



# **Soziale Arbeit in der Psychiatrie**

**Eine qualitative Forschungsarbeit für die Austrittsplanung von  
Menschen mit einer depressiven Erkrankung nach einer  
Fürsorgerischen Unterbringung**

Leila Cheryl Hayoz

August 2018

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern

Soziale Arbeit

**Bachelor-Arbeit**  
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**  
Kurs **TZ 2013-2018**

**Leila Hayoz**

**Soziale Arbeit in der Psychiatrie**

**Eine qualitative Forschungsarbeit für die Austrittsplanung von Menschen mit einer depressiven Erkrankung nach einer Fürsorgerischen Unterbringung**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2018 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 zukünftige Sozialarbeiterin mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stösst und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2018

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## Abstract

Der Schritt aus einer psychiatrischen Klinik, nach einer selbst- oder fremdinitiierten Hospitalisation, ist für psychisch kranke Personen beschwerlich und gleichzeitig richtungsweisend. Nicht selten entscheidet dieser Übergang über eine gelingende Zukunft oder einen Rückfall ins stationäre Setting. Diese Forschungsarbeit zeigt anhand von Expertinnen- und Experteninterviews auf, wie Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den Austritt von depressiv erkrankten Personen nach einer Fürsorgerischen Unterbringung planen. Aufgrund der gewonnenen Forschungsergebnisse werden Handlungsempfehlungen für die Praxis formuliert.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die ambulante Vernetzung und der Ressourcenorientierte Ansatz von grosser Bedeutung sind. Die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter versuchen, mit den Betroffenen bereits vor dem Austritt eine Tagesstruktur zu erarbeiten, damit ein Rückfall verhindert werden kann. Methodik und Modelle haben gemäss den Forschungsergebnissen keinen hohen Stellenwert in der Praxis. Aus diesem Grund zeigt diese Bachelor-Arbeit auf, warum das bio-psycho-soziale Modell für die Arbeit mit depressiven Personen von Bedeutung ist. Abschliessend werden aufgrund der qualitativ erhobenen und induktiv ausgewerteten Interviewdaten praktische Empfehlungen für die Klinische Sozialarbeit formuliert.

## Dank

An dieser Stelle bedanke ich mich bei meiner Familie, meinen Freundinnen und Freunden, die mich inhaltlich und seelisch während dieser Bachelor-Arbeit unterstützt haben. Ein besonderes Dankeschön geht an meine zwei hilfsbereiten und immer unterstützenden Kommilitoninnen, an meine beste Freundin und meinen Freund. Ein spezielles Dankeschön geht an meine beiden Patenkinder Amélie und Matteo, die während der Endphase dieser Arbeit das Licht der Welt erblickten und mir grosse Freude in dieser stressigen Zeit bereiteten.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	I
Dank.....	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage und Bezug zur Sozialen Arbeit .....	1
1.2 Forschungsgegenstand und Fragestellungen .....	3
1.3 Persönliche Motivation und Ziele der Arbeit.....	4
1.4 Berufsrelevanz, Adressatinnen und Adressaten der Arbeit .....	4
1.5 Aufbau der Arbeit .....	5
<b>2. Gesundheit und Depressionen .....</b>	<b>6</b>
2.1 Gesundheit.....	7
2.1.1 Die Salutogenese .....	8
2.1.2 Resilienz .....	9
2.2 Erläuterungen über die depressive Erkrankung .....	9
2.2.1 Diagnoseinstrument ICD-10.....	10
2.2.2 Symptome einer depressiven Erkrankung.....	12
2.3 Fazit .....	13
<b>3. Klinische Sozialarbeit .....</b>	<b>15</b>
3.1 Die Soziale Arbeit .....	15
3.2 Die Klinische Sozialarbeit .....	16
3.3 Austrittsplanung durch die Klinische Sozialarbeit .....	20
3.3.2 Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell .....	22
3.3.3 Die Soziale Diagnostik .....	26
3.3.4 Ressourcenorientierte Soziale Arbeit .....	32
3.4. Fazit.....	34
<b>4. Die Fürsorgerische Unterbringung.....</b>	<b>35</b>
4.1 Erwachsenenschutz .....	36
4.2 Erläuterungen und Massnahmen über die Fürsorgerische Unterbringung .....	37

4.3 Die Zuständigkeit .....	38
4.4 Die Entlassung .....	39
4.5 Austrittsplanung nach einer Fürsorgerischen Unterbringung .....	39
4.6 Aktuelle Pressemeldungen über die Fürsorgerische Unterbringung .....	40
4.7 Bericht des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums über die Fürsorgerische Unterbringung Februar 2018 .....	43
4.8 Fazit .....	44
<b>5. Beantwortung der Theoriefrage .....</b>	<b>45</b>
<b>6. Forschungsdesign .....</b>	<b>46</b>
6.1 Die Forschungsfrage .....	46
6.2 Mögliche Interviewpartnerinnen und -partner .....	47
6.2.1 Betroffene Personen mit einer depressiven Erkrankung .....	47
6.2.2 Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter .....	48
6.3 Auswahl der Psychiatrischen Kliniken .....	48
6.4 Zugang zum Feld .....	49
6.5 Beschreibung der Stichprobe .....	49
6.6 Datenerhebung .....	49
6.6.1 Die Leitfadententwicklung .....	50
6.6.2 Durchführung der Interviews .....	50
6.6.3 Die Datenauswertung .....	50
<b>7. Forschungsergebnisse .....</b>	<b>51</b>
7.1 Kategorien und Unterkategorien .....	52
7.1.1 Die Austrittsplanung .....	52
7.1.2 Depressionen .....	56
7.1.3 Die Fürsorgerische Unterbringung infolge Selbstgefährdung .....	58
7.1.4 Die Klinische Sozialarbeit .....	60
<b>8 Diskussion der Forschungsergebnisse .....</b>	<b>66</b>
8.1 Die Austrittsplanung .....	66
8.2 Depressionen .....	67
8.3 Die Fürsorgerische Unterbringung infolge Selbstgefährdung .....	68
8.4 Die Klinische Sozialarbeit .....	68
8.5 Erklärung des bio-psycho-sozialen Modells für die Austrittsplanung .....	70
<b>9. Schlussfolgerungen .....</b>	<b>72</b>
9.1 Beantwortung der Forschungsfrage .....	73
9.2 Handlungsempfehlungen für die Profession und die Praxis .....	74
9.3 Persönliche Stellungnahme .....	76



9.4 Ausblick .....	76
10 Literatur- und Quellenverzeichnis .....	78
Anhang A: Leitfadeninterview.....	VII

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung Titelblatt: [https://www.alpintouren.com/de/touren/wandern-  
/tourbeschreibung/fotos\\_25970.html](https://www.alpintouren.com/de/touren/wandern-/tourbeschreibung/fotos_25970.html)

Abbildung 1: Inhaltliche Bestimmungen von Gesundheit .....	8
Abbildung 2: Klassifikation affektiver Störungen .....	11
Abbildung 3: Klassifikation affektiver Störungen .....	11
Abbildung 4: Das Modell der funktionalen Gesundheit .....	12
Abbildung 5: Hierarchie in der Psychiatrie .....	17
Abbildung 6: Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell .....	26
Abbildung 7: Erfassung der Sozialen Diagnose mit Hilfe des bio-psycho-sozialen Modells .....	29
Abbildung 8: Ablaufschema Diagnose .....	30
Abbildung 9: Die Kooperative Prozessgestaltung FHNW .....	31
Abbildung 10: Voraussetzungen für eine Fürsorgerische Unterbringung .....	38

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leitfaden für die Austrittsplanung .....	20
Tabelle 2: Biopsychosoziale Bedürfnisseebenen .....	25
Tabelle 3: Schritte der Kooperativen Prozessgestaltung .....	32
Tabelle 4: Kategorien und Unterkategorien für die Datenauswertung.....	52

## Abkürzungsverzeichnis

ALV	Arbeitslosenversicherung
BV	Bundesverfassung der schweizerischen Eidgenossenschaft
CM	Case Managerin / Case Manager
FHNW	Fachhochschule Nordwestschweiz
FU	Fürsorgerische Unterbringung
FU i.e.S.	Fürsorgerische Unterbringung im engeren Sinne
FU i.w.S.	Fürsorgerische Unterbringung im weiteren Sinne
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems (Die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Modell der funktionalen Gesundheit)
IV	Invalidenversicherung
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KK	Krankenkasse
KTG	Krankentaggeldversicherung
OBSAN	Gesundheitsobservatorium
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
SA	Sozialarbeit
SD	Sozialdienst
UPK	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

## 1. Einleitung

Die Einleitung stellt anhand aktueller Beispiele die Ausgangslage des gewählten Forschungsthemas dar. Abgeleitet aus der Ausgangslage ergibt sich die Zielsetzung dieser Bachelor-Arbeit. Daraus wird die Theorie-, die Forschungs- und die Praxisfrage abgeleitet. Es folgen Erläuterungen zur Berufsrelevanz. Abschliessend wird der Aufbau dieser Bachelor-Arbeit aufgezeigt.

### 1.1 Ausgangslage und Bezug zur Sozialen Arbeit

Die Gesundheit prägt unser Leben auf eine Art und Weise wie kaum etwas anderes. Bereits Arthur Schopenhauer stellte im 17. Jahrhundert fest: «Besonders überwiegt die Gesundheit alle äusseren Güter so sehr, dass wahrlich ein gesunder Bettler glücklicher ist, als ein kranker König» (Aphorismen, Zitate, Sprüche und Gedichte, ohne Datum).

Die Gesundheit ist ein kostbares Gut. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass depressive Erkrankungen bis im Jahre 2020 an zweiter Stelle der Hauptursachen stehen, warum Menschen frühzeitig sterben (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, 2016).

Das Risiko, einmal im Leben in der Schweiz an einer affektiven Störung zu erkranken, zu welcher auch Depressionen zählen, beträgt beängstigende 20% (Niklas Baer, Daniela Schuler, Sylvie Füglistler-Dousse & Florence Moreau-Gruet, 2013, S. 10).

Depressionen werden oft als «die tödliche Krankheit» bezeichnet. Sie sind die häufigste Ursache für einen Suizid. In der Schweiz werden pro Jahr zwischen 10`000 und 15`000 Suizidversuche gezählt (Luigi Jorio, 2017). Hinter 70% der Suizidversuche liegt eine Depression (Suizidproblemland Schweiz, 2012).

Diese aktuellen Zahlen zeigen, dass das Thema rund um affektive Störungen ausserordentlich wichtig ist für die Soziale Arbeit.

Die Schweiz hat mit dem Erwachsenenschutzrecht eine Rechtsnorm geschaffen, welche Personen schützen soll, die aufgrund einer psychischen Störung ein nicht mehr menschenwürdiges Leben führen können. Das heisst, sie haben die Fähigkeit nicht

mehr, lebensnotwendige Aufgaben zu übernehmen und ihre Grundbedürfnisse zu stillen. Wenn ein Verdacht entsteht, dass eine Person psychisch krank ist und eventuell einen Suizid plant, greift diese Rechtsnorm. Kommen Ärztinnen und Ärzte oder Behördenmitglieder zum Schluss, dass diese Person durch ihre psychische Erkrankung stark hilfsbedürftig ist und effektiv nicht mehr für sich selber sorgen kann, kann sie gegen ihren Willen, zu ihrem Schutz, in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden. Leidet diese Person an Depressionen, erfolgt die Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik.

Bereits diese kurze Einführung zeigt, wie kontrovers diese Rechtsnorm ist. Denn ein solcher Eingriff, unter Zwang und gegen den Willen einer Person, hinterlässt in der Persönlichkeit tiefe Wunden. Die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, die ihre Klientinnen und Klienten stärken und befähigen möchte, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, muss im Diskurs rund um dieses Thema aktiv sein.

In einer psychiatrischen Klinik wird interprofessionell gearbeitet. Aufgrund der Annahme, dass der Mensch ein bio-psycho-soziales Wesen ist und Gesundheit aus verschiedenen Dimensionen besteht, ist es zwingend, dass verschiedene Professionen in einer solchen Institution vertreten sind (Helmut Pauls, 2013a, S. 19). Die Klinische Sozialarbeit (SA) ist eine davon. Sie plant interprofessionell und gemeinsam mit den Betroffenen die Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt, sei dies aufgrund einer Fürsorgerischen Unterbringung (FU) oder dass eine Person freiwillig in die Klinik eingetreten ist.

Der Gesetzgeber verankerte mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht ab 2013, dass die Nachbetreuung nach einem fürsorgerischen Aufenthalt geregelt sein muss (Art. 437 ZGB). Damit soll verhindert werden, dass eine Person, die aus einem stationären Aufenthalt entlassen wurde, innerhalb kurzer Zeit wieder in die Institution eintreten muss (Walter Noser & Daniel Rosch, 2014, S. 103-104). Diese Gegebenheit wird als «Drehtüren Psychiatrie» bezeichnet und ist für die Institution wie auch für Betroffene belastend.

Die Forschung zeigt, dass depressive Erkrankungen bei der Mehrzahl der Erkrankten einen chronischen (rezidivierenden) Verlauf haben. Das heisst, die Krankheit kehrt,

auch nach längerer Abwesenheit, immer wieder zurück (Baer et al., 2013, S. 10). Dies bekräftigt die Tatsache, dass eine solide und gelingende Nachbetreuung überaus wichtig ist.

Eine gelungene und nachhaltige Nachbetreuung schützt die Betroffenen vor weiteren tiefgreifenden Eingriffen in die Persönlichkeit.

Aufgrund der dargestellten Ausgangslage will diese Forschungsarbeit die folgenden Fragestellungen behandeln.

## 1.2 Forschungsgegenstand und Fragestellungen

Wie aufgezeigt, weist das Thema rund um die Austrittsplanung aus einer FU eine grosse individuelle sowie gesellschaftliche Wichtigkeit auf. Die Literaturrecherchen zeigten, dass zu den Themen Depressionen, FU und Klinische SA diverse Literatur vorhanden ist. Zur konkreten Austrittsplanung durch die Klinische SA nach einer FU von depressiven Personen konnte keine entsprechende Fachliteratur aufgefunden werden.

Aus diesem Grund zeigen die Ergebnisse der Forschungsfrage auf, wie Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den Austritt in der Praxis konkret planen. Die vorhandene Literatur gibt einen Einblick in die depressive Erkrankung und auf das Leben nach dem stationären Aufenthalt. Weiter wird die Klinische SA von verschiedenen Seiten beleuchtet. Im Zentrum steht die Austrittsplanung. Die FU wird in Bezug auf den Austritt theoretisch erklärt.

Aus den Recherchen der Theorie und der durchgeführten Forschung werden für die Praxis neue praktische Zusammenhänge abgeleitet.

Folgende Fragen werden in dieser Forschungsarbeit beantwortet:

### Theoriefrage:

Welche Grundlagen über depressive Erkrankungen, Klinische Sozialarbeit und Fürsorgerische Unterbringung sind für die Austrittsplanung relevant?

### Forschungsfrage:

Wie planen Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den Austritt von Menschen mit einer depressiven Erkrankung aus einer Fürsorgerischen Unterbringung?

### Praxisfrage:

Welche Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen lassen sich für die Professionellen der Sozialen Arbeit aus der Forschungsfrage ableiten?

## 1.3 Persönliche Motivation und Ziele der Arbeit

Die Autorin kennt aus dem persönlichen Umfeld Personen, bei denen die Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt in einer Psychiatrie nicht ausreichend geplant war. Die verschiedenen Problemlagen, die sich während der Hospitalisierung verbesserten, kehrten so nach Austritt rasch zurück und ein erneuter Aufenthalt wurde zwingend nötig. Die Autorin konnte dadurch erkennen, welche wichtige Funktion die Klinische SA bei der Austrittsplanung hat. Aufgrund der erwähnten Vorfälle, stellte sie die Hypothese auf, dass bei der Austrittsplanung Verbesserungspotenzial besteht. Die Autorin interessierte sich bereits während des Studiums für verschiedenste juristische Begrifflichkeiten und psychiatrische Krankheitsbilder. Diese persönlichen Interessen im Zusammenhang mit der im Kapitel 1.1 dargestellten Ausgangslage haben die Autorin dazu veranlasst, eine Forschungsarbeit über dieses Thema zu schreiben. Somit ist das Ziel dieser Bachelor-Arbeit zu erforschen, **wie die Klinische Sozialarbeit die Austrittsplanung bei Menschen mit Depressionen langfristig wirkungsvoll gestalten kann.**

## 1.4 Berufsrelevanz, Adressatinnen und Adressaten der Arbeit

Wie im Kapitel 1.1 beschrieben, steigt die Zahl der psychisch erkrankten Personen stetig. Dies zeigt sich auch in der Praxis der Sozialen Arbeit. In beinahe allen Arbeitsfeldern sind psychische Erkrankungen ein wichtiges Thema und aus der



täglichen Arbeit nicht mehr wegzudenken. Die SA übernimmt dadurch eine wichtige Rolle, die Betroffenen in diversen Lebenslagen zu unterstützen.

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz AvenirSocial (2014) proklamiert Partizipation, Integration und Ermächtigung als wichtige Grundwerte der SA (S. 9). Durch eine gelungene Austrittsplanung können die Betroffenen unterstützt und diese Ziele erreicht werden. Daher schätzt die Autorin die Berufsrelevanz dieser Forschungsarbeit als hoch ein.

Diese Forschungsarbeit lädt primär alle Professionellen der SA ein, die Interesse daran haben, wie die Austrittsplanung aus einer psychiatrischen Klinik nachhaltig geplant werden kann. Speziell richtet sich diese Bachelor-Arbeit an Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und alle Professionen, die mit Betroffenen den stationären Austritt nachhaltig gestalten wollen.

### 1.5 Aufbau der Arbeit

Der theoretische Teil ist in drei Kapitel gegliedert. Sie dienen dazu, den theoretischen und empirischen Wissensstand über die wichtigsten Grundlagen für die Forschung zu ergründen. Im **Kapitel 2 «Gesundheit und Depressionen»** wird als erstes der Gesundheitsbegriff definiert. Danach folgt die Erläuterung über die «Salutogenese». Da «Resilienz» in der Gesundheitslehre omnipräsent ist, wird dieser Begriff erklärt. Abschliessend folgt die Erklärung über «Depressionen» sowie deren Symptome.

Das **Kapitel 3 «Klinische Sozialarbeit»** definiert die SA als Profession, im Speziellen die Klinische SA. Den Schwerpunkt des Kapitels bildet die «Austrittsplanung». Diese wird unter verschiedenen Aspekten ergründet. Der Schwerpunkt dabei liegt auf dem bio-psycho-sozialen Modell und der Ressourcenorientierung.

Das **Kapitel 4 «Die Fürsorgerische Unterbringung»** rundet den Grundlagenteil über die Austrittsplanung ab. Themen rund um den «Erwachsenenschutz», «Die Fürsorgerische Unterbringung» und «Die Entlassung» aus einer psychiatrischen Klinik stehen im Zentrum.

Im **Kapitel 5 «Beantwortung der Theoriefrage»** wird mit Hilfe der Ausführungen der drei vorangegangenen Theoriekapitel die Theoriefrage beantwortet und in den Forschungsteil übergeleitet.

Das «**Forschungsdesign**» im **Kapitel 6** beschreibt das methodische Vorgehen der Forschung. Es werden zudem die qualitative Erhebung und die Auswertung der Forschung erläutert.

Das Ziel des **Kapitels 7 «Forschungsergebnisse»** ist, die gesammelten Interviewdaten zusammenzufassen und die zentralen Forschungsergebnisse aus den Leitfadeninterviews auszuwerten und detailliert aufzuzeigen.

Das **Kapitel 8 «Diskussion der Forschungsergebnisse»** setzt die Forschungsergebnisse über die Austrittsplanung mit den theoretischen Grundlagen in Bezug. Die Ergebnisse werden verglichen, diskutiert und reflektiert.

Das **Kapitel 9 «Schlussfolgerungen»** rundet diese Forschungsarbeit ab. Es soll einen Überblick über die wichtigsten Erkenntnisse aufzeigen. Die Forschungsfrage wird beantwortet und es werden Handlungsempfehlungen rund um die Austrittsplanung an die SA abgegeben. Ein Ausblick auf weiterführende Forschungsthemen rundet das Kapitel ab.

Im **Kapitel 10** ist das «**Literatur- und Quellenverzeichnis**» vermerkt.

Es folgt nun das erste von drei Kapiteln im theoretischen Teil dieser Forschungsarbeit. Sie sollen die Grundlagen über die Austrittsplanung vermitteln, die für den anschliessenden Forschungsteil wissenswert sind.

## 2. Gesundheit und Depressionen

In der Schweiz fühlen sich rund 60% der Einwohnerinnen und Einwohner voller Energie und Vitalität (Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher & Paul Camenzind, 2016, S. 22). Ein anderer Teil der Bevölkerung, fast 30%, berichtet über Symptome, die einer Depression zugeordnet werden. Sind die Symptome der Erkrankung schwer, ist die freiwillige oder zwangsweise Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik meist die einzige Lösung (Schuler et al., 2016, S. 51). Aufgrund der auftretenden Häufigkeit dieses Krankheitsbilds in der Schweiz wird in dieser Bachelor-Arbeit die Austrittsplanung bei depressiven Personen erforscht.

Hat sich während des Aufenthaltes die gesundheitliche Situation der Betroffenen verbessert, sollte diese nach dem Austritt aufrechterhalten bleiben. Die Grundlagen

über Gesundheit und Depressionen, die für diese Forschungsarbeit wichtig sind, folgen in diesem Kapitel.

Das Kapitel gibt eine Übersicht über den Begriff «Gesundheit». Im Speziellen wird die psychische Gesundheit und Resilienz thematisiert. Des Weiteren folgen Informationen zu verschiedenen in der Medizin und in der SA verwendeten Diagnoseinstrumenten. Als Abschluss folgen Ausführungen über Depressionen und deren Symptome.

## 2.1 Gesundheit

Die Gesundheit ist nach Alexa Franke (2006) ein persönlicher und überaus heterogener Begriff. Demnach gestaltet sich die Definition als schwierig. Da Gesundheit aber auch ein gesellschaftliches Phänomen ist, ist es notwendig, sie zu definieren. Bis heute ist es noch nicht gelungen, eine allgemeingültige Definition zu formulieren (S. 27-28).

Der Gesundheitsbegriff der WHO (WHO, 1946) ist weit verbreitet und definiert Gesundheit in ihrer Verfassung folgendermassen: «Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen».

Der Gesundheitsbegriff entwickelte sich historisch. So stellt Regula Weiss (2003) fest, dass sich die Medizin in früheren Jahren nur an der Pathogenese orientierte. Heute heisst gesund sein, nicht nur nicht an einer Krankheit erkrankt zu sein, sondern es werden neben physischen und psychischen Elementen auch gesellschaftliche Aspekte berücksichtigt (S. 33). Diese sind für die SA überaus relevant.

Für Toni Faltenmaier (2009) ist es offensichtlich, dass die Gesundheit ein multidimensionales Phänomen ist. Sie muss daher auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene verordnet werden. Diese drei Dimensionen müssen dann zu einem Ganzen zusammengefügt werden (S. 50-51).

	<b>körperlich</b>	<b>psychisch</b>	<b>sozial</b>
<b>Befinden</b>	- Wohlbefinden - Stärke	- Wohlbefinden - Stärke	- Wohlbefinden
<b>Aktionspotential</b>	- Handlungsfähigkeit - Leistungsfähigkeit	- Handlungsfähigkeit - Leistungsfähigkeit	- Handlungsfähigkeit - Arbeitsfähigkeit - Leistungsfähigkeit
<b>Fehlen bzw. geringes Ausmass an Störungen</b>	- Beschwerden - Schmerzen - Probleme - Krankheit	- Probleme - Krankheit	- Einschränkungen in Rollenerfüllung - Soziale Abweichung

Abbildung 1: Inhaltliche Bestimmungen von Gesundheit (Faltenmeier, 2009, S. 50)

Diese Definitionselemente sind mit einer Vielzahl von Theorien kongruent. So ist Pauline Boss (2008) überzeugt, dass Gesundheit bedeutet, über körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu verfügen und keinen medizinischen beziehungsweise psychiatrischen Symptomen ausgeliefert zu sein (S. 70). Für Weiss (2013) gibt es noch weitere wichtige gesundheitsfördernde Aspekte. So trägt soziale Stabilität, innerlich und äusserlich befriedigende Arbeit, eine in der Gesellschaft anerkannte Position und soziale Identifikationsmöglichkeiten zur Gesundheit bei (S. 35).

### 2.1.1 Die Salutogenese

Der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky hat in den 70-er Jahren das Konzept der Salutogenese entwickelt. Dieses ist für die SA überaus relevant. Es geht dabei um die Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit. Der Begriff bedeutet demnach das Gegenteil von Pathogenese. Antonovsky entwickelte diese Begrifflichkeit, da Gesundheit kein statischer Befund ist, sondern als dynamischer Prozess verstanden wird.

In der Salutogenetik spielen beim Entstehen einer Krankheit Stressfaktoren eine wichtige Rolle. Diese müssen aber nicht zwingend negativ, also pathologisch sein, sondern können auch neutral oder sogar heilsam sein. Wie die Stressoren wirken, ist individuell und hängt vom Spannungsmanagement der betroffenen Person ab (Peter Büssers, 2009, S. 5-6).

