

Sozialhilfe und psychische Erkrankung

**Sensibilisierung von Sozialarbeitenden für den Umgang mit
Sozialhilfebeziehenden bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung**

Bachelor- Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Tharmika Christhoku
August 2017

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **TZ 2013 - 2017**

Name/n **Christhoku Tharmika**

Haupttitel BA
Sozialhilfe und psychische Erkrankungen

Untertitel BA
**Sensibilisierung von Sozialarbeitenden für den Umgang mit Sozialhilfebeziehenden bei
Verdacht auf eine psychische Erkrankung**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2017 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit psychisch erkrankten Menschen in der Sozialhilfe, insbesondere dann, wenn die psychische Erkrankung nicht diagnostiziert ist, sondern nur ein Verdacht besteht. Die zentrale Frage ist dabei, wie Sozialarbeitende für den Umgang mit Sozialhilfebeziehenden bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung sensibilisiert werden können.

Die Fragestellung wird mithilfe von Literatur in Form von Empirie, Studien, Fachartikel und auch anhand der Berufsethik beantwortet. Nach einer Problemanalyse und Problembewertung werden die Ergebnisse als Handlungsempfehlungen formuliert.

Die Analyse zeigt, dass für einen sensibilisierten Umgang nicht nur Handlungen auf der Mikroebene, sondern auch auf der Meso- und Makroebene notwendig sind. Ein sensibilisiertes Krankheitsbewusstsein, personenzentrierte Arbeit mit Fokus auf der Lebensqualität sowie der bewusste Umgang mit dem Spannungsfeld zwischen den strukturellen Rahmenbedingungen und der Profession sind wichtige Empfehlungen auf der Mikroebene. Gewisse Veränderungen bedingen eine Änderung auf den höheren Ebenen. Dazu gehört eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, verbesserte Finanzierung der Sozialhilfe und die Betonung der Professionalität in der Sozialhilfe.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung	8
1.1 Ausgangslage	8
1.2 Motivation und Berufsrelevanz.....	8
1.3 Fragestellung und thematische Abgrenzung	9
1.4 Adressatenschaft.....	10
1.5 Aufbau der Arbeit.....	10
2 Psychische Erkrankung in der Sozialhilfe	11
2.1 Psychische Erkrankungen in ihrer Multifaktorialität.....	11
2.1.1 Definition und Merkmale.....	11
2.1.2 Störungsbilder.....	13
2.1.3 Biopsychosoziale Erklärungsmodelle	19
2.1.4 Soziale Ungleichheit – Gesundheitliche Ungleichheit	21
2.2 Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden	24
3 Schweizerisches Sozialhilfesystem.....	27
3.1 Die soziale Sicherung in der Schweiz	27
3.1.1 Wie psychisch Erkrankte durch das Netz der sozialen Sicherheit fallen können.....	27
3.1.2 Die wachsende Bedeutung der Sozialhilfe.....	31
3.1.3 „Welfare to Workfare“	32
3.2 Sozialhilfe	33
3.2.1 Struktur der Sozialhilfe.....	33
3.2.2 Prinzipien der Sozialhilfe	34
3.2.3 Rechte und Pflichten in der Sozialhilfe	35
4 Aufträge in der Sozialhilfe	38
4.1 Sozialpolitik	38
4.2 Auftrag der Sozialhilfe	38
4.3 Auftrag der Sozialen Arbeit.....	39
4.4 Auftrag der Klientel.....	41
5 Herausforderungen in der Sozialhilfe	42

5.1	Herausforderungen von psychisch Erkrankten in der Sozialhilfe	42
5.1.1	Mitwirkungspflicht, Gegenleistungspflicht und Sanktionen.....	42
5.1.2	Psychische Erkrankung, Erwerbsarbeit und Stigmata.....	44
5.1.3	ALV, IV oder Sozialhilfe: Entscheidende Auswirkung.....	45
5.2	Herausforderungen der Sozialarbeit	46
5.2.1	Das Tripelmandat	46
5.2.2	Gründe für eine schwierige Kooperation.....	47
5.2.3	Spannungsfeld: Strukturelle Rahmenbedingungen und Professionalität.....	48
5.2.4	Problematisches Menschenbild in der Sozialhilfe.....	49
6	Handlungsempfehlungen für den sensibilisierten Umgang	51
6.1	Mikroebene.....	52
6.1.1	Individualisierungsprinzip – personenzentriertes Arbeiten.....	52
6.1.2	Lebensqualität im Fokus	53
6.1.3	Bewusster Umgang mit dem Spannungsfeld.....	54
6.2	Mesoebene.....	55
6.2.1	Strukturelle Ebene, Organisation.....	55
6.2.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich	56
6.2.3	Krankheitsbewusstsein der Mitarbeitenden stärken	57
6.3	Makroebene	58
6.3.1	Professionalität in der Sozialhilfe	58
6.3.2	Veränderte Rolle der Sozialhilfe und Öffentlichkeitsarbeit	59
6.3.3	Krank oder Gesundheit: Kein Dazwischen?.....	60
6.3.4	Finanzierung der Sozialhilfe	62
7	Fazit.....	63
7.1	Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellung	63
7.2	Persönliches Fazit.....	66
7.3	Ausblick	66
8	Quellen- und Literaturverzeichnis	67

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Thematische Eingrenzung (eigene Darstellung).....	9
Abbildung 2: Jahresprävalenz von psychischen Erkrankungen in Europa (Daniel Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher & Paul Camenzind, 2016, S. 11)	13
Abbildung 3: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (NPZ Studien, 2017).....	20
Abbildung 4: Vulnerabilität-Stress-Modell (Elke Brusa, 2017).....	21
Abbildung 5: Erklärungsmodell nach Mackenbach (stark modifiziert nach Mackenbach, 2006, S. 32).....	22
Abbildung 6: Verhaltensbezogene Faktoren in Anlehnung an Bourdieu (Abel, 2006; zit. in Villiger & Knöpfel, 2009, S. 65).....	24
Abbildung 7: Sozialhilfequote Schweiz (BFS, 2016, S.1).....	24
Abbildung 8: Psychische Belastung nach Geschlecht und Alter 2012 (BFS, 2016, S.12).....	25
Abbildung 9: Anteil der Personen mit einer psychischen Störung unter den Leistungsbezügern im arbeitsfähigen Alter (OECD, 2014, S. 95).....	25
Abbildung 10: Netz der sozialen Sicherheit (Kehrli & Knöpfel, 2006, S. 147).....	27
Abbildung 11: Netz von Sozialversicherungen (stark modifiziert nach Vogel, 2012, S. 6).....	28
Abbildung 12: Einfluss der Mandate (stark modifiziert nach Eser et al., 2013, S. 24).....	47

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Invalidenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
ATSG	Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts
AVIG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EL	Ergänzungsleistungen
ICD	International Classification of Diseases
IFSW/ IASSW	International Federation of Social Workers
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
IV/ IVG	Invalidenversicherung/ Invalidenversicherungsgesetz
KTG/ KTGv	Krankentaggeld/ Krankentaggeldversicherung
KV	Krankenversicherung
OECD	Organisation for economic Co-operation and Development
OR	Obligationenrecht
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
UV	Unfallversicherung
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Wenn alle Stricke der Sozialversicherungen reissen, ist die Sozialhilfe das letzte Auffangnetz der Schweiz. Aufgrund der restriktiveren Haltung von der Invaliden- und Arbeitslosenversicherung wird die Sozialhilfe immer bedeutungsvoller. Eine Studie von der OECD (2014) zeigt auf, dass in der Sozialhilfe ca. 20 % von den arbeitsfähigen Leistungsbezügern und Leistungsbezügern an einer schweren psychischen Erkrankung und ca. 15 % an einer mittleren psychischen Erkrankung leiden. Die psychische Erkrankung fordert von den Betroffenen viel Energie. Sie sind oftmals nicht in der Lage, sich auf etwas anderes als die Krankheit zu konzentrieren. Die Sozialhilfe jedoch ist mit vielen Auflagen und Pflichten verbunden, was für die Betroffenen eine grosse Herausforderung darstellt. Kommen sie den Forderungen nicht nach, müssen sie mit Sanktionen rechnen (z. B. Kürzung vom Budget). Die Betroffenen reagieren in solchen Fällen mit Rückzug, Widerstand und Abwehr. Die Sozialarbeitenden in den Sozialdiensten können in diesen Situationen meist nur schwer beurteilen, ob es sich um eine therapeutisch anzugehende Krankheit handelt, ob die Person sich bewusst weigert mitzuwirken oder ob andere Gründe für eine schwierige Kooperation vorliegen. Angesichts der aktivierenden Sozialpolitik und des politischen sowie öffentlichen Druckes geraten wichtige Ziele der Sozialhilfe und der Sozialen Arbeit als Profession (wie bspw. die soziale Integration) in den Hintergrund.

1.2 Motivation und Berufsrelevanz

Die Autorin absolvierte das Praktikum in der Sozialhilfe und arbeitet seit zwei Jahren in einem Sozialdienst. Bei der Arbeit macht sie die Erfahrung, dass durch die restriktive Haltung von Sozialversicherungen immer mehr arbeitsunfähige, kranke Menschen in die Sozialhilfe gelangen. Die Menschen sind zu krank für die Arbeit, aber zu gesund für die Sozialhilfe. Von ihnen werden (solange keine Arbeitsunfähigkeit diagnostiziert wird) Bemühungen um einen raschen (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt erwartet. Ausserdem ist die Autorin (wie auch andere Sozialarbeitende auf den Sozialämtern) mit stetig steigenden Fallzahlen konfrontiert. Durch den politischen Spardruck und die steigende Fallbelastung bleibt den Sozialarbeitenden immer weniger Zeit für die heterogene Klientel. Dieser erhebliche Zeitdruck verursacht bei den Sozialarbeitenden ein Festhalten an allgemeinen Arbeitsabläufen und führt zu einer Intoleranz für Verzögerungen und Verschiedenheit. Wobei ein fundamentales Prinzip der Sozialhilfe – das Individualisierungsprinzip – in den Hintergrund gedrängt wird. Wichtige Ziele der Sozialhilfe und der Sozialen Arbeit als Profession wie beispielsweise die soziale Integration werden ausser Acht gelassen.

Die Autorin macht im Arbeitsalltag immer wieder die Erfahrung, dass Momente mit einem Verdacht auf eine psychische Erkrankung entstehen. Jedoch hat sie nicht die geeigneten Instrumente und Ressourcen für die Weiterverfolgung des Verdachtsmomentes. Wird eine psychische Erkrankung nicht erkannt, kann die Sozialhilfe mit den strengen Auflagen und Pflichten die Krankheit verstärken oder gar eine Krise auslösen.

1.3 Fragestellung und thematische Abgrenzung

Aufgrund dieser Ausgangslage, Berufsrelevanz und Motivation wird folgende Fragestellung formuliert: **Wie können Sozialarbeitende für den Umgang mit Sozialhilfebeziehenden bei einem Verdacht auf eine psychische Erkrankung sensibilisiert werden?**

Unter Sensibilisierung wird der Prozess verstanden, in welchem Personen befähigt werden, bestimmte Lebensverhältnisse, Probleme, Krisen, Gefahren sowie geeignete Lösungsmöglichkeiten zu erkennen (Soziales Wissen, ohne Datum). Die Fragestellung soll nicht suggerieren, dass die Sozialarbeitenden in den Sozialdiensten unfähig sind und deshalb sensibilisiert werden müssen. Das Ziel der Arbeit ist es vielmehr, Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, welche die bestehende Kompetenz verbessern können, um eine effiziente, zielgerichtete und professionelle Sozialarbeit auf allen drei Ebenen (Mikro, Meso, Makro) gewährleisten zu können.

Der Fokus bei der Beantwortung der Fragestellung liegt dabei nicht auf der Phase nach einer Diagnose. Denn nach der Diagnose ist die Ärzteschaft für die Behandlung und Therapierung zuständig. Der Fokus liegt auf der Phase, wenn eine psychische Erkrankung entsteht oder bereits Symptome oder Anzeichen erkennbar sind und die betroffene Person in dieser Phase mit der Sozialhilfe in Kontakt kommt.

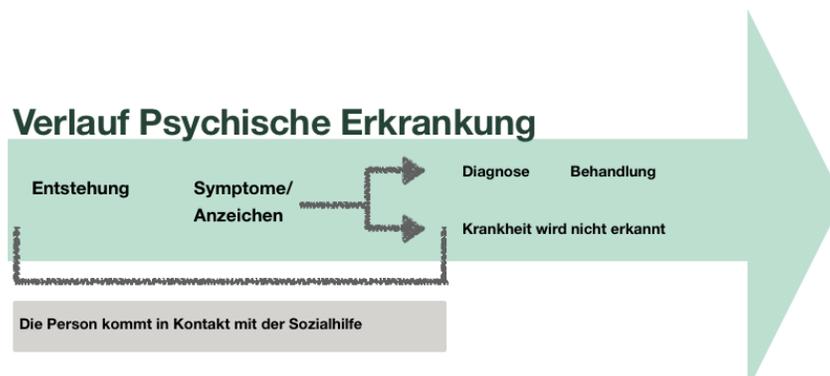


Abbildung 1: Thematische Eingrenzung (eigene Darstellung)

In dieser Arbeit wird dabei nicht auf eine spezifische Krankheit eingegrenzt. Denn die Sozialarbeit hat in der Sozialhilfe die wichtige Aufgabe der Triage und Vermittlung. Hat die Sozialarbeitende einen

Verdacht auf eine psychische Erkrankung, ist die Triage an die Ärzteschaft für eine Abklärung entscheidend. Dazu ist ein allgemeines Wissen über die verschiedenen psychischen Erkrankungen mit deren Symptomatik notwendig. Weiter liegt der Fokus nur auf volljährigen Sozialhilfebeziehenden und es wird keine Einschränkung auf eine bestimmte kantonale Sozialhilfe gemacht.

1.4 Adressatenschaft

Die vorliegende Bachelorarbeit ist in erster Linie an Professionelle im Berufsfeld der Sozialarbeit gerichtet, besonders an Sozialarbeitende in Sozialdiensten. Gewisse Themen lassen sich auch auf das Berufsfeld Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation transferieren. Die Arbeit soll auch eine Anregung für Diskussionen bei Leitungspersonen von Sozialdiensten, in der Politik und Öffentlichkeit geben.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in acht Kapitel gegliedert. Nach einer Einleitung werden im zweiten Kapitel psychische Erkrankungen definiert (2.1.1) und ausgewählte Störungsbilder (2.1.2) werden kurz dargelegt. Die Multifaktorialität der Krankheit wird anhand von biopsychosozialen Modellen (2.1.3) und der Theorie von „Soziale Ungleichheit – gesundheitliche Ungleichheit“ (2.1.4) erklärt. Des Weiteren werden Zahlen und Fakten zum Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden genannt (2.2).

Im dritten Kapitel wird beschrieben, wie es in unserem Sozialversicherungssystem möglich ist, dass psychisch Erkrankte durch das Netz der sozialen Sicherheit fallen können (3.1.1). Die wachsende Bedeutung der Sozialhilfe (3.1.2) und der Wandel von „Welfare to Workfare“ (3.1.3) sind wichtige Kapitel für das Verständnis der weiteren Kapitel. Das Kapitel „Sozialhilfe“ (3.2) gibt einen kurzen Überblick über die geltenden Regeln und Gesetze in der heutigen Sozialhilfe.

Das Kapitel vier fasst die verschiedenen Aufträge in der Sozialhilfe zusammen. Dieses Kapitel dient als Grundlage, um im nächsten Kapitel bewerten zu können, inwiefern den verschiedenen Aufträgen nachgekommen wird.

Das Kapitel fünf ist zweigeteilt in Herausforderungen für die psychisch Erkrankten in der Sozialhilfe (5.1) einerseits und in Herausforderungen für die Sozialarbeitenden (5.2) andererseits. In den einzelnen Unterkapiteln werden die verschiedenen Problemstellungen, Spannungsfelder und Herausforderungen beschrieben, analysiert und bewertet.

Auf dieser Basis werden Handlungsempfehlungen auf der Mikroebene (6.1), Mesoebene (6.2) und Makroebene (6.3) erarbeitet.

Im letzten Kapitel wird die Fragestellung beantwortet (7.1), ein persönliches Fazit gezogen (7.2) und ein Ausblick (7.3) gemacht.

2 Psychische Erkrankung in der Sozialhilfe

2.1 Psychische Erkrankungen in ihrer Multifaktorialität

2.1.1 Definition und Merkmale

In Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen werden verschiedene Begriffe wie „psychische Störung“, „psychische Krankheit“, „psychische Beeinträchtigung“ etc. verwendet. In dieser Arbeit verwendet die Autorin den Begriff „psychische Erkrankung“ als Synonym zu den oben genannten Begriffen.

Gemäss Niklas Baer (2009) sind die psychische Erkrankung und die psychische Gesundheit eng verknüpft und nicht als Gegensatzpaar zu verstehen. Die Abwesenheit einer psychischen Erkrankung definiert nicht die psychische Gesundheit wie auch umgekehrt. Er beschreibt, dass die Menschen stets bemüht sind, das seelische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten, wobei es niemals vollkommen erworben werden kann. Äussere Ereignisse wie körperliche Schäden aber auch innere Konflikte können ihn aus dem Gleichgewicht werfen (S. 212).

Für die psychische Erkrankung besteht keine einheitliche, allgemein akzeptierte Definition. In den meisten Definitionen werden gemäss Magdalena Stemmer-Lück (2009) aber folgende Merkmale genannt: Devianz, Leidensdruck, Beeinträchtigung und Gefährdung (S. 23–24).

Devianz beschreibt ein abweichendes Erleben oder Verhalten. Die Schwierigkeit an diesem Merkmal ist, dass eine Abweichung immer einen Bezugspunkt, eine Norm benötigt, womit sie verglichen werden kann. Je nach Gesellschaft wird jedoch „Norm“ anders definiert (ebd.).

Der Leidensdruck ist bei Menschen mit Angststörungen oder Depression offensichtlich. Jedoch ist bei gewissen Persönlichkeitsstörungen und Psychosen der fehlende Leidensdruck charakteristisch. Dabei leidet meist nicht der Betroffene selbst, sondern das soziale Umfeld. Der Leidensdruck kann daher nicht für alle, jedoch für viele psychische Erkrankungen als Merkmal betrachtet werden (ebd.).

Stemmer-Lück (2009) beschreibt, dass psychische Erkrankung die Alltagsbewältigung beeinträchtigen kann. Je nach Erkrankungsgrad kann sie die Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen und das Nachkommen einer Erwerbsarbeit erschweren (S. 25).

Eine psychische Erkrankung kann auch in einer Selbst- oder Fremdgefährdung gipfeln, beispielsweise bei Menschen mit psychotischen Wahnvorstellungen oder Suizidgefährdung (ebd.).

Es lässt sich folglich festhalten, dass eine psychische Störung nicht allgemein definierbar ist. Die genannten Merkmale bilden Anhaltspunkte, können jedoch nicht bei allen psychischen Erkrankungen angewendet werden. Ihnen gemeinsam ist jedoch, dass sie äusserst komplexe Ursachen, Entstehungen und Verläufe haben können. Daher sind psychische Erkrankungen in biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen zu betrachten (Baer, 2009, S. 213).

In unserem Gesundheits- und Sozialsystem wird eine psychische Erkrankung meist anhand von Klassifikationssystemen festgehalten. Dazu gehört das ICD-10 der WHO und das DSM-5, welches von der amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung herausgegeben wurde (Stemmer-Lück, 2009, S. 26). In der ICD-10 (2017) werden die psychischen Störungen mit einem vorliegenden F bezeichnet und in zehn Kategorien unterteilt:

F00-F09	Organische, einschliesslich symptomatische, psychische Störungen
F10-F19	Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörungen
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Tabelle 1: Psychische Störungen im ICD-10 (eigene Darstellung auf Basis der ICD-10, 2017)

Die einzelnen psychischen Erkrankungen kommen unterschiedlich häufig vor und können sich in den Ursachen, den Symptomen, dem Krankheitsverlauf und der Behandlung stark unterscheiden. Im Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich, auf die einzelnen Krankheitsbilder detailliert einzugehen. Daher werden im folgenden Kapitel nur die häufigsten Störungsbilder zusammengefasst aufgeführt.

Diagnose nach DSM-IV	Bereich %	Median %	Experten-schätzung %	Geschätzte Anzahl Betroffener (Mio)	Berücksichtigte Altersgruppen	Verhältnis Frauen : Männer
Demenz	k. A. ¹		5,4	6,3	60+	1,6
Substanzstörungen						
Alkoholabhängigkeit	0,0–9,3	3,4	3,4	14,6	15+	0,3
Psychotische Störungen	0,2–2,6	1,0	1,2	5,0	18+	0,8
Affektive Störungen			7,8			
Major Depression	1,0–10,1	5,7	6,9	30,3	14+	2,3
Bipolare Störung	0,2–1,1	0,7	0,9	3,0	18–65	1,2
Angststörungen			14,0	61,5	14+	2,5
Panikstörung	0,6–3,1	1,2	1,8	7,9	14+	2,5
Agoraphobie	0,1–3,1	1,2	2,0	8,8	14+	3,1
Soziale Phobie	0,6–7,9	2,0	2,3	10,1	14+	2,0
Spezifische Phobien	3,1–11,1	4,9	6,4	22,7	14–65	2,4
Generalisierte Angststörung	0,2–4,3	2,0	1,7–3,4 ²	8,9	14+	2,1
Zwangsstörung	0,1–2,3	0,7	0,7	2,9	18+	1,6
Posttraumatische Belastungsstörung	0,6–6,7	2,3	1,1–2,9 ²	7,7	14+	3,4
Somatoforme Störungen	1,1–11,0	6,3	4,9	20,4	18–65	2,1
Essstörungen						
Anorexia Nervosa (Magersucht)	0,0–0,6	0,1	0,2–0,5 ²	0,8	14–65	4,5
Bulimia Nervosa	0,0–0,9	0,3	0,1–0,9 ²	0,7	14–65	8,0
Persönlichkeitsstörungen						
Borderline-Störung	0,7–0,7	0,7	0,7	2,3	18–65	0,5
Antisoziale Störung	0,6–0,7	0,6	0,6	2,0	18–65	0,2

¹ keine Angabe, da es grosse Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen gibt (60–65 Jahre: 0,3–1%; 85+ Jahre: 11,5–31,7%)

² abhängig vom Alter

Abbildung 2: Jahresprävalenz von psychischen Erkrankungen in Europa (Daniel Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher & Paul Camenzind, 2016, S. 11)

2.1.2 Störungsbilder

Angst- und Zwangsstörungen

Angststörungen gehören mit einer Jahresprävalenz von ca. 14 % zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter (Schuler et al., 2016, S. 11). Angst ist eine Grundemotion des Menschen. Sie wird zur psychischen Störung, wenn sie das Leben über einen längeren Zeitraum so stark einengt, dass die Betroffenen darunter leiden (Stemmer-Lück, 2009, S. 125). Die Angststörungen können sich auf unterschiedliche Weise zeigen.

- » Soziale Ängste sind mit Situationen verbunden, in denen der Mensch im Zentrum der Aufmerksamkeit steht (Stemmer-Lück, 2009, S. 137). Der Gedanke „Was denken die anderen von mir?“ beeinflusst das Empfinden, die Wahrnehmung und das Verhalten. Die Angst ist meist mit körperlichen Symptomen wie Herzklopfen, Bauchschmerzen, feuchten Händen usw. verbunden (Pro Mente Sana, ohne Datum). Soziale Ängste können das Leben der Betroffenen sehr beeinträchtigen, da sie ständig versuchen, beängstigende Situationen zu vermeiden. Weil die Betroffenen ihre Ängste häufig geheim halten, wird ihr Verhalten als Desinteresse oder Sturheit fehlinterpretiert (Stemmer-Lück, 2009, S. 137).

