

# Die Auswirkungen sozialarbeiterischer Konzepte mit Angehörigen auf die Gesundheit von Drehtürpatient\*innen

Laura Tröbinger, 1610406042

Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades  
Bachelor of Arts in Social Sciences  
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 29.04.2019

Version: 1

Begutachterin: Veronika Böhmer BA

## Abstract, Deutsch

Die folgende Bachelorarbeit behandelt die Auswirkungen des Kontaktes von Angehörigen auf die Gesundheit von Drehtürpatient\*innen. Dafür wurden sieben leitfadengestützte Interviews nach Flick (2016) herangezogen, wobei verschiedene Sichtweisen von Professionist\*innen, Angehörigen und Patient\*innen erhoben wurden. Diese wurden anschließend mithilfe des Offenen Kodierens nach Strauss und Corbin (1996) ausgewertet. In der den Hauptteil bildenden Ergebnisdarstellung wird die derzeitige Einbindung von Angehörigen seitens der Sozialen Arbeit thematisiert, ob ein Änderungsbedarf diesbezüglich gesehen wird und wie eine ideale Konzeptgestaltung dahingehend aussehen könnte. Diesbezügliche Handlungsmaßnahmen setzen sich folglich aus der Salutogenese, Öffentlichkeitsarbeit, Reaktivierung sozialer Unterstützung und Angehörige als eigene Gruppe anzusprechen zusammen.

## Abstract, English

The following bachelor thesis deals with the effects of contact of relatives on the health of heavy users. Therefore, seven guideline-based interviews according to Flick (2016) were used, whereby different perspectives from professionals, relatives and patients were collected. Afterwards these were evaluated using open encoding according to Strauss and Corbin (1996). In the main part of the paper the presentation of results the focus is primarily on the current involvement of relatives in social work, whether a need for change is seen and what an ideal concept design could look like. Therefore, these actions consist the salutogenesis, public relations, reactivation of social support and addressing relatives as a separate group.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Forschungsinteresse und Vorannahmen</b> .....	<b>5</b>
2.1	Forschungsinteresse und Forschungsziel .....	5
2.2	Forschungsfrage und Unterfragen .....	5
2.3	Vorannahmen .....	6
<b>3</b>	<b>Begriffsdefinitionen</b> .....	<b>7</b>
3.1	Drehtüreffekt .....	7
3.2	Angehörige .....	7
3.3	Gesundheit .....	7
3.4	Kontakt .....	9
<b>4</b>	<b>Forschungsdesign und Erhebungsinstrumente</b> .....	<b>10</b>
4.1	Interviewpartner*innen/Drehtürpatient*innen .....	10
4.2	Leitfaden - Interviews .....	10
4.3	Teilnehmende Beobachtung .....	11
4.4	Gemeinsamer Datenpool .....	12
4.5	Auswertungsmethode: Offenes Kodieren .....	12
<b>5</b>	<b>Ergebnisdarstellung</b> .....	<b>12</b>
5.1	Soziales Umfeld von Drehtürpatient*innen .....	13
5.2	Wahrnehmung der Sozialen Arbeit .....	14
5.3	Angehörige als krankes Netzwerk .....	15
5.4	Derzeitige Einbindung von Angehörigen .....	16
5.5	Handlungskonzept für die Angehörigenarbeit .....	17
5.5.1	Salutogenese .....	18
5.5.2	Angehörige als eigene Gruppe ansprechen .....	19
5.5.3	Öffentlichkeitsarbeit .....	20
5.5.4	Aktivierung sozialer Unterstützung/Ressourcen .....	21
<b>6</b>	<b>Resümee</b> .....	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>Diskussion und Ausblick</b> .....	<b>23</b>
	<b>Literatur</b> .....	<b>25</b>
	<b>Daten</b> .....	<b>27</b>
	<b>Abkürzungen</b> .....	<b>28</b>
	<b>Abbildungen</b> .....	<b>28</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>29</b>

# 1 Einleitung

Diese qualitative Forschungsarbeit wurde im Rahmen des Projektes „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme des Gesundheitswesens“ angelegt. Das Projektteam behandelte die Thematik der Drehtürpatient\*innen und in weiterer Folge, ob und wie sozialarbeiterische Handlungskonzepte dabei eingesetzt werden könnten. Die Ergebnisse dieser Arbeit und die der anderen der Projektgruppe, bestehend aus neun Studierenden der Fachhochschule St. Pölten, sollen dazu beitragen, diese Konzepte für die Soziale Arbeit bereit zu stellen, wofür jede\*r einen anderen Themenfokus setzte.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Beziehung zwischen Angehörigen und Drehtürpatient\*innen und ob diese einen Einfluss auf die Gesundheit der Patient\*innen hat. Hierfür wurden verschiedene Sichtweisen, nämlich die der Sozialen Arbeit, Drehtürpatient\*innen und Angehöriger erhoben. Dabei wurde die Wahrnehmung dieser drei Gruppen untersucht und wie die derzeitige Angehörigenarbeit seitens der Sozialen Arbeit gestaltet ist. Dabei wird vorrangig darauf geachtet, inwiefern sich Angehörige auf die Gesundheit von Drehtürpatient\*innen auswirken und ob dementsprechend ein Bedarf an veränderten oder neuen Handlungskonzepten gesehen wird.

Im Rahmen einer Masterthesis der Fachhochschule St. Pölten wurden im Jahr 2017 alternative Vermittlungs- und Versorgungspfade für Menschen mit akutem psychosozialen Handlungsbedarf erforscht (vgl. Bastecky et al. 2017). Hierbei wurde das Thema „Angehörige“ kurz angeschnitten und erläutert, dass diese kaum miteinbezogen werden. Es wird beschrieben, dass diese selten als Ressource seitens der Professionist\*innen gesehen werden und häufig eine Schwierigkeit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen geäußert wurde (vgl. ebd.:93-94). Auch wenn die Thematik nur innerhalb eines geringen Ausmaßes aufgegriffen wurde, zeigt diese, dass eine formulierte Problematik in Bezug darauf besteht. Deshalb sehe ich einen erhöhten Handlungsbedarf für dieses Anliegen, welches anschließend ausführlich behandelt wird.

Die Gliederung dabei bildet das Forschungsinteresse der Gruppe, wie auch die persönliche Einbindung und die damit verbundenen Vorannahmen. Des Weiteren werden sämtliche Begriffe definiert, welche eine Relevanz für die Forschung haben und daraufhin das Forschungsdesign erläutert. Dabei wird darauf eingegangen, welche Daten wie erhoben und ausgewertet wurden und begründet, warum dies so gewählt wurde. Im Hauptteil der Arbeit folgt die Ergebnisdarstellung, welche sich aus der Datenerhebung, Literatur und eigenen Interpretationen zusammensetzt. Den Schluss bilden das Resümee und ein Ausblick, in dem eine Zusammenfassung der Ergebnisse und kritische Reflexionen in Bezug auf diese beschrieben werden.

## 2 Forschungsinteresse und Vorannahmen

In diesem Kapitel wird sowohl das gemeinsame als auch das individuelle Forschungsinteresse und Ziel dargestellt. Daraus resultierend werden die Forschungs- und Unterfragen definiert, welche in der Ergebnisdarstellung beantwortet werden.

### 2.1 Forschungsinteresse und Forschungsziel

Das Forschungsinteresse der Projektgruppe geht davon aus, dass Menschen, welche innerhalb sehr kurzer Zeit Services des Gesundheitswesens mehrmals hintereinander in Anspruch nehmen, auch sogenannte Drehtürpatient\*innen, oft fehladressiert sind oder werden. Die Annahme ist, dass persönliche Nöte wie Einsamkeit, Obdachlosigkeit oder psychiatrische Notlagen im Vordergrund dieser Patient\*innen stehen. Das Ziel des Projekts ist daher zu erforschen, ob und wie Sozialarbeiter\*innen im Gesundheitsbereich eingesetzt werden und welche Handlungskonzepte dahingehend entwickelt werden müssen, um Drehtürpatient\*innen adäquat betreuen zu können (vgl. Böhmer / Novosad 2018).

Mein persönliches Forschungsinteresse liegt darin, ob oder wie sich das Vorhandensein von Angehörigen auf die Gesundheit von Drehtürpatient\*innen auswirkt und wie die Soziale Arbeit diese Information nutzen kann. Meine Vorannahme ist das Angehörige situationsbedingt sowohl eine Be- als auch Entlastung darstellen können und dass die Soziale Arbeit, da diese ressourcenorientiert vorgeht, dies in der Fallbearbeitung miteinbeziehen sollte. Diese Annahme stützt sich vor allem darauf, dass psychosoziale Faktoren die Gesundheit von Drehtürpatient\*innen beeinflussen und „die Unterstützung durch das soziale Umfeld“ (Dieplinger 2008:30) ebenso einer dieser Faktoren ist. Daher ist das Ziel dieser Arbeit, Methoden oder Handlungskonzepte für die Soziale Arbeit zu entwickeln, welche für den Umgang mit Angehörigen gedacht sind oder, bei einem Nichtvorhandensein eines sozialen Umfelds, für die Reaktivierung von Angehörigen.

Dieses Forschungsziel deckt sich mit zwei Gesundheitszielen Österreichs, welche lauten: „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“ und „psychosoziale Gesundheit fördern“ (Gesundheitsziele Österreich 2019a). Wie bereits beschrieben ist das soziale Umfeld essentiell, um die psychosoziale Gesundheit gewährleisten zu können. Daher ist es auch ein Ziel dieser Arbeit „das Bewusstsein für psychische Gesundheit und Erkrankungen [zu erhöhen] [...], um Ausgrenzung vorzubeugen“ (Gesundheitsziele Österreich 2019b) und so Angehörige bedarfsgerecht versorgen zu können (vgl. ebd.).

### 2.2 Forschungsfrage und Unterfragen

Anhand von dem beschriebenen Forschungsinteresse und -ziel ergab sich folgende Hauptfragestellung für diese Arbeit:

## **Inwiefern wirkt sich der Kontakt zu Angehörigen auf die Gesundheit von Drehtürpatient\*innen aus und welche Rolle kann die Soziale Arbeit dabei einnehmen?**

Nachstehend von den Unterfragen:

- Wie sollten mögliche Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit für Angehörige von Drehtürpatient\*innen gestaltet sein?
- Kann das soziale Umfeld von Drehtürpatient\*innen genutzt werden, um dem Drehtüreffekt entgegen zu wirken? Und wenn ja, in welcher Form?

