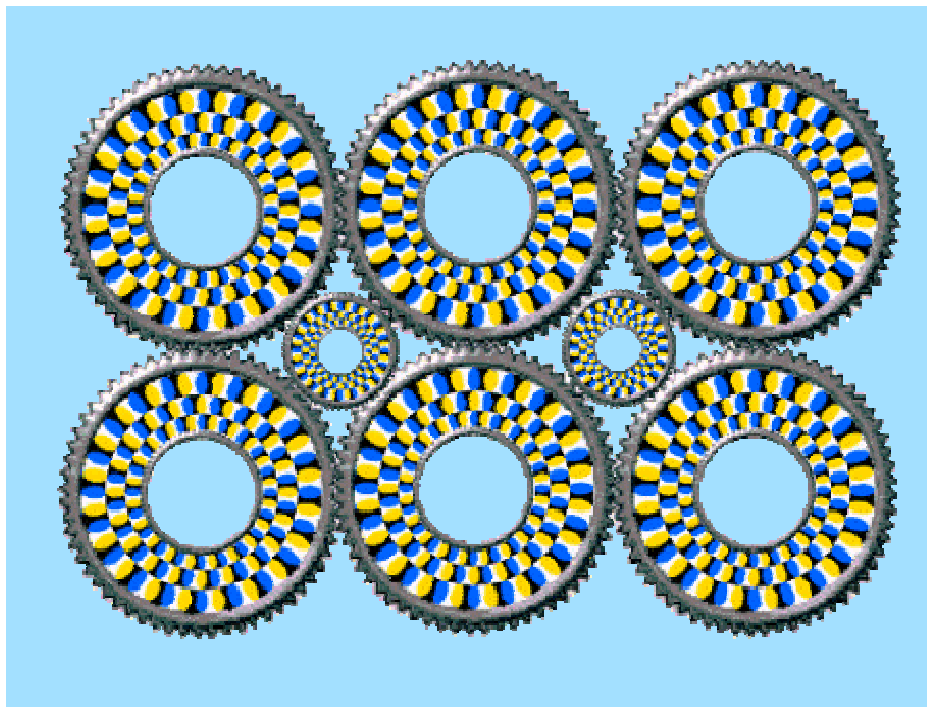


MAS Thesis Psychosoziale Beratung

Paulo Rotzer

Stationäre Psychiatrie und Soziale Arbeit in der klinischen Behandlung von erkrankten Menschen



Was kann Soziale Arbeit mit berufsspezifischen Diagnosen und Interventionen zur Reintegration der KlientInnen beitragen?

Eingereicht bei

Herrn Prof. Dr. Günther Wüsten

Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Hochschule für Soziale Arbeit

Olten im April 2013

„Die heutigen Inhalte von Bibliotheken und Datenbanken sind für keinen Menschen auch nur annähernd erfassbar und selbst über die Bildung von Expertengruppen kaum noch abzudecken. Nichtwissen betrifft damit nicht nur das, was noch nicht erforscht wurde, sondern auch das, was schon erforscht ist, aber aus dem Kanon des ständig Genutzten herausgefallen ist. Die Problematik besteht nun darin, dass die Auswahl der Inhalte des Kanons ob der Menge der zur Verfügung stehenden Daten immer mehr zum Zufallsprodukt zu werden scheint. Nur noch in manchen kleinen Ausschnitten ist wissenschaftliche Arbeit noch inhaltlich übersichtlich und strukturiert zugänglich. Was darüber hinausgeht, die „post-normale Wissenschaft“ [...], vereinfacht, entscheidet instinktiv und macht sich beispielsweise von dem abhängig, was die Suchmaschine im Internet gerade an dem Tag auswirft, an dem die Suche stattfindet.

Die Effekte, die zur Zusammenstellung des Wissens führen, sind dann nicht mehr rekonstruierbar. Das Wissen verliert seine historische Logik. Seine Kanonisierung wird arbiträr und vermutlich von jeder Interessengruppe auf ihre Weise anders betrieben, ohne dass eine Orientierungslinie verfügbar wäre, die man als Leitfaden für einen Ausgleich zwischen diesen Inseln des Wissens verwenden könnte.“

Albrecht Fritzsche, Schatten des Unbestimmten

Inhaltsverzeichnis

1	SOZIALE ARBEIT	1
1.1	GRUNDSÄTZLICHES ZUR SOZIALEN ARBEIT.....	1
1.2	KLINISCHE SOZIALARBEIT	3
1.3	PSYCHOSOZIALE BERATUNG	4
1.4	SOZIALE ARBEIT UND PSYCHIATRIE.....	5
1.4.1	FACHKONFERENZ SOZIALDIENSTE PSYCHIATRIE.....	5
1.4.2	HERAUSFORDERUNG FÜR DIE INTERPROFESSIONALITÄT	6
1.5	ZIELSETZUNGEN DER SOZIALEN ARBEIT IN DER PSYCHIATRIE.....	9
2	THEORIEN MENSCHLICHER BEDÜRFNISSE	10
2.1	DAS BIOPSYCHOSOZIALE MODELL DES MENSCHEN.....	10
2.2	DIE BEDÜRFNISTHEORIE VON WERNER OBRECHT	11
2.3	DIE KONSISTENZTHEORIE VON KLAUS GRAWE	11
3	GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	14
3.1	SALUTOGENESE: GESUNDHEITS-KRANKHEITS-KONTINUUM.....	14
3.2	PERSON IN ENVIRONMENT – DAS PIE SYSTEM	15
4	METHODEN SOZIALER ARBEIT	17
4.1	SOZIALE DIAGNOSTIK.....	17
4.2	PERSONENBEZOGENE SOZIALE ARBEIT.....	19
4.3	DAS KONZEPT DER SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG	21
5	METHODEN & INTERVENTIONEN	23
5.1	HANDLUNGSTHEORIEN UND METHODEN.....	23
5.2	INTERVENTIONEN DER SOZIALEN ARBEIT.....	23
5.3	PERSONENBEZOGENE METHODEN MIT BLICK AUF DEN ALLTAG	28
5.3.1	SOZIALRECHTLICHE BERATUNG	28
5.3.2	PSYCHOSOZIALE BERATUNG DES PATIENTEN.....	28
5.3.3	PSYCHOSOZIALE BERATUNG DES PATIENTENSYSTEMS.....	28
5.3.4	NACHSORGEORGANISATION	29
5.3.5	EINLEITEN BEHÖRDLICHER MASSNAHMEN.....	29
5.3.6	METHODEN ZUR VERÄNDERUNG DER UMWELT	29
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN	30
6.1	RESSOURCENORIENTIERUNG, LÖSUNGS- UND KUNDENORIENTIERUNG	30
6.2	EVIDENZBASIERTE PRAXIS UND LEBENSWELTORIENTIERUNG	31
7	REINTEGRATION	33
7.1	BERUFLICHE REINTEGRATION VON PSYCHISCH ERKRANKTEN MENSCHEN	34
7.2	PSYCHISCH KRANKE MENSCHEN.....	34
7.3	BERUFLICHE EINGLIEDERUNG DURCH DEN SOZIALDIENST DER KLINIK ZUGERSEE.....	34
7.3.1	AUSGANGSLAGE UND IST-ZUSTAND	35
7.3.2	PROJEKTZIELE (SMART: SPEZIFISCH, MESSBAR, ANSPRUCHSVOLL, REALISTISCH, TERMINIERT).....	36
7.3.3	KONTAKT MIT BESTEHENDEN ARBEITGEBERN	36
7.3.4	PATIENTEN IN KEINEM ARBEITSVERHÄLTNIS	37
7.3.5	UNTERSTÜTZUNG DURCH DEN SOZIALDIENST	37
7.4	ARBEITSINTEGRATION WÄHREND UND NACH DEM KLINIKAUFENTHALT	38
7.5	ARBEIT UND TAGESSTRUKTUR.....	39
8	FAZIT	42
9	AUSBLICK	43
9.1	RICHTUNGSWEISENDE KOOPERATION ÜBER KANTONSGRENZEN HINWEG	43
9.2	CHANCEN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG NUTZEN.....	43
9.3	ERFOLGSVERSPRECHENDES MODELL	44
9.4	TEIL EINES GESAMTPROJEKTS.....	44
10	DANKSAGUNG	45
11	LITERATURVERZEICHNIS	46

Abstract

Einleitend befasst sich vorliegende Theses mit der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und führt über das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis und Theorien zu den menschlichen Bedürfnissen zu Theorien und Methoden der klinischen Sozialen Arbeit. Wesentlich ist der Blickwinkel weg von den Defiziten und Symptomen und hin zu den gesunden Fähigkeiten der KlientInnen. Autonomie steht in der Entscheidungsfindung am Anfang der Beratung und ist nicht (zwangsläufig) ihr Ziel. Ressourcen- und Lösungsorientierung sind die dazu nötigen Methoden. Ausgehend von der Leitfrage ‚was kann Soziale Arbeit mit berufsspezifischen Diagnosen und Interventionen zur Integration von erkrankten Menschen beitragen‘ wird die Bedeutung der Sozialen Arbeit in der stationären Psychiatrie verdeutlicht. Mit der Entwicklung der Sozialpsychiatrie fand Soziale Arbeit auch Raum in der interdisziplinären psychiatrischen Behandlung von erkrankten Menschen. Exemplarisch wird die Arbeit des Sozialdienstes des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie Klinik Zugersee beleuchtet und mit einem persönlichen Fazit und einem Ausblick in die Zukunft kommentiert.

1 Soziale Arbeit

1.1 Grundsätzliches zur Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit versteht sich als Profession. Die kollektiv geteilten Standards leiten sich von theoretischen Grundlagen ab. Diese gelten als Bezugsrahmen für die Bewertung einer qualitativ hochstehenden Sozialen Arbeit. Dieses Vorgehen führt zu verschiedenen Wissensformen, welche für die Soziale Arbeit charakteristisch sind. Spezifisch sind die inhaltlichen Konkretisierungen. Diese werden anhand des systemtheoretischen Paradigmas Sozialer Arbeit hergeleitet. Das Vorgehen kann mit den sogenannten W-Fragen durchgeführt werden (Staub-Bernasconi, 2007: 204 f).

Die Sozialarbeitswissenschaft nach Staub-Bernasconi basiert auf dem systemischen Paradigma. Ausgangspunkt dieses Denkansatzes ist das Verständnis des Menschen als psychobiologisches System, dessen Bedürfnisse durch kognitive und emotionale Spannungen zustande kommen. Die Bedürfnisse sind universell, da sie organischer Natur sind (Obrecht, 2005:11). Zur Erfüllung seiner Bedürfnisse steht der Mensch in Austauschbeziehungen mit anderen Systemen. Es finden sich biologische, psychische und soziale Bedürfnisse: „biologische Bedürfnisse im engeren Sinne, die bedingt sind durch den Umstand, dass Organismen selbstgesteuerte Systeme sind; psychische Bedürfnisse, die bedingt sind durch den Umstand, dass die Steuerung solcher Organismen durch ein komplexes und plastisches Nervensystem erfolgt, dessen angemessenes Funktionieren von einer bestimmten quantitativen und qualitativen sensorischen Grundstimulation sowie - in Bezug auf den aktuellen Bedarf des Gehirns - hinreichender Information abhängt; soziale Bedürfnisse, bedingt durch den Umstand, dass menschliche Organismen selbstwissensfähig sind und ihr Verhalten innerhalb ihrer sozialen Umgebung über emotiokognitive Mechanismen regulieren.“

„Die Bedürfnisse des Menschen können dabei unelastisch sein, d.h. deren Befriedigung duldet keinen oder nur einen kleinen Aufschub (z.B. das Bedürfnis nach Nahrung und Flüssigkeit). Sie können auch elastisch sein. Diese können ein Leben lang unbefriedigt bleiben, was allerdings Folgen für das Individuum hat (idem 46).

Von den Bedürfnissen unterschieden werden Wünsche. Sie gehen über die Bedürfnisse hinaus und können legitim oder illegitim sein. Legitim sind Wünsche

dann, wenn durch deren Erfüllung andere Menschen in ihrer Bedürfnisbefriedigung nicht beeinträchtigt werden“ (Staub-Bernasconi, 2007: 171 f).

„Unter menschlichem Wohlbefinden wird entsprechend verstanden, dass die meisten Bedürfnisse (nicht die grenzenlosen Wünsche) befriedigt sind oder für nicht befriedigte andere kompensatorisch befriedigt werden können“ (Staub-Bernasconi, 2007: 173).

Zur Befriedigung seiner Bedürfnisse ist der Mensch auf andere Menschen angewiesen. Er steht daher in stabilen oder flüchtigen Austauschbeziehungen mit anderen Menschen. Diese können mehr oder weniger symmetrisch (basierend auf gleichwertigem Geben und Nehmen) oder asymmetrisch (Abhängigkeiten) sein. Dauerhafte asymmetrische Beziehungen bilden die Grundlage für Machtstrukturen. Wenn eine am Austausch beteiligte Partei immer mehr gibt, als sie erhält, kann dies dazu führen, dass eine Partei dies auch ausnützt und somit Macht über die schwächere Partei ausübt. Solche Prozesse können zu Ausbeutung, Diskriminierung etc. führen und Menschen dauerhaft in der Befriedigung ihrer Bedürfnisse behindern (idem: 175).

So entstehen soziale Probleme als spezifischer Gegenstand Sozialer Arbeit. „Das Individuum ist vorübergehend oder dauernd unfähig, seine Bedürfnisse und Wünsche aufgrund seiner unbefriedigenden Einbindung in die sozialen Systeme seiner Umwelt, im Genaueren: aufgrund eigener Kompetenzen, Austauschbeziehungen im Sinne von Unterstützungsnetzwerken oder der Verfügung über Machtquellen zur Einlösung oder Erzwingung legitimer Ansprüche, zu befriedigen.“ (Staub-Bernasconi 2007: 182).

Der Auftrag der Sozialen Arbeit ist es, das menschliche Wohlbefinden zu verbessern und soziale Probleme zu vermeiden, zu lindern und zu lösen (AvenirSocial, 2006: 5). Professionelle Soziale Arbeit interveniert daher auf verschiedenen Ebenen, sowohl individuen- als auch gesellschaftsbezogen, um einerseits Menschen zu befähigen, ihre Bedürfnisse zu befriedigen, und andererseits, um behindernde Machtstrukturen womöglich in begrenzende zu transformieren (Staub-Bernasconi, 2007, 198).

Das Handeln Sozialer Arbeit basiert auf ethischen Werten, wissenschaftlichem Wissen und den Menschenrechten als universelles Regelwerk, welches die menschlichen Bedürfnisse schützt und dementsprechendes Handeln und Intervenieren legitimiert.

Staub-Bernasconi (2007: 198 ff.) erweitert daher das doppelte Mandat in der Sozialen Arbeit (im Sinne von Vermittlung zwischen Anforderungen der Gesellschaft und Anforderungen der AdressatInnen) durch ein drittes Mandat, das die Professionalisierung der Sozialen Arbeit charakterisiert. Es beinhaltet die Bezugnahme auf wissenschaftliches Beschreibungs- und Erklärungswissen sowie auf wissenschaftsbegründete Arbeitsweisen und Methoden und die Berufung auf eine ethische Basis (Berufskodex), die sich auf die Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit bezieht. Dadurch kann sich Soziale Arbeit von den Anforderungen der Gesellschaft und der Adressaten distanzieren und es ermöglicht ihr sich auf die eigene Basis zu berufen. Aufträge, die nicht den wissenschaftlichen Erkenntnissen, den berufsethischen Grundsätzen und den Menschenrechten entsprechen, werden deshalb zurückgewiesen.