- » Unter *spezifische Phobien* werden Ängste verstanden, welche sich auf ein Objekt oder eine Situation beziehen. Beispielsweise die Angst vor bestimmten Tieren (Tierphobie), die Angst vor engen geschlossenen Räumen (Klaustrophobie), die Angst vor Ansteckungsgefahren (Bakteriophobie) und weitere ca. 150 Phobiearten (Stemmer-Lück, 2009, S. 138). Die Alltagseinschränkung kann je nach Phobie unterschiedlich gross sein (Pro Mente Sana, ohne Datum).
- » Eine Angst kann sich unter Umständen zu einer *Panikstörung* steigern. Eine Panikattacke kann ohne ersichtlichen äusseren Auslöser auftreten und ist daher auch unvorhersehbar. Typische Symptome sind plötzliches Herzrasen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühl, Schwindel, Schwitzen sowie Entfremdungsgefühle. Meist entsteht die Angst zu sterben oder die Kontrolle zu verlieren (Stemmer-Lück, 2009, S. 151). Weil die Panikattacken sehr schwer auszuhalten sind, meiden Betroffene die Orte, wo sie bereits eine Panikattacke erlebt haben, was wiederum zu einer massiven Einschränkung des eigenen Lebens und Erlebens führen kann (Pro Mente Sana, ohne Datum).
- » Bei einer *generalisierten Angststörung* sind ausgeprägte Ängste und chronische Sorgen charakteristisch. Die Betroffenen haben Angst vor Krankheiten, Unfällen, Veränderungen usw. (Pro Mente Sana, ohne Datum). Die Sorgen können von den Betroffenen nicht kontrolliert werden und betreffen meist verschiedene Lebensbereiche (Stemmer-Lück, 2009, S. 145).
- » Bei *Zwangsstörungen* wird versucht, die Angst durch einen Zwang zu unterbinden. Durch die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen wird die Angst reduziert oder sogar verhindert. Mithilfe des Zwangs wird im psychodynamischen Denken die Angst abgewehrt (Stemmer-Lück, 2009, S. 125). „Das Krankhafte an Zwängen ist nicht ihr Inhalt (also z. B. das Zählen), sondern dass sie die Betroffenen gefangen halten“ (Pro Mente Sana, ohne Datum). Die Zwänge können mehrere Stunden am Tag beanspruchen und ein normales Leben enorm erschweren. Wenn die Krankheit nicht behandelt wird, kann sie zu Arbeitsunfähigkeit, sozialem Rückzug, Depressionen oder finanziellen Schwierigkeiten führen (ebd.).

Affektive Störungen

Affektive Störungen betreffen die Stimmungslage der Betroffenen und können erheblich beeinträchtigend sein. Zur Affektiven Störung gehören Depressionen, Manie oder Bipolare Störungen (Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 15). „Je nachdem, ob ein Zustand von Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit oder von unerschöpflicher Hochstimmung, rastloser Energie und Geschwätzigkeit dominiert wird, wird zwischen Depression und Manie unterschieden. Treten beide Pole im Wechsel auf, wird von einer bipolaren affektiven Störung gesprochen“ (Stemmer-Lück, 2009, S. 104).

- » Gemäss BAG (2015) liegt die Prävalenz einer mittleren bis schweren *Depression* von Erwachsenen bei 6.5 %. 22.2 % leiden an einer schwachen Depression (S. 17). Weil sich eine Depression meist nur

langsam anbahnt, ist sie schwierig zu erkennen. Hauptsymptome sind anhaltende oder wiederkehrende traurige Verstimmung, innere Leere und Niedergeschlagenheit (emotionale Symptome). Die Betroffenen verlieren das Interesse an gewohnten Aktivitäten, fühlen sich antriebslos und ziehen sich vermehrt zurück (motivale Symptome). Diese Symptome wirken sich auch auf das Verhalten aus. So sind sie eher wenig produktiv und effektiv, schaffen es kaum aus dem Haus oder aus dem Bett, die Körperhaltung ist kraft- und spannungslos und die Sprachweise oft verlangsamt, leise und monoton (Verhaltens-/motorische Symptome). Depressive Störungen werden häufig von körperlichen Symptomen begleitet wie bspw. Kopfschmerzen, allgemeine Schmerzen, Schlafstörungen, Benommenheit usw. (somatische Symptome) (Stemmer-Lück, 2009, S. 105). Menschen mit einer depressiven Störung haben meist eine pessimistische Sicht der Zukunft und ein negatives Selbstbild (kognitive Symptomatik/Selbstbild-Problematik) (Stemmer-Lück, 2009, S. 106). Die genannten Symptome können je nach Ausmass der Erkrankung unterschiedlich ausgeprägt sein. Eine leichte Depression wird von aussen oftmals nicht erkannt, da die Betroffenen den privaten und beruflichen Pflichten meist noch nachkommen können. Bei einer mittleren Depression kommt es häufiger zu Ausfällen, Verabredungen werden abgesagt und vermehrter Rückzug findet statt. Bei einer schweren Depression sind auch alltägliche Verrichtungen wie Aufstehen und Duschen nicht mehr möglich. Soziale Kontakte werden da nicht mehr gepflegt (Pro Mente Sana, ohne Datum).

- » Die *Bipolare Störung* (manisch-depressive Erkrankung) ist eine Sonderform von depressiven Störungen. Neben den depressiven Phasen gibt es auch manische Phasen, in denen es den Betroffenen enorm gut geht (Pro Mente Sana, ohne Datum). Die manische Phase zeigt sich bei den Betroffenen auf unterschiedliche Art und Weise. Sie sind euphorisch, sehr selbstsicher (bis zum Grössenwahn), haben ein starkes Mitteilungsbedürfnis und übermässige Pläne und Ideen usw. (swiss bipolar, ohne Datum). Die Betroffenen agieren, wie sie sonst nicht agieren würden. Beispielsweise geben sie viel Geld aus, überschreiten dabei ihre finanziellen Möglichkeiten oder kündigen plötzlich die Arbeitsstelle. Der Wechsel von einer manischen zur depressiven Phase erfolgt meist plötzlich. Bei der Mehrheit der Betroffenen kommt es zu Wiederholungen zwischen den Phasen, oft über mehrere Jahre verteilt (ebd.).

Traumatische Störungen

„Bei einer psychischen Traumatisierung handelt es sich um eine psychische Erschütterung, die durch Vernachlässigung, äussere Gewalteinflüsse, eine bedrohliche Situation verursacht wurde, aus der eine Person weder fliehen noch ankämpfen konnte, und sich negativ auf die weitere Entwicklung auswirkt“ (Stemmer-Lück, 2009, S. 263). Für die Definition ist nicht die Symptomatik, sondern die Ursache entscheidend. Die Ursache für eine traumatische Störung kann sehr unterschiedlich sein: Vernachlässigung in der Kindheit, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Verlust, Folter,

Gewalt, Kriegereignisse, Naturkatastrophen, schwere Unfälle usw. (Stemmer-Lück, 2009, S. 263–264). Ob ein Ereignis „traumatisierend“ ist, hängt von den folgenden Faktoren ab:

- » Art und Stärke des Ereignisses,
- » Häufigkeit des Auftretens,
- » von der Person, die dem Ereignis ausgesetzt ist,
- » und von der apersonalen oder personalen Traumatisierung.

Es gibt Ereignisse oder Situationen, welche aufgrund ihrer Schwere für alle Menschen traumatisierend sind. Je nach Abwehrmechanismen und Bewältigungsfähigkeit (Resilienz) des Menschen werden aber gewisse Ereignisse als unterschiedlich „traumatisierend“ wahrgenommen. Personale Traumen führen öfters zu schwerwiegenderen psychischen Störungen als apersonale (Stemmer-Lück, 2009, S. 264).

Die Verarbeitung eines Traumas ist von den inneren Ressourcen (Resistenz, Belastbarkeit, Vulnerabilität) und von den äusseren Ressourcen (stabile Beziehungen, Umfeld) abhängig. Nicht jede traumatische Erfahrung muss somit zwingend zu einer psychischen Störung führen (ebd.). Es gibt unterschiedliche Arten von Traumatisierungen. Im Folgenden wird nur auf die Posttraumatische Belastungsstörung eingegangen, da sie am häufigsten vorkommt (ca. 2.9 % Jahresprävalenz) (Schuler et al., 2016, S. 11).

- » Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation. Stemmer-Lück (2009) nennt folgende Symptome, welche auf eine posttraumatische Belastungsstörung hinweisen können (S. 266–267):
 - » Intrusives Wiedererleben, Flashbacks: Wiederkehrende traumbezogene Vorstellungen und Emotionen, beispielsweise in Alpträumen.
 - » Vermeidung: Das aktive Vermeiden von bewussten Erinnerungen aber auch Situationen, welche die Erinnerung an das Trauma wachrufen.
 - » Vegetative Übererregtheit: In Form von Schlafstörungen, allgemeiner Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen.
 - » Dissoziation: Die Dissoziation ist während dem traumatischen Erleben ein Schutzmechanismus. Wiederkehrend hat sie einen Symptomcharakter. Sie kann in Form von Trancen wahrgenommen werden, wenn der Betroffene im Gespräch beispielsweise „wegdämmert“ oder auch wenn der eigene Körper und die eigenen Gefühle als fremd wahrgenommen werden (Depersonalisation).

All diese Faktoren können zu Beziehungs- und Identitätsproblemen, zu einer veränderten Wahrnehmung und/oder zu einer Depression führen (Pro Mente Sana, ohne Datum).

Suchterkrankung

Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen zählen auch zu den häufigen psychischen Erkrankungen. Substanzen (wie Alkohol und illegale Drogen) wie auch Verhaltensweisen (Glücksspielsucht) können abhängig machen (Pro Mente Sana, ohne Datum). Die ICD-10 legt folgende Kriterien für eine Abhängigkeit fest:

- » Innerer Zwang zum Konsum,
- » körperliche Entzugssymptome, wenn der Konsum gestoppt oder reduziert wird,
- » Toleranzbildung: Die Dosis muss erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erhalten,
- » andere Interessen und Verpflichtungen werden vernachlässigt
- » und der Konsum erfolgt trotz des Wissens über die Gesundheitsschäden.

Auch hier sind die Ursachen, der Krankheitsverlauf und die Therapiemöglichkeiten personenbezogen sehr unterschiedlich. Eine Suchterkrankung wirkt sich auf alle Lebensbereiche aus und kann in Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen auftreten (Pro Mente Sana, ohne Datum).

Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind interpersonelle Störungen, welche sich in schwierigen zwischenmenschlichen Beziehungen bemerkbar machen. Mit einer Jahresprävalenz von 1.3 % kommen sie eher selten vor (Schuler et al., 2016, S. 11). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist neben der narzisstischen und dissozialen Persönlichkeitsstörung die häufigste Form.

- » Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind geprägt von emotionaler Instabilität in interpersonellen Beziehungen und im Selbstbild. Die Betroffenen zeigen eine starke Impulsivität und Stimmungsschwankungen (Stemmer-Lück, 2009, S. 203). Aufgrund der mangelnden Gefühlskontrolle ist selbstverletzendes oder selbstzerstörerisches Verhalten symptomatisch (Pro Mente Sana, ohne Datum). Sie reichen von Alkohol- und Drogenmissbrauch bis zu Fressanfällen, Delinquenz, gefährlichen sexuellen Kontakten, riskantem Fahren, Ritzen und anderen Formen der Selbstbeschädigung. Suizidversuche und Selbstverletzungen sind die häufigsten Gründe für eine psychiatrische Notfallaufnahme (Stemmer-Lück, 2009, S. 203). Um die quälenden, selbstentwertenden Gedanken abzubrechen, loszuwerden oder zu verdrängen, wird die selbstverletzende Handlung und der daraus folgende Schmerz als Selbsthilfeversuch gesehen, um das chronische Leeregefühl zu bewältigen (Pro Mente Sana, ohne Datum).

Psychotische Störungen

Eine Psychose bezeichnet einen Zustand, welcher durch den Verlust der Beziehung zur Realität gekennzeichnet ist. Bei einer Psychose-Erkrankung ist die Fähigkeit, Umweltreize wahrzunehmen, zu verarbeiten und darauf zu reagieren, gestört und verzerrt. In einem psychotischen Zustand können

die Betroffenen Halluzinationen oder Wahnvorstellungen haben. Die Schizophrenie ist die häufigste Form von psychotischen Störungen, aus welchem Grund im Folgenden nur auf diese Form eingegangen wird (Stemmer-Lück, 2009, S. 289).

- » Schizophrenie zeigt sich von Person zu Person in einer unterschiedlichen Form. Die Symptome werden in positive und negative Symptome unterteilt (Stemmer-Lück, 2009, S. 289–293).

Zu den positiven Symptomen gehören:

- » Verschiedene Formen von Halluzinationen: Akustische, taktile, visuelle, Geschmacks- und Geruchshalluzinationen. Die akustische Halluzination ist mit 74 % am weitesten verbreitet.
- » Wahnvorstellungen: Verfolgungswahn, Beziehungswahn, Grössenwahn und der Wahn, kontrolliert oder beeinflusst zu werden.
- » Desorganisierte Sprechweisen, wobei der Betroffene Schwierigkeiten hat, Denken und Sprechen so zu organisieren, dass der Zuhörer ihm folgen kann.
- » Inadäquate Affekte, wobei die Betroffenen Emotionen zeigen, die nicht der Situation entsprechen.

Zu den negativen Symptomen gehören:

- » Spracharmut: Die Sprache ist quantitativ stark reduziert oder der Sprachinhalt ist durch wenig sinnvolle Informationen und viele Wiederholungen gekennzeichnet.
 - » Abgestumpfter und flacher Affekt: Die Betroffenen zeigen kaum Emotionen. Sie suchen kaum Blickkontakt, der Blick ist leer, die Stimme monoton.
 - » Antriebsschwäche
 - » Gestörte Beziehung zur Aussenwelt: Sie ziehen sich emotional und sozial von der Umgebung zurück und beschäftigen sich mit ihrer eigenen Gedanken- und Phantasiewelt.
- Im Verlauf der Krankheit bestehen grosse Unterschiede. Schizophrene Schübe können nur einmal oder mehrmals im Leben auftreten. Manche Symptome können den Betroffenen auch lebenslang in einem chronischen Verlauf begleiten (Pro Mente Sana, ohne Datum).

Weitere psychische Erkrankungen

Es gibt zahlreiche weitere psychische Erkrankungen, welche aber aufgrund der geringen Verbreitung in dieser Arbeit nicht genauer ausgeführt werden:

- » Essstörungen
- » Autismus
- » Demenz
- » ADHS
- » usw.

2.1.3 Biopsychosoziale Erklärungsmodelle

Die Weltgesundheitsorganisation (1946) beschreibt die Gesundheit folgendermassen:

Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterscheidung der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. (S. 1)

Der Grundgedanke vom biopsychosozialen Modell lässt sich auf die oben aufgeführte Definition zurückführen, worin die biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen als gleichwertige Ebenen postuliert werden (Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rüegger & Lea Hollenstein, 2016, S. 87). Die **Bedürfnistheorie** von Werner Obrecht ist in diesem Zusammenhang eine oft verwendete Theorie. Obrecht beschreibt verschiedene Bedürfnisse auf den drei Ebenen (Obrecht, 2009; zit. in Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rüegger & Lea Hollenstein, 2016, S. 135):

Biologische Bedürfnisse:

- » Physische Integrität
- » Physiologisch notwendige Austauschstoffe (Nahrung, Wasser, Sauerstoff)
- » Regenerierung
- » Sexuelle Aktivität und Fortpflanzung

(Bio-)Psychische Bedürfnisse:

- » Sensorische Stimulation
- » Schöne Formen
- » Abwechslung
- » Assimilierbare orientierungs- und handlungsrelevante Informationen
- » Subjektiv relevante Ziele und Hoffnung auf Erfüllung
- » Kompetenzen (effektive Fertigkeiten, Regeln, Normen) zur Bewältigung von Situationen (Kontroll- und Kompetenzbedürfnis)

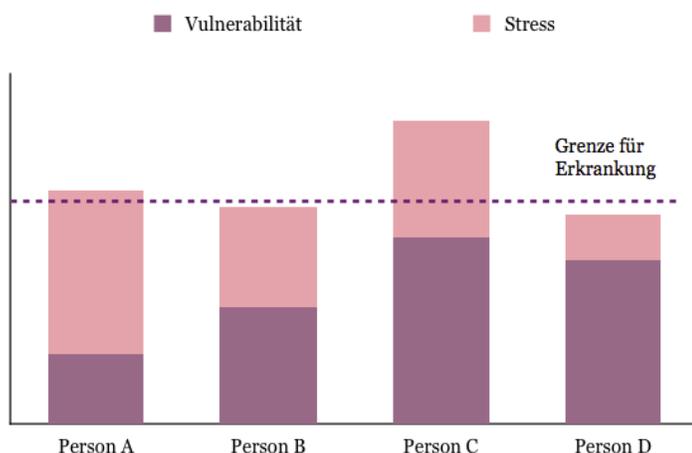
(Biopsych-)Soziale Bedürfnisse:

- » Emotionale Zuwendung
- » Spontane Hilfe
- » Soziale Zugehörigkeit durch Teilnahme
- » Bedürfnis nach Identität
- » Autonomie
- » Fairness
- » Kooperation

- » Soziale Anerkennung
- » Gerechtigkeit

Die Bedürfnisse sind von Natur aus gegeben und bei einer Nicht-Befriedigung oder einer ungenügenden Befriedigung eines Bedürfnisses kommt es zu einer Bedürfnisspannung. Sie bilden die energetische Grundlage für die menschliche Lebensführung, das Lernen und das Verhalten. Denn erst durch das Lernen und Verhalten ist eine Spannungsreduktion, Befriedigung, Lustgewinnung und letztlich ein Wohlbefinden möglich (Sommerfeld et al., 2016, S. 136). Psychische und körperliche Krankheiten entstehen durch langanhaltende Versagung der Bedürfnisse, insbesondere psychischer und sozialer Bedürfnisse und die damit verbundenen Verletzungen (Sommerfeld et al., 2016, S. 134).

Das **Vulnerabilität-Stress-Modell** gibt Erklärungen zur Ursache von psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren in deren Wechselwirkung (Matthias Hammer & Plössl Irmgard, 2015, S. 16). Unter Vulnerabilität wird die Neigung eines Organismus, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, verstanden (auch Anfälligkeit/Erkrankungsbereitschaft). Jeder Mensch ist unterschiedlich vulnerabel für psychische Erkrankungen. Die Unterschiede können durch biologische und/oder psychosoziale Faktoren verursacht sein, welche angeboren oder im Laufe des Lebens erworben wurden (ebd.). Angeboren sind vor allem die genetischen Veranlagungen oder Einflüsse vor der Geburt. Körperliche Traumata, Erkrankungen, Einfluss von Drogen usw. sind Beispiele für erworbene biologische Faktoren (ebd.). Psychosoziale Faktoren, welche die Vulnerabilität erhöhen können, sind beispielsweise kritische Lebensereignisse oder psychische Traumatisierungen. Wenn die genannten Faktoren ungünstig zusammenkommen, ist die Vulnerabilität am höchsten (Hammer & Plössl, 2015, S. 18). Eine erhöhte Vulnerabilität alleine führt aber noch



nicht zu einer psychischen Erkrankung. Erst, wenn Stressfaktoren (kritische Lebensereignisse, biologische, psychologische oder soziale Stressoren mit der Verletzlichkeit zusammenwirken und eine kritische Grenze überschritten wird, entstehen psychische Erkrankungen (Hammer & Plössl, 2015, S. 16).

Abbildung 3: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (NPZ Studien, 2017)

Die Grenze zur Erkrankung wird vor allem dann überschritten, wenn nicht genügend Schutzfaktoren bzw. Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Überschreitung der Grenze führt zum Auftreten von störungsspezifischen Symptomen oder gar psychischen Krisen (ebd.). Durch passende Bewältigungsstrategien und/oder Schutzfaktoren können die Krisen abgefangen oder gemildert werden.

Nicht jeder Mensch reagiert jedoch mit psychischen Erkrankungen. Manche Menschen reagieren bei der Überschreitung der kritischen Grenze auch mit körperlichen Symptomen wie beispielsweise einem Magengeschwür (Hammer & Plössel, 2015, S. 18). Wie ein Mensch auf eine Überschreitung der Grenze reagiert, ist von der individuellen Vulnerabilität abhängig (ebd.).

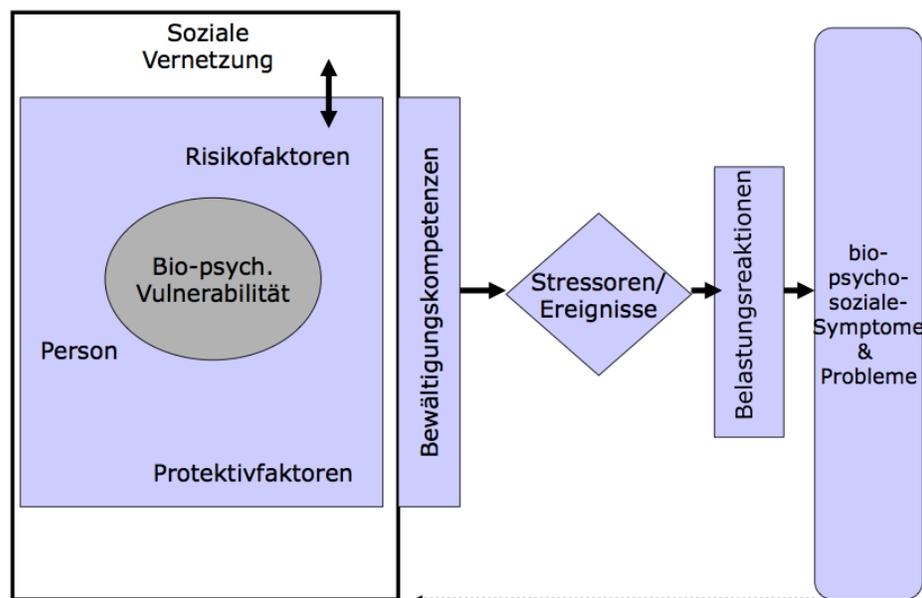


Abbildung 4: Vulnerabilität-Stress-Modell (Elke Brusa, 2017)

2.1.4 Soziale Ungleichheit – Gesundheitliche Ungleichheit

In diesem Kapitel sollen soziale Faktoren, welche zu gesundheitlichen Einschränkungen führen können, beleuchtet werden.

Mackenbach geht in seiner Theorie von einem Zusammenhang zwischen der sozialen Ungleichheit und der gesundheitlichen Ungleichheit aus. Unter der **sozialen Ungleichheit** sind soziale Unterschiede, welche mit einem systematischen Vor- und Nachteil verbunden sind, zu verstehen. Sie prägen die Lebensbedingungen und definieren die Lebenschancen und Handlungsmöglichkeiten. Sie beeinflussen auch die Wahrnehmung und die Einstellung, wodurch eine von der sozialen Position in der Gesellschaft geprägte Grundhaltung im Lebensstil und im Auftreten entsteht. Diese Grundhaltung wird von Bourdieu auch als Habitus bezeichnet (Mackenbach, 2006; zit. in Simone Villiger & Carlo Knöpfel, 2009, S. 12). Bildung, Beruf und Einkommen sind die entscheidenden Merkmale der sozialen Ungleichheit und geben Aufschluss zum sozioökonomischen Status einer Person. Die drei Merkmale

stehen in einem engen Zusammenhang. Eine Person mit einer hohen Bildung kann eine höhere Funktion einnehmen und erzielt ein entsprechendes Einkommen (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 13). Villiger und Knöpfel (2009) beschreiben, dass die soziale Herkunft, d. h. die Bildung und der Beruf der Eltern, eine wichtige Rolle für den Zugang zum Bildungssystem spielen (S. 14). Geschlecht, Migrationshintergrund, Alter, Familienform, Kinderzahl und Wohnort sind weitere Merkmale, welche einen Einfluss auf den sozioökonomischen Status haben (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 16). Neuere Konzepte wie das Konzept der Sinus-Milieus versuchen, die zunehmende Komplexität in einer feineren Gliederung der Bevölkerung (als nur im klassischen Schichtmodell) darzustellen (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 17).

Um **gesundheitliche Ungleichheit** zu beschreiben, ist zunächst eine Definition von Gesundheit notwendig. Die Weltgesundheitsorganisation (1946) hat hier bereits eine Definition vorgenommen (siehe oben). Die Gesundheit wird dabei nicht als Abwesenheit von Krankheit beschrieben, sondern aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachtet. Durch den Begriff „Wohlergehen“ wird der subjektive Aspekt der Gesundheit hervorgehoben und die Gesundheit höher als nur in die medizinischen Befunde eingestuft (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 29). Hurrelmann beschreibt Gesundheit und Krankheit auch als Reaktion auf die gesellschaftlichen Bedingungen, vor allem auf die wirtschaftlichen, ökologischen und bildungsbezogenen Gegebenheiten. Daraus lässt sich folgern, dass der Gesundheits- und Krankheitszustand von jedem Menschen auch die gesellschaftlichen Verhältnisse reflektiert (Hurrelmann, 2000; zit. in Villiger & Knöpfel, 2009, S. 31).

Mackenbach geht vom einfachen Modell aus, also davon, dass sich soziale Ungleichheit auf gesundheitliche Ungleichheit auswirkt, und ergänzt diese mit weiteren vermittelnden Faktoren (siehe Abbildung 5) (Mackenbach, 2006; zit. in Villiger & Knöpfel, 2009, S. 52).