### 2.3 Vorannahmen

Bereits die beschriebene Ausgangslage des Projektes beruht auf einer Hypothese, welche zuvor unter Kapitel 2.1 genauer erläutert wird. Aufgrund von Forschungszwecken geht man davon aus, dass die beschriebene Hypothese von Drehtürpatient\*innen bestätigt wurde, um die weitere Forschung ausbauen zu können.

In dieser Forschungsarbeit gehe ich von der Vorannahme aus, dass die Soziale Arbeit die Ressource „Angehörige“ nicht nutzt oder bei Nichtvorhandensein nicht reaktiviert. Um diese Annahme zu erläutern, führe ich das Beispiel „Angehörigenarbeit bei spielsuchterkrankten Menschen“ an. Dieses Exempel ist besonders passend, da Personen mit chronischen Krankheiten als Drehtürpatient\*in bezeichnet werden können und die Gruppe von Suchterkrankten sich hier einordnen lässt. Im Fachlexikon der Sozialen Arbeit wird Sucht so beschrieben, „dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird“ (Sauer mann 2017:894). Da das Verhalten als nicht mehr steuerbar und unkontrollierbar beschrieben und folglich kontinuierlich fortgesetzt wird, kann dies mit einer chronischen Krankheit gleichgesetzt werden. Beispielsweise wird Alkoholabhängigkeit laut des ICD-10 auch als chronischen Alkoholismus bezeichnet (vgl. ICD-10 2016).

Für das Projekt „TrotzdemGESUND“ wurde eine Pilotstudie in Graz durchgeführt, welche dazu dienen sollte, die belastete Gruppe Angehörige von spielsuchterkrankten Personen zu stärken und zu unterstützen (vgl. Frauenservice Graz 2017:7). Im Rahmen dessen ist daraus das Praxis-Handbuch Angehörigenarbeit Glücksspielsucht resultiert, wofür 52 Gespräche geführt wurden (vgl. ebd.:10). Daraus geht hervor, dass bisher kaum Untersuchungen zu dem Thema Hilfesuchverhalten Angehöriger durchgeführt wurden (vgl. ebd.:40). Daraus ergibt sich die weitere Annahme meinerseits, dass Sozialarbeiter\*innen dem Thema Angehörigenarbeit nicht genügend Bedeutung zuschreiben und daher nach der Anamnese in der Erstberatung das Thema „Angehörige“ nicht weiterbearbeiten.

## 3 Begriffsdefinitionen

Nachfolgend werden Begriffe, welche relevant für die Forschung sind, mit Hilfe von Literaturrecherchen definiert. Die Begriffsbestimmungen sollen dazu dienen, dem\*der Leser\*in ein Verständnis für die Begriffe, sowohl allgemein als auch spezifisch für die Arbeit, geben zu können.

### 3.1 Drehtüreffekt

Da kein definierter Begriff für „Drehtüreffekt“ existiert, wurde dieser gemeinsam von der Projektgruppe beschrieben und mittels einer Abstimmung beschlossen. Das gemeinsame Verständnis lautet wie folgt:

„Der metaphorische Begriff ‚Drehtüreffekt‘ wird in diesem Projekt verwendet, um wiederholte Hilfeanfragen durch Patient\*innen an Allgemeinmediziner\*innen, Primärversorgungseinrichtungen, Notruf- und Rettungsdienste oder Krankenhäuser in kurzen Zeiträumen (trotz Intervention) zu veranschaulichen. Es wird davon ausgegangen, dass diesem Effekt neben strukturellen Problemen unterschiedlichste persönliche Nöte wie Obdachlosigkeit, Einsamkeit, psychiatrische Problemlagen oder Überforderung im Bereich Betreuung und Pflege zugrunde liegen können. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter\*innen und anderen Gesundheitsberufen könnte ganzheitliche und nachhaltige Versorgungsmöglichkeiten mit Betroffenen identifizieren und eine gemeinsame Fallplanung ermöglichen.“ (Projektteam 2019)

### 3.2 Angehörige

Laut dem Fachlexikon der Sozialen Arbeit gibt es keine genaue Definition für Angehörige, lediglich die für die Angehörigenarbeit. Hierbei wird beschrieben, dass all jene gemeint sind, welche „einen hilfe- oder pflegebedürftigen Menschen unentgeltlich pflegen, begleiten oder betreuen: (Ehe-) Partner/innen, erwachsene Kinder alter Eltern, Eltern von Kindern mit Behinderung sowie minderjährige Kinder erkrankter Eltern, aber auch Freunde oder Nachbarn“ (Kohler / Döhner 2017:32-33).

In dieser Arbeit wird der Begriff Angehörige wie folgt verwendet und meint, all die Menschen, die regelmäßig Kontakt mit der zu betreuenden Person pflegen. Unbedeutend ist dabei, ob diese Personen eine betreuende Rolle einnehmen oder aus der Familie bzw. aus dem Bekannten-/Freundeskreis stammen.

### 3.3 Gesundheit

Die Verfassung der WHO<sup>1</sup>, welche im Jahr 1948 in Kraft getreten ist und von 61 Staaten unterzeichnet wurde, beinhaltet folgende Begriffsbezeichnung für Gesundheit: „health is a

---

<sup>1</sup> Abkürzung für World Health Organization

state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (Weltgesundheitsorganisation Europa 1946:1).

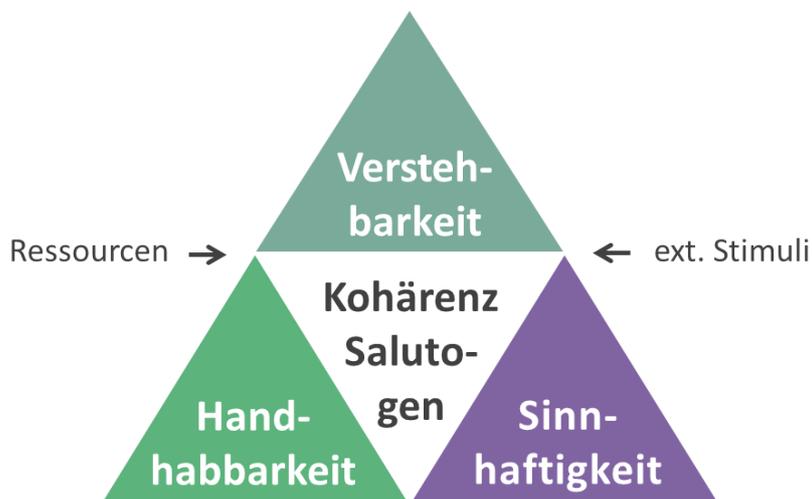
Des Weiteren wurde von der WHO 1986 die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung verfasst (vgl. Weltgesundheitsorganisation Europa 1986:1). In dieser wurden die Voraussetzungen für Gesundheit festgelegt, welche „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“ (ebd.: 1-2) sind.

Zusammenfassend bedeutet dies für den Gesundheitsbegriff laut WHO, dass es sich um das vollständige Wohlergehen eines Individuums handelt, welches allerdings ohne die genannten Voraussetzungen der Ottawa-Charta nicht stattfinden kann. Um die Definition von Gesundheit für diese Arbeit noch genauer eingrenzen zu können, muss zuerst verstanden werden, wie Gesundheit entsteht. Dafür ziehe ich die Entwicklung der Salutogenese heran, welche von Aaron Antonovsky konzipiert wurde (vgl. Forbech et. al. 2017:25).

Im Jahr 1979 wurde Antonovsky's Buch „Health, Stress and Coping“ veröffentlicht, welches zum ersten Mal das Model der Salutogenese beinhaltet und das Konzept der Kohärenz (vgl. Antonovsky 1990:77; zit. in Forbech et. al. 2017:31). Antonovsky war kein Anhänger der Gesundheitsdefinition der WHO, was er folgendermaßen begründete: „it cannot be operationalized and therefore cannot be measured, it is too optimistic without dynamic reference to the struggles of life, and most importantly: it opens up for “medical imperialism”“ (Antonovsky 1979:53; zit. in. Forbech et. al. 2017:37). Er wollte eine spezifischere Definition von Gesundheit, welche nicht wertorientiert, sondern messbar und daher nützlich für die empirische Forschung sein sollte (vgl. Forbech et. al. 2017:37). Antonovsky beschrieb Gesundheit als Kontinuum und nicht als Unterscheidung zwischen gesund und krank. Laut ihm handelt es sich dabei um eine Interaktion, sowie zwischen gesundheitsfördernden Faktoren und Stressoren und wie Menschen damit umgehen. Dies begründet er mit dem Kohärenzgefühl, ob jemand Stressoren gesundheitsfördernd oder schädigend bewältigt (vgl. Antonovsky 1985:o.A; zit. in Forbech et. al. 2017:39). In seiner Veröffentlichung „Unravelling the mystery of health“ 1987 definierte er das Kohärenzgefühl in drei Faktoren: „(1) comprehensibility [...] (2) manageability [...] (3) meaningfulness“ (Forbech et. al. 2017:32). Solange ein Mensch über diese Fähigkeiten (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) verfügt, kann dieser auch Stressfaktoren überwinden und wird keinerlei gesundheitsschädigenden Folgen davontragen (vgl. ebd.:25.39). Zur besseren Veranschaulichung der Faktoren des Kohärenzgefühls wurde folgende Abbildung hinzugefügt.

Abb. 1: Dreieck der Salutogenese

„Meine Welt ist verständlich, stimmig, geordnet;  
auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe,  
kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen.“



„Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens, meiner aktuellen Probleme mobilisieren kann.“

„Für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt.“

Für die Beantwortung der Forschungsfrage, inwiefern sich der Kontakt von Angehörigen auf die Gesundheit von Drehtürpatient\*innen auswirkt, wird hauptsächlich die Salutogenese herangezogen werden. Dies begründet sich darin, da es in diesem Modell um die Gesundheitsentstehung geht und diese nicht nur als Dichotomie zwischen gesund und krank unterschieden wird. Des Weiteren ist Antonovsky's Ansatz ideal geeignet für die Soziale Arbeit, wenn es sich um das Thema Gesundheitsförderung handelt, da gezielter mit Hilfe der Salutogenese bei Klient\*innen angesetzt und dessen Kohärenzgefühl gefördert werden kann

### 3.4 Kontakt

Um die Definition des Wortes Kontakt festzulegen, wird dies mit Hilfe des Synonyms Interaktion beschrieben. Dies wird als „das aufeinander bezogene und sich gegenseitig beeinflussende Handeln von zwei oder mehr Personen“ (Fröhlich-Gildhoff 2017:444) bestimmt, „unter den Gesichtspunkten der Kommunikation, aber auch des Austausches“ (ebd.:445).