1.2 Klinische Sozialarbeit

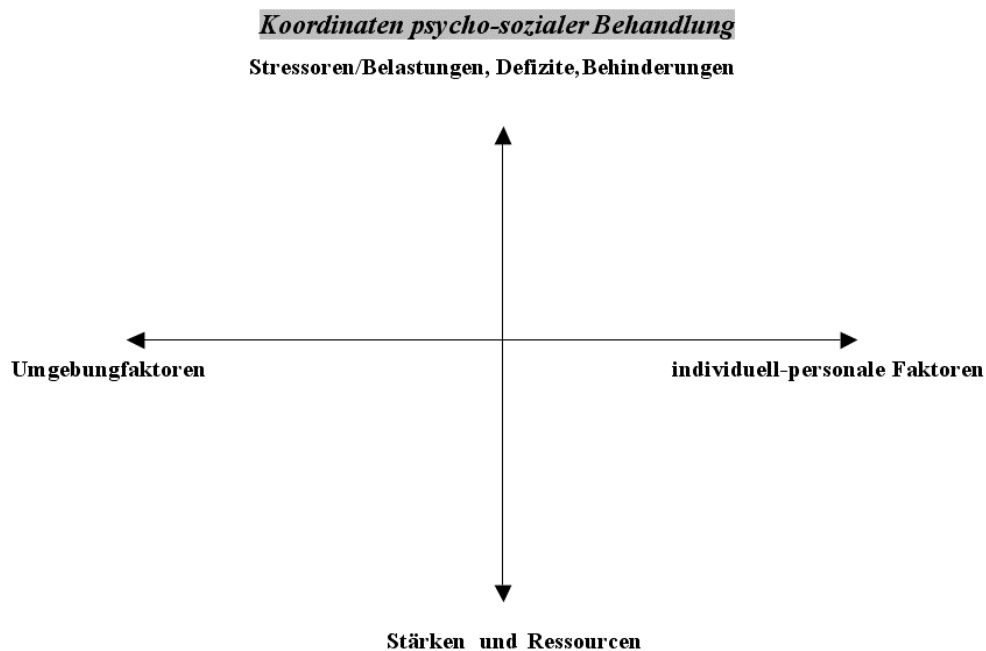
Die klinische Sozialarbeit bietet eine spezifische Beratung und ist ein Teilbereich der Sozialen Arbeit. Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist zuständig für die Bearbeitung der sozialen Dimension der psychischen Krankheit und somit auch für die Begleitung und Reintegration der psychisch kranken Menschen in ihre Lebenswelt. Sie bearbeitet problematisch gewordene Lebensführungssysteme und fördert die Wiederherstellung von Integration. Es geht um eine langfristige (Wieder-) Herstellung der Integrationsbedingungen und somit um eine Veränderung der damit einhergehenden psychosozialen Problemdynamik. Ziel ist es, das Lebensführungssystem eines Individuums so zu gestalten, dass ein befriedigendes Leben in angemessenen sozialen Beziehungen realisiert werden kann. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, besitzt die Soziale Arbeit spezifische Instrumente und Verfahren für die Fallarbeit und deren Koordination mit der therapeutisch-medizinischen Behandlung. Sie berücksichtigen eine horizontale und eine vertikale Ebene der Prozessgestaltung (vgl. Sommerfeld et al. 2008):

Auf der horizontalen Ebene sind sie entlang des „integrierten Prozessbogens“ angelegt. Dieser umfasst die gesamte Zeitspanne, während der eine Person in Hilfesysteme integriert ist. Sie verbindet die stationäre mit der ambulanten Fallarbeit. Sie unterstützt die KlientInnen in deren Lebensführungssystemen durch eine Kontinuität in der Hilfeplanung.

Auf der vertikalen Ebene sind die Instrumente modular konzipiert. Diese sind darauf ausgerichtet, zunächst durch ein sogenanntes Screening eine Indikation für die

Soziale Arbeit festzustellen. Ist diese ausgewiesen, wird eine differenzierte Falleinschätzung erarbeitet. Zur Diagnose werden personenbezogene Ausstattungs- und Recoverydimensionen erfasst. Mit orientierungsleitenden Fragen wird das Lebensführungssystem erforscht und die Perspektive vorrangig auf das Netzwerk gerichtet. Die klinische Sozialarbeit kann so in die Welt der KlientInnen eintauchen, die Sinnhaftigkeit ihrer Lebensführung verstehen und die problemverursachenden psychosozialen Prozesse und Muster innerhalb der relevanten Teilsysteme (Familie, Arbeit usw.) entdecken. Anschliessend erarbeitet sie Hypothesen zum Fall und macht eine Beurteilung der sozialen Dimension. Um an diese umfassenden Information zu gelangen, bedient sich die klinische Sozialarbeit der psychosozialen Beratung.

1.3 Psychosoziale Beratung



(Pauls, 2004)

Die Kernkompetenz klinischer Beratung ist gemäss Geissler-Piltz et al. (2005: 107) die psychosoziale Beratung, da sie als „primärer Interventionsansatz“ für die Problem- und Konfliktlösung gesehen werden kann.

Nach Wendt (2002: 42) handelt es sich bei der psychosozialen Beratung um eine spezielle, gesundheitsbezogene Beratung, die dann als klinisch bezeichnet werden kann, wenn in der Beratung direkt auf den somatischen, psychischen bzw. psychosozialen Gesundheitszustand Einfluss genommen wird. Im Unterschied zu sozialer Beratung ohne klinische Aufgabenstellung, zeigt sich der psychosoziale Charakter, wenn innere und äussere Belastungen das Leben der Klientel erschweren und Krisen oder Konflikte auslösen und wenn „in die Beratung Umstände in Betracht gezogen werden, die „kränken“, krank gemacht haben oder krank machen können.“ Eine psychosoziale Beratung als Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfe kann daher nur unter Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte psychischer und somatischer Krankheiten gelingen. Sie ist Haltefunktion, die häufig mit sozial- und psychotherapeutischen Anteilen auf Klärung von Konflikten und Ressourcenaktivierung zielt (vgl. Geissler-Piltz et al., 2005: 107). Erst durch die Erkenntnisse dieser Beratung können weitere Methoden klinischer Sozialarbeit zur Lebensbewältigung angewandt werden, die eine angestrebte Veränderung des Verhaltens der KlientInnen bewirken.

1.4 Soziale Arbeit und Psychiatrie

1.4.1 Fachkonferenz Sozialdienste Psychiatrie

Die Fachkonferenz Sozialdienste Psychiatrie (FKSP) ist ein Zusammenschluss der Sozialdienste psychiatrischer Kliniken und Dienste in der Deutschschweiz. Sie vertritt die Interessen der Sozialen Arbeit punkto psychiatrischer Versorgung und setzt sich namentlich für eine qualitativ hochstehende und evidenzbasierte Sozialarbeit, die adäquate Integration der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Behandlungsprozess sowie einen konstruktiven Informations- und Wissensaustausch zwischen den Mitgliedern ein. Die Konferenz versteht sich als unabhängiger, politisch und konfessionell neutraler Zusammenschluss.

Innerhalb der psychiatrischen Grundversorgung leistet die Sozialarbeit nebst den anderen beteiligten Professionen Medizin, Psychologie, Pflege sowie Spezialtherapien einen bedeutenden Beitrag im Rahmen des biopsychosozialen

Modells. Gleichzeitig besteht infolge der knappen zeitlichen und personellen Ressourcen sowie der ökonomischen Entwicklungen im Gesundheitswesen der Bedarf bzw. die Erfordernis, die Soziale Arbeit in den Kliniken effizient und effektiv zu gestalten.

Die FKSP dient den Mitgliedern in erster Linie als Informations- und Kommunikationsplattform, um fachliche Themen wie beispielsweise interdisziplinäre Zusammenarbeit, Qualität, Vernetzung mit externen Partnern, berufliche Weiterbildung und Management zu bearbeiten. Ausserdem dient das Gefäss als ‚Think Tank‘ im Hinblick auf anstehende Entwicklungen und sozialpolitische Fragen im Gesundheitswesen sowie künftige Strategien in der Sozialen Arbeit bzw. der klinischen Sozialarbeit.

Nachfolgender Text wurde freundlicherweise von Franz Hierlemann, Leiter Soziale Arbeit der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zur Verfügung gestellt:

1.4.2 Herausforderung für die Interprofessionalität

„Die Wiedererlangung von Gesundheit durch die Psychiatrie einerseits und die Steigerung von Autonomie und Teilhabe durch die Soziale Arbeit andererseits erzwingt eine interprofessionelle Zusammenarbeit, die ständig weiter entwickelt werden muss. Die zentrale berufspsychologische Fähigkeit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie erfordert so etwas wie die „Kompetenz in der Bewältigung von Ungewissheit“ und das kreative Finden von Gestaltungsmöglichkeiten.

Auf den ersten Blick ist die Psychiatrie der Ort der Medizin und damit Teil des gesellschaftlichen Funktionssystems Gesundheitswesen, an dem sie sich als wissenschaftliche Disziplin und als ärztliche Profession der Diagnose, Behandlung, Prävention und Erforschung psychischer Erkrankungen widmet. Der internationale Hauptstrang psychiatrischer und psychopathologischer Konzeptbildung ist einem integrativen, d.h. einem biopsychosozialen Modell verpflichtet. Die im idealtypischen Fall planmässigen und wissenschaftlich fundierten therapeutischen Interventionen zielen auf die Minimalisierung von Verhaltensstörungen und die Reduktion subjektiver Leidenszustände ab. Der zentrale Präferenzwert des medizinisch geprägten Gesundheitswesens ist der des Heilens, d.h. die Steigerung oder Wiedererlangung der individuellen Gesundheit. Die Soziale Arbeit wird als handlungswissenschaftliche Disziplin verstanden, die als Profession Personen oder Gruppen aktivierend unterstützt, die unter anhaltenden Ausprägungen sozialer Probleme (materiell und rechtlich bedrohten Lebenslagen) leiden und von sozialem

Ausschluss (Desintegration/Exklusion) bedroht sind. Die Kernaufgabe Sozialer Arbeit ist Unterstützung und Hilfe. Mit ihren Interventionen erschliesst sie Ressourcen der privaten Lebenswelt und weiterer gesellschaftlicher Teilsysteme (u.a. Bildung, Recht, Wirtschaft). Die handlungsleitenden Ziel- und Wertvorstellungen sind die Steigerung individueller Autonomie und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe (Integration/Inklusion) psychisch erkrankter Personen. Die Wiedererlangung von Gesundheit einerseits und die Steigerung von Autonomie und Teilhabe andererseits erzwingt eine interprofessionelle Zusammenarbeit, die ständig weiter zu entwickeln bleibt.

Drei Elemente des Systems Psychiatrie

Die Psychiatrie ist einmal die Lehre von den seelischen Störungen und Erkrankungen. Sie befasst sich mit der Verursachung und Entstehung (Ätiologie), den Merkmalen (Symptomatologie), der Systematik (Syndromatik und Nosologie), der Diagnostik, der Prävention und Therapie der seelischen Krankheiten. Seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ist sie medizinisches Fach im Kanon der Universitätsdisziplinen. Zusammen mit der Neurologie bezieht sie sich auf die gemeinsamen Grundlagenwissenschaften, u.a. auf Neuroanatomie, Neurochemie, Neurophysiologie und -psychologie und ist somit als biomedizinische Disziplin grundgelegt.

Als sozialer Ort ist die Psychiatrie zweitens die Welt der Kliniken, der ambulanten und teilstationären Einrichtungen (u.a. Nacht- und Tageskliniken, Kriseninterventionszentren). Unabhängig von der Grösse und den Leistungsaufträgen der psychiatrischen Institutionen herrscht in aller Regel eine komplex organisierte Drei-Säulen-Organisation vor, in der sich die Machtstruktur der interprofessionellen Arbeitsteilung ausdrückt: der klinischen Direktion (Medizin), der Spitaldirektion (Ökonomie/Politik/Verwaltung) und der pflegerisch-therapeutischen Direktion. Die klinische Soziale Arbeit ist je nach Organisationsgeschichte einer dieser drei Leitungsstrukturen zugeordnet.

Als soziale Institution ist die Psychiatrie drittens die historisch wechselnde Form der gesellschaftlichen Organisation psycho-sozialen Leids, die von zeitabhängigen politischen und wissenschaftlichen Auffassungen geprägt ist. Die gesundheitspolitisch als geeignet erscheinenden Unterbringungs- und Versorgungsstrukturen, ihre gesetzlichen Grundlagen bis hin zu den

Behandlungskonzepten der einzelnen therapeutischen, pflegerischen und beratenden Berufen (z.B. auch der Sozialen Arbeit) finden hier ihren Ausdruck.

Elemente des Systems Soziale Arbeit

Als allgemeinsten Auftrag der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie lässt sich das Erkennen der oft bescheidenen Ressourcen der PatientInnen/KlientInnen im Rahmen einer sozialen Diagnose und Behandlungsplanung bezeichnen, die ihrerseits in die interprofessionelle Zusammenarbeit eingebunden sein muss. Die Verfeinerung dieser Aufgabe besteht u.a. in der Begrenzung nachteiliger Folgen einer psychischen Erkrankung (Exklusionsvermeidung in wichtigen Lebensbereichen wie Arbeit, Wohnen, materieller Sicherung).

Unterstützung bei der Korrektur eingetretener nachteiliger Folgen (Integrationsförderung) durch Mitarbeit bei der Planung von Massnahmen der zumindest teilweisen Reintegration während der Behandlungsphase (Anbahnen von Vermittlungen in Tätigkeiten, Ausbildungen, Wohn- und Freizeitbeziehungen).

Kompensation von Exklusionseffekten, d.h. dem Offenhalten von möglichst vielen Integrationsoptionen in Form des Auffindens oder Mitgestaltens von „geschützten Lebensverhältnissen“, besonders im Bereich des betreuten Wohnens und Arbeitens. Beratung und Aufklärung des interprofessionellen Teams über die soziale Situation (soziale Diagnose) der PatientInnen und den in deren Lebenswelt erkannten erschliessbaren Ressourcen. Vernetzung von Reintegrationsmassnahmen und prinzipielle Koordination von Hilfeleistungen in der Austritts- und Abschlussphase der Behandlung.

Ausgewählte Schnittstellen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Aufgrund der bio-medizinischen Fundierung der ärztlichen Tätigkeit kann „das Soziale“ zwar als wünschbare, aber nicht notwendige Ergänzung der Gesamtbehandlung wahrgenommen aber nicht zwingend integriert werden. Der rechtlich und sozial höhere Status des Systems Medizin führt in seiner konkreten Asymmetrie in der klinischen Alltagsarbeit zwar zur in der Regel erwünschten Mitsprache in Behandlungsfragen, nicht aber zur Entscheidungsbefugnis für die Soziale Arbeit. Gegenüber den pflegerischen und therapeutischen Berufen sind Abgrenzungsfragen bei Integrationsmassnahmen immer wieder unentbehrlich. Wo z.B. die ganzheitlich orientierte Bezugspersonenpflege beginnt oder die ergotherapeutische Förderung der Wohnfähigkeit mit der sozialarbeiterischen

Wohnweltgestaltung kollidiert, bleibt in vielen Fällen immer wieder aushandlungsbedürftig und störanfällig. Die damit angesprochene Professionalisierungsproblematik Sozialer Arbeit kann an dieser Stelle nur benannt, aber nicht weiter entfaltet werden.

