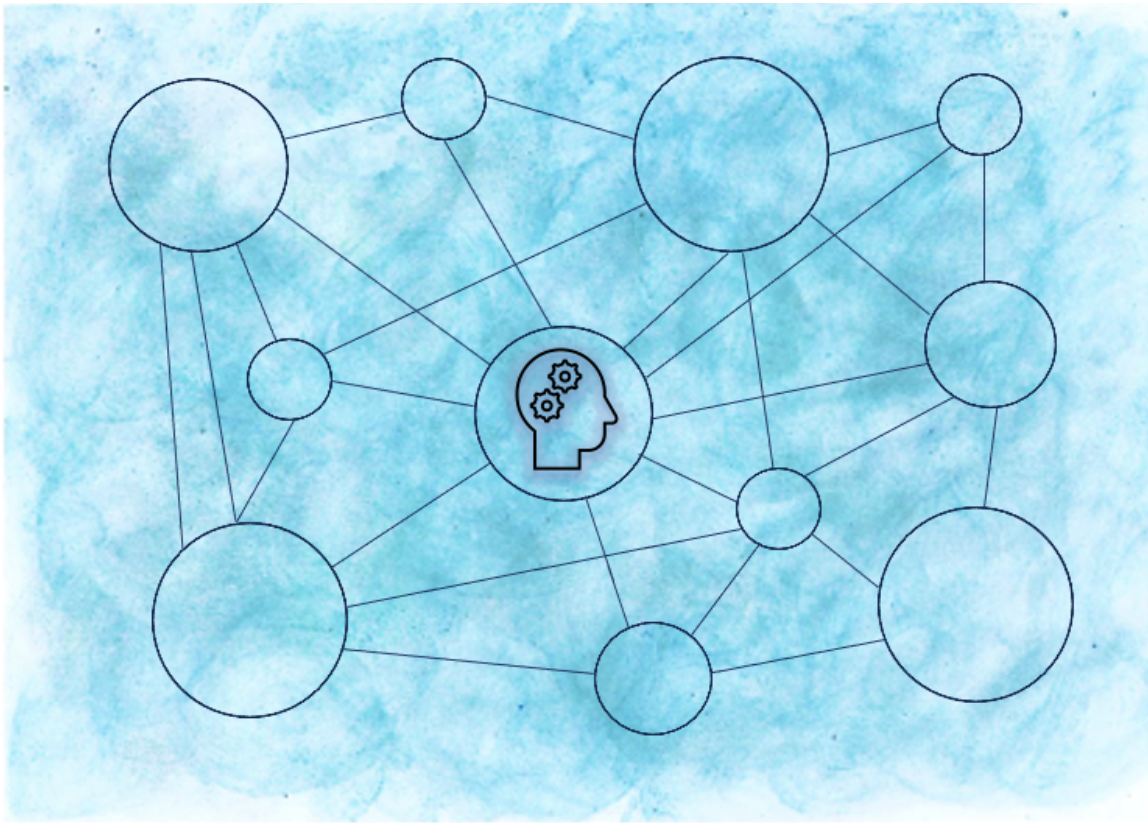


Die klinische Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie

Eine theoretische und empirische Auseinandersetzung zur Förderung
eines ganzheitlichen Behandlungsprozesses im Rahmen der
interprofessionellen Zusammenarbeit



Bachelor-Thesis zum Erwerb des
Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Marc Luginbühl
Lara Hildebrand

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Abstract

Die steigende Komplexität und oftmals vorhandene Vielschichtigkeit in Bezug auf die psychosozialen Problemlagen der psychiatrischen Klientel erfordert einen multiperspektivischen Behandlungsansatz. Deshalb ist die klinische Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie stets Teil eines interprofessionellen Behandlungsteams. Die unterschiedlichen Perspektiven und Zuständigkeiten der involvierten Professionen sowie Machtverhältnisse untereinander können einen adäquaten und ganzheitlichen Behandlungsprozess jedoch vor diverse Herausforderungen stellen.

Aufgrund der vergleichsweise späten Etablierung der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld sowie dem dominierenden medizinischen Paradigma, ist die Involvierung der Sozialen Arbeit innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit noch nicht als gleichwertig anzusehen. Dies führt oftmals dazu, dass im Behandlungsprozess im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells die soziale Dimension und somit ein zentraler Bezugspunkt der Sozialen Arbeit unterbelichtet bleibt. Die Folge davon ist, dass Klient*innen ohne eine adäquate und nachhaltige Unterstützung beispielsweise in Bezug auf die materielle Absicherung oder die Wohnsituation aus der Klinik entlassen werden. Deshalb wird in dieser Bachelor-Thesis die folgende Fragestellung bearbeitet:

Inwiefern können Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit einen ganzheitlichen Behandlungsprozess fördern?

Dazu werden im theoretischen Teil die Soziale Arbeit als Profession, die klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit genauer beleuchtet. Im darauffolgenden empirischen Teil werden diese Erkenntnisse mit Expert*inneninterviews abgeglichen. Auf dieser Basis werden Empfehlungen für klinisch Sozialarbeitende formuliert, welche die Förderung eines ganzheitlichen Behandlungsprozesses in der stationären Psychiatrie aber auch in weiteren Handlungsfeldern der klinischen Sozialarbeit vorantreiben sollen.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der psychiatrischen Klientel im Rahmen der sozialen Dimension einen Unterstützungsbedarf aufweist. Die Soziale Arbeit kann einen wichtigen Beitrag leisten, um diesem Bedarf im Kontext eines ganzheitlichen Behandlungsprozesses gerecht zu werden. Dies setzt jedoch regelmässige interprofessionelle Austauschgespräche voraus. Dadurch können fachliche Zuständigkeiten definiert, der Handlungsspielraum der Sozialen Arbeit erweitert und ein gemeinsames Gesundheitsverständnis gefördert werden.

Die klinische Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie

Eine theoretische und empirische Auseinandersetzung zur Förderung
eines ganzheitlichen Behandlungsprozesses im Rahmen der
interprofessionellen Zusammenarbeit

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Marc Luginbühl

Lara Hildebrand

Bern, Dezember 2023

Gutachter: Pascal Wyssling

Inhaltsverzeichnis

Abstract	
1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Fachliche Relevanz	4
1.3 Persönlicher Bezug	7
2. Forschungsstand	8
3. Fragestellung und deren Ableitung	12
3.1 Zielsetzung und Aufbau	14
4. Soziale Arbeit als Profession	16
4.1 Professionsverständnis	16
4.2 Selbstverständnis	19
4.2.1 Strukturmerkmale	20
4.3 Soziale Arbeit in der Psychiatrie	24
4.3.1 Historische Entwicklung	24
4.3.2 Professionalisierung	28
4.4 Zwischenfazit	30
5. Klinische Sozialarbeit	33
5.1 Die klinische Sozialarbeit	33
5.1.1 Beratung und Psychotherapie	35
5.2 Gesundheit und Krankheit WHO	39
5.2.1 Das bio-psycho-soziale Modell	41
5.2.2 Soziale Dimension psychischer Krankheiten	43
5.3 Aufgabenspektrum der klinischen Sozialarbeit	45
5.4 Zwischenfazit	47
6. Interprofessionelle Zusammenarbeit	49
6.1 Die Interprofessionelle Zusammenarbeit	49
6.1.1 Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit	51
6.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Psychiatrie	53
6.2.1 Machtverhältnisse und Zuständigkeiten	53
6.2.2 Bedingungen einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit	56
6.3 Ziele, Herausforderungen und Chancen	60
6.4 Zwischenfazit	61
7. Methodisches Vorgehen	63
7.1 Forschungsdesign und Datensammlung	63
7.1.1 Qualitative Forschung	63
7.1.2 Das problemzentrierte Interview	64

7.1.3 Ausarbeitung Leitfaden.....	65
7.1.4 Feldzugang.....	65
7.2 Auswertungsmethode.....	66
7.3 Auswertung der Interviews.....	67
7.3.1 Angaben zu den Fachpersonen.....	67
7.3.2 Angaben zur Institution.....	68
7.3.3 Kurzzusammenfassung der Interviews.....	68
7.4 Darstellung und Ausformulierung der Kategorien.....	69
8. Forschungsergebnisse.....	70
8.1 Kategorie 1: Soziale Arbeit.....	70
8.1.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen.....	70
8.1.2 Theoretische Verortung.....	73
8.2 Kategorie 2: Klinische Sozialarbeit.....	74
8.2.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen.....	74
8.2.2 Theoretische Verortung.....	77
8.3 Kategorie 3: Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	78
8.3.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen.....	78
8.3.2 Theoretische Verortung.....	81
8.4 Kategorie 4: Ganzheitlicher Behandlungsprozess.....	82
8.4.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen.....	82
8.4.2 Theoretische Verortung.....	83
8.5 Kategorie 5: Empfehlungen für die Praxis.....	84
8.5.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen.....	84
9. Schlussfolgerung.....	88
9.1 Beantwortung der Unterfrage 1.....	88
9.2 Beantwortung der Unterfrage 2.....	92
9.3 Empfehlungen für die Praxis.....	95
9.4 Persönliche Stellungnahme.....	102
9.5 Ausblick.....	103
10. Literatur- und Quellenverzeichnis.....	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung Titelblatt: Eigene Darstellung

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell.....	3
Abbildung 2: Das Tripelmandat der Sozialen Arbeit.....	21
Abbildung 3: Beratungskontinuum: Beratung zwischen Auskunft und Therapie.....	37
Abbildung 4: Abgrenzung der Beratung von der Psychotherapie	39
Abbildung 5: Das Verlaufskurvenmodell	44
Abbildung 6: Die zentralen Elemente der IPZ	57
Abbildung 7: Formelle Austauschgefäße im stationären Setting	59
Abbildung 8: Sechs Phasen der Auswertung einer Inhaltsanalyse	66
Abbildung 9: Kategorien und Unterkategorien für die Datenauswertung	69
Abbildung 10: Übersicht der Empfehlungen.....	101

1. Einleitung

Psychische Erkrankungen sind in der heutigen Zeit weit verbreitet. Da sie oftmals zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Alltagsbewältigung und der Arbeitsfähigkeit führen und sich somit auf diverse Lebensbereiche auswirken, zählen sie zu den einschränkendsten Erkrankungen überhaupt. Dennoch werden psychische Erkrankungen und ihre Folgen nach wie vor unterschätzt (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2023). Beispielhaft fanden allein im Jahr 2021 in der Schweiz insgesamt 79 513 Hospitalisierungen auf einer stationären psychiatrischen Abteilung statt (Schuler et al., 2023, S. 5). Die daraus resultierenden Auswirkungen für psychiatrische Kliniken wie zunehmender Aufnahmedruck, steigende Aufnahmezahlen, Überbelegungen und demnach immer kürzere Aufenthaltszeiten, können zu einer Beeinträchtigung der Behandlungsqualität führen. Sie stellen eine nachhaltige und adäquate psychiatrische Versorgung vor diverse Herausforderungen (Brühlmann & Binswanger, 2003, S. 2611).