In Bezug auf diese Arbeit und die zu beantwortende Forschungsfrage ist das Handeln, die Kommunikation und der Austausch zwischen Drehtürpatient\*innen und deren Angehörigen gemeint.

## 4 Forschungsdesign und Erhebungsinstrumente

Im folgenden Kapitel wird auf die verschiedenen Erhebungsinstrumente genauer eingegangen und beschrieben. Es wird erläutert warum diese gewählt wurden und welche Personen dafür befragt wurden. Im Anschluss daran wird auf die Auswertungsmethode Bezug genommen und ebenfalls kurz beschrieben warum die Entscheidung darauf fiel.

### 4.1 Interviewpartner\*innen/Drehtürpatient\*innen

Aufgrund der zuvor beschriebenen Definition des Drehtüreffektes (siehe Kapitel 3.1) wurden die Interviewpartner\*innen für diese Forschung ausgewählt. Alle drei befragten Interviewpartner\*innen beziehungsweise Drehtürpatient\*innen sind bereits jahrelang in einer oder mehreren Einrichtungen angebunden und leiden unter einer chronischen Erkrankung, weshalb sie wiederholt das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen. Dieselbe Argumentation fand bei der Auswahl der Angehörigen statt. Da sich die Mutter der Angehörigen über einen längeren Zeitraum wiederholt im Krankenhaus befand, konnte diese als Drehtürpatientin bezeichnet werden. Daher wurde durch das Interview mit der Tochter die Angehörigenansicht ebenfalls erhoben.

### 4.2 Leitfaden - Interviews

Für die Forschung wurden drei Komponenten miteinbezogen. Die Expertise von Sozialarbeiterinnen<sup>2</sup>, die persönlichen Erfahrungen von Patient\*innen und die von Angehörigen. Hierfür wurden Leitfaden - Interviews nach Uwe Flick durchgeführt. Die Vorteile von Leitfaden - Interviews liegen vorrangig darin, dass man die individuelle Sicht auf ein Thema gewinnt und bei nicht zufriedenstellenden Antworten nachfragen kann (vgl. Flick 2016:114). Des Weiteren lassen sich durch dieselben Fragestellungen bessere Vergleiche in der unterschiedlichen Wahrnehmung feststellen, welche mit in die Auswertung einbezogen werden können.

Um eine Expert\*innensicht auf das Thema Drehtürpatient\*innen und Angehörige zu gewinnen, wurden zwei Sozialarbeiterinnen, welche in der Primärversorgung tätig sind in Österreich interviewt. Die Interviews fanden in der Einrichtung, gemeinsam mit einer Kollegin des Projekts, statt.

Zusätzlich wurden in derselben Einrichtung drei Patient\*innen bzw. Klient\*innen, welche im Vorfeld informiert und sich am Tag des Interviews freiwillig gemeldet haben, befragt. Auch diese Befragungen wurden gemeinsam mit meiner Kollegin abgehalten. Die Patient\*innen bzw. Klient\*innen wurden über unser Kommen im Vorhinein informiert, kannten allerdings weder die Kerninhalte der Arbeit noch die der Fragen. Dies ist vor allem dahingehend wichtig,

---

<sup>2</sup> Da nur weibliche Sozialarbeiterinnen interviewt wurden, wird auch nur die weibliche Form verwendet.

da Flick für die Interviewdurchführung das Kriterium der Nichtbeeinflussung der Interviewpartner\*innen betont, welches ursprünglich von Merton und Kendall für das fokussierte Interview erstellt wurde (vgl. ebd.).

Zuletzt sollte die Angehörigensicht untersucht werden, um keinen Blickwinkel auf das Thema auszulassen. Auch dies wurde mithilfe eines Leitfadens - Interviews durchgeführt und fand bei der Angehörigen zu Hause in Wien statt. In diesem Fall handelte es sich um die erkrankte Mutter, welche mit paranoider Schizophrenie diagnostiziert (vgl. A1:Z.4) wurde und daher regelmäßig das Krankenhaus aufsuchte bevor sie in einer 24 Stunden Betreuung untergebracht wurde (vgl. ebd.:Z.17-22).

Bei allen befragten Personen wurde sowohl erfragt wie die derzeitige Situation erlebt wird und wie die zukünftige Situation sein könnte oder wie sie wünschenswert wäre. Beispielsweise lag der Fokus bei den Sozialarbeiterinnen darauf, wie sie derzeit mit ihren Klient\*innen arbeiten und welche Angebote in Bezug auf Angehörigenarbeit vorhanden sind, ob sie eine Verbesserung dahingehend selbst wünschen oder den Wunsch seitens der Klient\*innen wahrnehmen. Dieser Fokus wurde ebenso bei den Klient\*innen- und Angehörigeninterviews gelegt, damit daraus zukünftige Handlungskonzepte für die Soziale Arbeit resultieren können.

Jegliche Interviews wurden mit Tonaufnahmen festgehalten und diese anschließend nach Froschauer und Lueger (vgl. 2003:223) transkribiert.

#### 4.3 Teilnehmende Beobachtung

Zusätzlich zu den Interviews fand auch innerhalb der Einrichtung eine teilnehmende Beobachtung, ebenfalls gemeinsam mit meiner Kollegin, statt. Es handelte sich hierbei um eine Feldbeobachtung, welche nach Lamnek protokolliert wurde (vgl. Lamnek 210:562f).

Einmal wöchentlich findet in den Räumlichkeiten der Einrichtung ein Band Café für alle Klient\*innen statt, das von einem Berufsmusiker angeleitet wird. Hierfür werden jegliche Instrumente zur Verfügung gestellt und es muss über keinerlei musikalisches Vorwissen verfügt werden, um daran teilnehmen zu können. Des Weiteren können Klient\*innen lediglich zuhören oder auch Personen von außerhalb einladen. Da das Band Café abends stattfindet und nur von einem Musiker angeleitet wird, welcher keine therapeutische Funktion übernehmen soll, wird alle zwei Wochen den Klient\*innen eine Sozialarbeiterin, mit welcher persönliche Anliegen besprochen werden können, zur Verfügung gestellt. Auch während der Interviews wurde auf dieses Angebot eingegangen (vgl. G1).

Neben dem Band Café findet ebenfalls einmal wöchentlich ein Mittagstisch statt. Auch dieser ist niederschwellig gestaltet und alle Klient\*innen können unverbindlich daran teilnehmen. Zusammen mit Freiwilligen wird gekocht und danach gemeinsam gegessen. Da der Mittagstisch während der Arbeitszeit der Sozialarbeiter\*innen stattfindet, kann auch hier währenddessen das Angebot, Anliegen mit diesen zu besprechen, genutzt werden (vgl. ebd.).

#### 4.4 Gemeinsamer Datenpool

Im Zuge des Projekts und aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung wurde ein gemeinsamer Datenpool am Ecampus der FH St. Pölten angelegt. Auf diesen haben alle Studierenden und Dozent\*innen des Projekts Zugriff und sind dazu verpflichtet sämtliche Audiodateien und Transkripte hochzuladen. Da es sich um ein gemeinsames Projekt und keine ausschließliche Einzelarbeit handelt, wurde vereinbart das bei Absprache Interviews von Kolleg\*innen verwendet werden dürfen. In Abstimmung mit meiner Studienkollegin Frau Korn habe ich eines ihrer Interviews auch für meine Arbeit herangezogen, da es thematisch passend ist.

Sie interviewte einen Allgemeinmediziner zum Thema „Implementierung von Sozialarbeit beim\*bei der Hausarzt/-ärzt\*in“, welcher Angehörige in diesem Zusammenhang erwähnte. Daraus konnte ich neue Erkenntnisse gewinnen und bereits vorhandene bestätigen. Die Auswertung dieses Interviewteils führte ich selbst durch und wurde nicht von Frau Korn zur Verfügung gestellt.

#### 4.5 Auswertungsmethode: Offenes Kodieren

Für die Auswertung aller durchgeführten Interviews wurde die Methode des offenen Kodierens (Grounded Theory) nach Anselm Strauss und Juliet Corbin verwendet. Beim offenen Kodieren „werden die Daten in einzelne Teile aufgebrochen, gründlich untersucht, auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin verglichen, und es werden Fragen über die Phänomene gestellt, wie sie sich in den Daten widerspiegeln.“ (Strauss / Corbin 1996:44).

Diese Methode wurde gewählt, da die Forschungsarbeit den Fokus auf die Wahrnehmung der drei verschiedenen Gruppen Angehörige, Drehtürpatient\*innen und Expert\*innen legt und keine Systeme oder ähnliches untersucht werden. Strauss selbst bezeichnet das offene Kodieren als „eine konzeptuell dichte Theorie [...], die sehr viele Aspekte der untersuchten Phänomene erklärt“ (Strauss 1991:25; zit. in Strübing 2004:13). Durch die Erklärung verschiedener Phänomene können die qualitativen Interviews miteinander verglichen und abschließend mit einer oder mehreren Theorien interpretiert werden, welches für diese Arbeit angewendet wurde.

## 5 Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisdarstellung gliedert sich in mehrere Unterkapitel, welche jeweils ein anderes Ergebnis behandeln. Dabei wurden die verschiedenen Sichtweisen berücksichtigt und sowohl mit vorhandener Literatur wie auch eigenen Interpretationen beleuchtet und beschrieben.

## 5.1 Soziales Umfeld von Drehtürpatient\*innen

In den durchgeführten Interviews kam auf, sowohl seitens der Klient\*innen wie auch der Sozialarbeiterinnen, dass Angehörige eine große Rolle im Leben von Drehtürpatient\*innen einnehmen (vgl. B1 2019:Z.125-126; B2 2019:Z.107-112; B3 2019:224-232; S1 2019:Z.89-94). Dies kann sich auf unterschiedlichste Weise äußern, unabhängig davon ob Angehörige überhaupt noch vorhanden im Leben der Klient\*innen sind. Vor allem wurde das von den Sozialarbeiterinnen so argumentiert, dass diese stets einen systemischen Blick auf Fälle haben und daher auch das soziale Umfeld der Klient\*innen erheben (vgl. S1 2019:Z.89-94; S2 2019:Z.266-276). Nachdem dieses erfasst wurde, wird meist nicht weiter darauf eingegangen, solange es keine tragende Bedeutung für die Zielfindung oder Intervention der Fallbearbeitung hat. Die Begründung dafür liegt darin, dass die Zeitressource fehlt, um näher das Thema „Angehörige“ bearbeiten zu können (vgl. S1 2019:Z.99-102; S2 2019:Z.411-429).