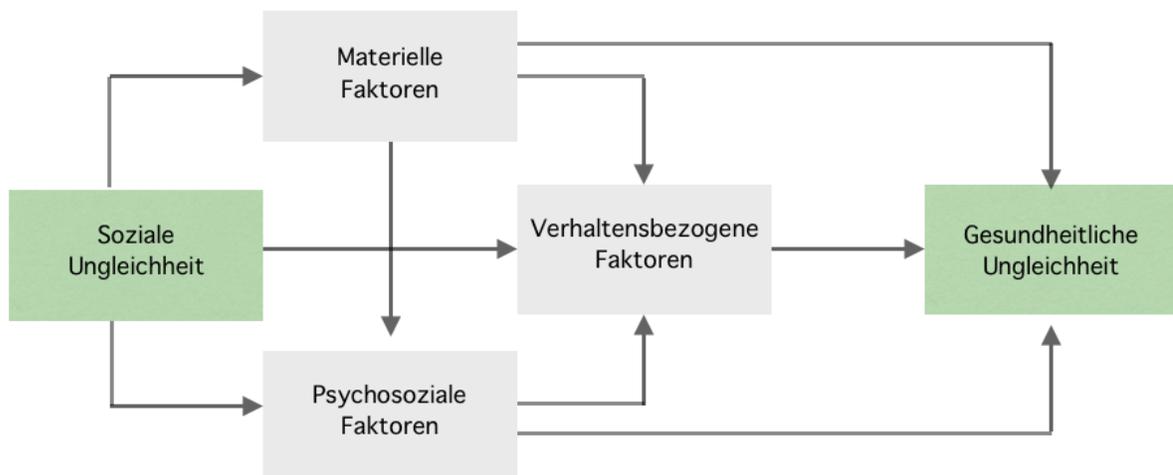


Abbildung 5: Erklärungsmodell nach Mackenbach (stark modifiziert nach Mackenbach, 2006, S. 32)

Der **materielle Faktor** zeigt auf, dass Menschen mit einem tiefen sozioökonomischen Status über geringe finanzielle Mittel verfügen, was sich wiederum auf die Gesundheit auswirkt. Beispielsweise

ist eine gesunde Ernährung nur beschränkt möglich, sie wohnen in gesundheitsschädlichen Wohnungen oder in einer Wohngegend mit Verkehrslärm und Abgasbelastung. Meistens arbeiten sie in Jobs mit einseitiger körperlicher Belastung und mit einem grösseren Unfallrisiko (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 52–53). Ein weiterer Faktor ist, dass nicht zwingend der objektive Mangel an materiellen Ressourcen, sondern der Vergleich zu vermögendere Personen Gefühle von Benachteiligung, Unzufriedenheit und Diskriminierung aufrufen kann, was sich wiederum auf die Gesundheit auswirkt (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 53–54).

Villiger & Knöpfel (2009) beschreiben die Arbeit als einen wichtigen Bestandteil von **psychosozialen Faktoren**. Die Arbeit kann eine psychosoziale Belastung sein, wenn es beispielsweise aufgrund mangelnder Qualifikation keine Arbeitsplatzalternative gibt oder wenn für die geleistete Arbeit keine angemessene Gegenleistung (Lohn, Achtung, Wertschätzung) entgegengebracht wird. Aber auch die Angst vor Arbeitslosigkeit und die Arbeitslosigkeit selbst beeinflussen die Gesundheit (S. 55–56).

So kann der Verlust der Erwerbsarbeit zu einem Identitätsverlust, zu einem Verlust an Zeitstruktur, zu einem Fehlen einer Zweckbestimmung, zur sozialen Isolation und zum Verlust der Chance über die Kontrolle der eigenen Lebensumstände führen, was sich negativ auf die Gesundheit auswirkt. (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 56)

Auch ausserberufliche kritische Lebensereignisse wie Scheidung, Unfall und Tod einer nahestehenden Person können auf die Gesundheit einwirken (ebd.). Stress führt häufig zu gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie Rauchen oder Alkoholkonsum, was sich wiederum indirekt auf die Gesundheit auswirkt.

Die **verhaltensbezogenen Faktoren** meinen, dass Personen mit einer niedrigen Bildung, weniger Einkommen und einem tieferen Berufsstatus eher zu einer „Kultur“ mit gesundheitsschädlichem Verhalten neigen (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 63). Hier lässt sich ein Bezug zu Bourdieu herstellen. Den Bourdieu geht davon aus, dass sich die Lebensbedingungen aus der Position innerhalb der Gesellschaft und der damit verbundenen Ausstattung mit ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital ergeben und den Habitus bilden. Der Habitus prägt den gesundheitsrelevanten Lebensstil durch Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata. Dieser Lebensstil wirkt sich wiederum auf den Gesundheits- und Sozialstatus aus (siehe Abbildung 6) (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 64–65).

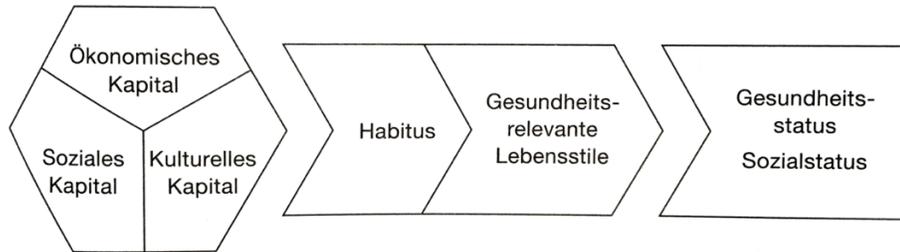


Abbildung 6: Verhaltensbezogene Faktoren in Anlehnung an Bourdieu (Abel, 2006; zit. in Villiger & Knöpfel, 2009, S. 65)

Es lässt sich also schlussfolgern, dass die Personen in der unteren Schicht aufgrund von verschiedenen Faktoren (materielle, psychosoziale, verhaltensbezogene) vulnerabler sind als Personen in höheren Schichten. Bei stärkeren Stressoren führt dies also bei Personen aus der unteren Schicht eher zu einer Überschreitung der kritischen Grenze und folglich zu einer Erkrankung. Die Personen aus der unteren Schicht besitzen weniger Bewältigungsressourcen (materielle, psychosoziale und soziale Ressourcen), wodurch die Stressoren vermindert oder beseitigt werden könnten. Dies wird auch als schichtspezifische Vulnerabilität bezeichnet (Villiger & Knöpfel, 2009, S. 58).

2.2 Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden

Obwohl die Anzahl von Sozialhilfebeziehenden zunimmt, ist die schweizerische Sozialhilfequote von 3.2 % seit mehreren Jahren stabil. Dies liegt vor allem daran, dass auch die Wohnbevölkerung in einem ähnlichen Ausmass gestiegen ist (Bundesamt für Statistik, 2016, S. 1).

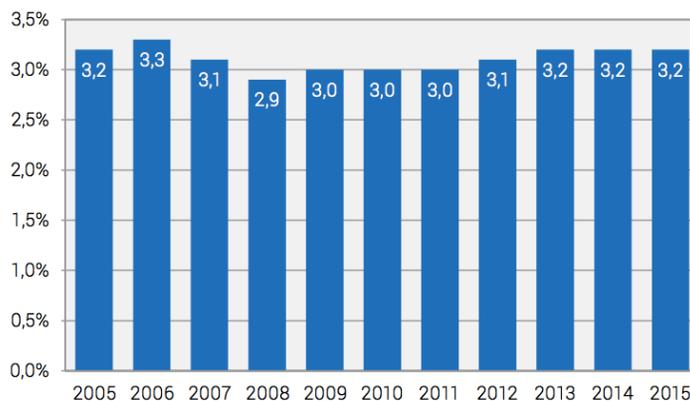


Abbildung 7: Sozialhilfequote Schweiz (BFS, 2016, S.1)

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung vom BFS (2016) geht hervor, dass sich zirka 18 % der Schweizer Bevölkerung durch psychische Probleme beeinträchtigt fühlen. 5 % fühlen sich stark und 13 % mittel psychisch belastet (siehe Abbildung 8). Das BFS benutzt dabei den Indikator „psychische Belastung“ für die Auskunft über schwerwiegende psychische Probleme. Bei mittleren Probleme-

men sind psychische Störungen wahrscheinlich, bei hoher Belastung sehr wahrscheinlich. Der Indikator entspricht dabei keiner Diagnose (S. 16). Frauen empfinden häufiger eine psychische Belastung als Männer und die jüngeren Menschen häufiger als die älteren (BAG, 2015, S. 13). Eine weitere Untersuchung zeigt, dass die Jahresprävalenz bei circa 25 bis 30 % liegt (Durchschnittswert aus Untersuchungen der Länder: Brasilien, Kanada, Deutschland, Niederlande). Ungefähr 32–48 % der Bevölkerung leiden mindestens einmal im Leben an einer psychischen Erkrankung gemäss den diagnostischen Kriterien (Lebenszeitprävalenz) (Baer, 2009, S. 214–215).

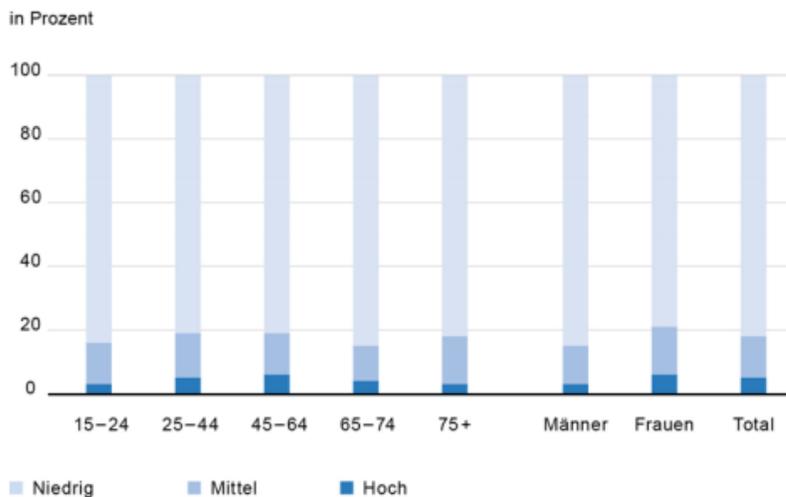


Abbildung 8: Psychische Belastung nach Geschlecht und Alter 2012 (BFS, 2016, S.12)

Die Studie von der OECD (2014) hat den Anteil von psychisch Erkrankten der schweizerischen Gesamtbevölkerung in einem Vergleich zu psychisch erkrankten Menschen in verschiedenen Bereichen des Sozialversicherungssystems dargestellt (S. 95).

Tafel B. Anteil der Personen mit einer psychischen Störung unter den Leistungsbezügern im arbeitsfähigen Alter

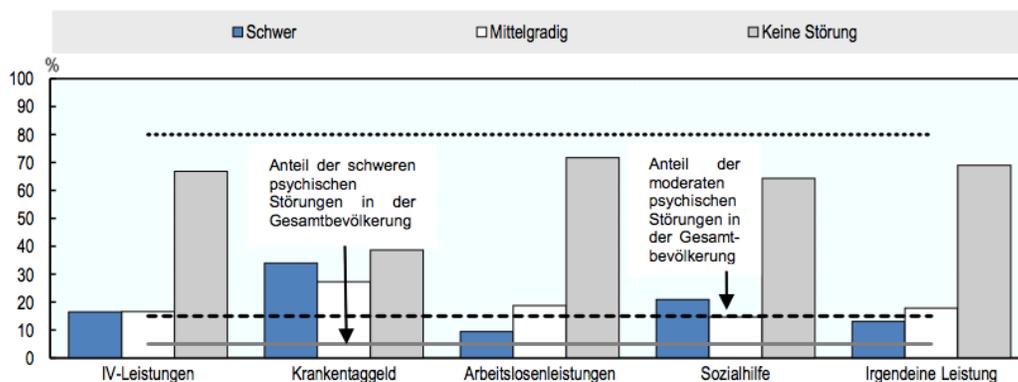


Abbildung 9: Anteil der Personen mit einer psychischen Störung unter den Leistungsbezügern im arbeitsfähigen Alter (OECD, 2014, S. 95)

Deutlich ersichtlich ist, dass die schwer psychisch erkrankten Menschen (im arbeitsfähigen Alter) in allen Bereichen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung einen grossen Anteil ausmachen. In der Sozialhilfe liegt der Anteil von Personen mit einer schweren psychischen Störung bei ca. 20 %. Gesamthaft sind 35 % von den Sozialhilfebeziehenden in einem arbeitsfähigen Alter an einer psychischen Störung erkrankt. Im Vergleich zu der IV und der ALV hat die Sozialhilfe den grösseren Anteil. Dies zeigt auf, dass die vorrangigen Sozialversicherungen für psychisch erkrankte Menschen nur schlecht greifen. Strategien und Reformen, die auf eine arbeitsmarktliche Integration von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zielen, müssen somit alle Sozialleistungssysteme umfassen (OECD, 2014, S. 96).

3 Schweizerisches Sozialhilfesystem

3.1 Die soziale Sicherung in der Schweiz

Die soziale Sicherheit ist eines der obersten Ziele in einem Sozialstaat. Die obligatorischen Sozialversicherungen, kantonalen Sozialtransfers und die kommunale Sozialhilfe sind Instrumente, welche für die Erreichung des Ziels zur Verfügung stehen. Über die Jahrzehnte ist ein komplexes System entstanden, welches jedoch nicht frei von Widersprüchen ist. Diese Komplexität erfordert einen grossen Koordinationsbedarf und eine interinstitutionelle Zusammenarbeit (Christin Kehrli & Carlo Knöpfel, 2006, S. 142).

Im gesellschaftlichen Wandel entstehen neue soziale Risiken wie Erwerbsarmut, Armut durch Langzeitarbeitslosigkeit, Armut nach Scheidung und Trennung oder Armut durch psychische Erkrankungen. Das komplexe Gebilde der sozialen Sicherheit ist jedoch nicht für diese neuen Risiken ausgerüstet, was der Grund für die wachsende Bedeutung der Sozialhilfe als letztes Auffangnetz ist (ebd.).

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, wie das Netz der sozialen Sicherheit in der Schweiz aufgebaut ist und warum vermehrt Menschen mit einer psychischen Erkrankung vom untersten Netz aufgefangen werden.

3.1.1 Wie psychisch Erkrankte durch das Netz der sozialen Sicherheit fallen können

Gemäss Kehrli und Knöpfel (2006) handelt es sich bei der ersten Stufe um die Sozialversicherungen, welche gegen spezifische, gesellschaftlich anerkannte soziale Risiken wie Alter, Invalidität und Krankheit schützen. Die kantonalen Sozialtransfers, welche nicht einem bestimmten Risiko zugeordnet sind, bilden die zweite Stufe. Sie schützen bestimmte Bevölkerungsgruppen vor zu tiefem Einkommen. Die letzte Stufe bildet die persönliche und öffentliche Sozialhilfe, welche kantonal unterschiedlich organisiert wird (S. 147).

Dieses Netz von Sozialversicherungen hat jedoch Lücken. Insbesondere Langzeitarbeitslose, Working Poor und auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung fallen durch die Maschen (Christine Vogel, 2012, S. 6).

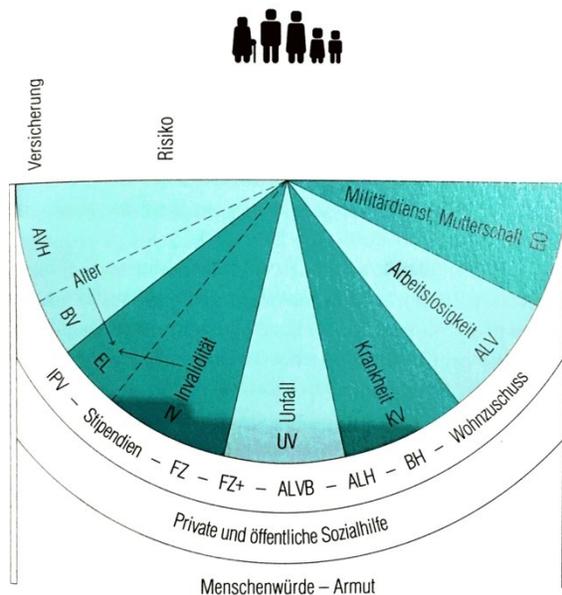


Abbildung 10: Netz der sozialen Sicherheit (Kehrli & Knöpfel, 2006, S. 147)

Anhand der Abbildung 11 werden die möglichen Wege einer Person mit psychischer Erkrankung dargelegt.

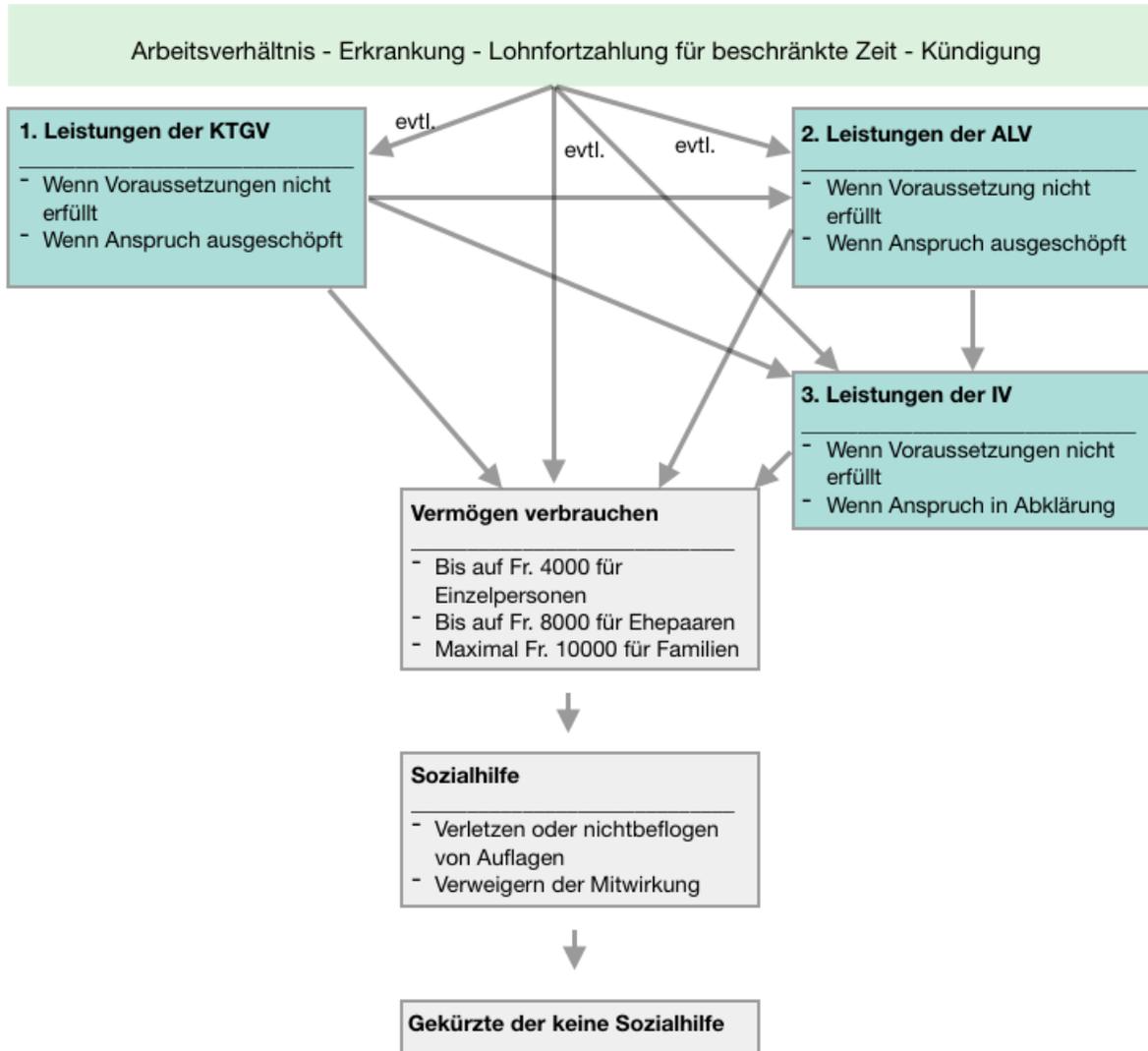


Abbildung 11: Netz von Sozialversicherungen (stark modifiziert nach Vogel, 2012, S. 6)

In der Regel ist die Person in einem Arbeitsverhältnis, wenn sich eine psychische Erkrankung entwickelt. Führt die psychische Erkrankung zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit, ist dies ein Rechtfertigungsgrund, um nach Ablauf des zeitlichen Kündigungsschutzes gemäss Art. 336c OR das Arbeitsverhältnis nicht missbräuchlich zu kündigen (Kurt Pärli, Julia Hug & Andreas Petrik, 2015, S. 16). Bei einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung kann je nach Länge der Anstellung eine **Lohnfortzahlung** gefordert werden. Die Höhe und Dauer der Lohnfortzahlung kann dabei unterschiedlich sein (Pärli et al., 2015, S. 87). Im Art. 324a Abs. 1 OR ist lediglich festgehalten, dass „für eine bestimmte Zeit der darauf entfallende Lohn zu entrichten“ sei. Auf Basis

des Gesetzes bestehen verschiedene regionale Skalen, welche für die Lohnfortzahlung einen Anhaltspunkt bieten. Die Arbeitgeber können freiwillig eine **Krankentaggeldversicherung** (KTGV) abschliessen, welche eine Taggeldmindestdauer von 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen vorsieht (Art. 72 Abs. 3 KVG). Die KVG-Versicherer können aber bestehende oder frühere Krankheiten mit einer Rückfallgefahr durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen (Pärli et al., 2015, S. 148).

Ist der Anspruch auf Lohnfortzahlung oder Krankentaggeld ausgeschöpft und die Kündigung wird ausgesprochen, dann ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für Leistungen der **Arbeitslosenversicherung** (ALV) erfüllt werden. Ein Anspruch besteht, wenn die Rahmenfrist (innerhalb der letzten zwei Jahren während mindestens zwölf Monaten ALV-Beiträge geleistet) erfüllt ist und die Vermittlungsfähigkeit besteht (Kehrli & Knöpfen, 2006, S. 155). Gemäss Art. 15 Abs. 1 AVIG ist eine arbeitslose Person vermittlungsfähig, wenn sie bereit, in der Lage und berechtigt ist, eine zumutbare Arbeit anzunehmen und an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Neben der Vermittlungsbereitschaft und der Arbeitsberechtigung ist die Arbeitsfähigkeit eine wichtige Voraussetzung. Die Arbeitsfähigkeit umfasst nicht nur die gesundheitliche, sondern auch die geistige und psychische Leistungsfähigkeit (Pärli et al., 2015, S. 344–345). Führt eine psychische Krankheit zu einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit, besteht somit kein Anspruch auf Arbeitslosentaggeld. Bei einer teilweisen Arbeitsfähigkeit können Leistungen der ALV bezogen werden. Ist das Ausmass der Vermittlungsfähigkeit unklar, sollte eine Anmeldung bei der ALV als auch bei der Invalidenversicherung (IV) erfolgen. Bis die IV den Grad der Invalidität ermittelt und über den Rentenanspruch entschieden hat, gilt die betroffene Person als voll vermittlungsfähig und ist somit auf das volle Taggeld anspruchsberechtigt (pro infirmis, ohne Datum).

Ist die Arbeitsunfähigkeit fortdauernd, ist die Anmeldung bei der **Invalidenversicherung** ein wichtiger Schritt. Das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit ist dabei die Voraussetzung (Pärli et al., 2015, S. 383). Die Erwerbsunfähigkeit wird im Art. 7 Abs. 1 ATSG als den „durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt“ bezeichnet. Die Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwunden werden kann und ausschliesslich eine Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Als Invalidität wird „die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit“ bezeichnet (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Mindestbeitragszeit von drei Jahren vor der Invalidität ist ebenfalls eine Voraussetzung für Leistungen der IV. Um eine Rente zu erhalten, muss die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentliche Unterbrüche durchschnittlich mind. 40 % arbeitsunfähig und nach Ablauf dieses Jahres zu mind. 40 % invalid sein (Art. 28 Abs. 1 IVG).