Die vorliegende Bachelor-Thesis gibt einen Einblick in die Etablierung der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie sowie Ansätze, den Behandlungsprozess ganzheitlich zu fördern. Dabei wird herausgearbeitet, welches Professionsverständnis die klinische Sozialarbeit vertritt, wie ihre aktuelle Rolle und Funktion in interprofessionellen Behandlungsteams aussieht, ob es Argumente für eine allfällige Weiterentwicklung gibt und mit welchen Vorgehensweisen klinisch Sozialarbeitende in Bezug auf die soziale Dimension ein gemeinsames Gesundheitsverständnis fördern können. Dementsprechend soll diese Arbeit das Verständnis für die klinische Sozialarbeit im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) im psychiatrischen Handlungsfeld respektive in der stationären Erwachsenenpsychiatrie vertiefen. Zudem sollen die aufgeführten Ergebnisse dazu dienen, Empfehlungen für Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit formulieren zu können, welche zu einer Weiterentwicklung des Fachbereichs und der Schnittstelle zwischen der Psychiatrie und der klinischen Sozialarbeit in interprofessionellen Behandlungsteams beitragen können.

1.1 Ausgangslage

Mit Blick auf die Vergangenheit geht der Entwicklung der „Psychiatrie“ hin zu einer „*Sozialen Psychiatrie*“ ein langer Weg voraus. So ist die Dominanz verschiedener naturwissenschaftlicher Professionen im Praxisalltag von Sozialarbeitenden im psychiatrischen Handlungsfeld omnipräsent (Bosshard et al., 2013, S. 75). Nach Sommerfeld et al. (2016, S. 9-10) eröffnete sich erst mit der zunehmenden Auflösung der Anstaltspsychiatrie ab den 1970er Jahren und der damit verbundenen Idee der Sozialpsychiatrie ein neues Handlungsfeld für Aushandlungsprozesse in interprofessionellen Behandlungsteams. In diesem Zusammenhang kann davon

ausgegangen werden, dass dies der Anlass für einen, wenn auch international unterschiedlich genutzten, Bedeutungszuwachs für die Soziale Arbeit darstellte. Dennoch etablierte sich die *klinische Sozialarbeit* als Fachsozialarbeit im deutschsprachigen Raum erst langsam und nur ansatzweise. Aufgrund dessen ist die Präsenz der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen beziehungsweise Professionen nach wie vor gering. Die oftmals vorhandene Vielschichtigkeit im Hinblick auf die Problemlagen der psychiatrischen Klientel verlangt jedoch einen multiperspektivischen Behandlungsansatz und weist daher auf die Notwendigkeit der bereits angesprochenen IPZ hin (Sommerfeld et al., 2016, S. 9-10). Im stationären Setting der Psychiatrie ist die Soziale Arbeit ein Teil des *interprofessionellen Behandlungsteams* und gilt mittlerweile als bedeutende und notwendige Profession. Dazu gehören einerseits die klassischen Disziplinen respektive Professionen wie die Medizin und die Psychologie, jedoch auch weitere wie die Pflege, Physio-, Ergo- oder auch die Kunsttherapie (Walther, 2023, S. 32). Das folgende Zitat soll diese Ausgangslage verdeutlichen:

Die Psychiatrie hat seit den 1960er Jahren Perspektiven einer Sozialpsychiatrie entwickelt, der wir heute viele institutionelle Unterstützungsformen verdanken wie z.B. das Betreute Wohnen, Kontakt und Beratungsstellen oder die Integrationsfirmen. Am Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Psychiatrie zum Arbeitsfeld der sich entwickelnden Profession Soziale Arbeit. Heute ist sie neben der Psychologie, der Medizin und der Pflege als weitere Profession bei der Behandlung psychischer Erkrankungen fest etabliert, muss sich jedoch für die Bedeutung und Wahrnehmung des Sozialen in der Psychiatrie immer wieder einsetzen. (Walther, 2017, S. 36)

Somit wird ersichtlich, dass sich die Soziale Arbeit beziehungsweise die klinische Sozialarbeit im psychiatrischen Handlungsfeld zwar etabliert hat, jedoch aufgrund ihrer späteren Implementierung im Rahmen der IPZ noch nicht gleichermassen anerkannt ist, wie die anderen ursprünglichen Professionen. Daraus kann abgeleitet werden, dass die IPZ gleichzeitig ein geeignetes Feld für die Stärkung und Weiterentwicklung der Profession der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld darstellt. Es sollte somit im Interesse von klinisch Sozialarbeitenden liegen, sich mit der eigenen Profession im Gesundheitswesen generell wie auch im psychiatrischen Handlungsfeld auseinanderzusetzen. Dies einerseits, um den eigenen Standpunkt wissenschaftlich fundiert vertreten zu können und andererseits, um den damit verbundenen spezifischen Zugang zu (sozialen) Problemlagen zur Förderung eines ganzheitlichen Behandlungsprozesses in die IPZ einfließen zu lassen. Dadurch können fachliche Zuständigkeiten definiert, der eigene Handlungsspielraum erweitert und die professionelle Haltung geschärft werden, was schliesslich die Professionalisierung der Sozialen Arbeit vorantreibt.

Um die mit der IPZ verbundene komplexe Aufgabenteilung zu organisieren, zu koordinieren und infolgedessen verschiedene professionelle Wissenssysteme zu verknüpfen, ist gemäss Sommerfeld et al. (2016) ein geteiltes Bezugsmodell erforderlich. Ein international stark vertretener Strang ist diesbezüglich das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geteilte Modell, welches die Gesundheit und Krankheit in einem *bio-psycho-sozialen Verständnis* vertritt (S. 86-87). Dieses Modell entstand in der bereits erwähnten Zeit der Entwicklung einer Sozialpsychiatrie. Dabei wurden bei Studien zum Krankheitsgeschehen erstmals nebst den biologischen auch psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt und untersucht. Ein wichtiger Meilenstein in diesem Zusammenhang stellte die Entstehung der allgemeinen Systemtheorie dar. Diese führte zu einem Paradigmenwechsel von der klassisch-naturwissenschaftlichen Annahme linear-kausaler Zusammenhänge hin zu nicht-linearen Verursachungszusammenhängen. So wurden Phänomene neu im Kontext der wechselseitigen Beziehung mit ihrer Umgebung betrachtet. Auf dieser Basis formulierte der Psychiater George L. Engel in den 1970er Jahren schliesslich das bio-psycho-soziale Modell. Der darin enthaltene Einbezug sozialer Variablen hat zu einer wesentlichen Veränderung des Gesundheits-Krankheitsverständnisses geführt (Pauls, 2013a, S. 16-17).

Die Grundidee dieses handlungsleitenden und zukunftsweisenden Modells besteht darin, dass die genannten drei Teilbereiche zum Einen gleichwertig sind und zum Anderen in Wechselbeziehung zueinander stehen. Somit beeinflussen meist diverse Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen die Entwicklung und den Verlauf von psychischen Erkrankungen (Sommerfeld et al., 2016, S. 86-87). Die klinische Sozialarbeit leistet hierbei einen wichtigen Beitrag, indem sie sich mit den (psycho-)sozialen Belangen von psychisch erkrankten Menschen und ihrem Umfeld beschäftigt (siehe Abbildung 1). Dabei hat sie zum Ziel, positiv auf den Krankheitsverlauf einzuwirken, die Symptombelastung zu reduzieren und dadurch das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden zu verbessern, um zu einem gelingenderen Alltag zu verhelfen. So wird ersichtlich, dass die Lebenswelt der Klient*innen und ihrem Bezugspersonennetz im Vordergrund steht (Walther, 2023, S. 28).

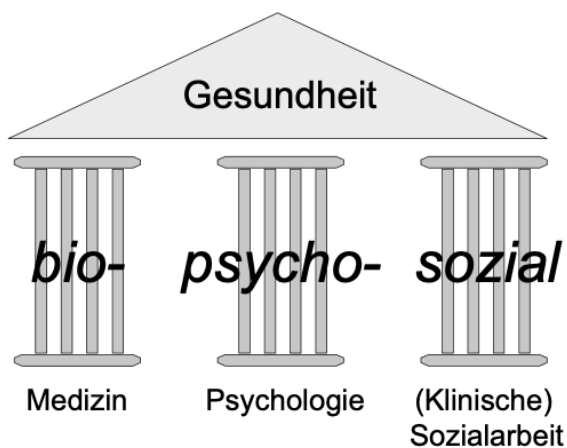


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell.
 Notiz. Adaptiert von Wunderer, E. (2015).
Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen. Beltz Juventa, S. 22.

Sommerfeld et al. (2016) ergänzen hierbei, dass die Soziale Arbeit in der stationären Psychiatrie erreichen kann, dass die Patient*innen nach einem Klinikaufenthalt mit adäquater interprofessioneller Versorgung sozial integriert leben können. Dabei haben Sozialarbeitende eine entscheidende Koordinationsfunktion, indem sie im Sinne der nachsorgenden Behandlungsstrukturen, situationsadäquat verschiedene relevante Akteur*innen in unterschiedlichen Leistungsbereichen miteinander vernetzen (S. 183-184). Dies erfordert von den Sozialarbeitenden eine hohe Fachkompetenz sowie zielorientierte Handlungsstrategien. Diesbezüglich gilt es, einen ganzheitlichen Blick einzunehmen, um situationsbedingt in jenen Bereichen Interventionen einzuleiten und zu vernetzen, in welchen der Unterstützungsbedarf am dringendsten ist.

1.2 Fachliche Relevanz

Die fachliche Relevanz ergibt sich aus dem Gegenstand der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, welcher ebenso auf das psychiatrische Handlungsfeld adaptiert werden kann. Dieser beinhaltet einerseits die Förderung der sozialen Teilhabe sowie einer gelingenden Lebensführung und andererseits die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, welche aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen respektive diese verursachen (AvenirSocial & sages, 2018). In Bezug auf das psychiatrische Handlungsfeld kann diesbezüglich festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit im Rahmen der Bearbeitung der *(psycho-)sozialen Belange* von psychisch erkrankten Menschen und deren Umfeld eine zentrale Rolle einnimmt. Wie ersichtlich wurde, geht es dabei um die Steigerung ihres sozialen, psychischen und körperlichen Wohlbefindens (Walther, 2023, S. 28). Dies kann ebenfalls mit Blick auf die internationale Definition der Sozialen Arbeit verdeutlicht werden:

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 die Anerkennung der Verschiedenheit richtungsweisend. 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 wissenschaftlich reflektiertes indigenes Wissen. (Schmocker, 2014, IFSW/IASSW Definition der Sozialen Arbeit von 2014)

Diesem Zitat zufolge ist die Soziale Arbeit sowohl eine akademisch-wissenschaftliche Fachdisziplin mit entsprechend ethischen Prinzipien und Grundhaltungen als auch die Praxis in unterschiedlichen Handlungsfeldern, in welchen die Sozialarbeitenden tätig sind (Walther, 2023, S. 16-17).