Dario Deloie (2017) stellt fest, dass professionelle Beziehungen in der Klinischen SA im Arbeitsfeld Psychiatrie auf der Orientierung an Salutogenese und Resilienz beruhen. (S.

181). Der Begriff Resilienz wird im Kapitel 2.1.2 erläutert. Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sollten sich bewusst sein, dass es ein Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit gibt. Bei der Salutogenese liegt der Fokus auf den Ressourcen, die einen Menschen stärken und gesund erhalten (S. 181). Diese Ressourcenorientierung hat auch bei der Austrittsplanung einen überaus hohen Stellenwert, wie es die Forschung zeigen wird.

### 2.1.2 Resilienz

Wenn die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit und Krankheit thematisiert wird, ist der Begriff «Resilienz» eng damit verbunden (Deloie, 2017, S. 181). Norbert Rückert (2006) definiert Resilienz als die organische und psychosoziale Widerstandsfähigkeit gegenüber Entwicklungsrisiken. Darunter zählen beispielsweise längere ungünstige Lebenslagen oder akute Krisensituationen (S. 60-61). Resilienz bedeutet, dass eine Person diversen schwerwiegenden Belastungen ausgesetzt sein kann und physisch und psychisch gesund bleibt oder erkrankt. Risiko- und Schutzfaktoren spielen dabei eine wichtige Rolle (Boss, 2008, S. 71).

Falls eine Person psychisch erkrankt, merkt Helmut Pauls (2011) an, leidet sie zwar unter bestimmten Beschwerden, Störungen, Symptomen und Behinderungen, aber sie ist niemals «allgemein» krank. Ein allgemeiner Krankheitsbegriff ist nur für die soziale Kontrolle im Gesundheitswesen und für Krankenversicherungen nötig (S. 89).

### 2.2 Erläuterungen über die depressive Erkrankung

Der Begriff «Depression» ist in der Kategorie der affektiven Störungen einzuordnen. Depressionen sind eine besonders häufige Art von psychischen Störungen. Allen affektiven Störungen gemeinsam ist, dass sie die Stimmungslage eines Menschen verändern und dass sie einen bio-psychologischen und sozialen Charakter aufweisen. Wenn einzig depressive Episoden auftreten, leiden die Betroffenen an einer unipolaren Depression. Diese zeigt sich an einer niedergedrückten, hoffnungslosen, also depressiven Stimmung. Dies führt dazu, dass die Betroffenen wenig Antrieb haben und sich dadurch aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen.

Der Verlauf dieser Krankheit ist oft episodenhaft und rezidivierend. Das heisst, sie kann nach längerer Abwesenheit stetig zurückkehren.

Die Symptome sind vielfältig. Verallgemeinert sind depressive Hauptsymptome bei den Betroffenen erkennbar. Dies sind beispielsweise gedrückte Stimmung, Antriebs- und Energielosigkeit, Freude- und Interessensverlust. Dazu kommen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, verschiedenste Ängste, Selbsthass, Nervosität, Anspannung, Appetitverlust, Schlafstörungen, Schmerzen, Herz-Kreislauf- oder Magendarmprobleme und Suizidalität. Diese Aufzählung ist nicht abschliessend (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), ohne Datum). Wie bereits in der Ausgangslage erwähnt, beträgt das Risiko, einmal im Leben in der Schweiz an einer affektiven Störung zu erkranken, 20%. Je nach soziodemografischen Merkmalen kann das Risiko beträchtlich variieren (Baer et al., 2013, S. 10).

### 2.2.1 Diagnoseinstrument ICD-10

Damit die Kommunikation zwischen den verschiedenen Anspruchs- und Betreuungsgruppen, die mit betroffenen Personen in Kontakt stehen, vereinfacht werden konnte, wurde 1992 von der WHO ein Klassifikationsinstrument für medizinische Diagnosen eingeführt, das International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). In Deutsch: Die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Darin sind alle wichtigen Krankheiten erfasst und in Kategorien eingeteilt. Dieser medizinische Diagnoseschlüssel soll eine einheitliche Übersicht schaffen (S. 212). Pauls (2011) stellt fest, dass dieses Diagnoseinstrument zwar ausschliesslich medizinisch geprägt ist, aber für die SA für die tägliche Arbeit mit verschiedenen Professionen zwingend notwendig ist. Im deutschsprachigen Raum gibt es im Rahmen der Diagnostik Klinischer SA so gut wie keine Klassifikationen. Diese sind erst in Entwicklung (S. 231).

Um eine Diagnose in der ICD-10 erfassen zu können, wird deskriptiv vorgegangen. Es werden im Falle einer Depression Beschwerden, Beschreibungen, Verhaltensweisen und Äusserungen der betroffenen Personen gesammelt. Diese bilden dann die Symptome und Befunde. Wenn verschiedene Symptome kombiniert werden, ergeben sich Syndrome und schlussendlich eine Störung oder eine Krankheit (Hans-Ulrich Wittchen, 2011; zit. in Daniel Deimel & Dario Deloie, 2017, S. 212).

Die affektiven Störungen sind auf der Grundlage des erwähnten Klassifizierungssystems ICD 10 eingeteilt:

<b>F30</b>	<b>Manische Episode</b>	<b>F32</b>	<b>Depressive Episode</b>
F30.0	Hypomanie	F32.0	Leichte depressive Episode
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome	F32.1	Mittelgradig depressive Episode
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F30.8	Sonstige manische Episoden	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet	F32.8	Sonstige depressive Episoden
		F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
<b>F31</b>	<b>Bipolare affektive Störung</b>	<b>F33</b>	<b>Rezidivierende depressive Störung</b>
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode	F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert		
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen		
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet		

Abbildung 2: Klassifikation affektiver Störungen, leicht modifiziert <sup>1</sup>

<b>F34</b>	<b>Anhaltende affektive Störungen</b>
F34.0	Zyklothymia
F34.1	Dysthymia
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen
F34.9	Anhaltende affektive Störungen, nicht näher bezeichnet
<b>F38</b>	<b>Andere affektive Störungen</b>
F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen
F38.8	Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
F38.0	Andere einzelne affektive Störungen
<b>F39</b>	<b>Nicht näher bezeichnete affektive Störung</b>

Abbildung 3: Klassifikation affektiver Störungen, leicht modifiziert<sup>2</sup>

Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rügger und Lea Hollenstein (2016) erwähnen, dass die ICD-10 auch Kritik ausgesetzt ist. Dies aufgrund der Tatsache, dass die Ebenen des Modells beinahe unverbunden nebeneinander agieren. Aus diesem

<sup>1</sup>Abbildung gefunden unter [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=13154::Affektive%20Störungen](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=13154::Affektive%20Störungen)

<sup>2</sup>Abbildung gefunden unter [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=13154::Affektive%20Störungen](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=13154::Affektive%20Störungen)

Grund entwickelte die WHO das Diagnoseinstrument weiter. Es entstand die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In Deutsch: Modell der funktionalen Gesundheit. Dieses Klassifikationsinstrument verknüpft einerseits dynamisch die verschiedenen Ebenen und ist ein geeignetes Brückenkonzept, indem die Theorie der SA mit der interprofessionellen Kommunikation des Gesundheitssystems verbunden werden kann. Dem Modell liegt ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde. Der Mensch wird als ein bio-psycho-soziales Wesen verstanden.

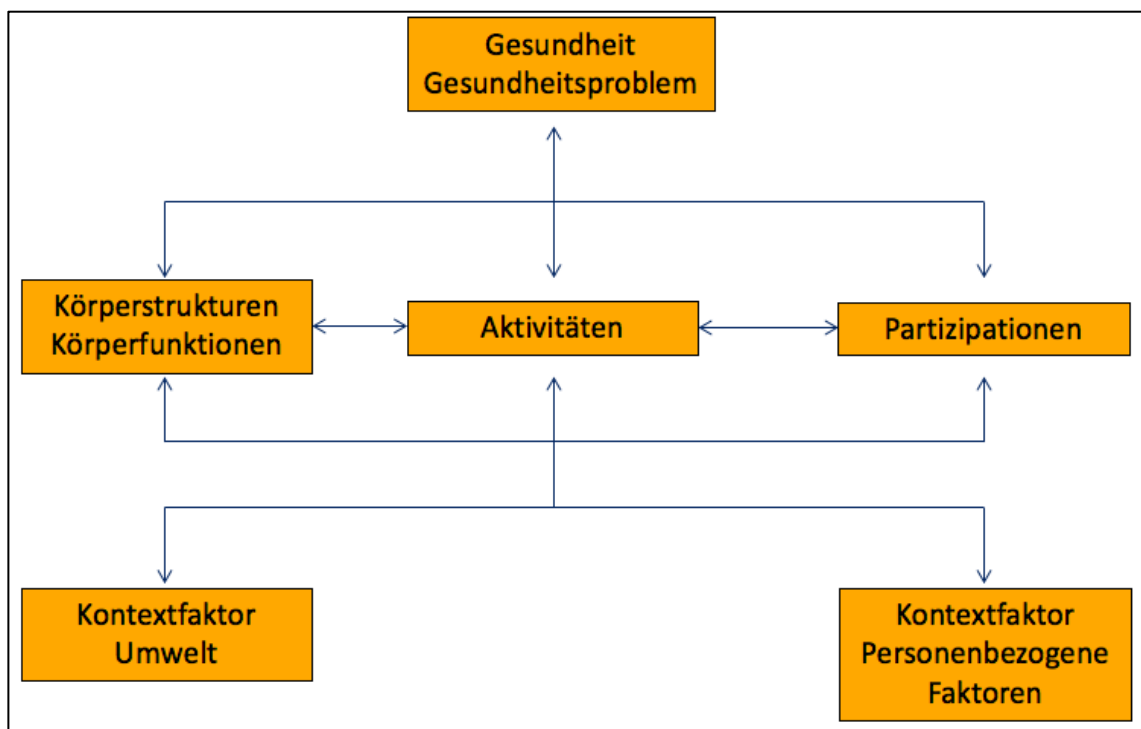


Abbildung 4: Das Modell der funktionalen Gesundheit (leicht modifiziert nach Sommerfeld, Dällenbach, Rüeegger & Hollenstein, 2016, S.94)

Damit die Klinische SA das Modell der funktionalen Gesundheit als Brückenkonzept zur interprofessionellen Kommunikation nutzen kann, muss es aber noch überarbeitet und verfeinert werden (S. 93-96).

### 2.2.2 Symptome einer depressiven Erkrankung

Damit die Symptome einer Depression für die Forschung besser eingeordnet werden können, werden diese kurz dargestellt.

Für die WHO müssen gemäss der ICD-10 Skala drei Symptome für mindestens zwei Wochen anhalten, damit von einer Depression gesprochen wird. Es gibt dabei drei Hauptsymptome:



- 1.) Depressive Stimmung
- 2.) Interessensverlust und Freudlosigkeit
- 3.) Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit

Zusätzlich gibt es, wie im Kapitel 2.2 erwähnt, eine Vielzahl von Begleitsymptomen.

Je mehr Symptome eine betroffene Person aufweist, desto ausgeprägter und schwerwiegender wird die Depression deklariert (Depressionen.ch, 2017). Baer et al. (2013) notieren zum Schweregrad von unipolaren Depressionen, dass es sich bei 10,4% um leichte Fälle handelt, bei 38,6% um mittelschwere, bei 38% um schwere und bei den restlichen 12,9% um sehr schwere Depressionen.

Betroffene erleiden, trotz Behandlungen, ausgesprochen oft einen Rückfall. Dies ist überaus wichtig für die Austrittsplanung und die folgende Forschung. Der Verlauf ist meistens rezidivierend. Es folgen nach einer depressiven Episode weitere. Die Behandlung erfolgt mit Hilfe von Antidepressiva, diversen anderen Medikamenten und Psychotherapie.

Suizidalität ist ein weiteres sehr häufiges Symptom depressiver Personen. Diese Kenntnis ist für das Verstehen dieser Forschungsarbeit und der Austrittsplanung überaus wichtig (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, ohne Datum).

Schuler et al. (2016) vermerken, dass in der Schweiz pro Tag zwei bis drei Menschen durch Suizid sterben. Die Dunkelziffer ist bei diesem Thema hoch. Suizid bezeichnet eine Handlung, bei der das handelnde Individuum mit eigener Absicht das Leben beenden möchte und die Handlung demnach einen tödlichen Ausgang hat. Wobei der Begriff «Absicht» kontrovers ist. Personen, die einen Suizidversuch begehen, sind oft psychisch schwer krank und in einem Ausnahmezustand. Es drängt sich die Frage auf, ob die Suizidhandlung den freien Willen der handelnden Personen darstellt oder ob diese aufgrund einer Krankheit entstanden ist. Suizide und Suizidversuche sind meistens Ausdruck von psychischen Krankheiten. Personen, die von einer Depression betroffen sind, sind speziell gefährdet (S. 53-57).

### 2.3 Fazit

Es ist nicht leicht, den Begriff «Gesundheit» zu definieren, da Gesundheit einerseits ein gesellschaftliches Phänomen ist und andererseits von jeder Person anders empfunden

wird. Es steht aber fest, dass Gesundheit von allen Professionen multifaktoriell betrachtet werden muss, das heißt, auf einer körperlichen, psychischen und physischen Ebene. Gesundheit ist ein Zusammenspiel von allen drei Ebenen. Für eine nachhaltige Austrittsplanung sollten daher alle drei Einheiten in die Planung einbezogen werden. In den 70-er Jahren wurde die Diskussion um Gesundheit und Krankheit revolutioniert. Dies hatte auch Einfluss auf die SA. Aaron Antonovsky entwickelte ein Modell, um Gesundheit zu fördern und aufrechtzuerhalten. Dieses Ziel verfolgen auch die Professionen der SA. Der Fokus liegt neu bei der Betrachtung der Gesundheit und nicht bei der Krankheit. Die Salutogenese steht seit ihrem Entstehen für die SA im Mittelpunkt.

Damit in der Medizin, die in einer psychiatrischen Klinik bei der Austrittsplanung eng mit der Sozialen Arbeit zusammenarbeitet, sowie in der Gesundheitspolitik eine weltweite und einheitliche Klarheit über Störungen eingeführt werden konnte, wurde von der WHO das Diagnoseinstrument ICD-10 geschaffen. Es soll die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit vereinfachen. Dieses Modell wird weltweit anerkannt und verwendet. Es ist aber auch Kritik ausgesetzt. Diese besagt, dass die Krankheitserfassung einseitig und statisch ist. Das widerspricht der Überzeugung der SA von einem dynamischen und facettenreichen Menschen. Das weiterentwickelte dynamische Modell der WHO, das ICF, entspricht mit seinem bio-psycho-sozialen Ansatz der Denkweise der Sozialen Arbeit. Es ist aber für den Einsatz in der Klinischen SA noch nicht komplett ausgereift.

Diese Forschungsarbeit bezieht sich, wie in der Theorie- und Praxisfrage ersichtlich (Kapitel 1.2.), auf die Austrittsplanung bei depressiven Personen. Daher ist ein Grundlagenwissen über diese Erkrankung wichtig. Depressionen sind eine psychische Störung. Die Betroffenen leiden an Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit, Niedergedrücktheit, Freudlosigkeit, Angst und Schlafstörungen.

Ein typisches Symptom bei depressiven Personen ist die Suizidalität. Eine Vielzahl der Personen hat den Wunsch zu sterben und ein Teil davon suizidiert sich tatsächlich. Zur Verhinderung dieser Handlung gibt es unterschiedliche Meinungen. Es gibt Fachpersonen, die bezweifeln, dass depressive Personen absichtlich und aus eigenem Willen zur Tat schreiten. Diese sind der Meinung, dass Personen diese Absicht haben,

weil die Krankheit so schwer ist und sie dadurch keinen eigenen freien Willen mehr haben. Die Tat folgt dann aus Verzweiflung und nicht aus eigener freier Überzeugung. Hier rückt dann die FU ins Themenfeld. Diese Thematik steht im Kapitel 4 der Fürsorgerrischen Unterbringung im Zentrum.

Bezogen auf die Austrittsplanung von depressiven Personen setzte sich dieses Kapitel mit den Grundlagen über Gesundheit und Depressionen auseinander. Bei der Austrittsplanung arbeiten die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter eng mit verschiedenen Professionen zusammen. Um sich der Forschungsfrage weiter zu nähern, werden im Kapitel 3 die Grundlagen der Klinischen SA dargestellt.

### 3. Klinische Sozialarbeit

Damit die Forschungsfrage (Kapitel 1.2) beantwortet werden kann, ist ein Grundlagenwissen über die Klinische SA nötig. Wenn in dieser Bachelor-Arbeit, abgesehen vom Einführungsteil, über die Klinische SA gesprochen wird, ist die Klinische SA in einer Psychiatrie gemeint. Der Schwerpunkt der Ausführungen dieses Kapitels liegt bei der Austrittsplanung aus einem stationären Aufenthalt. Bevor die Grundlagen, Methoden und Modelle der Austrittsplanung dargestellt werden, gibt dieses Kapitel einen Einblick in die Definitionen der SA und der Klinischen SA.

#### 3.1 Die Soziale Arbeit

SA reagiert auf soziale Probleme und Fragestellungen von Menschen, Menschengruppen und sozialen Systemen. Die Probleme werden als sozial bezeichnet, weil Menschen, die ihre existenziellen Bedürfnisse befriedigen, auf andere Menschen und deren Beziehungs- und Sozialstrukturen angewiesen sind. (Beat Schmocker, 2011, S. 19). Dies widerspiegelt sich im Berufsfeld der SA. Das Berufsfeld der SA ist hauptsächlich auf die Problemlösung ausgerichtet und hat zum Ziel, die Inklusionsfähigkeit der Klientinnen und Klienten zu verbessern. Die SA ist somit vor allem eine beratende und behandelnde Disziplin (Hafen, 2005; zit. in Husi & Villiger, 2012, S. 53-54).

SA wird durch AvenirSocial (2016) wie folgt definiert:

Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und der Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf das Erfahrungs-Wissen des beruflichen Kontextes. Diese Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene weiter ausgeführt werden. (S. 1)

Schmocker (2013) definiert die SA als Profession, die Menschen unterstützt, die selber nicht mehr in der Lage dazu sind (S.1). Die Grundlage für ein verantwortungsvolles Handeln bilden die ethischen und moralischen Normen und Werte, wie die Menschenrechte und die soziale Gerechtigkeit (AvenirSocial, 2011, S. 54).

Für die Professionellen der SA in der Schweiz ergeben sich die Grundsätze für ihr Handeln zudem aus dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz.

Nach den allgemeinen Ausführungen zur SA folgen die Grundlagen über die Klinische SA. Diese sind für das Verständnis der Forschungsfrage und der daraus abgeleiteten Praxisfrage wichtig.

### 3.2 Die Klinische Sozialarbeit

Nach Helmut Pauls (2013a) gründet die Klinische SA auf der Entwicklung der Klinischen Fachsozialarbeit. Da in den verschiedenen Arbeitsfeldern immer häufiger schwer seelisch gefährdete Personen mit kumulativen Problemlagen sowie chronisch kranke Personen den Schwerpunkt bilden, ist die Klinische SA die Antwort auf die hohen Anforderungen (S. 17). Brigitte Geissler-Piltz (2005) definiert Kliniksozialarbeit als SA, die innerhalb eines Krankenhauses stattfindet (S. 1). Der Begriff der Klinischen SA dagegen ist erheblich umfangreicher. Die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind nach Pauls (2013a) professionelle Expertinnen und Experten in der sozialen Beratung, Behandlung sowie bei Interventionen (S. 12). Die Klinische SA soll

die psycho-soziale Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und Gruppen bei schweren Belastungen, Krisen, psycho-sozialen Problemen und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen verbessern und erhalten. Dieses Ziel soll die Klinische SA durch die Expertise in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention erreichen (Pauls, 2013a, S. 16).

Weiter definiert Pauls, dass Klinische SA eine gesundheitspezifische Fachsozialarbeit ist. Das Ziel dabei ist, betroffene Personen sozialtherapeutisch zu behandeln und pädagogisch zu unterstützen, indem soziale und psychosoziale Aspekte in die Beratung eingeflochten werden. Als Grundlage dient das bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit, Störung und Krankheit (Pauls, 2002; zit. in Kottler 2004, S. 31). Im Kapitel 3.3.2 wird das bio-psycho-soziale Modell definiert.

Karlheinz Ortmann und Heinz-Alex Schaub verbalisierten zwei Kernaussagen zur Klinischen SA, die für die Austrittsplanung ausserordentlich wichtig sind: Das Handeln ist erstens interdisziplinär und gesundheitsbezogen und findet in sozialen Situationen statt. Es geht dabei um Personen, die bereits an gesundheitlichen Problemen erkrankt sind oder stark gefährdet sind (Ortmann & Schaub, 2003; zit. in Schaub, 2008, S. 20).

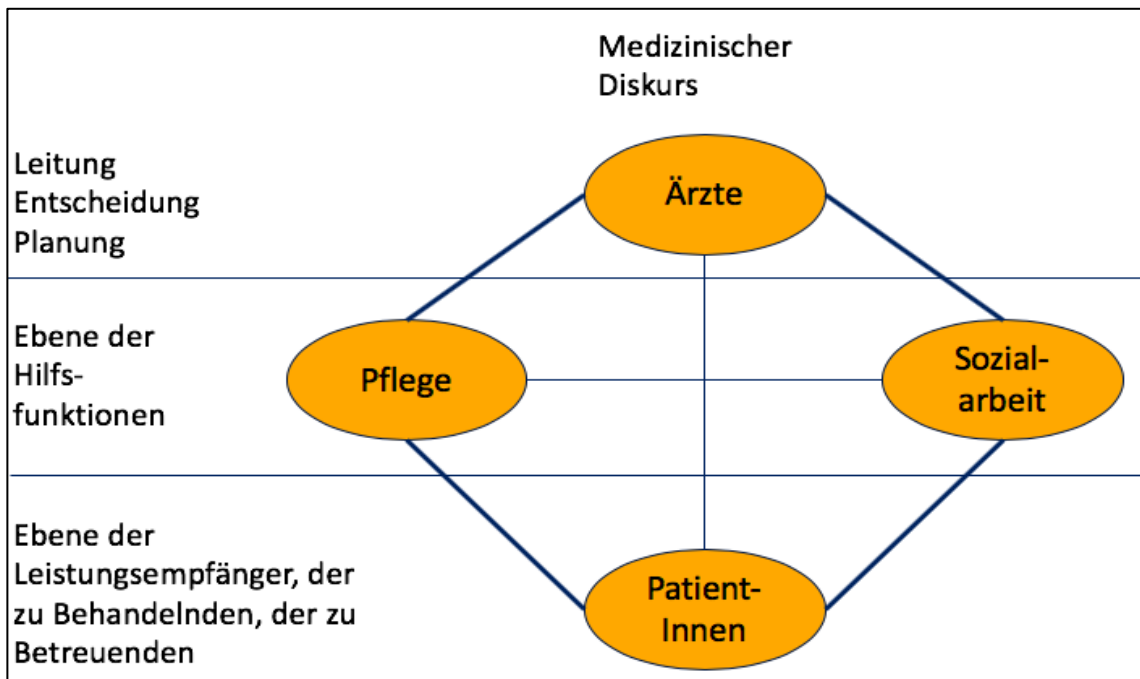


Abbildung 5: Hierarchie in der Psychiatrie (Sommerfeld & Gall, 1996, S. 255)

Zweitens erfolgt dieses Handeln nach eigenen Handlungskonzepten und -strategien. Grundlegend dafür sind eigene Verstehensmodelle von Gesundheit und Krankheit (Ortmann & Schaub, 2003; zit. in Schaub, 2008, S. 20).

Dafür bedienen sich die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter an verschiedenen Hilfsnormen und passenden Settings. Das sind spezifische Methoden der psycho-sozialen Diagnostik und der Intervention. Zum Beispiel: Klinisches Case-Management, Ressourcenaktivierung, Soziale Unterstützung oder psycho-soziale Beratung in Kriseninterventionen.

Die Klinische SA versucht, mithilfe von wissenschaftlich fundierten Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebensweise und Lebenslage zu erreichen. Für dieses Ziel strebt sie eine Zusammenarbeit mit den Betroffenen, den Bezugspersonen und ihrem sozialen Netzwerk an (Pauls, 2013a, S. 16-18). Charakteristisch für Adressatinnen und Adressaten der Klinischen SA ist, dass sie sich aufgrund ihrer belastenden Situation oft aus der Gesellschaft zurückziehen und dadurch medizinisch und psychotherapeutisch schwer zu erreichen sind (Christoph Walther & Daniel Deimel, 2017, S. 39). Der Kreis der Klientinnen und Klienten ist vielfältig und heterogen. Da wären zum einen psychisch Kranke, die in dieser Bachelor-Arbeit relevant sind, Gewaltopfer oder ethisch und kulturell benachteiligte Personen. Diese Aufzählung ist nicht abschliessend und zeigt, dass es in keinem anderen psycho-sozialen oder Psychiaterberuf ein breiteres Feld an Klientinnen oder Klienten sowie Problemstellungen gibt (Pauls, 2013a, S. 16-18).