Die Auflistung der Voraussetzungen macht bereits die Schwierigkeit, eine Invalidenrente zugesprochen zu bekommen, deutlich. Baer (2009) beschreibt, dass sich die IV-Renten für psychische Gesundheitsprobleme verfünffacht haben (1986: 20'000, 2006: 100'000). Sie ist heute für den grössten Teil der IV-Rente verantwortlich (ca. 40 %). Insbesondere die Renten aufgrund von Depressionen, Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Schmerzstörungen haben in den letzten Jahren zugenommen (S. 223). Aufgrund der finanziellen Defizite der IV wurden verschiedene Revisionen durchgeführt und weitere Revisionen sind in Planung (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2011). Die IV-Revisionen engen die Kriterien ein, erhöhen somit die Hürde zu einer Rente und verstärken die repressive Haltung. Insbesondere die IV-Revision 6a hat Verschlechterungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung gebracht (Christoph Lüthy, 2014, S. 1). Von der „Eingliederung vor Rente“ bewegt sich die IV zur „Rente als Brücke zur Eingliederung“ (BSV, 2011, S. 1). Dabei sollen zirka 17'000 IV-RentnerInnen aus der Rente wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden. Dieses Ziel ist mit einem grossen Aufwand verbunden, da es auch Arbeitgeber braucht, die in der Lage sind, solche Mitarbeitende nachhaltig zu tragen (BSV, 2011, S. 3). Die Betroffenen nehmen dann an einer Integrationsmassnahme teil, woraufhin der Invaliditätsgrad und somit auch der Rentenanspruch neu überprüft werden. Falls sich eine Verbesserung im Vergleich zu früher ergibt, wird die Rente dementsprechend herabgesetzt oder aufgehoben (Lüthy, 2014, S. 2). Lüthy vom Rechtsdienst der Pro Mente Sana (2014) erläutert, dass die Wiedereingliederung an sich eine fördernde Massnahme für IV-RentnerInnen mit psychischen Erkrankungen ist, wenn es dabei nicht hauptsächlich um das Sparen gehen würde. Denn die Arbeitgeber sind nicht zur Schaffung entsprechender Arbeitsplätze verpflichtet. Da aber die Rentenreduktion nicht von der Chance auf dem Arbeitsmarkt abhängig gemacht wird, finden die Betroffenen keine Arbeitsstelle und können die Rentenreduktion nicht mit einem Arbeitseinkommen kompensieren. Weil aber die IV-Revision auf eine finanzielle Sanierung zielt und am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, werden die Eingliederungsmassnahmen bereits entsprechend durchgeführt (S. 3).

Eine psychische Erkrankung ist, je nach Krankheit, geprägt von einem dynamischen Verlauf. Dieser Verlauf kann sich in einem Tag oder über mehrere Monate laufend ändern. Eine Krise kann zu kompletten Ausfällen führen. Gemäss der Studie „Schwierige Mitarbeiter“ vom Bundesamt für Sozialversicherungen besteht kaum ein qualifizierter Umgang von Arbeitgebern mit psychisch erkrankten Arbeitnehmern. In 9 von 10 Fällen endet dies in der Kündigung. Angesichts dessen ist eine nachhaltige Durchführung der Wiedereingliederung der 6. IVG-Revision nicht möglich, ohne auch Massnahmen seitens der Arbeitgeber zu erarbeiten (Baer, 2011, S. 135). In einem Referat vor der SKOS-Mitgliederversammlung beschreibt Susanne Hochuli (2011), dass ohne Anstrengung seitens der Betroffenen, der Versicherungen, der Arbeitgeber und der psychiatrischen Seite die Gefahr einer Verschiebung von der IV zur Sozialhilfe besteht. Unter dem Spardruck fühlt sich aber niemand richtig zuständig und die Betroffenen werden zwischen der Sozialhilfe, der IV und dem RAV umhergeschoben. Genaue

Studien, inwiefern eine Verschiebung von der IV in die Sozialhilfe stattfindet, sind kaum zu finden. Gemäss Pierre Heusser (2012) wird aber keine sofortige Auswirkung messbar sein, da viele Betroffene die vorhandenen Reserven (in Form von Vermögen) aufbrauchen müssen, bevor sie sozialhilfeberechtigt sind (S. 9). Eine Studie vom Bundesamt für Sozialversicherungen (2014) hat analysiert, ob eine Verlagerung von der IV in die Sozialhilfe stattfindet. Die Analyse betrifft jedoch den Zeitraum bis und mit 2011. Die Auswirkungen der IV-Revision 6a wird daher in diesen Ergebnissen nicht sichtbar sein, da sie erst am 01.01.2012 in Kraft trat. Aus der Studie geht hervor, dass von den Personen mit einem negativen IV-Entscheid circa 17 % (ca. 3'000 Personen im Jahr 2011) in den nächsten zwei Jahren Sozialhilfe bezogen (S. 3). Was mit den restlichen 83 % ist, zeigt die Studie nicht auf. Es kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass die restlichen Prozente nicht gesundheitlich beeinträchtigt sind. Es lässt vermuten, dass ein gewisser Teil vom eigenen Vermögen lebt oder durch den Partner finanziell unterstützt wird. Möglich ist auch, dass ein weiterer Teil wieder arbeitet (Camilla Alabor, 2015).

3.1.2 Die wachsende Bedeutung der Sozialhilfe

Laut Stefan Kutzner (2009) befindet sich die Armut seit den 90er-Jahren in der Schweiz auf dem Vormarsch. Ein wichtiger Grund ist die wachsende Arbeitslosigkeit (S. 13). Felix Wolffers, Co-Präsident der SKOS (2016), schildert, dass aufgrund der verschlechterten Erwerbschancen und der strukturellen Veränderungen in der Wirtschaft die Bedeutung der Sozialhilfe wächst. Mehr als die Hälfte der Sozialhilfebeziehenden haben keine Berufsausbildung und entsprechen daher oft nicht den Anforderungen des Arbeitsmarktes. „Der durchaus berechtigte gesellschaftliche Anspruch, dass Bedürftige arbeiten sollen, und die arbeitsmarktliche Realität driften somit immer weiter auseinander“ (S. 5). In den Medien werden teuren Einzelfällen hohe Aufmerksamkeit geschenkt, wodurch die öffentliche Wahrnehmung beeinflusst wird (ebd.).

Ein weiterer Grund für den Bedeutungsgewinn der Sozialhilfe ist gemäss Carlo Knöpfel (2004), dass das System der sozialen Sicherheit nicht für neue Armutsrisiken wie Scheidungsrisiko oder Working Poor ausgebaut ist (S. 28). In den grossen Städten sind heute circa 20 % der Alleinerziehenden auf Sozialhilfe angewiesen. Die grösste Gruppe der unterstützten Personen sind Kinder und Jugendliche. Dies zeigt, dass in der Schweiz wirksame Entlastungsmechanismen für einkommensschwache Familien nur wenig verbreitet sind (Wolffers, 2016, S. 6).

Die Verkürzung der Taggeldbezugsdauer bei der Arbeitslosenversicherung wie auch die Verschärfung der Aufnahmebedingungen zur Invalidenversicherung zeigen auf, wie auf Kosten der Sozialhilfe die Sozialversicherungen saniert werden (Knöpfel, 2004, S. 28). Gemäss Wolffers (2016) habe dies auch zu einer Kostenverlagerung von der Bundesebene auf die kantonale und kommunale Ebene geführt, wo die Ausgaben für die Sozialhilfe steigen (S. 5). Auf die genannten Entwicklungen können die Sozi-

alhilfe und sozialarbeiterische Interventionen kaum einen Einfluss ausüben, weil die grössten Kostentreiber von aussen kommen, sie haben aber die Folgen dieser Entwicklungen zu tragen (Wolffers, 2016, S. 5).

3.1.3 „Welfare to Workfare“

Im 20. Jahrhundert haben sich westliche Staaten zu Wohlfahrts- bzw. Sozialstaaten entwickelt. Das Ziel des Sozialstaates ist es dabei, soziale Gerechtigkeit herzustellen und durch Systeme der sozialen Sicherheit Unzugänglichkeiten des Marktes zu korrigieren und kompensieren (vgl. Kapitel 4.1). Der Sozialstaat wird jedoch zunehmend als nicht mehr finanzierbar, ineffizient und als Gefährdung des Wirtschaftswachstums und der internationalen Wettbewerbsfähigkeit betrachtet. Die Orientierung am flexiblen Arbeitsmarkt und die Hauptverantwortung des Individuums für die Bewältigung der eigenen Lebenslage wird von der Sozialpolitik gefordert (Rahel Müller de Menezes, 2012, S. 165–166). Die Armut wird als die vermeintliche Faulheit und Passivität der Erwerbslosen betrachtet, welche durch den Sozialstaat gefördert wird. Es fallen Schlagwörter wie „soziale Hängematte“, welche suggerieren, dass sich Sozialhilfe- oder Arbeitslosentaggeldbeziehende ein bequemes Leben einrichten können und keinen Grund haben, an ihrer Situation etwas zu ändern. Bei dieser Sichtweise werden wirtschaftliche Probleme wie die Sockelarbeitslosigkeit und strukturelle Probleme des Arbeitsplatzmangels vernachlässigt und als Problem von Bildungsdefiziten und Motivationsmängeln der Betroffenen betrachtet (Müller de Menezes, 2012, S. 166). In den Achtzigerjahren kam es erstmals in den USA zu einem Paradigmenwechsel von „Welfare to Workfare“. 1997 kam dieser Wandel mit der „New-Deal“-Gesetzgebung von England erstmals nach Europa (AvenirSocial, 2012, S. 1). In Europa wird mit der Aktivierung die Stärkung der Eigenverantwortung, die Neugewichtung von Rechten und Pflichten und die verstärkte Verpflichtung zur Arbeit verstanden (Müller de Menezes, 2012, S. 167). „Die soziale Hängematte des versorgenden Staates soll im aktivierenden Sozialstaat zu einem Trampolin werden“ (ebd.).

2005 wurde mit den Revisionen der SKOS-Richtlinien das Aktivierungsprinzip auch in der Schweiz aufgenommen. Das Aktivierungsprinzip zielt auf eine schnelle Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Anreize wie finanzielle Zulagen, vertragliche Verpflichtungen, Integrationsprogramme und Sanktionen (AvenirSocial, 2012, S. 1). AvenirSocial (2012) beschreibt, dass die Aktivierungspolitik dem Sozialhilfebeziehenden zunächst eine gewisse Passivität unterstellt, warum eine Aktivierung notwendig ist. Die materielle Hilfeleistung soll so gering wie möglich gehalten werden und es wird davon ausgegangen, dass die Betroffenen nicht von sich aus die Lebenssituation verbessern wollen (S. 1).

3.2 Sozialhilfe

3.2.1 Struktur der Sozialhilfe

Definition Sozialhilfe

Die Sozialhilfe lässt sich im engeren und im weiteren Sinne definieren. Die *Sozialhilfe im weiteren Sinne* (i. w. S.) umfasst alle bedarfsabhängigen, sozialpolitisch motivierten Leistungen wie beispielsweise Stipendien, Prämienverbilligungen usw. Sie beruhen auf kantonalen Gesetzgebungen und sollen ein Abgleiten von einkommensschwachen Personen in die Sozialhilfe verhindern (Walter Schmid & Daniela Brusa, 2015, S. 4).

Die *Sozialhilfe im engeren Sinne* (i. e. S.) wird von der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) (2016) folgendermassen definiert: „Sozialhilfe sichert die Existenz bedürftiger Personen, fördert ihre wirtschaftliche und persönliche Selbstständigkeit und gewährleistet die soziale und berufliche Integration“ (A1.1). Eine einheitliche, nationale Definition gibt es nicht. Jedoch sind die kantonalen Definitionen an der Definition der SKOS angelehnt.

In dieser Arbeit wird unter Sozialhilfe die Sozialhilfe i. e. S. verstanden.

Gesetzliche Grundlagen der Sozialhilfe

Gemäss Kehrli und Knöpfel (2006) sind die grundlegenden gesetzlichen Verankerungen in der Bundesverfassung (BV) zu finden. Der unter den Sozialzielen aufgeführte Artikel 41 besagt, dass sich der Bund und die Kantone in Ergänzung zur persönlichen Verantwortung und privater Initiative für die Teilhabe jeder Person an der sozialen Sicherheit einsetzen müssen (S. 167). Aus den Sozialzielen können jedoch keine unmittelbaren Rechtsansprüche abgeleitet werden. Art. 12 BV, der das Recht auf Hilfe in Notlagen behandelt, gewährt jedem Menschen in der Notlage ein menschenwürdiges Überleben (Christoph Rüegg, 2008, S. 32). Es ist jedoch zu beachten, dass sich Art. 12 BV auf das absolute Existenzminimum und nicht auf das soziale Existenzminimum bezieht (Kehrli & Knöpfel, 2006, S. 167). Der Art. 115 BV bestimmt, dass die Kantone für die Unterstützung Bedürftiger zuständig sind, und verpflichtet sie somit zur Ausrichtung der Sozialhilfe (Rüegg, 2008, S. 33). Der Umfang der Hilfeleistung wird von den Kantonen geregelt (ebd.). Die meisten Kantone überlassen jedoch die Zuständigkeit für die genannten Aufgaben den Gemeinden, was zu beachtlichen Leistungsunterschieden zwischen den Kantonen führt. Die Empfehlungen der SKOS-Richtlinien zielen hier auf eine Angleichung der Leistungen (Kehrli & Knöpfel, 2006, S. 167).

Leistungen der Sozialhilfe

Die Leistungen der Sozialhilfe werden zwischen der persönlichen und der wirtschaftlichen (materiellen) Sozialhilfe unterschieden.

Die wirtschaftliche Sozialhilfe umfasst die materielle Grundsicherung, d. h. Wohnkosten, medizinische Grundversorgung und der Grundbedarf für den Lebensunterhalt. Die situationsbedingten Leistungen werden nach dem Ermessen des Einzelfalles zusätzlich zur materiellen Grundsicherung geleistet. Der Einkommens-Freibetrag und die Integrationszulage honorieren die berufliche und soziale Integrationsbemühung. Neben der wirtschaftlichen Sozialhilfe ist die persönliche Hilfe ein unerlässlicher, bedeutsamer Teil der Sozialhilfe. Sie beinhaltet Beratung, Unterstützung, Motivierung, Förderung, Strukturierung des Alltags oder Vermittlung spezieller Dienstleistungen. Die persönliche Sozialhilfe verbindet die wirtschaftliche Sozialhilfe und die berufliche sowie soziale Integration (SKOS, 2017, A.3).

3.2.2 Prinzipien der Sozialhilfe

Wahrung der Menschenwürde

Die Wahrung der Menschenwürde ist ein übergeordnetes, im Art. 7 der Bundesverfassung verankertes Ziel. Um die Menschenwürde garantieren zu können, ist der Mensch auf ein Minimum an Bedürfnisdeckung angewiesen. Dies wird an den gesellschaftlichen Standards gemessen (Walter & Brusa, 2015, S. 23). Die SKOS besagt, dass in der Gestaltung der Hilfe der bedürftigen Person das grösstmögliche Mitspracherecht eingeräumt werden soll. Die hilfesuchende Person sollte nicht zum Objekt des staatlichen Handelns werden (A.4).

Subsidiaritätsprinzip

Die Subsidiarität und der Föderalismus sind gemäss Christoph Häfeli (2008) die wesentlichen Prinzipien im schweizerischen Sozialwesen. Aus dem Föderalismus entstand das horizontale Strukturprinzip von Gemeinde, Kanton und Bund. Die Subsidiarität ist ein entscheidungs- und handlungsleitendes Prinzip auf der vertikalen Ebene und die hierarchische Gliederung für die Lösung eines Problems auf staatlicher und privater Ebene (S. 73). Die Sozialhilfe ist somit subsidiär in Bezug auf die Selbsthilfe, gesetzliche Leistungen Dritter und freiwillige Leistungen Dritter (Walter & Brusa, 2015, S. 24). Zur Selbsthilfe gehören die eigene Arbeitskraft, vorhandene Einkünfte und das Vermögen (ebd.). Wie die SKOS beschreibt, ist die bedürftige Person verpflichtet, alles Zumutbare zu unternehmen, um die Notlage aus eigenen Kräften abwenden oder beheben zu können (A.4).

Individualisierungsprinzip

Die leistende Hilfe muss jedem einzelnen Fall angepasst und an den Bedürfnissen der einzelnen bedürftigen Personen orientiert sein. Dazu ist gemäss Häfeli (2008) eine professionelle und systematische Abklärung der wirtschaftlichen, persönlichen und sozialen Situation von der bedürftigen Person notwendig. Auch die Art der Hilfe, d. h. ob Beratung, Betreuung oder/und wirtschaftliche Hilfe, richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen (S. 76).

Bedarfsprinzip und Angemessenheit

Das Bedarfsprinzip steht im Zusammenhang mit dem Individualisierungsprinzip und sagt aus, dass die Sozialhilfe nur in einer individuellen, aktuellen und konkreten Notsituation ausgerichtet wird (Kehrli & Knöpfel, 2006, S. 42). Entscheidend ist der tatsächliche gegenwärtige Bedarf an Hilfe. Diese Hilfe darf nicht von der Ursache der Notlage abhängig gemacht werden (Häfeli, 2008, S. 78).

Finalitätsprinzip

Das Finalitätsprinzip basiert auf dem Bedarfsprinzip und besagt, dass die Ursache für den Bedarf zunächst nicht in Frage gestellt wird. Allein das Vorhandensein eines Bedarfs ist entscheidend. Das Gegenprinzip hierzu ist das Kausalitätsprinzip, welches von der Bedarfsursache abhängig Leistungen erteilt. Die Sozialversicherungen funktionieren nach diesem Prinzip (Kehrli & Knöpfel, 2006, S. 42–43).

3.2.3 Rechte und Pflichten in der Sozialhilfe

Rechte

Die Rechte von Sozialhilfebeziehenden sind gleichermassen Pflichten zur Einhaltung von Sozialhilfebehörden und Sozialarbeitenden. Gemäss SKOS sind die Sozialhilfeorgane verpflichtet, die Grundrechte, d. h. die materiellen Rechte und die Verfahrensrechte, einzuhalten (A.5.1). Zu den verfahrensrechtlichen Grundprinzipien gehören:

- » *Gesetzmäßigkeit der Verwaltung* (Art. 5 Abs. 1 BV)
- » *Grundsatz des öffentlichen Interesses* (Art. 5 Abs. 2 BV)
- » *Grundsatz der Verhältnismässigkeit* (Art. 5 Abs. 2 BV)
- » *Rechtsgleichheit* (Art. 8 BV)
- » *Grundsatz von Treue und Glaube* (Art. 5 Abs. 3 und Art. 9 BV)

Die SKOS hält folgende weitere Rechte in ihren Richtlinien fest (A.5.1):

- » *Rechts- und Handlungsfähigkeit*: Die Sozialhilfebeziehenden werden durch die alleinige Tatsache, Sozialhilfe zu beziehen, nicht in ihrer zivilrechtlichen Rechts- und Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Nur mit einer Ermächtigung können Sozialhilfeorgane im Namen der Unterstützten handeln.
- » *Verbot der Rechtsverweigerung und Rechtsverzögerung*: Entscheidungen dürfen nicht ausdrücklich verweigert, stillschweigend unterlassen oder verzögert werden.
- » *Rechtliches Gehör und Akteneinsicht*: Sozialhilfebeziehende haben das Recht auf Akteneinsicht, das Recht auf Orientierung, Äusserung und Mitwirkung bei der Sachverhaltensabklärung, das Recht auf Prüfung ihres Ersuchens und auf Begründung des Entscheides.

- » *Schriftlich begründete Verfügung*: Ablehnende Entscheide sind unter Angabe der Rechtsmittel zu eröffnen. Die Begründung muss nachvollziehbar sein, sodass die betroffene Person in der Lage ist, die Folgen der Verfügung zu beurteilen.
- » *Hilfe zur Selbsthilfe*

Pflichten

Informations- und Mitwirkungspflicht

Die Sozialhilfeorgane haben den Auftrag, die individuelle Situation (Individualisierungsprinzip) von der Antrag stellenden Person abzuklären. Dazu sind sie auf die Mitwirkung dieser Personen angewiesen (Urs Vogel, 2008, S. 177). In den SKOS-Richtlinien ist weiter festgehalten, dass die Auskunft über ihre Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse wahrheitsgemäss sein muss. Für die konkrete Budgetberechnung muss ausserdem Einblick in die relevanten Unterlagen gewährt werden (A.5.2). Zur Informationspflicht gehört auch, bei verändernden Verhältnissen, welche auf die Berechnung des Budgets eine Auswirkung haben, unaufgefordert die Sozialhilfeorgane zu informieren. Die Behörden können Sanktionen ergreifen, wenn dieser nachträglichen Informationspflicht nicht nachgekommen wird (Vogel, 2008, S. 178).

Pflicht zur Minderung der Unterstützungsbedürftigkeit

Sozialhilfebeziehende müssen nach eigenen Kräften zur Verminderung und Behebung der Notlage beitragen. Diese Pflicht lässt sich aus dem Subsidiaritätsprinzip ableiten (Vogel, 2008, S. 179). Diese Pflicht wird in vielen Sozialhilfegesetzen mit der Pflicht zur Annahme einer zumutbaren Arbeit konkretisiert. Dazu gehört auch die entsprechende Arbeitsbemühung, welche nachgewiesen werden muss (ebd.). Wenn mit einer Massnahme zur beruflichen und sozialen Integration die Unterstützungsbedürftigkeit gemindert werden kann, kann gemäss den SKOS-Richtlinien die unterstützte Person dazu verpflichtet werden (A.5.2). Bei der Einforderung einer Pflicht ist immer auch die Zumutbarkeit und die Verhältnismässigkeit zu beachten (SKOS, A1.8).

Auflagen und Weisungen

Die Leistungen der Sozialhilfe sind meist mit Auflagen und Weisungen verbunden. Das Ziel ist es dabei, auf das Verhalten der unterstützten Person einzuwirken und die Erfüllung von Pflichten verbindlich einzufordern (SKOS, A.8.1). Wenn die Auflagen und Weisungen nicht befolgt oder die Pflichten verletzt werden, können die Sozialhilfebehörden eine Sanktion oder eine Kürzung der Leistung überprüfen. Je nach Schwere der Verletzung kann die Leistung auch eingestellt werden (Walter & Brusa, 2015, S. 70).

Leistungskürzung als Sanktion

Auf verwaltungsrechtlicher Ebene gibt es die Möglichkeit einer Leistungskürzung (Kehrlı & Knöpfel, 2006, S. 181). Die SKOS-Richtlinien sehen als Sanktionierungsmöglichkeit die Streichung der Integrationsmöglichkeiten und/oder der situationsbedingten Leistungen und die Kürzung des Grundbedarfs (A.8.2). Der Grundbedarf darf um max. 15 % während max. 12 Monaten gekürzt werden. Weitergehende Kürzungen sind nicht zulässig, da es ansonsten ein Eingriff in das verfassungsmässig geschützte Recht auf Existenzsicherung wäre (Kehrlı & Knöpfel, 2006, S. 181).

4 Aufträge in der Sozialhilfe

In der Sozialhilfe treffen verschiedene Aufträge auf die Sozialarbeitenden. Die Sozialhilfe ist ein Teil des Sozialversicherungssystems und soll die soziale Sicherheit, den sozialen Frieden und die soziale Gerechtigkeit fördern. Die Profession der Sozialen Arbeit selbst hat ebenfalls Ziele und Aufträge formuliert. In der konkreten Arbeit bringt die Klientel Aufträge an die Sozialarbeit. Diese drei verschiedenen Formen der Aufträge werden von Silvia Staub-Bernasconi als Tripelmandat bezeichnet. In diesem Kapitel sollen die verschiedenen Mandate beschrieben werden und dienen als ein Bewertungsinstrument für die folgenden Kapitel.

4.1 Sozialpolitik

In einem Sozialstaat wird durch gezielte Sozialpolitik das Verhältnis unter den Menschen sowie unter ihnen und dem Staat geregelt. Dadurch sollen Gegensätze und Spannungen in der Gesellschaft sowie die Armut gemildert und beseitigt werden (Kehrli & Knöpfel, 2006, S. 144). Die Subsidiarität der staatlichen Hilfe und die Eigenverantwortung werden im schweizerischen Sozialstaat mit einem eigenen Artikel in der Bundesverfassung (Art. 5a und Art. 6 BV) stark betont (Rüegg, 2008, S. 27).

Sozialer Frieden, soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit sind die drei Hauptziele vom schweizerischen Sozialstaat (Kehrli & Knöpfel, 2006, S. 144):

- » Der *soziale Frieden* steht im engen Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Entwicklung. Geringe Arbeitslosigkeit, besserer Verdienst sowie Ressourcenverteilung und -umverteilung erhöhen den sozialen Frieden.
- » Um die *soziale Gerechtigkeit* in der Gesellschaft zu fördern, wird durch Verteilungs- und Umverteilungsmechanismen die wirtschaftliche Ungleichheit vermindert.
- » Auf staatlicher Ebene wird die *soziale Sicherheit* des Individuums durch das System der Sozialversicherungen gewährleistet. Wenn die Leistungen der Versicherung nicht reichen, kommt nach den kantonalen Transferleistungen (Kinderzulagen, Stipendien usw.) die Sozialhilfe zum Tragen.

Diese drei Ziele stehen in einem dynamischen Zusammenhang. Eine Veränderung in einem Ziel wirkt sich auf die weiteren Ziele aus. Aus diesen Zielen hat sich im Laufe der Zeit das System der sozialen Sicherheit entwickelt (Kehrli & Knöpfel, 2006, S. 145).

4.2 Auftrag der Sozialhilfe

Aus den Zielen der Sozialpolitik lässt sich der Auftrag der Sozialhilfe formulieren. Die SKOS führt auf, dass mit der Existenzsicherung und der Teilhabe an der Gesellschaft Ausgrenzung, Verelendung, Kriminalität und Ghettobildung vermieden werden können, was wiederum zur Armutsbekämpfung, Erhaltung des sozialen Friedens, Gerechtigkeit und Sicherheit beiträgt (A.2).

