borderliner für dich“ oder erst mal erklären, was für ein
16 Hilfebedarf besteht?

17 P3: Also ich glaub schon insgesamt, dass es eine hohe Bedeutung hat, ja. Es hat eine
18 hohe Bedeutung. Also gerade was die Anfragen angeht. Da wird relativ schnell
19 der Fokus gelegt, welche Diagnosen hat der. Ich glaube, andere Mitarbeiter ma-
20 chen das auch so, dass die wirklich sagen: „Ich bin darauf spezialisiert auf die
21 Erkrankung“. Also zum Beispiel Sucht, andere sagen: „ich kann gut mit den
22 Borderlinern“. Dass die dann auch gucken, dass dort diese Erkrankung, die Men-
23 schen mit dieser Diagnose betreut werden. Deswegen würde ich schon sagen,
24 dass es eine hohe Bedeutung hat. Ich selber tendiere zum Beispiel auch dazu,
25 dass ich sage, wenn jemand ankommt und die Diagnose Borderline hat, dass ich
26 dann bestimmte Verhaltensweisen schon abspule und mir Szenarien schon aus-
27 male. Aber in der Betreuung gehe ich da individuell mit um. Außerdem habe ich
28 die Erfahrung gemacht, dass zum Beispiel bei Borderline individuell geguckt
29 werden muss. Fall A hat zum Beispiel gar nicht so die Beziehung getestet wie
30 Fall B, sodass sich auch einfach immer wieder bewusst gemacht werden sollte,

- 1 dass auf das Individuum selbst geguckt werden muss. Ich habe auch gerade
2 nochmal gedacht: Der Großteil unserer Fortbildungen geht auch um die Diagno-
3 sen.
- 4 I: Für wie wichtig hältst du das, dass diese Fortbildungen gemacht werden?
- 5 P3: Ach, ich meine, ich finde es schon wichtig. Und ich merke immer, dass der
6 Lerneffekt gut ist und manchmal entstehen auch einfach Unsicherheiten bei spe-
7 ziellen Erkrankungen. Deswegen glaube ich, ist es wichtig, sich da ein bisschen
8 fortzubilden und einen großen Wissenspool zu haben. Ich glaube, man muss sich
9 einfach immer wieder selbst reflektieren und gucken, dass man nicht alle über
10 einen Kamm schert. Was man in allen möglichen Situationen nicht machen soll-
11 te und ich nicht machen möchte. Dass man Menschengruppen zu sehr zusam-
12 menfasst.
- 13 I: Was nimmst du denn aus diesen Fortbildungen oder aus den Fallbesprechungen
14 mit für deine Eins-zu-Eins-Betreuung?
- 15 P3: Also von den Fortbildungen nehme ich schon ein größeres Verständnis, zum
16 Teil bezogen auf die Erkrankung oder ein Hintergrundwissen, mit. Was eigent-
17 lich passiert, also wenn es irgendwie kritische Phasen gibt, was dann eigentlich
18 passiert. Das ist für mich immer das Wichtigste, um da nochmal empathischer zu
19 sein, das auch mehr nachvollziehen zu können. Ich glaube, so richtiges, prakti-
20 sches Handlungswissen ist schwer weiterzugeben. Ja, wobei auch da gibt es
21 manchmal einen Baustein, wo ich denke: „Das kann man mal ausprobieren“.
22 Aber das ist dann schwierig, weil es da mehr um das Individuum geht und ich
23 glaube, da ist so ein allgemeines Vorgehen sinnvoller.
- 24 I: Okay. Was meinst du, wofür eine medizinisch-psychiatrische Diagnose in der
25 Betreuung hilfreich sein kann?
- 26 P3: Ja, also ich glaube einmal, das ist hilfreich, um mögliche Gefährdungen frühzei-
27 tig zu erkennen.
- 28 I: Wie zum Beispiel Suizidalität?
- 29 P3: Ja, Suizidalität oder auch Fremdgefährdung, solche Geschichten. Was, glaube

- 1 ich ein ganz wichtiger Punkt ist, sonst ist glaube ich, find ich es auch einfach
2 wichtig, um sich mit dem Klienten zusammen auf den Weg zu machen, die eige-
3 ne Gesundheit oder Krankheit besser zu verstehen. Und wenn ich irgendwie gar
4 keinen Anhaltspunkt habe, dann ist es super schwer. Wenn ich keine Diagnose
5 hätte, dann kann ich ihm auch wenig an die Hand geben. Und deswegen finde
6 ich es manchmal auch ganz gut, die Diagnose zu wissen.
- 7 I: Es gibt ja auch sozialpädagogische Diagnosen. Also, wenn es dann darum geht,
8 in welchem System ist der aufgestellt und sowas. Würdest du sagen, dass das
9 ausreichend sein könnte für die Betreuung oder eher nicht?
- 10 P3: Also ich glaube, in jedem Bereich nicht. Also gerade aus den genannten Grün-
11 den ist es ein wichtiger Baustein.
- 12 I: Also würdest du nicht sagen, dass die Diagnose unabdingbar ist für die Betreu-
13 ung?
- 14 P3: Ja, also ich kann nicht drauf verzichten. Also zumindest in manchen Fällen. Also
15 es gibt auch Fälle, da würde ich sagen, da ist es jetzt nicht so relevant. Ich habe
16 zum Beispiel, ja. Es gibt welche, da tritt das nicht so krass in den Vordergrund.
17 Bei dem Großteil würde ich sagen, dass es schon wichtig ist. Also ich habe ge-
18 rade ein Beispiel im Kopf gehabt, wenn ich doch mit einem Menschen mit einer
19 Suchterkrankung arbeite, dann muss ich wissen, dass der eine Suchterkrankung
20 hat. Um damit irgendwie arbeiten zu können, um ihn auch an entsprechende
21 Stellen anbinden zu können. Deswegen ist die Diagnose wichtig.
- 22 I: Welche Nachteile birgt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Mei-
23 nung nach in der Betreuung?
- 24 P3: Ja, also wie ich eben schon gesagt habe. Ich glaube, es besteht die Gefahr, die
25 Klienten nur noch durch die Brille mit ihrer Erkrankung zu betrachten und dass
26 die Individualität hinten runter fällt. Ja, genau. Ich glaube, das ist so die größte
27 Gefahr. Dass ich nur noch die Erkrankung sehe und nicht sehe, wie ist die indi-
28 viduelle Ausprägung bei ihnen. Oder vielleicht zeigt der eine bestimmte Symp-
29 tomatik gar nicht so. Und zeigt... aber in einem ganz anderen Bereich prägt sich
30 das total aus. Da ist, glaube ich, eine totale Gefahr, bei einer Diagnose. Das glei-

1 che finde ich auch, wieder auf Sucht bezogen. Da denken wir ganz oft, glaub ich,
2 in klaren Bildern auch wieder. Zum Beispiel, wenn man sich das Suchtverhalten
3 von Frauen anguckt und das Suchtverhalten von Männern. Da zeigen sich dann
4 auch wieder so Prägungen, wo wir durch eine spezielle Brille gucken. Männer
5 konsumieren so und so. Frauen konsumieren so und so. Und dann haben wir so
6 ein vorgefertigtes Bild im Kopf, wie sich Männer und Frauen zu verhalten haben
7 oder wie sie sich verhalten und das ist, glaube ich, einfach schwierig. Also ja, ich
8 glaube, wir kommen da sehr schnell in eine Stigmatisierung.

9 I: Was meinst du, wie sich das dann auf die Betreuung auswirkt, oder auswirken
10 kann?

11 P3: Also ich glaube, es kann was hinten runterfallen. Es können vielleicht auch an-
12 dere Sachen in den Hintergrund rücken. Vielleicht auch andere Erkrankungen
13 oder so, wenn der Fokus zu stark auf einer Erkrankung liegt. Es kann, glaube
14 ich, auch so in der Spiegelung was mit dem Selbstbild des Klienten machen.
15 Wenn der merkt, ich sehe den die ganze Zeit nur als den Kranken, dann glaube
16 ich, kann das sehr stark passieren, dass er dieses Bild so stark annimmt und sich
17 selbst nur noch als den Kranken wahrnimmt.

18 I: Hast du das schon mal so erlebt, dass das so passiert ist?

19 P3: Manchmal finde ich merkt man, wenn Leute aus der Klinik kommen, die haben
20 dann so eine Palette an Erkrankungen da stehen. Da denke ich dann manchmal,
21 da ist es dann schwer. Da merke ich dann auch, da sind die Leute mit am kämp-
22 fen und sagen: „Das sehe ich bei mir, aber die Erkrankung sehe ich überhaupt
23 nicht bei mir“. Trotzdem macht das dann was mit einem, wenn man dann da fünf
24 Diagnosen stehen hat. Und wenn man dann zum Beispiel vorher schon gemerkt
25 hat, mir geht es damit überhaupt nicht gut. Und dann stehen da noch Sachen, die
26 für einen völlig, ja, die gar keine Bedeutung bislang für einen hatten.

27 I: Wie gehst du als Betreuer dann damit um, wenn die da so viele Diagnosen ste-
28 hen haben?

29 P3: Also ich versuche dann da schon nochmal ein bisschen sensibler für zu sein, ob
30 ich das auch sehe. Also wenn ich das jetzt in der Symptomatik überhaupt nicht

1 sehe, lege ich da jetzt auch nicht so den Fokus drauf. Also ich würde den da
2 nicht irgendwie in einem speziellen Angebot anbinden, nur weil jemand da ir-
3 gendwie eine Diagnose hat.

4 I: Okay. Wir sind auch schon am Ende eigentlich. Hast du noch irgendwelche wei-
5 teren Anmerkungen zu dem Thema zu machen?

6 P3: Ne, ich glaub nicht. Also ich glaube, das Wichtigste ist, Diagnosen mit zu den-
7 ken, aber die Individualität stehen zu lassen.

8 I: Okay. Dann Dankeschön!

9 P3: Jo!

10

1 **d Interview mit Person 4**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch medizinisch-psychiatrische Diagno-
3 sen?

4 P4: Ja, schwierig. Ich finde, es kommt immer drauf an, glaube ich. Ich finde es
5 schwierig zu beantworten gerade, wirklich. Ich finde, wenn man im Vorfeld eine
6 Diagnose bekommt, kann es schon sein, dass man sich innerlich schon eine ge-
7 wisse Haltung aneignet. Und den Klienten irgendwie nicht mehr so, sondern nur
8 noch die Diagnose. Das finde ich schwierig. Ich finde, in manchen Situationen
9 ist es aber auch hilfreich zu wissen, da gibt es schon eine Diagnose und in den
10 Situationen muss ich so und so reagieren. Wir hatten ganz viele Fälle, also ich
11 kann das ja nur aus meinem alten Job sagen. Wir hatten nur eine Idee, was könn-
12 te die Diagnose sein, aber wir hatten keine Diagnose. Und der Weg bis zur Di-
13 agnose war unglaublich lang. Und es hätte doch deutlich Hilfen vereinfachen
14 können, vielleicht. Also kommt drauf an, welchen Fall man da gerade hat.

15 I: Hast du denn da zum Beispiel bei Fällen gedacht, wo ihr die Diagnose kanntet:
16 „Die bräuchte ich gar nicht, die Diagnose“?

17 P4: Ja, also bei einer Magersucht. Weil ich finde, bei uns war das ja so schwierig.
18 Wir haben jedes Mädchen aufgenommen, ob mit oder ohne Diagnose, und ich
19 finde in so einem stationären Bereich, Mädchen mit einer diagnostizierten Er-
20 krankung, mit jungen Mädchen, die aus einer problematischen Familie kommen
21 und keine Diagnose haben, war das schwierig, das war schwierig, das mit einan-
22 der zu verbinden. Weil die so eine Art, eine gewisse Sonderrolle eingenommen
23 haben, von sich aus. Also gar nicht von uns aus. Die wurden nicht in irgendwel-
24 che Schubladen reingesetzt, aber das war im Gruppenkontext manchmal schwie-
25 rig.

26 I: Weil die die Diagnose hatten?

27 P4: Ja. Also so eine Bulimie-Kranke, die extrem darauf geachtet hat, dass sie sich
28 jeden Tag gewogen hat, wann sie ihre Essensmahlzeiten einnimmt, wie viel sie
29 isst und hat beim Kochen nicht so wirklich mitgemacht. Das war im stationären
30 Bereich schon schwierig. Also im stationären, im ambulanten sehe ich die Prob-

1 lematik nicht.

2 I: Wie ist denn dein Umgang damit, mit der Diagnose?

3 P4: Normal. Ich habe eigentlich in erster Linie nur den Klienten gesehen und das
4 Ziel, das er erreichen wollte.

5 I: Dann für den Neueinstieg hier die Frage, was du wissen möchtest, bevor du eine
6 neue Betreuung beginnst? Auch in Bezug auf die Diagnosen.

7 P4: Da möchte ich gerne das Rundumpaket. Also so im Vorfeld möchte ich wissen,
8 hat der Jugendliche oder junge Erwachsene schon Jugendhilfee Erfahrung, also
9 familiäre Situation. Also wirklich das komplette Rahmenpaket. Woher kommt
10 er, lebt er jetzt gerade alleine? Natürlich ist eine Diagnose hilfreich, das erklärt
11 ja auch einiges.

12 I: Welchen Stellenwert hat dabei die Diagnose für dich?

13 P4: Es kommt auch immer auf den Klienten an und wie lange er schon in Behand-
14 lung ist. Also ich würde jetzt nicht behaupten, dass die Diagnose einen hohen
15 Stellenwert für mich hat. Aber macht es in manchen Situationen auch hilfreich
16 für mich, wenn ich weiß, der Klient reagiert gerade so, weil er die Erkrankung
17 hat. Ich würde aber nicht sagen, dass es einen hohen Stellenwert für mich hat.

18 I: Okay. Also wie du schon sagtest, eigentlich ein Rundumpaket?

19 P4: Ja.

20 I: Du hast ja auch schon gesagt, dass du schon ein bisschen Erfahrungen mit meh-
21 reren Diagnosen hast. Wenn du jetzt in die neue Betreuung reingehst, wie nutzt
22 du die Vorerfahrungen, die du gesammelt hast?

23 P4: Das ist eine gute Frage.

24 I: Oder wie möchtest du sie gerne nutzen?

25 P4: Ich glaube, dass ich dadurch schon ein sicheres Auftreten habe und keine Ängs-
26 te. Ich glaube, ich hätte eine gewisse Sicherheit. Also ich bin nicht ganz unerfah-
27 ren, aber es ist trotzdem ein neues Arbeitsfeld für mich.

28 I: Woher kommt dann die Sicherheit?

- 1 P4: Ja, dadurch, dass ich in den vergangenen Jahren in der Inobhutnahme gearbeitet
2 habe. Da kamen ja auch die ganz brenzligen Fälle, die auch von der Straße ge-
3 kommen sind. Da hat es so oft geknallt und es gab so oft Kriseninterventionen
4 mit den Klienten. Ich hab schon so viel durchgemacht, Einweisungen etc.
- 5 I: Und bezogen auf die Diagnose? Würdest du sagen, dass du, wenn du jetzt zum
6 Beispiel Erfahrungen mit Magersucht gemacht hast, dann hast du ja auch im
7 Umgang mit Magersucht schon einige Erfahrungen gesammelt. Würdest du dann
8 sagen, du nutzt die Erfahrung dafür, dass du den Klienten schon mal einordnen
9 kannst oder würdest du sagen, dass du erst mal guckst, was er individuell
10 braucht?
- 11 P4: Ja, eher das Zweite. Aber ich glaube, da müssen wir uns alle nichts vormachen,
12 man hat trotzdem ein gewisses Schubladendenken. Das ist vielleicht auch die Si-
13 cherheit, die die mit sich bringt. Aber in erster Linie würde ich natürlich auf den
14 Klienten selbst gucken.
- 15 I: Welche Unterstützung wünschst du dir vom Team in Fachberatungen bezüglich
16 der medizinisch-psychiatrischen Diagnose?
- 17 P4: Eine offene Haltung mir gegenüber. Auch, wenn ich bestimmte Themen anspre-
18 che. Aber den Eindruck habe ich auch, dass es so sein wird. Also ich finde, das
19 Team ist ein sehr offenes, tolles Team. Ja, ein Verständnis und ein Vertrauen,
20 das die mir entgegenbringen und mich in meiner Handlungssicherheit unterstüt-
21 zen. Und mir den Rücken auch stärken, wenn ich das Gefühl habe, ich komme
22 mit dem Klienten nicht zurecht, oder ich bin mal hilflos, weil ich nicht weiter
23 weiß.
- 24 I: Würdest du dir denn auch irgendwie Fortbildungen zu Diagnosen wünschen
25 oder dass die Kollegen mal in Fachberatungen mal erzählen, was die für gleiche
26 Erfahrungen mit den gleichen Diagnosen gemacht haben?
- 27 P4: Ja gerne, auf jeden Fall.
- 28 I: Wofür würdest du das nutzen?
- 29 P4: Für mich und meine Arbeit, für den sicheren Umgang.

- 1 I: Okay, das wäre auf jeden Fall hilfreich für dich?
- 2 P4: Ja auf jeden Fall. Also Fortbildungen auf jeden Fall. Weil es ja wirklich noch
3 Neuland für mich ist.
- 4 I: Was meinst du, welche Nachteile eine medizinisch-psychiatrische Diagnose
5 birgt?
- 6 P4: Ich glaub, wenn man schon einen Stempel drauf hat, kann das schon in allen
7 Lebensbereichen ein Nachteil sein. Alleine schon, wenn der Klient als nicht ar-
8 beitsfähig betrachtet wird, obwohl er eventuell durch Therapie in der Lage wäre,
9 drei bis vier Stunden arbeiten zu gehen, aber dennoch die Diagnose sagt, dass
10 der gerade nicht arbeitsfähig ist. Das könnte es für den Klienten auf jeden Fall
11 erschweren.
- 12 I: Und für dich, wenn du ihm jetzt so begegnest? Dass du deine Vorerfahrungen
13 einspielen lässt, was vielleicht auch menschlich ist?
- 14 P4: Ich hoffe, dass ich das nicht mit einbringe. Deswegen ist ja auch so ein reger
15 Austausch in der Supervision, im Team und in der Beratung so wichtig.
- 16 I: Wie würde sich das auf den Klienten auswirken? Also die Nachteile, die du jetzt
17 genannt hast.
- 18 P4: Ja, dass der in seinem Lebensweg nicht weiter vorankommt. Dass wir uns in der
19 Beratung hier in der Arbeit mit dem Klienten wirklich nicht vorbewegen. Das
20 wäre für ihn ja auch ganz schlimm.
- 21 I: Hast du sowas schon mal irgendwo erlebt?
- 22 P4: Ja, wenn nicht alle Institutionen Hand in Hand arbeiten und der Klient dann auf
23 dem Weg verloren geht. Das ist schon schwierig. Da muss man schon mit allen
24 Institutionen zusammenarbeiten. Netzwerkarbeit, sich immer austauschen und
25 sich immer zum Wohl des Klienten austauschen. Und es ist ja auch okay, wenn
26 man mal zwei, drei Schritte in der Hilfe zurückgeht. Dass man aber auf jeden
27 Fall immer das Ziel des Klienten im Blick hält.
- 28 I: Okay. Dann sind wir auch schon am Ende. Hast du noch irgendwelche Anregun-
29 gen zu dem Thema?

1 P4: Im Moment nicht.

2 I: Okay. Ja, auf jeden Fall vielen Dank!

3

1 e **Interview mit Person 5**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch die medizinisch-psychiatrische Diag-
3 nose?

4 P5: Was ich davon halte. Für nicht immer zutreffend und...

5 I: Also wenn die gestellt wird, meinst du, dass die Psychiater nicht immer direkt
6 die richtige Diagnose stellen?

7 P5: Ja, das ja sowieso nicht.

8 I: Wie meinst du das?

9 P5: Dass die nicht zutreffen, ist ja auch falsch, ne? Dass die, ja. Was halte ich da-
10 von? Also man kann nicht sagen, dass die nicht immer zutreffend sind, sondern
11 dass die nicht genau sind. Dass die vielleicht nur einen Teilaspekt der Erkran-
12 kung entweder erfassen oder auch vielleicht auch nicht erfassen, ne? Das viel-
13 leicht auch einige Aspekte der Erkrankung oder des Verhaltens des Patienten
14 nicht klassifiziert werden kann.

15 I: Also du meinst, weil die Symptome festgeschrieben sind durch die Klassifikati-
16 on und ja jeder Klient unterschiedliche Symptome hat?

17 P5: Ja genau, zum Beispiel.

18 I: Okay.

19 P5: Die dann eigentlich fließender sind als die strenge Klassifikation.

20 I: Ja, okay. Welcher Umgang ist dir in Bezug auf die medizinisch-psychiatrische
21 Diagnose wichtig? Also was ist dir wichtig, wie du damit umgehst? Oder hast du
22 da eine Haltung zu?

23 P5: Wie ich damit umgehe? Ich les die mir nicht durch.

24 I: Du liest sie dir generell gar nicht durch?

25 P5: Ja, später. Gerne immer später. Nicht sofort, damit ich da nicht... Dann interes-
26 siert es mich auch nicht, also mich persönlich am Anfang.

27 I: Also du gehst da total unvoreingenommen rein?

1 P5: Ja genau, ich gehe da unvoreingenommen rein und mach mir dann selber erst
2 mal so eine Richtung für mich und früher oder später komme ich dann natürlich
3 auf irgendwelche manifestierten Diagnosen, die ich mir dann angucken und dann
4 entweder nicke oder für mich sage: „Hä, das kann gar nicht so richtig sein“.
5 Oder aber auch: „Ja, aber nicht nur“. Dass halt alles ein bisschen schwimmender
6 ist, als es dann auf dem Blatt steht.

7 I: Ja, und das ist auch ganz einfach machbar in deiner Arbeit?

8 P5: Ja, das ist ja die Arbeit. Ich könnte mir vorstellen, dass ich er Einzige bin, da
9 oben.

10 I: Der Einzige, der das nicht vorher anguckt?

11 P5: Ja, das könnte ich mir vorstellen.

12 I: Weil du das nicht musst, oder weil die anderen das wollen?

13 P5: Einerseits weil ich dem aus den Weg gehen kann. Ich lerne erst den Klienten
14 meistens kennen, bevor ich irgendwelche Diagnosen zugrunde liegen habe. Das
15 passiert nämlich öfter. Und bei den Kollegen oben ist das ja meistens öfter, dass
16 die einen Namen oder eine Diagnose haben und dann erst den Klienten kennen-
17 lernen. Ich könnte mir vorstellen, dass das auch daran liegt.

18 I: Warum ist das bei dir anders?

19 P5: Weil ich wahrscheinlich anders tätig bin.

20 I: Das musst du nochmal erklären.

21 P5: Weil meistens die Klienten angekommen sind, bevor sie auf mich treffen.

22 I: Also jemand anders macht quasi die Andockung an das ambulant Betreute Woh-
23 nen und dann wird der erst auf dich treffen?

24 P5: Ja, genau. Und für das Weitere ist es gar nicht so wichtig, dass ich weiß, dass der
25 irgendwie eine Borderline-Erkrankung hat, sondern dass es auf andere, auf die
26 positiven Sachen ankommt.

27 I: Ja. Und generell auf den Umgang dann, also, ja. Okay. Welchen Stellenwert
28 haben denn deine Vorerfahrungen, die du bereits mit Klienten mit einer be-

1 stimmten Diagnose gemacht hast, auf den Umgang, also auf eine neue Betreu-
2 ung, wo der Klient die gleiche Diagnose hat. Also ich meine, du weißt ja nicht
3 direkt die Diagnose, aber irgendwann erfährst du sie ja, hast du gesagt. Und
4 wenn du dann darüber nachdenkst, dass du schon mal einen Klienten hattest. Be-
5 einflusst das deinen Umgang? Diese Vorerfahrungen?

6 P5: Ja.

7 I: Ja?

8 P5: Ja.

9 I: Inwieweit?

10 P5: Dass man jetzt bei dem Beispiel Borderline-Erkrankung, ja, sensibler wird für
11 Spielchen des Patienten sozusagen. Also wenn die Diagnose Borderline im
12 Raum steht, dann ist man natürlich viel wachsamer für, ja, wenn der... für etwa-
13 ige Ausspielmanöver des Klienten. Gerade bei zwei Kollegen, wenn zwei Kolle-
14 gen dran sind. Dass man dann direkt auf sowas achten kann. Da spielt es auf je-
15 den Fall eine große Rolle. Das spielt dann vielleicht auch noch bei anderen Di-
16 agnososen eine große Rolle im Umgang mit, wie man vielleicht auch Klienten lau-
17 fen lässt, ne? In der Betreuung, dass man da nicht ganz so engmaschig sein
18 muss.

19 I: Hast du da ein Beispiel für?

20 P5: Ja, eben bei Psychotikern. Muss ich mal kurz eben gucken, ob ich da ein richti-
21 ges Beispiel habe, dass das verdeutlicht.

22 I: Ja.

23 P5: Wie sind wir da jetzt drauf gekommen?

24 I: Wo wir gerade sind? Also bei deinen Vorerfahrungen, wie die dich beeinflussen.

25 P5: Genau, wie die auf die nächste Betreuung wirkt, die die gleiche Diagnose hat
26 und wie ich dann damit umgehe oder was ich damit dann reinnehme.

27 I: Genau. Das ist auch nicht schlimm, wenn du da jetzt keine Antwort drauf hast.

28 P5: Ja, ich bin gerade am überlegen, wer gerade ein gutes Beispiel dafür wäre, wie

1 ich mit demjenigen dann umgehe aufgrund einer Vorerfahrung. Da dann einfach
2 Parallelen zu ziehen, die dann auch richtig sind.

3 I: Also sagst du, das passiert eher unbewusst oder bewusst?

4 P5: Ich würde sagen, dass passiert alles eher unbewusst. Vielleicht im Austausch mit
5 Kollegen dann nochmal bewusst, dass man sich sagt: „die und die Erkrankung,
6 wie der und der“, also das gibt es im Kollegenbereich ganz oft. Dass man Präze-
7 denzfälle hat sozusagen, die dann herbei nimmt und sagt: „Okay, der ist wie...
8 oder die Erkrankung ist wie die und die oder der verhält sich wie der und der“.

9 I: Und das hilft dann in der Arbeit? Oder ist das eher ein Nachteil?

10 P5: Das hilft natürlich in der alltäglichen Arbeit, damit erst mal zu operieren hilft.
11 Ob es dem Klienten hilft, weiß ich jetzt nicht.

12 I: Ja, okay. Welche Rolle spielt denn die medizinisch-psychiatrische Diagnose
13 deiner Meinung nach in Teamsitzungen bei Fallbesprechungen beispielsweise?

14 P5: Die Diagnose hat einen großen Stellenwert. Gerade aufgrund der relativ abstrak-
15 ten Abhandlungen auf Aktenbasis. Da operieren die ja nur mit der Diagnose und
16 da spielt das natürlich eine große Rolle.

17 I: Und wie findest du das dann für deine Betreuung? Also für deine Arbeit? Wie
18 wirkt sich das darauf aus?

19 P5: Strukturierend schon auch. Dass man irgendwelche Fälle einordnen kann.

20 I: Also schaut ihr nicht direkt auf die individuellen Symptome der Probleme von
21 dem Klienten, sondern auf die Diagnose und geht dann von da aus weiter. Oder
22 wie passiert das dann?

23 P5: Ja, so würde ich das nicht sagen. Es wird dann schon feiner gegliedert. Also,
24 eine grobe Diagnose und dann noch etwas feiner gegliedert. Wo dann auch diese
25 Vergleichsgeschichten passieren können. Gerade in Teambesprechungen ist das
26 oft so. Und dann wird dann natürlich auch auf individuelle Symptome der Er-
27 krankung eingegangen. Oder dass man auch irgendwelche Sachen ausschließt.
28 Also Atypische, atypische Symptome einer Diagnose werden dann auch noch-
29 mal hervorgehoben.

- 1 I: Und welchen Stellenwert hat dann die Diagnose generell in der ganzen Einrichtung?
2 Also wie wird damit umgegangen? Muss die da sein oder ist das nur als
3 Unterstützung?
- 4 P5: Ja, die muss da sein, komischerweise.
- 5 I: Das heißt, du würdest eher sagen, dass das nicht von Nutzen wäre oder nicht
6 zwingend da sein muss?
- 7 P5: Natürlich, das ist schon von Nutzen für eine Richtung und so weiter und so fort,
8 aber... ich möchte da gerne was Negatives dran finden. Ja, aber ansonsten ist das
9 auf jeden Fall erleichternd, um sich überhaupt abzusprechen oder eine Richtung
10 für eine Betreuung überhaupt zu geben und so. Das ist schon einfach, wenn je-
11 mand kommt und sagt: So, ich bin depressiv. Dann weiß man: „Alles klar, die
12 und die Medikation, die und die Struktur, die er braucht und Sport und sowas“.
13 Und dann weiß man ja auch schon, in welche Richtung das gehen sollte, in wel-
14 che Richtung das gehen sollte, um Linderung beim Klienten oder beim Patienten
15 zu bekommen. Aber kann auch hinderlich sein.
- 16 I: Kann das denn sein, dass ihr dadurch, dass ihr die Diagnose euch anschaut, an-
17 dere Symptome außer Acht lasst und die vielleicht gar nicht bemerkt?
- 18 P5: Bei dem spitzen Team unwahrscheinlich.
- 19 I: Das hast du ja gerade eigentlich schon gesagt, wofür die medizinisch-
20 psychiatrisch Diagnose deiner Meinung nach hilfreich ist für die Betreuung.
21 Kannst du das vielleicht nochmal kurz zusammenfassen?
- 22 P5: Dass man aufgrund der Diagnose, die man natürlich hin und wieder nochmal
23 überprüfen sollte oder hinterfragen sollte, einfach schon mal eine Richtung er-
24ahnt, in die man arbeitet und vor allen Dingen halt auch aufgrund der Erfahrung
25 mit Diagnosen aus der Vergangenheit eine Umgangsweise mit dem Klienten sich
26überlegen kann.
- 27 I: Okay. Birgt denn die Diagnose deiner Meinung nach auch Nachteile? Oder nur
28 Vorteile?
- 29 P5: Es gibt auch Nachteile, die wir jetzt nicht ganz greifen können, aber aufgrund

1 dessen, dass es auch ein relativ starres System ist mit der Verteilung der Diagno-
2 sen, bin ich mir auch ziemlich sicher, dass es Nachteile hat. Alleine schon die
3 Tatsache, so eine Diagnose wieder weg zu bekommen. Also einmal Borderline,
4 immer Borderline. Egal, wo man dann hingeht. Ich habe ganz selten gehört: „Ja,
5 vielleicht doch nicht Borderline“. Also das ist... wünsche ich keinem so eine Di-
6 agnose.