Die oben erwähnten Ausführungen zeigen, dass die Klinische SA eine gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit ist. Sie verfügt über eigene, methodengeleitete Beratungs- und Behandlungsaufgaben. Zudem handelt sie interdisziplinär. Sie findet Anwendung, wenn Menschen von gesundheitlichen Problemen und Beeinträchtigungen bedroht oder bereits erkrankt sind. Die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter unterstützen die Betroffenen dabei, ihre Gesundheit wieder zu erlangen, zu verbessern oder zu erhalten. Sie handeln dabei nach psychosozialen Grundsätzen. Dabei steht immer der betroffene Mensch in seiner Lebenswelt im Mittelpunkt.

Die Klinische SA steht von Zeit zu Zeit in der Kritik, vor allem bei den Interventions- und Behandlungskonzepten sowie bei den gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Ortmann und Schaub kritisieren beispielsweise, dass die SA, anstatt eigene Verstehensweisen und Behandlungskonzepte zu entwickeln, die Behandlungskonzepte von Medizin und Psychologie, beides gesellschaftlich angeseheneren Disziplinen, kopiert hat (Ortmann & Schaub, 2001; zit. in Schaub, 2008, S. 20). Dies zeigt sich laut Rothenburg in den mächtigen psychotherapeutischen Zugängen in der SA und in der stark biologisch geprägten Psychiatrie. Dabei fehlt der Fokus auf den sozialen Beeinträchtigungscharakter von Medizin und Psychologie (Rothenburg 2001; zit. in Schaub, 2008, S. 21). Darüber hinaus gibt es aber auch positive Stimmen. Nämlich, dass die Klinische SA an die Forschungsergebnisse aus der sozialwissenschaftlichen, sozialmedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung anknüpfen kann (Andreas Mielck, 2000; zit. in Schaub, 2008, S. 21).

Einen weiteren Kritikpunkt erwähnt Schaub (2008). Dieser betrifft die zurückhaltende klinisch-sozialarbeiterische Forschung. Darum fehlen noch immer empirische Belege über die Formen der professionellen Unterstützung der SA. Hier geht es vor allem um das Wissen darum, wie effektiv gesundheitsfördernd die Interventionen für die Klientinnen und Klienten wirken. Das Ziel der Klinischen SA sollte sein, eigenes Wissen und eigenes Können zu entwickeln. Daraus sollte als Resultat eine eigene Form des klinischen Denkens und Handelns entstehen (S. 21).

Für Heiko Kleve herrscht zwischen den Gesundheitsberufen Konkurrenz. Aus diesem Grund sollte die Klinische SA daran arbeiten, dass die Auseinandersetzung mit anderen Verstehensmodellen gefördert wird. Die Stärke der Sozialen Arbeit ist es nämlich, zwischen den verschiedenen Parteien zu vermitteln. Das kann die SA dann zu ihrem eigenen Vorteil nutzen (Kleve, 2003; zit. in Schaub, 2008, S. 22).

Nach diesen allgemeinen Ausführungen über die Begrifflichkeiten der Sozialen Arbeit, speziell über die Klinische SA, folgen nun spezifische Erläuterungen über die Austrittsplanung durch die Klinische SA. Diese sind relevant, um die Forschungsfrage zu verstehen und beantworten zu können.

Das primäre Ziel einer erfolgreichen Austrittsplanung ist, dass die betroffene Person keinen Rückfall erleidet und nicht erneut hospitalisiert werden muss.

### 3.3 Austrittsplanung durch die Klinische Sozialarbeit

Die Austrittsplanung für Menschen, die sich in einem stationären Klinikaufenthalt befinden, ist eine wichtige Aufgabe der Klinischen SA. Walther und Deimel entwickelten für die Austrittsplanung einen Leitfaden. Zielgruppe sind psychisch kranke Personen. Die SA sollte sich demnach für eine gelungene Planung mit folgenden sieben Lebensweltbereichen auseinandersetzen:

<b>Materielle Absicherung:</b>	Wie ist die Klientin oder der Klient zurzeit abgesichert?
<b>Rechtliche Position:</b>	In was für einer Rechtssituation befindet sich die betroffene Person? (Minderjährigkeit, Asylstatus, Zwangsunterbringung)
<b>Wohnsituation und Selbstversorgung:</b>	Wo und wie wohnt die Klientin oder der Klient? Ist er in der Lage, für sich selber zu sorgen?
<b>Tagesstruktur und Beschäftigung:</b>	Wie sieht der Tagesablauf aus? Gibt es eine Arbeit? Wenn nicht, eine andere Beschäftigung?
<b>Soziales Netz:</b>	Gibt es Kontakt zu anderen Personen? (Familie, Freundinnen und Freunde, Bekannte, andere Betroffene, professionelle Helferinnen und Helfer)
<b>Interessen, Freizeitgestaltung:</b>	Gibt es Interessen? Lebenspläne? Wie sieht die Freizeit aus?
<b>Umgang mit der Erkrankung:</b>	Wie sieht die Einstellung zur Krankheit aus? Gibt es Unterstützungsangebote?

*Tabelle 1: Leitfaden für die Austrittsplanung (Pauls, Stockmann, Reicherts (Hrsg.), 2017, S.56)*

Walther und Deimel (2017) erwähnen, dass für die Klinische SA weitere Gesundheitsmodelle wichtig sind (S. 56). Diese müssen ebenso in die Planung



einbezogen werden. Beispielsweise, dass die gesundheitliche Situation eines Menschen in direktem Zusammenhang mit seiner sozialen Lage steht. Zu diesen Konzepten gehört einerseits die Salutogenese (vgl. Kapitel 2.1.1) und das bio-psycho-soziale Krankheitskonzept (Kapitel 3.3.2) (S. 56).

Wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 3.2), gehört zu den Kernkompetenzen der Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Beratung. Diese Beratungsaufgabe fließt während des stationären Aufenthalts für die Austrittsplanung in die Arbeit mit den Betroffenen ein. Die Grundlage für diese klinisch-methodische Intervention ist die psychosoziale Beratung. Sie wird nachfolgend kurz erläutert:

Wie im Kapitel 2.1 erwähnt, wird davon ausgegangen, dass die gesundheitliche Situation eines Menschen eng mit seiner sozialen Lage verknüpft ist. Für die Klinische SA heisst das, dass bei der Austrittsplanung der Fokus nicht nur auf die betroffene Person gelegt werden darf, sondern auf das gesamte Umfeld. Es ist daher unerlässlich, dass die Klinische Sozialarbeiterin oder der Klinische Sozialarbeiter mit diversen Akteurinnen und Akteuren stetig in Kontakt ist. Dies wird sich bei der Beantwortung der Forschungsfrage zeigen.

Für Jeannette Bischkopf und Carsten Koziolk (2017) ist das der Grund, warum die psychosoziale Beratung und Versorgung von psychisch kranken Personen normalerweise regional verankert ist. Das hat einerseits den Vorteil, dass die bestehenden Netzwerke überschaubar sind und ein intensiver Austausch zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren besteht. So kann den psychisch kranken Menschen und den Angehörigen eine umfassende und unabhängige Beratung gewährleistet werden. Durch die Interdisziplinarität und Multiprofessionalität kann ein individueller, auf die Ressourcen ausgerichteter Hilfeplan erstellt werden (S. 225-226).

Pauls (2004) sieht die psychosoziale Beratung als einen zielgerichteten, beratenden, therapeutischen und unterstützenden Prozess. Die Interventionen erreichen Betroffene und ihr Umfeld und sind durch Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter initiiert. Da die Problemstellungen oft vielfältig sind, ist es unabdingbar, dass diverse Disziplinen an diesem Prozess beteiligt sind, beispielsweise die Medizin, die Psychologie, die Pflege und die Erziehungswissenschaften (S. 203).

Dass die Austrittsplanung zur psychosozialen Beratung gezählt werden kann, wird sich in den Interviews zeigen.

### 3.3.2 Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell

Professionen versuchen, mit Hilfe von Modellen ein vereinfachtes Abbild der Wirklichkeit zu schaffen. Wie in Kapitel 3.2 erwähnt, ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell fester Bestandteil der Klinischen SA. Seine Wurzeln hat es bereits in den 80er Jahren. Die WHO verabschiedete 1986 die «Ottawa-Charta» zur Gesundheitsförderung. Bereits das darin veröffentlichte Gesundheitskonzept hat das bio-psycho-soziale Modell als Grundlage. 2001 zeigte ein Bericht der WHO nochmals mit aller Deutlichkeit, dass die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung und Behandlung von Krankheiten eine wichtige Rolle spielen. Dies gilt auch bei der Prävention. Für ein korrektes Verständnis von Erkrankungen dürfen daher die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren nicht separiert voneinander betrachtet werden (Pauls, 2013b, S. 38).

Pauls (2013b) definiert im Hintergrund dieses Krankheitsmodells Gesundheit als ein «multidimensional und multiperspektivisch zu bestimmender Gegenstand, der eine arbeitsteilige und interdisziplinäre Praxis der Behandlung erfordere» (S. 38). Georg Jungnitsch deklariert den Grundgedanken des bio-psycho-sozialen Modells folgendermassen: «Er besteht darin, dass alle drei Bedingungen – die biologisch-organische, die psychische und die soziale – in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen und aus diesen Faktoren und deren Veränderungen sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen» (Jungitsch, 1999; zit. in Pauls, 2013b, S. 38).

Es ist daher einleuchtend, dass die Prozesse der sozialen und der psychischen Systemebene nicht ohne die biologischen Prozesse existieren und funktionieren können und auf deren Funktion angewiesen sind. Umgekehrt prägen auch psychosoziale Vorgänge wie die gesellschaftlichen Lebensverhältnisse nicht nur die funktionalen biologischen Abläufe, sondern auch strukturell das Zentralnervensystem sowie das Gehirn und die genetischen Prozesse (Pauls, 2013b, S.39).

Josef W. Egger (2005) sieht im bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell sogar die bedeutendste Theorie für die Beziehung zwischen Körper und Geist. Dieses Modell

bietet die Möglichkeit, das Problem der «Psychosomatik» auf systemtheoretischer Basis akkurat zu lösen (S. 1). Dieses Modell soll also aufzeigen, wie eine Krankheit entsteht und aufrechterhalten bleibt. Egger (2005) definiert Krankheit aus bio-psycho-sozialer Sicht wie folgt: «Wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems «Mensch» nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen» entsteht eine Krankheit. Weiter wegweisend ist für Egger (2005) die Tatsache, dass im bio-psycho-sozialen Modell Krankheit nicht als ein Zustand angesehen wird, sondern als ein dynamisches Geschehen (S. 1).

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell fusst auf folgenden Grundlagen:

Individuen leben in Gesellschaften und in ihren sozialen Systemen. Dies ist für ihre Entstehung, ihren Fortbestand und ihre Weiterentwicklung unabdingbar. Diese sozialen Institutionen sind auch für die Gesundheit von grosser Wichtigkeit. Der Mensch benötigt für ein gesundes und erfülltes Leben nämlich Akzeptanz, soziale Unterstützung, Wärme und Schutz (Pauls, 2011, S. 36-37).

Um das Modell möglichst umfassend verstehen zu können, wird als nächster Schritt die Bezeichnung «(bio-psycho-) soziales Problem» definiert. Michael Klassen (2004) stützt seine Definition auf Obrecht:

(Biopsych-)soziale Probleme von Individuen werden [...] verstanden als momentanes oder anhaltendes Unvermögen von Individuen, ihre biologischen, biopsychischen und biopsychosozialen Bedürfnisse innerhalb ihrer sozialen Umgebung in einem für ihre nachhaltige Entwicklung hinreichendem Mass und in einer für sie und andere angemessenen Weise durch eigene Anstrengung zu befriedigen. (Klassen, zit. in Pauls 2013b, S. 37)

Weiter proklamiert Klassen, dass bei einer Person, die in ihren sozialen Beziehungen und im Rahmen ihrer Integration ein für sie mittel- oder unmittelbar bedürfnisrelevantes Ziel nicht erreichen kann, ein «soziales Problem» entsteht. Wenn die vorhandene Spannung zwischen dem Ziel und dem Bedürfnis nicht abgebaut werden kann, können tiefgreifende psychische und somatische Krankheiten daraus folgen (Klassen, 2009; zit. in Pauls, 2013b, S. 37).

Wie bereits erwähnt, steigt die Anfälligkeit für akute Krisen, Störungen und Krankheiten aus bio-psycho-sozialer Perspektive, wenn eine Störung des Zusammenspiels von sozialem Zusammenleben mit individuellem (psychologischem) Erleben und Verhalten sowie der leiblichen (biologischen) Existenz vorliegt. Erkrankungen sind demnach das Resultat von komplexen Interaktionen der bio-psychologischen und sozialen Dimension. Menschliches Leben als soziale Existenz beinhaltet demnach, dass der Mensch Teil der Mitwelt ist (Emmanuel Levinas, 1987; zit. in Pauls 2013a, S. 32). Wie in Kapitel 2.2 dargestellt, ziehen sich depressive Personen aus dem gesellschaftlichen Leben zurück. Das heisst, sie sind nicht mehr Teil der Mitwelt. Damit es nach dem stationären Austritt nicht erneut dazu kommt, muss bei der Planung besonderer Wert darauf gelegt werden, dass die Personen sozial angebunden sind.

Der bio-psycho-soziale Ansatz der Klinischen SA stellt die bio-physiologische und neuro-psychologische Natur des Menschen in ein soziales Bezugssystem. Demnach sind die psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung die erfolgreichsten Schutzfaktoren gegen körperliche und psychische Erkrankungen. Dies zeigt, welche enorm wichtige Aufgaben die Klinische SA übernimmt.

Diese Tabelle zeigt die biologischen, biopsychischen und biopsychosozialen Bedürfnisse der Menschen. Diese sind für die Klinische SA und für eine nachhaltige Austrittsplanung zentral.

<p><b>Biologische Bedürfnisse</b> nach:</p>	<p>Physischer Integrität (z.B. Vermeidung von Verschmutzung, das Wohlbefinden reduzierenden [schmerzhaften] physikalischen Beeinträchtigungen [Hitze, Kälte, Nässe], Verletzung, Exposition gegenüber [absichtsvoller] Gewalt); sexueller Aktivität und Fortpflanzung; Regenerierung</p>
<p><b>Biopsychische Bedürfnisse</b> nach:</p>	<p>Wahrnehmungsgerechter sensorischer Stimulation; schönen Formen in spezifischen Bereichen des Erlebens = ästhetische Bedürfnisse; Abwechslung/Stimulation; assimilierbarer orientierungs-/handlungsrelevanter Information = Bedürfnis nach Orientierung; Sinn;</p>

	subjektiv relevanten (affektiv besetzten) Zielen und Hoffnung auf Erfüllung; effektiven Fertigkeiten (Skills), Regeln und sozialen Normen zur Bewältigung von (wiederkehrenden) Situationen in Abhängigkeit von subjektiv relevanten Zielen (Kontroll- und Kompetenzbedürfnis).
<b>Biopsychosoziale Bedürfnisse nach:</b>	Emotionaler Zuwendung; spontaner Hilfe; soziokultureller Zugehörigkeit durch Teilnahme im Sinne einer Funktion (Rolle) innerhalb des sozialen Systems; Unverwechselbarkeit; Autonomie; sozialer Anerkennung; Austausch-Gerechtigkeit.

*Tabelle 2: Biopsychosoziale Bedürfnisseebenen (Eigene Darstellung auf der Basis von Pauls, Stockmann & Reicherts (Hrsg.), 2013, S. 37)*

Die Erklärungen über das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell machen die Komplexität des Krankheits- und Gesundheitsbegriffs deutlich. Es wird ersichtlich, dass bei der Unterstützung und auf dem Weg zur Genesung depressiver Personen nicht nur die Klinische SA eine wichtige Rolle einnimmt, sondern auch diverse andere Disziplinen wie die Medizin und andere Gesundheitsberufe. Diese Unterstützerinnen und Unterstützer müssen interprofessionell zusammenarbeiten und im ständigen Austausch sein. Alle Berufsgruppen müssen das Bewusstsein haben, dass jede Intervention sich auch auf einer Ebene (bio-psychologisch oder sozial) auswirkt. Für eine gelungene Austrittsplanung muss dieser Aspekt stets berücksichtigt werden.

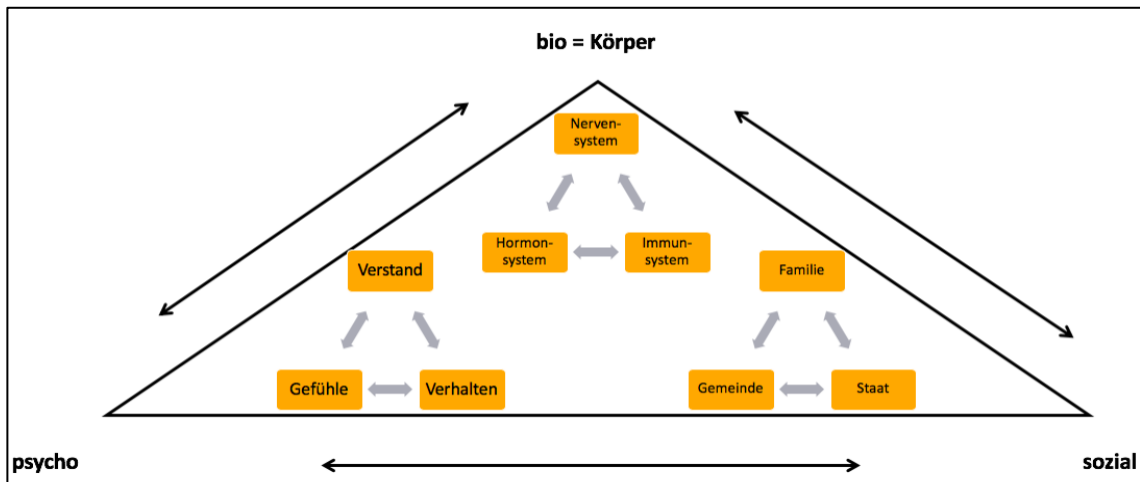


Abbildung 6: Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell<sup>3</sup>

### 3.3.3 Die Soziale Diagnostik

Wie im Kapitel 2.2.1 «Diagnoseinstrument ICD-10» skizziert, ist ein Diagnoseinstrument in der Medizin notwendig, um Klarheit und eine einheitliche Übersicht über die verschiedenen Krankheiten zu erhalten. Die Medizin hat sich weltweit auf die ICD-10 Skala geeinigt. In der Sozialen Arbeit, speziell in der Klinischen SA, konnte dieser Schritt noch nicht gemacht werden. Es folgen nun weitere Informationen zur Sozialen Diagnostik.

Dem Thema «Soziale Diagnostik» wird seit geraumer Zeit eine immer grössere Wichtigkeit attribuiert. Es wird in der Praxis vermehrt versucht, die Soziale Diagnostik als fester Bestandteil der sozialarbeiterischen Praxis zu verankern. Darin verbirgt sich einerseits der Wunsch nach Professionalisierung der Sozialen Arbeit und andererseits benötigt die SA ein brauchbares Instrument, mit dem soziale Notlagen bestimmt werden können und welches Routine und Sicherheit in die praktische Arbeit bringt (Dieter Röh, 2008, S. 35).

Röh (2008) definiert soziale Diagnose als «den professionellen Prozess der Erkenntnisgewinnung und Erkenntnisverarbeitung über das dem sozialarbeiterischen Handeln zugrunde liegende soziale Problem, welches sich durch sozioökonomische und psychosoziale Anteile gleichermassen auszeichnet» (S. 35-36). Für Schaub (2008)

<sup>3</sup> Abbildung gefunden unter <http://www.frederich.de/kbild/mager1.htm>

ist die Soziale Diagnostik ein fachliches Unterstützungssystem für Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Es sollte den Professionellen bei der Arbeit Orientierung geben (S. 41).

Damit die Soziale Diagnostik die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter unterstützen kann, benötigt sie nach Peter Pantuček (2012) folgende Grundlagen:

- Sie erhebt den Problemkontext
- Sie «verhandelt» die Problemdefinition mit den Beteiligten
- Sie versucht Ressourcen zu entdecken
- Sie sucht nach Bearbeitungs- und Lösungsmöglichkeiten
- Sie macht, dass «Wirkungen» und «Nebenwirkungen» von Aktionen und Interventionen verhandelbar sind
- Sie zeigt problemrelevante Zusammenhänge auf
- Sie ermöglicht die Interventionsplanung für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und ermöglicht den Klientinnen und Klienten Entscheidungen zu treffen (S. 81).

Röh (2008) bedenkt, bezogen auf das Erhebungsverfahren, dass in der Theorie und Praxis immer wieder Kritik laut wird, dass dieses Diagnosemodell eine Gefahr für den emanzipatorischen Ansatz der SA darstellt. Trotzdem solle dieser Begriff bei der Klinischen SA beibehalten werden. Er hilft, Gesundheit und Krankheit zu verstehen. Dadurch werden die sozialarbeiterischen Interventionen für alle Beteiligten zugänglich. Es kann so die sozialarbeiterische Hilfe begründet und dokumentiert werden. Auch gibt es aus der professionellen Sicht der SA keine Faktoren, die bestimmen, dass die Diagnosestellung, wenn es um «menschliche Probleme» geht, nur von der Medizin und der Psychologie dominiert werden darf. Gäbe es eine akkurate Soziale Diagnostik, könnte die SA mit ihrem diagnostischen Blick im Bereich der Gesundheitsförderung, Krankenbehandlung und Rehabilitation eine wichtige Partnerin sein (S. 36-37).

Weiter proklamiert Röh (2008), aus dem oben genannten Grund, dass die SA ein Instrument benötigt, welches soziale Bedarfe, Notlagen und Probleme erfasst und für die Qualitätssicherung verwendet werden kann. Ausserdem werden die Teams in vielen sozialen Arbeitsbereichen stetig multiprofessioneller. Daher ist es entscheidend,

dass andere Professionen wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte die Sichtweise der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter nachvollziehen können. Obwohl es für eine erfolgreiche Kooperation mit anderen Professionen sinnvoll wäre, ähnliche Begrifflichkeiten, wie Ärztinnen und Ärzten sie verwenden, anzunehmen, wäre das zu wenig durchdacht. Die SA benötigt ein Instrument, welches ihrem multiperspektivischen Blick gerecht wird. Die Betroffenen werden nämlich als sozio-psycho-somatische Einheiten betrachtet und dies muss ganzheitlich eingeschätzt werden (S. 38-39). Diese Definition geht mit der Theorie des bio-psycho-sozialen Modells (vgl. Kapitel 3.3.2) einher, wobei bei der Austrittsplanung von depressiven Personen diese Dynamik berücksichtigt werden muss.

Um eine Soziale Diagnose erstellen zu können, sollte in einer psychiatrischen Klinik bei einem Erstgespräch wie folgt vorgegangen werden. Die gesammelten Informationen sind für die Austrittsplanung bereits überaus relevant. Röh (2008) sieht folgenden Ablauf vor:

Die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter sammelt zusammen mit der Klientin oder dem Klienten Informationen, die im Zusammenhang mit dem Hilfeanlass gesetzt werden können. Die Person wird dabei in ihren Umweltbezügen betrachtet und als bio-psycho-soziales Wesen verortet. Das heisst, sie ist auf allen Ebenen von dem sozialen Problem betroffen (S. 38-39). Maja Heiner und Christian Schrapper setzen der Sozialen Diagnostik die Fähigkeit der «systematisch, regelgeleitet, empirisch, fundierten Informationssammlung, -auswertung und -interpretation» (Heiner & Schrapper, 2004; zit. in Ortman & Röh, 2008, S. 39) voraus. Das Ziel ist es, zusammen mit der Klientin oder dem Klienten eine positive und anwendbare Handlungsstrategie zu entwickeln.

Die Diagnostik ist in den Handlungsprozess inkludiert und erfolgt zirkulär. Diese zirkuläre Handlungsplanung hat in der Klinischen SA eine wichtige Funktion. Sie begründet so einerseits, dass Hilfe einen Prozess darstellt und nicht statisch ist. Andererseits zeigt sie den Hypothesencharakter einer sozialen Diagnose auf (Röh, 2008, S. 39-40). Pantuček (2012) verweist gleichermassen auf die dynamischen Elemente von Sozialen Diagnosen. Diese befassen sich mit veränderbaren Situationen und nicht mit



unveränderbaren Eigenschaften. Wichtig für die Klinische SA ist demnach das Wissen, dass Diagnosen Hypothesen sind, die während einer Fallbearbeitung stets von neuem überprüft werden müssen (S. 102). Es heisst also nicht, dass kurz vor Austritt einer depressiven Person aus einem stationären Aufenthalt die Problemstellungen noch die gleichen sind wie bei Eintritt.