In Bezug auf die Grundhaltung lässt sich gemäss dem Leitbild „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ festhalten, dass das bio-psycho-soziale Verständnis für die Soziale Arbeit handlungsleitend ist. Dementsprechend vertritt sie die Ansicht, dass psychosoziale Faktoren in enger Verbindung mit Gesundheit beziehungsweise Krankheit stehen. Vor diesem Hintergrund spricht sich die Soziale Arbeit für den begründeten Anspruch eines Rechts auf Gesundheit im Sinne des Rechts auf ein Höchstmass an körperlicher und psychischer Gesundheit und die damit verbundene adäquate und *ganzheitliche Versorgung* in Gesundheitseinrichtungen aus. Diese sollen sich daher sowohl durch Multiperspektivität als auch durch diskriminierungsfreien Zugang auszeichnen (AvenirSocial & sages, 2018).

Nebst den ethischen Prinzipien und Grundhaltungen im Rahmen der akademisch-wissenschaftlichen Fachdisziplin beinhaltet die Soziale Arbeit gemäss der internationalen Definition zudem die Praxis in unterschiedlichen Handlungsfeldern. Dabei stehen Menschen in sozialen Problemlagen, welche sich „häufig in Wechselwirkung mit gesamtgesellschaftlichen Veränderungen entwickelt haben“, im Zentrum (Walther, 2023, S. 17). Beispiele hierfür sind die (psycho-)sozialen Auswirkungen der Globalisierungsprozesse, Klimakrise, Umweltverschmutzung, Digitalisierung, Arbeitsverdichtung und weiteren, welche eine zunehmende Separierung von armen und reichen Menschen sowie Migrationsströme begünstigen. Die Soziale Arbeit fokussiert hierbei die soziale Dimension. Sie versucht durch Unterstützung der Betroffenen und deren Umfeld sowie durch Beeinflussung der gesellschaftlichen Strukturen mithilfe von aktuellen Forschungserkenntnissen die Teilhabechancen und Handlungsfähigkeit der Einzelnen wiederherzustellen oder auszubauen. Dies mit dem Ziel, den Adressat*innen zu einem möglichst autonomen, gesunden und zufriedenstellenden Leben zu verhelfen (S. 17).

Die genannten ethischen Grundprinzipien und Zielvorstellungen werden ebenfalls von der klinischen Sozialarbeit geteilt, welche als beratende und behandelnde Fachsozialarbeit gilt. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit stehen (chronisch) psychisch und somatisch kranke Menschen. Somit sind ihre Adressat*innen Personen, „die aufgrund ihrer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder aufgrund ihrer sozialen Leiden erkranken“ (Geissler-Piltz, 2004, S. 32). So wird ersichtlich, dass psychisch erkrankte Menschen gemäss dem bio-psycho-sozialen Modell in ihrer Körper-Seele-Einheit mit wechselseitigen Auswirkungen auf den Lebenskontext auf allen drei Ebenen betroffen beziehungsweise beeinträchtigt sind (Walther, 2023, S. 31). Aufgrund der Gleichwertigkeit dieser drei Dimensionen kann dieses Modell im Hinblick auf die immer komplexer werdenden und multiplen Problemlagen der psychiatrischen Klientel zugleich als Legitimation für die Soziale Arbeit in interprofessionellen Teams im psychiatrischen Handlungsfeld angesehen werden.

Dies kann verdeutlicht werden, indem wir spezifische Problemlagen der psychiatrischen Klientel betrachten und uns dabei den Gegenstand gemäss der IFSW-Definition vergegenwärtigen. Vorab ist es wichtig zu erwähnen, dass im psychiatrischen Handlungsfeld komplexe psycho-soziale Problemlagen charakteristisch sind. Diese beinhalten neben den diagnostizierten psychischen Erkrankungen oftmals auch Problemkomplexe wie Migrations- und Fluchterfahrungen, delinquentes Verhalten, Wohnungslosigkeit und Armut, Suchtproblematiken, geistige und körperliche Beeinträchtigungen sowie störende oder abweichende Verhaltensweisen (Giertz & Grosse, 2021, S. 20). Oftmals sind dies die Folgen von Alkoholismus, chronisch somatischen Leiden, Drogenmissbrauch, sexueller und/oder physischer Gewalt, Suizidversuchen und weiteren einschneidenden Gegebenheiten (Geissler-Piltz, 2004, S. 32). Aufgrund der wechselseitigen Beeinflussung dieser genannten Problemlagen erscheint es für die Soziale Arbeit zentral, die Klientel stets ganzheitlich zu betrachten und Teilhabemöglichkeiten situationsadäquat auf verschiedenen Ebenen zu ermöglichen. Beispiele hierfür sind Begleitung und Unterstützung in Bezug auf Wohnmöglichkeiten, materielle Ausstattung, soziale Netzwerke, Bildungsgelegenheiten, Arbeit respektive Beschäftigung und Unterstützung beziehungsweise Angebote im Rahmen der Freizeitgestaltung anzubieten (Walther, 2023, S. 17).

Daraus abgeleitet wird deutlich, dass die Soziale Arbeit mit ihrem eigenen Zugang zu den (psycho-)sozialen Problemlagen im psychiatrischen Handlungsfeld unabdingbar ist. Dies auch in Anbetracht der zunehmenden Komplexität der Problemlagen der Klientel. Gemäss Sommerfeld et al. (2016) bearbeiten auch Psychotherapeut*innen soziale Problemlagen wie Fluchterfahrungen oder Ängste. In den anerkannten Diagnostiksystemen ICD-10 und DSM 4 werden soziale Aspekte jedoch mangelhaft einbezogen, da sie pauschal und oberflächlich als „Störung des Sozialverhaltens“ klassifiziert werden (S. 6-7). Somit wird ersichtlich, dass die Medizin respektive die Psychologie allein nicht alle Bereiche abdecken kann, um einen mehrdimensionalen Fall in seiner ganzen Komplexität - und somit ganzheitlich - erfassen und adäquat bearbeiten zu können (Desole, 2017, S. 1-2).

Folglich kann abschliessend festgehalten werden, dass angesichts der wechselseitigen Zusammenhänge zwischen der biologischen, psychologischen und sozialen Dimension psychischer Krankheiten weder die Psychiatrie mit ihren ursprünglichen Professionen noch die Soziale Arbeit ihren Auftrag allein, sondern nur innerhalb einer angemessenen und gleichwertigen IPZ erfüllen können.

1.3 Persönlicher Bezug

Die Autorin und der Autor der vorliegenden Bachelorarbeit haben im Rahmen ihres Vorpraktikums beziehungsweise des Ausbildungspraktikums in der Psychiatrie gearbeitet. Dabei konnte die Soziale Arbeit in verschiedenen Settings, namentlich im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich kennengelernt werden. In allen Settings fiel den Autor*innen auf, dass ein Grossteil der Problemlagen der Klientel respektive der Lösungsentwicklung in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit fällt. Gleichzeitig stellten sie fest, dass die Sozialarbeitenden in den interprofessionellen Teams nicht eine gleichwertige Position wie andere Professionelle hatten. Dies trotz des grossen Hilfebedarfs der Klientel im Rahmen der sozialen Dimension.

Hierbei bemerkten die Autor*innen im Praxisalltag, wie ausgeprägt das medizinische Paradigma im Vordergrund steht und demzufolge in welchem Ausmass die Sozialarbeitenden die erwähnte fallspezifische soziale Dimension im interprofessionellen Austausch hervorheben mussten. Zudem wurden regelmässig asymmetrische Beziehungsstrukturen zwischen ärztlichen und psychosozialen Fachpersonen beobachtet. Die Folge davon war, dass das weitere Procedere wie beispielsweise das Austrittsdatum der jeweiligen Klient*innen vorwiegend durch die medizinische Profession bestimmt und auf Einwände der Sozialarbeitenden nur vereinzelt eingegangen wurde. Dadurch konnten eingeleitete psychosoziale Interventionen nicht abgeschlossen werden, wodurch der Behandlungsprozess aus der Perspektive der Autor*innen weder ganzheitlich noch nachhaltig gestaltet werden konnte. Die damit verbundenen Bedenken zeigten sich oftmals darin, dass Patient*innen entweder im Rahmen eines Rückfalls oder aufgrund von deviantem Verhalten in der Öffentlichkeit durch die Polizei oder per fürsorgische Unterbringung erneut in die stationäre Psychiatrie aufgenommen wurden. Aufgrund dieser wiederkehrenden Prozesse stellte sich den Autor*innen die Frage, weshalb dies so ist und wie aus der Perspektive der Sozialen Arbeit dagegen vorgegangen werden kann.

Diese Erkenntnisse bestätigten sich in einem weiteren Ausbildungspraktikum auf dem Sozialdienst, wobei die Situation aus einem anderen Blickwinkel betrachtet werden konnte. Dadurch, dass die soziale Dimension oftmals unterbelichtet bleibt und die Klientel zu früh aus der Psychiatrie entlassen wird, fehlt ein adäquater Unterstützungsplan sowie Anschlusslösungen. So war das Gefühl, nicht mehr weiter zu wissen, bei vielen ein ständiges Gesprächsthema.

Da sich sowohl die Autorin als auch der Autor vorstellen kann, nach dem Studium in einer psychiatrischen Klinik zu arbeiten, dient diese Bachelorarbeit dazu, sich vertieft mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Dies soll dazu beitragen, Dynamiken und Prozesse besser zu verstehen sowie sich in interprofessionellen Austauschgefässen wissenschaftlich fundiert einzubringen und den Stellenwert der sozialen Dimension aufzuzeigen zu können.

2. Forschungsstand

In der Beschreibung des Forschungsstandes geht es darum, anhand von Studien die Aktualität des Themas aufzuzeigen, um einen Überblick über die aktuelle Forschung im Bereich der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie zu erhalten. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der erwähnten sozialen Dimension und deren Einbezug in den Behandlungsprozess in der stationären Erwachsenenpsychiatrie. Des Weiteren soll die Wirksamkeit der klinischen Sozialarbeit mithilfe von Studien analysiert werden. Zudem soll anhand von anerkannten Studien aufgezeigt werden, inwiefern eine gelingende IPZ den Behandlungsprozess beeinflussen kann.

Mit der Relevanz und dem aktuellen Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie hat sich die Forschungsgruppe von Sommerfeld et al. (2016, S. 5) der Fachhochschule Nordwestschweiz intensiv auseinandergesetzt. Einige wesentliche Erkenntnisse davon werden nachfolgend geschildert. Grundsätzlich halten sie diesbezüglich fest, wer sich mit der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld befasst, wird rasch einem Dilemma begegnen. Damit meinen sie „die enorme (potenzielle) Relevanz und der (faktisch) wenig ausgebaute Status einer professionellen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (und im gesamten Gesundheitswesen)“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 5).