Das Recht auf Existenzsicherung und die Teilhabe an der Gesellschaft ist in der Bundesverfassung verankert. Art. 12 BV beschreibt das Recht auf Hilfe in der Notlage und die Gewährung eines menschenwürdigen Überlebens. In den Sozialzielen werden der Bund und die Kantone aufgefordert, sich für die Teilhabe jeder Person an der sozialen Sicherheit einzusetzen (Art. 41 BV). Mit dem Art. 155 BV wird die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger und die Verpflichtung zur Ausrichtung den Kantonen zugeordnet. Jeder Kanton hat somit eigene Sozialhilfegesetze und verfolgt eigene Ziele. Die Ziele sind in den Kantonen mehrheitlich ähnlich definiert, die Umsetzungen unterscheiden sich jedoch. Um nicht auf die einzelne kantonale Sozialhilfe einzugehen, orientiert sich die Autorin an den SKOS-Richtlinien. Viele Kantone haben ihre Sozialhilfegesetze in Anlehnung an die SKOS-Richtlinien erstellt oder diese für rechtskräftig erklärt. Aus den Zielen der SKOS lassen sich folgende Aufträge formulieren (A.1):

- » Existenzsicherung von bedürftigen Menschen
- » Förderung der wirtschaftlichen und persönlichen Selbstständigkeit
- » Förderung der Eigenverantwortung und die Hilfe zur Selbsthilfe
- » Förderung der Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben

4.3 Auftrag der Sozialen Arbeit als Profession

Im Berufskodex der Sozialen Arbeit wird die Definition der Sozialen Arbeit von der IFSW/IASSW (2001) folgendermassen übersetzt:

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben. Indem sie sich sowohl auf Theorien menschlichen Verhaltens als auch auf Theorien sozialer Systeme stützt, vermittelt Soziale Arbeit an den Orten, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Für die Soziale Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit fundamental.

Die Definition beruht auf dem Menschenbild, wonach jeder Mensch Anrecht auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse und auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld hat. Voraussetzungen dafür sind unter anderem gerechte Sozialstrukturen (Berufskodex, S. 6).

Der Berufskodex leitet folgende Ziele und Verpflichtungen auf der Definition der Sozialen Arbeit ab (S. 6):

- » Soziale Arbeit zielt auf die soziale Integration.
- » Sie ist ein gesellschaftlicher Beitrag an Menschen oder Gruppen, die in der Verwirklichung ihres Lebens eingeschränkt oder bei denen der Zugang/die Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend vorhanden sind.

- » Lösungen für soziale Probleme erfinden, entwickeln und vermitteln.
- » Soziale Notlagen von Mensch und Gruppen verhindern, beseitigen oder lindern.
- » Menschen begleiten, betreuen, schützen und ihre Entwicklung fördern, sichern und stabilisieren.
- » Veränderungen fördern, die Menschen unabhängiger werden lassen.
- » Sie initiiert und unterstützt sozialpolitische Interventionen und beteiligt sich sozialräumlich an der Gestaltung der Lebensumfelder sowie an der Lösung struktureller Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Entbindung der Individuen in sozialen Systemen ergeben.
- » Sie gründet ihre fachlichen Erklärungen, Methoden und Vorgehensweisen, ihre Position und Deutung ihrer gesellschaftlichen Funktion auf ihre wissenschaftlich fundierten Grundlagen.
- » Sie ist dem dreifachen Mandat verpflichtet: Mandat der Gesellschaft und Anstellungsträger, Mandat der Klientel und Mandat der eigenen Profession.

Das Tripelmandat nach AvenirSocial (2010) besteht einerseits aus dem Mandat der Gesellschaft und der Anstellungsträger, aus dem Mandat seitens des Menschen/der Klientel mit deren Bedürfnissen und aus dem Mandat des eigenen Professionswissens, der Berufsethik, den Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. Das dritte Mandat dient dabei als Steuerung bei möglichen Konflikten zwischen dem ersten und zweiten Mandat (S. 7).

Die Soziale Arbeit als Profession ist ein Teil des gesellschaftlichen Handelns und steht in einer Wechselbeziehung zur Politik, Gesellschaft und den Lebenswelten (Johannes Schilling & Sebastian Klus, 2015, S. 231). Die Mehrdimensionalität (Individuum, Gruppen & Gemeinwesen) der Problemlage und die daraus folgende Komplexität ergibt sich aus dem Auftrag der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010, S. 7). Die Soziale Arbeit steht dabei im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Ordnungsinteressen und den Interessen von einzelnen Mensch und Gruppen (Schilling & Klus, 2015, S. 231). Ein Teil der Sozialen Arbeit ist daher der Umgang mit Interessenkollisionen und Widersprüchen und das Zurechtfinden in Loyalitätskonflikten. Die Auseinandersetzungen mit den Dilemmata und den Spannungsfeldern sind deshalb unvermeidlich und notwendig (AvenirSocial, 2010, S. 7).

„Soziale Arbeit kann somit als Menschenrechtsprofession verstanden werden. Zudem wird sie durch ihr eigenes professionelles Mandat politikfähig, weil sie in die Lage versetzt wird, auf einer theoretisch-wissenschaftlichen Grundlage Träger- und Gesellschaftskritik zu üben und sich gegebenenfalls auch (sozial-)politisch einzumischen“ (Staub-Bernasconi, 2008; zit. in Schilling & Klus, 2015, S. 161).

4.4 Auftrag der Klientel

Das Mandat der Klientel kann im Machtgefälle in den Sozialdiensten dominiert werden. Insbesondere in der materiellen Sozialhilfe sind die Vorgaben klar und meist stark eingegrenzt. Jedoch besteht in der persönlichen Sozialhilfe die Möglichkeit, auf die Aufträge der Klientel einzugehen und beispielsweise in Zusammenarbeit mit der hilfeschenden Person einen Hilfsplan zu erstellen, welcher auf die persönliche Situation zugeschnitten ist (SKOS, A.4).

5 Herausforderungen in der Sozialhilfe

Im Kapitel 3.1.2 wurde dargestellt, dass die Sozialhilfe an Bedeutung dazugewinnt. Mit der wachsenden Bedeutung wird auch die Klientel heterogener. Angesichts der hohen Fallzahlen und der steigenden Belastung von den Sozialarbeitenden in den Sozialdiensten haben die Sozialarbeitenden kaum die Ressourcen, sich mit den Fällen vertieft auseinanderzusetzen und konkrete Ziele und Handlungspläne zu erarbeiten. Kommen die Sozialhilfebeziehenden den Forderungen vom Sozialdienst nicht nach und erfüllen die Auflagen nicht, dann hat der Sozialdienst verschiedene Sanktionsmöglichkeiten (siehe Kapitel 3.2). Hinter einer erschwerten Kooperation kann aber auch mehr als nur eine fehlende Motivation stehen. Für viele psychisch erkrankte Sozialhilfebeziehende ist die Sozialhilfe mit all den Auflagen und Pflichten eine grosse Herausforderung. Nicht selten sind sie aufgrund der Krankheit schlicht und einfach nicht in der Lage, diesen Forderungen nachzukommen. Die Schwierigkeit der Sozialarbeitenden ist es dabei, eine psychische Erkrankung zu erkennen und adäquat auf die Bedürfnisse zu reagieren. Oftmals haben die Sozialarbeitenden einen Verdacht, dass hinter dem Verhalten auch eine psychische Erkrankung stecken könnte, sie haben jedoch nicht die richtigen Instrumente und genügend Ressourcen, um dem Verdacht genauer nachzugehen. Im folgenden Kapitel wird beschrieben, welchen Hürden und Stolpersteinen die Betroffenen in der Sozialhilfe (5.1) begegnen. Aus der Perspektive der Sozialarbeit werden die Herausforderungen der Professionellen in Zusammenarbeit mit psychisch Erkrankten (5.2) dargestellt.

5.1 Herausforderungen von psychisch Erkrankten in der Sozialhilfe

5.1.1 Mitwirkungspflicht, Gegenleistungspflicht und Sanktionen

Bei der Sozialhilfe handelt es sich grundsätzlich um einen freiwilligen Kontext, was durch das ganze Antrags- und Intakeverfahren deutlich gemacht wird. Es gibt jedoch auch viele unfreiwillige Momente in der Sozialhilfe, wenn beispielsweise keine andere Möglichkeit zur Existenzsicherung besteht. Wenn die Hilfesuchenden anspruchsberechtigt sind, ist die Hilfeleistung, wie im Kapitel 3.2.3 beschrieben, mit vielen Pflichten und Auflagen verbunden (Miryam Eser Davolio, Jutta Guhl & Fabienne Rotzetter, 2013, S. 12).

Da in der Sozialhilfe im Gegensatz zu den Sozialversicherungen kein Anspruch aus der Erfüllung von den Versicherungsvoraussetzungen entsteht (Kausalitätsprinzip) und der Unterstützungsbetrag dem Bedarf entsprechend ist (Bedarfsorientierung), sind die Sozialhilfebehörden auf die Mitwirkung der Hilfesuchenden angewiesen. Erst mit allen notwendigen Unterlagen lässt sich die Differenz zwischen dem errechneten Existenzminimum und allen Einnahmen der bedürftigen Personen berechnen (Georges Köppli, 2012, S. 24). Ist die hilfesuchende Person nicht in der Lage mitzuwirken (beispielsweise die notwendigen Unterlagen für die Unterstützungsberechnung einzureichen), dann muss der Sachverhalt von Amtes wegen abgeklärt werden. Das kann heissen, dass mit einer Vollmacht und dem

Einverständnis der Klientel direkt bei Dritten die Informationen eingeholt werden können. Häufig ist es jedoch schwierig einzuschätzen, ob und in welchem Masse eine psychische Erkrankung vorliegt. Die Sozialarbeitenden bewegen sich dabei in einem Spannungsfeld von Förderung der Selbstverantwortung und der Beschränkung der Autonomie (Köpfli, 2012, S. 25). Köpfli (2012) beschreibt, dass psychisch erkrankte Menschen bei Druck oft mit Rückzug und Verunsicherung reagieren, dies darf jedoch nicht als fehlende Kooperation missinterpretiert werden (ebd.). Hinzu kommt, dass eine psychische Erkrankung keine direkt sichtbare Beeinträchtigung ist, was die (An-)Erkennung der Krankheit erschwert (Martina Koch & Alan Caninica, 2012, S. 27).

Ist der Sozialhilfeanspruch gegeben, dann wird von den Sozialhilfebeziehenden erwartet, dass sie sich um die Verbesserung der Lage bemühen und somit auch den Sozialhilfebezug legitimieren (zumindest aus der öffentlichen Wahrnehmung). Kontrolle- und Disziplinierungsmassnahmen werden dabei als notwendig betrachtet (Kutzner, 2009, S. 164). Durch die aktivierende Sozialpolitik werden die Hilfesuchenden zunehmend zur Selbstverantwortung und Selbststeuerung verpflichtet, was insbesondere bei Sozialhilfebeziehenden mit gesundheitlichen Problemen zu einer Überforderung führen kann (Eser et al., 2013, S. 15). Menschen mit einer psychischen Erkrankung können sich als Versager fühlen, weil sie nicht erwerbstätig sind, obwohl sie sich das wünschen würden. Die Krankheit alleine braucht viel Energie, zusätzlich leiden sie am Ausschluss aus der erwerbstätigen Gesellschaft (Branka Goldstein & Frances Buchet, 2012, S. 17).

Die Teilnahme an Integrationsprogrammen ist in gewissen Kantonen bzw. Gemeinden Pflicht. Für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung kann dies viele Probleme mit sich bringen. Goldstein und Bucher (2012) nennen einige Beispiele: Menschen mit einer sozialen Phobie vermeiden grosse Menschenmengen. Dabei kann der Weg zur Arbeit/zum Integrationsprogramm bereits eine Herausforderung darstellen. Für manche ist die Anwesenheit von mehreren Personen bereits eine Herausforderung. Andere wiederum haben Schwierigkeiten, sich für einen längeren Zeitraum zu konzentrieren. Waren diese Probleme dem Sozialdienst oder dem Arbeitgeber nicht bekannt (z. B. aufgrund von Schamgefühlen oder weil sich der Betroffene selbst dem nicht bewusst ist), kann dies zu Missverständnissen und Überforderungen bei allen Beteiligten führen (S. 17).

Koch und Canonica (2012) führen auf, dass die Gegenleistungspflicht in der Sozialhilfe bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung zusätzlichen Druck bedeutet und somit kontraproduktiv ist. Eine existenzsichernde soziale Absicherung ohne Gegenleistungspflicht mit freiwilligen, bedarfsorientierten Angeboten ist erforderlich (S. 27).

Das Anrecht auf Befriedigung der existenziellen Bedürfnisse und somit auch die finanzielle Existenzsicherung ist sowohl in der SKOS als auch im Berufskodex der Sozialen Arbeit geregelt. Auch wenn die Sozialhilfebeziehenden eine Pflicht zur Schadensminderung und bei einer Sanktion das Recht auf

ein rechtliches Gehör haben, lassen sich die Gründe für die Verletzung der Mitwirkungspflicht (z. B. verweigerter Teilnahme an einem Integrationsprogramm) meist nur in einem langen Prozess aufspüren. Um die Gründe aufspüren zu können, ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Fall notwendig, welche wiederum fachliche Argumente für oder gegen eine Sanktion liefern würde. Es stellt sich die Frage, ob in der aktuellen Praxis nicht das Mandat der Gesellschaft und der Arbeitsträger die weiteren zwei Mandate in den Hintergrund drängt.

AvenirSocial (2014) lehnt die Sanktionierung in der Sozialhilfe klar ab. Sie beschreibt, dass das Recht auf Hilfe in der Notlage jedem Menschen zu gewähren ist, unabhängig von seinem Verhalten, seinen Absichten und seiner allfälligen Verantwortung für die Notlage. Die Existenzsicherung soll dabei nicht an Auflagen (wie die Gegenleistungspflicht) geknüpft werden. Insbesondere wenn das soziale Existenzminimum tangiert wird, ist diese Praxis nicht menschenrechtskonform (S. 6).

5.1.2 Psychische Erkrankung, Erwerbsarbeit und Stigmata

Kutzner (2009) beschreibt: „So können Beeinträchtigungen so massiv sein, dass eine geregelte Arbeit über einen längeren Zeitraum nicht zumutbar ist, wobei die Beeinträchtigungen wiederum nicht so massiv sind, dass sofort eine Invalidisierung erfolgt“ (S. 54). Die Frage ist dabei, inwiefern die Sozialarbeitenden in der Lage sind, eine psychische Erkrankung zu erkennen, und ob sie in der Lage sind, bei den hohen Fallzahlen tiefer liegende Probleme wahrzunehmen (ebd.). Werden die tieferliegenden Probleme wie eine psychische Erkrankung nicht erkannt, besteht die Gefahr, dass das Problem auf die Unvermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt reduziert wird. Die Sozialhilfebeziehenden werden finanziell alimentiert, erhalten aber keine weitergehenden Hilfeleistungen (ebd.). Herbert Heise (2008) schildert aber, dass mit dem Krankheitsbegriff und der Arbeitsfähigkeit Vorsicht geboten ist. Denn eine Diagnose einer psychischen Erkrankung muss nicht zwingend Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Es gibt Menschen mit schizophrenen Erkrankungen, die aber gleichzeitig arbeitsfähig sind. Es gibt umgekehrt aber auch Menschen, die beispielsweise an rascher Überforderung oder mangelndem Selbstbewusstsein leiden und für diese Symptome keine klare Diagnose haben, jedoch aufgrund der Symptome arbeitsunfähig sind (S. 4–5).

Psychische Erkrankungen treten häufig in Zusammenhang mit Verlust der Arbeit und den sozialen Kontakten auf (Martin Eichhorn, 2012, S. 18). Baer (2009) stellt dar, dass die Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft einer der wichtigsten psychischen Schutzfaktoren ist. Umgekehrt können aber auch Faktoren wie Stress und Mobbing am Arbeitsplatz Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand haben (S. 223).

Bei der beruflichen Eingliederung ist die Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen eines der hauptsächlichen Hindernisse, wie eine experimentelle Befragung von 750 kleineren und mittleren Unternehmen zeigt. Den Unternehmen wurden fiktive Bewerbungen mit guter Qualifikation zugestellt,

also mit 100%iger Arbeitsfähigkeit und grosser Leistungsbereitschaft und Zuverlässigkeit. Mit Ausnahme von einem Bewerber leiden alle an einer chronischen Erkrankung. Der gesunde Bewerber ist jedoch nicht sehr zuverlässig und weniger leistungsbereit. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Unternehmen den gesunden, aber weniger zuverlässigen und leistungsbereiten Bewerber eher anstellen würden, als einen Menschen mit einer Erkrankung. Die Bewerber mit einer psychischen Erkrankung wurden an letzter Stelle gewählt. Die gleichen Fragen wurden Psychatriepatienten gestellt und die Ergebnisse fielen ähnlich wie bei der ersten Befragung aus: Sie würden sich selbst ebenfalls als Letztes einstellen. Diese Studie zeigt, dass psychisch erkrankte Menschen die gesellschaftlichen Stigmatisierungen übernommen haben (Baer, 2009, S. 225). Für die Integration und Gesundung von psychisch Erkrankten ist die Stigmatisierung ein Hauptproblem (Baer, 2009, S. 224). AvenirSocial (2014) beschreibt, dass das Gelingen der gesellschaftlichen und beruflichen Integration stark von der Integrationsbereitschaft der Wirtschaft abhängt (S. 6).

5.1.3 ALV, IV oder Sozialhilfe: Entscheidende Auswirkung

Die Leistungen der ALV liegen bei 70–80 % vom versicherten Lohn und ermöglichen dadurch auch die Aufrechterhaltung des Lebensstandards. Diese Leistungen sind jedoch begrenzt und nicht für alle Menschen zugänglich (vgl. Kapitel 3.1.1). In der ALV sind die Menschen mit einer psychischen Erkrankung, jedoch ohne klare Diagnose und konkrete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, mit den gleichen Herausforderungen wie in der Sozialhilfe konfrontiert.

Heusser (2012) legt die Auswirkungen dar, wenn eine Person nicht (mehr) von der IV, sondern von der Sozialhilfe leben muss. Ein Hauptaspekt ist, dass mit dem IV-Anspruch auch ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) entsteht (z. T. auch auf kommunale Zuschüsse). Bei einer alleinstehenden Person in der Stadt Zürich kann die IV-Rente mit EL circa 500 bis 600 Franken mehr betragen als die Sozialhilfe. Durch diesen Betrag sind Ausgaben für die soziale Teilhabe möglich oder auch einfacher für grössere Ausgaben zu sparen. In der Sozialhilfe ist dies nur begrenzt möglich. In Bezug auf die Lebensqualität macht dies ein grosser Unterschied (S. 9). Hinzu kommt, dass die Sozialhilfe strenge Auflagen hat. Beispielsweise muss die Miete den Richtlinien entsprechen. Falls nicht, müssen die Betroffenen die Wohnung kündigen und eine günstigere Wohnung innerhalb der Richtlinien suchen oder ihnen wird ein tieferer Betrag für die Miete ausbezahlt und sie müssen vom Grundbedarf den restlichen Teil der Miete zahlen. Ob die Sozialhilfebeziehenden aber durch die Wohnung in einer Umgebung wohnen, wo sie soziale Kontakte haben und evtl. sogar Unterstützung erfahren, spielt kaum eine Rolle (ebd.).

Hinzu kommt die Stigmatisierung als Sozialhilfebeziehender. Für eine IV-Rente hat man die Beiträge bezahlt und somit eine gewisse Eigenleistung erbracht. Beim Sozialhilfebezug werden die Betroffenen als „Almosenbezüger“ dargestellt und eine gewisse Erwartung von Gegenleistung entsteht dabei durch die Öffentlichkeit. Ist trotz IV-Ablehnung eine Erwerbsarbeit aus gesundheitlichen Gründen

nicht möglich, wird eine Alimentierung durch die Sozialhilfe kaum akzeptiert. Begriffe wie „faul“, „arbeits-scheu“ oder „Simulant“ können schnell fallen (Heusser, 2012, S. 9).

Die Sozialpolitik hat die soziale Gerechtigkeit zum Ziel, welche durch Verteilungs- und Umverteilungsmechanismen die wirtschaftliche Ungleichheit vermindern soll. Diese Verteilungs- und Umverteilungsmechanismen haben jedoch mit Finanzierungsproblemen zu kämpfen, wodurch das Ziel der (Um-)Verteilung geschwächt wird (wie an den genannten Beispielen ersichtlich wird).

5.2 Herausforderungen der Sozialarbeit

5.2.1 Das Tripelmandat

Sozialarbeiterische Unterstützungsangebote, insbesondere die Sozialhilfe, werden meist von öffentlichen Institutionen durchgeführt. Die öffentlichen Institutionen stellen zwar wichtige Ressourcen und Mittel zur Verfügung, können aber durch die (je nachdem starken) Organisationsstrukturen professionelles Handeln einengen und beeinträchtigen oder sogar widersprüchlich sein (Eser et al., 2013, S. 11). Eser et al. (2013) stellen vor allem folgende Paradoxien dar: „Professionelles sozialarbeiterisches Handeln vs. administrativ-rechtliches Handeln, Unterstützung vs. Manipulation, Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung, Klientifizierung vs. Förderung der Autonomie, mitmenschliche vs. professionelle Beziehung, Empathie vs. Expertokratie, dialogische Begegnung vs. gezielte professionelle Einflussnahme“ (S. 12). Die zentrale Herausforderung der Sozialarbeitenden liegt dabei in der Bearbeitung dieser Paradoxien und Spannungsfelder (Eser et al., 2013, S. 11). In der Abbildung 12 sind die drei Mandate und die Sozialarbeitende mit ihrer Fähigkeit dargestellt. Die Abbildung führt auf, welche Faktoren auf die sozialarbeiterische Beratungssituation wirken und Spannungsfelder verursachen können.

Silvia Staub-Bernasconi (2007) schreibt, dass vor allem zwischen den ersten zwei Mandaten (dem Mandat der Klientel und dem Mandat der Organisation/Gesellschaft) ein Machtgefälle besteht. Dieses Machtgefälle birgt die Gefahr, dass das Aushandlungsergebnis zugunsten des Trägers ausfällt (S. 6). Das dritte Mandat der Profession dient dazu, eine kritisch-reflexive Distanz gegenüber den Adressantinnen, der Politik und den Trägern zu gewinnen. Sie bildet somit eine unabhängige Grundlage für unabhängige Urteile über Situationen, Probleme, deren Erklärung und Bewertung (Staub-Bernasconi, 2007, S. 7).