7 I: Könnte sich dann so ein Nachteil auch auf deine Arbeit auswirken? Ob jetzt be-
8 wusst oder unbewusst?

9 P5: Ich kann jetzt kein reelles Beispiel nennen, was mir widerfahren ist. Aber ich
10 kann mir das durchaus vorstellen, dass das auch Nachteile haben könnte. Dass
11 man halt aufgrund einer Diagnose, einen gewissen Umgang mit einem Klienten
12 pflegt, der aber vielleicht gar nicht passend ist. Und man aufgrund der Diagnose
13 die und die Entscheidung trifft, oder dem Klienten vielleicht auch etwas nicht
14 zutraut aufgrund einer Diagnose. Könnte ich mir sehr gut vorstellen. Aber ein
15 konkretes Beispiel, weiß ich jetzt nicht.

16 I: Das passiert dann wohl eher unbewusst?

17 P5: Ja, genau.

18 I: Okay. Jetzt habe ich eigentlich nur noch eine Frage. Ob du noch irgendwelche
19 Anmerkungen zu dem Thema hast oder irgendetwas dazu loswerden möchtest?
20 Ob ich irgendetwas nicht gefragt habe?

21 P5: Nö, gerade nicht. Ich hab gerade nochmal kurz überlegt, wie man das nochmal
22 umdrehen kann. Aber das ist ja nicht wichtig für die Arbeit an sich.

23 I: Wie umdrehen?

24 P5: Also aus Sicht des Klienten dann. Das wäre ja nochmal sehr interessant, aber das
25 ist dann nochmal ein anderes Thema.

26 I: Ja. Danke!

27 P5: Bitte.

28

1 **f Interview mit Person 6**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch eine medizinisch-psychiatrische Di-
3 agnose?

4 P6: Spannende Frage. Ich glaube schon, dass eine Klassifikation Sinn macht, inso-
5 fern, dass man so eine Art Muster oder so eine Art Aufreihung hat von
6 Symptomatiken oder Lebensweisen oder Beeinträchtigungen im Alltag des,
7 sprechen wir jetzt mal vom Klienten oder vom Menschen. Dass man dann auch
8 nochmal zuordnen kann, zu welcher Erkrankung passen welche Symptome oder
9 welche Symptomen passen zu welcher Erkrankung, um dann auch wirklich viel-
10 leicht klar zu haben, wie kann eine Form der Behandlung aussehen. Wie kann
11 man dem Menschen helfen, dass das Leid oder die Symptomatik ein bisschen
12 gelindert wird. Also dass man schon, ja, eine Zuordnung hat, die natürlich auch
13 immer wieder individuell ausfällt, aber zumindest eine Richtung hat, wo man es
14 zuordnen kann, um dann auch entsprechend drauf zu reagieren. Und auch für
15 den Betroffenen vielleicht eine Form von Sicherheit oder zumindest eine Erklä-
16 rung zu haben, ah, ok, das passt zu mir oder damit kann ich mich dann vielleicht
17 auch auseinandersetzen.

18 I: Okay. Welcher Umgang ist dir in Bezug auf die medizinisch-psychiatrische Di-
19 agnose wichtig?

20 P6: Also mein Umgang, ne?

21 I: Genau.

22 P6: Ja, mir ist es wichtig, dass ich zumindest einen groben Überblick habe. Also ich
23 würde mich hier jetzt nicht als Mediziner oder Psychiater einordnen, der bei je-
24 der Diagnose, irgendwie jedes Symptom kennt und das einordnen kann und die
25 Klassifikation auswendig kann. Mir ist es wichtig, dass ich insofern einen Um-
26 gang habe, dass ich schon zuordnen kann, welche Symptome vielleicht in wel-
27 che Diagnose oder in welche Erkrankung gehören. Was vom Umgang dann da-
28 mit ist, also es ist schon so, dass ich da nicht ein festgefahreneres Muster habe. Al-
29 so ich würde jetzt nicht, wenn ich sehe, derjenige kommt mit der Diagnose oder
30 der hat die Diagnose, dann eins zu eins sagen okay, und so wird der jetzt behan-

1 delte und so wird der jetzt betreut. Also das habe ich ja vorhin jetzt gerade gesagt,
2 erstmal ist es eine Richtung. Aber das fällt so von Erfahrungen, die ich gemacht
3 habe, unterschiedlich aus an Symptomatiken und dann Auswirkungen im Alltag.
4 Insofern ist der Umgang damit, dass ich mich generell damit auseinandersetze,
5 und dann aber auch eher gucke, beim Klienten selber, wie erlebt der das. Und
6 auch gibt es so eher in die edukative Richtung noch Aufgaben, zu gucken, da
7 können wir dann auch beide, glaube ich, ganz gut lernen im Umgang. Wie er-
8 lebst du das, was sind da deine Symptome, deine Beeinträchtigungen im Alltag
9 und wie möchtest du damit umgehen. Welche Methoden gibt es da so. Das wäre
10 der Umgang. Das würde ich jetzt darunter verstehen unter der Frage.

11 I: Ja, das ist richtig.

12 P6: Okay.

13 I: Welchen Stellenwert hat eine medizinisch-psychiatrische Diagnose in einer Be-
14 treuung für dich?

15 P6: Ich glaube, da bin ich ein bisschen ambivalent. Also Stellenwert, würde ich sa-
16 gen, ist natürlich erstmal die Grundlage. Um hier beim BeWo zu landen als Kli-
17 ent, hat eine Diagnose in dem Sinne einen Stellenwert. Ich würde, hoch finde ich
18 schwierig. Sie hat einen Stellenwert, weil das ja schon auch eine Grundlage ist,
19 um bei uns betreut zu werden, dass eine Form der seelischen Behinderung vor-
20 liegt. Das heißt, dass eine Diagnose gestellt worden ist. Aber in der Betreuung
21 an sich, reduziere ich das nicht auf die Diagnose oder ist da der hohe Stellenwert
22 irgendwie dieses primäre Ziel. Also es ist schon wichtig, dass wir dann daran ar-
23 beiten, zu gucken, das was ich gerade sagte, edukativ, was bedeutet das, eine Di-
24 agnose zu haben, oder welche Form der Diagnose hast du oder Erkrankung.
25 Aber dann auch zu gucken, dass sie psychiatrisch angebunden sind. Ob eine
26 Therapie, ob die therapeutische Unterstützung möchten. Aber Stellenwert, ich
27 weiß nicht, ob... kannst du die Frage noch einmal konkretisieren? Also ist das
28 damit gemeint?

29 I: Ja, schon, also dass es natürlich eine Grundlage hat, weil man hier, also als Vo-
30 raussetzung, also um hier angebunden sein zu können, aber vielleicht, ist die

1 Frage besser, oder daran anknüpfend: Für wie wichtig hältst du, dass diese Di-
2 agnose als Voraussetzung gilt?

3 P6: Ja, das ist auch so eine... da hat die Medaille zwei Seiten. Ich gehe davon aus,
4 dass damals das, so was ich gelernt habe, ich hoffe, ich sage jetzt nichts Fal-
5 sches, dass damals das Klassifikationssystem natürlich auch eine Zuordnung
6 brauchte, um Diagnosen zu stellen, um dann die Behandlung dementsprechend
7 anzupassen und auch bezahlt zu werden. Das heißt, die Krankenkassen, die Me-
8 diziner, die Therapeuten, die brauchen dann was Handfestes, um darauf verhan-
9 deln zu können und das auch bezahlt zu bekommen. Und so ist es in diesem Sin-
10 ne auch. Wir arbeiten nach einem bestimmten Paragraphen und so brauchen wir
11 die Diagnosen, um das bezahlt zu bekommen.

12 I: Und für deine Betreuung, also für die Betreuung, für den Inhalt der Betreuung?

13 P6: Für den Inhalt der Betreuung ist es, ja, ich will mich jetzt nicht die ganze Zeit
14 wiederholen, aber es ist schon dieses, dass die Menschen natürlich darunter auch
15 leiden unter ihrer Erkrankung, also an den Symptomen. Und insofern hat das ei-
16 nen Stellenwert, dass wir gucken, wie kann man das mindern, also dass wir nach
17 geeigneten Behandlungsmethoden, oder nach Methoden, die wir hier erarbeiten
18 können, oder auch Reflexionsgespräche, um Verhaltensmuster und die Ein-
19 schränkung, die sie im Alltag erleben, dass wir die bearbeiten, insofern wie man
20 das sozialpädagogisch machen kann. Da ist natürlich auch immer wichtig, dass
21 man die Grenzen kennt und sich dann nicht als Therapeut oder Mediziner ver-
22 sucht. Das fände ich dann schon schwierig. Also, dass man dann eher gemein-
23 sam guckt, wo sind die entsprechenden Behandlungsangebote bezogen auf die
24 Erkrankung.

25 I: Die Frage danach: Welchen Stellenwert haben deine Vorerfahrungen, die du
26 bereits mit Klienten mit einer bestimmten Diagnose gemacht hast, in einer neuen
27 Betreuung, bei der die Diagnose bekannt wird? Also ich gebe mal ein Beispiel
28 dann. Wenn du jetzt eine neue Betreuung erhältst und du weißt, die Klientin hat
29 die Diagnose Borderline und du hattest vorher schon einmal eine Klientin oder
30 einen Klienten, der die Diagnose hatte...

1 P6: Ja, ist witzig, dass du das Beispiel Borderline benennst, weil ich denke, das passt
2 zu der Frage. Das ist eine Erkrankung, die ist behaftet mit vielen Vorurteilen.
3 Und ich könnte mir auch vorstellen, dass das was mit Pädagogen macht, zu wis-
4 sen, da kommt jemand, der eine Borderline-Erkrankung hat. Wenn ich jetzt bei
5 mir gucke, bleiben wir mal bei dem Beispiel, ich habe mich im Rahmen des Stu-
6 diums auch sehr intensiv damit auseinandergesetzt. Also es ist schon so, dass ich
7 das Gefühl habe, okay, da kommt vielleicht jemand, den ich öfter mal mit in eine
8 Beratung nehme und der es vielleicht schafft, mich öfter zu verunsichern. Da
9 denke ich vielleicht auch dann in Vorurteilen. Habe es jetzt aber dann wirklich
10 tatsächlich erlebt, dass es nicht so ist. Also insofern habe ich eher die Haltung,
11 dass ich dem, egal welche Diagnose, auch Borderline, sehr offen gegenüber ste-
12 he, weil ich immer wieder gemerkt habe, man kann diese, auch die Klassifikati-
13 on und die Symptome nicht auf jeden übertragen. Das heißt, da habe ich Mädels,
14 die sind da, bleiben wir mal bei Borderline, die sind da sehr extrem in der Symp-
15 tomatik und da passt auch vieles, was ich wiedererkenne. Aber da habe ich auch
16 welche, da ist es nicht so ausgeprägt. Da ist dann vielleicht, häufig haben wir
17 auch Menschen mit Doppeldiagnosen, sind da andere Symptome vorrangig, in-
18 sofern glaube ich eher, dass ich da sehr neutral rangehe und mir einfach den
19 Menschen anschau und den kennenlerne und in Gesprächen gucke, was Phase
20 ist.

21 I: Also aufgrund deiner Erfahrung, die du gemacht hast, dadurch, dass du die Ge-
22 danken ja erst hattest, ich muss sie vielleicht öfter mit in die Beratung nehmen
23 oder nicht, du dann aber gemerkt hast, das ist gar nicht so, bist du offener ge-
24 worden?

25 P6: Ja.

26 I: Also die Vorerfahrungen wurden ja schon angesprochen. Wie gehst du generell
27 mit den Vorerfahrungen um?

28 P6: Also ich habe das Glück, dass ich hier in einem richtig tollen und kompetenten
29 Team gelandet bin und ich finde, der Austausch funktioniert hier super. Und
30 Vorerfahrungen habe ich auch gesammelt, dadurch, dass ich mich hier ausge-

1 tauscht habe. Und während des Praktikums eine gute Anleitung hatte. Die Jahre
2 vorher beim anderen Träger sehr, sehr eigenständig schon gearbeitet habe und
3 würde sagen, dass ich gute Vorerfahrungen gesammelt habe, mit denen ich hier
4 auch das Team bereichern kann, mich austauschen kann und diese Vorerfahrun-
5 gen immer weiter ausweiten kann. Also ich bin da offen, dass ich auch Erfah-
6 rungen kippe und sage, „ach, das ist wieder ganz anders“. Aber so die Vorerfah-
7 rungen gesammelt habe, kann ich insofern nutzen, das knüpft wieder an das
8 Vorherige an, dass ich mich immer wieder überraschen lasse, dass die Menschen
9 hier ganz unterschiedlich bunt sind und ganz viele verschiedene Themen und
10 Lebensweisen, Lebensansichten mitbringen und das prägt dann auch meine Er-
11 fahrungen.

12 I: Ok, welche Rolle spielt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Mei-
13 nung nach innerhalb der Teamsitzungen bei Fallbesprechungen?

14 P6: Ja, wir haben ja regelmäßig Fallbesprechungen, einmal die Woche, und da
15 kommt es auch regelmäßig dazu, dass wir die Fälle dann beraten lassen. Ich für
16 mich, für meinen Eindruck kann ich sagen, dass es nicht so ist, dass wir den Fall
17 vorstellen und sagen, das ist die und die Diagnose. Sondern wir gucken erstmal
18 konkret, was ist das Thema, warum ich mich gerade beraten lasse oder den Kli-
19 enten und dann kommt es an der einen oder anderen Stelle schon dazu, dass man
20 sagt, „welche Diagnose hat der nochmal?“, aber meistens habe ich die Erfahrung
21 gemacht, dass uns das in dem Beratungsprozess nicht wirklich weitergebracht
22 hat. Sondern, dass wir da eigentlich immer drauf gucken, was braucht der gera-
23 de, unabhängig der Diagnose. Was dann der Fall ist, dass wir dann schon noch-
24 mal gucken, wenn es wirklich Thema ist, welche, wenn wir so Ideen spinnen,
25 welche Behandlungsmöglichkeiten im therapeutischen Setting wären wichtig.
26 Oder welche Erfahrungen haben die Kollegen, wo kann man vielleicht gut ando-
27 cken. Da kommt es dann nochmal auch auf die Diagnose vielleicht an, aber ich
28 würde nicht sagen, dass die Diagnose im Vordergrund der Beratung steht. Das
29 ist dann auch eher wieder individuell gesehen, an den Symptomen.

30 I: Was nimmst du dann dafür mit für die Eins-zu-Eins-Betreuung, also wenn ihr
31 z.B. in der Beratung dann Erfahrungswerte von deinen Kollegen bekommt?

1 P6: Also ich nehme aus den Beratungen, ja, ähnlich, wie ich das gerade gesagt habe,
2 dann auch wiederum mit, kommt natürlich darauf an, worum es ging, aber auch
3 wiederum individuell zu gucken, was ist Thema? Was ist Phase? Was braucht
4 der an Unterstützung? Wie kann ich mich nochmal verändern, dass derjenige
5 dann auch irgendwie in Veränderung kommt? Oder wenn es dann wirklich auch
6 nochmal ganz konkret um wirklich Teile der Erkrankung oder Teile der Symp-
7 tome geht und wir da gucken, wie kann man da ein Netzwerk aufbauen oder Hil-
8 festellungen leisten, dann würde ich das immer gemeinsam mit dem Klienten
9 auch erarbeiten und dann uns gemeinsam schlau machen und nicht ihm das Ge-
10 fühl geben, dass ich jetzt hier die Allwissende bin.

11 I: Ok, was denkst du oder, ja, wofür ist eine medizinisch-psychiatrische Diagnose
12 deiner Meinung nach für die Betreuung hilfreich? Also wenn du aber speziell auf
13 dich guckst, nicht was für die für Klienten wichtig sein kann, oder hilfreich sein
14 kann, sondern für dich selbst. Hast du ja auch schon so ein bisschen angedeutet.

15 P6: Ja, also ich glaube, das ist meistens dann eher im Nachhinein, wenn dann viel-
16 leicht doch Situationen mal schwieriger waren, oder ich am Anfang so Hand-
17 lungsreaktionen, Handlungsstrategien nicht ganz nachvollziehen konnte, dass ich
18 im Nachhinein durch Beratungen aber auch durch eigene Reflexionen dann doch
19 auch nochmal gucke, „ah, das ist aber vielleicht auch Teil der Erkrankung“. Das
20 ist häufig, dass mir das in dem Moment vielleicht auch untergeht. Wie war die
21 Frage nochmal?

22 I: Was hilfreich sein kann für die Betreuung.

23 P6: Genau, wofür die, ne? Dass ich das dann nochmal anders einordnen kann und
24 das wäre hilfreich für mich, also, dass ich dann schon auch nochmal eine Rück-
25 meldung an den Klienten geben kann. Das könnte Teil..., ne? „Komm wir gu-
26 cken uns doch nochmal an“ und „das könnte auch krankheitsbedingt sein“. Und
27 dann auch darauf zurückgreifen kann und demjenigen die Rückmeldung geben
28 kann. Und halt auch Netzwerke aufbauen kann. Natürlich in dem Sinne, dass
29 Klienten, das der das mit mir möchte, aber dann auch eine gewisse Verantwor-
30 tung auf breiten Schultern tragen kann und weiß, die sind in guter Behandlung.

1 Das würde ich jetzt unter der Frage verstehen.

2 I: Ja, dann: Welche Nachteile birgt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner
3 Meinung nach in der Betreuung?

4 P6: Ja, also ich habe das schon erlebt, dass, gerade wenn wir jetzt auch beim Thema
5 Borderline bleiben, die Klienten sich dessen bewusst sind, dass gerade diese Erkrankung
6 auch im Behandlungssetting, sei es pädagogisch, medizinisch, therapeutisch, was mit den Mitarbeitern macht. Oder dass die sehr vorurteilbehaftet
7 sind und so, dass ich dann schon auch die Rückmeldung gekriegt habe, so, „ja, ich bin zwar borderlineig aber du musst jetzt nicht denken, dass...“. Und da gerät
8 man manchmal so ein bisschen in eine Diskussion, dass ich dann denke, ja, also
9 ich bespreche das halt immer, was ich dann gerade denke oder fühle und, dass
10 ich sage, das könnte, meines Erachtens könnte das jetzt gerade Teil der Erkrankung
11 sein oder Teil der Einschränkung, die ja nicht bewusst ist, aber, dass wir
12 uns das gemeinsam angucken. Und da ist es dann teilweise, ja, eine Diskussion
13 würde ich nicht sagen, aber da ist es ein Prozess, dass da vielleicht auch verschiedene
14 Meinungen aufeinander treffen.

15
16

17 I: Zwischen Klient und Berater sozusagen?

18 P6: Ja.

19 I: Und wenn du jetzt auf dich guckst z.B., also wenn du schaust, ich weiß die Diagnose.
20 Welche Nachteile kann das haben?

21 P6: Ja, also ich glaube, das ist ein sensibles Thema. dass man sich da immer wieder
22 reflektieren muss. Natürlich weißt du bei der Erkrankung, bleiben wir jetzt mal,
23 was weiß ich, bei der Depression und dann kommen noch die Angststörungen
24 dazu, dann hast du schon das Gefühl, vielleicht traust du ihr die Situation nicht
25 zu, oder möchtest sie ein bisschen schützen, oder dann vielleicht doch mal versuchen
26 ins kalte Wasser zu schmeißen, also das darf nicht entstehen, dass man selber denkt,
27 was jetzt gerade richtig wäre aufgrund der Diagnose. Also ich finde, das ist eine Gefahr
28 und das macht was mit mir. Ein Denkprozess, der manchmal vielleicht dann auch erst
29 hinterher stattfindet, indem ich das erkenne, aber immerhin hinterher würde ich sagen.
30 Immerhin! Aber da sehe ich dann eine

1 Gefahr und das macht was mit mir insofern, dass ich da vielleicht auch sensibel
2 und vorsichtig mit umgehe. Dass ich da nicht irgendwie vorgefertigt dann schon
3 für denjenigen mitdenke, „oh, das könnte, oder denke, das könnte von der Symp-
4 tomatik her jetzt da reinpassen und da sollte ich...“. Also da möchte ich eher
5 beim Klienten bleiben und das mit dem besprechen oder ausprobieren oder sons-
6 tiges und da meine Befürchtungen vielleicht eher mitteilen. Und insofern macht
7 das dann mit mir so eine hohe Sensibilität und vielleicht auch schon, ja, eine
8 Vorsichtigkeit nicht, aber, ja, ich bin da so im Denkprozess.

9 I: Also im Vorhinein?

10 P6: Ja, manchmal auch danach. Dass ich denke, Mensch, hätte derjenige vielleicht
11 selber entscheiden können. Ich möchte nicht für diejenigen entscheiden oder so,
12 aber manchmal ist es dann... oder dass ich denke, so, ach, jemand mit einer Sozi-
13 alphobie, oder hat Schwierigkeiten in Räumen, wo viele Menschen sind, dass ich
14 dann so einen Vorschlag mache, wie: „was hältst du denn davon, wir gehen mal
15 auf den Markt und trainieren das“ und so, ne? Dass ich dann halt, so denke, das
16 könnte ja was, also, ja, weiß ich auch nicht. Ich verhasple mich gerade, glaube
17 ich.

18 I: Dass du quasi Lösungen vorgibst, obwohl das ja nicht mehr lösungsorientierte
19 Haltung ist?

20 P6: Ja, genau!

21 I: Okay.

22 P6: Also das möchte ich nicht, aber ich glaube, das passiert mir manchmal. Oder,
23 dass ich denke, ach, bei dem einen hat das gut funktioniert, probierst du es mal
24 bei dem anderen aus. Da weiß ich gar nicht, ob das unbedingt so richtig ist.

25 I: Das hat ja auch so ein bisschen was wieder mit den Vorerfahrungen zu tun, dass
26 man das mit einspielen lässt.

27 P6: Genau.

28 I: Und das siehst du so ein bisschen auch als Nachteil? Oder, also an der Diagnose
29 jetzt konkret. Dass du sagst, dass ich die Diagnose weiß, ist für mich ein Nach-

- 1 teil, weil ich vielleicht meine Vorerfahrungen in die Betreuung einfließen lasse.
2 Also, habe ich dich richtig verstanden?
- 3 P6: Ja, ich glaube, das ist ein ganz, ein Nachteil würde ich es nicht benennen. Ich
4 glaube, das hat ein ganz großes Risiko. Aber es hat halt auch die Chance... Ich
5 kann mich da nicht positionieren. Es hat halt auch die Chance, ich glaub, auch
6 Vorerfahrungen auch mit anderen können auch hilfreich sein. Man muss da sen-
7 sibel und vorsichtig mit umgehen und spätestens erkennen, wenn man da was
8 auferlegt, was einfach nicht dem Klienten gerecht wird, oder auferlegen generell
9 geht nicht. Aber eine Vorerfahrung kann auch positiv für den Prozess mit je-
10 mand anderem dann sein. Also ich kann mich da, es tut mir leid, aber da kann
11 ich mich nicht positionieren. Ich sehe da so beide Seiten.
- 12 I: Ja. Kannst du jetzt nochmal konkret Nachteile benennen, also wo du denkst, die
13 Diagnose ist schlecht für den Umgang?
- 14 P6: Es gibt natürlich auch Diagnosen, die vielleicht auch, also, recht früh gestellt
15 werden. Bleiben wir bei Borderline, das ist eine Diagnose, da sollte, glaube ich,
16 hochsensibel mit umgegangen werden und ist auch für viele ein Stempel. Und,
17 naja, ich glaube, dass, auch wenn es hilfreich für jemanden sein kann, es aber
18 auch vielleicht auch teilweise so ist, dass sie sagen, okay, das habe ich jetzt und
19 dann verhalte ich mich jetzt so. Also kann auch, in Bezug auf mich dann, auf die
20 Betreuung, das ein Nachteil sein, dass sich dann so ein bisschen auch hinter so
21 einem Schutzschild versteckt wird.
- 22 I: Dass du dich versteckst oder die Klienten?
- 23 P6: Die Klienten. Wenn wir bei mir bleiben... Nachteile einer Diagnose... Also ich
24 würde sagen, würde ich es jetzt so sehen, dass ich sage, eine Diagnose und dann
25 handle ich so danach, dann wäre das ein Nachteil, aber ich sehe es halt nicht so
26 und deswegen würde ich sagen... Wenn ich vielleicht nochmal drei Stunden
27 drüber nachdenke, würde ich bestimmt noch einen Punkt finden, aber...
- 28 I: Okay, gut. Wir sind dann auch schon fast am Ende. Hast du noch irgendwie wei-
29 tere Anmerkungen zu dem Thema, die du loswerden möchtest?
- 30 P6: Ja, Anmerkungen. Also ich finde es halt wichtig, das habe ich aber vorhin auch

1 schon mal gesagt, dass wir Pädagogen uns nicht als Therapeuten und Mediziner
2 verstehen und gerade, dass die Diagnose an sich macht ein Therapeut oder ein
3 Mediziner und ich finde es schwierig, wenn Pädagogen anfangen, herumzudok-
4 tern oder meinen, der könnte noch die und die Diagnose haben und dies und das.
5 Also ich würde dann da eher dabei bleiben, wie sieht die Symptomatik aus. Und
6 dann halt bezogen auf den Pädagogen, dass man da auch vorsichtig mit umgeht.
7 Das wäre nochmal so eine Anmerkung, dass man da immer im Austausch auch
8 mit den Kollegen ist. Und an dem Klienten selber sich orientiert und an den Be-
9 einträchtigungen oder wie man es im Alltag, die Erkrankung dann mitkriegt,
10 oder, wie der die auch erlebt. Aber ich finde es schwierig, wenn Pädagogen ver-
11 suchen da herumzudoktern, auch in Abwesenheit oder mit dem Klienten, das
12 könnte noch dies und das könnte noch das. Das ist eine Anmerkung so im Rah-
13 men, was, womit ihr euch auseinandersetzt, die mir irgendwie wichtig wäre.

14 I: Im Rahmen dessen würde mich noch interessieren, was du von der sozialpäda-
15 gogischen Diagnose hältst?

16 P6: Ich glaube, das kann eine gute Ergänzung sein. Also ich finde das auch immer
17 gut, wenn das in einem Netzwerk passiert, also durch Austausch auch mit dem
18 Therapeuten und mit denen, die so im Boot sind, im Helfersystem um den Klien-
19 ten. Aber das kann eine gute Ergänzung sein und gerade für unsere Arbeit dann
20 zu gucken, wie kann man, wir als Pädagogen, im Alltag auch methodisch arbei-
21 ten, um das Leiden zu, ja, nicht wegzunehmen, zu minimieren, zu erleichtern,
22 einen Umgang damit zu finden. Und ich glaube, dass wir da auch viel hingucken
23 sollten, weil das gerade der Bereich ist, den wir übernehmen. Natürlich über-
24 nehmen wir auch erarbeitete Handlungsstrategien aus der Therapie, die wir im
25 Alltag mit dem Klienten versuchen umzusetzen, aber bei uns ist so der pädago-
26 gische Anteil. Und ich glaube, das ist eine gute Ergänzung.

27 I: Aber kein Ersatz?

28 P6: Für mich nicht, nein.

29 I: Okay, gut. Dann danke.

30 P6: Bitte.

1 **g Interview mit Person 7**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch medizinisch-psychiatrische Diagno-
3 sen?

4 P7: Das ist ja eine ganz schöne Frage! Also ich glaube, ich sehe das ein bisschen
5 zweigeteilt. Ich glaube, manchen Klienten tut das auch ganz gut, dass es da, ja,
6 eine Diagnose gibt. Dass die wissen, was ist das überhaupt, woher kommt das,
7 dass sie sich damit auch identifizieren und dass es auch irgendwie erlösend ist
8 für die. Und ich glaube, für manche andere Klienten ist es halt auch einfach der
9 Stempel, der befürchtet ist, den die dann haben und womit die dann auch ja ein
10 Leben lang irgendwie rumlaufen. Ja, bei uns ist es ja auch so, wenn jemand
11 kommt und sagt, ja, ich habe einen Bericht von dann und dann, da stehen die Di-
12 agnosen drin, die übernehmen wir hier so. Und das steht dann für die fest.

13 I: Und wie stehst du dazu dann?

14 P7: Ja, ich glaube auch, dass es so ein bisschen zweigeteilt ist. Ich glaube, dass es
15 manchen ganz gut tut, dass die wissen, was das ist und dass sie sich da auch zu
16 schlau machen können, wenn sie da Interesse dran haben. Und so ein bisschen
17 hat es dann auch einen Namen. Und auf der anderen Seite glaube ich auch
18 manchmal, wird die schnell vergeben, ja wahllos nicht, aber wird das schon auch
19 nicht so genau diagnostiziert. Gerade hier beim BeWo, dass die, die eine Diag-
20 nose brauchen, losgehen, die auch bekommen, irgendeine, um dann hier auch
21 starten zu können. Und das ist denke ich ja eigentlich nicht der richtige Weg.