Die Forschungsgruppe von Sommerfeld et al. (2016) begleitete in einem ihrer Projekte Personen, welche aus einem stationären psychiatrischen Aufenthalt entlassen wurden. Die Forschenden stellten dabei fest, dass die jeweils involvierten Fachpersonen die soziale Dynamik beziehungsweise die Wechselwirkung zwischen der biologischen, psychologischen und sozialen Dimension kaum kennen. Dies hatte zur Folge, dass die *soziale Dimension* nicht im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Problemlage und somit auch nicht im Rahmen der Genesung der psychischen Erkrankung wahrgenommen wurde. Dementsprechend wurde sie im Behandlungsprozess, wenn überhaupt, nur oberflächlich einbezogen und bearbeitet (S. 5-6).

Diese Erkenntnisse haben sich in einer weiteren qualitativen Arbeitsfeldstudie der genannten Forschungsgruppe bestätigt. Dabei konnte herausgearbeitet werden, dass im Rahmen von professionellen Behandlungsteams alle befragten Fachpersonen die soziale Dimension als sehr wichtig betrachten, sie jedoch gleichzeitig im Behandlungsprozess nicht berücksichtigt wird. Oftmals wird die soziale Dimension pauschal mit Kategorien wie betreutes Wohnen oder Sozialversicherungen respektive Anschlusslösungen gleichgesetzt und abgegolten. Dieser ungenügende Einbezug der sozialen Dimension hat schlussendlich zur Folge, dass die bio-psycho-soziale Dynamik nicht ganzheitlich und adäquat erfasst wird und dadurch der Genesungsprozess beeinträchtigt werden kann (Sommerfeld et al., 2016, S. 6).

So wird ersichtlich, dass die klinische Sozialarbeit mit ihrem spezifischen Fokus auf der sozialen Dimension im psychiatrischen Handlungsfeld beziehungsweise in der stationären Erwachsenenpsychiatrie als wichtig angesehen wird und unerlässlich ist. Nach Gebbe und Riecken (2011) zeichnet sich die psychosoziale Beratung und Betreuung von klinischen Sozialarbeiter*innen durch ihre differenzierte Betrachtung, krankheitsspezifische Gesundheitsunterschiede und daraus entstehende Herausforderungen in der Lebensführung wahrzunehmen und situationsadäquate Interventionen einzuleiten, aus (S. 169-170). In diesem Zusammenhang wird gemäss Hüttemann et al. (2007) von klinisch arbeitenden Fachpersonen der Sozialen Arbeit zunehmend erwartet, dass die Wirksamkeit ihrer psychosozialen Interventionen ausgewiesen werden kann. Dies auch aus dem Grund, weil die klinische Sozialarbeit nur so gegenüber der Öffentlichkeit, politischen Gremien und Kostenträgern legitimiert werden kann. Daher werden die Evaluations- wie auch die Wirkungsforschung immer wichtiger (S. 6).

Pauls (2013b) hält diesbezüglich fest, dass es an umfassenden klinisch-sozialarbeiterischen Forschungsprojekten und Längsschnittstudien mangelt. Der Grund dafür liegt in den fehlenden Ressourcen der einzelnen Praxiseinrichtungen, welche ohne Kooperationen mit Hochschulen keine qualifizierte empirische Forschung durchführen können. Zusätzlich sind die methodologischen Herausforderungen bezüglich der wissenschaftlichen Verfahren an die Forschung aufgrund der hohen Komplexität des Arbeitsbereiches aussergewöhnlich hoch (S. 25-26).

Mittlerweile hat die Fachzeitschrift "Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Forschung und Praxis" in den letzten Jahren jedoch eine Reihe von Projekten und Forschungsergebnissen veröffentlicht. Dabei lässt sich gemäss Gahleitner et al. (2015) festhalten, dass sich die Anzahl empirischer Studien im Bereich der *klinischen Sozialarbeit* seit den 1990er-Jahren vervielfacht hat. Dies wurde sowohl durch vermehrte Fachtagungen als auch im Rahmen von Zeitschriften und Buchreihen anregt. In den Forschungsbereichen anderer Professionen des Gesundheits- und Sozialwesens wie der Medizin und der Psychologie haben sich in diesem Zusammenhang sogenannte evidenzbasierte, sprich auf Beweisen beruhende Methoden, etabliert. Dabei sollen mithilfe objektiver Methoden sowohl Transparenz als auch Begründung und Wirksamkeit des methodischen Vorgehens erreicht werden. Dies wird für empirische Belege der Effektivität von psychosozialen Interventionen im Rahmen der klinischen Sozialarbeit ebenfalls benötigt. Dennoch sollte dem quantitativen Forschungsparadigma nicht der Vorrang vor dem qualitativen gegeben werden. Dies vor allem in Bereichen, in welchen individuelle Dynamiken von Milieu, Lebenswelten und Subjekt das die Interventionen respektive den Behandlungsprozess massgebend bestimmen (S. 9). Einige weitere bedeutsame Forschungsprojekte im Rahmen der klinischen Sozialarbeit werden nachfolgend dargelegt.

So wiesen gemäss Gahleitner et al. (2015) Dettmers und Spreng im Bereich der klinischen Sozialarbeit mit qualitativen und quantitativen Forschungsverfahren die Bedeutsamkeit sozialer Netzwerke in der Begleitung von chronisch erkrankten Menschen nach. Hahn und Pauls zeigten anhand von quantitativen Einzelfallanalysen multidimensionale sozialtherapeutische Vorgehensweisen und deren Wirksamkeit für Menschen mit Mehrfachproblemlagen auf. Weitere Studien im klinischen Bereich widmeten sich hingegen reflexiv dem Selbstverständnis der Professionellen in ihrem methodischen Handeln. Somit kann festgehalten werden, dass im Bereich der klinischen Sozialarbeit im Vergleich zu anderen Professionen nebst den quantitativen auch qualitative Forschungsmethoden von grosser Bedeutung sind. Im Hinblick auf den aktuellen Stand wird allerdings ein Nachholbedarf im quantitativen Forschungsbereich ersichtlich, um schliesslich das Forschungsspektrum ausführlicher auszuschöpfen (S. 10).

Nebst diesen expliziten Forschungsprojekten im Bereich der klinischen Sozialarbeit kann ihre Wirksamkeit im psychiatrischen Handlungsfeld sowie in der stationären Erwachsenenpsychiatrie vor allem durch Studien im Rahmen der IPZ betrachtet werden. In Bezug auf die IPZ hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019) ein umfassendes Forschungsprojekt durchgeführt. Im Kern ging es darum, das Potenzial der IPZ in Bezug auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität, Kostensenkung und Reduktion des Fachkräftemangels zu untersuchen. Nachfolgend wird lediglich auf den Aspekt der Behandlungsqualität eingegangen, da nur dieser Faktor für die Bearbeitung der Fragestellung, welche im nächsten Kapitel vorgestellt wird, als relevant erscheint.

In der Studie konnte nachgewiesen werden, dass die IPZ ein deutliches Potenzial für die Verbesserung der Versorgungsqualität hat. Des Weiteren kann durch eine adäquate IPZ die Patient*innensicherheit sowie die Patient*innenzufriedenheit gesteigert werden (BAG, 2019). Als ausschlaggebende Faktoren hierfür konnten sie die folgenden identifizieren:

- „umfassendere Erfassung und Berücksichtigung von Informationen zum/r Patienten/in und zu seinem Gesundheitszustand,
- breiter abgestützte und besser fundierte Diagnosen und Entscheide bzgl. allfälliger Interventionen und kohärentere Umsetzung derselben sowie eine
- bessere Koordination an Schnittstellen von Diagnose und Behandlung“ (BAG, 2019).

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte im Praxisalltag kann gemäss dem BAG die Effektivität der Versorgungsleistung gesteigert werden, wodurch beispielsweise Wiedereintritte vermieden werden können. Dies stellt sowohl ein Zeichen von nachhaltiger als auch von ganzheitlicher Behandlung dar (BAG, 2019).

Ein weiteres aktuelles Forschungsprojekt diesbezüglich haben Schmitz et al. (2020) durchgeführt. Dabei konnten sie aufzeigen, dass durch eine verstärkte IPZ die Sicherheit der Klientel sowie die Qualität der Behandlungsergebnisse verbessert werden (S. 52-53). Des Weiteren sinkt die Fehlerhäufigkeit und die Dauer der Hospitalisation verkürzt sich. Gleichzeitig nimmt die Zufriedenheit der Klientel zu. Auch beim Fachpersonal steigt die Zufriedenheit am Arbeitsplatz und Krankheitsabwesenheiten nehmen ab (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2018, S. 2). Zudem kamen Fraser et al. (2018) auf Ergebnisse, welche darauf hindeuten, dass interprofessionelle Teams mit Sozialarbeitenden in der Versorgung besser Ergebnisse erzielen im Vergleich zu Teams ohne Sozialarbeitende (S. 175).

Daraus wird ersichtlich, dass eine abgestimmte und angemessene IPZ sowohl für die Klient*innen als auch für die Fachpersonen selbst eine Verbesserung mit sich bringt. Aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit erscheint es als zentral, im Sinne des bio-psycho-sozialen Verständnisses eine Perspektivenerweiterung einzubringen. Dadurch kann nach Desole (2017) ein multiperspektivisches und individuelles Fallverständnis erreicht werden. Hierfür ist eine gleichwertige und zielorientierte Zusammenarbeit notwendig, wobei jede Profession ihr eigenes Fallverständnis in den Diskurs einbringt. Auf dieser Basis kann anschliessend in einem zirkulären Austausch nach einem gemeinsamen Fallverständnis gesucht sowie gemeinsam ein Behandlungsplan erstellt werden (S. 2). Um die genannten Vorteile und Chancen aus dieser Umsetzung der IPZ nutzen zu können, ist es einerseits nötig, in der Praxis solche Austauschmöglichkeiten im Sinne von interprofessionellen Rapporten und Fallbesprechungssitzungen zu fördern. Andererseits ist es in solchen Gefässen die Aufgabe von klinischen Sozialarbeiter*innen, ihren Standpunkt wissenschaftlich fundiert zu vertreten und durch ihr Fachwissen einen adäquaten und ganzheitlichen Behandlungsprozess zu fördern.

Zusammenfassend wurde im Rahmen des Forschungsstandes ersichtlich, dass die soziale Dimension von allen Fachpersonen des Behandlungsteams als wichtig eingeschätzt wird. Die soziale Dimension wird massgeblich von Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit fokussiert. Durch eine umfassende Literaturrecherche hat sich jedoch gezeigt, dass in Bezug auf die Wirksamkeit der klinischen Sozialarbeit in der stationären Psychiatrie eine Forschungslücke besteht. Dadurch kann die Wirkung von Interventionen im Rahmen der sozialen Dimension nicht nachgewiesen werden, was gegenüber anderen Professionen sowohl zu einer Abschwächung als auch zu einer Ungewissheit bezüglich des Aufgabenspektrums der Sozialen Arbeit führen kann. Deshalb erscheint es zentral, im Rahmen der IPZ, die belegte Relevanz der sozialen Dimension einzubringen, dadurch Interventionen der Sozialen Arbeit zu legitimieren und einen ganzheitlichen Behandlungsprozess voranzutreiben. Daher ist die Fragestellung dieser Bachelorarbeit, welche nachfolgend vorgestellt wird, für die klinische Sozialarbeit bedeutsam.