Mit dem erwähnten systemischen Blickwinkel gehe ich davon aus, dass systemisches Case Management gemeint ist, da dies ein gängiges Tool der Sozialen Arbeit ist. Hierbei handelt es sich um ein Drei-Schritt-Modell für die Fallbearbeitung, welches in Anamnese, Diagnose und Behandlung gegliedert ist (vgl. Kleve / Hays 2018:104-105). Dabei wird durch den ersten Schritt der Anamnese stets der lebensweltlich-familiäre Kontext erfasst (vgl. ebd.:113). Die Darlegung der Familienumstände dient dazu vorhandene Ressourcen innerhalb dieses Kontextes zu entdecken und Schwierigkeiten innerhalb der Familie lediglich zu veranschaulichen und nicht zu bearbeiten (vgl. ebd.:114).

Bei der Datenerhebung ging hervor, dass in diesem Kontext, welcher für diese Arbeit ausgeweitet wurde von der Familie auf das gesamte soziale Umfeld, kaum bis gar keine Kontakte vorhanden sind (vgl. B2 2019:Z.107-112, 129-134; B3 2019:224-232, 237-239). Die bereits erwähnte Argumentation der Sozialen Arbeit, dass Kapazitäten fehlen, um näher auf den familiären Kontext einzugehen (vgl. S1 2019:Z.99-102; S2 2019:Z.411-429), ist so darzulegen, dass die Relevanz und die Problematik der Rolle ersichtlich wird, die Angehörige im Rahmen der Behandlung spielen.

Angehörige werden nur dann in den Prozess der Fallbearbeitung miteinbezogen, wenn diese aktiv sich daran beteiligen oder wenn die Belastung zu groß für Klient\*innen ist und dies daher weitere Interventionen beeinträchtigt (vgl. S2 2019:Z.261-276). Dies ist folgender Aussage deutlich zu entnehmen:

„[...] also ich hab jetzt auch mit einer, mit einer Klientin, die sehr belastet ist von ihrer Familiensituation. [...] Und dann probier ich also ja dann hab ich mit einer Angehörigen mit der dann auch einmal ein Gespräch geführt und [...] ich hab auch noch eine Mediation von einem Vater mit seiner Tochter [durchgeführt].“ (ebd.)

Jedoch wurde seitens der Klient\*innen geäußert, dass diese gerne mehr Kontakt zu ihren Angehörigen hätten und sich wünschen würden, Konflikte mit diesen lösen zu können oder dies bereits erfolglos versucht hätten (vgl. B2 2019:Z.129-134; B3 2019:Z.243-249). Der Grund für die verschiedenen Kontaktabbrüche wurde meist so geäußert, dass die Erkrankung der Klient\*innen von den Angehörigen nicht akzeptiert werden konnte (vgl. B1 2019:Z.162-163; B3 2019:Z.224-232). Zum einen haben alle interviewten Drehtürpatient\*innen, eingeschlossen

des Familienmitglieds des Angehörigeninterviews (vgl. A1 2019:Z.5), eine psychische Erkrankung diagnostiziert und zum anderen haben zwei zusätzlich eine Alkoholabhängigkeit (vgl. B1 2019:Z.167-168; B2 2019:Z.84-90). Dies gehört vor allem dahingehend berücksichtigt, da psychische Erkrankungen in der Gesellschaft weitaus stigmatisierter sind als physische (vgl. Aydin / Fritsch 2015:248). Somit ist es meist für Angehörige schwieriger, eine solche Erkrankung zu akzeptieren und keinen Kontaktabbruch zu dem jeweiligen Familienmitglied zu zulassen. Zusätzlich werden häufig Angehörige selbst stigmatisiert (vgl. ebd.:246), was ebenfalls ein Grund für einen Kontaktabbruch zu dem jeweiligen Familienmitglied sein könnte.

Besagtes rief auch die Frage nach der Beziehung zwischen Drehtürpatient\*innen, welche nicht unter einer psychischen Erkrankung leiden und deren sozialem Umfeld auf. Unter Berücksichtigung dieser Umstände wurde das Interview von meiner Studienkollegin Frau Korn herangezogen, welches sie mit einem Allgemeinmediziner durchführte. Unabhängig von meiner Forschungsfrage kam das gleiche Ergebnis auf: Nämlich, dass Drehtürpatient\*innen sehr häufig kaum bis gar keinen Kontakt mehr zu Angehörigen haben (vgl. M2 2019:Z.120-127, 363-367). Durch diese zusätzlichen Daten konnte somit das Ergebnis, dass der Familienkontext häufig problematische Aspekte mit sich bringt, auch auf Patient\*innen ohne psychische Erkrankungen bezogen werden, da diese gesellschaftlich gesehen keiner Stigmatisierung unterliegen.

Angehörige werden daher von den Klient\*innen auf eine andere Art und Weise ersetzt. Da die Soziale Arbeit nicht nur im Einzelsetting, sondern auch in Gruppen stattfindet, tauschen sich die verschiedenen Klient\*innen untereinander aus. Es wurde erwähnt, dass durch diese Gruppen auch Freundschaften entstanden sind und man sich gegenseitig helfen würde (vgl. B2 2019:Z.94-101). Des Weiteren wurde geäußert, dass die Gruppenangebote anfangs nur genutzt wurden der sozialen Kontakte wegen und erst später die Einzelberatung mit der Sozialen Arbeit wahrgenommen wurde (vgl. B1 2019:Z.108-115,144-146; B3 2019:Z.194-195). Allerdings wurden die Gruppensettings genauso kritisiert, da es des Öfteren zu Konflikten kam und diese laut den Klient\*innen nicht genug seitens der Sozialen Arbeit bearbeitet wurden (vgl. B3 2019:Z.269-275).

## 5.2 Wahrnehmung der Sozialen Arbeit

Um die Wahrnehmung der Sozialen Arbeit, sowohl aus der Klient\*innen- wie auch der Angehörigensicht zu beschreiben, braucht es zuerst eine allgemeine Definition von Sozialer Arbeit und eine Aufgabenbeschreibung dieser. Hierfür ziehe ich das Tätigkeitsprofil der Sozialen Arbeit (Dieplinger 2008:63) heran, welches wie folgt definiert wird:

„Soziale, materielle und persönliche Probleme von PatientInnen und Angehörigen werden sozialanamnestisch erhoben und im Rahmen einer individuellen Beratung bearbeitet. Der Leistungskatalog des Sozialdienstes – die Fähigkeiten zur Gesprächsführung, Krisenintervention und Analyse von Lösungsstrategien in Bezug auf Belastungen, die Gesundheitserziehung und -beratung, die Vermittlung lebenspraktischer Fähigkeiten, die Erschließung von Sozialleistungen und die Organisation und Koordination von Nachsorgemaßnahmen – stellt die Basis einer sozialen Beratung dar.“

Diese Definition trifft grundsätzlich für das Krankenhaus zu (vgl. ebd.), kann allerdings für jegliche andere Handlungsfelder übernommen werden. Die Klient\*innen aus der Primärversorgung beschrieben die Tätigkeiten der Sozialen Arbeit so, dass diese sich um Ämteranträge (vgl. B1 2019:Z.116) oder um Schulden kümmern würden (vgl. B3 2019:Z.215) oder bezeichneten diese als Betreuer\*innen, welche inzwischen, aufgrund der jahrelangen Zusammenarbeit, Freund\*innen geworden sind (vgl. B2 2019:Z.101). Aus dem Angehörigeninterview ging hervor, dass die Befragte die Soziale Arbeit als Unterstützung für den Alltag betrachtet hatte (vgl. A1 2019:Z.144) und die zuständige Sozialarbeiterin als Freundin ihrer Mutter ansah (vgl. ebd.:Z.149-150).

Die Auswertungen der Interviewausschnitte zeigen, dass die Soziale Arbeit nicht als Profession seitens der Klient\*innen und/oder Angehörigen wahrgenommen wird. Sozialarbeiter\*innen werden vordergründig als Freund\*innen, welche bei persönlichen Problemen weiterhelfen können, betrachtet.

Diese Imagebeschreibung bestätigt auch eine Untersuchung von Printmedien, welche die Darstellung von Sozialarbeit folgend beschreibt: „Die Praxis der Sozialen Arbeit selbst erscheint als alltägliche und alltagsnahe, dem nichtberuflichen Handeln nahestehende Tätigkeit.“ (Hamburger 2012:1010). Wenn die Wahrnehmung der Sozialen Arbeit als nichtprofessionell deklariert wird, ist es nicht überraschend, dass Angehörige sozialarbeiterische Hilfestellungen nicht in Anspruch nehmen wollen. Es wird versucht, Probleme oder Belastungen ohne diese zu lösen, was oftmals zur Überforderung oder Überanstrengung der Angehörigen führt (vgl. A1 2019:Z.230-233).

### 5.3 Angehörige als krankes Netzwerk

Vor der Feldbetretung war die Vermutung meinerseits, dass Angehörige eine Unterstützung für Drehtürpatient\*innen einnehmen würden oder könnten. Dabei wurde vergessen, dass diese genauso krank werden können oder bereits sind.

Aus der Datenerhebung ging hervor, dass bei Klient\*innen die Familie oft selbst bereits einer Erkrankung unterliegt (vgl. S2 2019:Z.301-310). Des Weiteren wurde geäußert, dass häufig kranke Eltern zuerst die Klient\*innen bei der Sozialen Arbeit waren und nach gewisser Zeit meist die Kinder im Erwachsenenalter ebenfalls zu Klient\*innen werden (vgl. ebd.). Vor allem wurden Kinder psychisch kranker Eltern als gefährdete Gruppe seitens der Sozialarbeit betont (vgl. ebd.). Das liegt daran, dass „mangelnde elterliche Sensitivität, aber auch Vernachlässigung, intrusives und schließlich feindseliges Verhalten“ (Herpertz / Grabe 2019:233) bei psychisch kranken Eltern häufiger vorkommt als vergleichsweise gesunden Vergleichsgruppen. Zusätzlich ist das Risiko höher, dass Eltern mit psychischer Erkrankung ihre Kinder misshandeln oder missbrauchen. Vorrangig dann, wenn diese selbst Traumatisierungen dieser Art im Kindheitsalter erlebten (vgl. ebd.).