Das folgende Modell der sozialen Diagnose zeigt die Erfassung und Formulierung sozialer Probleme mithilfe des bio-psycho-sozialen Modells:

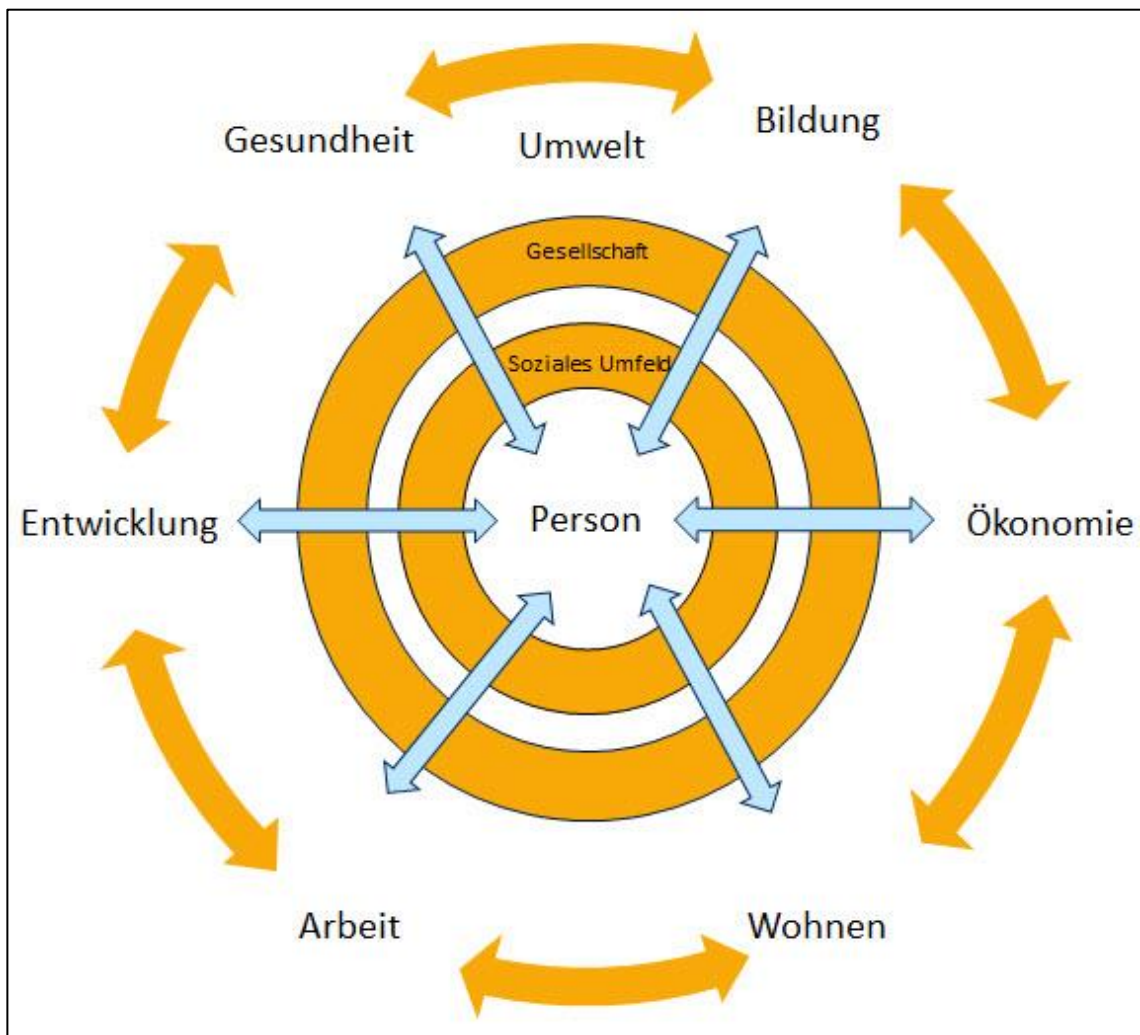


Abbildung 7: Erfassung der Sozialen Diagnose mit Hilfe des bio-psycho-sozialen Modells (leicht modifiziert nach Ortman & Röh, 2008, S. 41)

Die Themen, die im Aussenradius beschrieben sind (Gesundheit – Ökonomie – Entwicklung – Wohnen – Arbeiten – Bildung), sind anfällig auf soziale Probleme. Die SA muss, gemäss dieser Abbildung, für die Soziale Diagnostik einen multifaktoriellen und ganzheitlichen Blick einsetzen (Röh, 2008, S. 42).

In den Gesprächen mit den Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern wurde im Zusammenhang mit der Sozialen Diagnostik häufig die Kooperative Prozessgestaltung erwähnt. Die Kooperative Prozessgestaltung wird in einem nächsten Schritt vorgestellt. Es folgen als erstes allgemeine Informationen über den Prozess der Sozialen Diagnose.

Pantuček (2012) beschreibt den Prozess der Diagnose wie folgt:

- 1. Schritt: Durch diagnostisches Verfahren wird zunächst Komplexität gewonnen. Das heisst, es werden Daten gesammelt, die ohne dieses diagnostische Verfahren nicht hervorgebracht würden.
- 2. Schritt: Anordnung der Daten, wie es für das Verfahren charakteristisch ist. Dies bringt nochmals zusätzliche Informationen hervor und kann daher auch noch der Komplexitätsgewinnung zugeordnet werden. Simultan strukturiert diese Datenanordnung aber auch die Interpretationsmöglichkeiten. Das wiederum reduziert die Komplexität. Die Interpretation und Gewichtung der Daten, welche nun folgen, ergeben eine Reduktion der Komplexität. Somit ist die Interventionsentscheidung vorbereitet (S. 71-72).

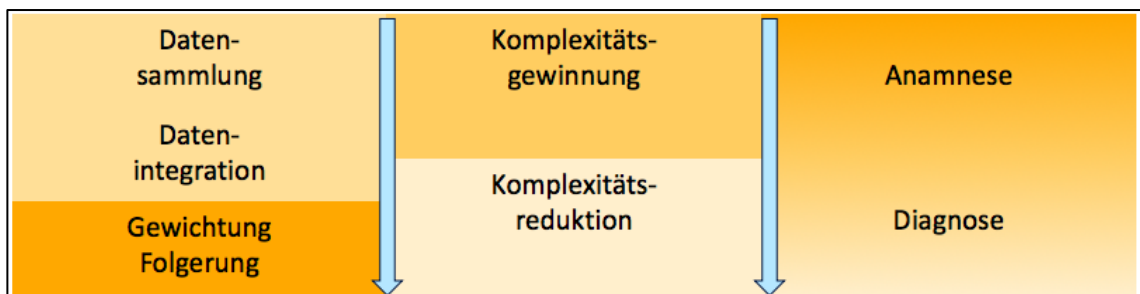


Abbildung 8: Ablaufschema Diagnose (Pantuček, 2012, S. 71)

Diese Abbildung zeigt den allgemeinen Weg zur Diagnosengewinnung. Um einen praxisnahen Einblick in die Soziale Diagnostik der Klinischen SA zu erhalten, wird rudimentär die Kooperative Prozessgestaltung dargestellt.

Gemäss der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) (2018) kann die Methodik der Kooperativen Prozessgestaltung als generalistischer und methodenintegrativer Ansatz für das professionelle Handeln in der SA angesehen werden. Dieser besteht aus sieben Prozessschritten und ist zirkulär angelegt. Diese Prozessschritte werden von Betroffenen und anderen Professionen zusammen mit der Sozialarbeiterin oder dem Sozialarbeiter gestaltet.

Die Methodik ist dabei professionstheoretisch abgestützt. Es geht in einem ersten Schritt darum, die gegebene Situation so genau wie möglich zu erfassen. Dafür werden Themen und Probleme herausgearbeitet, damit mögliche Erklärungen gewonnen werden können. Wenn dies gelungen ist, können Ziele ausgehandelt und Interventionen geplant und durchgeführt werden.

Bezogen auf die Austrittsplanung von depressiven Personen wird in einem ersten Schritt die Situation erfasst, in der sich diese Person bei Klinikeintritt befindet. Später plant die Klinische Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter mit der betroffenen Person den Austritt. Als Grundlage für die Planung dient die erhobene Problemlage. Für eine erfolgreiche Austrittsplanung müssen sich alle Beteiligten stets bewusst sein, dass sich die Problemlagen jederzeit verändern können und die Interventionen angepasst werden müssen.

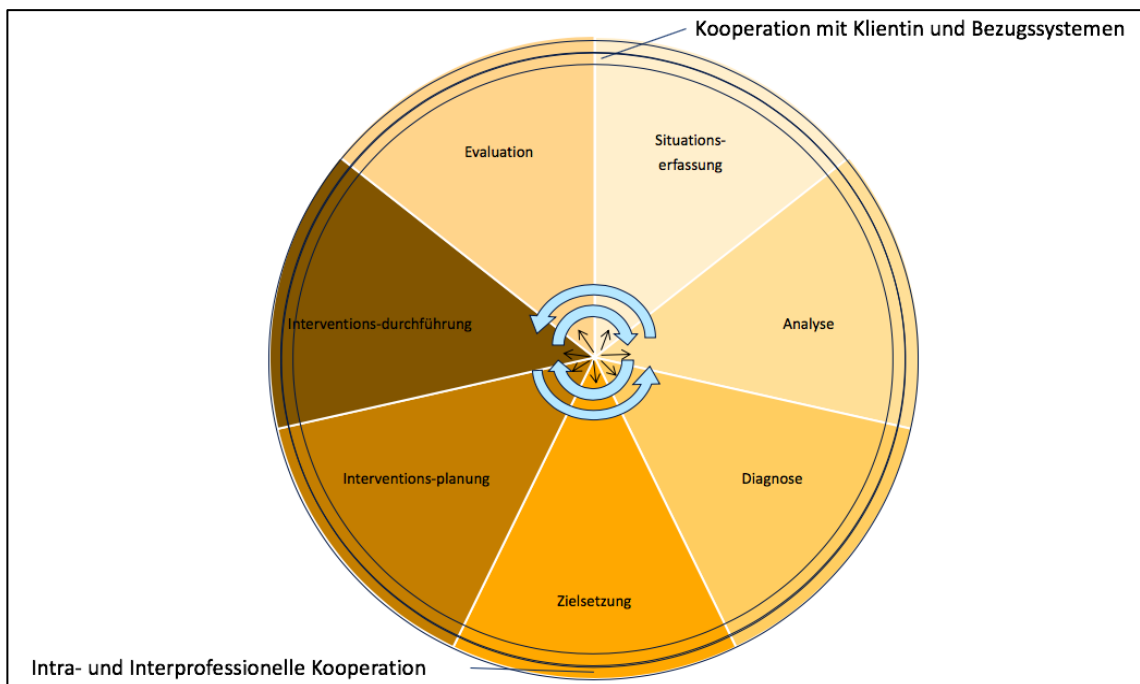


Abbildung 9: Die Kooperative Prozessgestaltung FHNW<sup>4</sup>

Für eine nachhaltige Austrittsplanung von depressiven Personen, die sich in einem stationären Aufenthalt befinden, sind folgende Schritte relevant:

<sup>4</sup> Gefunden unter <http://www.soziale-diagnostik.ch/methoden-und-instrumente/kooperative-prozessgestaltung>

<b>Situationserfassung:</b>	Was liegt vor? (IST-Zustand)
<b>Analyse:</b>	Bestimmung der Fallthematik (Worum geht es hier genau?)
<b>Diagnose:</b>	Wie kann man die Fallthematik erklären und gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten verstehen?
<b>Ziele:</b>	Bestimmung des Unterstützungsprozesses und dadurch die Bestimmung des Interventionsplans (Fern-, Grob- und Feinziele)
<b>Interventionsplanung:</b>	Es werden zusammen mit den Klientinnen und Klienten und anderen Beteiligten die Interventionen geplant und koordiniert
<b>Interventionsdurchführung:</b>	Es werden nun die Interventionen realisiert und alle nötigen Voraussetzungen dafür geschaffen
<b>Evaluation:</b>	Bewertung und Beurteilung des Unterstützungsprozesses

*Tabelle 3: Schritte der Kooperativen Prozessgestaltung<sup>5</sup>*

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, wie die Soziale Diagnostik und die Klinische SA in Relation zueinander stehen. Für die Austrittsplanung ist nicht nur die Soziale Diagnostik relevant, sondern auch der ressourcenorientierte Ansatz. Dieser wird im nächsten Kapitel vorgestellt.

### 3.3.4 Ressourcenorientierte Soziale Arbeit

In der Klinischen SA, im Zusammenhang mit psychisch kranken Personen, ist die Salutogenese (vgl. Kapitel 2.1.1) zentral. Nach dem salutogenetischen Grundverständnis ist es überaus wichtig, dass sich Personen ihrer Kompetenzen bewusst sind, die ihre Gesundheit erhalten und fördern.

---

<sup>5</sup> Gefunden unter <http://www.soziale-diagnostik.ch/methoden-und-instrumente/kooperative-prozessgestaltung>

Nach Katja Kerkau (1997) soll das Wissen über die eigenen Ressourcen den Betroffenen helfen, nicht zu erkranken oder den Weg aus belastenden Lebenssituationen zu finden (S. 56-57). Thomas Möbius (2010) ist der Meinung, dass in der SA die sozialen Ressourcen wie auch individuelle Kompetenzen einer Klientin oder eines Klienten stets in die Planung und Gestaltung von Interventionen einbezogen und gestärkt werden müssen. Durch diese Ressourcenaktivierung sollen adäquatere Angebote für die Betroffenen gefunden werden. Somit soll die betroffene Person nachhaltiger stabilisiert und das soziale Umfeld in den Prozess einbezogen werden (S. 13-14).

Möbius (2010) bezeichnet Ressourcen als Quellen der Kraft. Sie stehen für die Betroffenen und deren Umfeld bereit und können, falls nötig, genutzt und auch kombiniert werden. Sie sollen die betroffene Person unterstützen und gleichzeitig die Alltagsbewältigung erleichtern. Wenn von diesen Quellen der Kraft oder auch Ressourcen gesprochen wird, werden drei unterschiedliche Kategorien unterschieden. Damit diese entdeckt und aktiviert werden können, werden unterschiedliche Methoden und Verfahren angewendet:

- 1.) Individuelle Ressourcen (persönliche Kompetenzen usw.)
- 2.) Soziale Ressourcen (Soziale Netzwerke und professionelle Helfersysteme usw.)
- 3.) Materielle Ressourcen (Finanzielle Unterstützung, Wohnung usw.)

(S. 14).

Zusammenfassend bezeichnet Möbius (2010) die Ressourcenarbeit als eine Planungs- und Unterstützungsleistung. Dabei steht die Aktivierung der individuellen und sozialen Ressourcen für die Problembewältigung der Betroffenen im Zentrum. Es soll hier eine Planung stattfinden, um die Prozesse zu koordinieren und durch professionelle Hilfe zu begleiten. Die Aktivierung von institutioneller Hilfe folgt erst in einem nächsten Schritt. Die Standards der ressourcenorientierten Arbeit sind für Möbius:

- Die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mit dem Hintergrund Hilfe zur Selbsthilfe
- Die Mobilisierung und Stabilisierung der individuellen Ressourcen und Netzwerke

- Die Beteiligten arbeiten zusammen an der Zielformulierung, der Hilfeplanung und Hilfestaltung. Der gemeinsame Kontakt ist gleichberechtigt
  - Es herrscht während des gesamten Arbeitsprozesses Transparenz
  - Die Ressourcen werden durch Instrumente und Methoden erhoben. Sie werden zudem fortlaufend dokumentiert und reflektiert
- (S. 28-29).

In den Gesprächen mit den Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern stellte sich heraus, dass die Ressourcenorientierung bei der Austrittsplanung eine überaus wichtige Rolle einnimmt. Die Theorie über den ressourcenorientierten Ansatz dient als Grundlage für den Forschungsteil.

### 3.4. Fazit

Das Ziel der SA ist es, Personen in individuellen Problemlagen zu unterstützen. Im Mittelpunkt steht dabei der Mensch als Individuum. SA richtet sich auf die Problemlösung aus. Diese sollte stets ganzheitlich erfolgen. Als Grundlage dient die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und der Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz.

Einer der Hauptaufgabenbereiche der Klinischen SA ist die existenzielle und materielle Ressourcensicherung. Dieser Bereich spielt auch bei der Austrittsplanung eine tragende Rolle.

Wie dargestellt, sind die Salutogenese und das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell wichtige Konzepte, um eine Situation ganzheitlich erfassen zu können. Demensprechend werden die Interventionen für den Austritt abgeleitet. Kennzeichnend dabei ist, dass die Austrittsplanung bereits bei Eintritt in einen stationären Aufenthalt ihren Anfang nimmt.

Um die Situation bei Eintritt so umfassend wie möglich einschätzen zu können, bedienen sich die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Sozialen Diagnostik.

Den bisherigen Erläuterungen kann entnommen werden, was eine depressive Erkrankung ist. Zudem wurde ausgeführt, welche Aufgabenbereiche Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in einer psychiatrischen Klinik innehaben. Es wurde skizziert, wie die Problemstellungen der Betroffenen herausgearbeitet werden können. Diese sind dann für die Austrittsplanung nach einem stationären Aufenthalt relevant. Der Tatsache, dass sich nicht alle psychisch kranken Personen freiwillig in eine Therapie begeben, wurde bisher noch nicht genug Rechnung getragen.

Das folgende Kapitel soll aufzeigen, wie das staatliche Vorgehen ist, wenn eine Person nicht freiwillig in eine Klinik eintreten will. Die Informationen sind stets im Hinblick auf die Austrittsplanung zu verstehen.

#### 4. Die Fürsorgerische Unterbringung

Der Staat hat für den Fall, dass eine Person mit einer psychischen Krankheit nicht mehr für sich selber sorgen kann, aber nicht freiwillig in eine Klinik eintreten will, ein Rechtskonstrukt geschaffen, welches nun genauer erläutert wird.

Das Bundesrecht unterscheidet zwischen der Fürsorgerischen Unterbringung im weiteren Sinne (FU i. w. S.) und der Fürsorgerischen Unterbringung im engeren Sinne (FU i. e. S.). Bei der FU i. w. S. handelt es sich um eine Kombination aus:

- 1.) Der Einweisung gegen den Willen oder ohne Willen der betroffenen Person Art. 426 Abs. 1 ZGB
- 2.) Der Betreuung oder der Behandlung ohne Zustimmung der betroffenen Person Art. 343 ZGB
- 3.) Der Einschränkung der Bewegungsfreiheit Art. 438 in Verbindung mit Art. 383 ff. ZGB.

Bei der FU i. e. S. handelt es sich um die eigentliche Einweisung durch eine FU Art. 426 Abs. 1 ZGB. Die FU i. e. S. ist demnach eine Zwangseinweisung gegen den Willen einer urteilsfähigen oder gegen den mutmasslichen Willen einer urteilsunfähigen Person mit dem Ziel der Personensorge (Benjamin Dubno & Daniel Rosch, 2016, S. 553–554).

In der folgenden Bachelor-Arbeit ist mit dem Begriff der Fürsorgerischen Unterbringung (FU) generell die FU i. e. S. gemeint. Ausserdem wird davon

ausgegangen, dass es sich um eine FU angesichts einer akuten Selbstgefährdung handelt.

Die FU ist, wie bereits erwähnt, im Art. 426 Abs. 1 des schweizerischen Zivilgesetzbuches geregelt. Sie soll Personen, die an einer psychischen Störung oder an einer geistigen Behinderung leiden oder schwer verwahrlost sind, auch gegen ihren Willen stationär in einer geeigneten Einrichtung unterbringen können. Solch eine Unterbringung ist ein schwerer Eingriff in die persönliche Freiheit und darf nur angeordnet werden, wenn die erforderliche Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.

Dieses Kapitel beschreibt die Massnahme der FU. Die Ausführungen und Erklärungen sind erforderlich, damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann. Sie beziehen sich auf die Austrittsplanung. Zunächst folgen Informationen über das Schweizer Erwachsenenschutzrecht. Danach wird aufgezeigt, wo die FU verortet werden kann und welche Eigenheiten sie aufweist. Später wird im Speziellen die Austrittsplanung gemäss ZGB nach einer FU skizziert. Als Abschluss folgen aktuelle Pressethemen und die neusten Zahlen des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan). Der Schwerpunkt der Ausführungen liegt bei Personen, die aufgrund einer psychischen Störung fürsorglicher untergebracht werden müssen, da sie durch eine schwere depressive Erkrankung suizidal sind.

#### 4.1 Erwachsenenschutz

Der Gesetzesartikel 426 Abs. 1 über die FU ist im schweizerischen Zivilgesetzbuch festgehalten, genauer im Familienrecht (Christof Bernhart, 2011, S. 97). Patrick Fassbind (2012) erwähnt, dass der Erwachsenenschutz ein Teil des schweizerischen Sozialrechts ist. Diese Rechtsnorm soll den Staat zum Handeln zwingen, wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, für ihre lebensnotwendigen Aufgaben zu sorgen und ihre grundlegendsten Bedürfnisse nicht mehr stillen kann (S. 32). Christiana Fountoulakis und Daniel Rosch (2016) bekräftigen, dass sozialrechtliche Massnahmen Menschen unterstützen sollen, wenn sie nicht mehr für sich selber sorgen können (S. 23).

Die Behörden greifen also ein, um die Menschenwürde der betroffenen Personen zu wahren. Dabei sollen die Betroffenen ihre Selbstbestimmung aber zu jedem Zeitpunkt



wahren (Christof Bernhart, 2011, S. 97). Das Kindes-und Erwachsenenschutzrecht bewegt sich demnach im Spannungsfeld zwischen der Selbstbestimmung und der Fremdbestimmung (Fountoulakis & Rosch, 2016, S. 22). Probleme gibt es, wenn die betroffenen Personen überzeugt sind, dass sie nicht hilfsbedürftig sind und keine Unterstützung benötigen (Walter Noser & Daniel Rosch, 2014, S. 15). Gerade bei Personen mit psychischen Störungen zeigt sich diese Problematik regelmässig (Bernhart, 2011, S. 36).

Bernhart (2011) merkt an, dass Interventionen durch eine Behörde immer erst in einem zweiten Schritt erfolgen sollen. Am Anfang greift immer die Eigenverantwortung der betroffenen Personen (S. 97). Weiter erwähnt Bernhart (2011), dass die Richtlinien im Erwachsenenschutz durch die rechtsstaatlichen Schranken klar eingegrenzt sind. Staatliche Interventionen müssen immer anhand von überprüfbaren Kriterien ausgeführt werden. Die Einhaltung der Grundrechte ist dabei elementar (S. 98). Wenn Grundrechte eingeschränkt werden, müssen die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

- 1.) Gesetzliche Grundlage
- 2.) Öffentliches Interesse
- 3.) Verhältnismässigkeit. Verhältnismässig wird wie folgt definiert:
  - Die Massnahme muss geeignet sein
  - Die Massnahme muss erforderlich sein
  - Die Massnahme muss zumutbar sein
  - Die Massnahme darf den Kerngehalt nicht verletzen

(Peter Mösch Payot, Johannes Schleicher & Marianne Schwander, 2013, S. 105–106).

## 4.2 Erläuterungen und Massnahmen über die Fürsorgerische Unterbringung

Nach den allgemeinen Ausführungen zum Erwachsenenschutzrecht folgen nun die Einzelheiten zu Art. 426 Abs. 1 ZGB über die FU. In Art. 426 Abs. 1 ZGB wird geregelt, dass eine Person, die an einer psychischen Störung oder an einer geistigen Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, in einer geeigneten Einrichtung

untergebracht werden kann, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.

Noser und Rosch (2014) führen aus, dass sie immer gegen den Willen der kranken Personen angeordnet wird. Keine andere Massnahme im Erwachsenenschutz hat eine grössere Einwirkung auf die Betroffenen (S. 82). Wenn eine FU angeordnet wird, tangiert dies das Recht auf die persönliche Freiheit (Bernhart, 2011, S. 57–58). Nachfolgend sind die Voraussetzungen für eine FU grafisch dargestellt. Diese müssen kumulativ gegeben sein:

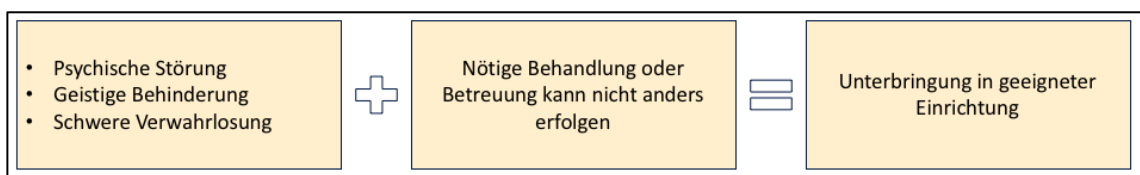


Abbildung 10: Voraussetzungen für eine Fürsorgerische Unterbringung (leicht Modifiziert nach Noser & Rosch, 2014, S. 84)

Der Schwächezustand impliziert, dass eine persönliche Fürsorge zwingend nötig ist und diese an keinem anderen Ort als in der angeordneten Einrichtung erbracht werden kann. Dafür muss der Schutzbedarf exakt definiert werden (Daniel Rosch, Andrea Büchler & Dominique Jakob, 2015, S. 317). Ein Schwächezustand impliziert aber keinesfalls bereits eine FU. Erst wenn die Situation für die Betroffenen so bedrohlich ist, dass sie eine medizinische Behandlung oder Betreuung benötigen, darf der Staat in einem solchen Fall eingreifen (S. 84).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine FU zum Wohlergehen und zum Schutz der betroffenen Person ausgesprochen wird. Die FU ist die ultima ratio. Sie ist auf stationäre Einrichtungen beschränkt. Es spielt keine Rolle, ob diese mit oder gegen den Willen der betroffenen Person geschieht. Es ist auch nicht zwingend, dass eine Einrichtung geschlossen ist (Rosch, Büchler & Jakob, 2015, S. 317-320), wie der Forschungsteil noch zeigen wird.

### 4.3 Die Zuständigkeit

In erster Linie ist für die Unterbringung nach Art. 428 ZGB Abs. 1 die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) zuständig. In der Praxis sprechen, gerade bei Personen mit psychischen Erkrankungen, oft Ärztinnen und Ärzte den Entscheid (Art.