3. Fragestellung und deren Ableitung

Für die Behandlung und Unterstützung von Klient*innen mit einer psychischen Erkrankung ist unter anderem die Erwachsenenpsychiatrie zuständig. Ein Bestandteil des Behandlungsteams stellen die klinisch Sozialarbeitenden dar. Der Genesungsprozess von Menschen mit einer psychischen Krankheit ist oftmals sehr komplex und erfordert einen kontinuierlichen, zuverlässigen und ganzheitlichen Behandlungsprozess (Schmitz et al., 2020, S. 7). Die Gestaltung des derzeitigen Behandlungsprozesses in der stationären Erwachsenenpsychiatrie weist aus der Perspektive der Sozialen Arbeit jedoch auf mehreren Ebenen Verbesserungsmöglichkeiten auf.

Eine zu frühe Entlassung nach dem stationären Aufenthalt kann eine fehlende oder unzureichende Unterstützung im Alltag der Betroffenen zur Folge haben. Die Klient*innen verlieren nach der Entlassung oftmals den Zugang zu angemessenen Unterstützungsangeboten. Durch dieses Nachlassen der Unterstützung entsteht eine Betreuungslücke, wodurch die Fortschritte des Klientels gefährdet und die Chancen eines Rückfalls erhöht werden. Zudem steigt das Risiko von selbstgefährdendem Verhalten (Ritzau, 2022). Dies kann durch die Studie von Lange-Asschenfeldt (2018) aufgezeigt werden. Die Suizidrate nach der Entlassung aus einem stationären Aufenthalt steigt demzufolge um das 100-fache an (S. 14). Mögliche Gründe für den Mangel an Unterstützung nach der Entlassung sind exemplarisch die Begrenzung von ambulanten und teilstationären Betreuungsangeboten sowie lange Wartezeiten, die durch den hohen Bedarf entstehen (Falk & Kressbach, 2022). Vor diesem Hintergrund erscheint es zentral, während des stationären Klinikaufenthalts einen ganzheitlichen und nachhaltigen Behandlungsprozess zu gewährleisten, um den Alltag der Betroffenen nach dem Austritt zu erleichtern und schliesslich Rückfälle zu verringern oder sogar zu vermeiden.

Die Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen und damit verbundener adäquater Versorgung steigt fortlaufend an. In einem Artikel von Schuler et al. (2023) wird beschrieben, dass seit 2021 die Inanspruchnahme der stationär-psychiatrischen Angebote kontinuierlich steigt. Trotz mehrheitlicher Zufriedenheit der Schweizer Bevölkerung im Jahr 2021, hat dieser Anteil im Vergleich zu den vorherigen Jahren stark abgenommen. Besonders auffällig ist, dass sowohl im Rahmen der sozialen Dimension bereits vorhandene soziale Ungleichheiten als auch daraus entstandene gesundheitliche Ungleichheiten verstärkt wurden. Davon betroffen sind insbesondere Personengruppen, welche allein einen Haushalt führen, ein tiefes Einkommen haben sowie psychische oder körperliche Erkrankungen aufweisen (S. 2-7).

Die Soziale Arbeit nimmt diesbezüglich eine wesentliche Rolle ein, indem sie einen eigenen professionellen Zugang zu den (psycho-)sozialen Problemlagen mit Fokus auf der sozialen Dimension hat. Sowohl im Gesundheitswesen generell als auch im psychiatrischen Handlungsfeld spezifisch wird der sozialen Dimension im Behandlungsprozess trotz ihrer wesentlichen Rolle in Bezug auf den Genesungsprozess der Klientel wenig Beachtung geschenkt. Dies ist beispielsweise auf den unausgebauten Status der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie sowie auf das vorherrschende medizinische Paradigma zurückzuführen (Sommerfeld et al., 2016, S. 5-12).

Die zunehmende Komplexität der Problemlagen von Betroffenen verbunden mit der steigenden Nachfrage auf psychiatrische Leistung zeigen, dass eine Weiterentwicklung und ein Ausbau hin zu einem ganzheitlichen Behandlungsprozess erforderlich sind. Um dies zu erreichen, kann die klinische Sozialarbeit einen wichtigen Beitrag leisten und im Rahmen der IPZ ein gemeinsames Gesundheitsverständnis fördern. Aufgrund der Vielfältigkeit von Angeboten in psychiatrischen Kliniken fand eine Eingrenzung in die stationäre Erwachsenenpsychiatrie statt. Deshalb wurde aus der anfänglich beschriebenen Ausgangslage, der fachlichen Relevanz und der persönlichen Motivation der Autor*innen die folgende Fragestellung abgeleitet, welche im Rahmen dieser Forschungsarbeit bearbeitet werden soll:

„Inwiefern können Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit einen ganzheitlichen Behandlungsprozess fördern?“

Zudem wurden für deren Beantwortung die nachfolgenden Unterfragen formuliert:

Unterfrage 1:

In welchem Ausmass gilt die Soziale Arbeit in der Psychiatrie als etabliert und legitimiert?

Unterfrage 2:

Welche Funktion und welche Rolle hat die klinische Sozialarbeit im Rahmen der IPZ?

Unterfrage 3:

Welche Empfehlungen für die Praxis können zuhanden von Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit formuliert werden, um einen ganzheitlichen Behandlungsprozess zu fördern?

3.1 Zielsetzung und Aufbau

Das Hauptziel dieser Forschungsarbeit ist es, durch Beantwortung der Fragestellung, einen Einblick in die klinische Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie zu gewinnen und Handlungsansätze zu erarbeiten, wie ein gemeinsames Gesundheitsverständnis und somit ein ganzheitlicher, interprofessioneller Behandlungsprozess gefördert werden kann. Dabei dient der erste Teil der Arbeit als theoretische Grundlage für die Thematik. Im zweiten Teil werden Expert*inneninterviews durchgeführt, ausgewertet und anschliessend mit der Theorie in Verbindung gebracht. Auf dieser Basis werden die Autor*innen im dritten Teil einerseits die Unterfragen beantworten. Andererseits werden spezifische Empfehlungen für die Praxis formuliert, welche klinisch Sozialarbeitenden helfen sollen, einen eigenen, wissenschaftlich fundierten Standpunkt einzunehmen, diesen in die IPZ einfließen zu lassen und dadurch das ganzheitliche bio-psycho-soziale Verständnis im Behandlungsteam zu fördern.

Der theoretische Teil ist in drei Kapitel gegliedert. Im *Kapitel 4 "Soziale Arbeit als Profession"* wird in einem ersten Schritt die Soziale Arbeit als Profession mit ihrem mit ihren Grundstrukturen sowie dem Professions- und Selbstverständnis vorgestellt. Schliesslich wird die Soziale Arbeit im Kontext der Psychiatrie verortet und ihre Etablierung sowie ihre Professionalisierung analysiert. Dabei wird auch Bezug auf die Entwicklung der Psychiatrie als Handlungsfeld genommen.

Das *Kapitel 5 "Klinische Sozialarbeit"* definiert die klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit. Dabei wird als erstes die Beratung in der Sozialen Arbeit von der Psychotherapie abgegrenzt. Darauf aufbauend wird im Rahmen des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses der WHO das handlungsleitende bio-psycho-soziale Modell bearbeitet. Zudem wird die Bedeutung der sozialen Dimension in Bezug auf psychische Erkrankungen aufgezeigt. Abschliessend wird das Aufgabenspektrum der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie genauer betrachtet. Wie ersichtlich wurde, ist die Legitimation der Sozialen Arbeit beziehungsweise der sozialen Dimension im Praxisalltag durch verschiedene Faktoren herausfordernd. Weil die IPZ als Schlüsselaspekt dieser Herausforderungen identifiziert werden konnte, wird diese im Rahmen dieser Arbeit zugleich als Entwicklungsfeld und Kernstück zur Lösung angesehen.

Vor diesem Hintergrund wird im *Kapitel 6 "Interprofessionelle Zusammenarbeit"* die IPZ definiert und ihre Kernelemente dargelegt. Darauf aufbauend wird spezifisch die IPZ in der stationären Psychiatrie analysiert. Abschliessend werden Zuständigkeiten und Machtverhältnisse im interprofessionellen Behandlungsteam sowie Ziele, Herausforderungen und Chancen der IPZ genauer betrachtet. Dies bildet die theoretische Basis für die Praxisempfehlungen.

Das *Kapitel 7 "Methodisches Vorgehen"* beschreibt das Forschungsdesign und die Datensammlung. Dabei werden die Erhebungs- und die Auswertungsmethode des empirischen Teils im Rahmen der qualitativen Forschung erläutert.

Das Ziel des *Kapitels 8 "Forschungsergebnisse"* ist es, die gesammelten Daten aus den Expert*inneninterviews zusammenzufassen und die wesentlichen Forschungsergebnisse anhand von Kategorien auszuwerten und detailliert aufzuzeigen.

Das *Kapitel 9 "Schlussfolgerung"* rundet diese Forschungsarbeit schliesslich ab. Es geht darum, die Forschungsergebnisse mit der Theorie in Verbindung zu bringen, zu vergleichen und zu diskutieren. Die Forschungsfrage beziehungsweise die Unterfragen werden beantwortet und es werden Empfehlungen für die Praxis von klinisch Sozialarbeitenden formuliert. Das Kapitel wird mit einer Persönlichen Stellungnahme sowie mit einem Ausblick abgerundet.

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

Ausgehend davon ist das übergeordnete Ziel dieser Arbeit, Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit anzusprechen und zu ermutigen, sich im Rahmen des interprofessionellen Behandlungsteams einzubringen und für ihre Anliegen wissenschaftlich fundiert einzustehen. Dadurch können in der Praxis fachliche Zuständigkeiten definiert, der eigene Handlungsspielraum erweitert und die professionelle Haltung geschärft werden, was schliesslich die Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie beziehungsweise im jeweiligen Handlungsfeld der klinischen Sozialarbeitenden vorantreibt.

Diese Forschungsarbeit richtet sich demzufolge in erster Linie an (angehende) Fachpersonen der Sozialen Arbeit sowie an Fachpersonen des weiteren interprofessionellen Behandlungsteams im Gesundheitswesen und in psychiatrischen Kliniken wie beispielsweise der Medizin, Psychologie und Pflege. Ferner soll diese Arbeit auch eine Inspiration und Anregung für Fachpersonen aus dem Polit- und Verwaltungswesen darstellen.