22 I: Wie gehst du damit um, also mit der medizinisch-psychiatrischen Diagnose in-
23 nerhalb der Betreuung? Wenn du jetzt z.B. in eine neue Betreuung gehst und die
24 Diagnose weißt. Wie gehst du damit um?

25 P7: Ich frage die schon ab. Ich frage schon, welche Diagnosen gestellt wurden oder
26 welche es schon gibt. Die spielen aber keine übergeordnete Rolle in der Betreu-
27 ung. Weil ich die Klienten so betreue und ja Betreuungsinhalt das ist, was die
28 Klienten bringen und letztendlich, was sie fordern und machen möchten. Und
29 das ist nicht spezialisiert auf die Diagnose. Was schon so ist, ist das z.B., wenn
30 es eine Borderline Diagnose gibt z.B., dass ich dann auch gucke, ok, kann da

1 vielleicht etwas Nützliches von gebraucht werden, was ich in Fortbildungen ge-
2 lernt habe. Das kann ich denen anbieten, wenn die das wollen, dann können wir
3 das auch bearbeiten, und wenn nicht, dann eben nicht. Das ist schon sehr indivi-
4 duell auf den Klienten zugeschnitten und nicht auf die Diagnose.

5 I: Aber du gehst da schon so rein, dass du vorher dir auf jeden Fall immer die Di-
6 agnose ansiehst?

7 P7: Ja, also grundsätzlich ist schon auch ein Bogen, den wir ausfüllen, in der
8 Klientenakte, da ist eine Frage „Welche Diagnosen gibt es?“ also schon wenn
9 ich mit denen starte, frage ich das ab und dann weiß ich das schon, welche Diag-
10 nosen es gibt.

11 I: Was meinst du, würdest du das auch machen, wenn es den Bogen nicht geben
12 würde?

13 P7: Ich glaube nicht so kontinuierlich. Ich glaube schon, wenn ich neue Klienten
14 aufnehme, dass ich da ja bestimmte Dinge drüber wissen will, auch über das
15 Krankheitsbild, oder warum die hier her kommen. Aber ich glaube, das ist schon
16 so ein Teil, mit dem ich so als erstes ins Gespräch komme, über diesen Bogen.

17 I: Welche Rolle spielen deine Vorerfahrungen, die du bereits mit Klienten mit ei-
18 ner bestimmten Diagnose gemacht hast, in einer neuen Betreuung? Also wenn
19 du jetzt z.B. bereits eine Betreuung hast, wo jetzt die Klientin Borderlinerin ist,
20 und du bekommst wieder eine neue Klientin oder einen Klienten, was auch im-
21 mer, die auch die Diagnose hat. Welche Rolle spielen da deine Vorerfahrungen?

22 P7: Ich glaube schon, dass ich das unbewusst auch irgendwie, ja, vergleiche oder, da
23 nochmal so auf meine Erinnerungen oder Vorerfahrungen, ja, überlege. Bewusst
24 aber wirklich zu sagen, ok, bei dem Klienten war genau die gleiche Diagnose, da
25 haben wir das und das gemacht und das mache ich jetzt bei diesem Klienten ge-
26 nau so, ist es nicht. Dafür spielen die Diagnosen auch eine zu untergeordnete
27 Rolle in der Arbeit. Weil die Klienten ja häufig doch irgendwie andere Dinge
28 wollen, als über Diagnosen reden. Dafür sind die ja meistens doch auch irgend-
29 wie therapeutisch versorgt. Und auch an unterschiedlichen Standpunkten, was
30 überhaupt die Diagnosen und die Krankheitseinsicht angeht. Es gibt ja auch wel-

1 che, die gar keine Krankheitseinsicht haben, oder sehr, sehr wenig.

2 I: Meinst du, da wird dann mehr über die Diagnose gesprochen oder weniger, als
3 bei anderen?

4 P7: Wenn die keine Krankheitseinsicht haben?

5 I: Ja.

6 P7: Weniger. Weil ich glaube, gerade dann sagen die auch, das und das wurde diag-
7 nostiziert, das sehe ich aber ganz anders. Dann bespreche ich das schon mit de-
8 nen auch, wie die das sehen. Aber ist ja nicht mein Job, denen mitzuteilen, ob
9 diese Diagnose jetzt so ist oder nicht. Letztendlich spielt in der Betreuung mehr
10 die Rolle, ob sich da Symptome von irgendwie zeigen oder nicht. Und ob wir die
11 bearbeiten müssen oder nicht. Das liegt ja in der Hand des Klienten, überwie-
12 gend.

13 I: Okay und wie gehst du da mit den Vorerfahrungen um, die du gemacht hast?
14 Also du hast ja vorhin schon gesagt, dass es so ein bisschen, dass du da vielleicht
15 schon unbewusst vielleicht auch ein bisschen drauf anspielst?

16 P7: Also ich glaube, meine Haltung wäre dazu, dass ich das nicht möchte, dass ich
17 bei jedem Borderliner so das gleiche Programm abspule und jedes Mal wieder,
18 ach ja, da kommt wieder ein Borderliner und ich mache das genauso. Und trotz-
19 dem gibt es ja auch Erfahrungen, die irgendwie nützlich waren, wo ich dann
20 doch vielleicht eher nochmal überlegen würde „Wie hast du das bei dem ge-
21 macht?“ und „Ist das ähnlich?“ und „Kann man das da auch versuchen?“.

22 I: Okay. Wie wichtig ist dir die medizinisch-psychiatrische Diagnose für die Be-
23 treuung?

24 P7: Nicht so wichtig. Also in der Betreuung finde ich wirklich, spielt es oft keine
25 Rolle, welche Diagnosen tatsächlich auf dem Blatt steht, sondern eher die Aus-
26 wirkungen. Wie sich das wirklich bei dem Klienten im Leben auswirkt und wo
27 dann Hilfe auch benötigt ist. Ich persönlich finde das aber schon auch spannend,
28 was die diagnostiziert bekommen haben. Das ist schon so. Wenn man Arztbe-
29 richte bekommt oder so, dass ich die schon auch lese.

1 I: Was machst du dann damit?

2 P7: Wenn die mir die mitbringen, dann lese ich die auch. Aber letztendlich, ja, gucke
3 ich so, stimmt das mit dem überein, wie ich den Klienten erlebe, oder nicht, aber
4 letztendlich passiert da nichts mit.

5 I: Okay. Also hat es auf dich und deine Haltung keine Auswirkungen?

6 P7: Ne, oft sind das Diagnosen, die schon irgendwie in der Kinder- und Jugendpsy-
7 chiatrie gestellt wurden. Vielleicht auch nochmal hinterfragt werden müssten,
8 oder die Diagnosen, die erstmal gestellt wurden, weil jemand ins BeWo möchte
9 hier und schon auch irgendwie in die Richtung passt, aber naja, auch irgendwann
10 dann auch eine Diagnose her musste. Das kann ja auch sein. Und deswegen finde
11 ich schon, dass sie nicht so wichtig ist.

12 I: Welche Rolle spielt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung
13 nach innerhalb der Teamsitzungen bei Fallbesprechungen? Also im BeWo jetzt
14 in Fachberatungen.

15 P7: Ich glaube, das hat auch ein bisschen drauf oder hängt damit zusammen welche
16 Diagnose es ist wirklich. Also wir sprechen da schon ja auch drüber und wissen
17 meistens welche Diagnosen es gibt, aber ich wüsste jetzt auch nicht zu allen Kli-
18 enten die Diagnosen und es wird auch nicht bei jeder Teambesprechung oder
19 kollegialen Beratung die Diagnose nochmal genannt. Ich überlege gerade, was
20 noch nützlich sein könnte. Ne, ich glaube, eigentlich geht es tatsächlich auch um
21 das Inhaltliche, was gerade ansteht. Da kann eine Diagnose ja auch nützlich sein.
22 Das ist ja auch die Erkrankung und das sind Symptome, die da auch dazu gehö-
23 ren. Das kann ja einen auch als Betreuer irgendwie entlasten. Aber ich finde, bei
24 uns spielt das auch da nicht die große Rolle. Auch da wird eher sehr individuell
25 auf den Klienten geguckt und nicht auf die Diagnose, die er mitbringt.

26 I: Wie findest du das?

27 P7: Ich finde das eigentlich richtig. Ich finde den Klienten da wichtiger als die Diag-
28 nose. Weil wir arbeiten ja nicht nur mit Diagnosen. Wir arbeiten ja in erster Li-
29 nie mit dem Klienten. Und trotzdem finde ich unterstützend auch wichtig da mal
30 draufzugucken und theoretisch fundiertes Wissen zu Diagnosen da mit einflie-

1 ßen zu lassen. Also ich glaube, so ein Anteil davon ist gut den mit drin zu haben,
2 aber in erster Linie sind die Klienten die Menschen, mit denen wir arbeiten und
3 nicht die Diagnose, die die haben.

4 I: Inwiefern wird eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung nach
5 in der Einrichtung berücksichtigt und beachtet?

6 P7: Das überschneidet sich ein bisschen, oder?

7 I: Ja, aber generell halt.

8 P7: Genau, generell glaube ich, ist das auch identisch, dass es schon auch abgefragt
9 wird. Auch bei den Infosgesprächen, wenn Klienten sich hier vorstellen, wird
10 schon auch gefragt, ob es eine Diagnose gibt. Und das hat auch damit zu tun,
11 dass man, ja, ambulant betreutes Wohnen nur bekommt, wenn man eine Diagno-
12 se hat. Also vor allem bei dem LWL ist es ja so. Deswegen spielt es schon auch
13 immer eine Rolle. Und wenn es eine Problematik gibt, schicken wir die Klienten
14 auch zum Psychiater und sagen „Lass das mal abklären, ob es da eine Erkran-
15 kung gibt, weil ohne das würdest du hier nicht hinkommen!“.

16 I: Was hältst du davon, dass hier eine Diagnose gestellt werden muss, damit die
17 überhaupt betreut werden können? Also eine medizinisch-psychiatrische Diag-
18 nose. Es gibt ja auch noch eine sozialpädagogische Diagnose.

19 P7: Ja, irgendwo glaube ich, muss man so Rahmenbedingungen setzen, und ich
20 glaube da, das haben die damit geschaffen, dass sie sagen, es muss eine medizi-
21 nisch-psychiatrische Diagnose da sein. Ansonsten wäre es ja auch ambulant be-
22 treutes Wohnen für Menschen, die soziale Schwierigkeiten haben z.B., das sind
23 dann andere Angebote. Und auf der anderen Seite glaube ich, dass hier auch
24 manche Klienten nicht unbedingt eine Diagnose gebraucht hätten und trotzdem
25 Unterstützung brauchen.

26 I: Wofür meinst du denn, ist eine medizinisch-psychiatrische Diagnose hilfreich?
27 Also hast du ja jetzt schon einige Sachen genannt.

28 P7: Genau, hilfreich glaube ich vor allen Dingen, damit man Rahmenbedingungen
29 hat, um das Klientel so ein bisschen einzurahmen. Ich glaube, auch hier tut de-

1 nen das gut, wenn die wissen, es hat jeder sein Päckchen. Also wenn die sich in
2 Gruppen treffen, dann wird nicht über Diagnosen, also hab ich noch nie erlebt in
3 den sechs Jahren, dass da über Diagnosen gesprochen wurde, aber, ja, so das
4 Verständnis gegenseitig irgendwie, glaube ich, ist da ganz groß, wenn alle wis-
5 sen, naja, irgendwie hat jeder seinen Rucksack mit seinen Problemen und Er-
6 krankungen dabei, mit unterschiedlichen Diagnosen aber auch gleichen Diagno-
7 sen.

8 I: Hast du noch mehr Vorteile davon, dass eine Diagnose gestellt wird?

9 P7: Ich glaube auch, dass man gerade in so Beratungen oder wenn man sich genau
10 mit dem Klienten unterhält, dass man da auch nochmal anknüpfen kann und das
11 theoretische Wissen zu den Diagnosen und Krankheitsbildern nochmal zu an-
12 bringen kann. Aber als sehr großen Vorteil würde ich das jetzt nicht benennen.

13 I: Welche Nachteile birgt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose?

14 P7: Es ist schon auch der Stempel, den die bekommen und den die haben. Und wenn
15 das offen gemacht wird, birgt das auch viele Risiken für die, keinen Ausbil-
16 dungsplatz bekommen, Arbeitsplätze bekommen. Also da habe ich unterschied-
17 liche Erfahrungen gemacht, wo ich denke, hätten die es mal nicht gesagt, dann
18 wären keine Konsequenzen gefolgt.

19 I: Und wenn du da nochmal auf dich selber schaust, wie sich dann die Vor- und
20 Nachteile auf den Umgang mit dem Klienten innerhalb der Betreuung auswirkt?

21 P7: Das musst du mir jetzt nochmal erklären!

22 I: Also du hast ja eine Haltung dazu und im Grunde wurde das auch schon beant-
23 wortet so ein bisschen, aber wie sich das halt auf den Umgang auswirkt mit den
24 Klienten.

25 P7: Ob ich da auch Einfluss drauf nehme, wie die damit umgehen?

26 I: Ja, genau.

27 P7: Ich lasse die das meistens jeden selber entscheiden, wie die damit umgehen. Ob
28 die das dann offen machen oder nicht z.B. Rate denen aber auch, vorsichtig da-
29 mit umzugehen. Genau, weil ich halt auch schon erlebt habe, dass es negative

1 Auswirkungen für die Klienten hatte, wenn die das offen gemacht haben. Die
2 können ja auch positive Dinge damit erreichen, wie z.B. Schwerbehindertenaus-
3 weis, wenn die was davon haben, da unterstütze ich die auch. Ich kann denen das
4 anbieten, aber letztendlich lasse ich die das entscheiden natürlich. Und das ist
5 auch von Klient zu Klient unterschiedlich, wie die damit umgehen möchten.

6 I: Das heißt, du gehst da eher mit, dass du sagst, so wie die Klienten das wollen,
7 welchen Einfluss die selber auch wollen?

8 P7: Ja und, ja, ich zähle denen auch Vor- und Nachteile auf, dass sie sich da selber
9 Gedanken zu machen können und entscheiden können, was sie wollen.

10 I: Generell zur medizinisch-psychiatrischen Diagnose oder zu einer Diagnose, die
11 sie selber haben oder generell was das für Vorteile haben kann, die Diagnose zu
12 haben?

13 P7: Naja, auch was das generell für Vorteile haben kann, aber letztendlich haben die
14 die ja schon. Wenn sie hier sind, haben sie die schon, da habe ich da eh keinen
15 Einfluss mehr drauf, die gibt es dann ja schon. Genau, ich sage dann, es gibt
16 Vorteile, es gibt Nachteile und je nach dem, was gerade bei denen ansteht, was
17 da für die sinnvoll ist. Oder mache denen einfach offen, welche Möglichkeiten
18 sie damit haben, oder welche auch vielleicht nicht. Und dann müssen die ent-
19 scheiden, was sie damit machen.

20 I: Ja, okay. Wir sind jetzt auch schon am Ende eigentlich. Und da bleibt noch die
21 Frage, ob du noch etwas loswerden möchtest zu dem Thema?

22 P7: Zu dem Thema allgemein. Ich glaube allgemein zu dem Thema habe ich nicht
23 ganz klar eine Haltung, ob das ganz gut oder ganz schlecht ist. Ich glaube, für
24 manche Sachen kann man das gut nutzen, wenn es Diagnosen gibt. Und ich
25 glaube manchmal ist es auch sehr hinderlich für alle, für die Klienten aber auch
26 für das System.

27 I: Und für dich generell? Also speziell jetzt für dich selber?

28 P7: Für mich selber versuche ich immer auch einen Mittelweg zu gehen. Es zu nut-
29 zen, was ich davon bekommen kann. Aber das auch nicht zu doll einzugrenzen

1 mit dem Wissen über die Klienten. In der Diagnosestellung, ich glaube, da liegt
2 eher das Problem, wie werden Diagnosen vergeben. Ich glaube, dass es die gibt,
3 ist nicht mein Problem. Sondern ich glaube eher, dass ich weiß, wie die manch-
4 mal auch vergeben werden. Und dass ich dann denke, das könnte vielleicht an-
5 ders laufen, das sollte vielleicht anders laufen.

6 I: Wie gehst du dann damit um? Dass du z.B. weißt, dass eine Diagnose nur gege-
7 ben wird, um die Betreuung zu sichern?

8 P7: Ich glaube, das ist schon das, was ich eben auch erklärt habe, dass ich versuche
9 da nicht so einen großen Fokus drauf zu legen. Sondern wirklich am Klienten zu
10 bleiben und zu wissen okay, es gab die Diagnose. Wenn ich eine Idee habe, ok,
11 das könnte irgendwie auch was anderes sein, dann sage ich schon „Lass das mal
12 überprüfen!“ oder „Guck da nochmal genau drauf!“. Oder wenn Klienten sagen
13 „Ne, das ist aber nicht so!“, auch das nochmal überprüfen zu lassen, vielleicht
14 von einem anderen Arzt. Das finde ich legitim, das nochmal abzuchecken.

15 I: Ok, jetzt nochmal. Gibt es noch etwas, was du noch loswerden möchtest?

16 P7: Ne, ich glaube das war´s.

17 I: Okay, gut. Danke für das Interview!

18 P7: Ja, gerne!

19

1 **h Interview mit Person 8**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch medizinisch-psychiatrische Diagno-
3 sen?

4 P8: Ja, also ich sehe, dass es auf der einen Seite natürlich notwendig ist, damit die
5 Behandlung irgendwie abgerechnet und gerechtfertigt werden kann. Auf der an-
6 deren Seite sehe ich aber auch, dass das, gesellschaftlich gesehen, dass es
7 schwierig ist diesen Stempel den Klienten aufzudrücken. Ich fände es schön,
8 wenn es da eine andere Lösung dafür geben würde. Habe aber auch keine Idee
9 dazu, wie das gehen könnte. Weil, ich glaube, dass sich das nicht vermeiden
10 lässt, dass es da irgend so ein Schubladensystem geben muss, um das halt einzu-
11 ordnen, was das ganze Bürokratische dahinter angeht. Vielleicht könnte es eine
12 Variante sein, dass es nicht so, also es wird ja schon, auch wenn natürlich das al-
13 les unter den Datenschutz fällt und alle unter Schweigepflicht stehen, die da ir-
14 gendwie von wissen, wird da ja innerhalb des Systems schon relativ offen mit
15 umgegangen mit den Diagnosen. Und wenn das vielleicht weniger offen wäre,
16 könnte ich mir vorstellen, dass es manchmal auch für Klienten leichter wäre.

17 I: Inwiefern leichter?

18 P8: Weil ich glaube, dass es schon so ist, dass das nicht nur gesamtgesellschaftlich
19 so ist, dass die Menschen anders behandelt werden, wenn die wissen, dass es da
20 so einen Stempel gibt. Sondern ich glaube, das passiert auch so im Umfeld der
21 Fachkräfte. Bestimmt nicht bewusst und vielleicht auch nicht unbedingt mit so
22 einem negativen Einfluss, wie das dann vielen unterstellt wird. Aber ich glaube
23 schon, dass man dadurch anders... wenn man die Diagnose kennt, hat man viel-
24 leicht schon vorher ein Bild von den Leuten im Kopf und man ist nicht mehr
25 ganz so unvoreingenommen.

26 I: Ja, okay. Hast du da ein Beispiel für?

27 P8: Ein konkretes Beispiel?

28 I: Ja.

29 P8: Also von mir selber weiß ich, dass mir das vor allen Dingen... also mittlerweile
30 gehe ich da, glaube ich, bewusster mit um. Aber ich glaube, gerade so als Be-

1 rufseinsteigerin oder während meiner Praktikumszeiten... Mir fällt gerade ein,
2 ich habe vorher doch auch schon ein 3/4 Jahr wo anders in dem Bereich gearbei-
3 tet.

4 I: Gut.

5 P8: Also während meiner Praktikumszeiten und in den ersten Jahren als Fachkraft,
6 war es, glaube ich, schon so, dass, wenn man dann jemand Neues aufgenommen
7 hat, dann hat man sich ganz intensiv irgendwie vielleicht vorher mit den Sachen,
8 die man schon weiß, beschäftigt. Und wenn man dann, z.B. ich glaube gerade so
9 die Diagnose Borderline und sowas, da hat man direkt ganz viele Sachen im
10 Kopf und man denkt "Oh, da musst du drauf aufpassen, da musst du drauf auf-
11 passen!". Hat vielleicht auch seine Vorteile, aber ich glaube, dass man deshalb
12 manchmal auch ein bisschen voreingenommen schon ist.

13 I: Okay. Für wie wichtig hältst du denn eine Diagnose für deine Betreuung mit den
14 Klienten?

15 P8: Für mich oder...?

16 I: Beides.

17 P8: Also, dass es für das System eine Voraussetzung ist, damit die hier betreut wer-
18 den können, das ist glaube ich notwendig, damit man ebenso spezialisierte Be-
19 treuungsformen anbieten kann, ne?

20 I: Was meinst du mit spezialisierten Betreuungsformen?

21 P8: Ja, dass man z.B. sagen kann, hier werden nur Leute mit psychischer Erkrankung
22 betreut.

23 I: Ach, so meinst du das.

24 P8: Und wir kennen uns alle mit den Hintergründen der meisten Erkrankungen ganz
25 gut aus, da haben wir auch mehr Zeit für.

26 I: Ja.

27 P8: Also dafür ist es glaube ich schon wichtig. Für meine Arbeit finde ich es nicht so
28 wichtig.

- 1 I: Ok, und warum nicht?
- 2 P8: Weil ich immer sehr bemüht bin, ja, wie ich das gerade auch gesagt habe, ich
3 versuche da möglichst unvoreingenommen die Leute so erst einmal kennenzu-
4 lernen, wie die sich mir präsentieren wollen. Und dann auch mit dem, was die
5 mir zur Verfügung stellen, zu arbeiten. Und nicht mit dem, was ich durch ir-
6 gendwelche Akten, vielleicht irgendwo mal gelesen habe. Weil, also ich meine,
7 wir machen hier ja freiwillige Betreuungen, ambulante Betreuungen, und das ist
8 ein Rahmen, wo ich finde, da ist es in der Verantwortung der Klienten zu gu-
9 cken, was sie mit einbringen möchten und was nicht. Und darum finde ich, bei
10 anderen Einrichtungen ist das vielleicht anders oder bei anderen Betreuungsfor-
11 men. Aber hier finde ich, dass man diese Haltung ganz gut haben kann, zu sagen,
12 das, was die mir irgendwie mitbringen, damit kann ich arbeiten und alles andere
13 ist dann vielleicht auch nicht so wichtig für mich und für unsere Zusammenar-
14 beit. Weil ich will die nur bei den Sachen unterstützen, wo die auch selber dran
15 arbeiten wollen.
- 16 I: Würdest du denn sagen, das hat sich erst im Laufe der Zeit so entwickelt oder
17 hattest du die Haltung von Anfang an so?
- 18 P8: Nein, ich glaube, das hat sich erst entwickelt. Also ich glaube, am Anfang, das
19 habe ich ja auch gesagt, da habe ich mich viel vorher dann mit beschäftigt und
20 dann hatte man immer was im Kopf dazu. Ich glaube, da hat mir das vielleicht
21 dann Sicherheit gegeben, weil ich irgendwie so wusste, worauf ich achten will
22 und muss vielleicht. Oder in welche Fallen ich vielleicht nicht tapen will, oder
23 so, ne? Ich glaube, wenn man da so ein bisschen Sicherheit drin hat und ein biss-
24 chen Routine da mit bestimmten Verhaltensmustern vielleicht dann auch umzu-
25 gehen und da so seine eigene Haltung und seinen eigenen Standpunkt zu gefes-
26 tigt hat. Dann, ja, braucht man das nicht mehr so viel.
- 27 I: Ok. Du hast gerade schon ein bisschen angedeutet, aber kannst du das noch ein-
28 mal konkret sagen, also wie du mit dieser Diagnose umgehst innerhalb der Be-
29 treuung? Guckst du dir die vorher an? Oder wie spannst du die ein?
- 30 P8: Sich die vorher anzugucken, lässt sich nicht vermeiden. Allein schon wegen den

1 Rahmenbedingungen hier, weil die ja an den LWL z.B. oder an das Jugendamt,
2 je nachdem, wer das finanziert, muss das ja weitergegeben werden. Darum ist
3 die automatisch von Anfang an präsent. Und ist eine der Hauptsachen, die dann
4 in den Bögen mit Daten, die wir über den Klienten kriegen, ne? Dann steht die
5 da mittendrin und ist was das angeht erstmal ganz wichtig. Und ich glaube, zu
6 sagen, dass man das völlig außen vor lassen kann, also das kann man ja nicht.
7 Weil wenn man da schon verschiedene Erfahrungen mit gemacht hat, hat man
8 die automatisch im Kopf dazu. Aber ich versuche eben immer die so bewusst
9 halt hintenanzustellen und dann in den ersten Terminen mir dann erstmal ein
10 Bild von dem Klienten zu machen. Und das mache ich auch so, dass ich den die
11 ersten paar Termine kennenlerne, bevor ich mir irgendwelche alten Arztberichte
12 oder so, die der vielleicht mitgebracht hat, oder die aus einer anderen Betreuung
13 übergeben wurden, bevor ich mir die genau angucke, oder Klinikberichte oder
14 irgendwas. Das mache ich meistens so, dass ich mir die erst nach ein paar Ter-
15 minen angucke, damit ich den vorher schon mal so für mich kennengelernt habe.

16 I: Okay. Und wie nutzt du dann die Diagnose, wenn du sie kennst? Oder nutzt du
17 sie überhaupt? Oder würdest du sagen, dass du sie dir nur anguckst, um einen
18 Bericht schreiben zu können?

19 P8: Ja, ne, also ich glaube, so in den Gesprächen, die ich mit den Klienten führe und
20 so in der Beziehungsarbeit und dem ganzen Potpourri, was dazu gehört, da spielt
21 es, glaube ich, wenig eine Rolle. Da spielt, glaube ich, eine größere Rolle, was
22 ich eben von dem schon so mitgekriegt habe, ne? Und dann darauf zu reagieren.
23 Aber wir machen ja auch viel so Netzwerkarbeit und dann irgendwie, dass wir
24 uns mit verschiedenen Institutionen, mit denen der Klient auch in Kontakt steht,
25 austauschen. Und da spielt es dann schon wieder eine Rolle, weil das eben was
26 ist, was man vielleicht einfacher transportieren kann mit Informationen, als jetzt
27 wer weiß was für ausschweifende Beschreibungen über denjenigen.

28 I: Ok. Welchen Stellenwert haben deine Vorerfahrungen, die du bereits mit Klienten
29 mit einer bestimmten Diagnose gemacht hast, in einer neuen Betreuung, bei
30 der die Diagnose bekannt wird? Also wenn du eine neue Klientin bekommst und
31 die Diagnose erfährst.

1 P8: Ja, also ich glaube schon einen großen, ne?

2 I: Inwiefern?

3 P8: Ich glaube, je mehr man einen Menschen, also ich denke jetzt mal an Borderline,
4 weil ich viele Leute mit der Diagnose betreue, ne? Und es ist ja schon eine Di-
5 agnose, die sehr facettenreich sein kann, wo ganz viel irgendwie zu gehört. Und
6 ich glaube, wenn ich dann innerhalb einer Betreuung von jemandem dann noch-
7 mal wieder andere Facetten irgendwie so kennengelernt habe und Erfahrungen
8 damit gemacht habe und nicht nur irgendwo darüber gelesen habe, dann achte
9 ich, glaube ich, schon in den folgenden Betreuungen, wo die Diagnose dann
10 auch eine Rolle spielt, darauf, ob es diese Facetten bei demjenigen auch gibt und
11 wie ich dann in der Betreuung damit umgehe. Weil das ist ja auch, ich glaube, da
12 fühlt man sich ja selber auch immer in einem Lernprozess. Wenn man merkt ir-
13 gendwie, oh, da muss ich vielleicht eher so und so mit umgehen und man achtet
14 natürlich in den anderen Betreuungen darauf, das dann auch so umzusetzen.

15 I: Also würdest du sagen, wenn du jetzt z.B. was bei einer Betreuung hilfreich war,
16 bestimmte Interventionen, dass du die dann vielleicht in die neue Betreuung
17 auch mitnimmst, weil du da ähnliche Symptome wahrnimmst?

18 P8: Also auf jeden Fall, dass ich die mit im Kopf habe und gucke, ob die da passen
19 könnten. Also das ist das, was ich gerade meinte. Man kann sich da, glaube ich,
20 nie von frei machen, dass man trotzdem die Sachen zu der Diagnose mit im
21 Kopf hat, ne?

22 I: Ok. Welche Rolle spielt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Mei-
23 nung nach innerhalb der Teamsitzungen bei Fallbesprechungen, also bspw. bei
24 Fachberatungen?