429 ZGB). Der Kanton ernennt Ärztinnen und Ärzte, die neben den Behördenmitgliedern der KESB eine FU anordnen dürfen. Die maximale Dauer ist von Kanton zu Kanton verschieden. Sie darf aber nicht mehr als sechs Wochen betragen (Fassbind, 2012, S. 328–329).

#### 4.4 Die Entlassung

Die Zuständigkeit über die Entlassung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dies ist für die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter für die Austrittsplanung ausschlaggebend. Generell liegt die Zuständigkeit bei der KESB. Dies ist dann der Fall, wenn die KESB den Unterbringungsentscheid selber gefällt oder ärztliche Unterbringungsentscheide verlängert hat. Bei psychisch kranken Personen fällen in der Praxis kantonale Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich die Unterbringungsentscheide. Die Zuständigkeit für die Entlassung liegt nach Art. 428 Abs. 2 ZGB demnach bei der psychiatrischen Einrichtung (Fassbind, 2012, S. 327).

#### 4.5 Austrittsplanung nach einer Fürsorgerischen Unterbringung

Die Forschungsfrage dieser Bachelor-Arbeit bezieht sich auf die Austrittsplanung nach einer FU. Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel detailliert die Entlassung aus einer FU geklärt.

In Art. 436 ZGB wird geregelt, dass eine Ärztin oder ein Arzt bei der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten ein Austrittsgespräch führen muss, wenn die Gefahr eines Rückfalls besteht. Dabei soll das Prozedere geregelt werden, wenn die betroffene Person aufgrund derselben Erkrankung wieder in die Einrichtung eintreten muss. Bernhart (2011) konkretisiert, dass es das Ziel der Behandlerin oder des Behandlers sein soll, mit der Patientin oder dem Patienten vor dem Austritt aus der Klinik Behandlungsgrundsätze zu vereinbaren, falls eine erneute Unterbringung nötig ist (S. 298). Rosch, Büchler und Jakob (2014) halten fest, dass die Behandlungsgrundsätze so klar wie möglich definiert werden müssen. Sie richten sich immer auf zukünftige Situationen aus und sollen den Betroffenen helfen, ihr Selbstbestimmungsrecht zu wahren (S. 374). Solche Absprachen schaffen eine Sicherheit und erleichtern die Situation, wenn die Krankheit wieder akut wird. Zudem muss das Gespräch dokumentiert werden (Bernhart, 2011, S. 298). Rosch, Büchler und Jakob (2015) ordnen das Austrittsgespräch bei den medizinischen Massnahmen ein.

Bei der Beendigung einer FU ist zusätzlich eine Nachbesprechung initiiert. Diese Nachbesprechung soll den Betroffenen helfen, das Erlebte zu verarbeiten (S. 373).

Ein weiterer Aspekt, und für diese Bachelor-Arbeit relevant, ist gemäss Art. 437 ZGB die Nachbetreuung. Laut Noser und Rosch (2014) ist das Ziel der Nachbetreuung, zu verhindern, dass eine ausgetretene Person aufgrund ihrer Krankheit nach kurzer Zeit wieder in die Einrichtung eintreten muss (S. 103–104). Hier setzt die Forschung dieser Bachelor-Arbeit an. Bernhart (2011) vermerkt, dass es sich dabei um keine Zwangsmassnahme handelt. Die Patientin oder der Patient unterzieht sich dieser Behandlung freiwillig (S. 298).

Wie soeben dargestellt, bezieht sich die Forschungsfrage dieser Bachelor-Arbeit auf die Nachbetreuung von Personen, die stationär in einer Klinik hospitalisiert waren. Die Forschungsfrage soll in Bezug auf Art. 437 ZGB beantworten, wie Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bei der Austrittsplanung vorgehen, damit ein Rückfall ins stationäre Setting verhindert werden kann.

Die Autorin stellte bei den Recherchen fest, dass es unzählige aktuelle Pressemeldungen rund um das Thema FU gibt. Im Kapitel 4.6 folgen Darstellungen des Themas durch involvierte Personen.

#### 4.6 Aktuelle Pressemeldungen über die Fürsorgerische Unterbringung

Das Thema rund um die FU ist immer wieder in verschiedenen Medien präsent. Dorothee Vögeli (2015) schreibt, dass im Kanton Zürich ein Viertel aller Betroffenen mit einer FU in einer psychiatrischen Klinik untergebracht werden. Eine davon ist Anna. Sie wurde bereits mehrere Male gegen ihren Willen in eine Psychiatrie eingewiesen. Sie ist überzeugt, dass in der Schweiz im Hinblick auf fürsorgerische Unterbringungen vieles fehlerhaft ist. Den Grund sieht sie in der Unwissenheit der Ärztinnen und Ärzte, die eine FU anordnen. Mit dieser Meinung ist sie nicht alleine. Simone Schmid (2014) schreibt bereits ein Jahr zuvor, dass die Schweiz in Europa in Bezug auf Zwangseinweisungen zu den Spitzenreitern gehört. Es ist erstaunlich, welche unterschiedliche Zahlen die Kantone aufweisen. Es wurden total 63 Einrichtungen in die Auswertung einbezogen. Bei der Hälfte der überprüften Kliniken gibt es beinahe keine Zwangseinweisungen, bei zehn Kliniken dafür signifikant mehr. Ein Grund soll der Mentalitätsunterschied zwischen den Kliniken sein. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist

das Thema Geld. Wenn mehr Geld in einer Institution vorhanden ist, kann sich das Klinikteam mehr Zeit für seine Patienten nehmen, sodass die Zwangseingriffe minimiert werden können. Susan Boos (2018) schreibt, dass die neusten Zahlen des Bundesamtes für Statistik einen signifikanten Anstieg bei den fürsorgerischen Unterbringungen zeigen. 2011 waren es in der Schweiz 7`700 Fälle und im Jahr 2016 bereits 15`000 Fälle. Da es in den unterschiedlichen Schweizer Kantonen bei den Zwangseinweisungen keine einheitliche Rechtslage gibt, kann davon ausgegangen werden, dass noch mehr Einweisungen gesprochen werden.

Nach der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2012) kann im Kanton zum einen die KESB eine Unterbringungsentscheid fällen und zum anderen praxisberechtigte Ärztinnen und Ärzte (S. 12). Laut Boos (2018) widerspiegelt sich die erwähnte Gegebenheit auch in den aktuellen Zahlen. Zu 40% veranlassen Psychiaterinnen und Psychiater eine FU, zu 22% Notärztinnen und Notärzte, zu 23% Ärztinnen und Ärzte in Spitälern und zu rund 11% Hausärztinnen und Hausärzte. Das heisst in Zahlen, dass in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) jährlich über 1`500 Personen durch eine FU in eine Einrichtung eintreten. Das sind beinahe 30% aller Fälle.

Dem Chefarzt der PUK Paul Hoff (2016) sind diese Zahlen bekannt. Er merkt an, dass im Kanton Zürich beispielsweise auch Dermatologinnen und Dermatologen eine FU aussprechen können. Somit sei es nicht verwunderlich, dass mehr Zwangseinweisungen ausgesprochen werden. Diese Fachpersonen stehen bei einem Notfall enorm unter Druck und sind für solch einen Fall nicht speziell geschult.

Als Gegenbeispiel nennt Boos (2018) Basel. In Basel dürfen neben der KESB nur Ärztinnen und Ärzte, die bei der Abteilung Sozialmedizin angesiedelt sind, eine FU aussprechen. Der Internetseite des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt ist zu entnehmen, dass die Abteilung Sozialmedizin über einen 24 Stunden Pikettdienst verfügt. Das führt dazu, dass bei der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel (UPK) nur 200 Personen pro Jahr mit einer FU eintreten. Im Verhältnis zur PUK Zürich sind dies nur 10%. Der Leiter der KESB Basel-Stadt Patrick Fassbind erwähnt in einem Interview mit Gaudenz Wacker (2017), dass er der Überzeugung ist, dass es sinnvoll wäre, wenn nicht alle Ärztinnen und Ärzte eine FU aussprechen könnten, sondern nur Psychiaterinnen und Psychiater sowie speziell geschulte Medizinerinnen und Mediziner. In einem aktuellen Interview von Vögeli (2018) ergänzt der Chefarzt und

stellvertretende Klinikdirektor der PUK Zürich Paul Hoff, dass die Qualität der Einweisungen steigt, je mehr Erfahrungen eine einweisende Ärztin oder ein Arzt hat. Matthias Jäger ist leitender Arzt in der PUK Zürich. Er erwähnt im oben genannten Interview mit Wacker (2017), dass die hohen Zahlen der FU in der Schweiz nicht nur mit den strukturellen Gegebenheiten in Verbindung stehen, sondern dass die Schweizerinnen und Schweizer überaus ordnungsliebend sind und wenig Verständnis für Personen haben, die sich mit ihrem Verhalten ausserhalb der Norm bewegen. Daraus resultiert, dass weniger Toleranz für verhaltensauffällige Personen ausserhalb einer Institution vorhanden ist.

Boos (2018) setzte sich mit der fehlenden Unterstützung von Personen auseinander, die durch eine FU in einer Klinik untergebracht sind. Die Betroffenen haben laut Art. 432 ZGB Anspruch auf eine Vertrauensperson, die sie während dieser prägenden Zeit unterstützt. In der Praxis können die Betroffenen oft nicht von dieser Hilfestellung profitieren, da sie niemanden kennen, der ihnen zur Seite stehen möchte. Dann fällt diese wertvolle Unterstützung weg. Ein Good Practice Beispiel im Zusammenhang mit einer unterstützenden Vertrauensperson ist der Kanton Tessin. Jürg Gasmann (2011) vermerkt in seinem Bericht, dass im Kanton Tessin 1999 eine gesetzliche Grundlage für einen unabhängigen Begleitungs- und Beratungsdienst geschaffen und eingeführt wurde. Dieser soll die Betroffenen bei Konflikten unterstützen. Gasmann erwähnt, dass diese Dienstleistung eingeführt wurde, weil in EU-Ländern mit einer obligatorischen Rechtsbeiständin oder einem Rechtsbeistand die Quote von Zwangseinweisungen erheblich niedriger ist als in den anderen Ländern.

Der Kanton Tessin arbeitet mit der Stiftung Pro Mente Sana zusammen. Diese unterstützt, berät und begleitet Betroffene sowie Angehörige und hat direkten Kontakt mit dem medizinischen Personal. Nach dieser Einführung konnte im Kanton Tessin nachgewiesen werden, dass die psychiatrischen Zwangseinweisungen von 33% im Jahre 2002 auf 19% im Jahre 2009 zurückgegangen sind (S. 33).

## 4.7 Bericht des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums über die Fürsorgerische Unterbringung Februar 2018

Aus aktuellem Anlass steht dieses Kapitel im Zeichen des aktuellen Berichts des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums über Zwangseinweisungen.

Daniela Schuler, Alexandre Tuch und Claudio Peter (2018) weisen aus, dass im Jahre 2016 14'580 Personen, die in der Schweiz wohnhaft waren, fürsorgerisch untergebracht wurden. Dies entspricht 19,7% aller Fälle in der Psychiatrie (S. 2).

Weiter wird aufgezeigt, dass Personen mit affektiven Störungen durchschnittlich 30 Tage durch eine FU in einer Klinik untergebracht sind. Generell kehren nach einer FU, unabhängig von der Diagnose, 59% der Betroffenen nach Hause zurück. In 60% der Fälle ist eine psychiatrische Nachbetreuung vorgesehen (S. 3).

Wie bereits erwähnt, sind die Zahlen der ausgesprochenen fürsorgerischen Unterbringungen zwischen den Kantonen enorm unterschiedlich. Dies bestätigen auch Schuler, Tuch und Peter (2018). Eine Erklärung in der Studie wurde in den unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Sprechung einer FU gesucht. So gibt es, wie bereits angesprochen, in den verschiedenen Kantonen keine einheitlichen Regelungen, wer eine FU aussprechen darf. Um diesen Faktor zu untersuchen, wurden die Kantone in vier Gruppen eingeteilt:

Gruppe 1: Alle Ärztinnen und Ärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung im Kanton können eine FU aussprechen.

Gruppe 2: Alle Ärztinnen und Ärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung in der Schweiz können eine FU aussprechen.

Gruppe 3: Bestimmte Ärztinnen und Ärzte (Notfallärztinnen und Notfallärzte, Psychiaterinnen und Psychiater) können eine FU aussprechen.

Gruppe 4: Keine amtliche Instanz, nur die KESB kann eine FU aussprechen.

Überraschenderweise konnte kein signifikanter Einfluss in der Statistik aufgrund der verschiedenen Instanzen gefunden werden, die eine FU aussprechen können. Tendenziell ist aber ersichtlich, dass in den Kantonen, in denen alle Ärztinnen und

Ärzte eine FU aussprechen können, die Raten der FU höher sind als in den Kantonen, in welchen nur Ärztinnen und Ärzte mit kantonalen Berufsausübungsbewilligungen dazu in der Lage sind (S. 4–5).

#### 4.8 Fazit

Die FU ist eine vom Staat geschaffene Rechtsnorm, wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind, in lebenswichtigen Angelegenheiten für sich selber zu sorgen. Sei dies aufgrund einer psychischen Störung, einer geistigen Behinderung oder wenn eine Person schwer verwahrlost ist. Diese Hilfestellung ist im Erwachsenenschutzrecht des schweizerischen ZGB ab Art. 426 ff. niedergeschrieben. Die öffentliche Gesetzgebung geht davon aus, dass eine Person, die aufgrund eines Schwächezustandes nicht mehr für sich selber sorgen kann, besonderen Schutzes bedarf. Selbst dann, wenn die betroffene Person der Überzeugung ist, dass sie keine Hilfe benötigt. Dieser Konflikt kann zu einem einschneidenden Dilemma für alle Parteien führen. Spätestens dann nämlich, wenn die KESB oder ein anderes Organ (meistens Ärztinnen und Ärzte) die vermeintlich hilfsbedürftige Person gegen ihren Willen in einer Einrichtung unterbringt. Aufgrund der Schwere des Eingriffs müssen diverse Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

Als erstes muss die Einrichtung für den gegebenen Fall geeignet sein. Des Weiteren bedarf es einer gesetzlichen Grundlage. Auch muss das öffentliche Interesse nach Abwägung mit den privaten Interessen der betroffenen Person höher gewichtet werden. Hier stellt sich die Autorin die Frage, warum das öffentliche Interesse am Schutz von Leben höher gewichtet wird als die Achtung der Menschenwürde in Art. 7 BV und das Selbstbestimmungsrecht in Art. 10 Abs. 2 BV. Pierre Tschannen und Martin Buchli (2004) führen zu diesem Thema aus, dass der Sterbewille einer Person vom Staat grundsätzlich akzeptiert wird, aber nur unter der Voraussetzung, dass eine uneingeschränkt urteilsfähige Person diesen Sterbenswunsch hat. Wenn davon ausgegangen werden kann, dass der freie Wille einer Person durch beispielsweise eine psychische Störung ansatzweise eingeschränkt ist, muss der Gesetzgeber einschreiten (S. 8).

Die Autorin sieht diesen Aspekt bei der FU als kritisch an. Wie soll eine Ärztin oder ein Arzt anhand einer Untersuchung und eines Gesprächs nach wenigen Minuten beurteilen, ob diese Person Einschränkungen in ihrem freien Willen hat? Ist es an



ihnen zu beurteilen, ob die betroffenen Personen sich weiterhin durch ihr, vielleicht bereits seit Jahren, sinn- und hoffnungsloses Leben quälen müssen? Inwieweit lassen sich Abklärungspersonen durch ihre eigene Biografie leiten? Welche weiteren tiefgründigen Probleme werden durch die Einweisung ausgelöst?

Die aktuellen Pressemitteilungen und Unterbringungszahlen zeigen, dass es schwierig ist, fundierte Vergleiche zwischen den verschiedenen Kantonen zu ziehen. Bedenklich ist aber, dass in der Schweiz, im Gegensatz zu anderen Ländern in Europa, die Zahlen der FU frappant höher sind. Ob ein wesentlicher Grund dafür ist, dass es in der Schweiz nicht gerne gesehen wird, wenn Personen durch ihr abweichendes Verhalten in der Öffentlichkeit auffallen, oder ob es unkomplizierter ist, diese Personen in einem «sicheren» Rahmen abseits der gesellschaftlichen Begegnungsorte zu platzieren, wäre zukünftig spannend zu erfahren.

Die drei ausgearbeiteten Theoriekapitel zeigen die Grundlagen sowie relevante Informationen zur Forschungsfrage auf. Im Kapitel 5 wird die Theoriefrage beantwortet.

## 5. Beantwortung der Theoriefrage

Welche Grundlagen über depressive Erkrankungen, Klinische Sozialarbeit und Fürsorgerische Unterbringung sind für die Austrittsplanung relevant?

Die Theorien zeigen, dass Gesundheit ein multidimensionales Phänomen ist. Diese Tatsache ist bei der Austrittsplanung relevant, damit ein Rückfall verhindert werden kann. Der Mensch muss sich demnach auf der körperlichen, seelischen und sozialen Ebene gesund fühlen. Die drei Ebenen sind miteinander verbunden und jede Intervention hat Auswirkungen auf einer anderen Ebene. Dieses Faktum muss bei der Austrittsplanung von Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern beachtet werden. Weil die Profession der Sozialen Arbeit nicht alle drei Ebenen abdecken kann, findet die Planung stets interprofessionell statt. Dies setzt den stetigen Austausch und eine enge Zusammenarbeit mit diversen anderen Berufsgruppen voraus.

Die depressive Erkrankung hat Eigenarten, die für die Austrittsplanung relevant sind. Zum einen ziehen sich die Betroffenen aus dem gesellschaftlichen Leben zurück. Dies

widerspricht der Tatsache, dass Menschen für ihr Wohlbefinden auf soziale Kontakte angewiesen sind. Hier muss die Klinische SA ansetzen. Sie sollte dafür sorgen, dass Betroffene nach dem Aufenthalt nicht mehr in dieses Muster zurückfallen. Die Krankheit verläuft zum anderen oft chronisch und rezidivierend. Ausserdem sind die Betroffenen oft suizidal und erleiden regelmässig Rückfälle. Die Nachbetreuung sollte aus diesem Grund nachhaltig sein, damit die schwierige Zeit speziell nach dem Austritt überbrückt werden kann.

Wie bereits erwähnt, hat die Krankheit auf verschiedene Ebenen einen Einfluss. Der Mensch muss, um gesund zu werden und zu bleiben, verschiedene Bedürfnisse auf verschiedenen Ebenen stillen. Diese Bedürfnisse sind bio-psychologisch und sozial. Damit die Bedürfnisse nach dem Austritt befriedigt werden können, müssen bei der Planung die materiellen und rechtlichen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Von grosser Wichtigkeit ist auch die Wohnsituation, die Tagesstruktur, das soziale Netz, die Interessen und der Umgang mit der Erkrankung. Die Klinische SA arbeitet nach dem ressourcenorientierten Ansatz. Dieser ist bei der Austrittsplanung zentral.

Nach der Beantwortung der Theoriefrage folgt der Forschungsteil dieser Bachelor-Arbeit.

## 6. Forschungsdesign

Die Daten dieser Sozialforschung wurden qualitativ erhoben und induktiv ausgewertet. Vito Flacker und Tom Schmid (2006) erklären, dass bei der qualitativen Forschung die Kommunikation eine ausserordentlich wichtige Rolle einnimmt. Realität wird nämlich hergestellt, indem Aussagen von einzelnen Personen oder Gruppen interpretiert werden. Charakteristisch für den induktiven Erkenntnisweg ist, dass durch die Hypothesenbildung von Einzelfällen Rückschlüsse auf die Allgemeinheit gezogen werden können, indem sich wiederholende Gesetzmässigkeiten offengelegt werden können (S. 114). Um die forschungsmethodischen Überlegungen aufzuzeigen, wird in diesem Kapitel die angewandte Methodik dargelegt.

### 6.1 Die Forschungsfrage

Wie im Kapitel 1.2 erwähnt, sind die vorhandenen Daten über das konkrete Vorgehen bei der Austrittsplanung nach einer FU unzureichend. Der Forschungsteil dieser Arbeit

erhebt zu dieser Wissenslücke Daten und wertet sie aus. Das Meinungsspektrum für diese Bachelor-Arbeit wurde mit folgender Forschungsfrage abgebildet:

Wie planen Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den Austritt von Menschen mit einer depressiven Erkrankung aus einer Fürsorgerischen Unterbringung?

Das Ziel dieses Kapitels ist es, durch die erhobenen Daten die Forschungsfrage zu beantworten. Die Forschungsergebnisse werden dann im Kapitel 7 präsentiert. Es folgt eine Diskussion über die ausgewerteten Daten im Kapitel 8. Ausserdem werden die Forschungsergebnisse mit den ausgewählten Theorien der Kapitel 2, 3 und 4 verglichen. Daraus leitet sich die Praxisfrage in Kapitel 9 ab. Mittels der erhobenen Daten werden praktische Handlungsempfehlungen für die SA abgeleitet und dadurch wird die Praxisfrage beantwortet.

## 6.2 Mögliche Interviewpartnerinnen und -partner

Die möglichen Interviewpartnerinnen und -partner sind in Kapitel 6.2.1 und 6.2.2 dargestellt:

### 6.2.1 Betroffene Personen mit einer depressiven Erkrankung

Während des Bachelor Kolloquiums stellte sich die Frage, ob es zielführend wäre, Interviews mit betroffenen Personen zu führen, die sich entweder stationär in einer Psychiatrischen Klinik befinden oder vor kurzem ausgetreten sind. Für die Forschung versprach sich die Autorin Informationen über die Austrittsplanung aus erster Hand.

Es wäre aufschlussreich gewesen zu erfahren, bei welchen Themen die Betroffenen sich nicht verstanden oder unterstützt gefühlt haben. Nach Rücksprache mit Fachpersonen wurde diese Möglichkeit aus folgenden Gründen verworfen: Erstens wäre es äusserst schwierig gewesen, an die Zielgruppe zu gelangen. Zweitens könnten die Interviewfragen schwierige Gefühle bei den Betroffenen auslösen, was kurz vor oder nach dem Austritt riskant sein könnte. Zusätzlich hätten die Interviews, neben den Expertinnen- und Experteninterviews, den Zeitrahmen gesprengt. Aus den dargelegten Gründen wurde die Möglichkeit, Interviews mit direkt Betroffenen zu führen, verworfen.

### 6.2.2 Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

Die Interviews mit Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in Psychiatrischen Kliniken zu führen, stellte eine weitere sinnvolle Möglichkeit dar. Einerseits gehören die Beratung und Austrittsplanung von depressiven Personen zu den täglichen Aufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und andererseits verfügen sie über spezifisches Fachwissen in diesem Bereich.

Damit in dieser Forschungsarbeit die Ergebnisse möglichst aussagekräftig sind, wurden gezielt Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ausgesucht. Damit die Bereitschaft für ein Interview erfragt werden konnte, wurden die Expertinnen und Experten zuerst per E-Mail oder Telefon kontaktiert. Falls sie es wünschten, wurde der Gesprächsleitfaden im Voraus zugestellt. Die Interviews fanden immer persönlich in der jeweiligen Klinik statt.

### 6.3 Auswahl der Psychiatrischen Kliniken

Die ersten Recherchen über die verschiedenen Institutionen erfolgten im Internet. Der Fokus lag auf folgenden Kriterien: Die Klinik sollte über verschiedene stationäre Angebote verfügen. Darunter sollte eine Akutstation, eine Angst- und Depressionsstation sowie ein Klinischer Sozialdienst (SD) zur Einrichtung gehören.

Die Idee, innerkantonale Austrittsplanung von verschiedenen Psychiatrischen Kliniken zu vergleichen, wurde aufgrund fehlender Institutionen bei der Mehrheit der Kantone verworfen.

Infolgedessen sollte die Austrittsplanung von staatlichen psychiatrischen Organisationen und privaten Kliniken miteinander verglichen werden. Aufgrund zahlreicher unerwarteter Absagen seitens der Klinischen Sozialdienste wurde auch diese Idee verworfen.

Die Auswahlkriterien wurden schlussendlich auf die oben genannte Auswahl begrenzt (Akutstation, Angst- und Depressionsstation sowie Klinischer SD).

Die Vorab-Festlegung der Samplestruktur aufgrund der theoretischen Vorüberlegungen wurde beibehalten (Mayer, 2013, S. 39). Durch die veränderte Ausgangslage stand nun nicht mehr ein Vergleich im Vordergrund, sondern die

Betrachtung der verschiedenen Austrittskonzepte der öffentlich-rechtlichen sowie privaten Psychiatrischen Kliniken.

#### 6.4 Zugang zum Feld

Die Autorin stellte den Kontakt mit den Klinischen Sozialdiensten mittels E-Mail her. Es wurde angefragt, ob sie Interesse und zeitliche Ressourcen hätten, um bei einem Leitfadeninterview für eine Bachelor-Arbeit mitzuwirken. Wenn sich die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter für ein Interview interessierten, wurde sogleich ein Interviewtermin vereinbart und der Fragebogen zugestellt.

#### 6.5 Beschreibung der Stichprobe

Es wurden vier Expertinnen- und Experteninterviews in drei Kantonen durchgeführt. Alle interviewten Personen haben langjährige Erfahrungen im Klinischen Bereich und arbeiten eng mit depressiven Personen zusammen. Die Befragten verfügen mindestens über einen Bachelorabschluss in SA.