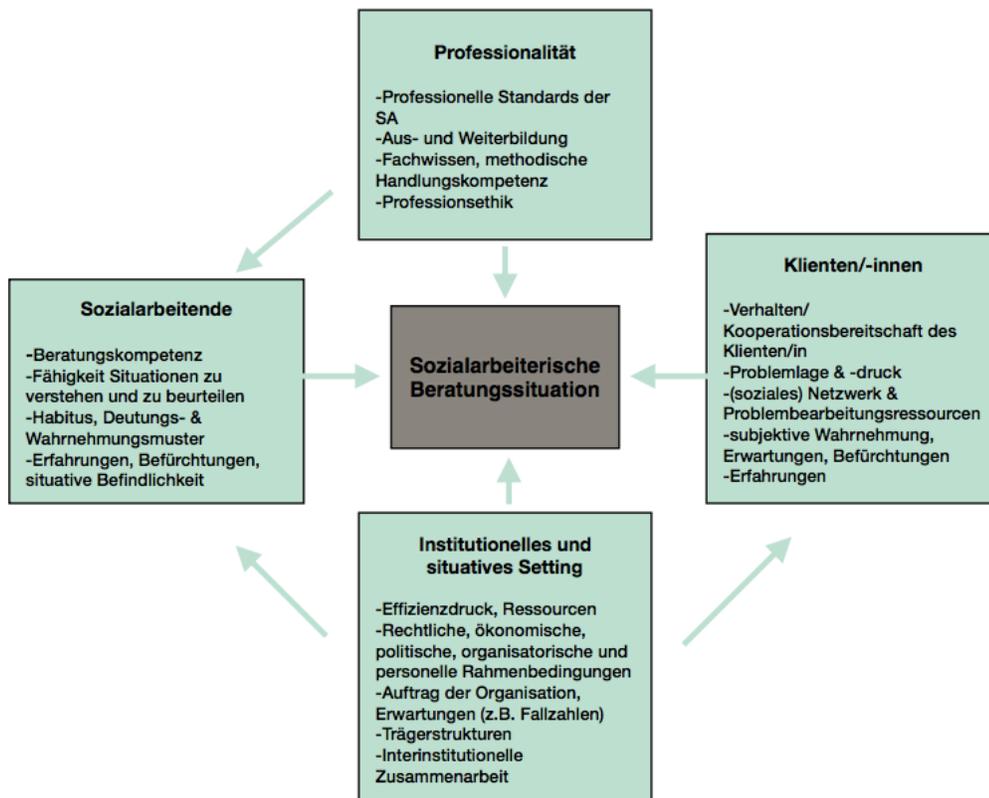


Abbildung 12: Einfluss der Mandate (stark modifiziert nach Eser et al., 2013, S. 24)

5.2.2 Gründe für eine schwierige Kooperation

Eine schwierige Kooperation in Zusammenarbeit mit Sozialhilfebeziehenden kann aus unterschiedlichen Gründen entstehen. Eser et al. (2013) beschreiben, dass Ablehnung und Verweigerung eine Reaktion auf externen Druck sein können, wobei sich der Klient oder die Klientin in der Autonomie beschränkt fühlt. Widerstände können auch verborgene Botschaften wie der Schutz vor Enttäuschungen sein. Biografische Hintergründe wie Erfahrungen mit anderen öffentlichen Institutionen können ebenfalls zu einer misstrauischen Haltung gegenüber der Sozialhilfebehörde führen (S. 14). Eine Kooperation wird auch als schwer beschrieben, wenn die Fremd- und Eigenwahrnehmung von den Sozialhilfebeziehenden auseinanderklaffen und der Realitätsbezug in Frage gestellt wird. Bei solch einer Wahrnehmungsdifferenz kann das Problem unterschiedlich beurteilt und kein gemeinsames Ziel festgehalten werden (Eser et al., 2013, S. 27). Aus der Studie von Eser et al. (2013) resultiert, dass Sozialarbeitende bei einer erschwerten Kooperation eine „schwierige persönliche Eigenschaft“ oder eine psychische Beeinträchtigung hinter dem Verhalten vermuten. Die Problematik liegt darin, dass zeitliche Ressourcen fehlen, um sich mit dem Fall tiefgründiger auseinanderzusetzen und die Gründe für das Verhalten herauszufinden (Eser et al., 2013, S. 94). Wenn eine psychische Erkrankung hinter dem Verhalten vermutet wird, ist eine ärztliche Abklärung entscheidend, insbesondere wenn die psy-

chische Erkrankung Auswirkungen auf die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit hat. Ohne ärztliche Abklärungen müssen die Betroffenen, wie alle anderen Sozialhilfebeziehenden auch, beispielsweise Arbeitsnachweise erbringen. Wenn hier die Kooperation nicht gelingt, müssen unter Umständen Sanktionen oder Kürzungen eingeleitet werden (Eser et al., 2013, S. 28). Magnin kritisiert, dass in der aktivierenden Sozialhilfe davon ausgegangen wird, dass sich Fehlverhalten oder schwierige Kooperation durch repressive Sanktionierung unterbinden lässt (Magnin, 2005; zit. in Eser et al., 2013, S. 16). Eine Sanktionierung kann die Abwehr- und Verweigerungsreaktion fördern und bei einer tatsächlich vorhandenen psychischen Erkrankung auch die Erkrankung verstärken (Eser et al., 2013, S. 28).

5.2.3 Spannungsfeld: Strukturelle Rahmenbedingungen und Professionalität

Die sozialpolitischen Veränderungen stellen eine weitere Herausforderung für die Sozialarbeitenden im Sozialdienst dar. Revisionen und Reorganisationen sowohl im Sozialversicherungssystem als auch in der Sozialhilfe selbst erhöhen die Anforderungen bei einem zunehmenden Effizienz- und Spardruck (Eser et al., 2013, S. 15). Eser et al. (2013) beschreiben, dass durch die finanziellen Engpässe privatwirtschaftliche Steuerungsmodelle zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung auf die Soziale Arbeit übertragen werden. Dies führt bei den Sozialarbeitenden zu einem ständigen Abwägen zwischen Effizienz- und Gerechtigkeitsorientierung (S. 16).

Die Studie von Eser et al. (2013) zeigt auch auf, dass bei den Sozialarbeitenden bezüglich des Lösungsweges eine gewisse Rat- bis Hoffnungslosigkeit besteht. Die Hoffnungslosigkeit resultiert aus der zum Teil jahrelang gemachten Erfahrung mit gescheiterten Integrationsbemühungen in der schwierigen gesamtpolitischen Lage (S. 94–95). Die im Auftrag vom Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) durchgeführte Studie von Daniel C. Aepli und Thomas Ragni (2009) führt auf, dass für einen grossen Teil von Sozialhilfebeziehenden die Erwerbsarbeit ein Privileg ist, von dem sie dauerhaft ausgeschlossen bleiben. Die aktivierende Sozialhilfe schafft es bis dahin nicht, die Chancen auf eine nicht-prekäre Erwerbsarbeit zu verbessern (S. 102). Angesichts dieser aussichtslosen Situation kritisieren die Sozialarbeitenden aus der Befragung von Eser et al. die wirkungslosen Instrumente (wie beispielsweise die Abgabe von Arbeitsbemühungen und Integrationsprogrammen), mit welchen um den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt bemüht wird. Je nach Sozialdienst haben die Sozialarbeitenden einen unterschiedlichen Spielraum, um den Integrationsdruck zu senken. Die Sozialhilfebeziehenden von dem arbeitsmarktlichen Integrationsdruck zu befreien, ist bei der aktuellen Aktivierungspolitik eher schwierig zu legitimieren. Jedoch gerade in besonderen Einzelfällen ist das „in Ruhe lassen“ die sinnvollste Lösung, auch aus der finanziellen Perspektive (Eser et al., 2013, S. 95). Insbesondere wenn die berufliche Eingliederung ein fernes Ziel ist, beispielsweise aufgrund einer psychischen Erkrankung, ist der Fokus auf die soziale Integration und die psychosoziale Unterstützung umso wichtiger, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (Eser et al. 2013, S. 96). Obwohl in

der Praxis die Methoden und Möglichkeiten für die soziale Integration und die Verbesserung der Lebensqualität vorhanden sind, droht das Individualisierungsprinzip in einem Geflecht von Regeln und Normen unterzugehen. Die Sozialarbeitenden stehen durch die Forderungen der Effizienz und Kostensenkung von der Politik enorm unter Druck. Die hohen Fallbelastungen führen zu einer Konzentration auf das Notwendigste, nämlich der materiellen Existenzsicherung und der arbeitsmarktlichen Integration (Köpfli, 2012, S. 25). Aus dem Forschungsprojekt „Sozialhilfe in der Schweiz: Integration und Ausschluss durch Segmentierung von Klienten“ (2009) geht hervor, dass Sozialarbeitende (oder SachbearbeiterInnen) eine Klientensegmentierung vornehmen, um die grossen Fallzahlen bearbeiten zu können. Sozialhilfebeziehende werden einzelnen Kategorien zugeteilt, um die Hilfeleistungen der Kategorie entsprechend zu steuern. In den Hilfeleistungen geht es neben den arbeitsmarktbezogenen Bildungs- und Beschäftigungsmassnahmen auch um Beratungsangebote (Kutzner, 2009, S. 19). Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die genannten Hilfeleistungen mit der Erwartung ausgerichtet werden, der Klientel die Wiedererlangung der Selbstständigkeit zu erleichtern. Dabei werden die Sozialhilfebeziehenden mit einer günstigeren Prognose bevorzugt. Die schwereren Fälle mit einer ungünstigen Prognose, welche jedoch eine weitergehende Hilfe sehr nötig haben, bleiben aussen vor. Die Gefahr dieser Klientensegmentierung ist, dass die schwierigeren Fälle zwar materiell versorgt werden, jedoch von weitergehenden Hilfeangeboten wie der psychosozialen Beratung ausgeschlossen werden (Kutzner, 2009, S. 19–20). Aufgrund der schnellen Segmentierung und der hohen Fallzahlen beschreibt Kutzner (2009) die Schwierigkeit, eine psychische oder somatische Erkrankung von Sozialhilfebeziehenden zu erkennen und entsprechen intervenieren zu können (S. 51).

5.2.4 Problematisches Menschenbild in der Sozialhilfe

In öffentlichen Diskursen über die Sozialhilfe wird klar, dass die Klientel aus einer ökonomischen Perspektive als „homo oeconomicus“ wahrgenommen wird. Der homo oeconomicus ist ein rational denkender Mensch mit Bedürfnissen, für deren Befriedigung er Mittel benötigt. Da die Mittel aber knapp sind, wählt er die Mittel, welche ihm den grösstmöglichen Nutzen und die bestmögliche Bedürfnisbefriedigung bringen. Die Sozialhilfe kann da ein Ausdruck einer rationalen Wahl sein. Die Sozialhilfebeziehenden sind von der Mühe der Arbeit befreit und haben freie Zeit, müssen dafür aber mit einer materiell bescheidenen Lebensform auskommen (Kutzner, 2009, S. 49). „Warum soll er sich denn anstrengen, eine Erwerbsarbeit zu finden, wenn die ihm erreichbare Erwerbsarbeit seinen materiellen Lebensstandard nur geringfügig verbessert, er dafür aber einen grossen Teil seiner freien Zeit verliert?“ (ebd.). Dies sind jedenfalls die Argumente aus der ökonomischen Sicht für die Senkung von den Sozialhilfeansätzen, denn die Menschen im Niedriglohnbereich müssen über einen höheren Lebensstandard verfügen als die Sozialhilfebeziehenden, damit sich eine Erwerbsarbeit für die Sozialhilfebeziehenden auch lohnen würde (ebd.). Von der SKOS wurde diese Denkweise zum Teil übernommen. So wurde der Grundbedarf angepasst (und ist weiterhin ein anhaltender Diskussionspunkt)

und die Working Poor sind materiell bessergestellt. Diese ökonomische Sichtweise betrachtet den Menschen aber nicht ganzheitlich, denn Armut kann auch soziale und gesundheitliche Folgen haben (vgl. Kapitel 2.1.4) (Kutzner, 2009, S. 165). Ein Einkommensmangel kann beispielsweise zum sozialen Rückzug führen, wodurch eine gewisse Perspektivlosigkeit entstehen kann. Bei solch einer Perspektivlosigkeit ist die Motivationsgrundlage für eigene Anstrengungen kaum mehr gegeben (ebd.). Durch materielle Belohnung sollen sie aber motiviert werden, sich um Arbeit zu bemühen oder an Integrationsprogrammen teilzunehmen (Kutzner, 2009, S. 164–165). In der aktivierenden Sozialhilfe wird aber übersehen, dass die Motivation mit einer erfolgsversprechenden Erwartungshaltung eng zusammenhängt. Eine Massnahme wird freiwillig angenommen, wenn sich die Sozialhilfebeziehenden durch die Teilnahme auch selbst eine Verbesserung erhoffen können (ebd.).

Maeder und Nadai kritisieren ebenfalls das Gegenleistungsprinzip und die damit verbundene Sanktionslogik. Es führt zu einer Unterscheidung zwischen würdigen und unwürdigen Armen (Maeder & Nadai, 2004; zit. in Eser et al., 2013, S. 17).

Die Erwerbsarbeit hat in der Schweiz einen sehr hohen Stellenwert. Viele identifizieren sich über die Arbeit und sie ist ein wichtiger Beitrag für die soziale Teilhabe. Sie ist auch sinnstiftend, man will sich nützlich fühlen (Thomas Ihre-Scholl, 2017). Kutzner (2009) beschreibt, dass in der Sozialhilfe die Arbeit als Mittel zum Zweck gesehen wird. Mit der Arbeit kann ein Einkommen erzielt werden, womit die Bedürfnisse befriedigt werden können. Ob sich der Mensch mit der Arbeit identifizieren kann und sich für die Tätigkeit interessiert, spielt eher eine nebensächliche Rolle. Dabei wird aber verkannt, dass die Arbeit auch eine Anerkennungsquelle ist (S. 165). Kutzner merkt an (2009):

Das Problem von Armut ist dann nicht nur die eingeschränkte Bedürfnisbefriedigung, sondern dass der Arme keine oder nur geringe Anerkennung erfährt. Gerade aus diesem Grund fühlt er sich in seinem gesellschaftlichen Status deklassiert. Wer arm ist, dürfte sich in der Regel auch deswegen als weniger anerkannt fühlen, weil sein Beitrag für das Wohl anderer nicht vorhanden oder nicht sichtbar genug ist. Fehlende Anerkennung kann zu sozialem Rückzug führen, womit wir wieder bei der drohenden Exklusionsgefahr in Verbindung mit Armut sind. (S. 166)

Die SKOS schildert in den Richtlinien, dass die Veränderung von „Welfare to Workfare“, d. h. der Wandel vom Versorgerstaat zum aktivierenden Sozialstaat, auch das Menschenbild in der Sozialhilfe beeinflusst hat. Die SKOS beschreibt, dass nun nicht die Defizite der hilfeschekenden Person im Fokus liegen, sondern die Stärken und Ressourcen, welche es durch die staatliche Hilfe zu fördern gilt (A.2). Gleichzeitig umschreibt die SKOS, dass von einem positiven Menschenbild auszugehen ist, welches allen Menschen einen eigenständigen Beitrag zur selbstständigen Lebensführung und Eingliederung zutraut. Dabei tritt die Eigenverantwortung und die Pflicht zur Milderung der Abhängigkeit von staatlichen Leistungen in den Vordergrund. Sie beschreibt, dass der Grundsatz „Förderung und Fordern“ zur Maxime wird (ebd.).

6 Handlungsempfehlungen für den sensibilisierten Umgang

In der IFSW-Definition (2014) von Sozialer Arbeit wird aufgeführt, dass sie auf die Sozialstrukturen wirkt und Menschen befähigt, Herausforderungen des Lebens anzugehen und Wohlbefinden zu erreichen. Beat Schmocker (2014) umschreibt in einem Kommentar zu dieser Definition, dass geschichtliche, sozioökonomische, kulturelle, sozial-räumliche und politische Verhältnisse und die persönlichen Möglichkeiten sowohl eine Chance als auch ein Hindernis für die Erreichung von Wohlbefinden und Entwicklung der Menschen darstellen können (S. 1). Die Problemanalyse hat gezeigt, dass sich beispielsweise die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse in den Strukturen der Sozialhilfe widerspiegeln (Sanktionslogik, grosse Hürden bis zur Sozialhilfe, geringe persönliche Sozialhilfe aufgrund Spardruck etc.) und somit für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein Hindernis darstellen, um das Wohlbefinden (wieder) zu erreichen und sich zu entwickeln. Gemäss Schmocker (2014) ist bei solchen unterdrückenden strukturellen Bedingungen die forschende Analyse das Mittel, um in der Praxis einerseits das kritische Bewusstsein gegenüber solchen strukturellen Bedingungen zu wecken, und andererseits, um die Entwicklung von ermächtigenden und befreienden Massnahmen zur Beseitigung solcher Bedingungen zu fördern (S. 1). Die Förderung gesellschaftlicher Veränderungen und Entwicklungen basiert auf dem Bewusstsein, dass sie auf der persönlichen Ebene, auf der Ebene der Familien, kleinen Gruppen, der Gemeinschaft und der Gesellschaft passieren muss (Mikro-, Meso- und Makroebene). Strukturelle Bedingungen, welche zur Ausgrenzung, sozialem Ausschluss und Unterdrückung beitragen, sind für die Soziale Arbeit zwingende Motive für deren Beseitigung und strukturverändernde Intervention (S. 1–2). Weiter führt Schmocker auf: „Das Konzept der gesellschaftlichen Entwicklung umfasst Interventionsstrategien, welche Räume für die angestrebten sozialen Verhältnisse öffnen, den politischen Rahmen dazu verbreiten und den institutionellen Rahmen ergänzen“ (S. 2). Da jede durch die Soziale Arbeit angestossene Entwicklung in der Gesellschaft auf einer ganzheitlichen biopsychosozialen Bewertung basiert, ist die Intervention auf mehreren Systemebenen die logische Schlussfolgerung (ebd.). Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit Interventionsmöglichkeiten auf allen drei Analyseebenen vorgeschlagen. Für Veränderungen auf der Mikroebene sind oftmals auch Änderungen auf der Meso- und Makroebene notwendig. Die Handlungsempfehlungen auf der Meso- und Makroebene beziehen sich dabei nicht direkt auf die Sensibilisierung von psychisch erkrankten Menschen. Denn viele Veränderungen können auch für andere Randgruppen eine positive Veränderung bewirken.

6.1 Mikroebene

6.1.1 Individualisierungsprinzip – personenzentriertes Arbeiten

Für die Sozialarbeitenden im Sozialdienst ist es aufgrund der Rahmenbedingungen und des eher mangelnden Krankheitsbewusstseins kaum möglich, psychische Beeinträchtigungen zu erkennen und schnell zu intervenieren, um eventuell auch einer schleichenden Invalidisierung vorbeugen zu können (Kutzner, 2009, S. 51). Die Analyse hat gezeigt, dass der Fokus der Sozialarbeitenden auf der arbeitsmarktlichen Integration und der wirtschaftlichen Existenzsicherung liegt. Die persönliche Sozialhilfe und das Individualisierungsprinzip (Einzelfallhilfe) geraten dabei enorm in den Hintergrund. Das Menschenbild in der Sozialhilfe ist eingeschränkt (vgl. Kapitel 5.2.4). Jedoch ist eine individualisierte Hilfe nur möglich, wenn der hilfebedürftige Mensch auch ganzheitlich wahrgenommen wird. Dazu ist eine ausführliche Situationsanalyse notwendig, in welcher auch die biopsychosozialen Aspekte (siehe Kapitel 2.1.3) des Menschen berücksichtigt werden. Erst durch eine ganzheitliche Analyse ist auch eine umfassende Problemwahrnehmung möglich, welche wiederum Handlungsansätze liefert. Eichhorn (2012) formuliert, dass es nicht die Aufgabe der Sozialarbeit ist, eine medizinische Diagnose zu stellen. Vielmehr ist es ihre Aufgabe, Irritationen (bspw. seltsames Verhalten, Unzugänglichkeit oder Verslossenheit) anzusprechen und Hypothesen zu bilden, welche dann konkret (mit Hilfe von Ärzten) abgeklärt werden. Ergeben die Abklärungen, dass sich beispielsweise die momentane familiäre Belastung auf die psychische Gesundheit auswirkt, wodurch auch die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wird, ist es Aufgabe der Sozialarbeitenden, Hilfsmassnahmen bereitzustellen, mit denen die familiären, somatischen oder psychischen Probleme behandelt werden können. Erst wenn die Arbeitsfähigkeit wieder gegeben ist, ist der Fokus auf die arbeitsmarktliche Integration zu setzen (Kutzner, 2009, S. 51).

Brusa (2017) formuliert methodische Basisstrategien für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen in einem Zwangskontext:

- » **Bedürfnisgerechte Intervention:** Um die Situation zu stabilisieren oder auch Veränderungen anzugehen, ist eine bedürfnisgerechte und motivierende Beziehungsgestaltung wichtig – beispielsweise das Bedürfnis nach Anerkennung.
- » **Strukturierte und transparente Intervention:** Transparente und direkte Orientierung über die mit dem Auftrag verbundenen Themen (z. B. wenn eine zu teure Wohnung gekündigt werden muss).
- » **Auftrags-, Rollen- und Beziehungsklarheit:** Das Spannungsfeld „Hilfe und Kontrolle“ deutlich machen. Insbesondere für psychisch erkrankte Personen kann die Sozialarbeitende eine wichtige Bezugsperson sein, wobei nur die „helfende“ Person gesehen wird. Bei einer verzerrten Wahrnehmung (z. B. durch Wahnvorstellungen) kann die Sozialbehörde auch nur als eine „kontrollierende“ Instanz wahrgenommen werden. Für die psychosoziale Beratung ist die Beziehungsgestaltung ein wichtiger Wirkungsfaktor.

- » Förderung von Problemeinsicht: Bei kognitiven Verzerrungen (bspw. bei Externalisierenden) oder fehlender Krankheitseinsicht ist ein „fragend-klärend-entdeckender“ Gesprächsstil förderlicher als ein moralisierend-autoritäres Verhalten.
- » Erarbeitung von bedeutsamen und realistischen Zielen: Die Wiederaufnahme einer Erwerbsarbeit ist bei psychisch erkrankten Sozialhilfebeziehenden ein eher unrealistisches Ziel.
- » Ressourcenaktivierung: Anknüpfung an positive Eigenschaften und Lebensbereiche.
- » Widerstand bearbeiten: Frage nach gemeinsamer Problemeinsicht, Zielsetzung, Auftrag- und Rollenklarheit.

Damit der Mensch in der Sozialhilfe ganzheitlich wahrgenommen werden kann, ist eine biopsychosoziale Problemanalyse notwendig.

6.1.2 Lebensqualität im Fokus

Im Kapitel 5.1.2 wird beschrieben, dass die Arbeit als Mittel zum Zweck und als Mittel zur Sicherung der finanziellen Unabhängigkeit betrachtet wird (Kutzner, 2009, S. 168). In unserer Gesellschaft befriedigt die Arbeit jedoch ein grosser Teil der sozialen Bedürfnisse nach Obrecht. Wie beispielsweise die persönliche Identität, die Selbstverwirklichung oder Anerkennung. Sie tragen erheblich zur Gesundheit und zum Wohlbefinden bei (vgl. Kapitel 2.1.3). Doch gerade bei Arbeitslosigkeit ist es wichtig, die weiteren Einflussfaktoren wie die psychosozialen und materiellen Faktoren zu stärken. Eine Sanktion und die damit verbundene Kürzung kann beispielsweise die materielle Sicherheit labialisieren und somit negativ auf den Gesundheitszustand einwirken. Der Gesundheitszustand kann sich wiederum auf die Arbeitsfähigkeit auswirken usw. (vgl. Kapitel 2.1.4). Aufgrund dieses evidenzbasierten Wissens ist die soziale Teilhabe im Berufskodex der Sozialen Arbeit und auch in der Sozialhilfe ein wichtiges Ziel. Daher ist es die Aufgabe der Sozialarbeit, den Fokus nicht lediglich auf die Arbeit und die damit verbundene Erwerbsfähigkeit zu setzen. Vor allem dann nicht, wenn die arbeitsmarktliche Reintegration noch ein fernes Ziel ist. Die soziale Integration und die psychosoziale Unterstützung werden umso bedeutungsvoller, um die Lebensqualität jenseits von der finanziellen Selbstständigkeit erhöhen zu können (Eser et. al, 2013, S. 95). Die Verbesserung der Lebensqualität kann durch soziale Vernetzung, Freiwilligenarbeit, Tagesstruktur, medizinische Therapie usw. erfolgen. Die Unterstützungsmöglichkeit der Sozialarbeitenden liegt gemäss Elke Brusa (2017) in der Ressourcenerschliessung (durch Information und Beratung), Erleichterung des Leidens (durch Begleitung und Stabilisierung) und Förderung der Veränderung (durch Beratung und ergänzende Therapie).

Die Erwerbsarbeit muss als ein wichtiger Beitrag zur sozialen Bedürfnisbefriedigung wahrgenommen werden.

Bei psychisch erkrankten Sozialhilfebeziehenden, bei denen die Erwerbsarbeit ein fernes Ziel ist, ist der Fokus auf die Verbesserung der Lebensqualität zu setzen.

6.1.3 Bewusster Umgang mit dem Spannungsfeld

Im Kapitel 5.2.3 wird das Spannungsfeld zwischen den strukturellen Rahmenbedingungen und der Professionalität aufgezeigt. Das Sanktionssystem in der Sozialhilfe stellt solch ein Spannungsfeld dar.

Juristisch betrachtet ist die Sanktion eine Rechtsfolge eines Verstosses. In der Sozialhilfe werden unter anderem Sanktionen vorgenommen, wenn Weisungen und Auflagen nicht erfüllt werden. Ist eine Sanktion zu legitimieren, wenn die betroffene Person nicht in der Lage ist, der Weisung nachzukommen? Hier stellt sich die Frage, ob nicht die Grundrechte eingeschränkt werden und das Ziel der Sanktion tatsächlich erreicht wird. Das Sanktionieren soll ein negatives Anreizsystem für die Integration sein, kann aber auch eine gesellschaftliche Funktion in Form von Abschreckung haben. Aus der Motivationspsychologie ist jedoch bekannt, dass ein negativer Anreiz nur wirkt, wenn er mit der Motivation der Person übereinstimmt. Ansonsten führt er zu einem vermeidenden Motivationsmodus, welcher nicht zielführend ist. Konkret heisst das, dass Sanktionen in der Sozialhilfe zur Verweigerung der Kooperation, fehlender Transparenz, aggressivem Verhalten oder Drohungen führen können (AvenirSocial, 2012, S. 5). Insbesondere dann, wenn die Person nicht in der Lage ist (z. B. aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen), den Forderungen/Weisungen nachzukommen. Des Weiteren können Sanktionen das Vertrauensverhältnis zu den Sozialarbeitenden und zur Organisation zerstören und das Machtgefälle erhöhen (ebd.). In der Sozialhilfe wie auch in der Sozialen Arbeit als Profession ist die berufliche und soziale Integration und die damit verbundene Selbstständigkeit einer der wichtigsten Aufträge (vgl. Kapitel 4). Sanktionen sind jedoch keine sozialarbeiterischen Arbeitsinstrumente, um dieses Ziel zu erreichen. Sie sind vielmehr verwaltungstechnische und verwaltungsrechtliche Instrumente, um die politischen Vorgaben zu legitimieren und durchzusetzen (AvenirSocial, 2012, S. 6). Eher erschwert die Sanktion/Sanktionsandrohung die Beziehungsarbeit, welche eine wichtige Voraussetzung für die Motivationsarbeit ist. Wie im Berufskodex (siehe Kapitel 4.3) beschrieben wird, sind solche Spannungsfelder ein Teil der Sozialen Arbeit und erfordern eine Auseinandersetzung damit.