25 P8: Ich glaube, manchmal schon eine große Rolle. Gerade, wenn es auch wieder
26 darum geht, dass unsere Beraterin oder unser Berater mit dabei ist, der die Per-
27 son vielleicht nicht persönlich kennt, um die es geht. Dann passiert es, glaube
28 ich, auch daher schnell, dass sie sich über die Diagnose dann ein Bild von der
29 Person mitmachen, weil sie die verschiedenen Symptome im Kopf haben. Ich
30 überlege gerade. Also ich glaube, manchmal spielt das eine größere Rolle, als es

1 sollte vielleicht. Ich glaube da schon, dass wir da auch sehr drauf achten, zu gu-
2 cken, wie das individuell bei den jeweiligen Personen aussieht und wie die Si-
3 tuation ist, die da gerade beraten wird, aber ich glaube schon auch, dass es
4 manchmal passiert, dass man da so hin abrutscht, zu sagen, ja, das ist halt ein
5 Symptom von der und der Erkrankung. Einerseits kann das ja auch wichtig sein,
6 vielleicht auch wenn es mit dem Klienten darum geht, da Psychoedukation zu
7 betreiben, oder so, ne? Aber ich glaube, dass das auch die Gefahr manchmal
8 birgt... Ich weiß gerade gar nicht, wie ich das formulieren soll. Dass es manch-
9 mal die Gefahr birgt, da, ja, auf die individuelle Situation des Klienten einfach
10 speziell nochmal einzugehen und nochmal zu gucken, wie können wir als Be-
11 treuer mit diesen individuellen Sachen von dem speziell jetzt umgehen. Und
12 nicht nur mit „Ah, ja, das ist das Symptom von der und der Diagnose“ und „Ja,
13 das gehört halt dazu. Gehört zur Erkrankung und ist vielleicht Therapiethema
14 deshalb, weil es zur Erkrankung...“, so, ne? Aber das spielt hier ja schon auch
15 eine Rolle, so dieses Sozialtherapeutische. Das ist, glaube ich, die Gefahr, dass
16 man da manchmal dann hin abrutscht. Verstehst du, was ich meine?

17 I: Ja, ich verstehe, was du meinst. Und wenn du jetzt z.B. selber eine Beratung in
18 Anspruch nimmst innerhalb der Fachberatung und in offener Runde dann darauf
19 zurückgegriffen wird, keine Ahnung, irgendwelche Vorschläge gemacht werden,
20 wie man mit so etwas umgehen kann. Wie nimmst du das mit für die Eins-zu-
21 Eins-Betreuung, also in der Umsetzung dann?

22 P8: Wie meinst du das genau? Wenn das an den Symptomen der Erkrankung fest-
23 gemacht wird oder wie meinst du das?

24 I: Genau, also wenn du jetzt irgendeinen Fall vorträgst, wo du eine Frage zu hast
25 und dann sagt jemand „Ach, ja, ich habe auch einen Klienten mit der Diagnose
26 und da hat das und das geholfen“. Wie nutzt du das in der Betreuung?

27 P8: Unterschiedlich. Also ich habe das schon dann dazu im Kopf bei dem nächsten
28 Termin. Und ich glaube, ich mache das oft so, dass ich so ein bisschen, wenn es
29 jetzt um eine bestimmte Intervention z.B. geht, dass ich so ein bisschen in die
30 Richtung vorfühle in den Gesprächen, um da ein Gefühl für zu kriegen, ob das

1 für den jetzt wirklich passend wäre, oder nicht. Und wenn ich merke, der geht
2 darauf ein und springt darauf an, dann bleibe ich da dran und versuche das viel-
3 leicht auch mit demjenigen. Oder manchmal formuliere ich das vielleicht auch
4 ganz offen und sage „Hier, das war eine Idee von einer Kollegin und was hältst
5 du denn davon, wenn wir das mal ausprobieren? Das hat schon mal jemand an-
6 derem geholfen, der vielleicht ähnliche Probleme hat, geholfen“. Aber manch-
7 mal, wenn ich merke, da ist der nicht zugänglich für, derjenige, dann lasse ich
8 das dann auch.

9 I: Also ist es ganz individuell?

10 P8: Ja.

11 I: Okay. Du hast ja gerade schon so ein bisschen erzählt, was du meinst, was das
12 für Nachteile birgt oder für Gefahren auch birgt, wenn man die Diagnose kennt.
13 Gibt es da noch mehr Nachteile?

14 P8: Das habe ich gerade alles gesagt schon.

15 I: Du darfst dich auch wiederholen, das ist auch kein Problem.

16 P8: Also Nachteile. Naja, also, die gibt es ja auf den verschiedenen Ebenen, ne? Was
17 so das gesellschaftliche Ansehen angeht. Das ist so. Das ist schade, dass es so
18 ist, aber die Erfahrung machen wir hier ja immer wieder mit unseren Leuten,
19 dass das so ist, dass da viele Vorurteile sind. Oder ich glaube einfach viel Uner-
20 fahrenheit und deshalb Berührungängste, so.

21 I: Und wenn du guckst, was die Nachteile sind, wenn du selber die Diagnose
22 weißt?

23 P8: Ja, mit den Sachen, die ich gerade schon so erzählt habe. Und das kann dann ja
24 einfach viele Folgen haben.

25 I: Welche Folgen? Also welche Auswirkungen?

26 P8: Ja, also das, was ich gerade schon so erzählt habe, dass man vielleicht nicht
27 mehr so unvoreingenommen auf die Person zugeht und wenn man da schon ir-
28 gendwelche bestimmte Vorurteile im Kopf hat. Also ich glaube auch, das sind
29 gar nicht so andere Sachen, wie bei dem was gerade so für gesamtgesellschaftli-

1 che sagte. Natürlich ist das so, dass die Fachkräfte, die dann mit den Leuten ar-
2 beiten, da viel reflektierter mit umgehen und das nicht so negativ besetzt ist, ne?
3 Aber ich glaube, freimachen davon, dass man da bestimmte Bilder dazu im Kopf
4 hat, kann man ja trotzdem nicht. Also das wäre ja, das wäre schön wenn das so
5 ist, so, das wäre so eine Idealvorstellung, aber ich glaube das ist so, ja.

6 I: Und was würdest du sagen, was das für Folgen für die Betreuung hat? Also für
7 den Klienten dann? Wenn du da zu voreingenommen reingehst?

8 P8: Ja, wenn das passiert, ich glaube, dass das in den meisten Fällen schon so ist,
9 dass die jeweiligen Fachkräfte das nicht so sehr mitreinnehmen, sondern, dass
10 das mehr was ist, was bei uns dann so im Kopf dann sich abspielt und was dann
11 immer wieder so ein Reflexionsprozess ist und vielleicht eine zusätzliche Her-
12 ausforderung manchmal, aber ob das die Betreuung so sehr beeinflusst, ja, also
13 wenn das passiert, dann kann das natürlich sein, dass die Klienten nicht die
14 Chance haben, sich so zu geben und darzustellen und an den Themen zu arbei-
15 ten, die sie gerade für sich wirklich wichtig finden, sondern, dass da vielleicht
16 immer wieder so vorgefertigte Ziele, die bei der Diagnose vielleicht wichtig wä-
17 ren, da hereingetragen werden und da so ein bisschen ein Ungleichgewicht
18 entsteht, weißt du?

19 I: Okay. Hast du noch irgendwie weitere Anmerkungen oder Fragen zu dem The-
20 ma, die du noch loswerden möchtest am Ende des Interviews?

21 P8: Nein, wir haben uns da ja auch schon vorher ganz viel drüber unterhalten,
22 ne? Also ich glaube, du kennst meine Haltung dazu ganz gut mittlerweile, oder?

23 I: Ja, okay. Dann vielen Dank!

24

1 **i Interview mit Person 9**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch die medizinisch-psychiatrische Diag-
3 nose?

4 P9: Es ist ganz spannend, weil wir jetzt gerade hier, um es vergleichbar zu machen,
5 alle Diagnosen von unseren Klienten eintragen mussten.

6 I: Um die Hilfen vergleichbar zu machen?

7 P9: Die Standorte, glaube ich. Hier mussten wir jetzt die Hauptdiagnose und die
8 Zweitdiagnosen eintragen, nach dem ICD-10. Und ich weiß zwar, was jeder
9 meiner Klienten für eine Diagnose hat, aber wirklich wichtig finde ich sie nicht.
10 Also, klar manchmal hilft es, wenn jemand eine Essstörung hat, ist es schon
11 wichtig zu wissen, um mit denen dran zu arbeiten oder bestimmte Verhaltens-
12 weisen oder sowas auch, also bei irgendwelchen Persönlichkeitsstörungen, dass
13 man auch weiß, okay, das ist das und das Muster, das man verfolgt. Da finde ich
14 es auch schon ganz gut, gewisse Grundlagen zu haben, aber eine Diagnose an
15 sich, finde ich manchmal hinderlich. Ich habe da irgendwie eine Klientin, die
16 hatte ganz lange eine Borderline-Diagnose und jetzt wurde die gerade revidiert,
17 dass es jetzt doch eine ADHS-Erkrankung ist.

18 I: Das passiert auch nicht oft, oder?

19 P9: Es gibt ja häufig nicht so ein klassisches Bild von irgendwas, oder selten. Das ist
20 jetzt eine klassische Depression, gibt es eben nicht. Also klar gibt es schon, aber
21 bei ihr es jetzt, dass sich Borderline und ADHS in manchen bestimmten Punk-
22 ten. Vielleicht hat sie ja auch beides. Das ist ja immer ein bisschen fragwürdig.
23 Aber ihr geht es mit der Diagnose ADHS viel, viel besser. Also für sie hat es ir-
24 gendwie mehr Sinn als für mich. Also für mich ist es egal, also ich arbeite mit
25 ihr ja genauso weiter, egal welche Diagnose sie hat. Für die Klientin war es,
26 glaube ich, sehr beruhigend. Im Vorfeld, wenn ein Klient vorgestellt wird im
27 Team, geben wir ja auch immer an, was der für eine Erkrankung hat. Klar kann
28 man sich dann schon ein bisschen so ein Bild machen. Aber häufig kommt dann
29 auch immer anders als man denkt. Also das sagt nie wirklich was über die Per-
30 son aus.

- 1 I: Welcher Umgang ist dir denn dann wichtig, in Bezug auf die medizinisch-
2 psychiatrische Diagnose in deiner Betreuung? Also du hast schon gesagt, dass
3 du die für dich gar nicht so wichtig findest. Aber wie gehst du denn damit um,
4 die ist ja da. Du musst die ja auch eintragen, hast du gerade gesagt.
- 5 P9: Genau und der LWL verlangt es ja auch. Es muss eine chronische Erkrankung
6 vorliegen und es muss ja auch vom Arzt attestiert werden. Wie gehe ich damit
7 um? Ich glaube, ich nehme die nur im Vorfeld zur Kenntnis, wenn wir dann die
8 Klienten irgendwie verteilen oder sowas. Also wenn ich so überlege, wie fängt
9 eine neue Betreuung an. Dann lasse ich die Klienten häufig selber erklären, was
10 sie haben und wie sich das bei denen zeigt. Ich finde das dann viel eindrückli-
11 cher, die Person kennenzulernen und zu wissen... Und klar manchmal bezieht
12 man sich da noch drauf: „Das war gerade irgendwie echt ein anstrengender Ter-
13 min“. Dann denk ich auch manchmal: „Ja, okay. Borderline halt“ oder sowas.
14 Ein bisschen auch als Entschuldigung, find ich dann auch so für mich und dann
15 nochmal zu reflektieren, okay, es hat etwas mit der Erkrankung zu tun und nicht
16 mit einem selber oder so. Und das finde ich, das ist so, glaube ich, das einzige,
17 was ich so sage, da finde ich das hilfreich, dass es mich manchmal etwas beru-
18 higt. Wo ich dann sage: Okay, das liegt jetzt an der Erkrankung und das hat
19 nichts mit mir zu tun.
- 20 I: Dass du da so mit abschließen kannst?
- 21 P9: Ja, genau. Ja, dafür hilft mir das. Weil man ja schon einfach bestimmte Krank-
22 heitsbilder ja kennt theoretisch und Verhaltensmuster und sowas und ja.
- 23 I: Okay. Hast du ja damit schon ein bisschen angedeutet, aber kannst du nochmal
24 genau sagen, welchen Stellenwert die Diagnose in einer Betreuung dann für dich
25 hat?
- 26 P9: Ja, eher so hintergründig. Also im Vordergrund sehe ich die Person an sich, also
27 wie die ihre Erkrankung erlebt und mein Eindruck dafür. Sie ist zwar so da und
28 sie schwebt auch irgendwie so mit, oder irgendwie sowas. Man kann sich immer
29 mal wieder drauf beziehen, aber ich würde jetzt nicht sagen, man bezieht sich
30 jetzt immer nur darauf.

- 1 I: Welchen Stellenwert haben denn deine Vorerfahrungen, die du bereits mit Kli-
2 enten gemacht hast, die eine bestimmte Diagnose haben, in einer neuen Betreu-
3 ung, die die gleiche Diagnose haben? Also wenn du jetzt zum Beispiel einen
4 neuen Klienten bekommst, der die Diagnose Borderline hat. Und du aber schon
5 einmal vorher einen Klienten hattest, der die gleiche Diagnose hatte. Welchen
6 Stellenwert haben deine Vorerfahrungen da in der Betreuung?
- 7 P9: Ich finde, man hat schon Vorurteile. Also wenn man jetzt irgendwie ein be-
8 stimmtes Krankheitsbild hört, aber ich lasse mich dann auch gerne positiv über-
9 raschen, wenn es nicht so ist. Ich hatte das mit einer Klientin, die jetzt eigentlich
10 die ADHS-Erkrankung hat. Wo ich aber vorher mit einer Klientin, die super an-
11 strengend war, also eine sehr klassische Persönlichkeitsstörung, und da habe ich
12 halt auch gedacht, „Oh Gott, jetzt bekomme ich noch so eine davon“. Wo es halt
13 häufig auch um Zuverlässigkeiten und sowas ging. Und da hab ich gedacht „Und
14 jetzt noch so eine“. Und bei der ist es komplett anders. Und, ja, ich glaube, da
15 bin ich dann schon mit dem Bild von meiner vorherigen Klientin reingegangen
16 und das war dann anders und das fand ich eigentlich ganz schön.
- 17 I: Okay. Hast du denn dann vielleicht auch anders auf sie reagiert oder bist du an-
18 ders mit ihr umgegangen aufgrund deiner Vorerfahrungen? Oder hattest du das
19 nur so im Hinterkopf?
- 20 P9: Ich hatte es im Hinterkopf, aber habe auch bestimmte Fragen gestellt, also zum
21 Kennenlernen. Also, wie sieht das aus... Ja, wirklich dann auch nach der Zuver-
22 lässigkeit gefragt oder wie wir mit bestimmten Konflikten umgehen wollen, ob
23 sie bestimmte Anzeichen von sich kennt, oder sowas. Also, ich hab auch noch
24 nie nachgefragt, ob sie sich gewundert hat, dass ich die Fragen so gestellt habe,
25 oder so. Ob sie überrascht war, dass das alles so gut läuft oder sowas, ja.
- 26 I: Wie gehst du denn allgemein mit diesen Vorerfahrungen um? Du hast ja gerade
27 gesagt, dass du das bei der einen Klientin so gemacht hast, ist das bei anderen
28 auch so?
- 29 P9: Ja, also man hat immer schon so, ja klar, ein Bild so von Personen, aber ich
30 glaube, so je mehr Klienten ich auch kennenlerne, desto breiter wird auch das

1 Bild von Diagnosen. Das war vielleicht auch ganz gut. Ich habe ja mit dem FSJ
2 angefangen. Also ich hatte null Erfahrungen in diesem Bereich, kannte das mit
3 den Diagnosen auch nicht. Und habe darum, glaube ich, auch erst die Menschen
4 kennengelernt und habe das dann erst mit den Diagnosen erfahren. Und das fand
5 ich, glaub ich, ganz gut. Weil das war ja erst mal so ein neutraler Einstieg. Und
6 jetzt ist es so, je mehr ich kenne, desto breiter wird das Bild. Also das ist, ja, so
7 eine klassische Version gibt es auch nicht.

8 I: Okay. Welche Rolle spielt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner
9 Meinung nach in Teamsitzungen, also z.B. bei Fallbesprechungen?

10 P9: Für eine Analyse oder zur Reflexion finde ich es manchmal gar nicht schlecht.
11 Also wenn wir uns zum Beispiel gegenseitig in der Supervision beraten, hatten
12 wir das schon häufig, dass der, der sich Beratung holt, häufig sehr, sehr in die
13 Verhaltensmuster mit rein gestrickt ist und es selber gar nicht mehr merkt. Und
14 dann finde ich es manchmal ganz gut, eine Rückmeldung zu geben: „Boah, guck
15 mal, was da gerade passiert“. Und es sind häufig Muster, die auch auf das
16 Krankheitsbild passen. Ich weiß nicht, ob man dann die, also, ob man wirklich
17 eine Diagnose bräuchte, weil man ja auch so die Verhaltensmuster erkennen
18 könnte, an sich. Und ich denke dann auch, also auch in der Supervision oder so,
19 wenn ein anderer jemanden vorstellt, erkenne ich manchmal auch Klienten von
20 mir da selber oder bestimmte Verhaltensweisen, wo ich jetzt aber nicht denke:
21 „Ach, genau, weil der die gleiche Diagnose hat“. Sondern eher so „Ich erkenne
22 die Verhaltensweisen“. Genau, so zur Analyse und zur Reflexion finde ich es
23 manchmal gar nicht so schlecht. Aber es hat manchmal auch so diesen negativen
24 Touch. Vor allem, wenn es wirklich um neue Klienten geht, keiner kennt die.
25 Jemand stellt die halt vor, meistens ja die Teamleitung, und wenn man hört:
26 Okay, die Diagnose und die Diagnose. Dann hat da manchmal keiner mehr Bock
27 drauf. Wenn man hört: eine leichte Depression, sagt jeder: Ja, mach ich. Und
28 wenn man dann hört: ADHS und Borderline und noch Depressionen und Zwän-
29 ge, oder so, denken alle: Oh Gott. Das schreckt schon manchmal ein bisschen ab.

30 I: Du hast gesagt, dass ihr, wenn Fälle vorgestellt werden, Diagnosen manchmal
31 hilfreich sind, um Muster vielleicht auch schneller zu erkennen, um darauf dann

- 1 einzugehen. Kann das auch sein, dass ihr dadurch andere Sachen außer Acht
2 lasst und die gar nicht dann bemerkt unbedingt?
- 3 P9: Also man ruht sich da, glaube ich, auch schnell drauf aus. Dass man sagt: Ja,
4 typisch für den und den, oder so. Ich glaube, manchmal ist das auch so ein
5 Selbstschutz, dass man dann sagt: Typisch Anorexie, dass man das so ein biss-
6 chen als Selbstschutz sagt, dass man so ein bisschen Psychohygiene damit be-
7 treiben kann und sagt: „Boah, ja, diese typischen Anorexie-Leute, oder so, das
8 ist auch einfach anstrengend, das ist so bewiesen so im Umgang“. Und das finde
9 ich dann manchmal auch erleichternd. Was war nochmal die Frage?
- 10 I: Das war eigentlich, ob ihr dann vielleicht auch andere Symptome der Erkran-
11 kung außer Acht lasst, oder andere wichtige Dinge, wenn ihr dann auf die Diag-
12 nose schaut in Fallbesprechungen?
- 13 P9: Ja, also ich glaube, wir bekommen das ganz gut hin, weil wir auch so ein ge-
14 mischtes Team sind. Also ich finde das auch ganz gut, wenn wir Assistenzkräfte
15 mit dabei haben und wir haben ja Assistenzkräfte dabei, die überhaupt nicht aus
16 dem Bereich kommen. Das finde ich immer ganz schön, wenn dann auch mal
17 ganz neutrale, oder so echte Reaktionen kommen. Vielleicht ist es für die Assis-
18 tenzkräfte ganz gut zu wissen, dass die das auch so machen sollen. Das finde ich
19 immer eine wichtige Aufgabe im Team. Ich überlege gerade, ob man wirklich
20 vielleicht auch manchmal Sachen vergisst. Das könnte schon passieren, da habe
21 ich noch nie so drauf geachtet. Das ist ganz interessant. Müsste ich mal mehr
22 drauf achten. Ich finde unsere Supervisorin auch immer ganz gut. Da habe ich
23 wirklich das Gefühl, da besprechen wir auch nie die Diagnosen oder benennen
24 das, sondern da geht es wirklich um Muster. Ja, das hat die ehrlich immer total
25 gut drauf. Und davon profitieren wir auch viel, viel mehr, weil wir selber so ein
26 bisschen an unserem Verhalten gucken, ob man anders reagieren könnte. Aber
27 das führen wir eigentlich auch nie zurück auf eine bestimmte Erkrankung.
- 28 I: Inwiefern wird eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung nach
29 in der Einrichtung allgemein berücksichtigt und beachtet? Also du hast ja gerade
30 schon von Supervision und Teamsitzungen gesprochen. Wie das in der Einrich-

1 tung allgemein ist.

2 P9: Ja, offiziell ja wirklich nur beim LWL. Hier ist es ja nur in der Fallvorstellung
3 und dass wir es hier einfach angeben müssen, mit welcher Diagnose die kommen.
4 Jetzt bin ich gespannt, was daraus wird, dass wir jetzt alle Diagnosen
5 nochmal neu eintragen mussten und dadurch Vergleiche stattfinden, dass man
6 sagt, der und der Standpunkt begleitet mehr Leute mit Anorexie oder sowas und
7 der Standort gar nicht oder sowas. Weiß ich nicht, was damit passiert. Ich finde
8 es nicht nötig, weil ich weiß nicht... Also erstmal vielleicht, dass man so gucken
9 kann, wer unterschiedliche Arbeitsbelastung hat. Aber das kann man auch nicht
10 sagen. Also man kann nicht sagen, okay, nur die mit einer Psychose sind an-
11 strengender als die mit einer Persönlichkeitsstörung, oder sowas. Das kommt
12 immer auf die Person an. Von daher finde ich es schwierig irgendwie so zu sa-
13 gen. Das ist vielleicht wirklich so eine Statistiksache, wie die Entwicklung ist
14 mit den Diagnosen.

15 I: Das wurde euch jetzt auch gar nicht gesagt, warum ihr das jetzt machen müsst?

16 P9: Nein, also ich wüsste es nicht. Aber das war auch so ein bisschen frei. Also klar,
17 die kommen ja mit einer ärztlichen Stellungnahme hierhin, aber die verändert
18 sich ja auch immer. Und wenn die sich dann mal verändert, dann bekommen wir
19 die hier nicht mitgeteilt. Also bei manchen kriegen wir dann manchmal Arztbrie-
20 fe oder aus der Klinik, oder sowas, aber eigentlich im weiteren Verlauf hat das
21 hier nichts mehr mit zu tun. Da geht es dann eigentlich nur um die Person.

22 I: Okay. Nimmst du daraus irgendwas mit in die Eins-zu-Eins-Betreuung? Also
23 jetzt zum Beispiel, dass du das eintragen musst, oder wie generell in der Einrich-
24 tung damit umgegangen wird, oder ist das so nebenbei einfach?

25 P9: Ich glaube, ich finde es ganz gut, dass es nicht immer so zum Thema gemacht
26 wird. Also dass man immer, wenn man sagt, „hier wir wollen heute den und den
27 besprechen und der hat die Diagnose“, sondern dass man da wirklich Verhal-
28 tensweisen bespricht. Oder Situationen an sich und das nehme ich auch mit in
29 Einzelkontakte. Ich glaube, für manche Klienten ist es beruhigend, wenn sie wis-
30 sen, was mit ihnen ist, und damit die das haben. Irgendetwas, das erklärt, warum

1 sie so sind, wie sie sind. Bei vielen erlebe ich das auch manchmal als einen
2 Stempel, dass sie das gar nicht so mitteilen wollen, was die haben. Also die sa-
3 gen dann einfach lieber Burnout oder Depressionen oder sowas, weil auch Diag-
4 nosen wirklich auch so Klischees mittlerweile haben. Also so Burnout kann man
5 eher mal sagen, als... Eine Klientin, da fand ich das immer total gut, dass sie da
6 so offen mit umgegangen, und die hatte das dann im Vorstellungsgespräch in ei-
7 nem integrativen Betrieb gesagt, dass sie eine Borderline-Erkrankung hätte und
8 da gingen bei dem anderen so die Augen auf. Und die ist nicht so typisch
9 Borderline, wie ich sie eigentlich kenne. Wo ich gesagt habe, ja, damit verbaut
10 sie sich bestimmt auch viel, dass sie das so offen gesagt hat. Und das finde ich
11 schon so, dass die Diagnosen schon immer mit irgendwas behaftet sind.

12 I: Macht das auch irgendwas mit deiner Arbeit? Also, dass deine Klienten viel-
13 leicht auch ein bisschen einen Stempel aufgedrückt bekommen. Beeinflusst das
14 auch deine Arbeit ein bisschen mit denen oder hat das im direkten Kontakt gar
15 nicht so viel?

16 P9: Im direkten Kontakt jetzt nicht. Aber es geht ja viel in den Kontakten darum,
17 wieder in die Gesellschaft zu kommen. Sei es irgendwie auf die Arbeit oder in
18 soziale Kontakte, oder sowas. Und da ist es eigentlich immer irgendwie Thema
19 die Erkrankung.

20 I: Du hast gerade schon ein bisschen gesagt, wofür die Diagnose deiner Meinung
21 nach hilfreich ist. Kannst du das nochmal zusammenfassen, was deiner Meinung
22 nach für die Betreuung hilfreich ist? Ich sage die Frage einfach noch direkt: Wo-
23 für ist eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung nach in der Be-
24 treuung hilfreich?

25 P9: Ich glaube, wirklich um Muster zu erkennen, mit den Klienten daraufhin reflek-
26 tiert zu arbeiten, weil viele Klienten kennen ihr Krankheitsbild ja schon sehr gut.
27 Und manchmal hilft dann auch ab und zu nur noch so ein Wink zu sagen: An
28 was erinnert das denn gerade? So, ne? Oder... Und sonst, genau, so ein bisschen
29 Psychohygiene, dafür hilft es vielleicht auch manchmal, das alles über einen
30 Kamm zu scheren und zu sagen: „Ach, typisch“, so. Und für die Klienten an sich

1 ist das vielleicht auch hilfreich, damit die wissen, was mit denen los ist.

2 I: Welche Nachteile birgt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose, also deiner
3 Meinung nach in der Betreuung?

4 P9: Ich glaube, man geht wirklich nicht vorurteilsfrei rein. Wir versuchen das ja im-
5 mer wieder, den Menschen neu kennenzulernen, also das ist auch so ein An-
6 spruch an jeden, dass man den Menschen sieht und nicht die Erkrankung. Also
7 das ist ein Teil des Menschen.

8 I: Meinst du, dass das auch manchmal unbewusst passiert, oder bist du dir darüber
9 immer bewusst, dass das dich beeinflusst?

10 P9: Kann schon auch unbewusst mal passieren. Vor allem, finde ich, in Stressmo-
11 menten. Sonst ist das eigentlich total egal, aber vor allem in Stress- und Kon-
12 fliktsituationen kann das schon mal passieren.

13 I: Gibt es deiner Meinung nach noch mehr Nachteile?

14 P9: Ja, dass man sie nicht mehr loswird, habe ich häufig das Gefühl. Eine Klientin,
15 die entlassen wir hier gerade, die braucht nun keine Unterstützung mehr und
16 trotzdem finde ich es blöd, dass sie trotzdem immer noch die Diagnose mit sich
17 trägt. Das ist schon so ein bisschen so wie ein Stempel, den die Menschen, glau-
18 be ich, immer so mit sich rumtragen werden. Das finde ich echt schade. Ja und
19 ich glaube, man verliert das Ganze drum herum aus den Augen. Also ich finde es
20 eigentlich immer ganz schön, das alles so als System zu betrachten und das ver-
21 suche ich auch immer so, als ein Teil von der Person zu sehen. Das klappt, das
22 mach ich auch als Methode häufig, dass ich die Krankheit personifiziere, aber da
23 sprechen wir meistens auch nur von der Erkrankung. Mit einer Klientin haben
24 wir das auch mal als Peitschenschwinger oder Monster oder sowas definiert oder
25 so, um was anderes irgendwie zu haben, was für die Person eben passender ist,
26 als zu sagen „Nach ICD-10...“ oder so. Um das ein bisschen alltagstauglicher zu
27 machen.

28 I: Hast du gerade auch schon teilweise angedeutet, aber was meinst du, wie sich
29 die Nachteile auf die Arbeit mit deinen Klienten innerhalb der Betreuung aus-
30 wirken?