Zusätzlich ging aus dem Gespräch mit dem Allgemeinmediziner hervor, dass manche seiner Patient\*innen mobile Hilfsdienste ablehnen, trotz der Notwendigkeit (vgl. M2 2019:Z.443-453). Diese würden lediglich die Hilfe von Angehörigen annehmen und auch benötigen (vgl. ebd.).

Vor allem trifft dies bei älteren Menschen zu, welche dann von den Kindern, Nachbar\*innen, usw. versorgt werden würden (vgl. ebd.).

Hierbei ist zu beachten, dass pflegende Angehörige durch die andauernde Belastung nicht selbst krank werden sollen. Ein unterstützendes Angehörigennetzwerk kann Hilfsdienste ersetzen, solange dies nicht die Belastungsgrenze dieser überschreitet. Pflegende Angehörige sind häufig depressionsgefährdet, da diese oft das Gefühl haben, die Kontrolle über ihr Leben zu verlieren (vgl. Springer Medizin 2016:3).

Ein weiterer Punkt, welcher bereits im Kapitel 5.1 erwähnt wurde, ist, dass Klient\*innen, die über kein Angehörigennetzwerk mehr verfügen und Gruppen in Einrichtungen oder Organisationen als ihr soziales Umfeld ersetzen. Dies bedeutet, dass labile Menschen sich oft zu viel aufbürden, indem sie versuchen, anderen Gruppenmitgliedern zu helfen, sich dem daraus resultierenden Stress nicht bewusst sind und auf die eigene Gesundheit vergessen. Es wurde geäußert, dass diese Hilfeleistungen zu Konflikten führten, welche die ganze Gruppe belasteten und danach nicht richtig bearbeitet wurden (vgl. B3 2019:Z.269-275). Die erwähnte Problematik wurde auch seitens der Sozialarbeiterin erwähnt, welche meinte, das Klient\*innen dadurch zu „verbandelt“ (S2 2019:Z.348-357) wären.

Zusammenfassend kann das Angehörigennetzwerk bereits selbst erkrankt sein oder durch die Belastung eines kranken Familienmitgliedes in Folge selbst erkranken. Hierbei ist vor allem Aufklärungsarbeit gefragt, um präventiv dagegen steuern zu können. Es wurde seitens der Angehörigen geäußert, dass sie aus Angst selbst zu erkranken, den Kontakt zu ihrer Mutter minimierte und der Belastung nicht Stand halten konnte (vgl. A1 2019:Z.83-87, 431-435). Sie konnte sich rechtzeitig abgrenzen, um nicht in das bereits beschriebene Verlustgefühl der Kontrolle zu verfallen.

#### 5.4 Derzeitige Einbindung von Angehörigen

Die derzeitige Einbindung von Angehörigen seitens der Sozialen Arbeit wurde bereits in den vorherigen Unterkapiteln der Ergebnisdarstellung angeschnitten und wird nun ausführlicher beschrieben werden.

Bevor die Angehörigenarbeit ausgeführt wird, sollte diese vor allem mit Hilfe des Subsidiaritätsprinzips behandelt und dementsprechend reflektiert werden. Subsidiarität (=Nachrangigkeit) bedeutet, dass „erst, wenn keine andere soziale Sicherung zur Absicherung besteht, sichert die größere soziale Einheit (z.B. [...] die „Fürsorge“)“ (Tuma 2017:9). Im Wesentlichen heißt dies, dass die Soziale Arbeit sehr oft aufgrund des Subsidiaritätsprinzips zu Klient\*innen gelangt und es daher auch nicht verwunderlich ist, dass das soziale Umfeld meist kaum bis gar nicht vorhanden ist. Dieser Bezug kommt meist bei der Analyse der Ressourcen im Rahmen des systemischen Case Managements auf. Dabei werden diese in persönliche, lebensweltlich-soziale, soziale im Gemeinwesen und sozio-ökonomische Ressourcendimensionen gegliedert (vgl. Kleve / Hays 2018:109) und laut Sozialarbeit kommt das Thema „Angehörige“ daher immer vor (vgl. S2 2019:Z.411-429). Allerdings häufig in einem

sehr vorbelasteten Kontext aufgrund von Kontaktabbrüchen, Streitereien, etc. (vgl. ebd.), welcher in den nächsten Abschnitten genauer erläutert wird.

Eines der Hauptkenntnisse ist, dass Drehtürpatient\*innen meist über ein geringes Angehörigennetzwerk verfügen und daher dies oft durch Gruppenangebote ersetzen. Angehörige werden nur dann von der Sozialen Arbeit eingeladen, wenn diese sich aktiv daran beteiligen, indem sie beispielsweise bei der/dem zuständigen Sozialarbeiter\*in telefonisch um Auskunft bitten oder als Begleitung zu Gesprächen mitkommen (vgl. S2 2019:261-266). Angehörige werden nicht als eigene Gruppe von der Sozialen Arbeit angesprochen und mit diesen wird im Regelfall nicht gearbeitet. Sollte ein Bedarf an Angehörigengruppen oder ähnlichem gesehen werden, werden diese zu anderen Einrichtungen mit solch einem Angebot weiter verwiesen (vgl. S2 2019:301-302).

Die Soziale Arbeit ist sich dessen bewusst, dass Klient\*innen häufig über ein geringes soziales Umfeld verfügen und setzt daher in puncto Vernetzungsarbeit an (vgl. ebd.:Z.380-386). Der Fokus liegt dabei darauf, dass Menschen mit ähnlichen Themen in Austausch kommen (vgl. ebd.). Außerdem wird großer Wert auf Aufklärungsarbeit in Form von Zeitschriften und Foren gelegt (vgl. ebd.:Z.380-398). Hierbei werden Fallgeschichten aufbereitet oder von Expert\*innen verfasste Artikel veröffentlicht, um sowohl Interessierten wie auch Betroffenen Information bieten zu können (vgl. ebd.).

Laut befragter Angehöriger wurde sie seitens der Sozialarbeit zu wenig eingebunden und sie hätte sich im Nachhinein betrachtet, dahingehend mehr gewünscht (vgl. A1 2019:Z.205-206, 214-218). Da die Angehörige zu dem damaligen Zeitpunkt noch minderjährig war, begründete sie das Verhalten der Sozialarbeit so, dass diese sie schützen wollten und nicht in alles miteinbeziehen konnten (vgl. ebd.:Z.206-208). Allerdings kritisierte sie, dass bei Hausbesuchen sämtliche Konversationen abgeschottet stattgefunden hatten und sie keinerlei Aufklärung über die Gesamtsituation erhielt (vgl. ebd.:Z.209-213).

## 5.5 Handlungskonzept für die Angehörigenarbeit

Das derzeitige Handlungskonzept „Angehörigenarbeit“ kann so zusammengefasst werden, dass Sozialarbeiter\*innen mithilfe von Sozialanamnese das Vorhandensein von Angehörigen erheben und wahrnehmen. Es wird mit diesen nicht aktiv gearbeitet, solange kein Bedarf gesehen wird.

Wenn man Angehörigenarbeit im Sinne des Public Health Ansatzes betrachtet, müsste diese noch mehr ausgearbeitet werden. Laut Charles-Edward Amory Winslow ist Public Health „the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency“ (Winslow 1920:o.A.; zit. in Kolip 2002:7ff). Da bereits in der Forschung aufgekommen ist, dass pflegende Angehörige depressionsgefährdet sind oder die Soziale Arbeit äußerte, teilweise ganze Familiennetzwerke zu betreuen (vgl. S2 2019:Z.301-310), sehe ich hier erhöhten Handlungsbedarf, um präventiv dagegen zu steuern. Durch präventive Angehörigenarbeit soll verhindert werden, dass Angehörige durch die hohe psychische Belastung selbst erkranken. Des Weiteren soll durch die Stärkung von

Angehörigennetzwerken die Vereinsamung von Drehtürpatient\*innen verhindert und/oder minimiert werden.

Das Handlungskonzept setzt sich aus bereits vorhandenen Konzepten der Angehörigenarbeit und den jeweilig für diese Forschung erhobenen Sichtweisen zusammen. Hierbei haben sich folgende Punkte ergeben, welche anschließend in den jeweiligen Unterkapiteln ausführlich beschrieben werden:

- Salutogenese
- Angehörige als eigene Gruppe ansprechen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Aktivierung sozialer Unterstützung/Ressourcen

### 5.5.1 Salutogenese

Bereits in der Begriffsdefinition wurde die Salutogenese von Aaron Antonovsky vorgestellt und sein Modell zur Gesundheitsentstehung beschrieben. Antonovsky's Antwort auf den Ursprung der Gesundheit ist das Kohärenzgefühl, welches sich aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammensetzt (vgl. Vinje et al. 2017:32).

Die Vermittlung des Kohärenzgefühls sollte sowohl bei Drehtürpatient\*innen wie auch bei Angehörigen stattfinden, allerdings mit einem anderen Fokus. Bei Drehtürpatient\*innen bedeutet die Anwendung der Salutogenese, dass sowohl die internen wie auch die externen Ressourcen gestärkt werden müssen. Der Fokus dabei liegt in der Erforschung dessen, was dem Leben Sinn bereitet und was es braucht, um die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu minimieren oder ganz einzustellen. Um die Sinnhaftigkeit festzustellen, soll laut Antonovsky die Aufmerksamkeit auf innere Gefühle, unmittelbare persönliche Beziehungen und existenzielle Problemlagen gelegt werden (vgl. Langeland / Vinje 2017:301). Dies wird weiter in folgenden Punkten erläutert: die Wichtigkeit, sich eine Meinung über das Leben zu bilden, Personen zu kennen, welche unterstützend wirken, mental stabil zu sein und sich an belohnenden Aktivitäten zu beteiligen wie Arbeit, Sport, Bildung oder Ähnlichem (vgl. ebd.). Zusammenfassend überschneiden sich dabei einige Punkte mit dem bereits erwähnten systemischen Case Management und der Ressourcenorientierung der Sozialen Arbeit (vgl. Kleve / Hays 2018:104-114). Allerdings liegt in der Salutogenese der Schwerpunkt mehrfach auf der sozialen Unterstützung, welche von der Sozialen Arbeit derzeit nur teilweise bearbeitet wird (vgl. S1 2019:Z.89-94). Die Soziale Arbeit ist derzeit mehr am Einzelfall, sprich der fallbezogenen Arbeit eines\*r einzelnen fokussiert und weniger am Sozialraum (vgl. Meinhold 2012:640,641). Es bestehen, laut den Sozialarbeiter\*innen, keine Kapazitäten, Angehörige ebenfalls zu betreuen (vgl. S1 2019:Z.99-102), weshalb es eine strukturelle Änderung für die Angehörigenarbeit benötigt. Allerdings kann die Soziale Arbeit das Kohärenzgefühl bei Klient\*innen steigern und diese ermutigen soziale Unterstützung zu nutzen und/oder zu mobilisieren.