Brückenprinzipien und Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die vielschichtigen Beziehungen des medizinischen Systems Psychiatrie mit dem Teilsystem Soziale Arbeit in der Psychiatrie werden im klinischen Alltag über die handelnden Berufspersonen konkret ausgefüllt und sehr häufig in einer gelingenden Zusammenarbeit umgesetzt. In grundsätzlicher Hinsicht stehen Modelle des Verstehens von Krank- und Gesundsein bzw. des Behindertseins zur Verfügung, die eine wechselnde Anschlussfähigkeit für Medizin, klinische Psychologie und Soziale Arbeit ermöglichen. Abschliessend und bewertend bleibt festzuhalten, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie als zentrale berufspsychologische Fähigkeit so etwas wie die Kompetenz in der Bewältigung von Ungewissheit und das kreative Finden von Gestaltungsmöglichkeiten erfordert. Die damit verbundenen Fragen nach der professionellen Identität der klinischen Sozialen Arbeit sind damit nur gestellt aber nicht weiter ausgeführt.

1.5 Zielsetzungen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Die Zielsetzungen klinischer Sozialer Arbeit sollen sich in der Fallarbeit an der sozialen Reintegration und einer gelingenderen Lebensführung orientieren. Dieses Ziel der sozialen Reintegration ist erreicht, wenn die im Fall relevanten Merkmale auf der Ebene des Individuums verbessert sind, die Merkmale der sozialen Systeme verbessert sind und den KlientInnen ist es möglich in ihrer Lebensführung Sinnhaftigkeit, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit zu erleben, das eigene Lebensführungssystem zu verstehen und ein überwiegendes Gefühl der eigenen Handhabbarkeit der Lebensführung hat sich eingestellt. Die klinische Soziale Arbeit soll gemeinsam mit den KlientInnen in einem Lebensführungssystem Bedingungen schaffen, die eine nachhaltige Veränderung der neuronalen Schaltkreise ermöglichen, welche Grundlage der psychischen Krankheit sind.

2 Theorien menschlicher Bedürfnisse

2.1 Das biopsychosoziale Modell des Menschen

Besonders Obrecht (2010), Geiser (2007) und Staub-Bernasconi (2007) konzipierten eine biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse. Sie beschreiben, dass eine anhaltende Nichtbefriedigung zentraler biopsychosozialer Bedürfnisse kausal die sozialen Probleme verschärft. Um die psychosoziale Beratung zu verstehen, ist es ratsam, zuerst das bio-psycho-soziale Menschenbild genauer zu betrachten. Der Mensch wird als System verstanden. Zellen bilden Organe und das Zusammenspiel dieser Organe bildet das System „Mensch“ mit seinen biologischen und psychischen Eigenschaften. Jeder Mensch wiederum wird als Teil umfassender Systeme betrachtet. Diese sozialen Systeme können z.B. als Familie, Arbeitsplatz oder eine religiöse Gemeinschaft auftreten. Das Individuum ist durch seine Bedürfnisse und Interessen mit dem System verbunden. Erkrankt ein Teilsystem, sind die biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zu berücksichtigen, aber auch ihre komplexen Wechselwirkungen in Verbindung mit der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten zu beachten. Das soziale System ist labil. Wenn ein Teilbereich sich bewegt, verändert sich auch das soziale System.

Im bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell beschreibt George Engel (1970, zit. in Pauls, 2004: 86-87), dass die einzelnen Teilsysteme dem System zu seiner einzigartigen Individualität verhelfen. So hat jedes System seine eigene Dynamik im Umgang der Teilsysteme untereinander, aber auch sein Auftreten in der Gesellschaft; d.h. die Kommunikation verläuft in jedem System unterschiedlich. Nach Pauls (2004: 86-87) ist es entscheidend herauszufinden, wie die Person und das System „Krankheit“ wahrnimmt. Beide gehen jeweils individuell mit der Krise um. Sozialwissenschaftliche, psychologische und psychosomatische Forschungen belegen, dass psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung, dem Verlauf und Heilung von Krankheiten entscheidend sind. Jakob Uexküll und Wolfgang Wesiack (1996, zit. in Ulrich Binner & Karlheinz Ortmann, 2008: 74) stützen diesen Gedanken und ordnen gesundheitliche Problemlagen physiologischen (biologischen), psychologischen und sozialen Systemebenen zu, die miteinander kommunizieren. Sie bewerten diese drei Ebenen gleichrangig und leiten daraus den Auftrag an die psychosoziale Beratung für die Behandlung gesundheitlicher Störungen ab.

2.2 Die Bedürfnistheorie von Werner Obrecht

Das bio-psycho-soziale Modell zeigt auf, dass das Biosystem Mensch drei über Evolution entstandene, aufeinander bezogene psychische Funktionsbereiche aufweist:

Eine Reihe von im Gehirn erzeugten Motivationen zur Regulierung von biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen, ein kognitives Vermögen der mentalen Repräsentation des Selbst, welches zur Orientierung des Organismus in seiner Umwelt dient (repräsentiert in der Struktur des Cortex) und ein u.a. in der Struktur des Gehirns gründendes Vermögen der Handlungsvorbereitung, -planung, und -überwachung, basierend auf der aktuellen Motivation und der Grundlage des Selbst- und Umweltbildes. „Bedürfnisse (sind) über Verhaltensprozesse regulierte organismische Grössen. Ein aktuelles Bedürfnis bzw. eine Bedürfnisspannung liegt vor, wenn sich ein Organismus jenseits des für ihn befriedigenden Zustandes (des Wohlbefindens) befindet, welcher innerhalb des Nervensystems registriert wird und – davon ausgehend – den Organismus (über organismisch bewusstseinsfähige Regelungsprozesse) zu einem nach aussen gerichteten Verhalten motiviert.“ Dieses Verhalten ist auf „die Reduktion der Spannung bzw. auf die Kompensation der Störung gerichtet, in dessen Folge sich Wohlbefinden einstellt.“ (Obrecht 2010: 18)

2.3 Die Konsistenztheorie von Klaus Grawe

Grawe geht in seiner Konsistenztheorie davon aus, dass menschliches Verhalten durch die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse motiviert ist. Dazu zählt er das Bedürfnis nach sozialer Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung sowie nach Lustgewinn und Unlustvermeidung. Nebst diesen vier Grundbedürfnissen geht er von einem übergeordneten Prinzip aus, nämlich dem Streben nach Konsistenz. Gemäss dieser Konzeption ist die ausreichende Befriedigung der vier genannten Bedürfnisse die Grundlage für Wohlbefinden und psychische Gesundheit, respektive führt die Versagung dieser Bedürfnisse zu psychischer Krankheit. Diese Grundbedürfnisse haben neuronale Grundlagen, welche der Mensch mit auf die Welt bringt. Im Laufe seiner Entwicklung bildet er individuelle motivationale Schemata aus, welche zur Befriedigung dieser Bedürfnisse dienen oder vor Verletzung schützen sollen. Während die Grundbedürfnisse allen Menschen gemeinsam sind, zeigen sich die Ziele und Mittel, die zu ihrer Befriedigung entwickelt werden können,

sehr individuell. „Genetische Bereitschaften und Präferenzen, kulturelle und gesellschaftliche Lebensbedingungen sowie die konkreten individuellen Sozialisationsbedingungen innerhalb der jeweiligen Gesellschaft nehmen darauf Einfluss, welche Ziele dem Individuum wichtig sind und welche Mittel zu ihrer Realisation entwickelt werden.“ (Grosse Holtforth/Grawe 2004, zitiert in Gassmann/Grawe 2009: 104). Dabei unterscheidet Grawe zwei Arten motivationaler Schemata:

Annäherungsschemata zur Erzeugung von bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen

Wächst ein Mensch nun in einer Umgebung auf, welche auf die Befriedigung seiner Bedürfnisse ausgerichtet ist, erwirbt er viele Erfahrungen mit der positiven Befriedigung und entwickelt vor allem annähernde Schemata (vgl. Grawe 2004: 170).

Vermeidungsschemata zum Schutz vor bedürfnisverletzenden Erfahrungen

Wächst der Mensch jedoch in einer Umgebung auf, welche seine Bedürfnisse immer wieder bedroht und verletzt, entwickelt er viele Vermeidungsschemata, um sich vor weiteren Verletzungen zu schützen. Zur Befriedigung seiner psychischen Grundbedürfnisse ist der Mensch als soziales Wesen auf Interaktion mit seiner sozialen Umwelt angewiesen.

Dabei sind in den meisten Situationen beide Formen motivationaler Schemata aktiviert. Ist die Aktivität der Vermeidungsschemata dominant im psychischen Geschehen, bleibt zwar die Verletzung der Grundbedürfnisse aus. Durch die Vermeidung können sie aber nicht befriedigt werden, selbst in Situationen, die eigentlich zur Bedürfnisbefriedigung geeignet wären, weil eher die „besser gebahnten“ vermeidenden als die annähernden Tendenzen aktiviert werden (vgl. Grawe 2004: 186-192). Vermeidungsschemata sind „anstrengend“. Sie erfordern die dauernde Kontrolle durch das Individuum. Denn selbst wenn eine Gefahr für den Moment abgewendet ist, kann das Individuum nie sicher sein, dass eine Gefahr nicht schon von anderer Seite droht. Aktivierte Vermeidungsziele binden also Aufmerksamkeit und sind von ängstlicher Anspannung begleitet. Erstrebenswert ist somit eine möglichst grosse Aktivität der Annäherungsschemata. Verfügt eine Person über viele annähernde Ziele und Mittel um bedürfnisbefriedigende Erfahrungen machen zu können, so spricht Grawe von einem hohen Ressourcenpotential. Im Hinblick auf die Wiederherstellung psychischer Gesundheit geht es um die Konsistenzverbesserung als übergreifendes Ziel. „Eine gute

Befriedigung der Grundbedürfnisse kann nur erreicht werden, wenn das Individuum flexible, erfolgreiche Mechanismen der Konsistenzregulation entwickelt“ (Vgl. Grawe 2004: 191). Sind diese ungünstigen Lebensbedingungen sehr ausgeprägt, wird man den Zustand des Patienten alleine mit Psychotherapie kaum nachhaltig verändern (Vgl. Grawe 2004: 412) und mit einer ausschliesslich medikamentösen Behandlung auch nicht heilen können. In Bezug auf die „ungünstigen Beziehungen“ formuliert er: „(...) sie sind oft vom Patienten alleine nicht zu verändern, sondern erfordern eine überindividuelle Intervention in das Beziehungssystem (...). Auch beim Vorliegen solcher Bedingungen dürfte es kaum möglich sein, nachhaltige Veränderungen mit Psychotherapie zu bewirken, ohne diese Bedingungen selbst zu verändern.“ Grawe postuliert als zentrale psychische Grundbedürfnisse diejenigen nach Orientierung/Kontrolle und Kohärenz, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung.

3 Gesundheit und Krankheit

3.1 Salutogenese: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Der grundlegende Gedanke oder Ansatz für die Salutogenese gemäss Antonovsky (1993, zit. in Pauls, 2004) ist die Betrachtung, dass Gesundheit über einen permanenten und nie ganz erfolgreichen Kampf erreicht werden kann (Vgl. idem: 92). Dieser negativen Ansicht von Gesundheit stellt Antonovsky das Konzept des Kohärenzgefühls positiv gegenüber, das zu Widerstandsressourcen führt, die es dem Individuum ermöglicht soziale Teilhabe zu leben (Vgl. idem: 94). Die drei Komponenten, die zum Kohärenzgefühl führen, werden nachfolgend kurz beschrieben:

Das Gefühl der Verstehbarkeit einer Situation (sense of comprehensibility), in der man sich befindet. Bei dieser Komponente geht es um kognitive Verarbeitungsmuster bzw. Wissen, wie jemand sich die Welt erklärt, wie mit den Erfahrungen innerhalb eines Lebens umgegangen wird, wie Wachstum oder Altern, Heirat, Geburt, berufliche Veränderungen, Schicksalsschläge usw. erlebt werden und wie offen – psychologisch gesehen – eine Person für Veränderungen ist.

Das Gefühl der Handhabbarkeit/Beherrschbarkeit (sense of manageability) der konkreten Situation. Damit sind die Bewältigungsstrategien einer Person gemeint. Sind geeignete Ressourcen für die Bewältigung eines Problems wie z.B. eigene Kompetenzen, soziale Unterstützung, materielle Ressourcen und ähnliches vorhanden und wie sieht die Belastungsbalance aus.

Das Gefühl der Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) für die Situation und das zu bewältigende Problem. Sinn und Bedeutung im Bewältigen von Problemen zu sehen, entscheidet, ob jemand das Lösen des Problems als positive Herausforderung seines Lebens oder als Qual wahrnimmt. Darin eingeschlossen sind besonders religiöse, spirituelle und lebensphilosophische Ansichten (Vgl. idem: 92 - 93).

Gemäss Antonovsky (1997, zit. in Pauls, 2004: 93) basiert das Gefühl der Sinnhaftigkeit auf der „Partizipation an der Gestaltung der Handlungsergebnisse“. Will und kann eine Person mitentscheiden, ob sie eine Erfahrung machen will oder nicht und kann sie mitbestimmen welche Regeln gelten. Nach Antonovsky wird die

Welt ohne Bedeutung, wenn das Individuum seine Handlungen darin als gleichgültig erlebt.

Pauls (2004: 94) definiert das Kohärenzgefühl auch als „globale Orientierung“ im Leben eines Menschen, mit einem grundlegenden Vertrauen, den Anforderungen des Lebens gewachsen zu sein, über die nötigen Ressourcen zu verfügen und in der Bewältigung der Anforderungen auch einen Sinn zu sehen. Ein starkes und positives Kohärenzgefühl befähigt Personen, in Situationen adäquat zu reagieren. Mit den dadurch erworbenen oder gewonnenen Widerstandsressourcen ist die Person in der Lage, mit den zum Leben gehörenden und zu erwartenden Belastungen und Risiken umzugehen. In der Zusammenfassung seiner Überlegungen zur Salutogenese schreibt Hafén (2007a: 112), dass sich sowohl Prävention als auch Behandlung an den Ressourcen orientieren muss, wenn Ziele der Heilung, Verhinderung von Krankheit und von Verletzungen erreicht werden wollen. Soziale Arbeit ist von ihrer allgemeinsten Ausgangslage her alltagsweltlich und auf die Stärken (Ressourcen) des Individuums und seiner Umwelt orientiert. Das „Gesundsein“ eines kranken Menschen wird stärker gewichtet als sein „Kranksein“. Im salutogenetischen Modell bewegt sich ein Mensch auf einem Gesundheitskontinuum, auf dem krank und gesund die beiden entgegengesetzten Pole bilden. Ein Mensch kann gesund und krank gleichzeitig sein und sich auch so fühlen. Kranke Personen werden in ihrem lebensgeschichtlichen, sozialen und konkreten Lebenszusammenhang wahrgenommen und nicht auf ihre Störungen reduziert.

3.2 person in environment – das PIE System

Die Geschichte der klinischen Sozialarbeit zeigt, dass es den Ansatz der ‚person-in-environment‘ bereits vor knapp 90 Jahren gab. Alice Salomon (1926, zit. in Geissler-Piltz, 2006: 7) schrieb damals, dass „alle Fürsorge“ darin besteht, einem Menschen zu helfen, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten und zurechtzufinden – oder dass man seine Umwelt entsprechend verändert, dass er sich darin bewahren und entfalten kann. Pauls (2004: 68) setzt sich vehement ein, für das Konzept der „person-in-environment“ eine breite systemische Orientierung zu haben, die alle drei Systemebenen (bio-psycho-sozial) berücksichtigt.