- 1 P9: Ja, genau, nicht vorurteilsfrei zu sein. Also jemandem gegenüberzutreten und zu
2 wissen, jetzt erwartet mich das und das und dann tritt das vielleicht gar nicht so
3 ein. Vielleicht auch genau andersherum, auch das zu unterstützen, was auf einen
4 zukommt. Dass man die Person aus dem Blick verliert. Wenn ich da an einen
5 Klienten zurückdenke, der relativ harmlos mit einer Depression hier ankam. Das
6 hat sich dann nachher als drogenindizierte Psychose herausgestellt. Wo ich dach-
7 te, das wäre auch ganz schön zu wissen, dass man auf bestimmte Sachen achten
8 kann, oder nachzufragen, oder sowas. Ich habe da gar nicht nachgefragt, weil ich
9 dachte: Ja, okay, klassische Depression. Und da, glaube ich, ruht man sich dann
10 auch eher drauf aus. Das wäre dann vielleicht ohne die Diagnose anders gewe-
11 sen, dass man sich dann vorher ein gröberes Bild von dem Klienten gemacht hät-
12 te.
- 13 I: Ja, das war es eigentlich schon. Jetzt bleibt eigentlich nur noch die Frage, ob du
14 noch Anmerkungen zu dem Thema hast oder ob du meinst, dass ich noch ir-
15 gendwas vergessen hab oder etwas außer Acht gelassen habe?
- 16 P9: Ich finde, das ist ein sehr interessantes Thema und auch sehr aktuell. Weil man
17 ja auch immer merkt, dass in den Kliniken die Diagnosen immer wichtiger wer-
18 den und auch was die Kosten angeht. Ich finde es aber auch echt ein schwieriges
19 Thema, weil um bestimmte Sachen zu bekommen, braucht man eine Diagnose
20 und das finde ich irgendwie so schade. Man kann jetzt nicht einfach nur, weil
21 man sagt, man möchte gerne Unterstützung haben... Man braucht eine Diagno-
22 se. Und das finde ich schwierig, um hier anzukommen. Also eine Klientin von
23 mir, die wirklich schon jahrelang erkrankt ist, aber in ihrer ärztlichen Bescheini-
24 gung stand nicht, wie lange sie schon erkrankt ist. Dann hat der LWL erst mal
25 abgelehnt, weil, das muss ja nicht chronisch sein, sonst kriegt sie die Unterstüt-
26 zung hier nicht. Der Arzt hat das dann auch umgeschrieben, aber... Und das fin-
27 de ich irgendwie so schade, dass das so muss, um eine Unterstützung zu be-
28 kommen. Weil ich finde, man kann vielleicht auch viel präventiver arbeiten,
29 wenn es das nicht gibt. So muss man, um halt hier die Unterstützung zu bekom-
30 men, zum Arzt gehen und der Arzt stellt immer eine Diagnose. Weil sonst kann
31 er die Sachen ja gar nicht abrechnen. Das finde ich irgendwie so ein bisschen

1 hinderlich. Und ich denke auch, man könnte auch viele Leute könnten sich das
2 dann vielleicht auch eher vorstellen, Unterstützung zu haben ohne eine Diagnose
3 zu haben. Dass man einfach sagt, „Ich habe hier jemanden, der macht mit mir
4 meinen Alltag oder macht eine Zukunftsplanung mit mir oder sowas.

5 I: Also würdest du sagen, dass die medizinisch-psychiatrische Diagnose, oder dass
6 man auch ohne die arbeiten kann, jetzt bspw. mit einer sozialpädagogischen Di-
7 agnose also für deine Arbeit jetzt?

8 P9: Ja, für hier finde ich ja. Das fände ich mal ganz interessant. Ich weiß gar nicht,
9 ob es das gibt, so Pilotprojekte oder in anderen Ländern, wie das da läuft.

10 I: Stimmt.

11 P9: Ich fände das eigentlich mal ganz interessant, das auszutesten, wie das wäre.
12 Vielleicht könnten wir das auch wirklich mal hier als Anregung machen, dass
13 wir Personen gar nicht mehr diagnostisch vorstellen, sondern sagen: „Okay, hier
14 so und so alt“ und ja, „hier und da braucht der Unterstützung“. Das fände ich,
15 glaube ich, auch mal ganz interessant.

16 I: Ja schon spannend. Ja, danke!

17 P9: Gerne!

18 I: Oder hast du noch irgendwas, was du loswerden willst?

19 P9: Ne.

20 I: Gut.

21

1 **j Interview mit Person 10**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch die medizinisch-psychiatrische Diag-
3 nose?

4 P10: Das ist manchmal schwer nachzuvollziehen, wie Diagnosen zustande kommen
5 und es fällt auch immer wieder auf, dass Diagnosen der momentanen Presse
6 auch so angepasst werden. Lange Zeit war ADHS eine Modediagnose, dann die
7 Borderline-Diagnose, die dann in den 90ern und Anfang der 2000er ganz groß
8 rausgekommen ist. Und wo ich auch immer für mich die Vermutung habe, auf-
9 grund von Forschung, die in der Pharmaindustrie angewendet werden und da
10 dann wirksame Medikamente für teuren Preis gegen bestimmte Krankheitsbilder
11 dann auch eingesetzt werden können, dann auch eine Zunahme von bestimmten
12 Diagnosen gerade da ist. Die gar nicht so auf den Patienten drauf zu passen.
13 Aber da Krankenhausbehandlungen sich auch durch neue Diagnosestellung ver-
14 längern lassen, kommen, glaube ich, auch eine große Anzahl an zusätzlichen Di-
15 agnosen mit ins Spiel, um die Patienten dann dort auch vor Ort lange halten zu
16 können, um kostengünstig für sich dann abrechnen zu können.

17 I: Also sagst du, dass auch Diagnosen gestellt werden, die vielleicht gar nicht pas-
18 send sind?

19 P10: Ja.

20 I: Okay, und deshalb hältst du nicht ganz so viel von der Klassifikation?

21 P10: Es ist mit Sicherheit sinnvoll, dass Diagnosen gestellt werden und auch die Klas-
22 sifikation der Diagnosen. Es ist auch sinnvoll, aber das.... Bei vielen Leuten im
23 Laufe der Krankheitsgeschichte, wir haben ja Klienten, die sich schon seit 30
24 Jahren im psychiatrischen Netzwerk befinden, wo immer wieder auch neue Di-
25 agnosen dazukommen, wo ich mich dann frage, wie kommt es jetzt auf einmal,
26 dass diese Diagnose gestellt wird? War ja vorher gar nicht so die Relevanz und
27 auf einmal wird da eine Diagnose raus.

28 I: Okay, welcher Umgang ist dir dann in Bezug auf die medizinisch-psychiatrische
29 Diagnose wichtig?

30 P10: Ich versuche selber jetzt in der ambulanten Betreuung wenig Einfluss auf die

1 oder wenig Einfluss durch die Diagnosestellung von außerhalb zu bekommen.
2 Es fällt mir schwer, bevor ich den Menschen kennengelernt habe, irgendwelche
3 Arztberichte zu lesen mit den Diagnoseschlüsseln da drauf. Wo ich dann bedingt
4 durch die Diagnose vielleicht auch ein vorgefertigtes Bild von dem Klienten be-
5 kommen würde, sodass ich es die meiste Zeit so mache, dass ich den Klienten
6 erst einmal persönlich kennenlerne und irgendwann im Laufe der Zeit dann auch
7 mal mir die Diagnosen des Patienten genau angucke, weil wir sind in der Sozia-
8 len Arbeit ja auch nicht unbedingt auf die einzelnen Diagnosen jetzt angewiesen.
9 Der Mensch bringt für sich selber bestimmte Problemstellungen mit und da ist es
10 vollkommen hinfällig, wenn ein Problem bei z.B. der Versorgung des Haushal-
11 tes besteht und der Patient jetzt eine schizotypische Störung diagnostiziert hat,
12 eine Depression diagnostiziert hat oder eine Persönlichkeitsstörung. Es ist die
13 Arbeit, die dann da vor Ort anfällt und da ist es erst einmal egal, welche Diagno-
14 sestellung dahinter steht.

15 I: Aber ist es denn auch machbar in deiner Arbeit, dass du erst einmal gar nicht
16 weißt, was der Klient für eine Diagnose hat?

17 P10: Meistens erklären die Klienten das dann vorher selber, was die für eine Diagnose
18 haben. Und das ist dann für mich auch ok, weil wenn der mir sagt, welche Diag-
19 nose er hat, dann hab ich auch das Gefühl, dass er auch mehr oder weniger hinter
20 seiner Diagnose selber da hinter steht.

21 I: Okay. Aber das ist ja erstmal so, dass die Klienten eine Diagnose brauchen, um
22 ans ambulant Betreute Wohnen da andocken zu können, ne? Bekommst du die
23 dann auch direkt erst gesagt, bevor du den Klienten bekommst oder ist es so,
24 dass du die auch ausblenden kannst und das dann auch wirklich so machen
25 kannst, dass du erst den Klienten kennenlernst?

26 P10: Die Diagnose wird mir schon mit auf den Weg gegeben, was das jetzt grob für
27 ein Krankheitsbild ist. Aber wie das dann genau, bei den Diagnoseschlüsseln
28 gibt es ja auch noch genauere Klassifikationen mit der Schwere der Ausprägung,
29 das stellt sich dann hinterher im Betreuungskontext dann heraus.

30 I: Okay, gut. Hast du gerade schon angedeutet, aber was für einen Stellenwert hat

1 dann die Diagnose in deiner Betreuung?

2 P10: Keinen großen, weil ich den Menschen nehme und nicht seine Krankheit. Wir
3 sind ja dabei den Menschen zu unterstützen und wenn der Mensch von sich sel-
4 ber aus die Bereiche benennen kann, wo er jetzt die Unterstützung benötigt, da
5 spielt für mich die Diagnose keine Rolle, wie ich jetzt den Patienten oder den
6 Klienten da versuche auch dann entsprechend zu unterstützen.

7 I: Okay, ja. Welchen Stellenwert haben denn deine Vorerfahrungen, die du mit
8 Klienten, die eine Diagnose haben, gemacht hast, dann in einer neuen Betreuung
9 mit einem Klienten, der die gleiche Diagnose hat? Also wenn du jetzt jemanden
10 betreust, der eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hat, und du dann einen neu-
11 en Klienten bekommst und du erfährst, der hat die gleiche Diagnose.

12 P10: Ich hoffe gar keine. Weil jeder Klient ist auch wieder individuell und ja, wenn
13 man sich da von einigen Krankheitsbildern oder von Diagnosen erschrecken
14 lässt, ne? "Borderliner sind immer anstrengend." Es gibt Menschen mit einer di-
15 agnostizierten Borderline-Erkrankung, mit denen kann man wunderbar zusam-
16 menarbeiten, und es gibt natürlich auch diejenigen, wo die Arbeit sehr, sehr
17 schwer ist. Das stellt sich dann heraus, wenn ich den Menschen kennenlerne.

18 I: Ja, also schaffst du auch schon die Vorerfahrungen eigentlich dann auszublenden
19 und den Klienten...

20 P10: Ich nehme die Vorerfahrungen mit Sicherheit mit. Und wenn ich jetzt auch weiß,
21 welcher Diagnoseschlüssel jetzt dahinter steht, wie dann auch bestimmte Kom-
22 munikationsmodelle am besten greifen können. Aber das ist jetzt, glaube ich,
23 nicht dann ausschlaggebend für die ersten Kontakte mit dem Klienten zusam-
24 men.

25 I: Ja, okay. Aber du bist dir bewusst, dass du Vorerfahrungen hast?

26 P10: Ja, bin ich.

27 I: Also gehst du dann insofern mit den Vorerfahrungen um, dass du die einfach
28 versuchst erstmal auszublenden?

29 P10: Ich versuche die auszublenden, ja.

- 1 I: Okay. Welche Rolle spielt denn die medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner
2 Meinung nach in Teamsitzungen, also z.B. bei Fallbesprechungen?
- 3 P10: Bei Fallbesprechungen im großen Rahmen spielt es mit Sicherheit eine Rolle,
4 um den anderen Kollegen zu verdeutlichen, um welches Krankheitsbild es geht.
5 Bei uns selber in den Teamsitzungen, wo die meisten Kollegen auch schon durch
6 Vorberichte wissen, was das für ein Mensch ist, den wir da betreuen, wo die
7 Probleme da aufgetreten sind, glaube ich nicht, dass die Diagnose da wirklich
8 eine große Rolle spielt.
- 9 I: Aber wird die da genannt, wenn Fälle vorgetragen werden?
- 10 P10: Nein.
- 11 I: Sondern nur die Situation, um die es dann geht?
- 12 P10: Es wird dann die Situation benannt und manchmal kommen dann auch Nachfra-
13 gen, ne? Was steht da genau im Hintergrund, ne? Was ist da für ein Krankheits-
14 bild da? Und dann wird es natürlich dann auch genannt.
- 15 I: Okay, könnte das denn auch von Vorteil sein für diese Fallbesprechungen?
- 16 P10: Ja, damit sich alle von Vornherein ein besseres Bild davon machen können, na-
17 türlich. Aber da ist man natürlich auch wieder ganz schnell in der Stigmatisie-
18 rung drin, ne? Der Mensch, der hat jetzt eine depressive Erkrankung und sofort
19 haben die meisten Menschen dann ein Bild vor Augen, wie ein depressiver
20 Mensch sich bewegt, welche Dynamik er mitbringt. Und dadurch besteht natür-
21 lich auch dann immer wieder ganz schnell die Gefahr, dass dann Voreingenom-
22 menheit da ist und zu wenig individuell auf das bestehende Problem eingegan-
23 gen werden kann.
- 24 I: Und dass da dann vielleicht auch andere wichtige Aspekte außer Acht gelassen
25 werden? Ist das vielleicht auch so?
- 26 P10: Ja, natürlich.
- 27 I: Inwiefern wird denn die Diagnose deiner Meinung nach in der Einrichtung all-
28 gemein berücksichtigt und beachtet? Also im ambulant betreuten Wohnen.

1 P10: Das ist ganz unterschiedlich von den Kollegen. Es gibt Kollegen, die viel mit
2 Diagnosen arbeiten, denen die Diagnosestellung im Vorfeld auch wichtig ist.
3 Und es gibt aber auch Kollegen, wo die Diagnose auch wirklich keine Rolle
4 spielt und der Mensch mit seiner Problematik, die er vorbringt, fernab der Diag-
5 nose dann auch so entgegengenommen wird und versucht wird, ihn dabei zu un-
6 terstützen.

7 I: Gibt es da von der Einrichtung her auch bestimmte Vorgaben oder Sachen, wie
8 man mit der Diagnose umgehen muss?

9 P10: Nein, das haben wir nicht.

10 I: Okay. Wofür ist denn die medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung
11 nach für deine Betreuung hilfreich?

12 P10: Kann ich dir nicht beantworten.

13 I: Oder ist die gar nicht hilfreich? Kann ja auch sein.

14 P10: Nein, hilfreich ist die ja für die Transparenz, ne? Für die Transparenz, wenn man
15 jetzt irgendwo darüber berichtet. Und ja, wichtig ist natürlich auch, wir wissen ja
16 auch, wie wir unsere Anträge gegenüber dem Kostenträger zu schreiben haben.
17 Und welche Symptomatiken bei welchen Krankheitsbildern dann auftreten und
18 ja...

19 I: Da es halt gefordert ist von dem LWL, ne? Es muss ja vorliegen...

20 P10: Ja, es muss eine Diagnose vorliegen, damit überhaupt eine Betreuung möglich
21 ist.

22 I: Obwohl die ja vielleicht dann für die Betreuung, wie du sagst, für dich gar nicht
23 so eine große Rolle spielt die Diagnose?

24 P10: Nein.

25 I: Ja. Welche Nachteile birgt denn dann eine medizinisch-psychiatrische Diagnose
26 deiner Meinung, also in deiner Betreuung jetzt speziell?

27 P10: Ja, die Stigmatisierung der Menschen. Dadurch, dass festgeschrieben ist, es han-
28 delt sich um dieses und jenes Krankheitsbild, zeigt einem jedes Lehrbuch auf,

1 wie man auf welches Krankheitsbild zu agieren hat und wie der Mensch unter-
2 stützt werden kann. Aber es ist schwierig bei den psychiatrischen Diagnosen das
3 dann wirklich auch so eindimensional in einer Richtung dann zu betrachten und
4 die Ganzheitlichkeit des Menschen wird, glaube ich, durch eine einzige Diagno-
5 sestellung schon missachtet.

6 I: Ja. Hat das dann auch konkret Nachteile für dich? Also für deine Betreuung,
7 deine Arbeit?

8 P10: Nein, hat es nicht, weil ich mich davon ja ziemlich abwende von der Diagnose-
9 stellung.

10 I: Okay. Also meinst du auch, dass die Nachteile sich gar nicht auf die Arbeit mit
11 deinen Klienten auswirken?

12 P10: Nein.

13 I: Könntest du dir vorstellen, ohne eine medizinisch-psychiatrische Diagnose im
14 ambulant betreuten Wohnen zu arbeiten? Oder sagst du, die muss vorhanden
15 sein?

16 P10: Ich glaube, dass das nicht möglich ist, weil es vom Kostenträger so vorgegeben
17 ist. Und das finde ich auch zu Recht durch das Sozialgesetzbuch, dass es eine
18 Hilfe ist für Menschen mit Behinderung und da muss die dann auch niederge-
19 schrieben werden, um welche Behinderung es sich da handelt, um welche Ein-
20 schränkung, welche Einschränkung da ist. Und ja, es sind öffentliche Gelder,
21 womit das Ganze finanziert wird. Und da finde ich schon, dass da auch schon so
22 eine gewisse Transparenz einfach notwendig ist, um das dann auch rechtfertigen
23 zu können, dass dafür dann Gelder auch ausgegeben werden.

24 I: Also sagst du, eine sozialpädagogische Diagnose würde dann nicht ausreichen
25 dafür?

26 P10: Das glaube ich nicht. Dafür ist der Stellenwert der Sozialpädagogen in der Ge-
27 sellschaft einfach zu gering.

28 I: Ja, okay. Also könntest du dir das persönlich nicht vorstellen und kommst da so
29 eigentlich ganz gut mit klar?

1 P10: Ja.

2 I: Das war es sogar schon.

3 P10: Okay.

4 I: Jetzt bleibt nur noch die Frage, ob du noch irgendwie Anmerkungen zu dem
5 Thema hast? Oder ob ich irgendwas nicht gefragt habe, irgendwas außer Acht
6 gelassen habe, oder so in dem Thema?

7 P10: Nein, ich glaube, da war alles dabei, was du so an Fragen gestellt hast, was die
8 Diagnosen angeht und wie man damit umgehen kann.

9 I: Willst du noch irgendwas loswerden?

10 P10: Nein.

11 I: Nein? Okay. Dann vielen Dank.

12 P10: Mir fällt noch ein, dass ich es schön finde, dass ihr euch mit diesem Thema be-
13 schäftigt.

14 I: Ja?

15 P10: Ja.

16 I: Ja, gut. Das freut mich.

17

1 **k Interview mit Person 11**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch medizinisch-psychiatrische Diagno-
3 sen?

4 P11: Was ich davon halte, ja. Auf der einen Seite... Es ist ein zweiseitiges
5 Schwert, sagt man ja, ne? Auf der einen Seite können die natürlich extrem stig-
6 matisierend sein und die Leute in eine Schublade pressen. Auf der anderen Seite
7 können die aber auch sehr viel Schutz bieten. Das ist so meine Erfahrung, die ich
8 mit Diagnosen im Allgemein in dem Bereich, machen konnte. Dass es wirklich
9 Menschen gibt, die sich jetzt im negativen Sinne, ja, stigmatisieren lassen oder
10 in irgend so ein, ja, dass die so eine vorgefertigte Meinung von sich selber haben
11 und wenig in der Lage sind, oder zum Teil wenig in der Lage sind aufgrund die-
12 ser Diagnose Neues auszuprobieren oder wieder Mut zu fassen, ne? Dann wird
13 sofort gesagt, "Ja, ich hab ja... ich bin ja so und so krank, ich hab ja die Krank-
14 heit, das geht nicht".

15 I: Dass die sich da ein bisschen ausruhen drauf, oder...?

16 P11: Ja, ausruhen vielleicht nicht, aber, dass sie sich das gar nicht vorstellen können.

17 I: Ach so, okay.

18 P11: Dass da auch was Neues mal angegangen wird im Alltag. Das können ja auch
19 kleinste Veränderungen sein, wo die sofort sagen "Ne, ich hab da ja Angst vor",
20 oder so.

21 I: Ja, okay. Welcher Umgang ist dir persönlich dann in Bezug auf die medizinisch-
22 psychiatrische Diagnose wichtig? Wie du damit umgehst in der Betreuung.

23 P11: Ich gehe da meistens gar nicht mit um.

24 I: Gar nicht?

25 P11: Ne, also ich mache das grundsätzlich, mache ich schon seit einigen Jahren so,
26 dass, wenn ich neue Klienten habe, dass ich die erstmal so auf mich wirken las-
27 se, ne? Also, klar, kriegt man schon irgendwie was mit, wenn unsere Teamlei-
28 tung die Klienten vorstellt oder so, aber ich bin jetzt nicht irgendwie so scharf da
29 drauf, mir die Diagnosen, diese Berichte erstmal durchzulesen. So drei, vier Wo-

1 chen lasse ich die erstmal auf mich wirken und lasse die mal erzählen, da kommt
2 ja auch schon einiges bei rum. Also die sind dann ja auch meistens sehr stark
3 drin verortet und danach irgendwann lese ich mir die Sachen mal durch.
4 Manchmal passt das auch überhaupt nicht, ne?

5 I: Also das gab es auch schon, dass das...?

6 P11: Ja, das ist in der Regel so.

7 I: Ja, okay. Das heißt, die hat eigentlich gar keinen Stellenwert für dich?

8 P11: Doch, die hat schon einen Stellenwert, ne? Also wenn jetzt z.B. ja so Rechtsan-
9 sprüche damit in Verbindung gebracht werden, wie z.B. ein Schwerbehinderten-
10 ausweis, der z.B. jemanden dazu bringt, in einen Reha-Bereich zu kommen und
11 jetzt nicht irgendwie eine ganz normale Behandlung vom Jobcenter "Hier, so
12 und so viele Stellen, bewirb dich! Und wenn nicht, gibt es eine Sanktion." Also,
13 insofern hat man natürlich auch einen Nutzen über eine Diagnose, wo man sagen
14 kann "Pass auf, das ist ärztlich festgestellt worden. Wir brauchen jetzt einen
15 Schwerbehindertenausweis. Du gehst jetzt in die Reha-Abteilung vom Jobcenter
16 oder vom Sozialamt, oder what ever." Und da sind dann natürlich auch Versor-
17 gungsansprüche mit sichergestellt. Das darf man natürlich nicht vergessen, ne?
18 Dass die nicht nur scheiße ist, so eine Diagnose. Die hat auch ganz sinnvolle Sa-
19 chen an sich.

20 I: Ja. Auch in der Betreuung selbst? Also im Umgang mit deinen Klienten.

21 P11: Ja, wenn ich merke, ja, das Maß ist voll, oder, was heißt das Maß ist voll, oder
22 die kommen so an ihre Grenzen, da kann man natürlich, denke ich auch, das
23 hängt wahrscheinlich auch mit der Erkrankung zusammen, die ja diagnostisch
24 festgestellt worden ist. Aber so, was auf dem Papier steht, also so in meiner Hal-
25 tung zu Menschen eigentlich nicht. Also hoffe ich mal.

26 I: Okay.

27 P11: Hoffe ich mal, jetzt so mit Fragezeichen, ne?

28 I: Also meinst du, dass du das vielleicht auch nicht merkst?

29 P11: Ich versuche denen einfach so zu begegnen, wie anderen auch, ne? Da spielt

1 jetzt die Diagnose... Also, wenn man jetzt in die Forensik gucken würde, dann
2 wäre das schon was anderes. Aber so jetzt bei den Klienten, die wir hier betreu-
3 en, spielt das so für meine Haltung zu denen, glaube ich, keine Rolle, ob jetzt ei-
4 ner depressiv, schizopren, oder was weiß ich ist.

5 I: Ja, okay. Welchen Stellenwert haben denn deine Vorerfahrungen, die du bereits
6 mit Klienten gemacht hast, die eine bestimmte Diagnose haben, auf eine neue
7 Betreuung mit einem Klienten, der die gleiche Diagnose hat? Also wenn du jetzt
8 bspw. einen Klienten hast, der eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hat, und
9 du dann eine neue Klientin oder einen Klienten bekommst, der die gleiche Diag-
10 nose hat, ja welchen Stellenwert haben da die Vorerfahrungen?

11 P11: Ja, das spielt bestimmt, das sind ja manchmal nur so Sequenzen auch, ne? Das
12 spielt bestimmt eine Rolle. Wir sind ja alle irgendwie auch routiniert und es
13 macht ja das Leben auch einfacher. Ich versuche das auch, ja, ich versuche es zu
14 vermeiden, die Leute dann halt eben so, gerade jetzt wo du sagst die Diagnose,
15 da gibt es halt eben solche und solche. Jeder ist natürlich unterschiedlich, aber
16 man denkt ja so "Oh, Hauptsache der ist nicht so schlimm, wie es auf dem Papier
17 steht" oder so, oder was berichtet wurde, oder so. Klar, das spielt schon eine
18 Rolle. Das wäre ja jetzt doof, wenn ich jetzt sage, das spielt überhaupt keine
19 Rolle. Das stimmt ja überhaupt nicht. Man kriegt es ja eben doch wohl irgend-
20 wie mit.

21 I: Aber du versuchst die dann auszublenden oder hat das auch was Hilfreiches für
22 dich?

23 P11: So Diagnosen stellen für mich eigentlich nur grob einen Wegweiser, glaube ich,
24 dar. Das ist jetzt nicht irgendwie, so und so ist der jetzt, sondern es könnte sein,
25 dass es die und die Probleme oder die Möglichkeiten da sind oder auch nicht da
26 sind. Aber es ist jetzt nicht irgendwie, dass ich denke, dass es da dann einen ex-
27 pliziten Fahrplan für meine Betreuung für gibt.

28 I: Also es ist dann eine grobe Richtung, aber...?

29 P11: Ja.

30 I: Okay.

1 P11: Das kann man schon so sagen.

2 I: Welche Rolle spielt die Diagnose deiner Meinung nach innerhalb von Teamsit-
3 zungen, also z.B. bei Fallbesprechungen? Oder spielt die da überhaupt eine Rol-
4 le?

5 P11: Am Rande marginal vielleicht manchmal.

6 I: Also wenn jetzt jemand einen Fall vorstellt, wird nicht auf die Diagnose ge-
7 guckt, sondern individuell, oder wie läuft das da ab?

8 P11: Ja, die Diagnose hat ja auch manchmal nichts mit den Problemen der Menschen
9 zu tun. Das wäre schön, wenn wir das nur so machen könnten und das auch
10 funktionieren würde. „Ach, das ist die und die Diagnose, mach mal das und
11 das“. Wenn das so einfach wäre, das wäre ja natürlich super, ne? Die spielen na-
12 türlich auch bei Fallbesprechungen oder Supervisionen, da wird auch immer ge-
13 fragt „Und diagnostisch? Was wurde denn da festgestellt? Und was macht der
14 denn?“. Aber so richtig wichtig ist das manchmal auch nicht, finde ich.

15 I: Da geht es dann mehr um die individuellen Symptome oder...?

16 P11: Genau, ja.

17 I: Okay. Und allgemein in der Einrichtung, was für einen Stellenwert hat die Diag-
18 nose da?

19 P11: Bei meinen Kollegen?

20 I: Ja, oder ne, nicht unbedingt bei deinen Kollegen, aber wie ihr vielleicht auch
21 Vorgaben habt, wie ihr damit umgehen müsst. Wird die gebraucht überhaupt?

22 P11: Ach so meinst du das.

23 I: Also welchen Stellenwert die in dieser Einrichtung hat, die Diagnose.

24 P11: Also es ist nicht bei allen so, also wir gucken natürlich schon, klar, also die
25 Worstcase-Szenarien, wo es Vorgaben natürlich gibt, ist natürlich Suizidalität,
26 wie wir damit umzugehen haben, oder worauf zu achten ist. Da gibt es natürlich
27 schon einige Vorgaben. Oder auch bei selbstverletzenden Verhaltensweisen,
28 sprich bei der Borderline-Diagnose. Borderline sagt man ja auch gar nicht mehr.

1 I: Ja.

2 P11: Tschuldigung! Da gibt es schon Vorgaben, klar. Ja. Auch bei Erkrankungen aus
3 dem schizophrenen Formenkreis. Also jetzt nicht Vorgaben im Sinne von Vor-
4 schriften, die irgendwo festgehalten sind, aber mündlich schon, ja.

5 I: Okay. Aber das ist ja schon so, dass Klienten eine Diagnose haben müssen, um
6 überhaupt erstmal hier anzukommen, oder?

7 P11: Ja.

8 I: Wie siehst du das? Also, ist das sinnvoll?

9 P11: Ja, ist ja Eingliederungshilfe, ne? Im Gesetz gehen die ja meistens von einer Be-
10 hinderung aus und der LWL bezahlt das ja alles und das ist halt eben von der
11 Herangehensweise, man guckt auf die Defizite. Also man kriegt jetzt keine Be-
12 treuung und sagt, ich kann das und das und das gut. Also es geht schon darum,
13 herauszufinden wo ist das Defizit? Und das geht halt eben über die Diagnose,
14 der psychiatrischen, und so steht es ja auch in der Gesetzgebung, im SGB drin.
15 Um, ja, halt eben Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen und halt eben
16 auch Schlimmeres einfach zu verhindern, also Erhaltungsziele. Und das geht im
17 Grunde nur über die Diagnose.

18 I: Ja. Aber nimmst du davon dann auch was für deine Betreuung mit? Also dass
19 der LWL sagt, die Diagnose muss jetzt da sein. Beeinflusst das irgendwie deine
20 Arbeit?

21 P11: Bestimmt! Bestimmt, klar. Aber ich könnte jetzt nicht sagen, wo genau. Also
22 wie gesagt, bei neuen Klienten, hatte ich ja eben schon erwähnt, da lasse ich die
23 erstmal so auf mich wirken. Gucke mir dann später irgendwann einige Unterla-
24 gen an, also wenn es überhaupt welche gibt. Also ist jetzt auch nicht immer so,
25 dass es welche gibt. Und so hilfreich ist das Hilfeplanverfahren vom LWL jetzt
26 auch nicht, dass man da riesen Rückschlüsse auf die Betreuung ziehen könnte.
27 Man kann so im Groben dann abschätzen, in welche Richtung es dann vielleicht
28 geht, wenn man sich das dann durchliest. Die erstellen da ja so ein Manual. Das
29 war bis jetzt wenig hilfreich. In Erstgesprächen hab ich das meistens nie irgend-
30 wie gebraucht, dieses Ding.