#### 6.6 Datenerhebung

Die Interviews mit den Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern wurden anhand eines Leitfadens geführt. Charakteristisch handelt es sich bei dieser Datenerhebung um Expertinnen- und Experteninterviews. Michael Meuser und Ulrike Nagel (1991) verstehen unter einer Expertin oder einem Experten Personen, die selber in dem Handlungsfeld tätig sind, welches erforscht wird. Es sind nicht Personen gemeint, die von aussen als Expertinnen und Experten auf das Forschungsfeld blicken, sondern die selber Teil davon sind. Wer die Expertinnen und Experten sind, ist vom Forschungskontext abhängig. Die forschende Person entscheidet, wer als Expertin oder Experte angeschaut wird (S. 442). In der vorliegenden Forschungsarbeit sind die Expertinnen und Experten die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Sie antworten auf die Interviewfragen nicht als Einzelpersonen, sondern stellvertretend für eine ganze Gruppe (Mayer, 2013, S. 38). Damit die Gespräche strukturiert aufgezeichnet und in einem weiteren Schritt qualitativ ausgewertet werden konnten, wurde ein offener Leitfaden erstellt. Als übergeordnete Frage diente die Forschungsfrage dieser Bachelor-Arbeit (Horst O. Mayer, 2013, S. 42).

### 6.6.1 Die Leitfadententwicklung

Sollen in einem Interview konkrete Aussagen über einen Forschungsgegenstand gewonnen werden, verspricht das Leitfadeninterview einen grossen Erfolg. Das Leitfadeninterview ist laut Uwe Flick (1991) teilstandardisiert und soll das Subjekt zum Sprechen bringen (S. 158). Charakteristisch für den Leitfaden ist ausserdem, dass er offen formulierte Fragen beinhaltet und als Orientierung für die Interviewperson dient. Er soll keinen starren Rahmen vorgeben, damit die oder der Befragte spontan antworten kann. Weiter soll er ein Abschweifen in andere Themenbereiche verhindern. Überdies hilft er, das Interview zu strukturieren, damit ein Vergleich zu anderen Interviews gezogen werden kann (Mayer, 2013, S. 37). Der Leitfaden dieser Bachelor-Arbeit ist entstanden, indem die Forschungsfrage im Mittelpunkt stand. Die Fragen des Leitfadens sollen Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage liefern. Dazu wurden zehn offene Fragen formuliert. Der Leitfaden ist im Anhang A ersichtlich.

### 6.6.2 Durchführung der Interviews

Am Anfang erläuterte die Autorin ihre Gedanken über die Bachelor-Arbeit und warum dieses Thema gewählt wurde. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter wurden darüber informiert, dass weder Name noch Institution in der Arbeit erscheinen. Ausserdem werden die Daten nach Abgabe der Bachelor-Arbeit gelöscht. Vor den Interviews unterzeichneten die Befragten eine «Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Tondateien», welche die Autorin mit zum Gespräch nahm. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät und einem Handy aufgenommen, damit die Daten später optimal verarbeitet werden konnten. Die Interviews dauerten zwischen fünfzig und neunzig Minuten. Die Gesprächsatmosphäre war jederzeit angenehm und vertraulich. Als kleines Dankeschön erhielten die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner eine kleine Aufmerksamkeit.

### 6.6.3 Die Datenauswertung

#### **1. Stufe: Markierung der Antworten**

Nach der Transkription werden Textstellen, die Antworten auf die jeweiligen Fragen des Leitfadens geben, markiert (Mühlfeld, 1981, S. 336). Die Autorin markierte die Textstellen mit verschiedenen Farben.

## **2. Stufe: Einordnung der Antworten in das Kategorienschema**

Die bereits markierten Antworten werden in ein Kategorienschema eingeordnet, welches zu einem früheren Zeitpunkt erstellt wurde. Das Kategorienschema wurde anhand der Theorie gestaltet und kann jederzeit erweitert werden (Mühlfeld, 1981, S. 337).

## **3. Stufe: Herstellung einer inneren Logik der Interviewdaten**

Dieser Teil der Auswertung gilt als anspruchsvoll. Nun werden einzelne Aussagen der Interviews miteinander verglichen. Das Ziel ist, übereinstimmende und divergierende Informationen zu erkennen (Mühlfeld, 1981, S. 337).

## **4. Stufe: Verfassen eines Textes zur inneren Logik**

Nun werden die einzelnen ausgewerteten Antworten im Sinn der inneren Logik verschriftlicht (Mühlfeld, 1981, S. 337).

## **5. Stufe: Den Text mit prägnanten Aussagen ergänzen**

Mit dieser Stufe endet die Interpretation der Leitfadeninterviews. Dabei wird der Text mit prägnanten Zitaten ergänzt (Mühlfeld, 1981, S. 337).

## **6. Stufe: Bericht verfassen**

Abschliessend werden die gewonnenen Daten in Berichtsform ausgewertet (Mühlfeld, 1981, S. 337).

Nach der Darstellung des Forschungsdesigns werden im folgenden Kapitel die gewonnenen Erkenntnisse der Forschung dargestellt.

## **7. Forschungsergebnisse**

Wie Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den Austritt von depressiven Personen aus einem stationären Aufenthalt planen, wurde bisher kaum erforscht. Es existiert zwar Literatur über die Klinische SA, es gibt aber keine Untersuchungen über zentrale Faktoren, die für eine nachhaltige Austrittsplanung förderlich sind.

Die Basis für die Diskussion der Forschungsergebnisse bilden die geführten Leitfadeninterviews (vgl. Kapitel 6.6.1). Sie sollen neue Erkenntnisse darüber geben, wie Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bei der Austrittsplanung vorgehen. Die Forschungsergebnisse sind objektiv und frei von Interpretationen. Prägnante Aussagen werden aus den Interviews zitiert. Die involvierten Sozialdienste sind anonym dargestellt: Sozialdienst A, Sozialdienst B, Sozialdienst C und Sozialdienst D.

## 7.1 Kategorien und Unterkategorien

Die Ergebnisse der geführten Interviews wurden in Kategorien und Subkategorien unterteilt und wie folgt grafisch dargestellt.

Kategorie	Unterkategorie
Die Austrittsplanung	Vorgehen Nachhaltigkeit Positive Einflussfaktoren
Depressionen	Besonderheiten bei depressiven Personen
Die Fürsorgerische Unterbringung infolge Selbstgefährdung	Einfluss auf die Austrittsplanung
Die Klinische Sozialarbeit	Interprofessionalität Interdisziplinarität Methoden Modelle Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

Tabelle 4: Kategorien und Unterkategorien für die Datenauswertung (eigene Darstellung)

### 7.1.1 Die Austrittsplanung

#### **Vorgehen, Nachhaltigkeit und positive Einflussfaktoren**

##### Sozialdienst A

Die Fachperson erklärte, dass es in der Institution keinen standardisierten Ablauf für die Austrittsplanung gibt. Die Austrittsplanung ist von der entsprechenden Intervention abhängig: «das Austrittsprozedere, das wir machen, ist relational zur



*entsprechenden Intervention.»* Nicht alle Betroffenen haben automatisch ein Erstgespräch mit dem SD. Dieses verordnet der Arzt oder die Ärztin. Der Auftrag der Fachperson endet bei Austritt.

Für eine nachhaltige Nachbetreuung ist die Vernetzung enorm wichtig. Sie muss bereits vor dem Austritt in die Wege geleitet werden: *«Ich versuche dann entsprechend zu vernetzen, denn das Thema Vernetzung wird für die Zukunft immer wichtiger.»*. Es gibt Gespräche mit einer Beiständin oder einem Beistand und eine Vernetzung im ambulanten Bereich. Wichtige Player sind der kirchliche SD, Caritas, Pro Mente Sana, Pro Infirmis oder ein Job Coaching durch die IV.

Eine Vernetzung findet auch mit den Angehörigen statt. Diese Ressource ist wichtig für einen guten Start ausserhalb der Klinik. Die Fachperson sieht eine Arbeitsanstellung, falls diese noch vorhanden ist, als enorm wichtigen Faktor für eine gelingende Nachbetreuung. Um den Wiedereinstieg zu erleichtern, plant die Fachperson mit den Betroffenen die ersten Arbeitsversuche bereits von der Klinik aus. *«Man macht dann eine sukzessive Steigerung, solange die Person noch hier ist.»*

### Sozialdienst B

Die Fachperson äusserte, dass sie nicht mit allen Betroffenen standardisiert ein Gespräch führt. *«Die Austrittsplanung gehört natürlich beim ganzen Prozess der Sozialberatung beim Sozialdienst dazu, aber es gibt keine standardisierte Austrittsplanung, die wir mit jedem gleich machen.»* Der individuelle Bedarf wird durch die Pflege und durch die Ärztinnen und Ärzte ermittelt. Wenn es zu einer Anmeldung beim SD kommt, beginnt die Austrittsplanung bereits ab dem ersten Gespräch. Dabei ermittelt die Fachperson zuerst die für den Austritt relevanten Problemstellungen der Betroffenen. Die Planung ist nicht standardisiert, aber im Allgemeinen haben die Fachgebiete Arbeit und Soziales einen hohen Stellenwert für die Genesung und die erfolgreiche Nachbetreuung.

Die Fachperson versucht bereits während des Aufenthaltes, die Betreuung für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt zu organisieren, und vereinbart mit den Betroffenen individuelle Ziele: *«Für mich ist eine gute Austrittsplanung, wenn die Vernetzung nach*

*ausen stimmt.» Die wichtigsten Player sind die Psychiatrische Spitex, der SD, Pro Infirmis und Pro Senectute. Es gibt nur bei komplexen Fällen eine Fallübergabe an das Sozialamt, an die Beiständin oder den Beistand sowie an die Psychiatriespitex. Die Meinung der Fachperson dazu: « Es ist wahnsinnig wichtig, dass man beim Austritt tatsächlich eine Fallübergabe macht, aber dann gibt es einfach eine Fallübergabe und dann war es das.» Wenn die Betroffenen ausgetreten sind, erhält die Fachperson keine Rückmeldung, ob die Planung der Nachbetreuung erfolgreich war. Dies ist für die Evaluation höchst problematisch, meint die Fachperson.*

Der Fokus der Fachperson und der gesamten Institution B liegt auf der Arbeitssituation, da diese grundsätzlich als positiver Faktor angesehen wird: *«Das Hauptarbeitsfeld bei mir ist alles, was den Arbeitsprozess betrifft. Bei Depressiven inklusive Burnout ist der Arbeitsplatz und die Rückkehr zum Arbeitsplatz das wichtigste Thema. Wenn wir hören, dass noch eine Arbeit vorhanden ist, dann ist es das Wichtigste, dass wir mit dem Arbeitgeber ins Gespräch kommen. Ich denke, Arbeit und Gesundheit hängen so eng zusammen. Wenn die Arbeit nicht mehr funktioniert, dann ist das Gesundwerden oder wieder Krankwerden, das Risiko ist viel grösser, als wenn eine Arbeit vorhanden ist.»* Als wichtiger Faktor zählen auch die Angehörigen. Falls das Familiensystem als Ressource gut eingebunden werden kann, wird dieses bereits während des Aufenthaltes in die Austrittsplanung einbezogen. Die Fachperson ist überzeugt, dass es keine Nachhaltigkeit gibt, wenn der soziale Bereich während des Aufenthaltes nicht beleuchtet wurde: *«Und wenn man dann den sozialen Bereich nicht berücksichtigt, tritt der Patient aus und wird sofort wieder krank oder er kann überhaupt nicht gesund werden, weil er so belastet ist.»*

### Sozialdienst C

Gemäss der Fachperson ist für die Arbeit mit depressiven Personen nur die ärztliche FU von Bedeutung. Das Vorgehen ist individuell, aber alle Betroffenen haben nach Eintritt ein Erstgespräch mit dem SD. Hat die Person ein stabiles familiäres Umfeld, eine Wohnung und Arbeit, dann sind dies die aktuellen Themenbereiche. Das familiäre Umfeld wird dann bereits während des Aufenthalts in die Gespräche einbezogen. Falls eine Arbeitsstelle vorhanden ist, wird nach Absprache mit der betroffenen Person

geschaut, ob die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber für ein Gespräch kontaktiert werden kann oder ob die IV miteinbezogen werden muss für eine Frühintervention.

Ein Netz für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt ist gemäss der Fachperson sehr wichtig, damit es nicht zu einem Rückfall kommt. *«Der Übergang von stationär zu ambulant, das ist eine heikle Phase. Man weiss auch mit den Suiziden, die passieren dann. Wir sind uns das bewusst und versuchen schon seit Jahren, den Übergang so gleitend wie möglich zu machen.»* Der SD arbeitet oft mit der Tagesklinik und der gemeindeorientierten Akutbehandlung zusammen. Immer wird versucht, mit einer ambulanten Behandlerin oder einem Behandler zu vernetzen und eine Tagesstruktur zu organisieren. *«Wir haben zum Beispiel gemerkt, wenn man zum Beispiel ambulante Ergotherapie anmeldet und die Leute treten dann aus und haben ihren Ersttermin, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sie gehen, viel kleiner ist, als wenn sie von hier aus mal gehen.»* Die Fachpersonen sind bemüht, obwohl die Zeit knapp ist, die Nachbehandlerin oder den Nachehandler am Tag des Austritts telefonisch zu kontaktieren oder den Bericht zu schicken. Auch steht die Institution C dafür ein, dass die Betroffenen vor dem Austritt den ersten Termin bei einer ambulanten Behandlerin oder einem Behandler haben, obwohl die Krankenkasse (KK) das der Klinik nicht vergütet.

### Sozialdienst D

Die Fachperson erklärte, dass die Ärztinnen und Ärzte eine Person beim SD anmelden, wenn Bedarf angezeigt ist. Die Arbeit richtet sich dann von Anfang an auf den Austritt. *«Also alles was wir machen, von Anfang an, ist auf den Austritt ausgerichtet. Also wir schauen dann so gewisse Themenbereiche an, die beim Patienten vorliegen und die gehen wir an.»* Es ist immens wichtig, dass die ersten Gespräche mit der ambulanten Behandlerin oder dem Behandler bereits von der Station aus gemacht werden, damit es nach dem Austritt nahtlos weitergeht. *«Wenn sie austreten, ist auf jeden Fall ein ambulanter Behandler da oder ein Termin steht, das ist ein Muss. Im besten Fall machen wir es, es kommt eigentlich auch meistens hin, dass die Termine stehen.»*

Für die Austrittsplanung hat sie keine Vorlage, das ist individuell, jedoch hält sie an den Themen fest, die wichtig für die Organisation des Austritts sind. Als wichtige Themen

nennt sie eine Wohnung, eine Tagesstruktur und eine geklärte finanzielle Situation. Diese Themen werden von Termin zu Termin bearbeitet. Die Vernetzung zu Behörden ist bereits während des Aufenthalts wichtig. Die Fachperson versucht, ihre Pendenzen vor Austritt abzuschliessen. Der Bereich Arbeit ist ein Schwerpunkt ihrer Tätigkeit, jedoch ist die Wohnsituation auch von grosser Bedeutung. Die Fachperson zum Bereich Arbeit: *«Wir haben sehr viele Arbeitgebergespräche hier, wenn die Arbeitsstelle noch besteht. Wir besprechen entweder die Wiedereingliederung oder es kommt oft auch zur Auflösung von einem Arbeitsvertrag und dann wird besprochen, wie die Ablösung ist oder was für Hilfestellungen doch noch geleistet werden können oder zumindest geklärt.»*

Als Zwischenschritt für eine nachhaltige Nachbetreuung bietet die Institution D an, dass die Betroffenen nach dem Austritt teilstationär auf dieselbe Station kommen können wie vor dem Austritt. Das funktioniert gemäss der Fachperson sehr gut. Auch wird die gemeindeorientierte Akutbehandlung gerade aufgebaut und etabliert. Sehr positive Erfahrungen in der Nachsorge hat die Fachperson mit der ambulanten Wohnbegleitung gemacht. Diese versucht, die Selbständigkeit der Betroffenen durch verschiedene Coachings zu fördern. Dieses Angebot ist ein Schritt zwischen der Psychiatriespitex und einem betreuten Wohnen und hilft, die Tagesstruktur durch Haushaltsführung aufrechtzuerhalten. Wenn eine betroffene Person eine IV-Rente bezieht, ist für eine geregelte Tagesstruktur nach dem Austritt die Vermittlung in den ergänzenden Arbeitsmarkt wichtig.

### 7.1.2 Depressionen

#### ***Besonderheiten bei depressiven Personen***

##### **Sozialdienst A**

Die Fachperson präzisierte, dass das Klinikkonzept auf die Bedürfnisse von depressiven Menschen ausgerichtet ist. Dabei steht im Fokus, dass die Betroffenen, die trotz anfänglicher FU wegen Selbstgefährdung in die Klinik eintreten, nicht auf den geschlossenen Akutstationen hospitalisiert sind. In der Institution gibt es Spezialstationen für Menschen mit Depressionen, Ängsten und Zwängen. Diese

Stationen sind zu 99% offen geführt. Auf den Akutstationen würden depressive Personen inmitten der anderen Krankheitsbilder übersehen werden. Die Fachperson meint dazu: *«Es ist ganz ein anderes Klientel dort und man merkt, es geht langsamer zu und her.»*

Die Betroffenen haben häufig Fragen zu Sozialversicherungen, vor allem zur IV und der Arbeitslosenversicherung (ALV). Die Fachperson meint dazu: *«Ich begleite die Leute in diesem gesamten Prozess. Das ist so essentiell, eine Übersicht zu schaffen und Probleme zu benennen. Weil diese Leute, vor allem Depressive, haben sich von einem Teil im Leben einfach verabschiedet. Gewisse Lebensbereiche wurden nicht mehr behandelt, haben sich zurückgezogen. Ich versuche, für den Klient Klarheit zu schaffen vor dem Austritt.»* Gemäss der Fachperson werden Fürsorgerische Unterbringungen aufgrund einer depressiven Erkrankung in 99% der Fälle aufgehoben.

### Sozialdienst B

Die Fachperson betont, dass eine geregelte Nachbetreuung von depressiven Personen enorm wichtig ist: *«Für die Nachbetreuung von depressiven Menschen ist vom Wichtigsten die Tagesstruktur, um die soziale Isolation, die stattgefunden hat, bevor sie eingetreten sind, meistens vollkommen alleine ohne irgendwelche Kontakte. Sie sind nur noch daheim gewesen und das wieder aufzubauen, dass wenn Leute wieder heimkommen, gerade die Phase nach dem Spitalaufenthalt, das ist so eine fragile Phase. Da muss man schauen, wenn sie heimkommen, was machen sie dann, damit sie nicht wieder in der Depression versinken.»* Charakteristisch für die erkrankten Personen ist, dass es extrem schwierig ist, die Betroffenen für eine geregelte Tagesstruktur zu motivieren. Obwohl sie bei Austritt versichern, dass sie zu Hause Termine abmachen, funktioniert das trotzdem nicht. Daher ist es gemäss der Fachperson wichtig, dass die Betroffenen mit einer Psychiatriespitex zusammenarbeiten. Denn sie sieht die gleichen Gesichter immer wieder, da Rückfälle nicht verhindert werden können. Der Schwerpunkt der Beratung liegt gemäss der Fachperson auf den Sozialversicherungen und der Sozialhilfe.

### Sozialdienst C

Die Fachperson meinte: *«Depressive gehören jetzt bei uns in der Klinik zu den besser strukturierten. Wenn die Personen mal rausgeflogen sind, versucht man natürlich, dort zu aktivieren und zu schauen, wieviel ist der Einzelne fähig, selber zu dem beizutragen zu seiner Tagesstruktur. Je nachdem, wie das aussieht, müssen wir mehr oder weniger organisieren. Wir machen aber schon die Erfahrung, wenn das Soziale nicht verhebt oder dann sind sie einfach innert Kürze wieder hier.»*

### Sozialdienst D

Die Fachperson erwähnte über die Arbeit mit depressiven Personen: *«Es kommen schon immer wieder alt bekannte Patienten, aber wir schauen natürlich mit unserem Austrittsmanagement oder überhaupt mit unserer sozialen Arbeit, dass so viel Hilfe und Unterstützung gewährleistet ist, dass die Patienten nicht so in die alten Muster zurückfallen, ja zurück in die Depression fallen. Also man weiss ja bei Depressiven, sie stehen nicht gerne auf oder haben Mühe, morgens aufzustehen, schlafen gern viel am Tag, gehen nicht aus dem Haus, ziehen sich sozial zurück, dem probieren wir schon entgegenzuwirken. Also bei Austritt geht's ja den meisten Patienten gut, sonst würden sie nicht entlassen werden, dass das möglichst aufrechterhalten wird mit den Angeboten, die wir aufgleisen. Aber der Eine oder Andere fällt immer wieder in eine Krise.»*

## 7.1.3 Die Fürsorgerische Unterbringung infolge Selbstgefährdung

### **Einfluss auf die Austrittsplanung**

#### Sozialdienst A

Die Fachperson erläuterte, dass ein Eintritt mit einer FU keinen standardisierten Ablauf für die Austrittsplanung mit sich bringt: *«Der Punkt ist, wir haben keinen standardisierten Ablauf, weder für Menschen mit einer Depression noch für Menschen, die mit einer FU wegen Selbstgefährdung eingetreten sind. Es ist im Allgemeinen schwierig, ein gewisses standardisiertes Ablaufprozedere festzusetzen.»* Entscheidend ist, wie sich der Gesundheitszustand entwickelt. Oft geht die Selbstgefährdung durch Gespräche und Medikamente rasch zurück, sodass die Person nach einer Woche stabil ist und austreten kann. Dann gibt es für die Fachperson keinen sozialarbeiterischen

Auftrag. Im Allgemeinen erwähnte die Fachperson, dass eine FU wegen Selbstgefährdung, die bei Austritt nicht mehr besteht, was bei depressiven Personen in beinahe 100% der Fall ist, keinen Einfluss auf die Austrittsplanung hat.

### Sozialdienst B

In der Institution B gibt es sehr wenige Personen, die wegen einer Depression mit Selbstgefährdung fürsorglich untergebracht sind, erklärt die Fachperson: *«Also Personen, die wegen einer Depression hier sind, sind in der Regel einfach so depressiv, dass sie zu Hause verwahrlosen und in der Regel einfach so leiden, dass sie selber kommen oder Angehörige das merken und sie dann schicken. Wir haben wenige Patienten, die mit einer behördlichen Massnahme hier sind mit Depressionen. Depressive sind sehr viel freiwillig hier.»* Die Fachperson erwähnte während des Gesprächs mehrfach, dass eine FU bei ihrer Arbeit mit depressiven Personen und deren Austrittsplanung meistens nicht mehr besteht und somit auch keinen Einfluss hat.

### Sozialdienst C

Die Fachperson erwähnte, dass Menschen, die angesichts einer Depression selbstgefährdet sind, wenn überhaupt, mit einer ärztlichen FU in die Klinik eintreten: *«Menschen mit einer Depression kommen oft mit einem ärztlichen FU oder nach einem Suizidversuch, wenn sie nicht möchten.»* Auch wurde erwähnt, dass die ärztliche FU auf die Austrittsplanung keinen Einfluss hat, da die Aufenthaltsdauer von 6 Wochen meist nicht nötig sind.

### Sozialdienst D

Auf die Frage, welchen Einfluss eine FU wegen Selbstgefährdung auf die Austrittsplanung bei depressiven Personen hat, meinte die Fachperson: *«Die Patienten sind so sechs bis acht Wochen im Durchschnitt auf der Station. Manche auch viel länger und manche auch weniger und bis dahin ist dann eine FU eigentlich auch abgelaufen. Manche kommen ja mit einer FU von drei Tagen oder so, das ist dann bei Austritt gar nicht mehr relevant, ob das jetzt eine FU war oder ob die so regulär kamen.»* Die Fachperson manifestierte ihre Aussage während des Gesprächs: *«Bei den depressiven*

*Personen läuft die FU nach maximal sechs Wochen ab, dann ist es dann gar nicht mehr so relevant, ob jetzt bei Eintritt eine FU bestand oder besteht.»*

#### 7.1.4 Die Klinische Sozialarbeit

##### ***Interprofessionalität, Interdisziplinarität, Methoden, Modelle und Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter***

###### Sozialdienst A

###### *Interprofessionalität*

Die Fachperson betonte, dass die Austrittsplanung interprofessionell erarbeitet wird: *«Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit ist das A und O. Es gibt auch immer wieder Übergangsstücke und man muss bereit sein, sich immer wieder die Hand zu reichen.»* Zum Klinikteam der Institution A gehören neben den Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und Sozialarbeitenden die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeuteninnen und Physiotherapeuten und noch weitere Berufsgruppen. Dieses Behandlungsteam trifft sich wöchentlich und bespricht den Verlauf des Aufenthalts, die Zielsetzung und wie auf den Austritt hingearbeitet wird.

Im Alltag ist die Fachperson mehrmals täglich mit den Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden in Kontakt: *«Der Arzt oder der Psychologe ist fallführend, das heisst, bei ihm laufen alle Fäden zusammen und sie treffen auch die wichtigsten Entscheidungen. Sicher die Entscheidung, wann steht ein Austritt an.»*

###### *Interdisziplinarität*

Die Fachperson erwähnte, dass die Vernetzung nach aussen für die Nachbetreuung enorm wichtig ist. Es werden in der Institution, um die medizinische Versorgung gegen aussen zu planen, Standortgespräche angeboten. Als Beispiele wurden die Spitex, Rehabilitationskliniken, Suchtkliniken oder alles rund ums Wohnen erwähnt.