4. Soziale Arbeit als Profession

In diesem Kapitel wird Bezug auf die Kapitel 1.1 und 1.2 genommen. Zu Beginn wird anhand des Professions- und Selbstverständnisses sowie der wichtigsten Strukturmerkmale eine Darstellung der Profession der Sozialen Arbeit vorgenommen. Anschliessend wird das psychiatrische Handlungsfeld sowie dessen historische Entwicklung genauer betrachtet. Schliesslich wird die Etablierung der Sozialen Arbeit in den Kontext der Psychiatrie gestellt sowie ihre Professionalisierung darin beleuchtet. Abschliessend wird ein erstes Zwischenfazit gezogen.

4.1 Professionsverständnis

Der Diskurs rund um Professionsverständnisse in der Sozialen Arbeit gestaltet sich seit jeher selbstkritisch und komplex. Grund hierfür ist unter anderem die späte, aber rasante Akademisierung und Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Laufe eines Jahrhunderts. Hinzu kommen weitere erschwerende Faktoren wie der mehrschichtige Gegenstand, die Diversität der Handlungsfelder und die damit verbundenen vielseitigen Themen und Zuständigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit (Völter et al., 2020, S. 7).

Wenn es um die Positionierung der Sozialen Arbeit in politischen, gesellschaftlichen und fachlichen Debatten geht, sind immer zwei Aspekte zentral. Dies ist zum Einen die Verwissenschaftlichung beziehungsweise die Etablierung der Sozialen Arbeit als eigenständige Disziplin, der sogenannten Sozialarbeitswissenschaft. Dies beinhaltet den Anspruch der Akteur*innen, Studierende des Bachelorstudiengangs bis hin zur Promotion zu qualifizieren. Zum Anderen ist die Frage der Profession respektive der Professionalisierung und der Professionalität wesentlich, welche nachfolgend genauer behandelt wird (Völter et al., 2020, S. 7-8).

Profession

Der Begriff "Profession" beschreibt eine besondere Berufsform, welche sich durch gewisse Eigenschaften von anderen Berufen unterscheiden lässt. Das heisst, die Akteur*innen einer Profession handeln jeweils in einer bestimmten Sozialwelt auf der Basis von akademischen Bildungsinhalten. Infolgedessen handeln sie entlang wissenschaftlich fundierter Theorien sowie nach Kriterien und Methoden, welche aufgrund ihrer wissenschaftlichen Evidenz als professionell gelten (Völter et al., 2020, S. 7-8). Um diese Kompetenzen zu erlangen, sind einerseits Praxiserfahrungen und andererseits eine akademische Ausbildung erforderlich. In Bezug auf die Soziale Arbeit beinhaltet der Kompetenzbegriff fachliche und generische Bestandteile. Die Fachlichkeit beinhaltet hierbei das Wissen über Rechtssystem, Sozialpolitik und Theorien der Sozialen Arbeit. Die generischen Elemente schliessen hingegen kommunikative, personale, berufsethische sowie Problemlösungsfähigkeiten mit ein (Stüwe, 2019).

Professionalisierung

Der Begriff "Professionalisierung" beinhaltet Prozesse auf individueller und kollektiver Ebene zur qualifizierten Eingliederung in die Profession. Auf der individuellen Ebene beziehen sich diese auf die Fähigkeiten auf den Qualifizierungsprozess einer Fachperson, während auf der kollektiven Ebene die fachliche Entwicklung von Berufsfeldern stattfindet. Ein zentraler Aspekt spielt dabei die Weiterentwicklung einer Profession. Um eine Profession gezielt weiterzuentwickeln und das Handeln ihrer Zugehörigen im Kontext anderer Berufe und Professionen machtkritisch zu verorten, gibt es verschiedene Ansätze. Ein wichtiger Aspekt ist die kritische, forschungsbasierte Selbstreflexion, bei der sich die Professionellen selbst hinterfragen und untersuchen. Dabei wird analysiert, wie sich die Profession in der Gesellschaft etabliert hat und wie sie in Diskursen behandelt wird. Diese Untersuchungen tragen zur weiteren Professionalisierung auf einer Meta-Reflexionsebene bei und ermöglichen ein bewusstes Handeln und eine kritische Auseinandersetzung mit Machtverhältnissen (Völter et al., 2020, S. 7-8).

Bezogen auf die Soziale Arbeit lässt sich festhalten, dass die Professionalisierung eines ihrer Kernanliegen darstellt. Es gibt verschiedene Auffassungen der Professionalisierung. So gehören beispielhaft die Umwandlung eines Berufs hin zu einer Profession oder Umwandlungsprozesse einer bisher nur theoretischen in eine angewandte Wissenschaft zu möglichen Begriffsbestimmungen. Für die Soziale Arbeit ist vor allem eine Auslegung von Professionalisierung relevant, wobei Kriterien oder Attribute einer Berufskultur festgelegt werden, um dadurch professionelles Handeln spezifizieren zu können. Um professionelles Handeln zu ermöglichen und sicherzustellen, sind bestimmte Kriterien erforderlich. Dazu gehören die Verankerung des Professionswissens in einer wissenschaftlichen Leitdisziplin, der Abschluss einer akademischen Ausbildung, die Festlegung einer Berufsethik und die Gewährleistung professioneller Autonomie (Ehlert, 2019).

Diese kollektiven Professionalisierungsprozesse werden von Berufsverbänden, dem Hochschulsystem, der Wissenschaft sowie von politischen, staatlichen und rechtlichen Instanzen unterstützt. Seit den 1980er Jahren hat die Professionsforschung dazu beigetragen, die Bedeutung der Professionalisierung, wie bereits angesprochen, auch auf individueller Ebene als individuellen Prozess zu erweitern. Heutzutage ist es selbstverständlich, nicht nur über die Professionalisierung in Bereichen wie der Sozialen Arbeit oder den Pflegeberufen zu sprechen, sondern auch den individuellen beruflichen Werdegang und die Entwicklung eines professionellen Habitus als Professionalisierung zu betrachten. Die individuelle Professionalisierung bezieht sich sowohl auf den Erwerb von Kompetenzen und formalen Abschlüssen als auch auf die Entwicklung von Professionalität im praktischen Handeln (Ehlert, 2019).

Professionalität

Die Professionalität hingegen meint grundlegend das situationsadäquate Handeln unter komplex verflochtenen und oftmals paradoxen Handlungsanforderungen (Völter et al., 2020, S. 7-8). Professionalität gilt als Alltagsbegriff und wird oftmals mit hochwertigen Dienstleistungen in Verbindung gebracht. Sie weist auf die sachverständige und reflektierte Ausübung einer Tätigkeit hin. In der Sozialen Arbeit ist dies eng mit der berufsethischen Reflexion sowie mit den gesetzlichen Mandaten verbunden. Daher integriert die Professionalität gewissermassen das Vertrauen der Klientel und die damit verbundene Verantwortungsübernahme im Sinne der Unterstützung für deren Wohl. Schliesslich gehören auch Aspekte wie die professionelle Diskretion respektive die Einhaltung der Schweigepflicht zur Professionalität. Somit ist die Professionalität einerseits ein Ausdruck einer spezifischen inneren Haltung und andererseits ein erreichter Status beziehungsweise ein inkorporierter Habitus (Werner, 2019).

Im Fachdiskurs der Sozialen Arbeit haben sich mittlerweile sämtliche Forschungs- und Diskussionsfelder etabliert, die sich mit den Bereichen Disziplin, Profession, Professionalisierung und Professionalität befassen. Diesbezügliche Analysen finden dabei auf verschiedenen Ebenen statt, exemplarisch bewertende, abstrakt-theoretische oder auch empirisch fundiert beschreibende Analysen. Diese Diskussionen, Fragen und Herausforderungen werden in den Zusammenhang mit sozialen Problemlagen wie Diskriminierung, Gewalt, Rassismus, sozialer Ungleichheit, Migration, Flucht und Inklusion, Klimawandel, unkontrollierbare Folgen der Globalisierung wie Pandemien, demografischer Wandel und Weiteren gestellt. Hierbei gewinnt die Soziale Arbeit als spezifische Handlungswissenschaft und Profession steigend an gesellschaftlicher sowie politischer Bedeutung. Dies aus dem Grund, weil sich Sozialarbeitende zum Einen die Aufgabe geben, soziale Problemlagen zu erfassen und zum Anderen, weil sie untersuchen, wie diese verhindert und bewältigt werden können (Völter et al., 2020, S. 8-9).

Um die Professionalisierung und Aufrechterhaltung der Professionalität in der Sozialen Arbeit voranzutreiben, ist es wichtig, dass sich Wissenschaftler*innen, Lehrende und Sozialarbeitende die erforderliche Expertise in ihren jeweiligen Handlungsfeldern und Themengebieten aneignen. Dies ermöglicht ihnen, durch forschende und wissenschaftlich basierte Produktion sowie durch interaktive Vermittlung und Weiterentwicklung von Wissen die Professionalisierung der Sozialen Arbeit voranzutreiben und ihre Professionalität zu wahren. Zudem gibt es in anderen wissenschaftlichen Disziplinen keine vergleichbaren Forschungen zu den genannten Themenfeldern und ihrer Bedeutung für die Handlungsfähigkeit und Teilhabechancen im alltäglichen Leben der Menschen (Völter et al., 2020, S. 9).

4.2 Selbstverständnis

Wie im Rahmen der fachlichen Relevanz bereits ersichtlich wurde, versteht sich die Profession “Soziale Arbeit” nicht nur als wissenschaftliche Fachdisziplin, sondern auch als Praxis in den verschiedenen Handlungsfeldern. Im Mittelpunkt ihrer Aktivitäten stehen Menschen in sozialen Problemlagen. Ziel ist es, die Klientel so zu befähigen, dass sie Herausforderungen des Lebens selbständig angehen und Wohlergehen erlangen können. Dabei sind Prinzipien der Menschenrechte, der sozialen Gerechtigkeit und der gemeinschaftlichen Verantwortung sowie die Anerkennung von Diversität handlungsleitend. Gemäss Staub-Bernasconi et al. (2012, S. 8) tut sie dies üblicherweise in Zusammenarbeit mit anderen Professionen, Organisationen und Freiwilligen. Sie orientiert sich dabei an einem Ethikkodex, welcher die oben genannten Prinzipien beinhaltet. Staub-Bernasconi et al. (2012) adaptierten die Definition auf das Handlungsfeld der Psychiatrie und kamen zu folgenden Überlegungen:

- Die Profession der Sozialen Arbeit interveniert an der “Schnittstelle” zwischen Personen mit psychischen Erkrankungen und den Menschen ihrer soziokulturellen Umwelt. Dieses soziokulturelle Umfeld kann sowohl für den Krankheitsverlauf als auch für die Alltagsbewältigung nach dem stationären Klinikaufenthalt relevant sein. Es kann jedoch ebenso sozial problematisch sein und eine dauerhafte Quelle von Stress für die betroffene Person darstellen. Als besonders wichtig erscheinen hierbei die Familienverhältnisse - sowohl in der Herkunfts- wie auch in einer neu gegründeten Familie. Des Weiteren müssen für die Problembeschreibung und -genese die ethnische Zugehörigkeit, Religion sowie die geschlechterspezifische Identität erhoben und berücksichtigt werden. Bei Menschen mit Migrationshintergrund kann zudem der Aufenthaltsstatus ein Stressor darstellen.
- Eine weitere “Interventionsschnittstelle” ist die zwischen der psychiatrischen Klinik und gesundheitsbezogenen- oder sozialen Diensten in der Lebenswelt der Adressat*Innen. In diesem Zusammenhang muss gemeinsam mit der Klientel vereinbart werden, wie der Austritt aus der Klinik gestaltet wird, wie die Kooperationsstrukturen zwischen der Klinik und den situationsspezifischen Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens sind. Zudem muss abgeklärt werden, ob diese für die Genesung der Klientel förderlich oder möglicherweise erschwerend sind.
- Im Idealfall interveniert die Soziale Arbeit an diesen Schnittstellen im Sinne der Prävention sowohl vor einem allfälligen Klinikaufenthalt als auch während und nach einem Aufenthalt.
- Ihr spezifischer professioneller Beitrag besteht darin, während des Intake, der Diagnose und des Behandlungsprozesses ihr Wissen über die soziale Dimension und denkbaren Determinanten sowie über die sozialen Folgen einer psychischen Erkrankung einzubringen. Letzteres bezieht sich nicht nur auf das erkrankte Individuum, sondern auch auf die davon betroffenen Angehörigen.