In der Datenerhebung wurde erwähnt, dass seitens der Sozialen Arbeit ein Angebot für Angehörigengruppen vorhanden war, dies allerdings kaum bis gar nicht genutzt wurde (vgl. S2 2019:Z.313-324). Die Vermutung, warum die Gruppe schlecht besucht war, lag darin, dass

Angehörige gerne ihr eigenes Leben führen wollen und die Erkrankungen der Angehörigen zu belastend waren (vgl. ebd.). Vorhandene Untersuchungen zeigen allerdings, dass Angehörigenangebote meist mit Hindernissen wie der zu geringen Kenntnis über verfügbare Hilfen verbunden sind und daher nicht genutzt werden (vgl. Hing et al. 2013:o.A.; Valentine / Hughes 2010:o.A.; Kauer et al. 2014:o.A.; zit. in Frauenservice 2017:40). Außerdem versuchen Angehörige häufig Probleme selbst und ohne fremde Hilfe zu lösen und tun dies oft aus Scham und Angst vor Stigmatisierungen (vgl. Hing et al. 2013:o.A.; zit. in Frauenservice 2017:40). Daher sollte bei Angehörigen, unter der Voraussetzung, dass ein Angebot genutzt wird, der Fokus in der Verstehbarkeit der Salutogenese liegen. Die Verstehbarkeit meint, dass Herausforderungen, mit denen eine Person konfrontiert wird, als Information aufgenommen werden kann und diese strukturiert in einem größeren Zusammenhang betrachtet wird (vgl. Koelen et al. 2017:139). Um dies zu verdeutlichen, werden die Leitlinien der AI-Anon-Selbsthilfegruppen für Angehörige alkoholabhängiger Menschen verwendet: „The 7 Cs“ (vgl. Frauenservice 2017:20). Diese lauten: „I didn't cause it. I can't cure it. I can't control it. I can help take care of myself by communicating my feelings, making healthy choices, and celebrating me.“ (ebd.) Mit dieser Leitlinie hilft man Angehörigen die Erkrankung in einem größeren Zusammenhang zu betrachten, sich dabei klar zu machen, nicht die Ursache dafür zu sein und auf die eigene Gesundheit zu achten, um nicht selber zu erkranken.

Da die Vereinsamung ein großes Thema bei Drehtürpatient\*innen ist, kann mithilfe der Salutogenese dieser Not entgegengewirkt werden. Zum einen können Patient\*innen selber mobilisiert werden, soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen und zum anderen werden Angehörige in ihrer Rolle wertgeschätzt und darauf aufmerksam gemacht, sich nicht zu überlasten. Die Salutogenese zeigt zum Teil Überschneidungen zur Arbeitsweise der Sozialen Arbeit auf, legt allerdings den Fokus noch mehr auf die soziale Stütze. Das derzeitige Konzept der Angehörigenarbeit bräuchte eine strukturelle Änderung, da derzeit nicht genügend Ressourcen seitens der Sozialarbeit vorhanden sind, um diese Gruppe zeitintensiv betreuen zu können. Die ideale Gestaltung der Angehörigenarbeit wird in den nächsten Kapiteln 5.5.2 und 5.5.3 erläutert.

### 5.5.2 Angehörige als eigene Gruppe ansprechen

Wie bereits beschrieben wird derzeit im Zuge der Sozialanamnese meist nur erhoben, ob Angehörige vorhanden sind und dies auch nur, wenn Klient\*innen diese erwähnen. Da viele Klient\*innen äußerten, über ein sehr kleines Angehörigennetzwerk zu verfügen, sollte man früher ansetzen, um die Angehörigenrolle zu stärken. Dies begründet sich vor allem darin, da Angehörige meist überfordert sind mit der Gesamtsituation (vgl. A1 2019:Z.209-213) oder einer Co-Stigmatisierung (bei psychischen Erkrankungen) unterliegen (vgl. Aydin / Fritsch 2015:248) und durch diese ausgelöste Überforderung den Kontakt minimieren oder gar ganz abbrechen (vgl. A1 2019:Z.79-87).

Angehörigenarbeit findet in der Regel nur statt, wenn diese über Klient\*innen zu einer Beratungsstelle, Einrichtung oder Ähnlichem mitgenommen werden. Das bedeutet, dass ein\*e Klient\*in bereits bei einer Anlaufstelle angebunden sein muss, damit Angehörige Beratung oder Information erhalten. Angehörige sollten allerdings als eigene Gruppe innerhalb einer Einrichtung angesprochen werden und so ein entsprechendes Angebot erhalten. In den

Vorannahmen wurde bereits das Pilotprojekt „TROTZDEMGesund“ erwähnt, welches dieses Konzept verfolgte (vgl. Frauenservice Graz 2017:20,30). Darin wurde beschrieben, dass sozialwissenschaftliche Studien und Statistiken herangezogen wurden, um so das Angebot danach auszurichten (vgl. ebd.). Angehörige wurden direkt als eigene Zielgruppe angesprochen, da sich diese nicht als Betroffene identifizieren (vgl. ebd.). Für die Vermittlung der Angebote wurden Webseiten, Soziale Medien, Zeitungsannoncen und Printmaterialien herangezogen und diese mehrsprachig präsentiert, um so unterschiedliche Communitys anzusprechen (vgl. ebd.).

Des Weiteren wurden die Angebote niederschwellig gestaltet, damit diese auch in Anspruch genommen werden (vgl. ebd.:22). Das Beratungssetting war zeit- und ortsunabhängig, leicht auffindbar und ohne lange Wartezeiten verfügbar (vgl. ebd.). Dies war durch die bereichsübergreifende Kooperation verschiedener Netzwerkpartner\*innen möglich und konnte dadurch die Erreichbarkeit von Angehörigen wesentlich erhöhen (vgl. ebd.). Zusätzlich sollte darauf geachtet werden, dass Angebot anonym zugänglich und kostenlos zu gestalten (vgl. ebd.:30). Dabei sollte man darauf achten, dies nicht an Orten anzusiedeln, die zusätzlich stigmatisieren und auf die vielfältige demographische Zusammensetzung von Angehörigen achten (vgl. ebd.).

Durch diese Angebotsgestaltung werden Angehörige als eine eigene Gruppe wahrgenommen und wertgeschätzt. Durch die Vielfalt an Hilfestellungen sollen diese entlastet und Kontaktabbrüche zu Drehtürpatient\*innen minimiert werden. Angehörige können so unabhängig zu Information und Beratung gelangen und sind nicht darauf angewiesen, dass der/die Drehtürpatient\*in bereits in einer Einrichtung angebunden ist. Somit wirkt man Vereinsamung entgegen und geht gleichzeitig gegen den Drehtüreffekt vor.

### 5.5.3 Öffentlichkeitsarbeit

Wie bereits beschrieben sollten Angehörige als eine eigene Zielgruppe angesehen und dementsprechend auch angesprochen werden. Durch das Pilotprojekt „TROTZDEMGesund“ wurde vor allem deutlich, dass sich Angehörige selbst mit dem Begriff kaum identifizieren (vgl. Frauenservice 2017:20). Daher wurden in der Öffentlichkeitsarbeit auch die Ziele und Wirkungen der Angebote dargelegt, um die Gruppe besser zu erreichen (vgl. ebd.). Des Weiteren wurden diverse Medienkanäle gewählt wie Webseiten, Soziale Medien, Zeitungsannoncen und Printmaterialien (vgl. ebd.).

Zusätzlich sollten verschiedene Berufsgruppen, vor allem Fachkräfte aus dem Bereich Gesundheit, ebenfalls über die verschiedenen Angebote und Anlaufstellen informiert sein, um Angehörigen eine Erstinformation und Kontaktinformationen bieten zu können (vgl. ebd.:21). Ein weiteres Mittel um die Gruppe „Angehörige“ anzusprechen sind öffentliche Veranstaltungen zum Thema Angehörigenarbeit (vgl. ebd.). Hierbei können sich Angehörige, geschützt in ihrer Anonymität, Informationen einholen und die Angebotsvielfalt kennen lernen (vgl. ebd.).

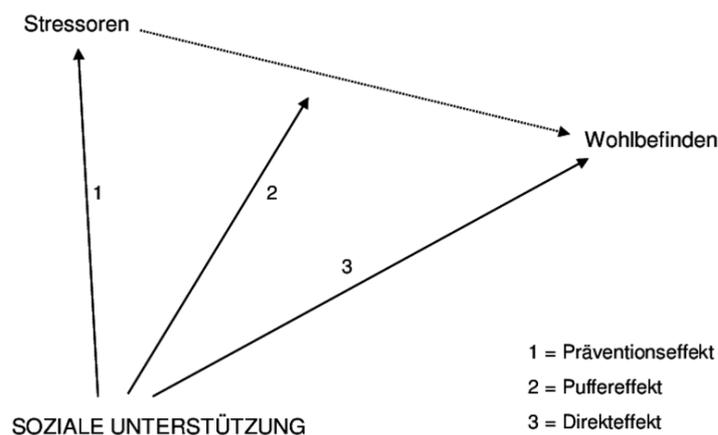
Diese Angebotsgestaltung wurde nicht nur für das Pilotprojekt erfolgreich angewendet, sondern auch in der Datenerhebung so beschrieben. Sowohl die Soziale Arbeit wie auch

Angehörige meinten, dass Angebote niederschwellig, kostenlos, anonym und in einer Kombination von Einzel- und Gruppensettings gestaltet werden sollten (vgl. S2 2019:Z.328-332; A1 2019:Z.265-284). So müssten diese auch beworben werden, damit die Gruppe „Angehörige“ sich angesprochen fühlt und Angebote wahrnimmt (vgl. ebd.).