Zusammenfassend schreibt Pauls, dass Menschen durch direktes Lernen oder Beobachten im Verlauf ihres Lebens Informationen über die Welt erwerben und über die Beziehungen zu ihr die Kompetenz ausbilden, Kognition (Denken) und Verhalten zu entwerfen. Diese Kompetenz beinhaltet Verhaltensregeln und Konzepte über sich

Selbst und über andere Personen. Das Verhalten einer Person steht immer unter dem Einfluss ihrer Interpretation von Situationen (Vgl. idem: 70-71). Ein weiterer Gesichtspunkt der „person-in-environment“ ist der Zusammenhang von „Erleben-Verhalten“. Ernst Heinrich Bottenberg (1995, zit. in Pauls, 2004) sagt dazu, dass alles, was geschieht, für das beteiligte Subjekt ein „Ereignis“ darstellt. Was in einer konkreten Situation unter sozialen und materiellen Gegebenheiten geschieht, kann als „Ereignis-in-Situation“ bezeichnet werden. Das gleichzeitige Erleben und Verhalten bezeichnet Bottenberg als „Erleben-Verhalten“ (Vgl. idem: 73).

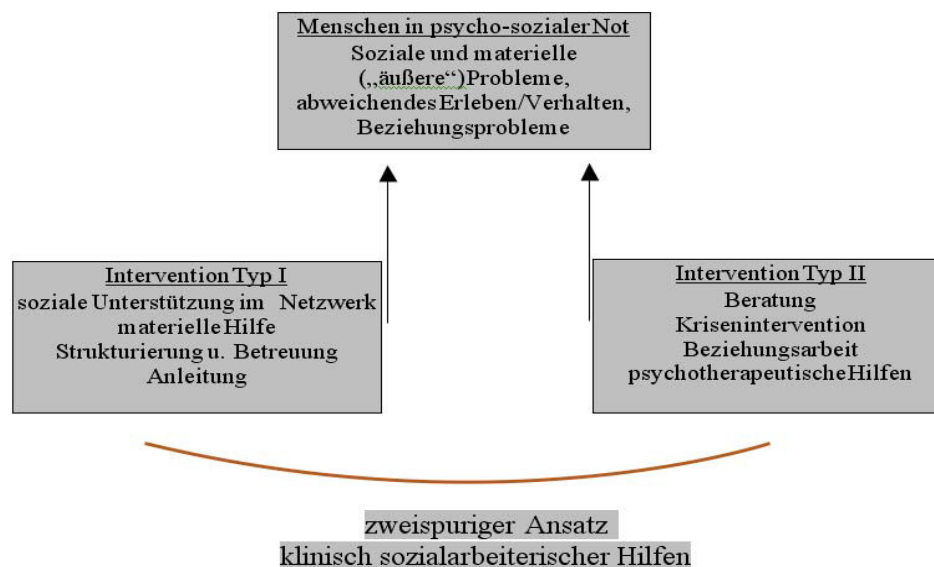
Diese Erkenntnis ist deshalb wichtig, weil klinische Sozialarbeit häufig mit einer Klientel zu tun hat, die sich aufgrund sozialer Ungleichheit in benachteiligten, defizitären sozialen und materiellen Umgebungen befindet und ihre Handlungsweise auf extreme Lebenssituationen zurückgeführt werden kann. Abweichendes Verhalten (Devianz) kann eine Reaktion auf ungünstige Lebensbedingungen oder eine psychische Disposition sein. So hilft die Sichtweise, dass (abweichendes) Verhalten oft nachvollziehbar wird, da es als Reaktion auf extrem unglückliche Lebensumstände, Situationen und Lernbiographien schliessen lässt. Dieses Wissen ist hilfreich, um den Alltag der Klientel „gelingender“ zu gestalten, wie das Hans Thiersch (1993, zit. in Michael Galuske, 2005: 74) zusammenfasst. Der Ansatz der „Person-in-der-Situation“ bezeichnet Thiersch als lebensweltorientierte Sozialarbeit. Sie orientiert sich am „Alltag der Adressaten“ und am „Ort sozialarbeiterischen Geschehens, wo Probleme entstehen, wo die Adressaten leben und mehr oder minder angemessene Strategien der Lebensbewältigung gebrauchen“ (Vgl. idem: 145).

4 Methoden Sozialer Arbeit

4.1 Soziale Diagnostik

Schon 1926 erkennt Alice Salomon die Bedeutung der Ermittlung der gesamten Situation eines erkrankten Menschen. Aus diesen Erkenntnissen entwickelte sich die Soziale Diagnose, welche ein Gesamtbild des Systems und seiner Teilsysteme eruiert (Vgl. Pauls 2004: 208). Die soziale Diagnose liefert Informationen um eine Situation zu erfassen, zu prüfen, zu vergleichen, zu bewerten und Schlüsse daraus zu ziehen. Dadurch können die notwendigen Interventionen für die Lösung der Probleme eingeleitet werden. Es geht um die Erfassung dessen, „was der Fall ist“ (Geissler-Piltz et al. 2005: 101). Es erfordert eine ganzheitliche Sichtweise, um störungsrelevante Merkmale von Belastungen und die Ressourcen einer Person in ihrem Alltag zu erfassen. Soziale Diagnose findet nicht nur am Anfang einer Behandlung statt, sondern wie Pauls (2004: 205) definiert, ist sie ein Instrument jeder psychosozialen Intervention und wirkt in jeder Phase des Arbeitsprozesses als permanenter Bestandteil. Sie beschäftigt sich prozesshaft mit der Erkenntnisgewinnung und der Erkenntnisverarbeitung. Sie dient den Klienten und aber auch den Beratungspersonen. Der Nutzen auf Seiten der KlientInnen ist die mögliche Einsicht in ihre Probleme und deren Zusammenhänge mit ihrer Lebenslage, ihrem Verhalten und Erleben, wie Geissler-Piltz et al. (2005) schreiben. Sie verweisen darauf, dass damit eine unangemessene Psychiatrisierung der Betroffenen vermieden werden kann, da ohne Erkenntnis der Probleme, welche möglicherweise aus der sozialen Dimension entstanden sind, nur auf psychiatrische Diagnosen Rückgriff genommen werden kann. Die soziale Diagnose liefert Grundlagen für die Veränderungsarbeit einschliesslich der Vorschläge, die im jeweiligen Kontext angestrebt werden. Zum Nutzen für die Soziale Arbeit schreiben Silke Jakobs und Dieter Röh (vgl. 2005: 101), dass diese Methode zu einer „professionell begründeten, ethisch gerechtfertigten und wirkungsvollen Veränderung sowohl individueller als auch gesellschaftlicher Entwicklung“ (Vgl. idem: 283) beiträgt. Damit gehen sie auch auf das Thema des doppelten, respektive dreifachen Auftrags klinischer Sozialarbeit ein und führen aus, dass der Auftrag der Sozialarbeit nicht nur die Integration von Menschen in die bestehende Umwelt beinhaltet, sondern sich auch immer der „Normalisierung durch Veränderung dieser Zusammenhänge selbst widmen muss“ (idem 283). Die Erfassung der notwendigen

Informationen erfolgt durch ein Assessment, um daraus mit gezielten Fragestellungen eine Einschätzung der Situation zu erhalten. Erst wenn die Sachlage klar ist und der Bedarf geklärt wurde, kann über die angemessene Intervention nachgedacht werden. Die soziale Diagnose führt zu eine Einschätzung der „Person in ihrer Umwelt“, mit dem Ziel, soziale Bedürfnisse, Notlagen und Probleme feststellen zu können (vgl. Jakobs und Röh, 2005: 285). Ein wichtiger Bestandteil des Assessments ist die Biografiearbeit. Diese kann z.B. mit Hilfe eines Genogramms erstellt werden. Die pitographische Darstellung der Familien- und Arbeitssituation, aber auch der Freizeitgestaltung kann als Grundlage für die zu planenden Interventionen wertvolle Hinweise bieten. Gernot Hahn (2006) bemerkt dazu, dass eine verlässliche und fachlich fundierte Einschätzung der Situation von Klienten am Anfang jedes sozialen Hilfsprozesses steht. Zusammengefasst dient die soziale Diagnose der multidimensionalen Erfassung der „Person-in-ihrer-Situation“.

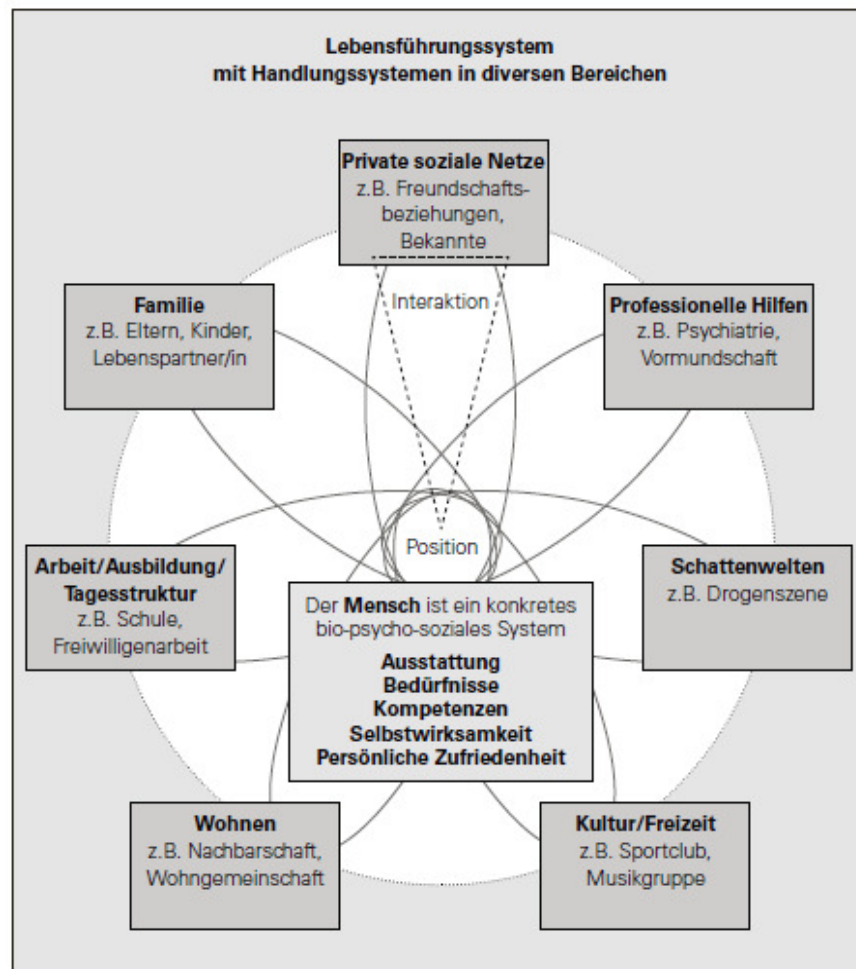


(Pauls, 2004)

4.2 Personenbezogene Soziale Arbeit

Der kranke Mensch befindet sich in jedem Stadium der Erkrankung in einer Ausnahme- und Krisensituation. Die Krankheit verlangt der Person meist neue Verhaltens- und Rollenmuster ab. Im Kontext der psychosozialen Beratung wird der Mensch als Ganzes gesehen. Er wird in seiner psychischen und sozialen Dimension wahrgenommen. Der Begriff „Person in Umwelt“, bezieht das soziale Umfeld des Menschen in den Beratungsprozess mit ein.

In der psychischen Dimension stehen das Krankheitserleben, das Krankheitsverhalten und die Krankheitsbewältigung im Vordergrund. Soziale Arbeit berücksichtigt dabei Defizite und Ressourcen der KlientInnen. Die Ressourcen der KlientInnen ermittelt sie anhand der Sozialanamnese. Diese wird über den gesamten Beratungsprozess kontinuierlich vervollständigt. Die Sozialanamnese ist eine Ergänzung zur medizinischen Anamnese mit dem Ziel der Informationssammlung über die Erkrankten. Dadurch werden vorhandene Ressourcen aufgespürt und gestärkt. Auf Grundlage dieser Übersicht entstehen Handlungspläne und bisher Verborgenes wird erschlossen. Diese Daten werden mit Hilfe eines vielfältigen Methodenwissens und mit einer empathischen Grundhaltung den Erkrankten gegenüber erhoben. Der Prozess zielt auf eine erweiterte Selbstbestimmung des kranken Menschen in einer Lebenssituation der Außensteuerung (z.B. durch Anordnungen des behandelnden Arztes). Die KlientInnen („person in environment“) erlernen psychosoziale Bewältigungsmechanismen, durch die sie aktiv Einfluss auf das eigene Wohlbefinden nehmen können. Bezüglich der sozialen Dimension ist der (...) wichtigste Faktor für die psychische Gesundheit ein verlässliches Netz sozialer Beziehungen, auf das Menschen in Krisen- und Krankheitssituationen zurückgreifen können, (...). Die Familie und der Freundeskreis der Erkrankten - soweit vorhanden – sind an dieser Stelle von großer Bedeutung. (Vgl. Keupp: Psychosoziale Versorgung, 2000: 543). Deshalb werden die möglichen Ressourcen dieses Kreises gemeinsam mit dem Betroffenen erforscht. In diesem Prozess entstehen neue Perspektiven, um krankheitsbedingte Probleme zu lösen oder positiv zu beeinflussen.



(Pauls, 2004)

Wenn alle Ressourcen des Familien- und Freundeskreises (primäre Hilfen) ausgeschöpft sind, werden professionelle Hilfen (sekundäre Hilfen) aktiviert. Das kann z.B. die Vermittlung eines ambulanten Pflegedienstes, einer Selbsthilfegruppe oder fachspezifischer Beratungsstellen sein. Bei der Auswahl der Hilfen beachtet die Soziale Arbeit vor allen Dingen die Wünsche der Betroffenen, sowie eine wohnortnahe Anbindung. Es soll keine zusätzliche Belastung oder Stress für den kranken Menschen entstehen. Dies wäre kontraproduktiv. Es sollen nur relevante Informationen weitergegeben werden, um die Ratsuchenden nicht mit Details zu überfordern. Auch die sozialrechtliche Beratung ist Inhalt der psychosozialen Beratung. Hier geht es um die berufliche, wirtschaftliche Situation und um die Wohnsituation. Die Klärung sozialrechtlicher Ansprüche hat Vorrang und ist oft der erste Schritt einer psychosozialen Beratung. Den KlientInnen bleibt Zeit, Vertrauen zur Beratungsperson aufzubauen, um sich dieser später zu öffnen. Während des

gesamten Prozesses übernimmt die Beratungsperson die Schnittstellenfunktion. Sie kooperiert mit andern Organisationen im Netzwerk der sozialen „Infrastruktur“ und koordiniert Hilfen. (Vgl.: Gödecker-Geenen / Mühlum, A., 2003: 56)

4.3 Das Konzept der sozialen Unterstützung

In der nachfolgenden Beschreibung des Konzeptes der sozialen Unterstützung wird die Verbindung zu den oben beschriebenen Konzepten und Modellen, vor allem zum Konzept der „Person-in-der-Situation“ deutlich. Das Konzept der sozialen Unterstützung geht vom Mensch als soziales Wesen aus. Pauls (2004:66) geht noch weiter und schreibt, dass es kein ‚Selbst‘ gibt ohne sozialen Bezug oder soziale Erfahrungen. Die gesunde Entwicklung von Identität und Selbstbild verlangt eine letztendlich positive Auseinandersetzung mit den Entwicklungsaufgaben im Leben eines Menschen und ist eine fortwährende Aufgabe (Pauls, 2004: 65). In seinem Grundlagenbuch geht Pauls zur Erklärung des „Selbst-in-der-Welt“ zurück auf die acht Entwicklungsphasen nach Erik Erikson (1965, zit. in Pauls, 2004), der die Weiterentwicklung im Leben des Individuums vom Ergebnis der Bewältigung der vorangegangenen Aufgabe abhängig macht (Vgl. idem: 63).