Eser et al. (2013) legen dar, dass bereits das Bewusstsein über das Spannungsfeld entlastend für die Professionellen sein kann. Mit dem Spannungsfeld verbundene Schwierigkeiten werden als normal und nicht als eigenes Versagen gedeutet. Weiter kann es zu einem bewussteren Umgang mit

dem Spannungsfeld führen, durch den Ermessensräume entsprechend genutzt werden können, um die Spannung zu reduzieren oder eine bessere Kooperation herzustellen. Das Bewusstsein über das Spannungsfeld ist darüber hinaus auch ein Argument, welches für Veränderungen in der Rahmenbedingung eingesetzt werden kann (S. 97).

Mit dem Spannungsfeld zwischen den strukturellen Bedingungen und der Profession ist bewusst umzugehen.

Das Wissen über das Spannungsfeld soll für Veränderungen der Rahmenbedingungen eingesetzt werden.

6.2 Mesoebene

Die Mesoebene beinhaltet grössere Gruppen, Organisationen und Institutionen. Da die Sozialhilfe kantonal bzw. kommunal organisiert ist, wird die Sozialhilfe in unterschiedlichen Modellen ausgeführt. In diesem Kapitel werden daher einzelne Modelle als Beispiele herangezogen und einzelne Aspekte, welche in vielen Sozialämtern ähnlich gehandhabt werden, hervorgehoben.

6.2.1 Strukturelle Ebene, Organisation

Nadai und Sommerfeld (2005) beschreiben, dass Professionalität und das professionelle Handeln durch den Organisationskontext gefördert oder erschwert werden können (Nadai & Sommerfeld, 2005; zit. in Müller de Menezes, 2011, S. 134). Viele Vorgaben auf der strukturellen Ebene in den Organisationen stellen bereits ein Hindernis dar. So kann beispielsweise mangelndes Fachpersonal den Stellenwert der sozialarbeiterischen Professionalität durch die administrativen und betriebswirtschaftlichen Steuerungen einschränken (Müller de Menezes, 2011, S. 140).

In der Mikroebene wurde beschrieben, dass eine ausführliche Situationsanalyse notwendig ist, um mögliche psychische Erkrankungen zu erkennen. Bei vielen Sozialämtern erfolgt die Fallaufnahme (Intake) jedoch häufig über einen administrativen Mitarbeitenden, welcher mithilfe einer Checkliste die Themen aufnimmt. Die Checkliste beinhaltet meist Fragen in Bezug auf Einkommen und Vermögen. Die sozialen und gesundheitlichen Aspekte werden kaum erfragt und wenn sie erfragt werden, dann nur spärlich. Bereits in diesem ersten Schritt wird der Fokus auf die wirtschaftliche Sozialhilfe gesetzt. Auch das vorherrschende Menschenbild, Entscheidungskompetenzen, Handlungsspielräume, Fallbelastung und die strukturellen Abläufe in den Organisationen können einen Einfluss auf die Professionalität haben. Wie in der Einleitung dieses Kapitels beschrieben, ist es die Aufgabe der

Sozialarbeit, strukturverändernde Interventionen vorzunehmen, welche durch wissenschaftliche und berufsethische Argumente begründet werden können.

Wenn ein Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht oder bereits eine Diagnose erfolgt ist, müssen vom Sozialdienst Ressourcen bereitgestellt werden, um eine Zusammenarbeit zwischen dem Helfernetz (Sozialarbeitende, Job-Coach, Ärzte, Psychologen usw.) zu ermöglichen. Erst dadurch können auch unterschiedliche Sichtweisen diskutiert und es kann an einem gemeinsamen Ziel gearbeitet werden.

Mit wissenschaftlichen und berufsethischen Argumenten müssen hinderliche strukturelle Bedingungen in der Organisation verändert werden.

6.2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich

Dass gesundheitliche und soziale Probleme in Wechselwirkung stehen, wurde im Kapitel 2.1.4 beschrieben. Diese Wechselwirkung fordert auch eine Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialwesen. „An den Übergängen zwischen Kantonen und Gemeinden, Kliniken und Sozialämtern, Ärztinnen und Sozialarbeitenden entstehen die typischen Schnittstellen- und Zuständigkeitsprobleme“ (David Briner, 2012, S. 22). Die Folge davon ist, dass Menschen mit Mehrfachproblematiken von verschiedenen Seiten Unterstützungen erfahren, ohne dass sie aufeinander abgestimmt sind. Weiter besteht die Gefahr, dass die betroffenen Menschen zwischen den Sozial- und Gesundheitseinrichtungen hin- und hergeschoben werden. Studien aus dem angloamerikanischen Raum zeigen, dass eine gemeinsame Verantwortung für psychiatrische und soziale Hilfe die Versorgungsqualität verbessern kann (ebd.).

Ein Beispiel für eine gelingende Zusammenarbeit liefert in der Stadt Zürich die enge Kooperation zwischen dem Sozialdepartement und der psychiatrisch-psychologischen Poliklinik (PPZ).

Im Jahre 2005 führte eine Untersuchung in den Empfangszentren von den Sozialdiensten auf, dass zum Zeitpunkt der Anmeldung 19 % der Klienten und Klientinnen psychisch schwer belastet waren. Aufgrund dieser Ausgangslage wurde der damalige psychiatrisch-psychologische Dienst beauftragt, ein Angebot zu entwickeln, welches nach den Bedürfnissen des Sozialdepartements ausgerichtet ist (ebd.). In der Stadt Zürich wird die Sozialhilfe durch fünf polyvalente Sozialdienste geleistet. Die PPZ bietet in den Sozialdiensten zwei halbe Tage in der Woche psychologische Sprechstunden vor Ort an (Briner, 2017). Für die Sozialarbeitenden ist es oft schwierig, zu beurteilen, ob der Sozialhilfebeziehende an einer therapeutisch anzugehenden Krankheit leidet und eine IV-Anmeldung angezeigt ist oder ob er im Bereich Arbeitsintegration stärker gefördert werden muss. In solchen Fällen können die Sozialarbeitenden die betroffenen Sozialhilfebeziehenden mit deren Einverständnis für eine Sprech-

stunde anmelden. In den Sprechstunden werden Abklärungen zum gesundheitlichen Zustand und/oder zur Arbeitsfähigkeit gemacht, welche dann gemeinsam mit der Sozialarbeitenden besprochen und differenziert beurteilt werden (Briner, 2012, S. 23). Können Sozialhilfebeziehende aus gesundheitlichen Gründen nicht in den Arbeitsmarkt einsteigen, legitimiert die psychologische Abklärung die Gewichtung der sozialen Integration. Andererseits kann aber auch bei drohendem Abbruch von Arbeitsprogrammen der Austausch zwischen dem Sozialarbeitenden und dem Psychologen eine zentrale Bedeutung haben (Briner, 2012, S. 23). Diese Kooperation zwischen den Sozialdiensten und dem PPZ ermöglicht ein frühzeitiges Erkennen von psychisch beeinträchtigten Sozialhilfebeziehenden, einem Chronifizierungsprozess kann entgegengewirkt werden und die Sozialarbeitenden erhalten Unterstützung bei schwierigen Entscheidungen. Die Herausforderung liegt darin, die betroffenen Sozialhilfebeziehenden zu einer ersten Sprechstunde zu motivieren, da viele trotz erheblichen Belastungen einen Termin bei einem Psychiater ablehnen (ebd.).

Zwischen 2006 und 2012 wurden in diesem Rahmen 3'000 Personen betreut. Für alle Beteiligten ist die Verknüpfung vom Gesundheits- und Sozialwesen gewinnbringend (ebd.).

Integration von psychiatrischen Leistungen in das soziale Versorgungsnetz, wodurch psychische Erkrankungen frühzeitig erkannt werden können und die Fachpersonen Unterstützung und Beratung erfahren.

6.2.3 Krankheitsbewusstsein der Mitarbeitenden stärken

Untersuchungen zeigen, dass mehr als ein Drittel der Sozialhilfebeziehenden an einer mittelschweren bis schweren psychischen Erkrankung leiden. Hierbei stellt sich die Frage, inwiefern die Sozialarbeitenden die Kompetenzen besitzen, entsprechende Krankheitsbilder zu erkennen. Hinzu kommt, dass auch die betroffenen Menschen die Krankheit verschweigen oder vor sich selbst verbergen (Kutzner, 2009, S. 54). Da der Anteil von psychisch erkrankten Menschen in der Sozialhilfe hoch ist, ist ein Wissen über die psychischen Störungsbilder zwingend. Dabei geht es nicht darum, die Krankheitsbilder zu diagnostizieren. Dies ist die Aufgabe von der Ärzteschaft. Vielmehr geht es darum, Symptome von psychischen Erkrankungen zu erkennen, sich bei einem Verdacht vertieft mit dem Fall auseinanderzusetzen und den Sozialhilfebeziehenden wenn nötig für eine Abklärung an die Ärzteschaft zu triagieren.

Wie bereits beschrieben, sind viele Sozialarbeitende in einem Dilemma mit der Frage, ob es sich um eine „schwierige Persönlichkeit“ handelt oder ob eine psychische Erkrankung zu einem schwierigen Verhalten führt. Hier ist jedoch Vorsicht geboten, denn nicht hinter jedem schwierigen Verhalten muss zwingend eine psychische Erkrankung stehen. Ein schwieriges Verhalten oder mangelnde Kooperation können auch andere Gründe haben. Mit der Sensibilisierung der Sozialarbeitenden soll nicht

bewirkt werden, dass ein schwieriger Umgang gleich als eine psychische Krankheit definiert wird. Umgekehrt muss auch nicht hinter jeder psychischen Erkrankung ein auffälliges oder schwieriges Verhalten stecken. So sind beispielsweise Menschen mit einer manischen Erkrankung euphorisch und sehr selbstsicher. Bei solchen Erkrankungen ist eine gute Kooperation durchaus möglich. Durch ein stärkeres Krankheitsbewusstsein sind die Sozialarbeitenden sensibilisierter in ihrem Umgang mit den Sozialhilfeziehenden, wodurch bei einem Verdacht auf psychische Erkrankung richtig (re-)agiert werden kann. Das Wissen über psychische Erkrankungen haben sich die meisten Sozialarbeitenden bereits im Studium angeeignet. Wichtig ist jedoch, das Bewusstsein über die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der Sozialhilfe und der konkrete Umgang. AvenirSocial (2015) schreibt, dass die Professionalität, Kompetenz und Qualität durch fortlaufenden Kompetenzerwerb und fortlaufende Kompetenzentwicklung auf allen Funktionsstufen aufrechterhalten werden muss (S. 9). Dies kann in Form von professionsspezifischen oder interdisziplinären Weiterbildungen geschehen oder durch eine geeignete Praxiskultur (Netzwerke, Kooperationen). Auch handlungsorientierte Reflexionen durch Selbstreflexion, Einzelsupervision, Fallbesprechungen, Intervision, Supervision, Workshops usw. können die Sensibilisierung im Umgang mit den beschriebenen Situationen stärken (AvenirSocial, 2015, S. 11).

Die Sensibilisierung soll vor allem bewirken, dass die Sozialarbeitenden bei einem Verdacht auf psychische Erkrankung genauer hinschauen und sich vertieft multifaktoriell mit dem Fall auseinandersetzen.

Durch Weiterbildungen, Einzelsupervisionen, Fallbesprechungen, Intervision, Supervision, Workshops etc. den sensibilisierten Umgang bei einem Verdacht auf eine psychische Erkrankung der Mitarbeiter auf allen Funktionsstufen fördern.

6.3 Makroebene

6.3.1 Professionalität in der Sozialhilfe

Die Professionalität in der Sozialhilfe wird oftmals kritisiert. Es besteht der Vorwurf, dass der „workfare“ strenger durchgesetzt werden soll. In der Sozialhilfe würde Kuschelpädagogik betrieben, während es an Strenge und Härte mangle. Da die Soziale Arbeit meist durch die Öffentlichkeit finanziert wird, ist sie an Rechenschaftspflicht und Legitimationsdruck gebunden (AvenirSocial, 2015, S. 5). Den Anforderungen der Klientel, der Behörde und der Profession gerecht zu werden, ist eine der schwierigsten Herausforderungen (Knöpfel, 2016, S. 13). Das Mandat der Sozialen Arbeit als Profession gerät dabei meist in den Hintergrund. Doch gerade die Soziale Arbeit als Profession liefert durch

die Wissenschaft und die Menschenrechtsorientierung Argumente, wie und unter welchen Bedingungen eine erfolgreiche Sozialarbeit ausgeübt werden kann. Um von der Politik und der Öffentlichkeit diese Anerkennung zu erhalten, braucht es Leistungsnachweise, welche die Leistungen der Sozialarbeit abbilden. Kennzahlen und die Jahresbilanz reichen nicht aus, da sie wiederum nur den wirtschaftlichen Aspekt beleuchten. Die Breite der Aufgaben in der Sozialhilfe durch die Sozialarbeit muss aufgezeigt werden (Knöpfel, 2016, S. 13). Kutzner (2009) legt dar, dass sich gerade die politischen Parteien über die Hilfeleistungen der Sozialhilfe nicht (genügend) bewusst sind. In den Programmen der Parteien wird die Sozialhilfe als eine materielle Versorgungsinstanz dargestellt und wahrgenommen. Mit dieser Wahrnehmung verbunden werden politische Diskurse in der Öffentlichkeit initiiert, was wiederum die öffentliche Wahrnehmung prägt (S. 19). Viele Menschen können jedoch durch die Sozialhilfe die Ausbildung nachholen, haben wieder eine Wohnung, stabilisieren den Gesundheitszustand, können den Aufenthaltsstatus klären oder kommen aus einer Krisensituation heraus. Auch dies sind wichtige Beiträge. Wie im Kapitel 2.1.4 aufgezeigt, haben diese Veränderungen auch wieder Auswirkung auf die Erwerbssituation. Daher ist es wichtig, sowohl in der Politik wie auch in der Öffentlichkeit auf die Breite der Aufgaben und die Professionalität der Sozialarbeit hinzuweisen und gleichzeitig die Grenzen aufzuzeigen, welche durch den gesellschaftlichen Wandel in der Sozialhilfe gesetzt werden (Knöpfel, 2016, S. 13). Denn die Initiierung und Unterstützung von sozialpolitischen Interventionen wird im Berufskodex als eine Verpflichtung der Sozialen Arbeit formuliert. Die Theorie und die Wissenschaft schaffen dafür die Grundlagen (vgl. Kapitel 4.3).

Die Professionalität der Sozialarbeit in den Sozialdiensten, d. h. die Breite der Aufgaben, erbrachte Leistungen und die Grenzen müssten der Politik und der Öffentlichkeit aufgezeigt werden.

6.3.2 **Veränderte Rolle der Sozialhilfe und Öffentlichkeitsarbeit**

Das Sozialversicherungssystem der Schweiz hat viele Lücken, sodass unter anderen auch psychisch erkrankte Menschen durch das System fallen können. Die Sozialhilfe unterstützt somit vermehrt Menschen, welche aufgrund der strukturellen Veränderungen in unserer Gesellschaft auf die Sozialhilfeleistungen angewiesen sind, und nicht solche, die es aufgrund von individuellen Notlagen sind (Knöpfel, 2016, S. 11). Die Sozialhilfe ist nicht mehr das Auffangnetz, welches eine vorübergehende Hilfe leistet, sondern eher ein Teil des Sozialversicherungssystems, welches die durchfallenden Menschen längerfristig auffängt. In der Sozialpolitik sowie in der aktivierenden Sozialhilfe selbst ist diese veränderte Rolle noch nicht aufgenommen worden. Die Armut wird weiterhin als Phase verstanden, welche durch die Existenzsicherung und Integration behoben werden soll. Mit Integration ist jedoch vorder-

gründig die arbeitsmarktliche Integration gemeint und die Maxime „Ohne Integration keine Existenzsicherung“ gewinnt an Gewichtung (Knöpfel, 2016, S. 12). Jedoch wird hierbei die Zusammensetzung der Klientel verkannt. Knöpfel (2016) beschreibt, dass mindestens zwei Drittel der Sozialhilfebeziehenden Kinder und Jugendliche sind, ein weiterer Teil sind die „Working Poor“, weitere sind aufgrund ihres Fähigkeitsprofils nicht mehr im Arbeitsmarkt integrierbar und einige sind aus gesundheitlichen Gründen in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt. Das heisst, für einen Grossteil ist die Integration in den Arbeitsmarkt ein fernes Ziel oder gar nicht mehr möglich (S. 12). In der Öffentlichkeit wird dies jedoch oftmals anders dargestellt. Der Sozialhilfebeziehende wird als zu aktivierender Mensch dargestellt (vgl. Kapitel 5.2.4). Die persönliche Sozialhilfe ist neben der materiellen Versorgung ein wichtiger Bestandteil der Hilfeleistung, was sie auch von den Sozialversicherungen unterscheidet. In den öffentlichen Diskussionen wird jedoch dieser Aspekt übersehen und die Sozialhilfe auf die materielle Versorgung reduziert. Die Aufgaben, Leistungen und Probleme der Sozialhilfe sind nicht verständlich, wenn sie lediglich als eine sozialpolitische Umverteilungsmaschinerie betrachtet wird (Kutzner, 2009, S. 25). Wirtschaftliche, soziale, demografische wie auch politische Veränderungen führen zu einer wachsenden Bedeutung der Sozialhilfe und damit aber auch zu einer wachsenden Kritik an der Sozialhilfe, ohne sich selbst auf der politischen Bühne genügend Gehör verschaffen zu können (vgl. Kapitel 3.1.2) (Knöpfel, 2016, S. 10).

Durch Öffentlichkeitsarbeit auf die veränderte Rolle der Sozialhilfe als ein wichtiger Bestandteil des Sozialhilfesystems und die daraus folgende Zusammensetzung von Sozialhilfebeziehenden aufmerksam machen.

6.3.3 Krank oder Gesundheit: Kein Dazwischen?

Das schweizerische Sozialversicherungssystem ist stark an eine Erwerbstätigkeit gebunden. Tritt eine gesundheitliche Einschränkung ein, steht die Frage, ob sich die Krankheit auf die Erwerbsfähigkeit (oder Arbeitsfähigkeit) auswirkt, im Vordergrund. Wird eine Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit festgestellt, ist die Frage nach dem Einschränkungsggrad der nächste Schwerpunkt. Bei vielen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, insbesondere bei psychischen Erkrankungen, ist der Einschränkungsggrad jedoch schwierig zu ermitteln. Einige sind trotz Krankheit zu 100 % arbeitsfähig. Andere wiederum sind phasenweise zu 100 % arbeitsunfähig (z. B. bei einer depressiven Phase in einer bipolaren Störung) oder auch vollkommen arbeitsunfähig (z. B. aufgrund einer Angststörung). Da eine psychische Erkrankung von Person zu Person einen anderen Krankheitsverlauf hat und auch unterschiedliche Faktoren zur Krankheitserhaltung beitragen (vgl. Kapitel 2.1.2), ist auch die Auswirkung auf die Ar-

beitsfähigkeit sehr unterschiedlich. Eine Kategorisierung nach psychischer Erkrankung und Arbeitsfähigkeit lässt sich also kaum vornehmen. Für Leistungen von Sozialversicherungen ist jedoch ein ärztliches Attest mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die Voraussetzung. Die Krankentaggeldversicherung sieht eine Arbeitsunfähigkeit von mind. 50 % als Leistungsvoraussetzung vor (vertraglich tieferer Grad möglich) (Pärli et al., 2015, S. 149). Bei der Arbeitslosenversicherung können nur bei einer vorübergehenden oder max. 50%igen Arbeitsunfähigkeit Leistungen beansprucht werden (Pärli et al., 2015, S. 346). Die IV setzt eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit voraus. Die Gefahr, dass Personen, welche weder vollkommen krank noch gesund sind, durch das Sozialversicherungssystem fallen, ist gross. Entsteht der Verdacht auf eine Krankheit erst in der Sozialhilfe, werden die Betroffenen wiederum aufgefordert, die Arbeitsfähigkeit abzuklären und ein ärztliches Attest vorzulegen.

Das Sozialversicherungssystem benötigt hier eine grössere Flexibilität, um die durch die Lücken fallenden Menschen auffangen zu können. Eine grössere Flexibilität und ein besserer Umgang ist auch von den Arbeitgebern zu fordern. Baer (2012) führt auf, dass zwar die zunehmende Sensibilisierung der psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit und bei den Arbeitgebern zu einer besseren Erkennung der Krankheit auf dem Arbeitsplatz geführt hat. Doch solange der Umgang mit den Betroffenen nicht effektiver wird, führt eine bessere Erkennung eher zur Aus- statt zur Eingliederung (S. 10). Bei schwereren oder länger andauernden psychischen Erkrankungen sind die Vorgesetzten oftmals überfordert und das Arbeitsverhältnis wird nach mehreren Bemühungen meist aufgelöst (Baer, 2012, S. 11). Denn auch bei den Arbeitgebern dominiert der Glaube: Wer gesund ist, kann arbeiten, wer krank ist, kann nicht arbeiten. Baer (2012) beschreibt:

Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass Arbeitgeber bis heute im Problemfall nur selten präzise genug darüber informiert werden, wie sich die psychische Erkrankung am Arbeitsplatz auswirkt, wie man mit den Betroffenen umgehen soll (und was man auch fordern darf) und welche konkreten Arbeitsplatzanpassungen möglich wären. Insbesondere die IV-Revision 6a mit der Wiedereingliederung von rund 17'000 vor allem psychisch kranken IV-Rentnern kommt eher zu früh und die geplante verstärkte Beratung von Arbeitgebern im Massnahmepaket 6b zu spät. (S. 11).

Verschiedene Studien kommen zum Ergebnis, dass es eine Vernetzung der sozialen Infrastrukturen braucht, um die „Drehtüreffekte“ im Bereich der sozialen Sicherheit zu vermeiden. Durch die IIZ (Interinstitutionelle Zusammenarbeit) werden Bestrebungen gemacht, die Zusammenarbeit der Sozialversicherungen und der Sozialhilfe zu fördern und zu koordinieren (Müller de Menezes, 2011, S. 160).

Die IIZ muss weiter gestärkt werden, insbesondere um die Lücke zwischen „krank oder gesund“ zu schliessen.

Der Fokus der Sozialversicherungen muss vermehrt auf den Menschen statt auf der Kostensenkung liegen.

Die Arbeitgeber müssen in ihrem Umgang mit psychisch erkrankten Arbeitnehmern gefördert werden.

6.3.4 Finanzierung der Sozialhilfe

Weil die Anzahl der Sozialhilfebeziehenden dem Bevölkerungswachstum entsprechend gestiegen ist, ist die Sozialhilfequote der Schweiz gleich wie in den letzten Jahren. In den absoluten Zahlen beziehen jedoch mehr Menschen Sozialhilfe, wodurch auch die Ausgaben der Sozialhilfe gestiegen sind (Knöpfel, 2016, S. 12). Der Grund ist, dass die Sozialhilfe keine Finanzierungsmechanismen wie die Sozialversicherungen hat, sondern über die Einnahmen der Steuern finanziert werden muss. Bei sinkenden Steuereinnahmen und wachsenden Ausgaben müssen Sparprogramme lanciert werden. Die Sparprogramme betreffen dann in erster Linie die Sozialhilfe (ebd.). In der Sozialhilfe kann auf verschiedenen Wegen gespart werden, wobei die Kürzung der materiellen Hilfeleistungen die offensichtlichste Form ist. Sparmassnahmen können auch in Form von verschärften Eintrittsbedingungen, durch Verkürzung der Bezugsdauer, durch Beschleunigung des Abgangs, durch Einengung des Bezugskreises, durch Einschränkung der Leistungen und durch einen Ausbau der Sanktionsmöglichkeiten bei Fehlverhalten verschärft werden (Knöpfel, 2004, S. 29). Gesamtgesellschaftlich gesehen kann dies nicht funktionieren, da die hilfebedürftigen Menschen trotz Sparmassnahmen bestehen bleiben.