#### 5.5.4 Aktivierung sozialer Unterstützung/Ressourcen

Im Kapitel der Salutogenese wurde bereits darauf verwiesen, dass bei Drehtürpatient\*innen ein Bedarf an sozialer Unterstützung gesehen wird, diese allerdings meist nicht vorhanden ist. Bevor auf verschiedene Methoden für die Mobilisierung von sozialen Kontakten eingegangen wird, möchte ich zuerst beschreiben, was mit sozialen Unterstützungsnetzwerken gemeint ist. Diese lautet: „[...] der Begriff der sozialen Unterstützung [bezeichnet] die – in der Regel positiven – Auswirkungen dieser Beziehungen auf das individuelle Wohlergehen [...]“ (Ormel et al.:o.A.; zit. in Diewald / Sattler 2010:689). Soziale Unterstützung können verschiedene Verhaltensweisen umfassen, welche sich in beobachtbare Interaktionen (materiell, Beratung, etc.), Vermittlung von Kognitionen (Anerkennung, Kompetenzen, etc.) und Vermittlung von Emotionen (Geborgenheit, Liebe, etc.) zusammenfassen lassen (vgl. Diewald / Sattler 2010:691,692). Die Wirkungsweisen sozialer Unterstützung lassen sich nicht nur in der Salutogenese widerfinden, sondern auch in der Unterstützungsforschung (vgl. ebd.:694). Hierbei wird in drei Mechanismen unterschieden: dem Direkteffekt, Puffereffekt und der Präventionswirkung (vgl. ebd.). Der Direkteffekt meint, dass generell das Wohlbefinden einer Person gestärkt wird wie etwa soziale Wertschätzung oder Zugehörigkeit (vgl. Diewald / Sattler 2010:694). Die Bezeichnung des Puffereffektes beschreibt, dass soziale Unterstützung die negativen Folgen bestimmter Stressoren mildert (vgl. ebd.). Der Präventionseffekt sozialer Unterstützung meint die Unterbindung oder Reduzierung von Stressoren (vgl. ebd.). In der folgenden Abbildung werden die drei Wirkungsmechanismen zusammengefasst.

Abb. 2: Zusammenfassung der drei Wirkungsweisen



Im Kapitel „Soziales Umfeld von Drehtürpatient\*innen“ (siehe 5.1) wurde beschrieben, dass der Wunsch nach Angehörigen vorhanden ist, diese sich allerdings aus unterschiedlichen Gründen abwendeten. Die Soziale Arbeit ist in puncto Netzwerkarbeit tätig, indem diese

niederschwellige Angebote, bei welchen Klient\*innen gemeinsame Aktivitäten unternehmen, anbieten (vgl. B1 2019:Z.108-115). Diese netzwerkorientierte Intervention kann auch als „Network Construction“ bezeichnet werden (vgl. Kliman und Trimble 1983:o.A.; zit. in Lenz 2000:296). Dies meint, dass künstliche Netzwerke in Form von Unterstützungsgruppen, Kontakte zu Organisationen und/oder Selbsthilfegruppen hergestellt werden (vgl. ebd.). Klient\*innen äußerten diese Angebote vorrangig oder ausschließlich in den von ihnen angebotenen Einrichtungen zu nutzen (vgl. B1 2019:Z.108-115; B2 2019:Z.94-101; B3 2019:Z.194-206). Die Schaffung dieser Angebote impliziert allerdings auch eine Abhängigkeit für jene Klient\*innen, welche über keine sonstigen sozialen Kontakte mehr verfügen.

Ein weiteres Instrument der Netzwerkforschung, welches bereits von der Sozialen Arbeit genutzt wird, sind sozialdiagnostische Verfahren wie beispielsweise die Netzwerkkarte oder Ecomap. In der Regel sollen diese dazu dienen, den Ist-Zustand festzuhalten und lösungsfokussiert damit zu arbeiten (vgl. Lueger 2009:167). Eine Fortsetzung dazu könnte das „Partial Network Assembly“ sein, bei der Teile des sozialen Netzwerkes eingeladen werden und diese die Klient\*innen zu einzelnen oder mehreren Terminen begleiten (vgl. Kliman und Trimble 1983:o.A.; zit. in Lenz 2000:296). Die einzige Voraussetzung hierfür ist nur, dass die jeweilig eingeladene(n) Person(en) einen Beitrag zur Lösung beisteuern kann/können und will/wollen (vgl. Loth 1998:o.A.; zit. in Lenz 2000:296). Zuvor wurde bereits beschrieben (siehe Kapitel 5.1), dass dies nur in seltenen Fällen vorkommt, der Wunsch danach allerdings vorhanden ist. Zusätzlich kann diese Methode bei Angehörigenkonflikten genutzt werden, welche häufig vorkommen und so konstruktiv bearbeitet werden (vgl. S2 2019:Z.285-296). Hierfür können von Termin zu Termin verschiedene Teilnehmer\*innen eingeladen werden, auch wenn diese nur Beschreibungen und keine direkten Lösungen beitragen können (vgl. Schlippe / Schweitzer 1996:209f; zit. in Lenz 2000:297).

„Diese Form von Netzwerkintervention zielt darauf ab, netzwerkimmanente Prozesse anzustoßen, zu katalysieren und für das Netzwerk nutzbar gemacht werden. Die Ziele bestehen in der Bereicherung und Stabilisierung von sozialen Netzwerken und in der Entdeckung und Mobilisierung von sozialen Ressourcen.“ (Lenz 2000:297).

Als letzten Punkt wird das Konzept des Empowerments hervorgehoben. Grundsätzlich meint Empowerment den Prozess der Selbst-Bemächtigung, also einen Menschen, welcher sich ermutigt fühlt, seine Angelegenheiten mithilfe eigener Kompetenzen zu regeln und diesbezüglich Handlungs- und Lösungsstrategien zu entwickeln (vgl. Keupp 1997:256; zit. in Lenz 2000:298). Dabei agieren Sozialarbeiter\*innen lediglich in einer deutenden Rolle und sollen Klient\*innen auf dessen vorhandene Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten aufmerksam machen und diese nicht vorgeben (vgl. Lenz 2000:298). Dabei sollen immer wieder Bezüge zur individuellen Ebene und dem sozialen Kontext hergestellt werden (vgl. ebd.). Das Konzept des Empowerments wird grundsätzlich von der Sozialen Arbeit bereits genutzt, sollte allerdings noch mehr auf die Ebene der sozialen Netzwerke eingehen. Klient\*innen sollen konkret und kontinuierlich ermutigt werden, frühere soziale Kontakte zu reaktivieren und/oder neue zu mobilisieren, sollten diese den Wunsch nach sozialer Unterstützung äußern.

## 6 Resümee

Abschließend lässt sich das Fazit ziehen, dass Angehörige eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Drehtürpatient\*innen haben und den Drehtüreffekt dementsprechend minimieren. Dies konnte sowohl durch die Datenerhebung wie auch betreffender Literatur bestätigt werden. Zieht man das Modell der Salutogenese dafür heran, geht es dabei nicht darum, dass Angehörige gewisse Stressoren von Patient\*innen abfangen, sondern um das Gefühl gebraucht zu werden. Antonovsky beschreibt dies als die Sinnhaftigkeit, welche den Drehtüreffekt bei vereinsamten Patient\*innen reduzieren oder verhindern kann.

Derzeit arbeitet die Soziale Arbeit äußerst fallorientiert, sprich mit der Einzelperson und nicht dessen Sozialraum. Durch sozialdiagnostische Verfahren wird dieser erhoben und lösungsorientiert beleuchtet, allerdings selten tiefgehend bearbeitet. Begründet wurde dies seitens der Sozialen Arbeit wie auch der Klient\*innen so, dass Angehörige häufig mit problematischen Aspekten und/oder Konflikten zusammenhängen. Diese Konflikte resultieren aus unterschiedlichen Gründen und werden nur bei Bedarf gemeinsam mit der Sozialen Arbeit bearbeitet. Genauso werden Angehörige nur in manchen Situationen zu Terminen eingeladen oder wenn diese dies aus Eigeninitiative wollen.

Die Soziale Arbeit kann aus Ressourcengründen nicht näher auf den Sozialraum eingehen, weswegen es eine strukturelle Änderung für Angehörigenarbeit bräuchte. Die ideale Angebotsgestaltung wurde in Kapitel 5.5 ausgeführt und setzt sich aus den drei Interviewsichtweisen (Soziale Arbeit, Klient\*innen, Angehörige) und entsprechender Literatur zusammen. Daraus resultierend kam es zu dem Ergebnis, dass Angehörigenarbeit vor allem präventiv gestaltet werden sollte. Das bedeutet, dass Angehörige ein eigenes Angebot benötigen, welches sie in Anspruch nehmen können. Dabei müssen diese als eigene Zielgruppe mithilfe von Öffentlichkeitsarbeit angesprochen werden, um die Nutzung der Angebote zu gewährleisten. Somit würden Angehörige von vornherein gestärkt werden und es würde zu weniger Überbelastungen dieser kommen. Diese Angebotsgestaltung müsste allerdings auf politischer Ebene passieren und auch nicht zwingend von Sozialarbeiter\*innen ausgeführt werden.

## 7 Diskussion und Ausblick

Angehörigenarbeit kann aufgrund von Ressourcenknappheit seitens der Sozialen Arbeit nicht so stattfinden, dass sie ideal für Angehörige und Klient\*innen gestaltet ist. Dies liegt vorrangig am Subsidiaritätsprinzip und an politischen Entscheidungsträger\*innen.

Die Forschung ergab, dass Angehörigenarbeit präventiv gestaltet werden sollte, um die Vereinsamung von Klient\*innen verhindern und/oder minimieren zu können. Allerdings ist die Soziale Arbeit, gemäß dem Subsidiaritätsprinzip oft die letzte Auffangstelle, weshalb es daher

nicht verwunderlich ist, dass Klient\*innen über kaum bis gar keine sozialen Netzwerke verfügen. Aufgrund dessen werden Maßnahmen seitens der Sozialen Arbeit gesetzt, bei welchen künstliche Netzwerke in den jeweiligen Einrichtungen geschaffen werden. Diese werden von den Klient\*innen sowohl positiv als auch negativ, aufgrund von nicht bearbeiteten Konflikten, wahrgenommen. Zusätzlich werden in Bezug darauf häufig Projekte initiiert, welche von staatlichen Geldern und dessen Zuspruch abhängen. Dies bedeutet, dass Klient\*innen von sozialen Kontakten, welche künstlich geschaffen werden und meist nicht ins Private übergehen, abhängig gemacht werden und oft nicht fähig sind, eigene Kontakte zu mobilisieren.