Acht Lebensstadien – Acht zu meisternde Lebenskrisen nach E. Erikson

1. Stadium - ca. 1. Lebensjahr	Säuglingsalter: Ur-Vertrauen vs. Ur-Misstrauen
2. Stadium - ca. 2-3 Lebensjahr	Kleinkindalter: Autonomie vs. Scham und Zweifel
3. Stadium - ca. 4-5 Lebensjahr	Spielalter: Initiative vs. Schuldgefühl
4. Stadium - ca. 6- 11/12 Jahre	Schulalter: Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl
5. Stadium - ca. 11/12 - 15/16 Jahre	Adoleszenz: Identität und Ablehnung vs. Identitätsdiffusion
6. Stadium - frühes Erwachsenenalter:	Intimität und Solidarität vs. Isolierung
7. Stadium - Erwachsenenalter:	Generativität vs. Selbstabsorption
8. Stadium - reifes Erwachsenenalter:	Integrität vs. Verzweiflung

So entsteht ein Selbstkonzept, wie ein Mensch sich selber erklärt, sozusagen der Rahmen, wie eine Person denkt, fühlt und sich verhält. Das Selbstwertgefühl kann gemäss Pauls (2004) als die „Summe der verschiedenen, situations- und personenabhängigen – positiven und negativen – Selbsteinschätzungen (...)“ (Vgl. idem: 66) definiert werden. Das ist von Bedeutung, weil ohne ein minimales Selbstwertgefühl ein Weiterleben sinnlos erscheint, wie Befunde der Selbstkonzeptforschung von Thomas Schauder (1996, zit. in Pauls, 2004) belegen. Diese Forschung zeigt, dass das Selbstwertgefühl vorwiegend durch aktive oder passive Vergleiche unter Menschen der sozialen Umwelt beeinflusst wird (Vgl. idem: 66-67). Der Mensch ist Teil seiner Mitwelt und existentiell von ihr abhängig. Gewährte oder verweigte Unterstützung des Umfelds wirkt sich direkt auf ihn aus, fassen Binner und Ortmann (2008) das Konzept der sozialen Unterstützung zusammen. Soziale Netzwerke sind deshalb wichtig, weil „Gesundheit und Krankheit in ihnen gelebt werden und sie eine Vielzahl unterschiedlicher Ressourcen für Gesundheit und Gesundung beinhalten“ (Vgl. idem: 76). Pauls (2004) betont, dass klinische Sozialarbeit in der psychosozialen Beratung und Behandlung immer auch mit dem Selbstbild und der Selbstbewertung ihrer Klientel in deren Umfeld in Kontakt kommt. Wenn dieses ‚Selbst‘ durch die vielfältigen Belastungen des Alltags niedergedrückt ist, ist es oft besonders wichtig, ihm langfristige Bindung und Halt gebende – heilende – Hilfen zu bieten. Im Idealfall führt das zu einem stabilisierten Selbstkonzept und einem erhöhten Selbstwertgefühl und befähigt KlientInnen, sich in ihrer Umwelt besser zu orientieren und zu handeln (Vgl. idem: 67). Pauls (2004) verweist auf gesundheitswissenschaftliche Forschung zu den bio-psycho-sozialen Zusammenhängen. Diese zeigt auf, dass „psychosoziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung sind. (...) Die Gesellschaft wird niemals mit Medikamenten ausgleichen können, was an Krankheiten aus Mangel an sozialer Zuwendung und psychosozialem Wohlbefinden entsteht“ (Vgl. idem: 35).

5 Methoden & Interventionen

5.1 Handlungstheorien und Methoden

Handlungstheorien nutzen professionelle Methoden zur Herangehensweise an Problemstellungen, denen verschiedene kognitive Operationen vorausgehen. Es werden in einem ersten Schritt Zustände beschrieben und erklärt. Davon abgeleitet werden Prognosen über Zustände zu einem späteren Zeitpunkt erstellt sowie der aktuelle und zukünftige Zustand bewertet, woraus sich die Formulierung von Zielen im Sinne von erwünschten Zuständen ergibt. Zu deren Erreichung werden zielbezogene Handlungen erwägt und das Vorgehen beschlossen. Dieses Vorgehen gilt für alle Handlungstheorien und ist nicht spezifisch für die Soziale Arbeit (Obrecht 2009: 16).

5.2 Interventionen der Sozialen Arbeit

Wissens- und Wertebasierung sowie die Kompetenzen Sozialer Arbeit bilden transversale Kriterien zur Erfüllung professionellen Handelns. Die einzelnen Schritte professionellen Vorgehens im Sinne der W-Fragen werden im Folgenden behandelt:

Beschreibungswissen: Was ist die Ausgangssituation, die -problematik?

Die Beschreibung, Erklärung, Prognose und Bewertung von Problemen.

Erklärungswissen: Warum oder weshalb ist diese Situation entstanden?

Ein zentrales Moment ist das Erfassen der Ausgangsproblematik in der Sozialen Arbeit. Sie bildet den ersten grundlegenden Schritt für das weitere sozialarbeiterische Handeln. Die Problembeschreibung zielt darauf ab, sich ein vollständiges Bild über das KlientInnensystem und die relevanten AkteurInnen zu verschaffen. Die Ausgangslage sowie die Probleme werden dabei differenziert erfasst. Es wird geklärt, wo die Problematik liegt zum Beispiel in der Interaktion, den Machtverhältnissen, den kulturellen Regeln, der Ausstattung etc. (vgl. Geiser, 2007: 292). Die Beschreibung eines sozialen Problems ist ein Bild, welches vorerst noch keine weiteren Aussagen über die Situation im Sinne von Erklärungen, Prognosen oder Bewertungen enthält. Dargestellt werden nur die Ausgangssituation sowie die Entstehung dieses Problems und bisherige gescheiterte wie gelungene Problemlösungsversuche sowohl der KlientInnen als auch anderer Fachpersonen,

sowie klar identifizierbare, theoretisch-diagnostische Überlegungen der Sozialer Arbeit.

Trendaussagen: Wohin entwickelt sich die Situation?

Erst in einem zweiten Schritt wird danach gefragt, weshalb das Problem besteht und welches Bezugswissen (zum Beispiel soziologisches, psychologisches Wissen u.a.) hilfreich ist, um die Situation zu erklären (Staub-Bernasconi, 2007). Dadurch entstehen Aussagen im Sinne von Hypothesen über Zusammenhänge. Die Fakten werden dabei nicht mehr isoliert betrachtet, sondern miteinander verknüpft (Geiser, 2007: 292). Es wird so nach Ursachen für die Problematik gesucht, die erklären, weshalb das soziale Problem entstanden ist. Diese Diagnose der Problematik ist ein Interaktions- bzw. Kommunikationsprozess, an welchem die AdressatInnen, die Soziale Arbeit und allfällige weitere Personen involviert sind. Aufgrund der Problembeschreibung und der Problemerkklärung entstehen Bilder über die zukünftige Entwicklung der Situation. Es handelt sich um Trendaussagen, die aufgrund von Wissen gebildet werden. Es werden Aussagen darüber gemacht, ob sich die Problematik verschärft oder sich mildert. Dabei ist es sinnvoll, in Alternativen zu denken und sich die verschiedenen Entwicklungsmöglichkeiten vor Augen zu führen. Diese Prognose ermöglicht daher auch abzuschätzen, ob Handlungsbedarf gegeben ist und welche Risiken mit der Situation verbunden sind.

Werturteile: Was ist (nicht) gut?

Die aktuelle und zukünftige Situation wird aufgrund von Werten beurteilt. Diese beziehen sich auf den Gegenstand und den Auftrag der Sozialen Arbeit, auf wissenschaftliche Erkenntnisse sowie berufsethische Grundlagen und die Menschenrechte. Geiser (2007: 255) definiert Werturteile als „explizite Aussagen ... über biologische, psychische und soziale Fakten, deren Referenzgrösse bestimmte Werte in Bezug auf das Beschriebene sind und von denen sie abweichen“. Die Bewertung von sozialen Problemen führt zu Aussagen darüber, was gut ist, was nicht gut ist und was sein sollte. Konkret entstehen Bilder über zukünftige Sachverhalte und anzustrebende Zielsetzungen. (vgl. Staub-Bernasconi, 2007; 2005)

Die Beschreibung, die Erklärung, die Prognose und Bewertung von Situationen sollten dokumentiert werden, so dass nachvollziehbar wird, wie die Problematik aufgenommen wurde und welche Hypothesen gebildet wurden, um die Situation zu erklären, sowie welche Aussagen über zukünftige Entwicklungen vorgenommen wurden.

Zielsetzungen: Wohin soll sich die Situation entwickeln?

Wie schon bei der Diagnose ist auch die Definition des Veränderungsbedarfs ein interaktiver Prozess. Angestrebt wird eine möglichst hohe Übereinstimmung der Einschätzungen der Fachperson und der AdressatInnen in der Definition von Veränderungsnotwendigkeiten. Die Übereinstimmung ist jedoch ein Idealzustand, der nicht immer erreicht wird. Angestrebt werden soll auf jeden Fall ein herrschaftsfreier Konsens über die Zielorientierung. Dabei analysiert Soziale Arbeit insbesondere auch die Machtstrukturen, die eine Situation beeinflussen. Sie unterscheidet zwischen legitimen und illegitimen Machtstrukturen und prüft, ob sie die Legitimität hat, die Definitionsmacht bei der Zielsetzung zu übernehmen. Dies kann dann der Fall sein, wenn sich die KlientInnen selbst gefährden oder wenn andere Menschen durch die Zielsetzungen der KlientInnen gefährdet oder in ihrer Bedürfniserfüllung eingeschränkt werden. Die Frage der Legitimität ergibt sich durch die Basis der Sozialen Arbeit auf Werturteilen (vgl. Staub-Bernasconi, 2007: 291). Ziele können auch in Teilziele unterteilt werden oder es können für unterschiedliche AkteurInnen unterschiedliche Ziele formuliert werden. Dies auf eine Art und Weise, dass eine Überprüfung der Zielerreichung und somit des Ergebnisses möglich ist. Soziale Arbeit dokumentiert das Verfahren, die Inhalte des Zielfindungsprozesses sowie die Ziele selbst. Dies erlaubt eine Überprüfung der Einhaltung des Verfahrens und das Nachverfolgen der Zielbestimmung.

Akteursystem: Wer soll was verändern?

Ein weiterer wichtiger Schritt in der Intervention Sozialer Arbeit stellt die Einschätzung und Erfassung der Ressourcen (Fachkräfte, AdressatInnen, Umfeld) dar. Es wird danach gefragt, wer was verändern soll und wer welche Funktion im gesamten Prozess einnimmt.

Ressourcen: Womit soll die Veränderung herbeigeführt werden

Es wird eingeschätzt, welche zusätzlichen Ressourcen mobilisiert werden müssen. Das Produkt dieses Prozesses ist eine Übersicht über das Hilffssystem und die Ressourcen. Auf der Grundlage dieser Übersicht entstehen Handlungspläne.

Pläne/Massnahmen: Was muss entschieden werden?

Die Übersicht wird dokumentiert und die Handlungspläne werden schriftlich formuliert, um den Prozess nachvollziehbar zu machen.

Teilpläne/Handlungsregeln: Wie und mit welchen Arbeitsweisen / Methoden soll die Veränderung herbeigeführt werden?

Die angewendeten Arbeitsweisen werden durch die Problemdiagnose und die Zielbestimmung bestimmt. Sie sind zudem abhängig vom realen Problemdruck, von der Kooperationsmotivation der AdressatInnen, der Interaktionsdichte, dem organisationellen Kontext, dem Fachwissen der Sozialer Arbeit und den Ressourcen und Zielen der Trägerorganisation (Staub-Bernasconi, 2007: 271).

Wenn es bei der Zielsetzung um die ressourcenmässige Besserstellung von Individuen, Familien, gesellschaftlichen Gruppen sowie territorialen und organisationellen Gemeinwesen geht, ist die Ressourcenerschliessung eine geeignete Arbeitsweise. Ist die Erweiterung, Differenzierung und Integration von Erkenntniskompetenzen sowie die Erhöhung von privaten und öffentlichen Artikulationschancen anvisiert, geht es um Bewusstseinsbildung. Bei der expliziten Veränderung von Begriffen, Begriffssystemen, Werten und Plänen sowie der Ausweitung und Bereicherung, Korrektur und Ersetzung realitätsverzerrender Bilder wird mit Identitäts- und Kulturveränderung sowie interkultureller Verständigung gearbeitet. Ist das Ziel die Erweiterung, Differenzierung und Integration von Handlungsweisen und/oder die Veränderung von Verhaltensmustern zur Erhöhung von Teilnahmechancen, werden Verfahren zur Förderung der Teilnahme und Handlungskompetenztraining angewendet.

Eine weitere spezifische Handlungstheorie stellen die Vernetzung und der Ausgleich von Pflichten und Rechten dar. Sie wird angewendet, wenn das Ziel in der Reintegration und der Herstellung von Symmetrie in Austauschbeziehungen liegt.

Der Umgang mit Machtquellen und Machtstrukturen wird dann eingesetzt, wenn es um die Befreiung von Abhängigkeit, den Abbau von Blockierungen, die Umwandlung von Begrenzungs- in Behinderungsmacht und die Überwindung von Gewalt geht.

Zur Verkleinerung von Diskrepanzen zwischen geltenden Kriterien und Normen und der Realität sowie bei der öffentlichen Diskussion über Werteprioritäten, bei der Aufdeckung von Willkür und der Rekonstruktion und Begründung von Werten wird Kriterien- und Öffentlichkeitsarbeit angewendet (vgl. dazu Staub-Bernasconi, 2007: 271 ff).

Häufig werden mehrere Arbeitsweisen und Methoden gleichzeitig angewendet, da auch oft mehrere Ziele oder Teilziele gesetzt werden. Ob die Arbeitsweisen, die

gewählt werden, adäquat sind, lässt sich insbesondere daraus schliessen, ob die Arbeitsweisen für die Zielerreichung wirksam sind. Sowohl die systematische Auswertung der Dokumentation als auch kollegialer Austausch eignen sich, um die Wirksamkeit der Arbeitsweisen und Methoden zu überprüfen.

Evaluationswissen: Wurden die Ziele erreicht?