Knöpfel schlägt daher ein faires Lastenausgleichssystem zwischen den Kantonen und Gemeinden vor. Beispielsweise können die Budgets der Fallzahlen entsprechend gesteuert werden (Knöpfel, 2016, S. 12). Erst durch eine stabile Finanzierung der Sozialhilfe können die oben genannten Handlungsempfehlungen durchgeführt werden.

Die Sozialhilfe braucht eine stabile, finanzielle Basis, damit die Ziele der Sozialhilfe, der Sozialarbeit und der Sozialpolitik erreicht werden können.

7 Fazit

7.1 Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellung

Psychische Erkrankungen zeigen sich in vielen verschiedenen Formen und Auswirkungen, weshalb eine allgemeine Definition schwierig ist. Zu den häufigsten Störungsbildern gehören Angststörungen, Depressionen, psychotische Störungen und somatoforme Störungen. Für die Entstehung von psychischen Erkrankungen gibt es verschiedene Erklärungsmodelle. In den biopsychosozialen Erklärungsmodellen wird die Erkrankung multifaktoriell betrachtet. Das bedeutet, dass biologische, psychische und soziale Faktoren in deren Wechselwirkung eine Erkrankung verursachen können. In der Sozialhilfe sind 35 % von den Sozialhilfebeziehenden in einem arbeitsfähigen Alter mittelgradig bis schwer psychisch erkrankt. In der Sozialhilfe hat in den letzten Jahrzehnten ein Paradigmawechsel von einer fürsorgenden zu einer aktivierenden Sozialhilfe stattgefunden, wobei die Eigenverantwortung und die Gegenleistung betont wird. Bei Sozialhilfebeziehenden mit psychischer Erkrankung kann dies zu Überforderung führen. Sie sind häufig nicht in der Lage, den Auflagen und Pflichten nachzukommen, was wiederum zu Sanktionierungen führen kann. Eine Sanktionierung wiederum kann eine Abwehr- oder Verweigerungsreaktion hervorrufen und bei einer tatsächlich vorhandenen psychischen Erkrankung diese verstärken. Wenn die Krankheit nicht bemerkt wird, besteht die Gefahr, dass das Problem auf die Unvermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt reduziert wird und die Betroffenen finanziell alimentiert werden, aber von den weitergehenden Leistungen der Sozialhilfe nicht profitieren können. Im Geflecht von Regeln und Normen droht die persönliche Sozialhilfe und somit auch das Individualisierungsprinzip unterzugehen. Die knappen finanziellen Möglichkeiten durch die Sozialhilfe können sich auf den gesundheitlichen Zustand auswirken. Die Stigmatisierung einerseits als psychisch erkrankter Mensch und andererseits als Sozialhilfebeziehender erschwert die Situation zusätzlich.

Die Herausforderung der Sozialarbeit liegt in der Bearbeitung von Spannungsfeldern, welche durch die drei verschiedenen Mandate der Sozialen Arbeit verursacht werden. Der zunehmende Effizienz- und Spardruck führt dazu, dass privatwirtschaftliche Steuerungsmodelle zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung auf die Soziale Arbeit übertragen werden. Es besteht die Gefahr, dass eines der Mandate, namentlich das Mandat der Gesellschaft und Organisation, dominiert. Mit der aktivierenden Sozialhilfe und dem Spardruck steigt auch der Druck, jeden einzelnen Sozialhilfebeziehenden wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Die Sozialhilfebeziehenden von arbeitsmarktlichen Integrationsprogrammen „in Ruhe zu lassen“, ist für die Sozialarbeitenden kaum zu legitimieren. Eine vom SECO (2009) durchgeführte Studie zeigt jedoch auf, dass für einen Grossteil der Sozialhilfebeziehenden die Erwerbsarbeit ein Privileg darstellt. Angesicht dieser aussichtslosen Situation haben die Sozialarbeitenden je nach Sozialdienst nur beschränkt die Möglichkeit, den Integrationsdruck zu senken. Der Integrationsdruck wird durch die öffentliche Wahrnehmung vom Sozialhilfebeziehenden als „homo

oeconomicus“ gefördert. Die Sozialhilfebeziehenden werden als rational denkende Menschen dargestellt, welche nach dem grösstmöglichen Nutzen mit dem geringstmöglichen Aufwand streben. Dabei wird verkannt, dass die Erwerbsarbeit wichtige soziale Bedürfnisse wie Identifikation, Anerkennung und soziale Teilhabe befriedigt.

Aufgrund dieser Problembeschreibung, -analyse und -bewertung lässt sich die Fragestellung folgendermassen beantworten:

Wie können Sozialarbeitende für den Umgang mit Sozialhilfebeziehenden bei einem Verdacht auf eine psychische Erkrankung sensibilisiert werden?

Der Begriff „Sensibilisierung“ meint in Bezug auf die Fragestellung den Prozess, in welchem die Sozialarbeitenden in den Sozialdiensten befähigt werden, psychische Erkrankungen zu erkennen und geeignete Lösungsmöglichkeiten zu finden. Auf der Mikroebene, also in der direkten Klientenarbeit, ist eine biopsychosoziale Problemerkennung und -analyse grundlegend. Die Entstehung von psychischen Erkrankungen ist multifaktoriell bedingt. Erst durch eine tiefgründige und ausführliche Problemanalyse können Faktoren erkannt werden, welche einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Eine personenzentrierte und ressourcenorientierte Sozialarbeit soll eine individualisierte, persönliche Sozialhilfe ermöglichen. Gerade bei psychisch erkrankten Menschen, welche aufgrund der Krankheit arbeitsunfähig sind, ist der Fokus auf der Verbesserung der Lebensqualität wichtig. Mit dem Verlust der Arbeit geht auch ein Teil der Identität, der Anerkennung und die Möglichkeit der Selbstverwirklichung verloren. Mit dem Fokus auf der Lebensqualität sollen diese Bedürfnisse ausgeglichen werden. Das Wissen über die Spannungsfelder in der Sozialhilfe kann die Sozialarbeitenden entlasten und zu einem bewussten Umgang damit führen, wodurch die Ermessensspielräume entsprechend genutzt werden können.

Gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen sind nur möglich, wenn sie auf der persönlichen Ebene aber auch auf der Ebene von Gruppen, der Gemeinschaft und der Gesellschaft passieren. Auch in dieser Thematik ist ein sensibilisierter Umgang von Sozialarbeitenden nur möglich, wenn Veränderungen auf der Ebene der Organisation (Mesoebene) und auf der Ebene der Gesellschaft (Makroebene) geschehen.

Strukturelle Bedingungen wie gewisse Abläufe, vorhandene Ressourcen aber auch vorherrschende Menschenbilder, Entscheidungskompetenzen, Ermessensspielräume und Fallbelastungen haben entscheidende Einflüsse auf die konkrete Arbeit mit Sozialhilfebeziehenden. Wie im Berufskodex der Sozialen Arbeit aufgeführt ist, ist es die Verpflichtung der Sozialen Arbeit, mit fachlichen Argumenten gegen hinderliche strukturelle Rahmenbedingungen vorzugehen. Eine Möglichkeit ist es, mit wissenschaftlichen und berufsethischen Argumenten aufzuzeigen, unter welchen Bedingungen eine Professionelle Sozialarbeit geleistet werden kann und wo die Grenzen liegen. Dabei soll ebenfalls aufgezeigt

werden, welche wichtigen Leistungen bereits von der Sozialarbeit in der Sozialhilfe erbracht werden. Denn in der öffentlichen wie auch in der politischen Wahrnehmung wird unter der Sozialhilfe lediglich die finanzielle Existenzsicherung und die Integration in den Arbeitsmarkt verstanden. Die Sozialhilfe ist jedoch nicht mehr das vorübergehende Auffangnetz, sondern vielmehr ein wichtiger Bestandteil des schweizerischen Sozialversicherungssystems, welche eine längerfristige Unterstützung darstellt. Auf diese veränderte Rolle der Sozialhilfe im Sozialversicherungssystem muss aufmerksam gemacht werden.

Durch Weiterbildungen, Supervisionen und Intervisionen kann der Umgang mit Sozialhilfebeziehenden bei einem Verdacht auf psychische Erkrankung sensibilisiert werden. Das Bewusstsein über psychische Erkrankungen soll die Sozialarbeitenden dazu bewegen, sich bei einem Verdacht vertieft mit dem Fall auseinanderzusetzen und Abklärungen zu treffen. Die Aufgabe der Sozialarbeit ist es dabei nicht, eine Diagnose zu stellen, sondern zur gegebenen Zeit eine Triage an die Ärzteschaft zu veranlassen. Weil die psychische Erkrankung multifaktorielle Ursachen hat, ist die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen sehr wichtig. In der Stadt Zürich sind zum Beispiel psychiatrische Leistungen in das soziale Versorgungsnetz integriert (psychiatrische Sprechstunden in den Sozialdiensten), wodurch psychische Erkrankungen frühzeitig erkannt werden können und Sozialarbeitende fachliche Unterstützung erhalten. Die ärztliche Unterstützung ist vor allem dann notwendig, wenn es um die Frage geht, ob sich die psychische Erkrankung auf die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit auswirkt. Das schweizerische Sozialversicherungssystem ist stark an die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit gebunden. Durch eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen kann vermieden werden, dass die betroffenen Personen zwischen den Leistungsträgern hin- und hergeschoben werden. Die IIZ lanciert bereits erste Projekte, um solche „Drehtüreffekte“ zu vermeiden. Sie muss jedoch weiter gestärkt werden. Wichtig ist es auch, die repressive Haltung von Leistungsträgern (welche mehrheitlich durch Finanzierungsschwierigkeiten verursacht werden) zu senken und das eigentliche Ziel der Versicherungen vor Augen zu halten. Die repressive Haltung der Sozialversicherungen machen sich auch in der Sozialhilfe bemerkbar. Experten sprechen von einer Verschiebung von der IV zur Sozialhilfe, wobei noch keine genaueren Untersuchungen vorhanden sind. Die steigenden Fallzahlen in der Sozialhilfe führen ebenfalls zu Sparmassnahmen in der Sozialhilfe. Die Sparmassnahmen erschweren es den Sozialarbeitenden, die Ziele der Sozialhilfe und der Sozialen Arbeit als Profession zu erreichen. Eine stabile Finanzierung der Sozialhilfe ist notwendig, damit die Leistungen der Sozialhilfe vollumfänglich erbracht werden können.

Durch die genannten Handlungsempfehlungen sollen die bestehenden Kompetenzen der Sozialarbeitenden auf den Sozialdienst verstärkt werden, um bei einem Verdacht auf psychische Erkrankung adäquat handeln zu können.

7.2 Persönliches Fazit

Die Autorin dieser Arbeit führt folglich drei persönliche Erkenntnisse der Bachelorarbeit auf, welche vor allem für die Praxistätigkeit wichtig sind.

1. Sozialarbeitende in den Sozialdiensten aber auch in anderen Bereichen wie beispielsweise auf Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden klagen über fehlende zeitliche Ressourcen. Fehlende zeitliche Ressourcen können ein grosses Hindernis für das eigentliche Ziel der Sozialarbeit und der Sozialhilfe darstellen. Doch es ist gerade die Aufgabe der Sozialarbeitenden in Sozialdiensten, als Experten fachliche Argumente für Veränderungen in den Rahmenbedingungen zu liefern. Die Soziale Arbeit als Profession und Wissenschaft muss klare, evidenzbasierte Fakten bezüglich der Wirksamkeit der Sozialarbeit liefern, um eine grössere Anerkennung in der Öffentlichkeit zu erhalten und als Grundlage für sozialpolitische Entscheidungen dienen zu können.
2. Obwohl die Sozialhilfe durch Gesetze und Normen stark eingegrenzt ist, bestehen trotzdem Ermessens- und Handlungsspielräume. Diese Spielräume sind zu nutzen, um fachlich begründet Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln.
3. Die Sozialhilfe hat meist öffentliche Träger, wodurch die Gefahr besteht, dass die Interessen und Ziele der Trägerorganisation vorrangig verfolgt werden. Die Sozialarbeit ist jedoch einem Tripelmandat unterstellt. Das dritte Mandat der Profession liefert Argumente, um bei Spannungen oder Konflikten zwischen den ersten beiden Mandaten zu vermitteln.

7.3 Ausblick

Die Sozialhilfe ist und wird auch im Hinblick auf die Sparmassnahmen ein oft diskutiertes Thema bleiben. Trotzdem sind nur wenige Studien in diesem Themenfeld vorhanden. Folgende Themen können sich für weiterführende Arbeiten eignen:

- » Bei der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf der Phase, wenn die Sozialhilfebeziehenden noch keine klare Diagnose haben. Eine weitere Möglichkeit wäre es, den Fokus auf die Sozialarbeit mit Sozialhilfebeziehenden zu legen, wenn eine Diagnose besteht. Dabei kann beispielsweise auf eine bestimmte psychische Erkrankung eingegrenzt werden.
- » In einer Literatuarbeit kann die Bedeutung vom Paradigmawechsel von „Welfare to Workfare“ in der Sozialhilfe untersucht werden.
- » Mit einer Forschungsarbeit kann untersucht werden, inwiefern Sozialarbeitende in Sozialdiensten in Bezug auf psychisch erkrankte Sozialhilfebeziehende sensibilisiert sind.

8 Quellen- und Literaturverzeichnis

- Aeppli, Daniel C., & Ragni, Thomas (2009). *"Ist Erwerbsarbeit für Sozialhilfebezüger ein Privileg?": Welche Sozialhilfebezüger finden in der Schweiz eine dauerhafte Erwerbsarbeit? : welche Wirkung entfaltet auf Reintegration zielende Sozialhilfe? : Analyse der Einflussfaktoren der kurz- und mittelfristigen Wiedereingliederungschancen in den ersten Arbeitsmarkt von Neuzugängern in die Sozialhilfe der Jahre 2005 und 2006*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Alabor, Camilla (2015, 19.Juni). „Nach IV-Nein: Jeder Sechste lebt von Sozialhilfe“. SRF News. Gefunden unter <https://www.srf.ch/news/schweiz/nach-iv-nein-jeder-sechste-lebt-von-sozialhilfe>
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- AvenirSocial (2012). *Integrationsprogramme in der Sozialhilfe: Die Position von AvenirSocial*. Gefunden unter http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/PositionnementIntegration_AvenirSocial.2012_D.pdf
- AvenirSocial (2014). *Sanktionen in der Sozialhilfe. Die Position von AvenirSocial*. Gefunden unter http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/Sanktion_AvenirSocial_2014.pdf
- AvenirSocial (2015). *Was ist gute Soziale Arbeit?* Gefunden unter http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/AG_Qualitaet_DEF_D.pdf
- Baer, Niklas (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In Katharina Meyer (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 211- 230). Bern: Huber.
- Baer, Niklas (2011). *"Schwierige" Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche : eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, Niklas (2012). Was ist schwierig bei der Integration von „schwierigen“ Mitarbeitenden? *Pro mente sana*, 2012 (1), 10-12.
- Bandelow, Browin (2010). *Wenn die Seele leidet. Psychische Erkrankungen: Ursachen & Therapien*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Briner, David (2012). Das Modell der Stadt Zürich: Integrierte soziale und psychiatrische Hilfe. *Pro mente sana*, 2012 (3), 22-23.
- Briner, David (2017, 15. März). *Soziale Sicherheit und Gesundheit- von der Theorie zur Praxis in der Stadt Zürich*. Vortrag gehalten an der Fachtagung von pro mente sana.
- Brusa, Elke (2017). *Einführung in die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. Unveröffentlichte Präsentation. Hochschule Luzern- Soziale Arbeit.

- Bucher, Frances & Goldstein, Branka (2012, 21. Sept.). Die Sozialhilfe muss sich den Menschen anpassen. *Pro Mente Sana Aktuell*, 2012 (3), 16-17.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2015). Psychische Gesundheit in der Schweiz. *Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]. (2011). *Faktenblatt. Die IV-Revision 6a*. Gefunden unter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/reformen-revisionen/iv-revision-6a.html>
- Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]. (2014). *Invalidenversicherung: Zahlen und Fakten 2014. Verlagerung von der IV zur Sozialhilfe?* Gefunden unter <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/39199.pdf>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2013). Schweizerisch Gesundheitsbefragung 2012. *Übersicht*. Neuenburg: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2016). Schweizerische Sozialhilfestatistik 2015. *Sozialhilfequote unverändert bei 3.2%*. Neuenburg: Autor.
- Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend der Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht).
- Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG).
- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG).
- Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).
- Eichhorn, Martin (2012). Sozialhilfe mit psychiatrischer Unterstützung. *Pro mente sana*, 2012 (3), 18-19.
- Eser, Davolio Miryam, Guhl, Jutta, & Rotzetter, Fabienne (2013). *Erschwerte Kooperation in der Sozialhilfe. Sozialarbeitende im Spannungsfeld von strukturellen Rahmenbedingungen und Professionalität*. Basel: edition gesowip.
- Goldstein, Branka & Bucher, Frances (2012). Die Sozialhilfe muss sich den Menschen anpassen. *Pro mente sana*, 2012 (3), 16-17.
- Hammer, Matthias, & Plößl, Irmgard (2015). *Irre verständlich: Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen*. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Häfeli Christoph (2008). Prinzipien der Sozialhilfe. In Karin Anderer, Cornelia Breitschmid, Claudia Hänzi,

Peter Mösch Payot, Christoph Rüegg, Urs Vogel, Peter Voll & Christoph Häfeli (Hrsg.), *Das Schweizerische Sozialhilferecht. Rechtsgrundlagen und Rechtsprechung* (S. 66-85). Luzern: Interact.

Heise, Dr. med. Herbert (2008). „Das ist in einem gewissen Sinne ein trauriges Leben“. *ZESO*, 2008 (4), 4-6.

Heise, Dr. med. Herbert (2011, 26. Mai). *Psychisch krank in der Sozialhilfe – ein Spannungsfeld*. Referat gehalten an der Mitgliederversammlung der SKOS in Baden.

Heusser, Pierre (2012). Der Rechtsschutz in der Sozialhilfe muss gestärkt werden. *Pro mente sana* 2012 (3), 9-11.

Hochuli, Susanne (2011, 26. Mai). *Grussbotschaft und Referat*. Referat gehalten an der Mitgliederversammlung der SKOS in Baden.

ICD.Code (2017). *ICD-10*. Gefunden unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>

Ihre-Scholl, Thomas (2017, 15. März). *Bedeutung von Arbeit für die psychische Gesundheit*. Vortrag gehalten an der Fachtagung von pro mente sana.

Kehrli, Christin & Knöpfel Carlo (2006). *Handbuch Armut in der Schweiz*. Luzern: Caritas-Verlag.

Knöpfel Carlo (2004). Sparen in der Sozialhilfe: soziale Existenzsicherung in Gefahr. *Rote Revue: Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur*, 2004, 28-31.

Knöpfel, Carlo & Villiger, Simone (2009). *Armut macht krank. Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen*. Luzern: Caritas-Verlag.

Knöpfel, Carlo (2016). Die Zukunft der Sozialhilfe. Balanceakt zwischen Auftrag, finanziellen Ressourcen und Personal. *SozialAktuell*, 2016 (7), 10-13.

Koch, Martina & Canonica Alan (2012). Gegenleistungspflicht in der Sozialhilfe bei psychisch beeinträchtigten Menschen. *Pro mente sana*, 2012 (3), 26-27.

Köpfl, Georges (2012). Vertrauen aufbauen- Druck abbauen. *Pro mente sana* 2012 (3), 24-25.

Kutzner, Stefan (2009a). Klientensegmentierung: was ist das? Unser Forschungsgegenstand. In Stefan Kutzner, Ueli Mäder, Carlo Knöpfel, Claudia Heinzmann & Daniel Pakoci, *Sozialhilfe in der Schweiz* (S. 11-22). Zürich: Rüegger Verlag.

Kutzner, Stefan (2009b). Sozialhilfe und Ausschluss. In Stefan Kutzner, Ueli Mäder, Carlo Knöpfel, Claudia Heinzmann & Daniel Pakoci, *Sozialhilfe in der Schweiz* (S. 163-175). Zürich: Rüegger Verlag.

Kutzner, Stefan (2009c). Die Hilfe der Sozialhilfe: integrierend oder exkludierend? Menschenwürde und Autonomie im Sozialhilfewesen. In Stefan Kutzner, Ueli Mäder, Carlo Knöpfel, Claudia Heinzmann & Daniel Pakoci, *Sozialhilfe in der Schweiz* (S. 25-59). Zürich: Rüegger Verlag.

Lüthy, Christoph (2014). *Die IVG-Revision 6a*. Gefunden unter https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Wissen/Rechtliche_Themen/Die_IVG-Revision_6a.pdf

Müller de Menezes, Rahel (2012). *Soziale Arbeit im Spannungsverhältnis von Anwaltschaft, Dienstleistung, Fürsorge und Sanktion: Eine empirische Untersuchungen zu Fallbearbeitungen in der Sozialhilfe*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

NPZ Studien (2017). *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*. Gefunden unter https://studien.npz-hamburg.de/index.php?option=com_content&view=article&id=6

Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit [OECD]. (2014). Forschungsbericht Nr.12/13. *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*. Bern: Autor.

Pärli, Kurt, Hug, Julia, & Petrik, Andreas (2015). *Arbeit, Krankheit, Invalidität: Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte*. Bern: Stämpfli.

Pro informis (ohne Datum). *Invalidenrente der IV*. Gefunden unter <http://www.proinformis.ch/de/subseiten/behindert-was-tun/inhaltsverzeichnis/renten-und-ergaenzungsleistungen.html>

Pro mente sana (ohne Datum). *Krankheitsbilder*. Gefunden unter <https://www.promentesana.ch/de/wissen/psychische-krankheiten/krankheitsbilder.html>

Pro Mente Sana Aktuell (3/2012). *Sozialhilfe und psychische Beeinträchtigung*. Zürich: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana.

Psychosoziale Gesundheit (ohne Datum). *Psychosoziale Gesundheit von Angst bis Zwang. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln*. Gefunden unter <http://www.psychosoziale-gesundheit.net>

Rüegg Christoph (2008). Das Recht auf Hilfe in Notlage. In Karin Anderer, Cornelia Breitschmid, Claudia Hänzi, Peter Mösch Payot, Christoph Rüegg, Urs Vogel, Peter Voll & Christoph Häfeli (Hrsg.), *Rechtsbeziehungen. Rechte und Pflichten der unterstützten Person und der Organe der Sozialhilfe* (S. 23-65). Luzern: Interact.

Schilling, Johannes & Klus, Sebastian (2015). *Soziale Arbeit: Geschichte, Theorie, Profession*. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co.

Schmid, Walter & Brusa Daniela (2015). *Recht der Sozialhilfe*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Luzern.

Schmocker, Beat (2014). *IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar*. Gefunden unter http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_100253-6.pdf

- Schuler, Daniel, Tuch, Alexandre, Buscher, Nathalie, Camenzind, Paul & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2016). *Psychische Gesundheit der Schweiz - Monitoring 2016*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS] (2005). *Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe* (4. überarb. Aufl.). Bern: Autor.
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS] (2011). *Die Kunst des Lebens – psychisch Kranke in der Sozialhilfe*. Gefunden am 1. Feb. 2013, unter http://www.skos.ch/store/pdf_d/schwerpunkte/referate/mv_11/MV_11.pdf
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS] (2016). *SKOS Richtlinien*. Gefunden unter <https://richtlinien.skos.ch/>
- SOCIALInfo (ohne Datum). *Wörterbuch der Sozialpolitik. Sozialhilfe (im engeren Sinne)*. Gefunden unter <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=602>
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia, & Hollenstein, Lea (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit*. Gefunden unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Vom_Doppel-_zum_Tripelmandat.pdf
- Stemmer-Lück, Magdalena (2009). *Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Swiss-bipolar (ohne Datum). *Bipolare Störung*. Gefunden unter <http://swiss-bipolar.ch/bipolare-storungen/>
- Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 (0.810.1).
- Villiger, Simone & Knöpfel, Carlo (2009). *Armut macht krank: Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen*. Luzern: Caritas-Verlag.
- Vogel, Christine (2012). Das Schweizer Sozialhilfe-System. *Pro Mente sana Aktuell*, 2012 (3), 6.
- Vogel Urs (2008). Das Schweizerische Sozialhilferecht. Rechtsgrundlagen und Rechtsprechung. In Karin Anderer, Cornelia Breitschmid, Claudia Hänzi, Peter Mösch Payot, Christoph Rügger, Urs Vogel, Peter Voll & Christoph Häfeli (Hrsg.), *Rechtsbeziehungen. Rechte und Pflichten der unterstützten Person und der Organe der Sozialhilfe* (S. 166-188). Luzern: Interact.
- Wird, Toni (2006). *Habe ich Anspruch auf Sozialhilfe? Rechte, Pflichten und Richtlinien*. Zürich: Beobachter.

Wolffers, Felix (2015, Mai). Die Sozialhilfe widerspiegelt die gesellschaftlichen Entwicklungen. SKOS Jahresbericht 2015, 2015, 5-6.