Des Weiteren bräuchte es für Präventionsmaßnahmen der Angehörigenarbeit mehr Personal, Öffentlichkeitsarbeit und eventuell eigene oder erweiterte Einrichtungen, welche für diese Zielgruppe zuständig wären. All dies sind Faktoren die erneut von politischen Entscheidungsträger\*innen abhängen, da diese die Verteilung von finanziellen Mitteln beschließen. Dabei ist hinzuzufügen, dass die Konzepterstellung dieser Forschungsarbeit für jegliche Angehörigengruppen geeignet wäre und nicht nur explizit für die der Drehtürpatient\*innen. Dies spielt vor allem dahingehend eine Rolle, da der „Drehtüreffekt“ ein noch wenig beforschtes Feld ist, welchem zu geringe Aufmerksamkeit geschenkt wird. Hierfür bräuchte es erst eine allgemeine Definition, auf welche sich alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen einigen müssten, um dann gegen diesen strukturell vorgehen zu können.

Alles in allem wirken sich Angehörige positiv auf die Gesundheit von Klient\*innen der Sozialen Arbeit aus, selbst wenn in diesem Kontext häufig Konflikte vorhanden sind. Diese problematischen Aspekte sollte man konstruktiv nutzen und aufarbeiten, um in Folge positive Auswirkungen sozialer Unterstützung erhalten zu können. Allerdings dringt dieser Aspekt bereits in eine sehr therapeutische Arbeitsweise vor und ist daher nicht geeignet für die Soziale Arbeit. Die Begründung hierfür liegt darin, dass die Soziale Arbeit an der Anamnese, Diagnose und Intervention orientiert ist und dabei nicht Probleme der Klient\*innen therapeutisch aufarbeitet. Diese geht lediglich lösungsfokussiert und an dem Ist-Zustand informiert vor, um passende Handlungen zu planen.

Dennoch wäre es spannend dahingehend weitere Forschung zu betreiben und jegliche Entlastungen in Bezug auf Drehtürpatient\*innen bei Notrufnummern, Krankenhäusern, usw. festhalten zu können. Die derzeitige Implementierung von Primärversorgungszentren in Österreich bedeutet auch, dass derzeit die Gelegenheit gegeben ist, bei dieser strukturellen Änderung aktiv mitwirken zu können. Dies kann sowohl auf die Soziale Arbeit selbst, wie auch auf neue Handlungskonzepte mit Angehörigen bezogen werden.

# Literatur

Aydin, Nilüfer / Fritsch, Karin (2015): Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. In: Psychotherapeut. 60/2015, 245-257.

Bastecky, Sebastian / Leier-Kriz, Barbara / Mötzl, Irene / Wernitznig, Bernhard (2017): Ansätze alternativer Vermittlungs- und Versorgungspfade für Menschen mit akutem psychosozialen Handlungsbedarf. Masterarbeit, Fachhochschule St. Pölten.

Böhmer, Veronika / Novosad, Heinz (2018): Kurzbeschreibung.

Dieplinger, Anna Maria (2008): Soziale Dienstleistungen für PatientInnen und Angehörige. Studien und Konzepte zur Orientierung von Sozialarbeit im Krankenhaus. Wien: Böhlau Verlag.

Diewald, Martin / Sattler, Sebastian (2010): Soziale Unterstützungsnetzwerke. In: Stegbauer, Christian / Häußling, Roger (2010) (Hg.): Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 689-697.

Eriksson, Monica (2017): The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In: Mittelmark, Maurice / Sagy, Shifra / Eriksson, Monica / Bauer, Georg / Pelikan, Jürgen / Lindström, Bengt / Arild Espnes, Geir (2017) (Hg.\*innen): The Handbook of Salutogenesis. Basel: Springer Nature.

Flick, Uwe (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. 3. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Frauenservice Graz (2017) (Hg.\*innen): Praxis-Handbuch Angehörigenarbeit Glücksspielsucht. Familien und Angehörige wahrnehmen und stärken. o.A.

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Wien: Facultas WUV.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2017): Interaktion. In: Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.\*innen): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 444-445.

Gesundheitsziele Österreich (2019a): 10 Ziele. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/> [02.04.19].

Gesundheitsziele Österreich (2019b): 10 Ziele. Psychosoziale Gesundheit fördern. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/psychosoziale-gesundheit-foerdern> [02.04.19].

Hamburger, Franz (2012): Soziale Arbeit und Öffentlichkeit. In: Thole, Werner (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 999-1022.

Herpertz, Sabine / Grabe, Hans (2019): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. In: Der Nervenarzt, 3/2019, 233-234.

Hing, Nerliee / Tiyce, Margaret / Holdsworth Louise / Nuske, Elaine (2013): All in the Family: Help-Seeking by Significant Others of Problem Gamblers. In: Mental Health Addiction 11, 396-408.

ICD-10 - International Classification for Diseases (2016): Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19). Dependence syndrome. <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F10-F19> [17.04.19]

Kleve, Heiko / Haye, Britta (2018): Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und Hilfeplanung. In: Kleve, Heiko / Haye, Britta / Hampe-Grosser, Andreas / Müller, Matthias (2018): Systemisches Cases Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. 5. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 104-126.

Kolip, Petra (2002) (Hg.\*in): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim: Juventa Verlag GmbH.

Koelen, Maria / Eriksson, Monica / Cattan, Mima (2017): Older People, Sense of Coherence and Community. In: Mittelmark, Maurice / Sagy, Shifra / Eriksson, Monica / Bauer, Georg / Pelikan, Jürgen / Lindström, Bengt / Arild Espnes, Geir (2017) (Hg.\*innen): The Handbook of Salutogenesis. Basel: Springer Nature.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.

Lenz, Albert (2000): Förderung sozialer Ressourcen – eine gemeindepsychologische Perspektive. In: GIO, Zeitschrift für angewandte Organisationspsychologie, 3/2000, 277-302.

Lueger, Günter (2009): Lösungsfokussierte Diagnose in der Sozialarbeit. In: Pantucek, Peter / Röh, Dieter (Hg.): Soziale Arbeit – Social Issues. Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Wien: LIT Verlag GmbH, 167-176.

Meinhold, Marianne (2012): Über Einzelfallhilfe und Case Management. In: Thole, Werner (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 635-647.

Sauermann, Gabriele (2017): Sucht. In: Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.\*innen): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 894.

Springer Medizin (2016): Pflegende Angehörige sind depressionsgefährdet. In: MMW - Fortschritte der Medizin, Aktuelle Medizin die erste Seite, 11/2016, 3.

Strübing, Jörg (2004): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Tuma, Christian (2017): Grundlagen der sozialen Sicherung. Unveröffentlichtes Skript.

Vinje, Forbech Hege / Langeland, Eva / Bull, Torill (2017): Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In: Mittelmark, Maurice / Sagy, Shifra / Eriksson, Monica / Bauer, Georg / Pelikan, Jürgen / Lindström, Bengt / Arild Espnes, Geir (2017) (Hg.\*innen): The Handbook of Salutogenesis. Basel: Springer Nature.

Weltgesundheitsorganisation Europa (1946): Über uns. Organisation. Die WHO in der Welt. WHO-Satzung (PDF). <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [07.04.19].

Weltgesundheitsorganisation Europa (1986): Publikationen. Grundsatzdokumente. Public Health Panorama. Ottawa Charter for Health Promotion. Deutsch. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [07.04.19].

## Daten

A1, Transkript Angehörigeninterview 1, erstellt von Tröbinger Laura, mit einer Angehörigen, April 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

B1, Transkript Klient\*inneninterview 1, erstellt von Tröbinger Laura, mit einem Klienten der Primärversorgung, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

B2, Transkript Klient\*inneninterview 2, erstellt von Tröbinger Laura, mit einer Klientin der Primärversorgung, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

B3, Transkript Klient\*inneninterview 3, erstellt von Tröbinger Laura, mit einem Klienten der Primärversorgung, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

G1, Gedächtnisprotokoll, erstellt von Tröbinger Laura, am 13.03.2019 in einer Einrichtung der Primärversorgung.

M2, Transkript Allgemeinmedizin 2, erstellt von Korn Katharina, mit einem Arzt der Allgemeinmedizin, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

S1, Transkript Sozialarbeiterinneninterview 1, erstellt von Tröbinger Laura, mit einer Sozialarbeiterin der Primärversorgung, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

S2, Transkript Sozialarbeiterinneninterview 2, erstellt von Tröbinger Laura, mit einer Sozialarbeiterin der Primärversorgung, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

## Abkürzungen

Abb. Abbildung  
bzw. beziehungsweise  
ebd. eben da  
et al. et aliae  
etc. et cetera  
o.A. ohne Angabe  
vgl. vergleiche  
WHO World Health Organization  
zit. in zitiert in

## Abbildungen

Abb. 1 Dreieck der Salutogenese mit Zitaten,  
[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/56/Dreieck der Salutogenese mit Zitate n.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/56/Dreieck_der_Salutogenese_mit_Zitate_n.png) [09.04.19]

Abb. 2 Zusammenfassung der drei Wirkungsweisen  
[https://www.researchgate.net/figure/Abbildung-1-Zusammenfassung-der-drei-Wirkungsweisen\\_fig1\\_251213908](https://www.researchgate.net/figure/Abbildung-1-Zusammenfassung-der-drei-Wirkungsweisen_fig1_251213908) [20.04.19]

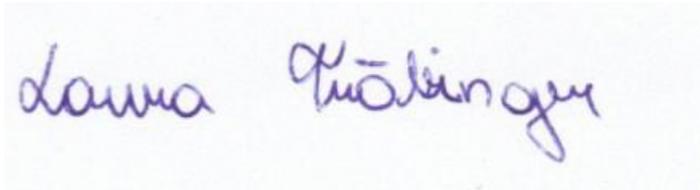
## Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Laura Tröbinger**, geboren am **28.12.1996** in **Linz**, erkläre,

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

**Wien**, am **29.04.2019**

**Unterschrift**

A handwritten signature in blue ink that reads "Laura Tröbinger". The signature is written in a cursive style and is centered within a light blue rectangular box.