Die Auswertung des eigenen Handelns ist ein permanenter Prozess, der die gesamte Intervention begleitet. Bereits die Beschreibung, Erklärung, Prognose und Bewertung (Diagnose) von Problemen sollte immer wieder hinterfragt werden. Sachverhalte und Situationen sowie Ziele können sich verändern und Arbeitsweisen müssen der Situation angepasst werden. Neue AkteurInnen oder Gegebenheiten können den Handlungsprozess beeinflussen. Sinnvollerweise werden im Interventionsprozess zu Beginn systematische Evaluationsmomente festgelegt und ein Controlling-Prozess in Gang gesetzt. Unter Controlling wird in Anlehnung an die betriebswirtschaftliche Begrifflichkeit die Steuerung der Prozesse verstanden. Es ist nicht mit Kontrolle gleichzusetzen. Controlling bedeutet, dass aufgrund der Beschreibung, Erklärung, Prognose und Bewertung der sozialen Probleme Ziele bestimmt und zu deren Erreichung geeignete Arbeitsweisen und Methoden gewählt werden. Beim Ist-Soll Vergleich wird die Zielerreichung ausgewertet. Allfällige Abweichungen sollten dazu führen, dass sowohl der Eingangsprozess und alle weiteren Schritte überprüft werden, um die Ursachen zu finden. Möglicherweise ist auch der Ist-Soll-Vergleich mit ungeeigneten Instrumenten erfolgt, so dass auch der Evaluationsprozess als solches angepasst werden muss. Soziale Arbeit nimmt am Ende einer Intervention (oder Teilintervention) eine Schluss- oder Zwischenevaluation vor. Dabei werden insbesondere die Ergebnisse des Handelns beleuchtet. Im Lichte der Zielsetzungen wird dadurch mit erhoben, ob die Problemdiagnose sowie deren Beurteilung zutreffen. Die Verknüpfung des Ziels und der Arbeitsweisen (Methoden, Techniken) gibt dabei Hinweise über die Wirksamkeit der gewählten Vorgehensweise. Die Auswertung dient auch dazu, neue Erkenntnisse über spezielle Handlungstheorien Sozialer Arbeit zu entwickeln (Staub-Bernasconi, 2007: 3). Bei der Evaluation werden wenn immer möglich auch die AdressatInnen oder weitere AkteurInnen (andere Fachkräfte, Umfeld) einbezogen. Sie sollen aus ihrer Sicht laufend den Prozess beurteilen. Ein zentrales Kriterium ist, dass das Wohlbefinden der AdressatInnen gesteigert werden konnte (Abbau von blockierenden Machtstrukturen, Ermöglichung der Bedürfnisbefriedigung und legitimer Wünsche). Zur Beurteilung bieten sich Befragungen qualitativer und quantitativer Art an sowie Beobachtung

oder andere geeignete empirische Methoden. Die Evaluation erfolgt einerseits durch die eigene Reflexion, aber auch im Austausch. Dies kann als Austausch mit FachkollegInnen (Intervision), mit einer externen Supervisionskraft oder anderen Personen im Umfeld erfolgen. Die Intersubjektivität trägt dazu bei, dass die Evaluation aus kritischer Distanz vorgenommen wird. Allenfalls kann es auch sinnvoll sein, eine externe Stelle zur Evaluation beizuziehen.

5.3 Personenbezogene Methoden mit Blick auf den Alltag

5.3.1 Sozialrechtliche Beratung

Information und Beratung zu Möglichkeiten sozialrechtlicher Unterstützungen, einschließlich organisatorischer Maßnahmen sichern für den Patienten die Existenz (Finanzen, Wohnen etc.), verhindert ungeplante Rehospitalisationen und fördert die Teilhabe am sozialen/gesellschaftlichen Leben.

Beispiele: Sozialversicherungsrechtliche Beratung (AHV, IV, ALV, HE, KVG, UVG, MV); Sozialhilfe; Opferhilfe; Mietrecht / Arbeitsrecht etc.

5.3.2 Psychosoziale Beratung des Patienten

Psychosoziale Beratung zur psychischen Verarbeitung und sozialen Reintegration bei psychischen Erkrankungen und ihren Begleit- und Folgeerscheinungen sowie daraus resultierenden interaktionellen Problemen. Durch die psychosoziale Beratung werden die PatientInnen befähigt, die durch die psychische Erkrankung entstandene veränderte Situation in ihr Leben zu integrieren.

Beispiele: Budgetberatung; Triage an externe psychosoziale Fachstellen und Selbsthilfegruppen; Hilfe zur Neuorganisation der praktischen Lebensführung; Hilfe zur Neuorganisation von Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur.

5.3.3 Psychosoziale Beratung des Patientensystems

Zielorientierte Beratung zu definierten Problemstellungen, deren Lösung der Einbezug des Familiensystems, beziehungsweise des Umfeldes bedarf. Die durch die Erkrankung entstehenden psychosozialen Probleme können nicht von PatientInnen in Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden alleine gelöst werden, sondern bedürfen des aktiven Einbezugs weiterer Familienmitglieder oder Personen des weiteren Umfeldes.

Beispiele: Hilfe zur Neuorganisation der Familie; Ressourcenerschliessung für das Familiensystem, zur Kompensation der ausfallenden Leistung der PatientInnen;

Fördern von funktionalen Bewältigungsstrategien im Familiensystem; Intervention bei dysfunktionalen Bewältigungsstrategien im Familiensystem (Gewalt, Sucht, Missbrauch, Verwahrlosung etc.).

5.3.4 Nachsorgeorganisation

Beratung und organisatorische Maßnahmen hinsichtlich ambulanter, teilstationärer und stationärer Nachsorge, inkl. Sicherstellung der entsprechenden Finanzierung. Stellt die weitere medizinisch-therapeutische und pflegerische Versorgung der PatientInnen im ambulanten, teilstationären oder stationären Rahmen sicher um Rehospitalisationen zu verhindern (Drehtüreffekt)

Beispiele: Stationär: Rehabilitation, Kur, Suchtfachklinik, Alters- und Pflegeheim, Ferien-/Übergangsbetten, Kinder- und Jugendheim, Hort, Hospiz. Ambulant: Spitex-Pflege, Haushilfe, Mahlzeitendienst, Transporte, Besuchsdienst, Tagesklinik, Familienentlastungsdienst, Hilfsmittel.

5.3.5 Einleiten behördlicher Massnahmen

Abklärung von Gefährdungssituationen, Meldung oder Gesuchstellung für gesetzliche Massnahmen. Die SozialarbeiterInnen klären die Gefährdungssituation von PatientInnen und deren Familienmitgliedern ab und informieren bei Selbst- oder Fremdgefährdung die notwendigen Behörden.

Beispiele: Gefährdungsmeldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde; Meldung an die Polizei; Sozialberichte an Gerichte; Meldung an das Strassenverkehrsamt.

5.3.6 Methoden zur Veränderung der Umwelt

Die Interventionen auf der Ebene der Lebensbedingungen bzw. der Systeme beziehen sich auf die Veränderung von unfairen objektiven Bedingungen der Integration, wie auch auf die Veränderungen spezieller Aspekte der Systemorganisation, die fallspezifisch mit der Entstehung psychischer Krankheit in Beziehung stehen, insbesondere jener Auslöser, die krankmachende motivierte Verhaltensweisen aktivieren und verfestigen lassen. Mittel dazu sind z.B. spezifische Methoden zum Abbau von Vorurteilen, Diskriminierungen, Gewalt, Mobbing, wie auch sogenannte primärgruppenbezogene Methoden (vgl. Galuske 2005: 167) wie z.B. die Mediation oder die sozialpädagogische Familienbegleitung. Für eine solche systembezogene Begleitung und Beratung bieten sich folgende

Handlungsmöglichkeiten an: mit dem System in Kommunikation bleiben und Aussagen fördern, die über die spezifischen Interaktionen und Regeln im System etwas aussagen und entsprechende Informationen erzeugen; Handlungen provozieren, welche die Interaktionen verändern; sozialräumliche Bedingungen verändern, dass andere Konstellationen entstehen; Ressourcen ab- und zuführen (Wissen, materielle Hilfen, Macht); Lösungssysteme etablieren (kommunikativer Fokus auf Ressourcen und der Entwicklung von Lösungen); methodische Zugänge verwenden, die Flexibilität, Neudefinition, Interdisziplinarität und Selbstreflexion zulassen.

6 Schlussfolgerungen

6.1 Ressourcenorientierung, Lösungs- und Kundenorientierung

Von den Ressourcen her zu denken, auf konkrete Lösungen zuzugehen und sich konsequent an den Interessen des jeweiligen Gegenübers, den „KundInnen“ zu orientieren ist die Grundhaltung systemischer Praxis. Das Prinzip der Lösungsorientierung ist von der Gruppe um Steve de Shezer besonders hervorgehoben worden. Zentral ist die Annahme, dass jedes System bereits über alle Ressourcen verfügt, die es zur Lösung seines Problems benötigt – es nutzt sie nur derzeit nicht. Um die Ressourcen aufzufinden, braucht man sich also nicht (bzw. nicht zu intensiv) mit dem Problem zu beschäftigen, der Fokus liegt von vornherein auf der Konstruktion von Lösungen. Aus lösungsbezogener Perspektive ist nicht die Frage, ob es Probleme und Defizite „gibt“ oder „nicht gibt“, sondern welche Optionen sich den Betroffenen eröffnen oder verschliessen, wenn man sich intensiv damit befasst. Als soziale Konstruktionen interessieren vor allem die Nützlichkeit oder Schädlichkeit von dem, was wir in der Alltagspraxis tun. Es erweist sich oft als nützlicher, davon auszugehen, Menschen verfügten an jedem Punkt ihrer Entwicklung über eine Vielzahl von Möglichkeiten, sie entschieden sich aber – aus subjektiv respektablen Gründen -, vieles von dem, was sie tun könnten, zumindest vorläufig noch nicht (oder nur manchmal) zu tun. Einerseits gilt es anzuerkennen, dass Menschen Sinn - also Anschlussbereitschaft und Anschlussfähigkeit – nur aus sich selbst heraus schaffen, andererseits ist gleichzeitig zu berücksichtigen, dass sie von anderen abhängig sind, um aus sich selbst heraus wirken zu können. Hilfesuchende werden deshalb konsequent als autonom, als nicht instruierbar und

als ExpertInnen ihres eigenen Lebens angesehen. Gleichzeitig muss die Möglichkeit sozialer Voraussetzungen gesehen werden, die dies überhaupt ermöglichen. So kann auch ein Symptom oder eine Störung in seiner Bedeutung für das Überleben in einem bestimmten Kontext gewürdigt werden. Es wird versucht, im Dialog wertschätzende Beschreibungen für Störungen und Symptome zu finden, Blockaden bei der Nutzung bereits vorhandener Lösungsressourcen zu überwinden und diese Ressource (wieder) neu zu entdecken und zu nutzen. Die praktischen Konsequenzen einer solchen Perspektive sind erheblich, denn die Frage von Autonomie und Kontrolle stellt sich anders als gewohnt:

Autonomie ist der Ausgangspunkt therapeutischer Bemühungen nicht (zwangsläufig) ihr Ziel. Dies bedeutet den Verzicht auf jegliche manipulative oder autoritäre Einflussnahme – auch den Verzicht, KlientInnen „autonom machen“ zu wollen. Das systemische Selbstverständnis besteht darin, professionell angemessene Rahmenbedingungen für konstruktive Veränderungen bereitzustellen und zugleich auf die Idee gezielter und geplanter Veränderung zu verzichten. (Arist von Schlippe/Jochen Schweitzer 2012)

6.2 Evidenzbasierte Praxis und Lebensweltorientierung

Evidenzbasierte Praxis in der Medizin betrifft entweder einzelne Behandlungsmassnahmen oder strukturierte Behandlungsprogramme. Mit ihnen soll genau (treffend) das Geeignete getan werden, wenn ein definierter Fall vorliegt.

Es muss klinisch ausgemacht sein, um dann angemessen zu verfahren. Darauf sind die Umstände der stationären und der ambulanten medizinischen Versorgung eingerichtet. Auch Medizinern ist klar, dass eine gesundheitliche Problematik häufig weit über eine gerade zu diagnostizierende und zu behandelnde Krankheit (Sepisode) hinausreicht. Sie gehen einer Fallgeschichte nach, statt sich auf die Evidenz, was vorliegt und was angebracht ist zu beschränken (Williams/Garner 2002).

Soziale Arbeit im klinischen Setting orientiert sich am Alltag der KlientInnen. Ausserhalb dieser medizinischen Behandlungspraxis verläuft eine Lebenspraxis in der sich Situationen ständig verändern. Der Alltag, für den sozial rehabilitiert und befähigt wird, unterscheidet sich von dem Setting einer Therapie und Sozialarbeit ist gerade nachgefragt, um dieses Setting zu verlassen.

... Soziale Arbeit hat mit Personen in ihrer Situation zu tun und muss die individuelle Lebenslage und Lebensführung insgesamt berücksichtigen.

Soziale Arbeit ist „entlang den Fällen organisiert“ und „ihre Stärke war immer die Individualisierung, die pragmatische und passgenaue Beschäftigung mit ‚dem Fall‘“ (Pantucek 2006, 238)

1993 entwickelte Hans Thiersch die Lebensweltorientierung. Diese meint, dass Soziale Arbeit sich auf die individuellen, lebensweltlichen Erfahrungen ihrer Adressaten einlassen soll. Die lebensweltliche Soziale Arbeit basiert auf dem Grundsatz „Dort anfangen, wo der Klient steht“, „Unterstützung in den gegebenen Verhältnissen“ oder „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Soziale Arbeit in der klinischen Behandlung kann auch wirkungsorientiert arbeiten, indem sie versucht mit den KlientInnen eine von ihnen gesteuerte Situationsbewältigung zu erreichen, die ihnen ihre Resilienz, ihr eigenes fehlertolerantes Durchstehen, bestätigt. ... Die Wirkungsorientierung unterscheidet sich von der Orientierung auf Evidenz also dadurch, dass nicht eingesetzte Mittel und Methoden bewertet werden, sondern ein Leistungsangebot im Ganzen: „egal, wie ihr es schafft, Hauptsache ihr schafft es!“ (idem 85)

Empirische und evidenzbasierte Befunde und Interventionen dienen der Qualitätssicherung und -beurteilung und sind ein wertvolles Instrument zur Ergänzung von Lehrmeinungen. Statistische Methoden helfen klinische Praxis zu prüfen. Trotzdem bergen sie die Gefahr, dass was für das Erleben einer Einzelperson evident ist in den Hintergrund tritt. Es zählt, was mehrere Fachpersonen aus der Aussenperspektive in gleicher Weise feststellen. Sie nehmen Bezug auf Quantitäten, Populationen und Durchschnittszahlen, statt auf Qualitäten, individuelle Berichte und spezifische Beobachtungen. Der Fokus liegt auf der Biostatistik und weniger auf einer vertieften Auseinandersetzung mit erkenntnistheoretischen Fragen. Wahrscheinlichkeit und Wahrheit sind als Begriffe wortverwandt. Was wahrscheinlich ist, ist nicht wahr, sondern scheint wahr zu sein. Statistische Methoden sind geeignet, klinische Arbeit zu überprüfen. Sie können populationsorientierte Hinweise geben, die hilfreich und handlungsrelevant sein können. Berechnungen eines Krankheitsrisikos, einer Erkrankungsprognose oder eines Behandlungserfolges gelten für die erfassten Stichproben, für die erfasste Referenzgruppe mit ihrer Alters-, Geschlechts- Schicht- und Kulturzugehörigkeit. Die einzelne Person entspricht jedoch nicht dem statistischen Bevölkerungsdurchschnitt.