- Im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie mit anderen Einrichtungen des Sozialwesens formuliert sie die sozialen und soziokulturellen Integrationsziele, welche sich aus der Fallaufnahme und dem Behandlungsprozess ergeben. Dies sowohl aus der Eigenperspektive der Klientel als auch aus professioneller Sichtweise.
- Um dies zu erreichen, setzt die Soziale Arbeit situationsadäquat der Profession zur Verfügung stehende Methoden ein (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 8-9).

Damit Sozialarbeitende in der alltäglichen Praxis die genannten Punkte des Selbstverständnisses umsetzen können, sind für den professionellen Habitus diverse Kenntnisse erforderlich. Als Beispiele hierfür können Kenntnisse über die historische Entwicklung der Sozialen Arbeit, Wissen über Theorien und Methoden oder auch Kenntnis um das Tripelmandat sowie dessen berufsethische Folgen genannt werden. Die zentralen Charakteristika der Sozialen Arbeit können anhand der sogenannten Strukturmerkmale beschrieben werden.

4.2.1 Strukturmerkmale

Im nachfolgenden Abschnitt werden die vier zentralen Strukturmerkmale in Bezug auf die Profession der Sozialen Arbeit dargelegt. Diese sind gemäss Walther (2023, S. 18) die Folgenden:

- Hilfe und Kontrolle (doppeltes Mandat)
- Widersprüchliche Handlungslogiken
- Zwei Interventionsebenen
- Interprofessionelle Zusammenarbeit

Hilfe und Kontrolle – Doppeltes Mandat

In den 1970er Jahren hat der Begriff des doppelten Mandats zunehmend an Bedeutung gewonnen. Er wurde insbesondere durch Lothar Böhnisch und Silvia Staub-Bernasconi angestossen und geprägt. Das Doppelte Mandat beschreibt einen grundlegenden strukturellen Konflikt, welcher in einem Grossteil der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit anzutreffen ist. Ihm zufolge bewegen sich Sozialarbeitende stets in einem Spannungsfeld zwischen den Unterstützungswünschen der Klientel und den institutionell und staatlich beziehungsweise gesellschaftlich aufgetragenen Kontrollaufgaben. Oftmals vertreten die beiden Pole unterschiedliche respektive widersprüchliche Interessen. Die Kontroverse besteht dabei darin, dass Sozialarbeitende beiden Seiten verpflichtet sind. Das Doppelte Mandat kann demzufolge nie zugunsten einer Seite aufgelöst werden, indem entweder nur die Interessen der Klientel oder diejenigen der Gesellschaft berücksichtigt werden. Somit ist es eine zentrale Aufgabe von Sozialarbeitenden, zwischen diesen Polen zu vermitteln (Walther, 2023, S. 18-19).

Seither wurde das Doppelmandat weiterentwickelt. Demzufolge wird in der Sozialarbeitswissenschaft mittlerweile auch vom "Tripel-Mandat" gesprochen. In dieser Erweiterung des Doppelmandats wird davon ausgegangen, dass sich die Soziale Arbeit nicht nur zwischen Hilfe und Kontrolle bewegt, sondern zusätzlich als Profession spezifische fachliche Qualitätsmassstäbe für die eigene Arbeit formuliert (Walther, 2023, S. 18-19). Zur Veranschaulichung des doppelten Mandats beziehungsweise des Tripelmandats dient die folgende Abbildung 2:

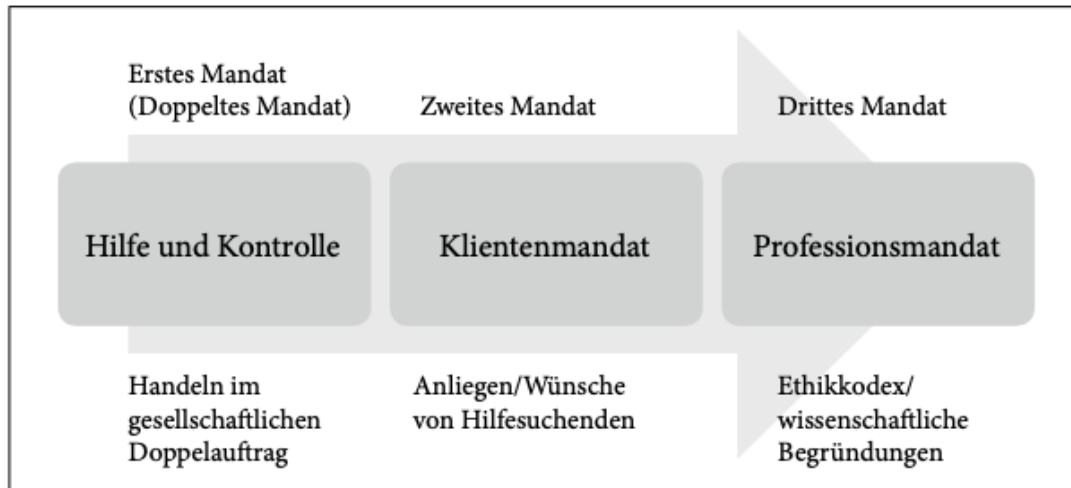


Abbildung 2: Das Tripelmandat der Sozialen Arbeit. *Notiz*. Adaptiert von Abplanalp, E., Cruceli, S., Disler, S., Pulver, C. & Zwilling, M. (2020). *Beraten in der Sozialen Arbeit: Eine Verortung zentraler Beratungsanforderungen*. Haupt, S. 57.

Um alle drei Aspekte berücksichtigen zu können, ist es von grosser Wichtigkeit, das doppelte Mandat als Strukturbedingung des beruflichen Handelns anzuerkennen. Zudem ist es zentral, sich je nach Handlungsfeld im Klaren zu sein, welche Kontrollfunktionen tatsächlich ausgeübt werden müssen. Diese Kontrollbefugnisse gilt es, den Klient*innen gegenüber transparent zu kommunizieren. Des Weiteren müssen im Rahmen des dritten Mandats professionsethische Prinzipien geachtet und eingehalten werden. Schliesslich ist die stetige und differenzierte Reflexion sowie der Austausch im Team wesentlich, um in diesem Spannungsfeld professionell handeln zu können (Walther, 2023, S. 19-20).

Widersprüchliche Handlungslogiken

Sozialarbeitende sind immer Teil der Sozialbürokratie und müssen daher mit Verwaltungen und Kostenträgern verschiedener Dienste kooperieren. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Adressat*innen oftmals individuelle und auf ihre konkreten Bedürfnisse zugeschnittene Unterstützung suchen. Deshalb müssen Sozialarbeitende denkbare Massnahmen mit den allgemein formulierten Rechts- und Verfahrensvorschriften vergleichen und prüfen, ob der Einzelfall diese bestimmten Voraussetzungen erfüllt beziehungsweise ob Ausnahmeregelungen möglich sind. Somit wird die Schwierigkeit erkennbar, dass sich die sozialarbeiterische Vorgehensweise an den spezifischen und individuellen Bedürfnissen eines konkreten

Menschen orientiert, die Verwaltungsverfahren jedoch auf Standardisierung und Typisierung von Lebenslagen und dementsprechenden Leistungen basieren (Walther, 2023, S. 20-21). Um die Interessen der Klientel in diesen bürokratischen Abläufen bestmöglich vertreten zu können, ist es gemäss Walther (2023, S. 21) notwendig, dass Sozialarbeitende

- sich in rechtlichen und verwaltungstechnischen Arbeitsabläufen auskennen,
- vorhandene Ermessensspielräume ausnutzen und
- gegebenenfalls mit der Sozialverwaltung aushandeln.

Zwei Interventionsebenen

Um das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden von Menschen zu verbessern, kann die Soziale Arbeit auf zwei verschiedenen Ebenen intervenieren. Auf der individuellen Ebene geht es primär um die Unterstützung von einzelnen Menschen und deren Umfeld. Auf der strukturellen und politischen Ebene dreht es sich um die Mitgestaltung der sozialen Umwelt. Zusammen bilden die individuelle und die politische Ebene eine zusammengehörige Perspektive eines Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, welche auf dem bio-psycho-sozialen Konzept beruht. Es gilt als identitätsstiftend für die Soziale Arbeit, beide Ebenen zu fokussieren. So wird es beispielsweise einem arbeitslosen psychisch erkrankten Menschen ermöglicht, sich beruflich zu qualifizieren. Zudem setzt sich die Soziale Arbeit dafür ein, dass die eingeschränkte Teilhabe psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben als Systemproblem erkannt wird, um neue Optionen für diese Menschen zu schaffen (Walther, 2023, S. 21-22).

Die Unterstützung auf der *individuellen Ebene* orientiert sich am Prinzip "Hilfe zur Selbsthilfe". Dementsprechend sollten Sozialarbeitende auch nur helfend tätig werden, wenn die Adressat*innen eine Veränderung aktuell nicht selbstständig herbeiführen können. Weil eine mangelnde Beachtung des grundlegenden Prinzips rasch zu einer Bevormundung wird, kann das Empowerment ein hilfreiches Konzept sein. Hiermit wird die Klientel zu einer konsequenten Nutzung ihrer Ressourcen und durch Stärkung ihrer Selbstorganisationskräfte dazu befähigt, die Kontrolle über ihre eigene Lebensgestaltung so gut wie möglich (wieder) zu erlangen. In diesem Zusammenhang ist das Recht auf Selbstbestimmung von grosser Bedeutung. Somit sind Sozialarbeitende verpflichtet, bei der Ausgestaltung der Leistungen die Wünsche der Betroffenen zu berücksichtigen, sofern diese "angemessen" sind. Dabei ist es wichtig, zwischen Bedürfnis und Bedarf zu unterscheiden. Der Bedarf wird von aussen definiert, was der betroffenen Person in der aktuellen Situation als Unterstützung zugestanden wird. Hingegen ist das Bedürfnis das, was die betroffene Person als Hilfe ansieht respektive sich wünscht. Die subjektiv definierten Bedürfnisse der Klientel und der gesellschaftlich definierte Bedarf sind nicht immer widerspruchsfrei zu verbinden (Walther, 2023, S. 22-23).