- 1 I: Wofür schaust du dir dann die Diagnose an, nach den drei, vier Wochen?
- 2 P11: Um zu gucken, ob das übereinstimmt, meine Einschätzung und die Einschätzung
3 des Klienten. Und dann hat man ja nochmal die Möglichkeit halt eben noch eine
4 dritte Perspektive zu eröffnen, um zu gucken, was sagen denn jetzt überhaupt die
5 anderen, die ihn gesehen haben. Und meistens gibt es Schwierigkeiten bei der
6 Einschätzung vom Landschaftsverband, die halt eben durch die verschiedenen
7 Lebensbereiche, das kennst du ja, sich zieht und das ist ja auch nicht in Granit
8 gemeißelt, das ist ja eben auch sehr, sehr... Es kann sehr stark wechseln einfach
9 auch, ne? Also wenn man jetzt irgendwie so einen Phobiker nimmt, oder was
10 weiß ich, der seine Angst bewältigen möchte. Das kann natürlich sein, dass er da
11 innerhalb einer Woche einen Haken hinter machen kann, aber sich andere Sa-
12 chen auf tun, die er bearbeiten möchte.
- 13 I: Ja. Hast du gerade auch schon teilweise angedeutet. Wofür ist eine medizinisch-
14 psychiatrische Diagnose deiner Meinung nach für die Betreuung hilfreich?
15 Kannst du das nochmal kurz zusammenfassen? Also jetzt für deine Betreuung
16 ganz konkret.
- 17 P11: Ja, für meine Betreuung ist es natürlich hilfreich bei den ganzen administrativen
18 Sachen, bei der Durchsetzung der Rechte. Dass man halt eben, wie gesagt, einen
19 Schwerbehindertenausweis, eine besondere Behandlung bekommt bei Ämtern
20 und Behörden, dafür ist die natürlich super, ne?
- 21 I: Aber könntest du dir auch vorstellen... Ich frage die nächste Frage erstmal. Wel-
22 che Nachteile birgt eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung
23 nach in der Betreuung?
- 24 P11: Ja, ich meine, wenn die, wie sagt man, so internalisiert werden, von den Klienten
25 und der Klient ist dann quasi die lebende Diagnose, das ist natürlich auf gut
26 Deutsch mehr als scheiße, ne? Weil halt eben, es passiert dann keine Verände-
27 rung.
- 28 I: Also da ist dann schwer für dich anzusetzen?
- 29 P11: Ja, da sagen dann Fachleute, das ist ein chronifizierter Verlauf. Also wo sich
30 sowas richtig verfestigt. Gibt es auch krankheitsbedingt. Also da ist ja jetzt nicht

1 die Diagnose dran Schuld, aber so was halt eben die Struktur mit sich bringt, das
2 kann natürlich nochmal sowas verstärken.

3 I: Gibt es da noch mehr Nachteile oder sind das so die einzigen?

4 P11: Nachteile. Ich meine Nachteile... die rennen ja nicht mit der Diagnose durch die
5 Gegend, dass es jeder lesen, aber ich denke schon, dass wenn die in sowas inter-
6 nalisiert wird richtig und man das lebt, dass das dann auch für Außenstehende
7 dann sichtbar und hörbar werden kann. Also dass man das einfach mitkriegt,
8 auch im Alltag, und dass halt eben so eine Stigmatisierung schon, ja, da dann
9 auch einfach gelebt wird, oder von statten geht.

10 I: Ja. Wirken sich die Nachteile dann auch auf deine Arbeit mit den Klienten aus?

11 P11: Die Nachteile?

12 I: Ja.

13 P11: Ja.

14 I: Inwieweit?

15 P11: Das ist halt eben ziemlich ambivalent. Auf der einen Seite hat man halt eben die
16 Vorteile, Wahrung von Rechten. Auf der anderen Seite was extrem Stigmatisie-
17 rendes. Manchmal entstehen halt eben auch, ja, wie soll ich mich da ausdrücken?
18 Das sind ja nicht nur Nachteile. Also die Folgen einer Diagnose verhindern ja
19 manchmal auch eine Teilhabe an der Gesellschaft, ne? Wir sind ja dazu da quasi
20 diese Folgen oder diese Nicht-Teilhabe irgendwie, ja, behilflicher zu sein, mehr
21 Lebensqualität, mehr Teilhabe an der Gesellschaft zu haben. Das ist quasi schon
22 eine gewisse Eigendynamik, die sich manchmal einfach aufhebt, ne? Auf der ei-
23 nen Seite hast du natürlich dann die Folgen, dass es Menschen schlecht geht und
24 nicht mehr, ja, viel können möchte ich jetzt nicht sagen, aber sich auch nicht viel
25 trauen. Könnte man jetzt diagnostische Mittel für verantwortlich machen, kann
26 man auch sein lassen. Auf der anderen Seite leben wir mit den Folgen und die
27 Folgen, wir müssen ja eben die Folgen ein bisschen besänftigen, ne? Dass es
28 mehr Lebensqualität gibt, eine größere Teilhabe an gesellschaftlichen, ja, am ge-
29 gesellschaftlichen, kulturellen Leben auch. Das machen wir ja auch, eine Kollegin

1 macht das ja z.B. auch, "zeitraum" macht das. Ja.

2 I: Würdest du sagen, dass es vielleicht auch ohne die Diagnose gehen würde? Also
3 es gibt ja auch noch andere, z.B. eine sozialpädagogische Diagnose.

4 P11: Ja. Das würde deutlich viel mehr, also das würde mehr Sinn machen.

5 I: Ja?

6 P11: Ja. Es wird glaube ich viel, viel umständlicher, also die Diagnosen jetzt laufen ja
7 alle über den ICD-10, noch, es kommt ja bald etwas Neues, und wenn man sich
8 das mal anguckt, wie Diagnosen zustande kommen, da kann jeder ganz leicht
9 dran kommen. Ja? Es ist halt eben ziemlich willkürlich. Es gibt verschiedene
10 Items und wenn die zusammengezählt und ausgewertet werden, hat man das und
11 das.

12 I: Also du würdest für deine Betreuung schon sagen, dass du die schon eigentlich
13 nicht brauchst und es auch ohne gehen würde oder mit einer anderen Form der
14 Diagnose?

15 P11: Ja.

16 I: Okay. Das war es eigentlich schon. Jetzt fehlt nur noch, also hast du irgendwel-
17 che Anmerkungen oder hab ich irgendwas vergessen zu fragen?

18 P11: Glaube ich nicht.

19 I: Nein?

20 P11: Nein. Konnte man das verstehen, was ich meine?

21 I: Klar! Also willst du auch nichts mehr loswerden sonst zu dem Thema?

22 P11: Es ist interessant das Thema. Aber, wie gesagt, im Grunde braucht man das
23 nicht. Also, es ist ja eine Richtung. Ich meine, wenn man sich überlegt, wie die
24 zustande kommen, die Dinger, dann hätte ich sofort, weiß ich nicht, mehrere Er-
25 krankungen psychischer Natur. Es ist ja sogar schon so weit, dass in den USA,
26 wenn ein naher Angehöriger verstirbt, dann darf man sechs Monate trauern.
27 Wenn man über diese sechs Monate kommt, hat man sofort "Major Depression".

28 I: Wirklich?

1 P11: Ja, ja! Behandlungsbedürftig, ja!

2 I: Okay. Dann danke!

3 P11: Bitte!

4

1 **I Interview mit Person 12**

2 I: Was hältst du von der Klassifikation durch die medizinisch-psychiatrische Diag-
3 nose?

4 P12: Ja, was halte ich davon? Das zielt jetzt ab auf ICD, oder?

5 I: Genau, auf ICD oder DSM.

6 P12: Also spontan würde ich jetzt sagen sicherlich hilfreich. In erster Linie vielleicht
7 eher für die Ärzte, die dann entsprechende Behandlungsmaßnahmen oder Medi-
8 kamente verschreiben. Ja, für die Arbeit hier sicherlich auch ansatzweise, aber
9 ich glaube, da gehen wir ja wahrscheinlich später nochmal genauer drauf ein.
10 Aber insgesamt schon für sehr hilfreich.

11 I: Okay. Welcher Umgang ist die in Bezug auf die medizinisch-psychiatrische Di-
12 agnose wichtig?

13 P12: Welcher Umgang? Entweder hab ich jetzt ein Brett vor dem Kopf oder...

14 I: Wenn du darauf jetzt nichts weißt, ist es auch nicht schlimm.

15 P12: Wie ich mit den Diagnosen der Klienten dann umgehe?

16 I: Ja, genau.

17 P12: Also die werden natürlich dokumentiert und natürlich auch vertraulich behan-
18 delt. Und ansonsten beschäftige ich mich mit Diagnosen zumindest zum Anfang,
19 wenn ich Klienten übernehme, eher weniger, weil ich mich davon gar nicht so
20 sehr leiten lassen möchte. Weil ich eher so den Menschen gegenüber sehe und,
21 ja, nicht so vorbelastet in Anführungsstrichen da in die Betreuung gehen will.

22 I: Okay. Welchen Stellenwert hat dann die Diagnose für dich in der Betreuung?
23 Also, hast du ja gerade schon angedeutet.

24 P12: In der Betreuung an sich, ja, hat einen gewissen Stellenwert, aber eben nicht so
25 sehr hoch, weil, naja, wie gesagt, ich will erstmal so den Menschen mit seinen
26 Eigenschaften kennenlernen und mich da weniger vorab von den Diagnosen lei-
27 ten lassen.

28 I: Ja. Und das ist auch machbar in deiner Arbeit? Also du musst nicht zwingend

1 schon vorher die Diagnose wissen oder guckst sie dir vorher nicht an?

2 P12: Ich gucke mir die schon auch an, aber ich würde jetzt nicht so weit gehen, dass
3 ich mir die Diagnose nochmal ins Detail anlese oder so. Dass ich, ja, meistens ist
4 es ja nur ein, zwei Wörter, so eine Diagnose. Und das reicht mir erstmal, um so
5 eine grobe Einschätzung zu bekommen.

6 I: Okay. Diese grobe Einschätzungen kommen dann von Vorerfahrungen schon,
7 oder woher kommen diese Einschätzungen? Also mit anderen Klienten meine
8 ich.

9 P12: Ja, also, ich glaube, dass, wenn Klienten gleiche Diagnosen haben, nicht unbe-
10 dingt bedeutet, dass die auch sich gleich verhalten, gleiche Fähigkeiten haben,
11 Ressourcen haben. Da muss man trotzdem schon auch individuell mit den Klien-
12 ten umgehen. Auch wenn die gleiche Diagnose gegeben ist. Ansonsten, ja, Vor-
13 erfahrungen, was Diagnosen angehen, natürlich aus dem Bereich aus der Zeit der
14 Ausbildung, da hat man sich natürlich sehr damit beschäftigt, ja.

15 I: Ok. Welchen Stellenwert haben dann deine Vorerfahrungen, die du schon mit
16 Klienten gemacht hast, die eine bestimmte Diagnose haben, und dann in einer
17 neuen Betreuung, wo die gleiche Diagnose bekannt wird? Also wenn du jetzt ei-
18 nen Klienten mit Depressionen hast und du dann einen neuen Klienten be-
19 kommst, der auch Depressionen hat. Wie beeinflussen dann deine Vorerfahrun-
20 gen diese Betreuung?

21 P12: Also, vorerfahren bedeutet für mich auch immer eine gewisse Routine zu haben,
22 nicht so sehr nervös in eine neue Betreuung zu gehen, weil man schon ungefähr
23 einschätzen kann, was Sache ist. Depressionen an sich, was das für Auswirkun-
24 gen haben kann bei dem einzelnen Menschen, bei den Klienten vor allem. Aber,
25 ja, ich würde mich jetzt nicht so sehr von den Diagnosen leiten lassen, da nach
26 Schema F zu agieren und zu handeln.

27 I: Also du hast die dann schon im Hinterkopf, vielleicht auch andere Klienten und
28 bist aber trotzdem unvoreingenommen in jeder neuen Betreuung?

29 P12: Ja, es kommt immer schon, es kommt schon auch mal vor, dass wenn man Diag-
30 nosen bei einem Klienten liest, dass man sich an einen anderen Klienten erinnert,

1 der die gleiche Diagnose hat, und vielleicht sogar auch mal sich dazu hinreißen
2 lässt zu vergleichen. Das mache ich aber so rein mit mir persönlich in Gedanken,
3 da würde ich jetzt dem Klienten jetzt nicht von erzählen, dass ich bei einem an-
4 deren Klienten andere Eigenschaften erkenne, die möglicherweise mit der Diag-
5 nose zu tun haben.

6 I: Klar. Also ist das schon hilfreich für dich?

7 P12: Ist in gewisser Weise schon hilfreich, ja.

8 I: Welche Rolle spielt denn die medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Mei-
9 nung nach in Teamsitzungen, also z.B. bei Fallbesprechungen?

10 P12: Ja, ich überlege gerade, ob wir in Fallbesprechungen auch immer so sehr die
11 Diagnose in den Mittelpunkt stellen. Ich glaube, dass das nicht immer der Fall
12 ist. Zumindest habe ich so die Wahrnehmung, dass das wenn dann am Rande
13 erwähnt wird, welche Diagnose vorliegt, und auch Kollegen dann ganz viel zu
14 den einzelnen Diagnosen wissen, aber für mich persönlich ist es immer wichtig
15 auch nochmal abseits der Diagnose zu hören, wie sich der Klient, wie sich der
16 Mensch an sich verhält, welche Eigenschaften, Charaktereigenschaften, welche
17 Ressourcen er hat. Ja und da höre ich eigentlich weniger noch auf die fachlichen
18 Diagnosen.

19 I: Okay. Und das nimmst du dann auch für deine Eins-zu-Eins Betreuung mit?
20 Also eher die individuellen Ratschläge und nicht jetzt auf die Diagnose?

21 P12: Genau, ja.

22 I: Gut. Wofür ist denn, das hast du ja gerade auch schon ein paarmal gesagt oder
23 angedeutet, wofür ist eine medizinisch-psychiatrische Diagnose deiner Meinung
24 nach für die Betreuung hilfreich? Oder sagst du die ist gar nicht hilfreich?

25 P12: Doch, die ist, in gewisser Weise ist die hilfreich. Ich überlege gerade, wie ich
26 das so deutlich machen kann. Also hilfreich ist sie für mich sicherlich beim Er-
27 stellen von Berichten, bei Vorbereitungen für begleitete Arztbesuche oder Kli-
28 nikbesuche, wo man sich dann mit den Ärzten austauscht, denn da wird ja schon
29 auch immer sehr fachlich gesprochen. Da ist es schon auch gut eine Diagnose zu

1 haben und zu wissen, was hinter dieser Diagnose steht. Ja und eben auch bei den
2 Berichten, die ja eben auch sehr fachlich dargestellt werden oder werden sollen,
3 da macht es schon Sinn auch mehr auf die Diagnose, oder die Diagnose mehr
4 mit einzubeziehen, ja.

5 I: Also sagst du jetzt so, in der Netzwerkarbeit ist es wichtig und hilfreich?

6 P12: Ja, auf jeden Fall!

7 I: Um da so einen Austausch zu schaffen, und halt auch in Berichten, oder?

8 P12: Genau, ja.

9 I: Ok. Und welche Nachteile birgt dann eine medizinisch-psychiatrische Diagnose
10 deiner Meinung nach in der Betreuung?

11 P12: Ja, das ist so mein persönliches Denken, deswegen habe ich auch in der Zeit be-
12 vor ich hier angefangen habe, da habe ich mit Menschen mit geistiger Behinde-
13 rung gearbeitet, dass das immer dann sehr so dahinführt, dass man so in Schub-
14 laden denkt. Diagnose Depression, da packe ich dann alle Klienten rein mit De-
15 pressionen. Funktioniert aber in dieser reinen psychosozialen Betreuung, die wir
16 hier machen, finde ich, funktioniert das nicht so gut. Da muss man schon den
17 Menschen an sich sehen, insgesamt, und ja, nicht nur eben in diese Schublade
18 packen Depression, den behandle ich dann oder dem begegne ich dann nach
19 Schema F. Das funktioniert nicht. Da muss man schon auch ganzheitlich den
20 Klienten sehen.

21 I: Gibt es noch mehr Nachteile, die dir so einfallen? Also konkret auf deine Be-
22 treuung bezogen?

23 P12: Also es kommt schon mal vor, dass ich, wenn man dann doch diese Diagnose
24 auch dem Klienten gegenüber mal anspricht, dass es Klienten gibt, die sich in
25 gewisser Weise gekränkt fühlen. Weil man immer so sehr auf die Diagnosen
26 herumreitet. Das ist nicht immer gerade förderlich. Ich glaube, dem Klienten
27 geht es besser damit, wenn ich ihm auf der menschlichen Ebene begegne und
28 nicht so sehr fachlich, nicht so sehr auf die Diagnose ausgerichtet mit ihnen zu-
29 sammenarbeite.

1 I: Okay. Das war es eigentlich schon.

2 P12: Oh, das ging ja schnell.

3 I: Ging doch noch schneller. Jetzt habe ich eigentlich nur noch die Frage, ob du
4 noch irgendwas, irgendwelche Anmerkungen hast zu dem Thema? Oder ob ich
5 irgendwas nicht gefragt habe zu dem Thema?

6 P12: Ne, also Anmerkungen... Eigentlich fand ich es ganz gut, dass mal jemand mit
7 diesem Thema kommt, weil mich das eigentlich während meiner gesamten
8 Laufbahn begleitet, dieses Diagnosen stellen oder Umgang mit fachlichen Diag-
9 nosen. Weil ich mich da nie so sehr hab von leiten lassen in meiner Arbeit und
10 den Eindruck habe, dass ich da ganz gut mit gefahren bin. Von daher fand ich es
11 eigentlich gut, dass man sich genau über dieses Thema mal austauschen konnte.

12 I: Ok. Würdest du denn persönlich sagen, für deine Arbeit oder im ambulant be-
13 treuten Wohnen ist die gar nicht, also braucht man die gar nicht. Also jetzt aus-
14 genommen Netzwerkarbeit.

15 P12: Also für meine Arbeit im direkten Kontakt mit dem Klienten, bräuchte ich sie,
16 glaube ich, nicht. Aber ich muss ja auch gestehen, dass so ambulante Arbeit bei
17 mir noch nicht so lange der Fall ist. Ich habe vorher stationär gearbeitet. Das
18 kann natürlich sein, dass es sich im Laufe meiner Zeit hier dann doch so ergeben
19 wird, dass ich sage, kann ich doch ganz gut gebrauchen für meine Arbeit. Aber
20 im Moment jetzt so dieses eine Jahr hier kann ich sagen, hätten mir die Diagno-
21 sen, glaube ich, nicht gefehlt in der Arbeit.

22 I: Ok. Also würdest du sagen, da würde dann auch eine sozialpädagogische Diag-
23 nose oder irgendetwas anderes gibt es ja auch noch, würde dir auch vollkommen
24 ausreichen?

25 P12: Ich glaube schon, ja. Aber ich kann mich jetzt nicht so ganz eindeutig festlegen.

26 I: Nein, musst du ja auch nicht.

27 P12: Vielleicht ändert sich das ja auch nochmal im Laufe der Zeit, weil mir einfach
28 die Erfahrung im ambulanten Bereich noch fehlt. Aber tendenziell würde ich
29 eher sagen, bräuchte wenn dann überhaupt die sozialpädagogische Diagnose.

- 1 Die würde mir glaube ich reichen.
- 2 I: Ja, okay. Ist ja jetzt auch nur eine Momentaufnahme, ne?
- 3 P12: Genau, ja.
- 4 I: Ja, dann danke!
- 5 P12: Ja, sehr gerne!

III Auswertung

a Qualitative Inhaltsanalyse

| Nr. | Person | Seite (Zeile) | Paraphrase | Generalisierung | Reduktion |
|-----|--------|------------------|--|--|--|
| 1 | P1 | 61 (7) | Med.-psych. Diagnose ist für das Verständnis und die Interpretation des Verhaltens hilfreich | Diagnose zum Verständnis des Verhaltens | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> – Abgrenzung durch Verständnis – Diagnose zum Verständnis des Verhaltens |
| 2 | P1 | 61 (9) | Gefahr, gänzlich-es Verhaltens des Klienten aufgrund der Diagnosestellung zu verallgemeinern | Gefahr der Stigmatisierung aufgrund der Diagnosestellung | |
| 3 | P1 | 61 (26) | Bewusstsein darüber, dass die Vorerfahrungen eine große Rolle spielen, ist wichtig | Bewusstsein über Bedeutung der Vorerfahrungen | <u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u> – Routine – Stigmatisierung – Bewusster Umgang |
| 4 | P1 | 61 (29) | Bei fehlenden Vorerfahrungen zu einer Erkrankung spielt die Diagnose für das Verständnis des Verhaltens eine große Rolle | Diagnose zum Verständnis des Verhaltens | |

K3 Relevanz der Diagnose

- Neue Fallvorstellung mit Di-

| | | | | | |
|----|----|---------|---|--|---|
| 5 | P1 | 62 (3) | Schaffung einer Distanz zum Verhalten des Klienten ihm gegenüber | Abgrenzung durch Verständnis des Verhaltens | <p>agnosenerkennung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Für die Betreuung in alltäglichen Lebensbereichen wenig Bedeutung – Keine Fallvergleiche durch Diagnose – Netzwerkarbeit – Sensibilität gegenüber diagnostischen Symptomen <p><u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Fokussierung auf Diagnose hinderlich für Klienten |
| 6 | P1 | 62 (6) | Vorerfahrungen mit bestimmten Diagnosen prägen die Ablehnung oder die Annahme eines Falls | Diagnose wird zur Fallzuordnung genutzt | |
| 7 | P1 | 62 (18) | Bewusster Umgang mit Vorerfahrungen in Form von Routine ist für die Arbeit mit dem Klienten hilfreich | Vorerfahrungen bringen auf positive Weise Routine | |
| 8 | P1 | 63 (2) | Grundeinstellung zu einer Diagnose aufgrund von negativen Vorerfahrungen sind für eine Betreuung hinderlich | Negative Vorerfahrungen sind für die Betreuung nicht hilfreich | |
| 9 | P1 | 63 (13) | Bei Fallvorstellungen neuer Klienten spielen die Diagnosen eine große Rolle | Neue Klienten werden mit ihrer Diagnose vorgestellt | |
| 10 | P1 | 63 (20) | Bei weiter-führenden Fallbesprechungen sind die Diagnosen | Im Betreuungsverlauf legt das Team den Fokus auf die Verhal- | |

| | | | | | |
|-----------|----|---------|--|--|--|
| | | | zweitrangig, hier wird primär auf das Verhalten des Klienten geschaut | tensweisen | |
| 11 | P1 | 64 (3) | Die Fachkräfte vergleichen ihre Klienten anhand ihrer Verhaltensweisen und nicht anhand ihrer Diagnosen | Diagnosen werden nicht für Vergleiche der Klienten genutzt | |
| 12 | P1 | 64 (21) | Diagnose ist für das Kennenlernen eines Klienten nicht notwendig | Diagnose ist für das Kennenlernen eines Klienten nicht notwendig. | |
| 13 | P1 | 64 (23) | Zu viele Interpretationen und zu große Akzeptanz des Verhaltens des Klienten aufgrund der Diagnose sind nicht förderlich für die Genesung des Klienten | Eine zu große Berücksichtigung der Symptome der Diagnose sind für den Klienten hinderlich. | |
| 14 | P1 | 65 (12) | Diagnose ist für die Netzwerkarbeit notwendig | Diagnose ist für die Netzwerkarbeit notwendig. | |
| 15 | P1 | 65 (15) | Diagnose für die Arbeit im alltäglichen Lebensbereich des Klienten | In alltäglichen Lebensbereichen hat die Diagnose keinen Stellen- | |

| | | | nicht notwendig | wert. | |
|-----------|----|-------------|---|---|--|
| 16 | P1 | 66 (1+9) | Diagnose ist in der Arbeit mit psychisch Erkrankten wichtig, um ein Feingefühl für die sich zeigenden Symptome zu haben | Sensibilität gegenüber diagnostischen Symptomen | |
| 17 | P1 | 67 (8) | Die Arbeit in Bezug auf die Diagnose muss regelmäßig reflektiert und bewusst gemacht werden | Reflexion und Bewusstmachung des Umgangs mit der Diagnose | |
| 18 | P2 | 68 (4) | Es ist nicht wichtig, die Diagnose für den Umgang mit dem Klienten zu wissen. | Klassifikation ist für den Umgang mit Klienten nicht notwendig. | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> |
| 19 | P2 | 68 (10) | Es ist wichtig, sozialpädagogisch und sozialtherapeutisch zu arbeiten, indem zunächst im Kontakt die Diagnose außen vorgelassen wird. | Die Diagnose ist im Umgang mit Klienten zunächst unwichtig. | – Diagnose im Umgang mit Klienten zunächst unwichtig – Missachtung der Diagnose für vorurteilsfreien Umgang – Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome |
| 20 | P2 | 1 (19) | Es ist gut möglich, ohne Diagnose oder Vorberichte den Klienten in | Die Diagnose ist im Umgang mit Klienten zunächst unwichtig. | <u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u> – Für Verständnis des Verhal- |

| | | | | | |
|-----------|----|---------|--|--|--|
| | | | seinen Anliegen zu unterstützen und diese gemeinsam mit ihm zu erarbeiten. | | tens hilfreich |
| | | | | | <u>K3 Relevanz der Diagnose</u> |
| 21 | P2 | 70 (3) | Die Diagnose findet insofern zwingend einen Platz im ambulanten Bereich, dass sie eine Bedingung für die Betreuung darstellt. | Die Diagnose ist für das BeWo als Grundlage für die Betreuung zwingend notwendig. | – Diagnose als Grundlage für die Betreuung – Nutzung von hilfreichen Anregungen der Teammitglieder – Diagnose für Betreuung nicht erforderlich |
| 22 | P2 | 70 (12) | Bewusste Missachtung der Diagnose zu Beginn der Betreuung, um das Verhalten des Klienten beachten und beurteilen zu können. | Diagnose wird missachtet, um Verhalten des Klienten beachten und beurteilen zu können. | <u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u> – Stigmatisierung |
| 23 | P2 | 70 (15) | Verlauf der Betreuung zeigt, welchen Einfluss eine Erkrankung auf die Leistungsfähigkeit und die Entwicklung des Klienten hat, sodass es nicht notwendig ist, die Diagnose als konkreten Bestandteil der Betreuung zu sehen. | Der Einfluss der Erkrankung auf den Klienten wird im Verlauf der Betreuung deutlich. | |

| | | | | | |
|-----------|----|---------|---|---|--|
| 24 | P2 | 70 (22) | Die sozialen Probleme, die im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich liegen, stehen im Vordergrund der Betreuung. | Die sozialen Schwierigkeiten sind innerhalb der Betreuung von besonderer Bedeutung. | |
| 25 | P2 | 71 (6) | Die Vorerfahrungen über eine Diagnose helfen, das Verhalten des Klienten einordnen zu können. | Für das Einordnen eines Verhaltens, ist die Diagnose hilfreich. | |
| 26 | P2 | 71 (24) | Die Diagnose findet Platz in Fallberatungen innerhalb von Teamsitzungen. | Die Diagnose findet Platz in Fallberatungen innerhalb von Teamsitzungen. | |
| 27 | P2 | 72 (10) | Anregungen zu bestimmten Umgangsweisen mit Klienten mit einer bestimmten Diagnose sind hilfreich und werden für den eigenen Bedarf genutzt. | Nutzung von hilfreichen Anregungen der Teammitglieder | |
| 28 | P2 | 72 (24) | Eine medizinisch-psychiatrische Diagnose birgt keine Vorteile und ist für eine Betreuung nicht not- | Für eine Betreuung ist die Diagnose nicht erforderlich. | |

| | | | | | |
|-----------|----|---------|--|---|---|
| | | | wendig. | | |
| 29 | P2 | 72 (26) | Ein Nachteil der medizinisch-psychiatrischen Diagnose ist, das Verhalten einer Person, die ein bestimmtes Störungsbild hat, auf andere Personen zu übertragen. | Stigmatisierung ist ein Nachteil der Diagnose. | |
| 30 | P3 | 76 (4) | Die Diagnose ist hilfreich, um das Verhalten und die Handlungsweisen des Klienten neu zu verstehen. | Verständnis für Verhaltens- und Handlungsweisen des Klienten aufgrund der Diagnose. | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Zum Verständnis des Verhaltens hilfreich – Gewisse Voreingenommenheit – Fortbildungen für sicheren Umgang – Überprüfen der Diagnose anhand Symptome <u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u> <ul style="list-style-type: none"> – Übertragung/individuelle Anpassung gelungener Interven- |
| 31 | P3 | 76 (8) | Dem Klienten wird durch eine Diagnose nicht mehr völlig unvoreingenommen begegnet. | Die Diagnose führt zu einer gewissen Voreingenommenheit. | |
| 32 | P3 | 76 (17) | Für die Anbindung an Therapeuten und Fachärzte, sowie bei medikamentösen Einstellungen und für psychoedukatives Arbeiten finden Diagnosen eine große Berücksichtigung innerhalb der Betreuung. | Für die Netzwerkarbeit stellt die Diagnose eine Notwendigkeit in der Betreuung dar. | |