Es gibt den durchschnittlichen Schweizer mit einem durchschnittlichen Einkommen, einer durchschnittlichen Depression oder Persönlichkeitsstruktur nicht. Die interindividuelle Vielfalt ist enorm und kann erst durch die graphische Darstellung des Behandlungsverlaufs der einzelnen Person erfasst werden. Die einzelne Person ist nicht der Durchschnitt vieler Menschen, sondern eine unteilbare Person mit seiner Selbstorganisation. Was an einer Gruppe von Menschen methodisch perfekt erkannt wird, kann nicht auf das einzelne Individuum übertragen werden. Es ermöglicht nur die Rückschlüsse auf die untersuchte Population. Die klinische Relevanz einer statistischen Relevanz muss deshalb für jeden Fall gesondert betrachtet werden. Die evidenzbasierte Forschung hilft, zwischen relevanten und irrelevanten Befunden zu unterscheiden. Was statistisch relevant ist, muss klinisch nicht bedeutsam sein. Menschen treffen eigene Entscheidungen und verändern sich stetig. Wer entscheidet, ob eine vorübergehende Verschlechterung zugunsten eines längerfristigen Behandlungserfolges in Kauf genommen werden darf? Wer bestimmt Qualitätsanforderungen an die Beratungsbeziehung oder an zwischenmenschliche Betreuungsformen? Wer misst Trauer gegen Depression? Statistische Analysen schaffen keine reale bewohnbare, sondern eine virtuelle Welt. Randomisierte und kontrollierte Untersuchungen konfigurieren eine Datenmenge. Behandeln in der Praxis bedeutet immer den Schritt aus dieser virtuellen Welt in die existenzielle Wirklichkeit. (Hell 2006))

7 Reintegration

Tertiärprävention bei psychischen Erkrankungen bedeutet gesellschaftliche Reintegration durch berufliche, soziale und persönliche Rehabilitation. Ein psychisch erkrankter Mensch kann nach einer erfolgreichen Reintegration sowohl einen sozialen und finanziellen gesellschaftlichen Beitrag leisten als auch im präventiven Sinne die Belastung seiner Angehörigen und Mitmenschen reduzieren.

Der Arbeitsintegration kommt hierbei eine grosse Bedeutung zu, Erwerbstätigkeit ist ein wichtiger psychischer Schutzfaktor und Arbeitslosigkeit mit einer deutlich erhöhten psychischen Belastung verbunden. Gesellschaftliche und politische Faktoren können hier am deutlichsten ihre Wirksamkeit entfalten.

7.1 Berufliche Reintegration von psychisch erkrankten Menschen

Häufig führen psychische Erkrankungen zum Verlust des Arbeitsplatzes. In der Schweiz macht sich das Problem der beruflichen Eingliederung von psychisch kranken Menschen schon seit langem bemerkbar. Die Zahl der IV-Renten für psychisch kranke Menschen ist in den letzten zehn Jahren von 48'000 auf nahezu 100'000 angewachsen. Bisher führte der Weg der beruflichen Integration weitgehend über geschützte Werkstätten und Wiedereingliederungstrainings in spezialisierten Institutionen. Nur ungefähr 10 % der Betroffenen können sich auf diesem Weg wieder in den ersten Arbeitsmarkt integrieren.

7.2 Psychisch kranke Menschen

Unter einer psychischen Störung versteht man eine Abweichung vom sichtbaren Verhalten oder vom Denken und Fühlen eines Menschen.

In der Psychiatrischen Klinik Zugersee werden psychische Erkrankungen mit vier Deckdiagnosen behandelt.

- **Affektive Störungen**
- **Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen**
- **Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
- **Neurotische-, Belastungsstörungen und somatoforme Störungen**
- **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
- **Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen**

7.3 Berufliche Eingliederung durch den Sozialdienst der Klinik Zugersee

Das Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Klinik Zugersee erhielt vom Kanton Zug den Auftrag in Zusammenarbeit mit der Netzwerkgruppe Sozialpsychiatrie Zug zur Verbesserung der Reintegration psychisch erkrankter Menschen eine Bestandesaufnahme der ambulanten Beratungs- und Dienstleistungsangebote zu erstellen. Daraus entstand der Leitfaden Reintegration der auf der Website [www.pkzs.ch /downloads](http://www.pkzs.ch/downloads) seit 2012 zur Verfügung steht.

Das Konzept Psychische Gesundheit wurde 2012 durch den Kanton Zug entwickelt und durch die Gesundheitsdirektion vorgestellt. Das generelle Ziel ist die erhöhte

Sensibilität in Gesellschaft und Fachwelt bezüglich psychischer Gesundheit. Die Früherkennung und die Frühintervention werden verbessert, die soziale, schulische und berufliche Integration wird erhalten, resp. verbessert. Diesbezüglich wurden fünf Säulen etabliert.

Säule 1	Säule 2	Säule 3	Säule 4	Säule 5
Gesellschaftliche Sensibilisierung	Förderung der Psychischen Gesundheit	Früherkennung und Suizidprävention	Reintegration	Unterstützung der Selbsthilfe

Ziel der Säule 4 ist die enge Zusammenarbeit der Anbieter im Bereich der Reintegration psychisch kranker Menschen in ihr soziales Umfeld und die Berufswelt. Dies ist ein fester Bestandteil der Behandlungskette. Verantwortlich für die Umsetzung sind die im Kanton tätigen ambulanten und stationären psychiatrischen Institutionen sowie die Träger von Reintegrationsangeboten unter der Federführung des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie Klinik Zugersee. Seitens der Klinik Zugersee befasste sich intern die Arbeitsgruppe Reintegration mit dem Auftrag und erstellte eine Ist- Analyse und einen Massnahmenplan.

7.3.1 Ausgangslage und Ist-Zustand

Im Kanton Zug existieren eine Vielzahl Institutionen, Einrichtungen und Sozialdienststellen zur Unterstützung der beruflichen und sozialen Reintegration psychisch Kranker. Für Hausärzte und Betroffene kann trotz einer guten Dokumentation der Angebote die konkrete Vorgehensweise unübersichtlich sein. Neben verschiedenen Einrichtungen zur beruflichen Reintegration (u.a. Phönix, GGZ und ConSol) besteht ein Angebot zur finanziellen und sozialen Unterstützung. Ein kurzgefasster, lesefreundlicher und systematischer Überblick mit Anleitungen zum Vorgehen für die Erstversorger war bislang nicht vorhanden. Hieraus kann ein unausgeschöpftes Potential zur Reintegration trotz an sich guter Angebotslage entstehen. Neben dem individuellen Leiden aufgrund einer Erkrankung können Betroffene der Gesellschaft als produktive Arbeitskräfte verloren gehen. Im Sinne der Tertiärprävention ist eine effiziente Reintegration essentiell.

7.3.2 Projektziele

(smart: spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch, terminiert)

Es existiert ein Leitfaden, der in kurzer, übersichtlicher, sachlicher und ansprechender Form über die Zugangswege der Rehabilitation für psychisch kranke Menschen informiert. Er wird durch die Arbeitsgruppe Reintegration der Klinik Zugersee jährlich aktualisiert. Eine erste Version wird im Druckversand an die AdressatInnen abgegeben, ansonsten wird die elektronische Version auf die relevanten Zuger Gesundheits- und Sozialdienstseiten verlinkt.

Die Zielgruppen sind Hausärzte, Fallführende psychisch Erkrankter jeglicher Profession sowie Betroffene oder Angehörige im Kanton. Der Leitfaden wird erstellt und gepflegt durch die Arbeitsgruppe Reintegration der Klinik Zugersee. Es erfolgt eine jährliche inhaltliche und formale Überprüfung. Der initiale Versand erfolgt an die ÄrztInnen, Sozialdienststellen, PsychologInnen und weitere Institutionen des Kantons Zug.

7.3.3 Kontakt mit bestehenden Arbeitgebern

Die SozialarbeiterInnen in der Klinik sind während der Dauer des Klinikaufenthaltes bezüglich Fragen der Arbeit und der beruflichen Eingliederung Ansprechpersonen für die PatientInnen. Sie beraten diese bei Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und führen zusammen mit den fallführenden ÄrztInnen/bzw. PsychologInnen (falls gewünscht) Arbeitgebergespräche durch um die Situation zu klären. Ziel ist es Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu besprechen und geeignete Schritte mit dem Arbeitgeber oder Massnahmen zusammen mit der Invalidenversicherung einzuleiten. Wichtig ist, dass der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Vielfach sind die PatientInnen schon längere Zeit krank, sodass die Arbeitgeber ohne die nötige Unterstützung nicht bereit sind, PatientInnen länger zu behalten. Oft haben diese schon vor dem Klinikeintritt die Kündigung erhalten oder die Arbeitgeber kündigen ihnen, wenn die gesetzliche Sperrfrist während der Krankheit abgelaufen ist.

Da ein Aufenthalt vor allem auf den Akutstationen immer kürzer wird, können in der Klinik meist nur sehr wenige Arbeitgebergespräche durchgeführt werden. Eine weitere Begleitung der PatientInnen und eine Beratung der Arbeitsorganisation am Arbeitsplatz sind auch wenn dies oft sinnvoll wäre, nicht immer gewährleistet. Dies ist nur dann möglich, wenn ein Job-Coach bereits involviert ist oder eine Begleitung

durch die IV-Stelle stattfinden kann. Die Begleitung des Sozialarbeiters der Klinik ist nur während der Dauer des Klinikaufenthaltes möglich. Deshalb ist es wichtig die PatientInnen auch mit aussenstehenden Stellen (APD, Pro Infirmis, Job- Coachs usw.) zu vernetzen. Dies ist nicht immer möglich, da PatientInnen manchmal nebst der Therapie nicht noch an eine zusätzliche Stelle gehen möchten. Vielfach fällt es ihnen schwer wieder eine neue Beziehung zu einer andern Person aufzubauen. Der Schnittstelle Klinik - ambulanter Bereich muss daher eine besondere Beachtung geschenkt werden.

7.3.4 Patienten in keinem Arbeitsverhältnis

Die meisten PatientInnen sind in keinem Arbeitsverhältnis. Sie haben entweder eine ganze oder Teil- IV-Rente, sind ohne Erwerb und beim Sozialamt angebunden, bei der IV-Stelle oder bei der Arbeitslosenkasse angemeldet. Oft haben sie auch keine Tagesstruktur. Ein Grossteil dieser Personen wünscht sich wieder eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung im 1. Arbeitsmarkt.

7.3.5 Unterstützung durch den Sozialdienst

Der Sozialdienst der Klinik Zugersee unterstützt die PatientInnen bei der Stellensuche. Er kann dabei auf kein Netz bzw. Pool von Arbeitgebern zurückgreifen, sondern berät die PatientInnen bei der Stellensuche über Zeitungen, RAV, Internet. Gemeinsam werden Stärken und Schwächen abgewogen und eine Vermittlung an die Berufsberatung der Berufsinformationszentren angestrebt. Falls gewünscht, hilft der Sozialdienst zusätzlich beim Bewerbungsschreiben. Nur wenigen Personen gelingt es, während der Dauer des Klinikaufenthaltes eine neue Stelle zu finden. Dies hat vor allem damit zu tun, dass sie während des Klinikaufenthaltes akut krank und nicht in der Lage sind bereits zielgerichtete Schritte zu planen.

Viele PatientInnen sind bereits durch die lange Stellensuche nicht mehr motiviert und ihr Selbstwertgefühl hat Schaden genommen.

Aus diesen Gründen hat die Arbeitssuche durch den Sozialdienst während des Klinikaufenthaltes für viele PatientInnen nicht 1. Priorität. Wichtig ist vorerst eine Tagesstruktur aufzubauen (z.B. geschützte Werkstätte, Tageszentrum, Berufsintegration IV usw.) um den Einstieg für später allenfalls in den 1. Arbeitsmarkt vorzubereiten.

7.4 Arbeitsintegration während und nach dem Klinikaufenthalt

Arbeitseingliederung in den freien Arbeitsmarkt Begleitung des Arbeitgebers und Arbeitnehmers	Arbeitseingliederung in den freien Arbeitsmarkt durch IV Eingliederungsmassnahmen (Berufsberatung, Umschulung, Arbeitsvermittlung)	Geschützter Arbeitsplatz Aufbautraining, Belastbarkeitstraining, Arbeit als Zeitüberbrückung, wirtschaftsnahe Integration
---	--	---

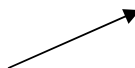
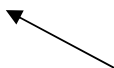


Persönliches Arbeitscoaching und Arbeitsvermittlung durch Profil-Arbeit & Handicap, bzw. RAV	Frühinterventions-Massnahme Eingliederungsplan	Integrationsmassnahme
--	--	-----------------------

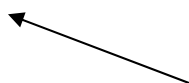


Weiterführende Beratung direkt durch entsprechenden Institutionen

Anmeldung Für Arbeitseingliederung mittels RAV und Profil-Arbeit & Handicap	IV Anmeldung oder Anmeldung für Früherfassung IV Arbeitsplatzerhaltung	IV-Anmeldung für Teilrente oder Rente
---	--	---



Arbeitseingliederung in den freien Arbeitsmarkt	Arbeitseingliederung in den geschützten Bereich mit Hilfe der IV
---	--



Soziale Beratung während dem Klinikaufenthalt

7.5 Arbeit und Tagesstruktur

Arbeit bedeutet gesellschaftliche Integration, fördert die Entwicklung von Identität und ermöglicht soziale Kontakte und Beziehungen. Arbeit bedeutet die Erfüllung einer gesellschaftlichen und sozialen Verpflichtung. Sie bietet aber auch die Möglichkeit, seine Fähigkeiten physischer sowie geistiger Natur einzusetzen, ebenso wie sie Lebensrhythmus und Tagesrhythmus strukturiert und damit Sicherheit vermittelt. Arbeit befriedigt das Bedürfnis nach Anerkennung, materieller Sicherheit und Teilhabe an unserer Gesellschaft. Arbeitslosigkeit ist für psychisch beeinträchtigte Menschen ein zentrales Problem, da die oben erwähnten Bedürfnisse durch die Krankheit oft nicht verändert werden. Der psychisch erkrankte Mensch ist meist in irgendeiner Form in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Deshalb sollte er weiterhin einer Arbeit nachgehen können, die auf seine Fähigkeiten entsprechend zugeschnitten ist. Dazu auszugsweise Fallbeispiele aus dem Leitfaden Reintegration:

Angebote für Jugendliche und Berufseinsteiger

Beispiel: Marco (18 J.), bipolar – affektive Erkrankung, hat die Lehrstelle als Verkäufer verloren, da er in einer manischen Phase das Geld aus der Kasse an die Kunden verschenkt hat, um Werbung für den Betrieb zu machen. Zuvor drängte er immer mehr Kunden zum Kauf und wurde teilweise aggressiv, wenn sie sich nicht darauf einliessen. Neben der psychiatrischen Behandlung wird er durch einen Case-Manager betreut, der ihm hilft, wieder einen Einstieg in die Berufswelt zu finden.

BIZ Berufsberatung und Informationszentrum

www.zug.ch/biz

Einstieg in die Berufswelt

Arbeits- und Bildungsprogramme

www.bib-zug.ch

GGZ@Work – Berufsintegration

Unterstützung bei Lehr- und Arbeitsstellensuche

www.ggzatwork.ch

Ausbildungsunterstützung bei psychischer

Beeinträchtigung

www.akzug.ch

Case Management

Begleitungsangebot für die Integration

Jugendlicher in die Berufswelt

www.cm-zg.ch

Beratungsangebote für Erwachsene

Beispiel: Herr H. (39 J.), gelernter Buchhalter, wurde durch den Arbeitgeber bei der IV zur Früherfassung angemeldet, da ihm bei der Arbeit zunehmend Fehler unterliefen, er unentschuldig der Arbeit fern blieb und er auch immer weniger Interesse für seine Arbeit und sein ganzes soziales Umfeld zeigte. Am Schluss blieb er den ganzen Tag im Bett liegen und vernachlässigte seine Körperhygiene. Herr H. litt an einer Depression. Die Therapie wird durch einen Psychiater gewährleistet.