###### *Methoden*

Die Fachperson zeigte sich nachdenklich, als das Gespräch auf die sozialarbeiterischen Methoden zu sprechen kam. Ihrer Meinung nach gibt es keine klassischen, einheitlichen Methoden in der Klinischen SA, im Gegensatz zur Medizin.



Gemäss der Fachperson erarbeitete die FHNW ein Assessmentinstrument in einem Gesamtkontext, welches in der Praxis nicht anwendbar ist, weil der Aufwand zu gross ist. Die Institution A wendet daher nur das Assessment an. Dieses standardisiert die Bereiche Wohnen, Recht, Finanzen, Arbeit und soziale Beziehungen. Die Meinung der Fachperson: *«Diese Fragen kann man ja sonst auch verinnerlichen, ohne dass man den Bogen mitnimmt.»*

Ausserdem gibt es noch ein anderes Problem. Es gibt keinen Diagnosekatalog für die Klinische SA, im Gegensatz zur Medizin. Weder die ICD-10 noch der ICF-Katalog kann angewendet werden, weil die Begrifflichkeiten zu schwerfällig sind. Daraus resultiert, dass die Diagnose auf Erfahrungen beruht. Sie erfolgt daher nicht unter einem professionellen Mantel wie bei einer Ärztin oder einem Arzt. Wenn die Fachperson aufgrund der Diagnose zur Intervention kommt, schwindet der Bezug zu theoriegeleiteten Modellen immer mehr. Die Fachperson erklärte: *«Und da muss man einfach sagen, es ist bei uns halt einfach komplexer wie in der Medizin, darum tun wir uns hier auch so schwer. In der Medizin haben wir klare Diagnosen mit klaren Kriterien und so weit sind wir als Profession nicht. Ich glaube, hier gibt es noch ganz viel Luft gegen oben.»*

### *Modelle*

Bei der Frage nach Modellen antwortete die Fachperson, dass ihr keine Modelle für die Klinische SA bekannt sind, die sie sich während des Studiums oder in einer Weiterbildung angeeignet hätte. Es gibt aber theoretische Ansätze, damit die Arbeit legitimiert werden kann. Dazu gehören das bio-psycho-soziale Modell, welches in der Klinik relevant ist. Gemäss der Fachperson ist dieses Modell auf WHO-Ebene verbindlich und das ist wichtig für die SA. Ein weiteres wichtiges Modell ist das ICF.

### *Kompetenzen der Fachpersonen*

*«Eine Grundkompetenz ist, dass man diese Schwere, die dort herrscht, aushalten kann»,* so die Fachperson. *«Das sind alles Menschen mit einer Depression. Sie sind hoffnungslos und haben Suizidgedanken, das muss man ein Stück weit ertragen. Man muss ein grosses Potenzial an Frustrtoleranz mitbringen.»* Eine wichtige Kompetenz, neben den Themen der Sozialversicherungen IV und ALV, ist die Fähigkeit, in die

Zukunft zu blicken, um zu planen, denn das können die Betroffenen in einer Krise nicht mehr.

## Sozialdienst B

### *Interprofessionalität*

Die Sozialberatung gehört neben der Pflege, den Ärztinnen und Ärzten und der Ergotherapie zum interprofessionellen Team dazu, so die Fachperson. *«Das ist eine Interdisziplinarität, wo jeder den anderen schätzt und seine Fachkenntnisse reinbringt.»* Schwierigkeiten sieht die Fachperson in den strukturellen Gegebenheiten. Das Team der Sozialberatung ist der Verwaltung unterstellt. Es gibt zwar wöchentlich auf der Station einen interprofessionellen Rapport, doch es macht den Austausch trotzdem komplizierter.

### *Interdisziplinarität*

Die Fachperson stellte fest, dass *«nach aussen die Vernetzung relativ wenig ist, obwohl die Vernetzung eigentlich immer ganz ein grosses Thema ist.»* Eines der grössten Probleme ist die Zusammenarbeit mit Beiständinnen und Beiständen. *«Die Patienten kommen zu uns in die Klinik und dann haben die Beistände wie das Gefühl, jetzt sind sie in der Klinik, da gibt es eine Sozialberatung und die machen dann schon.»*

Mit Case Managerinnen (CM) und Managern (CM) hat die Fachperson gute Erfahrungen gemacht. Es waren bisher vor allem CM von Krankenkassen. Die Fachperson stellt den Kontakt nicht ohne Hintergedanken her: *«Aber sie brauchen natürlich in dem Moment, wo sie mit dem Patient zusammen arbeiten, eine Schweigepflichtentbindung und diese ist relativ allumfassend. Da kommt es schon zu einem Interessenskonflikt.»* Die Fachperson würde es begrüssen, wenn die CM keinem Unternehmen verpflichtet wären.

### *Methoden*

Die Fachperson erzählte, dass sie keine Methoden anwendet. Sie wählt das Passende je nach Situation und Gefühl aus.

### *Modelle*

Die Fachperson äusserte, dass sie mit keinem konkreten Modell arbeitet. Sie arbeitet ressourcen-, lösungs- und lebensweltorientiert.

### *Kompetenzen der Fachpersonen*

Die Fachperson bestätigte, dass das Fachwissen über die verschiedenen Krankheiten enorm wichtig ist. Diese Kompetenzen hat sie sich entweder selber angeeignet oder es gab Team-Weiterbildungen. Daneben ist vor allem Einfühlungsvermögen und Sozialversicherungswissen gefragt.

## Sozialdienst C

### *Interprofessionalität*

Die Fachperson schilderte, dass sie überaus zufrieden mit dem System der Institution C ist. Gearbeitet wird in Behandlungsteams. Es gibt keine Parallelstrukturen. Die Oberärztin, der Oberarzt oder die Stationsleitung der Pflege sind die Vorgesetzten. Die Sozialarbeitenden sind bei jedem Rapport dabei und alle Teilnehmenden können sich einbringen. Die Fachperson ergänzend: *«Aber ich habe das Gefühl, dadurch dass der Sozialarbeiter bei uns ein Teil vom Team ist, sind die Wege sehr kurz und man spricht sich miteinander ab und das funktioniert eigentlich wirklich gut.»*

### *Interdisziplinarität*

Die Fachperson erzählte, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit gegen aussen sehr gut funktioniert, vor allem mit der IV. Es gibt alle zwei Monate in der Institution eine Sitzung zu den pendenten Fällen. Die Fachperson meinte dazu: *«Das ist wirklich sehr eng, dann schaut man wirklich auch, sind die Personen schon angemeldet, was braucht es noch, wie sieht es aus. Dort ist es wirklich eng.»*

Über die Vernetzung mit Beiständinnen und Beiständen meint die Fachperson, dass eine gelungene Zusammenarbeit von der jeweiligen Beiständin oder dem Beistand abhängig ist. *«Es fällt aber schon auf, dass Beistände, wenn mal jemand in der Klinik ist, die Tendenz haben zu sagen, jetzt schauen die in der Klinik.»*

Ambivalent ist auch ihr Verhältnis zu CM. Als grosses Problem sieht die Fachperson, dass die CM bei einer KK oder Krankentaggeldversicherung (KTG) angestellt sind und somit die Interessen der jeweiligen Unternehmung vertreten und nicht das Wohl der Betroffenen. *«Wir haben immer wieder das Gefühl, dass uns die Arbeit mit den CM die Arbeit nicht leichter macht, weil diese halt klar in eine Richtung gehen und das nicht immer unsere Richtung ist. Also sind wir ermutigt, nicht mehr mit CM zusammen zu arbeiten. Obwohl ich diese absolut verstehe. Das ist ihr Job.»*

#### *Kompetenzen der Fachpersonen*

Die Fachperson ist überzeugt, dass sich Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die verschiedenen Krankheitsbilder aneignen müssen, weil die Betroffenen in der Beratung ein Verhalten an den Tag legen, das sich mit einer bestimmten Krankheitsphase deckt.

#### **Sozialdienst D**

##### *Interprofessionalität*

Die SA, die Pflege und die medizinischen Dienste gehören gemäss der Fachperson strukturell zusammen. Die Fachperson ist bei den Rapporten und der Oberarztvisite anwesend. Dies sind die offiziellen Orte des Austausches. Zudem sind sie ständig mit Ärztinnen und Ärzten und der Pflege im Kontakt. Das Team arbeitet miteinander, aber auch individuell.

##### *Interdisziplinarität*

Die Fachperson erzählte, dass die Zusammenarbeit gegen aussen gut funktioniert, vor allem mit der IV und der Wirtschaftlichen Sozialhilfe. Die Vernetzung läuft schon während des Aufenthaltes. Wenn Betroffene lange in der Klinik bleiben, werden die zuständigen Mitarbeitenden der IV eingeladen und es wird diskutiert, wie das weitere Vorgehen ist. Dies können berufliche Massnahmen, Anbindung an die ALV, Schuldenberatung oder Termine beim Betreibungsamt sein.

Die Zusammenarbeit mit den Beiständinnen und Beiständen empfindet die Fachperson als positiv. Manchmal würden sich die Sozialarbeitenden wünschen, *«dass die*

*Beistände mehr übernehmen noch, das kommt immer mal wieder zur Sprache, aber ansonsten läuft es gut.»*

Die Fachperson wusste über die Zusammenarbeit mit CM nur Gutes zu berichten. Diese setzen sich sehr für die Betroffenen ein, obwohl sie einer KTG angehören. Die Fachperson hat auch oft mit CM von Grosskonzernen Kontakt. Hier steht die Arbeit im Zentrum, aber die anderen Lebensbereiche werden auch beleuchtet.

### *Methoden*

Die Fachperson äusserte, dass zurzeit eine Praxisphase im Gange ist, in welcher die Kooperative Prozessgestaltung der FHNW getestet wird. Ihre Meinung dazu: *«Es ist halt gut strukturiert, also bevor wir jetzt das Modell hatten, hatten wir ja auch gearbeitet und es war nicht so viel anders. Es ist jetzt vielleicht bewusster strukturiert, wir dokumentieren bewusster, nach diesem Modell.»* Die Kernbereiche sind Arbeit, Wohnen, Finanzen und Soziale Vernetzung.

### *Modelle*

Die Fachperson erwähnte, dass das bio-psycho-soziale Modell für die Arbeit wichtig ist, aber nicht direkt thematisiert wird: *«Es ist jetzt nicht, dass man das thematisiert. Wir arbeiten jetzt nach diesem Modell und ich muss jetzt das und das, weil das Modell da ist, aber mit der Zeit fliesst dann alles ein wenig zusammen, man hat so einen Mix und wendet dann einfach intuitiv das an, was es jetzt gerade erfordert.»*

### *Kompetenzen der Fachpersonen*

Die Fachperson benötigt fundierte Kompetenzen über das Sozialversicherungsrecht, die finanzielle Sicherheit sowie über die Angebote der Kooperationspartner. *«Wie die einzelnen Versicherungen untereinander verwoben sind, also das ist ganz wichtig.»*

Eine Fachperson benötigt Empathie und ein Gespür, wo sie sich abgrenzen muss, meint die Fachperson. Lebens- und Berufserfahrung helfen ihr dabei. Die Institution bietet Schulungen über die verschiedenen Krankheitsbilder an, weil dieses Wissen vorhanden sein muss. Viel Erfahrung sammelt die Fachperson bei der täglichen Arbeit.

## 8 Diskussion der Forschungsergebnisse

Durch die Interviews mit den verschiedenen Fachpersonen konnte umfangreiches Datenmaterial zur Beantwortung der Forschungsfrage gesammelt werden. Die Diskussion dieser qualitativen Forschung bezieht sich auf die vier geführten Interviews. Die Forschung ist daher nicht repräsentativ und bildet einzig ein Meinungsspektrum ab.

Nachfolgend sind die Diskussion sowie der Theoriebezug zu den zentralen Forschungsergebnissen dargestellt. Entsprechend den Forschungsergebnissen werden vier Kategorien separat dargestellt.

### 8.1 Die Austrittsplanung

Beim Thema Austrittsplanung zeigen die Forschungsergebnisse ein einheitliches Resultat. Ziel der Austrittsplanung ist es, einen Rückfall ins stationäre Setting zu verhindern. Nach Bear et al. (2013) erleiden überdurchschnittlich viele Personen, die an einer depressiven Krankheit leiden, einen Rückfall (vgl. Kapitel 2.2.2).

Den Forschungsergebnissen kann entnommen werden, dass die Vernetzung der wichtigste Faktor für eine nachhaltige Austrittsplanung darstellt. Einerseits die Vernetzung mit ambulanten Stellen und andererseits mit dem familiären Umfeld sowie der Arbeitsstelle. Die Vernetzung sollte bereits während des stationären Aufenthalts initiiert werden. Das heisst, dass bereits während des Aufenthalts Gespräche mit ambulanten Behandlerinnen oder Behandlern vereinbart werden müssen. Die Betroffenen müssen unterstützt werden, damit sie den externen Termin das erste Mal bereits während des Klinikaufenthaltes wahrnehmen.

Eine Arbeitsstelle ist für eine gelungene Nachbetreuung überaus wichtig. Auch hier sollte die Vernetzung mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber so rasch als möglich erfolgen. In der Praxis sucht der SD das Gespräch mit den Vorgesetzten und der Arbeitseinstieg erfolgt im bestenfalls bereits während des Aufenthalts.

Anhand der Forschungsergebnisse ist zu erkennen, dass der Begriff «Ressource» bei der Austrittsplanung eine enorm wichtige Rolle spielt. Möbius (2010) ist der Überzeugung, dass es in der SA essentiell ist, dass die Ressourcen einer Klientin oder eines Klienten bereits ab dem Erstgespräch in die Planung und Interventionen einbezogen werden. Dies soll helfen, die betroffenen Personen nachhaltig zu

stabilisieren (vgl. Kapitel 3.3.4). Walther und Deimel (2017) entwickelten einen für die Austrittsplanung der Sozialen Arbeit relevanten Leitfaden. Die Ressourcen Arbeit und Tagesstruktur sowie das soziale Netz sind wichtige Stützen für die Zeit nach dem Austritt (vgl. Kapitel 3.3). Das familiäre Umfeld ist für die Austrittsplanung eine ebenso wichtige Ressource. Das deckt sich mit Möbius (2010). Ressourcenarbeit ist für ihn eine Planungsleistung, wobei nicht nur die individuellen Ressourcen für die Problembewältigung im Zentrum stehen, sondern auch die sozialen Ressourcen (vgl. Kapitel 3.3.4). Auch hier zieht die Klinische Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter die Familie, falls vorhanden, so früh wie möglich in die Planung ein.

Die Forschung zeigt, dass neben den erwähnten Ressourcen alle Lebensbereiche der Betroffenen in die Arbeit einbezogen werden sollen. Nur so gelingt eine erfolgreiche Stabilisation nach einem stationären Aufenthalt. Diese Erkenntnis deckt sich mit der Theorie von Faltenmaier (2009). Gesundheit ist seiner Meinung nach ein multidimensionales Phänomen. Dabei muss die physische, die psychische und auch die soziale Ebene einbezogen werden (vgl. Kapitel 2.1).

## 8.2 Depressionen

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Institutionen Rücksicht auf die speziellen Bedürfnisse von depressiven Personen nehmen. Sie sind, trotz FU, nicht in einer geschlossenen Akutstation hospitalisiert, sondern auf einer Depressions- und Angststation. Die Betroffenen haben aufgrund der Krankheit Probleme, ihre Bedürfnisse kundzutun. Auf diesen Spezialstationen gibt es dafür mehr Raum. Die Betroffenen lebten vor Klinikeintritt mehrheitlich zurückgezogen und ziehen sich auch in der Klinik oft zurück. Dies deckt sich mit Baer et al. (2013). Demnach leiden die Betroffenen an einer niedergedrückten und hoffnungslosen Stimmung. Dadurch ziehen sie sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurück (vgl. Kapitel 2.2).

Die Fachpersonen erwähnten, dass sie immer wieder die gleichen Klientinnen und Klienten auf der Station antreffen. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass eine Tagesstruktur bei den Betroffenen von enormer Wichtigkeit ist. Viele Betroffene können diese trotz mehrmaligen Klinikaufenthalten zu Hause nicht aufrechterhalten.

Baer et al. (2013) stellten fest, dass Depressionen oft rezidivierend verlaufen (vgl. Kapitel 2.2). Dies deckt sich mit den Beobachtungen der Fachpersonen.

### 8.3 Die Fürsorgerische Unterbringung infolge Selbstgefährdung

Die Forschungsergebnisse darüber, wie eine FU die Austrittsplanung von Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bei selbstgefährdeten depressiven Klientinnen und Klienten beeinflusst, fiel einheitlich aus: Sie hat bei allen befragten Sozialdiensten höchst selten einen Einfluss. Eine FU initiiert daher auch keinen standardisierten Ablauf bei der Austrittsplanung. Die meisten depressiven Personen treten freiwillig in eine Klinik ein und nicht durch eine FU. Wenn es zu einer FU kommt, dann ist es so gut wie immer eine durch eine Ärztin oder einen Arzt attestierte FU. Dies deckt sich mit den Erläuterungen von Fassbind (2012). Er stellte fest, dass bei psychisch kranken Personen die FU oft durch Ärztinnen und Ärzte ausgesprochen wird (vgl. Kapitel 4.3). Die erwähnte Tatsache, dass die Mehrheit der FU bei psychisch kranken Personen durch Ärztinnen oder Ärzte ausgesprochen werden, zeigt die hohe Relevanz der aktuellen Pressemitteilungen im Kapitel 4.6.

Betroffene werden nach Eintritt auf einer offenen Angst- und Depressionsstation betreut (vgl. Kapitel 8.2). Da sich der Gesundheitszustand oft rasch verbessert, ist nach der Maximaldauer von 6 Wochen die FU bei Austritt aufgehoben. Daher ist dieser gemäss den Fachpersonen bei der Austrittsplanung nicht relevant. Die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bereiten den Austritt für jede Klientin und jeden Klienten individuell vor. Es ist immer das Ziel, einen erneuten raschen Klinikeintritt zu verhindern.

### 8.4 Die Klinische Sozialarbeit

#### *Interprofessionalität*

Die Forschungsergebnisse zeigen ein einheitliches Resultat. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist für die Klinische SA unabdingbar und enorm wichtig. Pauls (2013a) bestätigt, dass Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter Expertinnen und Experten in der sozialen Beratung, Behandlung und bei Interventionen sind. Daher sind



sie für ein interprofessionelles Team nicht wegzudenken (vgl. Kapitel 3.2). Die Klinische SA ist gemäss den Befragten im interprofessionellen Klinikteam tief verankert.

### *Interdisziplinarität*

Die befragten Fachpersonen sind sich einig, dass für die Austrittsplanung die Vernetzung gegen aussen enorm wichtig ist. Dieser Meinung sind auch Ortmann und Schaub (2003) zit. in Schaub. Für sie bedeutet Klinische SA interdisziplinäres Handeln (vgl. Kapitel 3.2).

Die Forschungsergebnisse zeigen in zwei Richtungen: Es gibt Institutionen, bei denen die Vernetzung nach aussen sehr gut funktioniert, vor allem mit der IV. Dann gibt es Arbeitsfelder, mit denen die Zusammenarbeit schwieriger ist. Als erstes Beispiel wurde die Zusammenarbeit mit Beiständinnen und Beiständen sowie CM genannt. Es gibt Fachpersonen, die aufgrund von schlechten Erfahrungen nicht mehr mit CM zusammenarbeiten. Die Fachpersonen sind sich einig, dass der Umstand, dass die CM so gut wie immer eine KK, eine KTG oder einen Arbeitgeber vertreten, kritisch zu betrachten ist. Die Tatsache, dass mit den erwähnten CM keine neutrale Zusammenarbeit entstehen kann, ist sehr zu bedauern. Denn gemäss Pauls (2013a) würde ein Klinisches CM eine geeignete Methode für dieses Setting darstellen (vgl. Kapitel 3.2).

### *Methoden*

Bei der Methodenwahl zeigen die Forschungsergebnisse, dass keine einheitlichen Methoden angewendet werden. Ein Grund dafür ist, dass in der Klinischen SA die geeigneten Methoden fehlen. Zum anderen sind die vorhandenen Methoden zu zeitintensiv. Nach Röh (2008) wird die «Soziale Diagnostik» ein immer wichtigeres Thema. Ein geeignetes Diagnoseinstrument ist für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit wichtig und es sollte den Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern Routine und Sicherheit bei der praktischen Arbeit geben (vgl. Kapitel 3.3.3). Dem stimmt Schaub (2008) zu. Die Soziale Diagnostik sollte die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter fachlich unterstützen und ihnen Orientierung geben (vgl. Kapitel 3.3.3). Röh (2008) schreibt, dass in vielen sozialen Bereichen die Arbeit stets multiprofessioneller wird. Die SA braucht daher für eine erfolgreiche Kooperation mit anderen Professionen ein passendes Instrument. Dieses Instrument sollte dem

multiperspektivischen Blick der Sozialen Arbeit gerecht werden und die Betroffenen als sozio-somatische Einheit betrachten (vgl. Kapitel 3.3.3).

Weiter zeigen die Forschungsergebnisse, dass die vorhandenen Diagnoseinstrumente der Medizin, wie die ICD-10 oder die ICF, für die SA kein geeignetes Instrument darstellen. Die SA ist in ihrer Arbeit viel komplexer als die Medizin und deswegen greifen die Diagnoseinstrumente nicht genug. Das bestätigt auch Röh (2008). Er erkannte, dass ein Klassifikationssystem für die SA ähnlich sein sollte wie jenes der WHO. Es sollte aber möglich sein, mehr Komplexität abbilden zu können (vgl. Kapitel 3.3.3).

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Fachpersonen für die Gesprächsführung und Austrittsplanung je nach Gefühl und Situation andere Modelle anwenden.

#### *Modelle*

Gemäss der Forschung wird kein konkretes Modell in der Klinischen SA für die Austrittsplanung angewendet. Das bio-psycho-soziale Modell spielt für alle befragten Personen eine zentrale Rolle. Die Forschung zeigt, dass die Klinische SA durch dieses Modell legitimiert wird. Es wird aber in der Praxis nicht angewendet. Das bio-psycho-soziale Modell wird im Kapitel 8.5 näher erläutert.

#### *Kompetenzen der Fachpersonen*

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass in der Klinischen SA mit psychisch kranken Personen Expertenwissen über die verschiedenen Erkrankungen enorm wichtig ist. Ein Basiswissen muss auch über die Kooperationspartnerinnen und Partner vorhanden sein. Für die Arbeit mit depressiven Personen müssen die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter vor allem Wissen über die Sozialversicherungen mitbringen, besonders über die finanzielle Sicherheit. Empathie und Frustrtoleranz gehören ebenso zu den Kompetenzen. Es fällt auf, dass die Sozialarbeitenden ihre Kompetenzen nicht über die Theorie, sondern durch ihre Lebens- und Berufserfahrung erworben haben.

### 8.5 Erklärung des bio-psycho-sozialen Modells für die Austrittsplanung

Die Forschung zeigt, dass die Fachpersonen das bio-psycho-soziale Modell als Legitimation der Klinischen SA und aus diesem Grund als essentiell betrachten. Es wird

aber in der Austrittsplanung nicht konkret angewendet. Dies widerspricht der Aussage von Pauls (2002), wonach das Modell fester Bestandteil der Klinischen SA ist. (vgl. Kapitel 3.2).

Bear et al. (2013) stellten fest, dass affektive Störungen dynamisch sind und einen bio-psycho-sozialen Charakter aufweisen (vgl. Kapitel 2.2). Das heisst, Depressionen verändern sich stetig. Sie entstehen und werden durch biologische, psychologische und soziale Faktoren aufrechterhalten. Depressionen müssen demnach ganzheitlich betrachtet werden. Das zeigt die Wichtigkeit des bio-psycho-sozialen Modells für die Austrittsplanung.

Wie es der Name besagt, hat das bio-psycho-soziale Modell eine soziale Ebene. Die Klinische SA hat zum Ziel, die Problemlagen auf dieser Ebene mit den Betroffenen für den Austritt zu bearbeiten.

Pauls (2013b) betont, wie lebenswichtig die soziale Ebene für alle Menschen ist (vgl. Kapitel 3.3.2). Die Forschung zeigt, dass depressive Personen sich komplett aus der Öffentlichkeit zurückziehen (vgl. Kapitel 2.2). Damit dies nach dem Austritt nicht wieder geschieht, versuchen die Fachpersonen, die Betroffenen bereits während des Aufenthaltes mit ambulanten Behandlerinnen und Behandlern sowie ambulanten Institutionen zu vernetzen. Die Ergebnisse zeigen, dass es unzählige Institutionen gibt, die eine mehr oder weniger enge Betreuung anbieten. Die Institutionen versuchen, den Betroffenen soziale Kontakte zu ermöglichen und eine Tagesstruktur zu schaffen. Bezogen auf die soziale Dimension, zeigen die Forschungsergebnisse, dass die Aufrechterhaltung eines Arbeitsverhältnisses überaus wichtig ist. Die Forschung zeigt auch, dass das familiäre Umfeld eine wichtige Ressource ist. Wenn diese Ressource vorhanden ist, werden Angehörige bereits von Anfang an in die Austrittsplanung einbezogen. Es werden beispielsweise Aufgaben für die Zeit nach dem Austritt verteilt. Diese Ressourcen stärken die soziale Dimension einer depressiven Person ebenso.