| | | | | | |
|----|----|---------|--|---|--|
| 33 | P3 | 76 (25) | Für manche Betreuungen ist die Diagnose nicht von Belangen, da sie für den Hilfeprozess nicht relevant sind. | Es besteht für manche Betreuungen keine Relevanz der Diagnose. | tionen – Unbewusste Nutzung – Für individuellen Umgang – Weitergabe schwierig, da Verallgemeinerung nicht möglich |
| 34 | P3 | 77 (22) | Es werden ähnliche Strategien und Interventionen, die bereits bei Menschen mit gleichen Symptomen mit einem positiven Resultat durchgeführt wurden, bei anderen Klienten durchgeführt. | Übertragung der gelungenen Interventionen auf Fälle mit gleichen Symptomen. | <u>K3 Relevanz der Diagnose</u> – Für Netzwerkarbeit notwendig – In manchen Betreuungen keine Relevanz – Für die Einordnung des Klienten in Fallbesprechungen |
| 35 | P3 | 77 (27) | Nichtsdestotrotz findet eine individuelle Betrachtung jedes einzelnen Klienten statt, an den auch die Intervention individuell angepasst wird. | Interventionen werden individuell angepasst. | – Psychoedukation – Einschätzung Gefährdungslage – Aufgrund der Spezialisierung auf verschiedene Diagnosen wird die Diagnose berücksichtigt |
| 36 | P3 | 78 (17) | Das Zurückgreifen auf Vorerfahrungen und das dadurch entstandene vorhandene Wissen ist ein unbewusster Prozess. | Unbewusstes Zurückgreifen auf Vorerfahrungen. | <u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u> |

| | | | | | |
|-----------|----|---------|---|---|--|
| 37 | P3 | 78 (27) | Die Diagnose spielt eine große Rolle in Teamsitzungen bei Fallbesprechungen, indem sie bei der Fallvorstellung und -besprechung mitgedacht werden, um den Klienten einordnen zu können. | Durch Beachtung der Diagnose in Fallbesprechungen spielt die Diagnose eine große Rolle für die Einordnung des Klienten. | <ul style="list-style-type: none"> – Stigmatisierung <ul style="list-style-type: none"> → Reflexion für Prävention → schadet Individualität → Einfluss auf Selbstbild – Vernachlässigung anderer/weiterer Erkrankungen |
| 38 | P3 | 79 (17) | Innerhalb der Einrichtung spielt die Diagnose eine große Rolle, indem die bei der Verteilung der Fälle auf die Spezialisierung auf bestimmte Diagnosen der Mitarbeiter geachtet wird. | Aufgrund der Spezialisierung auf verschiedene Diagnosen wird die Diagnose berücksichtigt. | |
| 39 | P3 | 79 (23) | Es kommen bereits bei Bekanntgabe der Diagnose eines neuen Klienten Vorstellungen von bestimmten Verhaltensweisen, die für bestimmte Diagnosen üblich sind, zum Vorschein. | Diagnose ruft Assoziationen hervor. | |
| 40 | P3 | 79 (27) | Innerhalb der Betreuung findet ein | Aufgrund der Vorerfahrungen | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|----|---------|---|--|--|
| | | | individueller Umgang statt, da Erfahrungen zeigen, dass jeder Klient unterschiedliche Verhaltensweisen zeigen. | findet ein individueller Umgang mit Klienten statt. | |
| 41 | P3 | 80 (5) | Fortbildungen über Diagnosen sind wichtig, um Unsicherheiten bei speziellen Erkrankungen zu beseitigen, empathischer zu sein und seine Kenntnisse zu erweitern. | Fortbildungen sind für die Erweiterung des Wissens für die Beseitigung von Unsicherheiten notwendig. | |
| 42 | P3 | 80 (9) | Für das Vorbeugen der Verallgemeinerung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist regelmäßige Reflexion notwendig. | Reflexion ist für die Prävention von Stigmatisierung notwendig. | |
| 43 | P3 | 80 (19) | Weitergabe von Handlungswissen ist schwierig, da ein Vorgehen bei Individuen nicht zu verallgemeinern ist. | Keine Verallgemeinerung von Handlungswissen. | |
| 44 | P3 | 80 (29) | Die Diagnose, sowie das Verständnis der Erkrankung sind für | Diagnose ist wichtig für die Psychoedukation innerhalb der Be- | |

| | | | | | |
|-----------|----|---------|---|---|--|
| | | | die Betreuung hilfreich. | treuung. | |
| 45 | P3 | 81 (17) | Eine medizinisch-psychiatrische Diagnose ist für den Großteil der Betreuungen unverzichtbar, um Selbst- und Fremdgefährdung erkennen zu können und den Klienten an die entsprechenden Stellen anbinden zu können. | Die Diagnose ist wichtig für Netzwerkarbeit und für die Einschätzung der Gefährdungslage. | |
| 46 | P3 | 81 (24) | Durch Stigmatisierung der medizinisch-psychiatrische Diagnosen geht die Individualität der Klienten insofern verloren, dass individuelle Ausprägungen der Erkrankung übersehen werden. | Stigmatisierung schadet der Individualität der Klienten. | |
| 47 | P3 | 82 (11) | Bei zu starker Fokussierung auf die vorhandene Diagnose können weitere mögliche Erkrankungen übersehen werden. | Vernachlässigung weiterer/anderer Erkrankungen bei zu starker Beachtung der aktuellen Diagnose. | |

| | | | | | |
|----|----|---------|--|---|--|
| 48 | P3 | 82 (13) | Bei zu großer Konzentration auf die Diagnose kann das Selbstbild des Klienten negativ beeinflusst werden. | Stigmatisierung hat Einfluss auf das Selbstbild des Klienten. | |
| 49 | P3 | 82 (29) | Bei Vorliegen mehrerer Diagnosen geschieht ein sensibler Umgang damit, indem beleuchtet wird, inwiefern diese Diagnosen zutreffen. | Überprüfen der gestellten Diagnosen anhand der vorhandenen Symptome. | |
| 50 | P4 | 84 (7) | Bei Vorlage einer Diagnose besteht die Gefahr, eine gewisse Haltung gegenüber dem Klienten einzunehmen. | Eine Diagnose kann stigmatisieren. | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> – Für eine neue Betreuung ist der bereits stattgefundenen Hilfeprozess von Bedeutung. |
| 51 | P4 | 84 (9) | Eine Diagnose ist hilfreich, um zu wissen, wie man in bestimmten Situationen zu reagieren hat. | Die Diagnose ist für die Sicherheit im Umgang hilfreich. | <u>K3 Relevanz der Diagnose</u> – Sicherheit im Umgang – Verständnis von Verhaltensweisen |
| 52 | P4 | 85 (7) | Für den Einstieg in eine Betreuung ist es notwendig, über den bereits stattgefundenen Hilfeprozess inkl. | Für eine neue Betreuung ist der bereits stattgefundenen Hilfeprozess von Bedeutung. | <u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u> |

| | | | | | |
|----|----|---------|---|---|---|
| | | | Diagnose Bescheid zu wissen. | | <ul style="list-style-type: none"> – Stigmatisierung → Sicherheit im Umgang → Prävention durch Reflexion |
| 53 | P4 | 85 (15) | Eine Diagnose hilft, Verhaltensweisen und Reaktionen eines Klienten einzuordnen. | Eine Diagnose erklärt Verhaltensweisen eines Klienten. | |
| 54 | P4 | 86 (11) | Die Verallgemeinerung von Verhaltensweisen bestimmter Diagnosen findet statt und gibt Sicherheit. | Stigmatisierung geschieht, woraus Sicherheit im Umgang resultiert. | |
| 55 | P4 | 87 (14) | Für das Vermeiden und Vorbeugen von Verallgemeinerung von Verhaltensweisen aufgrund der Diagnose sollten regelmäßig Supervisionen und Beratung stattfinden. | Für die Prävention von Stigmatisierung sollte ein regelmäßiger Reflexionsprozess stattfinden. | |
| 56 | P5 | 89 (11) | Verhaltensweisen des Klienten können nicht klassifiziert werden, sodass nur Teilaspekte der Erkrankung erfasst werden. | Klassifikation von Diagnosen berücksichtigen nicht die Verhaltensweisen des Klienten. | |
| 57 | P5 | 90 (1) | Begegnung mit dem Klienten, | Vorurteilsfreier Umgang mit dem | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Berücksichtigt keine Verhaltensweisen – Missachtung der Diagnose für vorurteilsfreien Umgang |

| | | | | | |
|-----------|----|---------|---|--|---|
| | | | ohne vorher die Diagnose zu wissen, um zunächst selbst ein Bild vom Klienten zu schaffen. | Klienten. | <ul style="list-style-type: none"> – Diagnose im Umgang mit Klienten unwichtig – Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome |
| 58 | P5 | 90 (24) | Für den Umgang ist eine Diagnose nicht von Bedeutung, da es auf die positiven Aspekte, die der Klient mitbringt, ankommt. | Beachtung der Ressourcen, ohne dabei die Diagnose zu berücksichtigen. | <u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u> <ul style="list-style-type: none"> – Unbewusste Verarbeitung in neuen Betreuungen – Nutzung der Vorerfahrungen des Teams |
| 59 | P5 | 91 (10) | Durch das Wissen über die vorhandene Diagnose werden Verhaltensweisen eingeordnet und Handlungsstrategien entwickelt. | Diagnosen helfen, Verhaltensweisen einzuordnen und Handlungsstrategien zu entwickeln. | <u>K3 Relevanz der Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Einordnung von Verhaltensweisen und Handlungsstrategien |
| 60 | P5 | 92 (1) | Anwendung der Handlungsstrategien aufgrund von Vorerfahrungen geschehen unbewusst. | Vorerfahrungen mit Diagnosen werden unbewusst in weiteren Betreuungen verarbeitet. | <u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Gefahr, Ressourcen außer Acht zu lassen |
| 61 | P5 | 92 (4) | Die Vorerfahrungen, die im Team über Diagnosen ausgetauscht werden, sind für den Umgang mit den eigenen Klienten hilfreich. | Vorerfahrungen aus dem Team über Diagnosen werden für den eigenen Umgang mit Klienten genutzt. | |

| | | | | | | |
|----|----|---------|---|--|--|---|
| 62 | P5 | 92 (14) | Die Diagnose hat innerhalb der Einrichtung einen großen Stellenwert und wirkt strukturierend, indem man die Klienten einordnen kann. | Die Diagnose hilft, den Klienten einzuordnen. | | |
| 63 | P5 | 94 (10) | Eine vorhandene Diagnose birgt die Gefahr, dem Klienten nicht das zuzutrauen, was er kann. | Eine Diagnose birgt die Gefahr, die Ressourcen außer Acht zu lassen. | | |
| 64 | P6 | 95 (5) | Das Muster der Klassifikation einer Diagnose bietet einen groben Überblick über die mögliche Symptomatik des Klienten und ist für die Abstimmung der Betreuung auf diese hilfreich. | Die Diagnose gibt eine Richtung für die Betreuungsplanung vor. | | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Richtung für Betreuungsplanung – Umgang nicht auf Diagnose sondern auf individuelle Beeinträchtigungen ausrichten – Hohe Sensibilität erforderlich, um lösungs- und ressourcenorientiert zu arbeiten und sein Handeln nicht auf der Diagnose beruhen zu lassen. |
| 65 | P6 | 96 (18) | Die Diagnosestellung einer seelischen Behinderung stellt eine Grundlage für die Anbindung an das BeWo dar. | Die Diagnose ist eine Voraussetzung für die Betreuung im BeWo. | | |

| | | | | | |
|----|----|---------|--|---|--|
| 66 | P6 | 96 (23) | In der Betreuung hat die Diagnose für die Psychoedukation und die Netzwerkarbeit einen Stellenwert. | Die Diagnose ist für die Psychoedukation und die Netzwerkarbeit wichtig. | <u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u> <ul style="list-style-type: none"> – Werden ausgeblendet, da nicht unbedingt passend – Sind hilfreich, aber Offenheit für Veränderung/Erweiterung <u>K3 Relevanz der Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Voraussetzung für Betreuung – Psychoedukation – Finanzierung der Hilfen – In Teamsitzungen keine → Individualität – Verständnis für Verhaltens- und Handlungsweisen – Diagnose ist notwendig <u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Gefühl der Reduzierung auf Diagnose möglich – Stigmatisierung |
| 67 | P6 | 97 (7) | Die Klassifikation durch Diagnosen ist für die Finanzierung und Abrechnung der Betreuungen der Klienten nötig. | Die Diagnosen sind für die Finanzierung der Hilfen notwendig. | |
| 68 | P6 | 98 (8) | Durch Vorerfahrungen können sich Vorurteile bilden, die allerdings aufgrund der individuellen Ausprägungen einer Diagnose nicht passend sein müssen, weshalb eine offene Haltung einer Person gegenüber wichtig ist. | Neuen Klienten wird mit einer offenen Haltung gegenüber getreten, da die Vorerfahrungen aufgrund der individuellen Ausprägungen der Erkrankung nicht passend sein müssen. | |
| 69 | P6 | 99 (5) | Vorerfahrungen mit bestimmten Diagnosen entwickeln sich mit der Zeit immer weiter, werden von neuen Erfahrungen geprägt und bereichern die Arbeit. | Vorerfahrungen sind hilfreich, können sich aber auch verändern oder weiterentwickeln. | |

| | | | | |
|-----------|----|----------|---|---|
| 70 | P6 | 99 (16) | In Teamsitzungen und Fallberatungen steht nicht die Diagnose, sondern der Klient mit seinen individuellen Symptomen im Vordergrund. | Bei Fallberatungen steht der Klient mit seiner individuellen Situation im Vordergrund und nicht seine Diagnose. |
| 71 | P6 | 100 (17) | Handlungsreaktionen und – Strategien des Klienten können durch die Diagnose eingeordnet und nachvollzogen werden. | Verständnis für Verhaltens- und Handlungsweisen des Klienten aufgrund der Diagnose. |
| 72 | P6 | 101 (8) | Klienten fühlen sich aufgrund der Diagnose manchmal von den Fachkräften auf diese reduziert. | Gefühl der Reduzierung auf die Diagnose bei den Klienten möglich. |
| 73 | P6 | 101 (22) | Es besteht die Gefahr, sein Handeln auf die Diagnose beruhen zu lassen und somit nicht ressourcen- und lösungsorientiert zu arbeiten, was eine hohe Sensibilität erfordert. | Hohe Sensibilität erforderlich, um lösungs- und ressourcenorientiert zu arbeiten und sein Handeln nicht auf der Diagnose beruhen zu lassen. |

| | | | | | |
|----|----|-------------|--|--|--|
| 74 | P6 | 103 (15) | Durch Diagnosen werden viele Menschen abgestempelt. | Diagnosen können stigmatisieren. | |
| 75 | P6 | 103 (6) | Sozialpädagogen sollten vorsichtig mit Diagnosen umgehen und sich an den individuellen Beeinträchtigungen der Klienten orientieren. | Den Umgang nach den individuellen Beeinträchtigungen ausrichten. | |
| 76 | P6 | 104 (16) | Die sozialpädagogische Diagnose kann eine gute Ergänzung zu der medizinisch-psychiatrischen Diagnose darstellen, sie aber nicht ersetzen. | Die medizinisch-psychiatrische Diagnose ist notwendig. | |
| 77 | P7 | 105 (27) | Der Betreuungsinhalt wird in erster Linie nach dem Anliegen des Klienten gerichtet und durch Angebote von diagnosespezifischen Methoden ergänzt. | Die Diagnose spielt in der Gestaltung des Betreuungskontextes eine zweitrangige Rolle. | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> – Diagnose wird zu Beginn bewusst abgefragt – Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome |
| 78 | P7 | 106 (9) | Zu Beginn einer Betreuung wird die Diagnose des Klienten abge- | Die Diagnose ist der Fachkraft von Anfang an bewusst. | |

| | | | | | |
|-----------|----|-------------|---|--|--|
| | | | fragt. | | |
| 79 | P7 | 106 (22) | Die Vorerfahrungen mit einer Diagnose spielen in einer neuen Betreuung unbewusst eine Rolle. | Die Vorerfahrungen fließen unbewusst in die Betreuung ein. | <ul style="list-style-type: none"> – Unbewusster Einfluss – Bewusste Nutzung möglich und hilfreich <p><u>K3 Relevanz der Diagnose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Spielen keine Rolle, sondern vielmehr der Hilfebedarf – Arztberichte werden gelesen aber nicht weiter genutzt – Fokus auf Klienten selbst in Teamsitzungen – Rahmenbedingung für Betreuung – Die Diagnosestellung geschieht manchmal nur aufgrund der Voraussetzung für die Unterstützung. |
| 80 | P7 | 107 (18) | Vorerfahrungen können in einer neuen Betreuung auch bewusst herangezogen werden und nützlich sein. | Vorerfahrungen können in einer neuen Betreuung auch bewusst herangezogen werden und nützlich sein. | |
| 81 | P7 | 107 (24) | Die Diagnose spielt in der Betreuung oft keine Rolle, sondern vielmehr die Auswirkungen dieser und der damit verbundene Hilfebedarf des Klienten. | Der Hilfebedarf des Klienten ist ausschlaggebend für den Betreuungsinhalt. | |
| 82 | P7 | 3 (15) | Arztberichte, welche die Diagnosestellung enthalten, werden aus Interesse gelesen. | Arztberichte werden aus Interesse gelesen. | |
| 83 | P7 | 107 (27) | Arztberichte, welche die Diagnosestellung enthalten, werden mit | Arztberichte werden nicht weiter genutzt. | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-----------|----|----------|--|---|--|
| | | | der erlebten Wirklichkeit verglichen, aber in der Arbeit nicht weiter genutzt. | | |
| 84 | P7 | 108 (6) | Da die Diagnosen nicht (mehr) aktuell oder passend sein können, sind sie nicht wichtig. | Diagnosen sind nicht wichtig. | |
| 85 | P7 | 108 (20) | In den Teamsitzungen wird und soll der Fokus auf den Klienten selbst gelegt werden, wobei die Diagnose nebensächlich unterstützend helfen kann. | In Teamsitzungen wird der Fokus auf den Klienten selbst gelegt. | |
| 86 | P7 | 109 (10) | Die Diagnosen stellen Rahmenbedingungen für die Betreuung dar. | Die Diagnosen stellen Rahmenbedingungen für die Betreuung dar. | |
| 87 | P7 | 109 (14) | Einige Klienten, die Unterstützung brauchen, haben aufgrund der Voraussetzung und nicht weil sie sie unbedingt benötigt hätten, eine Diagnose gestellt bekommen. | Die Diagnosestellung geschieht manchmal nur aufgrund der Voraussetzung für die Unterstützung. | |

| | | | | | |
|----|----|-------------|--|---|--|
| 88 | P7 | 109 (19) | Die Diagnose ist für die die Schaffung von Rahmenbedingungen des Angebots hilfreich. | Die Diagnose ist für die Rahmenbedingungen hilfreich. | |
| 89 | P7 | 110 (9) | In der Betreuung berät die Fachkraft in Bezug auf den Umgang des Klienten mit seiner Diagnose neutral. | Neutrale Beratung des Klienten durch die Fachkraft in Bezug auf den Umgang mit seiner Diagnose. | |
| 90 | P8 | 113 (4) | Die Klassifikation durch die medizinisch-psychiatrische Diagnose ist für das Abrechnen und das Rechtfertigen von Hilfen notwendig. | Die Diagnose ist für die Abrechnung und Rechtfertigung der Hilfe notwendig. | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Diagnose nicht notwendig → Empowerment-Konzept – Unvoreingenommenheit – Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome |
| 91 | P8 | 113 (20) | Die Verallgemeinerung der Diagnosen durch Fachkräfte der Sozialpsychiatrie findet unbewusst und nicht unbedingt mit negativem Einfluss statt, sodass zu Beginn der Betreuung keine Unvoreingenommenheit vorherrscht. | Fachkräfte stigmatisieren unbewusst mit der Folge, voreingenommen in die Betreuung zu gehen. | <u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u> <ul style="list-style-type: none"> – Werden genutzt <u>K3 Relevanz der Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Abrechnung und Rechtfertigung der Hilfe – Für sicheren Umgang |

| | | | | | |
|-----------|----|--------------------------|--|--|--|
| 92 | P8 | 113 (30) + 114 (5) | Als Berufseinsteigerin beschäftigt man sich intensiver mit den Auswirkungen von Diagnosen, um Sicherheit im Umgang mit möglichen Gefahren zu erlangen. | Für den sicheren Umgang mit Klienten findet eine intensivere Auseinandersetzung mit der Diagnose statt. | <ul style="list-style-type: none"> – Für BeWo von Bedeutung – Netzwerkarbeit – Für die Einordnung des Klienten in Teamsitzungen – Nutzung von hilfreichen Vorerfahrungen der Teammitglieder <p><u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Unbewusste Stigmatisierung – Stigmatisierung beeinflusst Entwicklung der Klienten – Vernachlässigung der Individualität – Betreuung beginnt vorurteilsbehaftet – Durch ständige Reflexion keine Auswirkungen |
| 93 | P8 | 114 (17) | Für das Angebot „ambulant betreutes Wohnen für junge Erwachsene mit einer seelischen Behinderung“ ist eine Diagnose von Bedeutung. | Die Diagnose ist für die Betreuung im BeWo von Bedeutung. | |
| 94 | P8 | 114 (27) + 115 (2) | Für die Arbeit mit dem Klienten ist die Diagnose nicht von Belangen, da die Arbeit mit dem stattfindet, was der Klient einbringt. | Die Diagnose ist für die Betreuung nicht notwendig, da die Haltung des Empowerment-Konzeptes vertreten wird. | |
| 95 | P8 | 116 (8) | Umgang mit Klienten geschieht möglichst unvoreingenommen, indem sich in den ersten Terminen zunächst ein Bild vom Klienten gemacht wird. | Umgang mit Klienten geschieht unvoreingenommen. | |

| | | | | | |
|-----------|----|-------------|---|--|--|
| 96 | P8 | 116 (19) | Für die zu bearbeitenden Themen innerhalb der Betreuung ist das Reagieren auf die Verhaltensweisen und Symptome wichtig. | Für die Betreuung spielen die Symptome und Verhaltensweisen eine große Rolle. | |
| 97 | P8 | 116 (23) | Für die Netzwerkarbeit ist es einfacher Informationen anhand der Diagnose zu transportieren. | Für die Netzwerkarbeit ist es einfacher Informationen anhand der Diagnose zu transportieren. | |
| 98 | P8 | 117 (18) | Die Diagnose spielt in der Betreuung insofern eine Rolle, dass die Vorerfahrungen zu bestimmten Diagnosen genutzt werden, indem Interventionen wiederholt werden. | Vorerfahrungen zu bestimmten Diagnosen werden innerhalb der Betreuung genutzt. | |
| 99 | P8 | 117 (25) | Die Diagnose spielt bei Fallbesprechungen eine große Rolle, da sich Mitarbeiter, die die Klienten nicht kennen, sich auf die Art und Weise ein Bild vom Klienten machen können. | Die Diagnose hilft dem Team, sich ein Bild von dem Klienten zu machen. | |

| | | | | | |
|------------|----|----------|--|--|--|
| 100 | P8 | 118 (1) | Eine zu große Fokussierung auf die Diagnose birgt die Gefahr, die Individualität des Klienten außer Acht zu lassen. | Die Individualität des Klienten wird durch die Klassifikation der Diagnose vernachlässigt. | |
| 101 | P8 | 118 (27) | Vorerfahrungen, die Kollegen ins Team einbringen, werden innerhalb der Betreuung angewandt, sofern auch der Klient dafür zugänglich ist. | Vorerfahrungen von Kollegen werden wenn möglich und passend genutzt. | |
| 102 | P8 | 118 (27) | Das Wissen über eine Diagnose führt dazu, dass die Betreuung vorurteilsbehaftet beginnt. | Das Wissen über eine Diagnose führt dazu, dass die Betreuung vorurteilsbehaftet beginnt. | |
| 103 | P8 | 119 (6) | Der vorurteilsbehaftete Umgang mit Klienten ist durch Fachkräfte reflektierter und hat daher keinen negativen Einfluss auf den Hilfeprozess. | Fachkräfte pflegen einen reflektierten Umgang mit den Diagnosen. | |
| 104 | P8 | 120 (9) | Der Umgang mit der Diagnose innerhalb der Betreuung ist ein | Der Umgang mit der Diagnose innerhalb der Betreuung ist ein | |

| | | | | | |
|------------|----|-------------|--|--|--|
| | | | stetiger Reflexionsprozess. | stetiger Reflexionsprozess. | |
| 105 | P8 | 120 (13) | Die Klienten können durch die Stigmatisierung durch Fachkräfte in ihrer Entwicklung beeinflusst werden, indem die Ziele nicht individuell gestellt werden. | Entwicklung der Klienten wird durch Stigmatisierung beeinflusst. | |
| 106 | P9 | 121 (10) | Gewisse Grundlagen über die Erkrankung des Klienten sind für die Betreuung hilfreich, die Diagnose wird dafür allerdings nicht zwingend gebraucht und ist sogar eher hinderlich. | Wissen über die Auswirkungen der Erkrankung sind für die Betreuung wichtig, nicht die Diagnose selbst. | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Wissen über Auswirkungen einer Diagnose ist wichtig – Die Diagnose selbst ist hinderlich und nicht notwendig – Situationsbeschreibung des Klienten aussagekräftiger – Sozialpädagogische Diagnose könnte für Arbeit im BeWo ausreichen <u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u> <ul style="list-style-type: none"> – Vorurteile sind vorhanden und beeinflussen neue Betreuungen – Stigmatisierung nimmt durch Zunahme der Vorerfahrungen |
| 107 | P9 | 121 (26) | Die Diagnose schafft bei der Fallvorstellung ein Bild des Klienten, was sich mit der Zeit ändert oder erweitert. | Erst der Umgang zeigt die individuellen Auswirkungen einer Erkrankung. | |
| 108 | P9 | 122 (9) | Die Ausführungen des Klienten in Bezug auf seine Erkrankung und deren Auswirkungen sind ein- | Die Situationsbeschreibung des Klienten ist für die Betreuung aus- | |

| | | | | | |
|------------|----|-------------|---|---|---|
| | | | drücklicher als die Diagnose. | sagekräftiger als die Diagnose. | ab |
| 109 | P9 | 122 (12) | Nutzung der Diagnose als Rechtfertigung für das Verhalten des Klienten durch die Fachkraft, um eine professionelle Distanz aufrechtzuerhalten. | Abgrenzung durch Verständnis für das Verhalten des Klienten. | <ul style="list-style-type: none"> – Können Betreuung beeinflussen <p><u>K3 Relevanz der Diagnose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Für grobes Bild des Klienten, was sich durch die gemeinsame Arbeit ändert oder erweitert |
| 110 | P9 | 122 (26) | Die Diagnose hat einen hintergründigen Stellenwert in der Betreuung und wird da hinzugezogen, wo sie nützlich ist. Im Vordergrund steht die Person an sich. | Der Klient steht im Vordergrund, seine Diagnose im Hintergrund und kann bei Bedarf hinzugezogen werden. | <ul style="list-style-type: none"> – Abgrenzung durch Verständnis für das Verhalten des Klienten – Steht im Hintergrund und kann bei Bedarf hinzugezogen werden, Klient steht im Vordergrund |
| 111 | P9 | 123 (7) | Vorurteile sind durch Vorerfahrungen mit einer Diagnose vorhanden und beeinflussen den Umgang mit neuen Klienten. | Stigmatisierung eines neuen Klienten durch Vorerfahrungen mit der Diagnose. | <ul style="list-style-type: none"> – Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome in Teamsitzungen – Diagnose meist nur zu Betreuungsbeginn aktuell |
| 112 | P9 | 123 (29) | Je mehr Vorerfahrungen gemacht werden, desto breiter werden die Bilder zu den Diagnosen und wir- | Die Stigmatisierung nimmt durch die Zunahme der Vorerfahrungen ab. | <ul style="list-style-type: none"> – Große Rolle bei der Bearbeitung der Teilhabe – Erkennen von Verhaltensmustern |

| | | | | | |
|------------|----|-------------|--|---|--|
| | | | ken so weniger stigmatisierend. | | <ul style="list-style-type: none"> – Das Thema Diagnose weist aufgrund ihres wachsenden Stellenwertes Aktualität auf. <p><u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Diagnosenennung bei Fallvorstellung neuer Klienten lässt Vorurteile entstehen – Vernachlässigung anderer/weiterer Erkrankungen – Kann für Erhalt von benötigter Unterstützung hinderlich sein |
| 113 | P9 | 124 (10) | In Fallberatungen oder Supervisionen wird bei Analysen oder Reflexionen auf die Verhaltensmuster der bekannten Klienten geschaut und nicht auf die Diagnose. | In Teamsitzungen wird der Fokus auf die jeweiligen Verhaltensmuster und nicht auf die Diagnose der bereits bekannten Klienten gerichtet | |
| 114 | P9 | 124 (23) | Bei der Vorstellung neuer Klienten werden die Diagnosen genannt, was Vorurteile bei den Fachkräften auslöst. | Vorurteile entstehen bei der Fallvorstellung neuer Klienten durch die Nennung der Diagnose. | |
| 115 | P9 | 125 (20) | In Fallbesprechungen könnten für die jeweilige Situation wichtige Aspekte aufgrund der Fixierung auf die genannte Diagnose außer Acht gelassen werden. | Für die Situation hilfreiche Aspekte könnten durch die Fixierung auf die diagnosespezifischen Symptome außer Acht gelassen werden. | |
| 116 | P9 | 126 (2) | Die Diagnosen werden im BeWo allgemein grundlegend bei der Fallvorstellung und der Dokumenten- | Berücksichtigung der Diagnose bei der Fallvorstellung und der Dokumentation im BeWo. | |