GGZ@Work – Jobbörse

Vermittlung von Temporärstellen

Berufsintegration

Coaching bei Stellensuche

www.ggzatwork.ch

Regionale Arbeitsvermittlung

www.rav-zg.ch

VAM Verein für Arbeitsmassnahmen

Kursangebote, Unterstützung bei der Stellensuche

www.vam-zg.ch

Pro Arbeit

Beratung, Kurse, Treff für Stellensuchende

www.proarbeit-zug.ch

Invalidenversicherung, Zug

Beratung, Stellenvermittlung, Integrationsmassnahmen

www.akzug.ch

Pro Infirmis

Beratung

www.proinfirmis.ch

Profil, Arbeit & Handicap

Stellenvermittlung, Coaching, Coaching Frau & Arbeit

www.proinfirmis.ch

Kurzzeitberatung

www.eff-zett.ch

Fachstelle Migration

Beratungsangebot, Übersetzungen, Kurse

www.fsm-zug.ch

IV Massnahmen zur beruflichen Eingliederung und beschützende Arbeitsplätze

Beispiel: Frau K. (40 J.) wohnt alleine, hat auch bei sonnigem Wetter immer die Fensterläden geschlossen, grüsst keine Nachbarn auf der Strasse, trägt auch in der Sommerhitze eine warme Jacke und hat oft die Kapuze tief ins Gesicht gezogen. Auf der Strasse spricht sie oft laut vor sich hin, macht Faxen und schneidet Grimassen. Sie braucht dringend Medikamente durch einen Psychiater, da sie an einer Schizophrenie leidet.

ZUWEBE
Ausbildungs- und Dauerarbeitsplätze
www.zuwebe.ch
ConSol
Arbeit für Menschen mit Behinderung
www.consol.ch

Beschäftigung Tagesstrukturierende Angebote

Beispiel: Frau B. (33 J.), Hausfrau, wirkt vernachlässigt, hat eine mangelhafte Körperhygiene und hinterlässt in der Waschküche eine Unordnung. Man hört sie oft in der Wohnung lärmern und man sieht sie oft mit blauen Flecken, Quetschungen und körperlichen Verletzungen auf der Strasse. Oft wirkt ihre Sprache verwaschen und sie scheint unsicher auf den Füssen. Frau B. ist alkoholkrank und kann nach einem vom Hausarzt verschriebenen Entzug im Besuchsdienst eine sinnvolle Aufgabe finden. Dies hilft ihr auch der Versuchung zu widerstehen, erneut zur Flasche zu greifen.

Besuchsdienst Innerschweiz
Möglichkeit zur Begleitung von älteren und beeinträchtigten Menschen
www.besuchsdienst-is.ch
Freiwilligenarbeit BENEVOL
Sinnvolle Einsätze in den verschiedenen Bereichen
www.benevol-zug.ch
Tageszentrum Phönix
Kreative Beschäftigungen etc.
www.phoenix-zug.ch
Weitere und ausführliche Informationen und Adressen im Sozialverzeichnis www.sozialinfo-zug.ch
oder auf der Seite der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug.

8 Fazit

Das Ziel aller Interventionen Klinischer Sozialarbeit ist die Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Adressaten durch die Bearbeitung sozialer Fragestellungen, insbesondere durch die Verbesserung der Passung zwischen Individuum und Umwelt (Person-in-Environment-Fokus). Dies dient nicht zuletzt der Erweiterung der Verwirklichungschancen der AdressatInnen. Ein konstitutives Element klinischer Sozialarbeit ist die aktive Gestaltung des Hilfeprozesses unter Verwendung adäquater Instrumente zur Anamnese und Diagnose, zu Assessment und Behandlungsplanung. Klinisch Sozialarbeitende sind befähigt und bereit, im Rahmen ihrer Interventionen eine behandelnde Rolle einzunehmen, d.h. auf die Veränderung von Verhalten, Erleben und Einstellungen der Adressaten hinzuwirken.

Klinische Sozialarbeit strebt auf Wirksamkeit hin orientiertes professionelles Handeln an, das auf den besten wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem besten verfügbaren Erfahrungswissen fusst. Diese Sozialarbeiterinnen sind sich bewusst, dass sie ein Teilgebiet innerhalb der Sozialen Arbeit vertreten. Dementsprechend befürworten und unterstützen sie Spezialisierungen und Ausdifferenzierungen in Profession und Disziplin.

Hauptziel und zugleich Hauptproblem eines modernen psychiatrischen Versorgungssystems ist es, alle heute verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten so miteinander zu kombinieren, dass sie ihr therapeutisches und rehabilitatives Potential für PatientInnen voll zu entfalten vermögen. Das gelingt nur wenn möglichst sämtliche regional bestehenden ambulanten, halbambulanten und stationären Einrichtungen zu einem gut koordinierten therapeutischen Gesamtinstrumentarium zusammengeschlossen werden.

9 Ausblick

Die Kantone Uri, Schwyz und Zug planen eine gemeinsame Psychiatrieversorgung. Sie wollen die erfolgreiche Zusammenarbeit in der stationären Psychiatrieversorgung auf den ambulanten Bereich ausdehnen. Dazu sollen die ambulanten bzw. sozialpsychiatrischen Dienste in den drei Kantonen sowie die Psychiatrische Klinik Zugersee in einer Organisation zusammengefasst werden. Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten im Sinne der integrierten Versorgung die bestmögliche Behandlung zu bieten und einen nahtlosen Übergang zwischen den stationären und ambulanten Angeboten zu gewährleisten. Die bestehenden Standorte bleiben erhalten.

9.1 Richtungsweisende Kooperation über Kantonsgrenzen hinweg

Regierungsrat Urs Hürlimann, Gesundheitsdirektor des Kantons Zug, bezeichnet das Vorhaben als einzigartig in der Schweiz: "Dass drei Kantone ihre Psychiatrieversorgung zusammenlegen, hat Vorbildcharakter. Denn die Gesundheitspolitik der Zukunft muss über die Kantonsgrenzen hinausdenken. Gemeinsam kommen Uri, Schwyz und Zug auf ein Einzugsgebiet von rund 300'000 Personen. Das ist eine ideale Grösse, um ein effizientes und hochstehendes Psychiatrieangebot bereitzustellen."

9.2 Chancen der integrierten Versorgung nutzen

Die Psychiatrieplanung der Kantone Uri, Schwyz und Zug hat gezeigt, dass nicht nur gewisse Versorgungslücken bestehen, sondern insgesamt mit einem deutlich steigenden Bedarf an Psychiatrieleistungen zu rechnen ist. Dieser Nachfragedruck und das resultierende Kostenwachstum stellen für die Kantone eine grosse Herausforderung dar.

"Damit wir dieses Problem lösen können, braucht es eine vernetzte Zusammenarbeit im Sinne der integrierten Versorgung", betont der Schwyzer Landammann Armin Hüppin. "Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten müssen im Zentrum stehen und nicht die Zuständigkeitsfragen oder Tariffdifferenzen."

9.3 Erfolgsversprechendes Modell

Der Sozial Psychiatrische Dienst Uri ist schon seit Längerem direkt mit der Psychiatrischen Klinik Zugersee verbunden. Das Zentrum für Psychotherapie und Psychotherapie Klinik Zugersee führt ihn als integrierten Betrieb. Der Urner Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektor, Regierungsrat Stefan Fryberg, bestätigt denn auch: "Bei uns wird der geplante Zusammenschluss weniger grosse Auswirkungen haben als in Schwyz und Zug. Doch wir sind aufgrund unserer bisherigen Erfahrungen absolut überzeugt, dass die Vernetzung der Angebote der richtige Weg ist. Wenn nun noch weitere Dienste eingebunden werden, können alle nur profitieren."

9.4 Teil eines Gesamtprojekts

Bereits im Jahr 2010 haben die Regierungen der Kantone Uri, Schwyz und Zug ihren Willen bekräftigt, die Zusammenarbeit im Rahmen ihres Psychiatriekonkordats fortzusetzen und Verhandlungen mit der Kongregation der Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf zur Übernahme der Psychiatrischen Klinik Zugersee aufzunehmen. Diese Gespräche sind inzwischen abgeschlossen. Indem nun auch noch die ambulanten Leistungserbringer einbezogen werden, wird eine strategische Gesamtschau ermöglicht. Die neue Trägerschaft durch die Konkordatskantone Uri, Schwyz und Zug wird unter dem Dach des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie Klinik Zugersee den ambulanten psychiatrischen Dienst Zug, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, den sozialpsychiatrischen Dienst Schwyz und Uri zusammenfassen und so die Voraussetzungen schaffen für eine integrierte psychiatrische Versorgung der 300'000 EinwohnerInnen. Der politische Entscheid über den Kauf der Klinik und die Integration der Leistungserbringer ist in den drei Kantonsregierungen im März 2013 erfolgt.

10 Danksagung

Ich danke vor Allem meiner Frau Elfi Steiner für die grosse Unterstützung und Begleitung. Auch dem Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Klinik Zugersee (PKZS), insbesondere der Sekretärin der Chefärztin Frau Yvonne Etterlin für den Support und die Infrastruktur; meinen KollegInnen in der Fachkonferenz Sozialdienste Psychiatrie (FKSP), ganz speziell Herrn Franz Hierlemann für die fachspezifischen Inputs; meinen VorstandskollegInnen im Verein clinical socialwork Switzerland (CSWS) für die solidarische Zusammenarbeit im etablieren der klinischen Sozialarbeit als Profession und in der Gesundheitspolitik. Dank auch an die Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) für das wertvolle Studienangebot psychosoziale Beratung, speziell dem Studiengangleiter Herrn Prof. Dr. Günther Wüsten.

11 Literaturverzeichnis

Binner, Ulrich & Ortmann, Karlheinz (2008)

Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis – Perspektiven. (S.71-87). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Brack, Ruth/Geiser, Kaspar (2009)

Aktenführung in der Sozialen Arbeit, Vorschläge für eine klientenbezogene Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung, Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, 4. völlig überarbeitete Auflage

Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot (Hg.)(2009)

Klinische Sozialarbeit – Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Gahleitner, Silke/Miethe, Ingrid (2009)

Forschungsethik in der Klinischen Sozialarbeit, In: Gahleitner S./Hahn G. (Hg.): S. 59-69

Galuske, Michael (2005)

Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung (6.Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag

Galuske, Michael (2007)

Methoden der Sozialen Arbeit, Juventa, Weinheim/München, 7. Auflage

Galuske, Michael/Thole, Werner (2006)

Vom Fall zum Management, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Gautschi Joël/Rüegger, Cornelia (2012)

Eine Evaluation der Anwendung neuer diagnostischer Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. In: Büschi, Eva/Roth, Claudia (Hg.). Schritte zur Innovation in Sozialer Arbeit

Geiser, Kaspar (2009)

Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung, Interact/Lambertus, Luzern/Freiburg Br., 4. Auflage

Geissler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005)

Klinische Sozialarbeit, Reinhardt, München

Geissler-Piltz, Brigitte (2006)

Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work. Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 2.Jg.(Online-

Sonderausgabe, 2006), S.7-11. Gefunden am 15. Mai 2009, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.de>

Gödecker-Geenen, N./ Mühlum, A. (2003)

Soziale Arbeit in der Rehabilitation, Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Grawe, Klaus (2004)

Neuropsychotherapie, Hogrefe, Göttingen

Gredig, Daniel/Sommerfeld, Peter (2007)

New Proposals for Generating and Exploiting Solution-Oriented Knowledge. In: Research on Social Work Practice. 18. Jg.(4). S. 292 – 300

Hahn, Gernot (2006)

Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Das Person-in-Environment System (PIE). Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 2.Jg. (Online-Sonderausgabe, 2006), S.45-48. Gefunden am 15. Mai 2009, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.de>

Heiner, Maja (2004)

Professionalität in der Sozialen Arbeit, Kohlhammer, Stuttgart

Hell, Daniel (2006)

Tagungsdokumentation „evidenzbasierte Praxis „eine Herausforderung und Chance für therapeutische Berufe und Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ 20.10.2006 PUK Zürich

Hollenstein, Lea/Sommerfeld, Peter (2010)

Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. In: Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot (Hg.): Jahrbuch Klinische Sozialarbeit II. Bonn:Psychiatrie Verlag. S. 189-213

ICD-10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F) – klinisch-diagnostische Leitlinien, Hg. Von Dilling, H./Mombour, W/Schmidt, M.H., Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto, 1991

Karl, James N./Wandrei, Karin E. (1992)

PIE Manual: Person-In-Environment System: The PIE Classification System for Social Functioning Problems, Washington, NASW Press

Keupp, H. (2000)

Psychosoziale Versorgung. In: Stimmer, Lexikon der Sozialpädagogik und Sozialarbeit, 4. Aufl., 539-543

Jakobs, Silke; Haas, Ruth & Ohlenburg, Harro (2008)

Innerbetriebliche Rehabilitation - Klinische Sozialarbeit als verbindender Faktor. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven. (S.139-157). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Mühlum, Albert (Hg.)(2004)

Sozialarbeitswissenschaft – Wissenschaft der Sozialen Arbeit, Lambertus, Freiburg/Breisgau

Obrecht, Werner (2009)

Was braucht der Mensch?, Grundlagen einer biopsychosozio-kulturellen Theorie menschlicher Bedürfnisse und ihre Bedeutung für eine erklärende Theorie sozialer Probleme, erweiterte Fassung eines Vortrags, gehalten an der Konferenz zum 100jährigen Jubiläum der Ligue Médico-Sociale Luxemburg, 1. Oktober 2008. Niederwil, (Wattwil), 5.10.2009.

Obrecht, Werner (2011)

Ein biopsychosozio-kulturelles Modell des Menschen als integrative Theorie sozialer Akteure. Eine Grundlage der Bild-Code-Theorie der Orientierung, der Theorie menschlicher Bedürfnisse und sozialer Probleme und einer allgemeinen erklärenden Handlungstheorie, Unveröffentlichtes Manuskript, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Zürich

Pantucek, Peter/Röh, Dieter /Hg.)(2009)

Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards, LIT, Münster

Pauls, Helmut (2004)

Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung.
Juventa, Weinheim

Richmond, Mary (1917)

Social Diagnosis, Macmillan, New York

Richter, Dirk (2003)

Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störungen in der
Ära der Biowissenschaften, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Rüegger, Cornelia (2011)

Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine
handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie.
Masterthesis. Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Olten

Röh, Dieter (2008)

Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit.
In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis
– Perspektiven. (S.35-50). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Salomon, Alice (1926)

Soziale Diagnose, Carl Heymanns Verlag, Berlin

Schlippe, Arist von/Schweitzer, Jochen (2012)

Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I;Vandenhoeck&Ruprecht

Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael (2012)

Integration und Lebensführung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea; Krebs, Marcel (2008)

Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der integrierten Psychiatrie
Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts. Hochschule für Soziale
Arbeit FHNW Olten

Staub-Bernasconi, Silvia (2010/2007)

Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft, Systemtheoretische Grundlagen und
professionelle Praxis – Ein Lehrbuch, UTB/Haupt, Bern/Stuttgart/Wien

Staub-Bernasconi, Silvia (2012)

Der transformative Dreischritt als „Brücke“ zwischen den allgemeinen,
bezugswissenschaftlichen Disziplinen und wissenschafts- sowie kontextbasierter,

professioneller Problemlösung, in: Kraus, Björn et al. (Hg.): Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung, Barbara Budrich, Opladen, Farmington Hills: S. 165-180

Staub-Bernasconi, Silvia, et al. (2012)

Soziale Arbeit und Psychiatrie...Positionspapier...