Die Forschung zeigt, dass Kompetenzen der Fachperson über die materielle Sicherheit überaus wichtig sind. Auf Angst- und Depressionsstationen haben die Betroffenen oft Fragen zur IV und zur KTG.

Durch das bio-psycho-soziale Modell wird ersichtlich, dass materielle Schwierigkeiten eine Krankheit aufrechterhalten und die Fachpersonen eine wichtige Rolle übernehmen, indem sie den Betroffenen zur Seite stehen und sie unterstützen.

Die Klinische SA wirkt bei der Austrittsplanung auch direkt auf der biologischen Ebene. Durch die Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohnform für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt versucht die Klinische SA, die physische Integrität nach Klassen (2009) zu erhalten (vgl. Kapitel 3.3.2), was wiederum Einfluss auf die anderen zwei Ebenen hat.

Für die Genesung einer depressiven Person muss auf der biologischen, der psychologischen und der sozialen Ebene Hilfe und Unterstützung angeboten werden. Es ist sinnlos, nur eine Dimension verändern zu wollen. Die erwähnten Interventionen der SA beziehen sich vor allem auf die soziale Ebene. Dies deckt sich mit der Aussage von Pauls (2013a), wonach die Klinische SA in der Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen den Betroffenen und der Umwelt liegt (vgl. Kapitel 3.2). Da Gesundheit multidimensional ist und die Klinische SA nicht alle Ebenen unterstützen kann, ist es zwingend nötig, dass zusätzliche Disziplinen und Professionen für eine gelingende Arbeit in einer Psychiatrischen Klinik vertreten sind. Die Forschung zeigt, dass vor allem mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Ergotherapeutinnen und -therapeuten und diversen anderen Disziplinen eng zusammengearbeitet wird. Ortmann und Schaub (2008) bestätigen, dass das Handeln in der Klinischen SA interprofessionell ist (vgl. Kapitel 3.2).

## 9. Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel zeigt die wichtigsten Erkenntnisse und Empfehlungen für die Klinische SA auf. Sie basieren auf den Ergebnissen der Expertinnen- und Experteninterviews. In einem ersten Schritt wird die Forschungsfrage beantwortet. In einem weiteren Schritt werden Handlungsempfehlungen für die Profession und die Praxis abgeleitet. Das Kapitel schliesst mit der persönlichen Stellungnahme der Autorin und einem Ausblick auf weitere Forschungsfelder.

## 9.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage «Wie planen Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den Austritt von Menschen mit einer depressiven Erkrankung aus einer Fürsorgerischen Unterbringung?» wird wie folgt beantwortet:

Die Austrittsplanung ist stets individuell und den Ressourcen der Betroffenen angepasst. Sie beginnt bereits ab dem ersten Gespräch. Es gibt kein einheitliches Konzept für die Planung. Einige Sozialdienste arbeiten nach der Kooperativen Prozessgestaltung der FHNW. Der Austritt wird immer ressourcenorientiert geplant. Dabei spielen das familiäre Umfeld und die Erwerbstätigkeit eine zentrale Rolle. Die Klinische Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter will die Betroffenen bereits während des stationären Aufenthalts nach aussen vernetzen. Sie sollen beim Austritt extern angebunden sein. Dabei spielt eine geregelte Tagesstruktur nach dem Aufenthalt eine wichtige Rolle. Um das zu erreichen, nehmen die Klinischen Sozialarbeitenden Kontakt mit externen Behandlerinnen und Behandlern auf und vereinbaren für die Klientin oder den Klienten zeitnah einen Termin. Dieser erfolgt während des stationären Aufenthalts. Die Sozialarbeitenden begleiten die Betroffenen wenn nötig. Alle Austretenden benötigen eine externe Betreuungsperson, mit der der Erstkontakt bereits stattgefunden hat.

Die Familie ist eine wichtige Ressource. Hier ziehen die Sozialarbeitenden das Umfeld bereits während des stationären Aufenthaltes in die Planung ein. Es werden Gespräche geführt und Aufgaben für die Zeit nach dem Austritt zugeteilt. Ausserdem versuchen die Klinischen Sozialarbeitenden, die Arbeitsstelle, wenn dies möglich ist, zu erhalten. Dazu führen sie Gespräche mit Arbeitgebenden. Auch hier ist es das Ziel, dass die Betroffenen die ersten Arbeitsversuche bereits in der Klinik unternehmen. Der SD betreut die Personen dabei eng. Es sollte bereits alles vernetzt sein, wenn die Person austritt.

Wenn keine Arbeitsstelle vorhanden ist, nimmt der SD Kontakt mit der IV auf und es wird nach einer Tagesstruktur für die Zeit nach dem Austritt gesucht.

Die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter führen Gespräche mit Beiständinnen und Beiständen oder Sozialdiensten. Es sollen alle Details um die Bereiche Wohnen und Finanzen vor beim Austritt geklärt sein.

Die Austrittsplanung ist immer interdisziplinär und interprofessionell. Die Sozialarbeitenden sind täglich mit Medizinerinnen, Medizinern und der Pflege in intensivem Kontakt, um den Austritt zu planen.

Die im Kapitel 1.3 aufgestellte Hypothese (Verbesserungspotenzial bei der Austrittsplanung?) kann aufgrund der Forschungsergebnisse teilweise verifiziert werden.

Die Austrittsplanung ist fester Bestandteil der Klinischen SA und stellt für die Betroffenen während des Aufenthalts den Kontakt mit externen Hilfsangeboten her. Ausserdem werden die Ressourcen der Betroffenen im Hinblick auf den Austritt gestärkt. Verbesserungspotenzial besteht vor allem bei der Professionalisierung der Klinischen SA, beispielsweise beim Vorhandensein von anwendbaren Modellen und der Evaluation der Austrittsplanung.

## 9.2 Handlungsempfehlungen für die Profession und die Praxis

Aufgrund der Forschungsergebnisse lassen sich für die Klinische SA folgende Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen ableiten:

### Entwicklung eines geeigneten Diagnoseinstruments für die Klinische Sozialarbeit

In der Praxis besteht ein starker Wunsch nach einem professionellen und praxistauglichen Diagnoseinstrument. Aus diesem Grund sollten Professionelle der SA ein praktisches Diagnoseinstrument für die Klinische SA entwickeln. Dieses muss die gesamte Komplexität der vorhandenen Problemlagen abbilden.

### Arbeitsgruppen für die sozialarbeiterische Methodik

Die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zeigten beim Thema Methodik wenig Interesse. Hier sollten regelmässig Schulungen und Austausch geboten werden. Das Thema soll präsenter werden und die Hemmschwelle für die Anwendung sinken. Es könnten Gruppen gebildet werden, in denen verschiedene Methoden bearbeitet und einander vorgestellt werden. Zum anderen könnte eine Klinische Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter spezifisch nach einer konkreten Methode arbeiten. Danach könnte mit dem Team reflektiert werden, welche positiven Erfahrungen gesammelt werden konnten und wo diese Methode in der Praxis erfolgreich anwendbar ist.

### Arbeitsgruppen für sozialarbeiterische Modelle

Die Forschungsergebnisse zeigten, dass bei den vorhandenen Modellen das Interesse ebenso gering ist wie bei den Methoden. Hier wäre ein regelmässiger Austausch ebenso wichtig, speziell über das bio-psycho-soziale Modell. Dies könnte in derselben Form, wie bei den Methoden erwähnt, stattfinden.

### Automatische Erstgespräche mit Klientinnen und Klienten

Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter verfügen über ein umfangreicheres Wissen über soziale Problemlagen als die Ärztinnen und Ärzte. Wenn das Erstgespräch durch Medizinerinnen oder Mediziner angeordnet wird, ist es möglich, dass sie keinen Bedarf für die Sozialarbeit sehen. Im Gespräch mit einer Klinischen Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter könnte dieser Bedarf anders ausfallen. Ein Erstgespräch mit dem SD sollte daher bei Eintritt automatisch stattfinden.

### Externe Vernetzung nach Austritt

Grundsätzlich endet der Auftrag des Klinischen Sozialdienstes bei Austritt. Ausserdem fehlt die Zeit für eine Dossierübergabe. Es müssten einerseits mehr finanzielle Mittel gesprochen werden, damit die Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mehr Zeit hätten, um die Fälle gewissenhaft zu übergeben, und es müssten andererseits externe unabhängige CM eingesetzt werden, die während des Aufenthalts mit dem Klinischen SD und den Betroffenen im Kontakt sind. Die CM würden den Fall nach Austritt weiter begleiten. So könnten Feedbacks für die Evaluation rückgemeldet werden.

### Interprofessionelle Behandlungsteams

Die Forschung zeigte, dass das Konzept der interprofessionellen Behandlungsteams gewinnbringend für alle Beteiligten ist. Die Kommunikationswege sind kurz und der Austausch stets möglich. Dieses Konzept ist für Psychiatrische Kliniken zu empfehlen, bei denen die Sozialen Dienste noch Teil der Verwaltung sind. So könnte die Zusammenarbeit vereinfacht und verbessert werden.

### Dialog zwischen Klinischen Sozialdiensten

Die Interviewpartnerinnen und -partner interessierten sich sehr für die Gespräche in anderen Institutionen. Es sollten regelmässige Treffen für einen interdisziplinären Austausch organisiert werden.

### Regelmässige Treffen mit der IV

Die Zusammenarbeit zwischen den Sozialdiensten und der IV ist erfolgreicher, wenn regelmässige Fallbesprechungen in der Klinik stattfinden. Diese sollten obligatorisch in allen Kliniken eingeführt werden, um die Austrittsplanung zu optimieren.

### 9.3 Persönliche Stellungnahme

Die Gespräche mit den Klinischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern waren für die Autorin eine Bereicherung. Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu erkennen, machte der Autorin grosse Freude.

Erstaunt war die Autorin vor allem darüber, dass eine FU entgegen ihrer Annahme auf die Austrittsplanung von depressiven Personen so gut wie keinen Einfluss hat. Und ebenso darüber, dass die fürsorgerisch untergebrachten depressiven Personen nicht auf einer geschlossenen Akutstation hospitalisiert sind, sondern auf einer offenen Angst- und Depressionsstation.

Die Autorin war erstaunt, dass der Auftrag der Klinischen SA bei Austritt endet und der SD nicht erfährt, ob die Interventionen erfolgreich waren, und somit keine Evaluation möglich ist. Die Autorin zum Nachdenken angeregt hat das Desinteresse an Theorien und Modellen. Dies bestätigte die Literatur, wonach die Soziale Diagnostik noch immer kontrovers diskutiert und kritisiert wird.

Es war spannend zu erfahren, dass es ein grosses heterogenes ambulantes Angebot von verschiedensten Betreuungsmöglichkeiten gibt und diese immer weiterentwickelt werden. Die gemeindeintegrierte Akutbehandlung war für die Autorin beispielsweise ein Novum.

Die Autorin hat tief beeindruckt, wie kontrovers über das Thema der FU diskutiert wird und welche kantonalen Unterschiede es gibt.

Die Autorin hat sich bereits vor dieser Bachelor-Arbeit für die Klinische SA interessiert. Durch die positiven und interessanten Gespräche ist das Interesse noch grösser geworden.

### 9.4 Ausblick

In der vorliegenden Bachelor-Arbeit konnte aufgezeigt werden, wie Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den Austritt aus einem stationären Aufenthalt



planen, wenn Personen aufgrund einer depressiven Erkrankung hospitalisiert waren. Es wurde deutlich, dass die Vernetzung nach aussen für eine gelingende Nachbetreuung zentral ist und wo Verbesserungspotenzial besteht. Für die Autorin eröffneten sich folgende wichtigen Themenfelder und Ideen für weitere Forschungsarbeiten:

- Wie erleben Betroffene die Austrittsplanung durch die Klinische SA und wo zeigen sich Verbesserungsmöglichkeiten?
- Wäre ein neutrales CM eine Lösung für die Zusammenarbeit nach einem stationären Aufenthalt und die folgende ambulante Betreuung? Wenn ja, wie müsste dieses aussehen?
- Warum gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen der Klinischen SA und den Beiständigen und Beiständigen der Betroffenen als schwierig? Wo gäbe es Lösungsansätze und Verbesserungsmöglichkeiten?

## 10 Literatur- und Quellenverzeichnis

Aphorismen, Zitate, Sprüche und Gedichte (2018). Gefunden unter

[https://www.aphorismen.de/suche?f\\_thema=Gesundheit](https://www.aphorismen.de/suche?f_thema=Gesundheit)

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial.

AvenirSocial (2015). *Die globale IFSW/ IASSW- Definition der Sozialen Arbeit von 2014 in der deutschen Übersetzung*. Gefunden unter

[http://www.avenirsocial.ch/de/cm\\_data/Erlaeuterungen\\_zur\\_Uebersetzung.pdf](http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/Erlaeuterungen_zur_Uebersetzung.pdf)

AvenirSocial (2014). *IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar*.

Gefunden unter

[http://www.avenirsocial.ch/de/cm\\_data/IFSW\\_IASSW\\_Definition\\_2014\\_mit\\_Kommentar\\_dt.pdf](http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/IFSW_IASSW_Definition_2014_mit_Kommentar_dt.pdf)

Baer, Niklas, Schuler, Daniela, Füglistler-Dousse, Sylvie & Moreau-Gruet, Florence (2013). *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-berufliche Integration (Obsan Bericht 56)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Bernhart, Christof (2011). *Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung. Die fürsorgerische Unterbringung und medizinische Behandlung nach den neuen Erwachsenenschutzrecht sowie dessen Grundsätze*. Basel: Helbling Lichtenhahn.

Bischkopf, Jeanette & Koziolk, Carsten (2017). Psychosoziale Beratung. In Jeannette Bischkopf, Daniel Deimel, Christoph Walther & Ralf -Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 225-240). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

- Boos, Susanne (2018, 5. April). «Zu oft wird Zwang gebraucht». *WOZ online*. Gefunden unter: <https://www.woz.ch/-89d0>
- Boss, Pauline (2008). *Verlust, Trauma und Resilienz. Die therapeutische Arbeit mit dem «eindeutigen Verlust»*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Büssers, Peter (2009). *Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Eine Perspektive für die Gesundheitsbildung*. Gefunden unter <http://www.peterbuessers.de/studium/salutogenese.pdf>
- Deimel, Daniel & Deloie, Dario (2017). Psychosoziale Diagnostik. In Jeannette Bischkopf, Daniel Deimel, Christoph Walther & Ralf-Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. (Seite 209-223). Köln: Psychiatrieverlag GmbH.
- Deloie, Dario (2017). Sozialtherapeutische Grundhaltung. In Jeannette Bischkopf, Daniel Deimel, Christoph Walther & Ralf-Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. (Seite 178-191). Köln: Psychiatrieverlag GmbH.
- Depression.ch (2017). *Was sind Depressionen? Symptome und Diagnose*. Gefunden unter <http://www.depression.ch/de/was-sind-depressionen#symptome-und-diagnose>
- Der Bundesrat (2018). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/index.html>
- Dubno, Benjamin & Rosch, Daniel (2016). Die Fürsorgerische Unterbringung. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute*. (1. Aufl., S. 553-572). Bern: Haupt Verlag.

- Egger, Josef W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3-12.
- Fachhochschule Nordwestschweiz (2018). *Hochschule für Soziale Arbeit. Soziale Diagnostik. Methoden und Instrumente. Kooperative Prozessgestaltung*. Gefunden unter <http://www.soziale-diagnostik.ch/methoden-und-instrumente/kooperative-prozessgestaltung>
- Faltenmaier, Toni (2009). Gesundheit, körperliche, psychische und soziale Dimension. In Jürgen Bengel & Matthias Jerusalem (Hrsg.). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 46-60). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Fassbind, Patrick (2012). *Erwachsenenschutz*. Zürich: Orell Füssli Verlag AG.
- Flacker, Vito (Hrsg.) & Schmid, Tom (Hrsg.). (2006). *Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Flick, Uwe (1991). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In Uwe Flick (Hrsg.), Ernst Kardoff (Hrsg.), Heiner Keupp (Hrsg.), Lutz von Rosenstiel (Hrsg.) & Stephan Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 158-173). München: Beltz – Psychologie Verl. Union.
- Fountoulakis, Christiana & Rosch, Daniel (2016). Kindes und- Erwachsenenschutz als Teil des schweizerischen Sozialrechts. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute*. (1. Aufl., S. 22-32). Bern: Haupt.
- Franke, Alexa (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Gassmann, Jürg (2011). *Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz*. Gefunden unter [https://www.humanrights.ch/upload/pdf/140217\\_Wirksamkeit\\_des\\_Rechtsschutzes\\_bei\\_psychiatrischen\\_Zwangseinweisungen\\_in\\_der\\_Schweiz\\_2011.pdf](https://www.humanrights.ch/upload/pdf/140217_Wirksamkeit_des_Rechtsschutzes_bei_psychiatrischen_Zwangseinweisungen_in_der_Schweiz_2011.pdf)
- Geissler-Piltz, Brigitte (2005). *Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen*. Gefunden unter [http://www.geser.net/gesleh/fs11arb/Handout\\_Kelle.pdf](http://www.geser.net/gesleh/fs11arb/Handout_Kelle.pdf)
- Geissler-Piltz, Brigitte, Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Gesundheitsdepartment des Kantons Basel-Stadt (ohne Datum). *Medizinische Dienste. Gesundheitsförderung. Psychische Gesundheit. Fürsorgerische Unterbringung*. Gefunden unter <http://www.gesundheit.bs.ch/gesundheitsfoerderung/psychische-gesundheit/erwachsene/fuersorgerische-unterbringung.html>
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2012). *Leitfaden zum neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) für die Spitäler*. Zürich: Autor.
- Hoff, Paul (2016, 16. Februar). «Eine Zwangseinweisung kann alles zerstören». *Beobachter online*. Gefunden unter <https://www.beobachter.ch/erwachsenenschutz/psychiatrie-eine-zwangseinweisung-kann-alles-zerstoren>
- Husi, Gregor & Villiger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation. Theoretische Reflexionen und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: Interact.

- Jorio, Luigi (2017). *Suizid ist ein Problem, das uns alle betrifft*. Gefunden unter [https://www.swissinfo.ch/ger/wirtschaft/welttag-der-suizidpraevention\\_-suizid-ist-ein-problem--das-uns-alle-betrifft-/43504146](https://www.swissinfo.ch/ger/wirtschaft/welttag-der-suizidpraevention_-suizid-ist-ein-problem--das-uns-alle-betrifft-/43504146)
- Kerkau, Katja (1997). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzept in Unternehmen*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kottler, Anna (2004). *Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. Bedarf und Kompetenzen*. Lage: Jacobs-Verlag.
- Mayer, Horst O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methodenempirischer Sozialforschung* (6., überarb. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In Detlef Garz, Klaus Kraimer, *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. (S. 441-471). Opladen: Westdt. Verl.
- Möbius, Thomas (Hrsg.) (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In Thomas Möbius (Hrsg.) & Sibylle Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. (S. 13-29). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mösch Payot, Peter (Hrsg.), Schleicher, Johannes (Hrsg.) & Schwander, Marianne (Hrsg.) (2013). *Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte, 3. Auflage*. Bern: Haupt Verlag.
- Mühlfeld, Claus (1981). Auswertungsprobleme offener Interviews. *Soziale Welt*, 32 (3), 325–352.

- Noser, Walter & Rosch, Daniel (2014). *Erwachsenenschutz. Das neue Gesetz umfassend erklärt – mit Praxisbeispielen (2. Aufl.)*. Zürich: Axel Springer Schweiz AG.
- Ondracek, Petr, Romanenkova, Lyudmyla & Rückert, Norbert, (2006). Bewältigung von Belastungen. In Norbert Rückert, Petr Ondracek & Lyudmyla Romanenkova. *Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese* (S. 53-66). Berlin: Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur.
- Ortmann, Karlheinz & Röh, Dieter (Hrsg.) (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Pantuček, Peter (2012). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3., aktualisierte Auflage*. Wien Köln Weimar: Böhlau Verlag.
- Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim und Basel: Juventa Verlag.
- Pauls, Helmut (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Beratung, 2., überarbeitete Auflage*. Weinheim und München: Verlag Juventa.
- Pauls, Helmut (2013a). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung, 3. Auflage*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Pauls, Helmut (2013b). Das biopsychosoziale Modell als Grundlage sozialtherapeutischer Beratungsperspektiven. In Helmut Pauls, Petra Stockmann & Michael Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. (Seite 36-53). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (ohne Datum). *Fachwissen. Affektive Störungen*. Gefunden unter <http://www.psychiatrie.usz.ch/fachwissen/Seiten/affektive-stoerungen.aspx>

- Rosch, Daniel (Hrsg.), Bächler, Andrea (Hrsg.) & Jakob, Dominique (Hrsg.) (2015). *Erwachsenenschutzrecht. Einführung und Kommentar zu Art. 360ff. ZGB und VBVV, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Schmid, Simone (2014, 17. November). «Jeder vierte Patient ist nicht freiwillig in der Psychiatrie». *Tagesanzeiger online*. Gefunden unter <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Jeder-vierte-Patient-ist-nicht-freiwillig-in-der-Psychiatrie/story/12598218>
- Schmocker, Beat (2011). *Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zum Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial.
- Schmocker, Beat (2013). Bachelor-Modul 03; Kurs 3, «Geschichte»: *Einzigartig in der Schweiz: Soziale Arbeit als «Dach» für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexander, Buscher, Nathalie & Camenzind, Paul (2016). *Psychiatrische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre & Peter, Claudio (2018). *Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien (Obsan Bulletin 2/ 2018)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR210).
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia & Hollenstein, Lea. *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie (2016). Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.



- Stiftung Deutsche Depressions Hilfe (ohne Datum). *Depression: Infos und Hilfe*.  
Gefunden unter <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>
- Suizidproblemland Schweiz (2012). Gefunden unter  
<https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Suizidproblemland-Schweiz/story/25220019#mostPopularComment>
- Tschannen, Pierre & Buchli, Martin (2004). *Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention. Rechtsgutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*. Gefunden unter  
[https://www.bag.admin.ch/.../bag/.../rechtsgutachten\\_verfassungs\\_gesetzesgrundlagen...](https://www.bag.admin.ch/.../bag/.../rechtsgutachten_verfassungs_gesetzesgrundlagen...)
- Universitätsspital Zürich (ohne Datum). *Universitätsspital Zürich USZ*. Gefunden unter  
<http://www.psychiatrie.usz.ch/Seiten/default.aspx>
- Vögeli, Dorothee (2018, 9. Juni). «Wir müssen die Quote der Zwangseinweisungen in die Psychiatrie senken.» *NZZ online*. Gefunden unter  
<https://www.nzz.ch/zuerich/die-zwangseinweisung-in-die-psychiatrie-ist-keine-disziplinarische-massnahme-ld.1392512>
- Vögeli, Dorothee (2015, 30. September). «Unfreiwillig in der Psychiatrie». *NZZ online*.  
Gefunden unter <https://www.nzz.ch/zuerich/unfreiwillig-in-die-psychiatrie-1.18621880>
- Wacker, Gaudenz (2017, 28. Juli). «Die Schweiz hat ein hohes Ordnungsbedürfnis in der Gesellschaft». *SRF online*. Gefunden unter  
<https://www.srf.ch/news/schweiz/die-schweiz-hat-ein-hohes-ordnungsbeduerfnis-in-der-gesellschaft>

Walther, Christoph & Deimel, Daniel (2017). Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In Jeannette Bischof, Daniel Deimel, Christoph Walther & Ralf - Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 38-58). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen.

## Anhang A

### Leitfadeninterview

#### **Leitfadeninterview**

Forschungsfrage: Wie planen Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den Austritt von Menschen mit einer depressiven Erkrankung aus einer Fürsorgerischen Unterbringung?

1. Gibt es in Ihrer Einrichtung einen genauen Ablauf und eine einheitliche Struktur für eine Austrittsplanung?
  - Wenn ja, wie sieht das konkret aus?
  - Wenn nein, wie wird normalerweise vorgegangen? Und welche grösseren Unterschiede gibt es?
2. Wie gehen Sie eine nachhaltige Nachbetreuung von Menschen mit einer depressiven Erkrankung an?
3. Welche besonderen Einflussfaktoren lassen die Nachbetreuung gelingen? (erfolgreiches Beispiel)
4. Welches sind die Hauptprobleme der austretenden Personen, die sich vor allem bei der Austrittsplanung zeigen?
5. Wo oder wie könnten allfällige Probleme angegangen werden? (Verbesserungsmöglichkeiten, Wo sind die Hände gebunden?)

6. Wie empfinden Sie die Interprofessionalität im Team selber (Legitimierung) und mit den Akteuren/innen, die nach dem Aufenthalt für die Nachbetreuung zuständig sind?
7. Welche sozialarbeiterischen Methoden und Modelle wenden Sie für die Austrittsplanung an?
8. Was für Kompetenzen benötigt ein/e Sozialarbeiterin in diesem Berufsfeld?
9. Was gibt es Besonders zu beachten bei der Austrittsplanung von Menschen mit einer depressiven Erkrankung?
10. Wir kommen zum Schluss. Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie ergänzen möchten?