| | | | | | |
|------------|----|-------------|--|---|--|
| | | | tation berücksichtigt. | | |
| 117 | P9 | 126 (18) | Spätere Änderungen der Diagnose werden dem BeWo nicht zwingend mitgeteilt und sind so häufig nicht aktuell. | Die Diagnose ist meist nur zu Betreuungsbeginn aktuell. | |
| 118 | P9 | 127 (16) | Bei der Ermöglichung von Teilhabe an der Gesellschaft, was oft Teil des Betreuungsauftrages ist, ist die Erkrankung oft Thema. | Die Erkrankung spielt in der Betreuung bei der Bearbeitung der Teilhabe eine große Rolle. | |
| 119 | P9 | 127 (25) | Die Diagnose ist bei dem Erkennen von Verhaltensmustern hilfreich. | Die Diagnose ist bei dem Erkennen von Verhaltensmustern hilfreich. | |
| 120 | P9 | 127 (10) | Vorerfahrungen können die Betreuung in Stress- und Konfliktsituationen unbewusst beeinflussen. | Vorerfahrungen können die Betreuung beeinflussen. | |
| 121 | P9 | 129 (16) | Diagnosen werden in Kliniken in Bezug auf die Kosten immer wichtiger, weshalb das Thema Aktualität | Das Thema Diagnose weist aufgrund ihres wachsenden Stellenwertes Aktualität auf. | |

| | | | | | |
|-----|-----|--------------|--|---|---|
| | | | tät aufweist. | | |
| 122 | P9 | 129 (18) | Die Diagnose ist Voraussetzung für die Betreuung und kann aufgrund dessen manchmal für den Erhalt von Unterstützung ein Hindernis darstellen. | Die Diagnose kann für den Erhalt von Unterstützung hinderlich sein. | |
| 123 | P9 | 130 (1+8) | Die medizinisch-psychiatrische Diagnose ist für die Betreuung im BeWo nicht notwendig und könnte durch die sozialpädagogische Diagnose ersetzt werden. | Eine sozialpädagogische Diagnose könnte für die Betreuung im BeWo ausreichen. | |
| 124 | P10 | 131 (4) | Die Diagnosen werden an die aktuellen Medien und an neu entwickelte Medikamente angepasst, obwohl die Diagnose nicht zu dem Klienten passt. | Diagnosen werden, an den aktuellen Medien und neu entwickelten Medikamenten orientiert, gestellt. | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> |
| 125 | P10 | 131 (13) | Diagnosen werden für Verlängerungen von Klinikaufhalten gestellt, um so kostengünstig ab- | Diagnosen werden für Verlängerungen von Klinikaufhalten | <ul style="list-style-type: none"> – Diagnosestellung an aktuelle Medien und neuen Medikamenten orientiert – Nutzung für Verlängerungen von Klinikaufhalten – Missachtung der Diagnose für vorurteilsfreien Umgang zu Beginn der Betreuung |

| | | | | | |
|------------|-----|-------------|---|---|---|
| | | | rechnen zu können. | gestellt. | <ul style="list-style-type: none"> – Individuelle Ausprägung wird im Betreuungsverlauf bekannt – Missachtet die Ganzheitlichkeit eines Menschen <p><u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Werden in neuen Betreuungen versucht auszublenden <p><u>K3 Relevanz der Diagnose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Keine Rolle, da Klient individuelle Problemstellungen mitbringt – Beschreibungen der individuellen Auswirkungen werden in Teamsitzungen genutzt – Für groben Überblick hilfreich – Für Transparenz und Kostenübernahme hilfreich und notwendig – Sozialpädagogische Diagnose kann sie nicht ersetzen <p><u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u></p> |
| 126 | P10 | 131 (30) | Zunächst persönliches Kennenlernen eines neuen Klienten, um durch die Diagnose kein vorgefertigtes Bild zu erhalten. | Zu Beginn der Betreuung persönliches Kennenlernen des Klienten um Stigmatisierung zu vermeiden. | |
| 127 | P10 | 132 (9) | Der Klient bringt bestimmte Problemstellungen mit, bei der die Diagnose keine Rolle spielt. | Der Klient bringt bestimmte Problemstellungen mit, bei der die Diagnose keine Rolle spielt. | |
| 128 | P10 | 132 (26) | Die Diagnose eines Klienten ist bei Betreuungsbeginn bekannt, im Betreuungsverlauf stellt sich die jeweilige Ausprägung dieser heraus. | Die individuelle Ausprägung der Diagnose wird erst im Betreuungsverlauf bekannt. | |
| 129 | P10 | 133 (20) | Vorerfahrungen werden bewusst mit in neue Betreuungen genommen und können hilfreich sein, sind aber nicht ausschlaggebend für die Gestaltung der Betreuung und werden versucht auszublenden | Vorerfahrungen sind vorhanden, werden in neuen Betreuungen aber versucht auszublenden. | |

| | | | | | |
|------------|-----|----------|---|--|------------------------------|
| | | | den. | | – Gefahr der Stigmatisierung |
| 130 | P10 | 134 (3) | Die Auswirkungen der jeweiligen Diagnose spielt in Teamsitzungen bei Fallbesprechungen eine große Rolle, um den Kollegen das Krankheitsbild zu verdeutlichen. | Die individuellen Auswirkungen der Diagnosen eines Klienten werden für die Fallvorstellung in Teamsitzungen genutzt. | |
| 131 | P10 | 134 (12) | Die Diagnose kann für einen groben Überblick eines Falles während Teamsitzungen hilfreich sein. | Diagnosen sind für einen groben Überblick eines Falles hilfreich. | |
| 132 | P10 | 134 (17) | Durch die Diagnosenennung kann eine Voreingenommenheit und damit Stigmatisierung entstehen. | Diagnosen bergen die Gefahr der Stigmatisierung. | |
| 133 | P10 | 135 (14) | Die Diagnose ist für eine Transparenz in den Fallbeschreibungen und für die Beantragung der Kostenübernahme der Hilfen hilfreich und notwendig. | Die Diagnose ist für eine gewisse Transparenz und für die Kostenübernahme der Hilfen hilfreich und notwendig. | |
| 134 | P10 | 135 | Die Diagnosestellung und die da- | Die Diagnosestellung missachtet | |

| | | | | | |
|------------|-----|----------|--|---|--|
| | | (27) | mit verbundene Kategorisierung sind eindimensional und missachten die Ganzheitlichkeit eines Menschen. | die Ganzheitlichkeit eines Menschen. | |
| 135 | P10 | 136 (16) | Um die Nutzung der öffentlichen Gelder zu rechtfertigen und dafür Transparenz zu schaffen, ist die Diagnose notwendig. | Die Diagnose ist für die Rechtfertigung der Finanzierung der Hilfen notwendig. | |
| 136 | P10 | 136 (26) | Eine sozialpädagogische Diagnose kann die medizinisch-psychiatrische Diagnose aufgrund des zu geringen Stellenwertes der Sozialpädagogen in der Gesellschaft nicht ersetzen. | Eine sozialpädagogische Diagnose kann die medizinisch-psychiatrische Diagnose nicht ersetzen. | |
| 137 | P11 | 138 (5) | Die Diagnose kann stigmatisierend sein und auch zu Selbststigmatisierung führen. | Die Diagnose kann stigmatisierend sein und zu Selbststigmatisierung führen. | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> |
| 138 | P11 | 138 (6) | Diagnosen können Schutz bieten. | Diagnosen können Schutz bieten. | <ul style="list-style-type: none"> – Missachtung der Diagnose zu Beginn der Betreuung – Arztberichte werden erst später im Betreuungsverlauf gelesen |

| | | | | | |
|------------|-----|-------------|--|--|--|
| 139 | P11 | 138 (27) | Die Diagnose ist zu Beginn einer neuen Betreuung bekannt. Die Arztberichte und damit auch die genaue Beschreibung der Ausprägung werden erst nach mehreren Wochen gelesen. | Zu Beginn der Betreuung persönliches Kennenlernen des Klienten. Erst später werden Berichte gelesen. | <ul style="list-style-type: none"> – Stimmen in der Regel nicht mit der erlebten Wirklichkeit überein – Sozialpädagogische Diagnose wäre für die Arbeit im BeWo sinnvoller <p><u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u></p> |
| 140 | P11 | 139 (4) | Die Diagnosen stimmen in der Regel nicht mit der erlebten Wirklichkeit überein. | Die Diagnosen stimmen in der Regel nicht mit der erlebten Wirklichkeit überein. | <ul style="list-style-type: none"> – Positive Routine – Stigmatisierung möglich <p><u>K3 Relevanz der Diagnose</u></p> |
| 141 | P11 | 139 (8) | Die Diagnose ist für die Erreichung von Rechts- und Versorgungsansprüchen nützlich. | Die Diagnose ist für die Erreichung von Rechts- und Versorgungsansprüchen nützlich. | <ul style="list-style-type: none"> – Für Erreichung von Rechts- und Versorgungsansprüchen, sowie bei administrativen Angelegenheiten nützlich |
| 142 | P11 | 139 (21) | Bei dem Erreichen von persönlichen Grenzen des Klienten innerhalb der Betreuung kann die Diagnose als Erklärung dienen. | Die Diagnose ist für das Verständnis des Verhaltens des Klienten hilfreich. | <ul style="list-style-type: none"> – Für Verständnis des Verhaltens hilfreich – Für den direkten Kontakt mit Klienten unwichtig – Schaffen Überblick über mögliche Probleme oder Ressourcen |
| 143 | P11 | 140 (2) | Die Diagnose spielt in der Arbeit mit dem Klienten im ambulanten | Die Diagnose ist für den Betreuungsinhalt unwichtig. | <ul style="list-style-type: none"> – Fokus auf individuelle Sympt- |

| | | | | | |
|------------|-----|--------------|---|---|--|
| | | | betreuten Wohnen keine Rolle. | | tome in Teamsitzungen |
| 144 | P11 | 140 (11) | Vorerfahrungen spielen in einer neuen Betreuung eine Rolle, bringen Routine und somit hilfreich. | Vorerfahrungen bringen auf positive Weise Routine. | <u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u> <ul style="list-style-type: none"> – Stigmatisierung – Selbststigmatisierung – Kann Schutz bieten – Kann Veränderungen der Situation erschweren oder verhindern |
| 145 | P11 | 140 (13) | Der Einfluss der Vorerfahrungen wird aufgrund von Stigmatisierung und von Individualität der Klienten versucht zu vermeiden | Vorerfahrungen können zu Stigmatisierung führen. | |
| 146 | P11 | 140 (23) | Die Diagnosen zeigen eine grobe Richtung auf, welche Probleme oder Möglichkeiten vorhanden sein könnten. | Die Diagnosen zeigen, welche Probleme oder Ressourcen vorhanden sein könnten. | |
| 147 | P11 | 141 (5+8) | Die Diagnose spielt in Teamsitzungen lediglich am Rande eine Rolle, da sie nicht die individuellen Probleme der Klienten widerspiegeln. | In Teamsitzungen geht es um die individuellen Symptome der Klienten. | |
| 148 | P11 | 142 (9) | Die Diagnose ist bei administrati- | Die Diagnose ist bei administrati- | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|------------|-----|----------|---|---|---------------------------------|
| | | | ven Angelegenheiten, wie bspw. der Durchsetzung der Rechte hilfreich. | ven Angelegenheiten hilfreich. | |
| 149 | P11 | 144 (5) | Eine Diagnose kann von Klienten internalisiert werden, sodass Veränderungen der Situation des Klienten nicht oder nur schwer erreicht werden können. | Es ist möglich, dass eine Diagnose Veränderungen erschwert oder verhindert. | |
| 150 | P11 | 144 (16) | Die Diagnose kann stigmatisierend wirken und so Teilhabe an der Gesellschaft verhindern. | Die Diagnose kann zur Stigmatisierung der Gesellschaft führen. | |
| 151 | P11 | 145 (6) | Da medizinisch-psychiatrische Diagnosen willkürlich vergeben werden können, wäre eine sozialpädagogische Diagnose für die Arbeit zwar umständlicher, aber sinnvoller. | Eine sozialpädagogische Diagnose wäre für die Arbeit sinnvoller. | |
| 152 | P12 | 147 | Die Diagnose führt zu Voreingenommenheit dem Klienten gegen- | Zu Beginn der Betreuung muss der Klient in seiner Individualität ken- | <u>K1: Haltung zur Diagnose</u> |

| | | | | | |
|------------|-----|----------|---|---|--|
| | | (25) | über, weshalb sie zu Beginn versucht wird, den Menschen selbst ohne das Wissen über die spezifische Diagnose kennenzulernen. | nengelernt werden, um Stigmatisierung zu vermeiden. | <ul style="list-style-type: none"> – Zunächst Missachtung der Diagnose, um Klienten in Individualität kennenzulernen – Klienten mit der gleichen Diagnose haben individuelle Auswirkungen – Klienten müssen ganzheitlich betrachtet werden – Sozialpädagogische Diagnose würde für Arbeit im BeWo ausreichen |
| 153 | P12 | 148 (2) | Die Bezeichnung der Diagnose hilft zu Beginn der Betreuung dabei, eine grobe Einschätzung des Falles zu bekommen. | Die Diagnose ist für eine grobe Einschätzung des Falles hilfreich. | |
| 154 | P12 | 148 (9) | Klienten, die die gleiche Diagnose haben, weisen nicht unbedingt die gleichen Verhaltensweisen, Ressourcen und Fähigkeiten auf. | Eine Diagnose hat individuelle Auswirkungen auf einen Klienten und dessen Verhalten, Ressourcen, sowie Fähigkeiten. | <p><u>K2: Einfluss der Vorerfahrungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Positive Routine <p><u>K3 Relevanz der Diagnose</u></p> |
| 155 | P12 | 148 (21) | Vorerfahrungen verhelfen einer Fachkraft zu einer gewissen Routine, sodass Situationen besser eingeschätzt werden können. | Vorerfahrungen bringen auf positive Weise Routine. | <ul style="list-style-type: none"> – Für grobe Einschätzung des Falles hilfreich – Beschreibungen der individuellen Auswirkungen werden in Teamsitzungen genutzt – Für administrative Tätigkeiten hilfreich – Netzwerkarbeit |
| 156 | P12 | 148 (30) | Vorerfahrungen können dazu führen, Klienten mit der gleichen Di- | Vorerfahrungen können Stigmatisierungen hervorrufen. | |

| | | | | | |
|------------|-----|-------------|---|---|--|
| | | | agnose zu vergleichen. | | <ul style="list-style-type: none"> – Im direkten Kontakt nicht notwendig <p><u>K4: Auswirkungen der Diagnose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Voreingenommenheit dem Klienten gegenüber – Stigmatisierung möglich |
| 157 | P12 | 149 (12) | Die Diagnose spielt in Teamsitzungen am Rand eine Rolle. Im Mittelpunkt stehen die individuellen Eigenschaften und Ressourcen des Klienten. | Im Mittelpunkt der Teamsitzungen stehen die individuellen Eigenschaften des Klienten. | |
| 158 | P12 | 149 (26) | Die Diagnose ist bei administrativen Tätigkeiten und in der Netzwerkarbeit wichtig und hilfreich. | Die Diagnose ist bei administrativen Tätigkeiten und in der Netzwerkarbeit wichtig und hilfreich. | |
| 159 | P12 | 150 (14) | Die Diagnose kann zu einem „Schubladen-Denken“ führen. | Die Diagnose kann zu einer Stigmatisierung führen. | |
| 160 | P12 | 150 (19) | In der Arbeit im ambulant betreuten Wohnen muss der Klient ganzheitlich betrachtet werden, um ihn betreuen zu können. | Der Klient muss ganzheitlich betrachtet werden. | |
| 161 | P12 | 151 (15) | Für die Arbeit im direkten Kontakt mit dem Klienten wird die Diagnose nicht benötigt. | Für die Arbeit im direkten Kontakt mit dem Klienten wird die Diagnose nicht benötigt. | |

| | | | | | |
|------------|-----|-------------|---|---|--|
| 162 | P12 | 151 (25) | Die sozialpädagogische Diagnose würde für die Arbeit im ambulant betreuten Wohnen ausreichen. | Die sozialpädagogische Diagnose würde für die Arbeit im ambulant betreuten Wohnen ausreichen. | |
|------------|-----|-------------|---|---|--|

b Letzte Reduktion der Inhaltsanalyse

| Kategorie | Person | Generalisierung | Reduktion |
|---|--------|---|--|
| K1: Haltung zur med.-psych. Diagnose | 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Abgrenzung durch Verständnis - Diagnose zum Verständnis des Verhaltens — Bewusster Umgang mit Diagnose wichtig | <p>Subkategorie 1: Umgang mit der Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fokussierung auf Verhaltensweisen - Überprüfen der Diagnose anhand Symptome - Missachtung der Diagnose für vorurteilsfreien Umgang |
| | 2 | <ul style="list-style-type: none"> — Diagnose im Umgang mit Klienten zunächst unwichtig - Missachtung der Diagnose für vorurteilsfreien Umgang - Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome | |
| | 3 | <ul style="list-style-type: none"> — Zum Verständnis des Verhaltens hilfreich — Fortbildungen für sicheren Umgang - Überprüfen der Diagnose anhand Symptome | <p>Subkategorie 2: Nutzen der Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abgrenzung durch Verständnis - Diagnose zum Verständnis des Verhaltens - Richtung für Betreuungsplanung |
| | 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigt keine Verhaltensweisen — Missachtung der Diagnose für vorurteilsfreien Umgang | <p>Subkategorie 3: Kritik an der Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose berücksichtigt keine Verhaltensweisen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> — Diagnose im Umgang mit Klienten unwichtig — Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome | <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose ist hinderlich und nicht notwendig, hohe Sensibilität für den Umgang erforderlich → Empowerment-Konzept - Diagnosestellung an aktuelle Medien und neuen Medikamenten orientiert - Nutzung für Verlängerungen von Klinikaufenthalten - Diagnose missachtet die Ganzheitlichkeit die Menschen - Diagnosen stimmen in der Regel nicht mit der erlebten Wirklichkeit überein |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> - Richtung für Betreuungsplanung — Umgang nicht auf Diagnose sondern auf individuelle Beeinträchtigungen ausrichten — Hohe Sensibilität erforderlich, um lösungs- und ressourcenorientiert zu arbeiten und sein Handeln nicht auf der Diagnose beruhen zu lassen. | | |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose wird zu Beginn bewusst abgefragt — Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome | | |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose nicht notwendig → Empowerment-Konzept — Unvoreingenommenheit — Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome | | |
| 9 | <ul style="list-style-type: none"> - Wissen über Auswirkungen einer Diagnose ist wichtig — Die Diagnose selbst ist hinderlich und nicht notwendig | | |

| | | | |
|--|----|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> — Situationsbeschreibung des Klienten aussagekräftiger — Sozialpädagogische Diagnose könnte für Arbeit im BeWo ausreichen | |
| | 10 | <ul style="list-style-type: none"> – Diagnosestellung an aktuelle Medien und neuen Medikamenten orientiert – Nutzung für Verlängerungen von Klinikaufhalten — Missachtung der Diagnose für vorurteilsfreien Umgang zu Beginn der Betreuung — Individuelle Ausprägung wird im Betreuungsverlauf bekannt – Missachtet die Ganzheitlichkeit eines Menschen | |
| | 11 | <ul style="list-style-type: none"> — Missachtung der Diagnose zu Beginn der Betreuung – Arztberichte werden erst später im Betreuungsverlauf gelesen – Stimmen in der Regel nicht mit der erlebten Wirklichkeit überein — Sozialpädagogische Diagnose wäre für die Arbeit im BeWo sinnvoller | |
| | 12 | <ul style="list-style-type: none"> — Zunächst Missachtung der Diagnose, um Klienten in Individualität kennenzulernen | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> — Klienten mit der gleichen Diagnose haben individuelle Auswirkungen — Klienten müssen ganzheitlich betrachtet werden — Sozialpädagogische Diagnose würde für Arbeit im BeWo ausreichen | |
| K2: Einfluss der Vorerfahrungen | 1 | <ul style="list-style-type: none"> – Positive Routine – Stigmatisierung – Bewusster Umgang | <p>Subkategorie 1: Negativer Einfluss der Vorerfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisierung - Unbewusste Verarbeitung in neuen Betreuungen - Vorurteile sind vorhanden und die Voreingenommenheit beeinflussen neue Betreuungen <p>Subkategorie 2: Positiver Einfluss der Vorerfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für Verständnis des Verhaltens hilfreich - Positive Routine - Stigmatisierung nimmt durch Zunahme der Vorerfahrungen ab - Übertragung/individuelle Anpassung gelungener Interventionen |
| | 2 | <ul style="list-style-type: none"> – Für Verständnis des Verhaltens hilfreich | |
| | 3 | <ul style="list-style-type: none"> – Übertragung/individuelle Anpassung gelungener Interventionen — Unbewusste Nutzung — Vorerfahrungen prägen individuellen Umgang – Weitergabe schwierig, da Verallgemeinerung nicht möglich — Gewisse Voreingenommenheit | |
| | 5 | <ul style="list-style-type: none"> – Unbewusste Verarbeitung in neuen Betreuungen – Nutzung der Vorerfahrungen des Teams | |

| | | | |
|-------------------------------|----|--|--|
| | 6 | <ul style="list-style-type: none"> - Werden ausgeblendet, da nicht unbedingt passend - Sind hilfreich, aber Offenheit für Veränderung/Erweiterung | <p>Subkategorie 3: Umgang mit Vorerfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übertragung/individuelle Anpassung gelungener Interventionen - Bewusster Umgang mit Vorerfahrungen ist wichtig und kann hilfreich sein - Werden ausgeblendet, da nicht unbedingt passend - Sind hilfreich, aber Offenheit für Veränderung/Erweiterung - Weitergabe schwierig, da Verallgemeinerung nicht möglich |
| | 7 | <ul style="list-style-type: none"> — Unbewusster Einfluss — Bewusste Nutzung möglich und hilfreich | |
| | 8 | <ul style="list-style-type: none"> — Werden genutzt | |
| | 9 | <ul style="list-style-type: none"> - Vorurteile sind vorhanden und beeinflussen neue Betreuungen - Stigmatisierung nimmt durch Zunahme der Vorerfahrungen ab — Können Betreuung beeinflussen | |
| | 10 | <ul style="list-style-type: none"> — Werden in neuen Betreuungen versucht auszublen- blenden | |
| | 11 | <ul style="list-style-type: none"> — Positive Routine — Stigmatisierung möglich | |
| | 12 | <ul style="list-style-type: none"> — Positive Routine | |
| K3: Relevanz der med.- | 1 | <ul style="list-style-type: none"> — Neue Fallvorstellung mit Diagnosenennung - Für die Betreuung in alltäglichen Lebensbereichen wenig Bedeutung | <p>Subkategorie 1: Nutzen der Diagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für Netzwerkarbeit hilfreich und notwendig |

| | | | |
|------------------------|---|---|---|
| psych. Diagnose | | <ul style="list-style-type: none"> - Keine Fallvergleiche durch Diagnose - Für Netzwerkarbeit hilfreich und notwendig - Sensibilität gegenüber diagnostischen Symptomen | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilität gegenüber diagnostischen Symptomen - Schaffen Überblick über mögliche Probleme oder Ressourcen - Nutzung von hilfreichen Anregungen der Teammitglieder - Psychoedukation - Einschätzung Gefährdungslage - Aufgrund der Spezialisierung auf verschiedene Diagnosen wird die Diagnose berücksichtigt. - Sicherheit im Umgang - Einordnung von Verhaltensweisen und Handlungsstrategien - Rahmenbedingungen für Betreuung - Für Abrechnung und Rechtfertigung der Hilfe hilfreich und notwendig - Abgrenzung durch Verständnis für das Verhalten des Klienten - Steht im Hintergrund und kann bei Bedarf |
| | 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose wird als Grundlage für die Betreuung genutzt - Nutzung von hilfreichen Anregungen der Teammitglieder - Diagnose für Betreuung nicht erforderlich | |
| | 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Für Netzwerkarbeit notwendig - In manchen Betreuungen keine Relevanz - Für die Einordnung des Klienten in Fallbesprechungen - Psychoedukation - Einschätzung Gefährdungslage - Aufgrund der Spezialisierung auf verschiedene Diagnosen wird die Diagnose berücksichtigt. | |
| | 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Sicherheit im Umgang | |

| | | |
|---|--|---|
| | — Verständnis von Verhaltensweisen | <p>hinzugezogen werden, Klient steht im Vordergrund</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für Erreichung von Rechts- und Versorgungsansprüchen, sowie bei administrativen Angelegenheiten nützlich - Große Rolle bei der Bearbeitung der Teilhabe - Sozialpädagogische Diagnose kann sie nicht ersetzen <p>Subkategorie 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für die Betreuung in alltäglichen Lebensbereichen wenig Bedeutung - Keine Fallvergleiche durch Diagnose - Spielen keine Rolle, sondern vielmehr der Hilfebedarf - Arztberichte werden gelesen aber nicht weiter genutzt - Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome in Teamsitzungen - Diagnose meist nur zu Betreuungsbeginn aktuell |
| 5 | - Einordnung von Verhaltensweisen und Handlungsstrategien | |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> - Voraussetzung für Betreuung — Psychoedukation — Finanzierung der Hilfen — In Teamsitzungen keine → Individualität — Verständnis für Verhaltens- und Handlungsweisen — Diagnose ist notwendig | |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> - Spielen keine Rolle, sondern vielmehr der Hilfebedarf - Arztberichte werden gelesen aber nicht weiter genutzt — Fokus auf Klienten selbst in Teamsitzungen — Als Rahmenbedingung für Betreuung - Die Diagnosestellung geschieht manchmal nur aufgrund der Voraussetzung für die Unterstützung. | |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> - Für Abrechnung und Rechtfertigung der Hilfe hilfreich und notwendig — Für sicheren Umgang — Für BeWo von Bedeutung | |

| | | |
|----|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> — Netzwerkarbeit — Für die Einordnung des Klienten in Teamsitzungen — Nutzung von hilfreichen Vorerfahrungen der Teammitglieder | <ul style="list-style-type: none"> - Keine Rolle, da Klient individuelle Problemstellungen mitbringt |
| 9 | <ul style="list-style-type: none"> — Für grobes Bild des Klienten, was sich durch die gemeinsame Arbeit ändert oder erweitert - Abgrenzung durch Verständnis für das Verhalten des Klienten - Steht im Hintergrund und kann bei Bedarf hinzugezogen werden, Klient steht im Vordergrund - Fokussierung auf die Verhaltensweisen/Symptome in Teamsitzungen - Diagnose meist nur zu Betreuungsbeginn aktuell - Große Rolle bei der Bearbeitung der Teilhabe — Erkennen von Verhaltensmustern - Das Thema Diagnose weist aufgrund ihres wachsenden Stellenwertes Aktualität auf. | |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> - Keine Rolle, da Klient individuelle Problemstellungen mitbringt — Beschreibungen der individuellen Auswirkungen werden in Teamsitzungen genutzt — Für groben Überblick hilfreich — Für Transparenz und Kostenübernahme hilfreich | |

| | | | |
|------------------------|----|---|--|
| | | <p>und notwendig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sozialpädagogische Diagnose kann sie nicht ersetzen | |
| | 11 | <ul style="list-style-type: none"> - Für Erreichung von Rechts- und Versorgungsansprüchen, sowie bei administrativen Angelegenheiten nützlich — Für Verständnis des Verhaltens hilfreich — Für den direkten Kontakt mit Klienten unwichtig und nicht notwendig - Schaffen Überblick über mögliche Probleme oder Ressourcen — Fokus auf individuelle Symptome in Teamsitzungen | |
| | 12 | <ul style="list-style-type: none"> — Für grobe Einschätzung des Falles hilfreich — Beschreibungen der individuellen Auswirkungen werden in Teamsitzungen genutzt — Für administrative Tätigkeiten hilfreich — Netzwerkarbeit — Im direkten Kontakt nicht notwendig | |
| K4: Auswir- | 1 | <ul style="list-style-type: none"> — Fokussierung auf Diagnose hinderlich für Klienten | <p>Subkategorie 1: Folgen der Stigmatisierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schadet der Individualität |

| | | | |
|---|---|---|--|
| kungen der med.- psych. Di- agnose | 2 | — Stigmatisierung | <ul style="list-style-type: none"> - Einfluss auf Selbstbild des Klienten - Sicherheit im Umgang - Missachtung der Ressourcen - Einfluss auf Entwicklung des Klienten - Vernachlässigung anderer/weiterer Erkrankungen - Betreuung ist vorurteilsbehaftet - Selbststigmatisierung <p>Subkategorie 2: Reflexion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prävention durch Reflexion - Durch ständige Reflexion keine Auswirkungen |
| | 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisierung- <ul style="list-style-type: none"> → Prävention durch Reflexion → schadet Individualität → Einfluss auf Selbstbild - Vernachlässigung anderer/ weiterer Erkrankungen | |
| | 4 | <ul style="list-style-type: none"> — Stigmatisierung <ul style="list-style-type: none"> → Sicherheit im Umgang - → Prävention durch Reflexion | |
| | 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Gefahr, Ressourcen außer Acht zu lassen | |
| | 6 | <ul style="list-style-type: none"> — Gefühl der Reduzierung auf Diagnose möglich — Stigmatisierung | |
| | 8 | <ul style="list-style-type: none"> — Unbewusste Stigmatisierung <ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisierung beeinflusst Entwicklung der Klienten — Vernachlässigung der Individualität - Betreuung beginnt vorurteilsbehaftet | |

| | | | |
|--|----|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Durch ständige Reflexion keine Auswirkungen | |
| | 9 | <ul style="list-style-type: none"> — Diagnosenennung bei Fallvorstellung neuer Klienten lässt Vorurteile entstehen — Vernachlässigung anderer/ weiterer Erkrankungen | |
| | 10 | <ul style="list-style-type: none"> — Gefahr der Stigmatisierung | |
| | 11 | <ul style="list-style-type: none"> — Stigmatisierung - Selbststigmatisierung — Kann Veränderungen der Situation erschweren oder verhindern | |
| | 12 | <ul style="list-style-type: none"> — Voreingenommenheit dem Klienten gegenüber - Stigmatisierung möglich | |