Sozialarbeitende haben auch hierbei oftmals die Aufgabe, Bedürfnisse und Bedarf auszuhandeln und zusammenzuführen. Die Unterschiede sollen als solche erkannt und für die Interventionsmassnahme genutzt werden. Auf dieser Basis kann Klarheit darüber geschaffen werden, was die Verantwortungsbereiche der Professionellen und der Adressat*innen ist, wer welche Rechte und Pflichten hat und welche spezifischen Unterstützungsangebote angemessen sind (Walther, 2023, S. 23-24).

Die *strukturelle und politische Ebene* für Interventionen der Sozialen Arbeit baut auf der Sozialraumorientierung auf. Der Sozialraum kann sowohl ein Stadtviertel als auch eine Gemeinde sein, in welcher Adressat*innen leben. Sozialraum meint jedoch auch ökonomische, rechtliche und politische Strukturen eines konkreten Ortes, welche eine gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen oder verhindern. Auf dieser Ebene besteht die Aufgabe der Sozialen Arbeit einerseits darin, sich mit den verschiedenen Angeboten der öffentlichen Einrichtungen vertraut zu machen und auseinanderzusetzen. Andererseits ist es diesbezüglich die Angelegenheit der Sozialen Arbeit, gezielt Begegnungen zu fördern, Mitsprachemöglichkeiten zu etablieren oder auch Interessengruppen zu gründen (Walther, 2023, S. 24-25). An dieser Stelle wird nicht weiter auf die strukturelle und politische Ebene eingegangen, da diese in Bezug auf die Forschungsfrage nicht als relevant erscheint.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Sozialarbeitende müssen mit Mitarbeitenden verschiedenster Einrichtungen kooperieren. Zudem sind sie insbesondere im Gesundheitswesen beziehungsweise im klinischen Bereich meist selbst Teil eines interprofessionellen Teams. Anlass für diese Kooperation mit anderen Einrichtungen und Professionen ist in Bezug auf das psychiatrische Handlungsfeld das bio-psycho-soziale Gesundheits- und Problemverständnis bei psychisch erkrankten Menschen. Dementsprechend sollen sowohl die Ursachen als auch die Folgen der Erkrankung und dementsprechend der gesamte Behandlungsprozess anhand von diesen drei Dimensionen bearbeitet beziehungsweise gestaltet werden (Walther, 2023, S. 25-26).

Wenn also eine qualitativ hochwertige sowie ganzheitliche Behandlung geleistet werden soll, führt dies zwingend zu Kooperation und Ergänzung des eigenen Fachwissens mit allen involvierten Professionellen. Es geht folglich im Kern darum, dass die Fachkräfte der verschiedenen Professionen im interprofessionellen Behandlungsteam in formellen Austauschgefässen regelmässig zusammenkommen und kooperativ Entscheidungen über den weiteren Behandlungsverlauf treffen (S. 26). Wie diese Kooperationen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie aussehen und welche Herausforderungen und Chancen sich dadurch ergeben, wird im Kapitel 7 der interprofessionellen Zusammenarbeit genauer betrachtet.

4.3 Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Im folgenden Kapitel geht es darum, die historische Entwicklung der sozialen Dimension beziehungsweise der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie genauer zu betrachten. Dazu werden die wichtigsten Meilensteine der Entwicklung von der Anstaltspsychiatrie bis hin zu einer Sozialpsychiatrie analysiert. Um die historische Entwicklung der Sozialen Arbeit mit dem Ausbau des psychiatrischen Handlungsfeldes zu verknüpfen, wird schliesslich der aktuelle Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie beleuchtet.

4.3.1 Historische Entwicklung

Die Soziale Arbeit beschäftigt sich seit den frühen Phasen ihrer Entstehung mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen sowie mit deren sozialen Auswirkungen. Im Rahmen des Gesundheitswesens ist sie in unterschiedlichen Kontexten, vor allem aber in Kliniken und in der Suchtarbeit tätig. Auch im psychiatrischen Handlungsfeld lässt sich eine sozialarbeiterische Entwicklungslinie feststellen (Sommerfeld et al., 2016, S. 9). So waren soziale Aspekte sowohl bei der Erklärung als auch bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen schon lange vor der Etablierung der Sozialen Arbeit zu finden. Beispielsweise empfahl bereits der griechische Arzt Asklepiades in der Antike den Einsatz von Musik, Liebe, Beschäftigung und Aufmerksamkeit für die Behandlung von psychischen Erkrankungen. Im Mittelalter hingegen waren die sozialen Aspekte nicht präsent. Es dominierten eher dämonologische Vorstellungen. Erst in der Zeit der Aufklärung gewannen soziale Aspekte wieder mehr an Bedeutung. So wurde versucht, über milieutherapeutische Ansätze den Krankheitsverlauf beeinflussen zu können. Dies beinhaltete üblicherweise Abschirmung von Besuch, Ruhe, heimatferne Unterbringung, einen geregelten Tagesablauf sowie Disziplin und körperliche Arbeit (Walther, 2023, S. 28-29).

Es wird erkennbar, dass sich das Verständnis über eine adäquate Behandlung und Betreuung von psychisch erkrankten Menschen in gewisser Weise in jeder Epoche verändert hat. Demzufolge müssen die therapeutischen Ansätze immer im Kontext der jeweiligen Zeit angesehen werden. In der Zeit der Aufklärung wurden zum Beispiel Arbeits-, Zucht-, Toll- und Irrenhäuser errichtet, um dort nicht-arbeitswillige und arbeitsunfähige Menschen unterzubringen. Damit sollten einerseits die Angehörigen der psychisch Erkrankten entlastet werden. Andererseits mussten die arbeitsfähigen Familienmitglieder im Zusammenhang mit der zunehmenden Industrialisierung einer Lohnarbeit nachgehen können. Dazu gehörte, dass sie zeitlich und örtlich flexibel waren, ohne dass sie durch familiäre Pflegeaufgaben daran gehindert wurden (Walther, 2023, S. 29).

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts setzten schliesslich diverse Reformen ein. In Frankreich wurden erstmals humanere Behandlungen initiiert. Um 1800 etablierten sich in mehreren Ländern erste Spezialanstalten und das Fachgebiet der Psychiatrie entstand. Dadurch entwickelte sich ein normalisierendes und klinisches Milieu zur Therapie sowie zur Sicherung und Forschung. Um die Jahrhundertwende bildete sich mit der Gründung der ersten sozialen Frauenschule in Berlin durch Alice Salomon auch die Soziale Arbeit heraus (Brückner, 2015, S. 21-23). Innerhalb der Kliniken waren jedoch kaum Sozialarbeitende tätig. Da sich weder anstaltsinterne Dienste noch ein Berufsverband oder eine Ausbildung an anerkannten Wohlfahrtsschulen bildeten, wurde die Soziale Arbeit in der Psychiatrie noch jahrzehntelang als Hilfsberuf missverstanden. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Geschichte der frühen psychiatrischen Sozialarbeit vielmehr aus der Entwicklung der Krankenpflege als in Form der offenen Fürsorge aus der aufkommenden Sozialen Arbeit verstanden wurde (S. 25).

Vor diesem Hintergrund hatte die Erwachsenenfürsorge gemäss Schilling und Klus (2022) im Laufe ihrer Geschichte diverse Namen gehabt. So war bis 1900 von Armenfürsorge oder Armenpflege die Rede. 1900-1918 wurde sie Soziale Fürsorge und nach 1918 Wohlfahrtspflege genannt. Der Begriff "Sozialarbeit" wurde erstmals in den 1960er Jahren verwendet, während die Bezeichnung "Soziale Arbeit" erst etwa seit den 1990er Jahren gebräuchlich ist. So wird ersichtlich, dass die Sozialarbeit und die Sozialpädagogik zu Beginn der Neuzeit noch die gleichen geschichtlichen Ursprünge hatten (S. 48). Mittlerweile haben sie sich jedoch sowohl inhaltlich als auch bezüglich Ihrer Zielgruppe stark ausdifferenziert und haben in den jeweiligen Handlungsfeldern eine gewisse Autonomie erlangt. Folglich sind beispielhaft in Kinderheimen oder in Erziehungsberatungsstellen sozialpädagogische Aspekte höher. Demgegenüber sind in der Drogenberatung oder auf dem klinischen Sozialdienst die sozialarbeiterischen Aspekte im Vordergrund (S. 123). Ein Verständnis von Sozialer Arbeit, wie es eingangs geschildert wurde, sowie die Bedeutsamkeit der sozialen Dimension in der Psychiatrie entwickelte sich diesen Ausführungen zufolge auch erst im 20. Jahrhundert. Die wichtigsten Meilensteine davon werden nachfolgend vorgestellt.

Psychoanalyse

Durch die Etablierung der Psychoanalyse Ende des 19. Jahrhunderts wurden psychische Erkrankungen erstmals in den Zusammenhang mit der individuellen Biografie und Entwicklungsgeschichte der betroffenen Person gestellt. Dieser Ansatz führte dazu, dass inner- und intrapsychische Konflikte aus der Kindheit für gewisse psychische Erkrankungen verantwortlich gemacht wurden. Dadurch wurden soziale Bedingungen respektive Beziehungsaspekte zu wichtigen Bezugspersonen der Betroffenen für den Krankheitsverlauf bedeutsam (Walther, 2023, S. 29).

Gesellschaftskritische Analysen

In der Zeit des Nationalsozialismus wurden psychisch kranke Menschen zwangssterilisiert oder ermordet, was in den 1960er Jahren zu einer kritischen sozialwissenschaftlichen und soziologischen Auseinandersetzung mit der Institution der Psychiatrie führte. Die Kritik bezog sich sowohl auf die Entmündigung und Entrechtung psychisch kranker Personen als auch auf die menschenunwürdigen Verhältnisse in den psychiatrischen Kliniken. Mitarbeitende, Angehörige, Politiker*innen und Bürgerhelfer*innen setzten sich für eine Verbesserung ein und stiessen politische Diskussionen an (Walther, 2023, S. 29). Die daraus resultierenden Analysen zeigten gemäss Walther (2023) folgende Ergebnisse:

- Bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen spielen soziale Faktoren wie beispielsweise Armut oder Arbeitslosigkeit eine zentrale Rolle.
- Sowohl die Häufigkeit und die Verteilung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft als auch deren Behandlungs- und Versorgungsqualität sind vom sozialen Status der Betroffenen abhängig.
- Psychiatrischen Kliniken isolieren und stigmatisieren besonders Langzeitpatient*innen.
- Interventionen der psychiatrischen Behandlung können psychosozial auffälliges Verhalten und Symptome hervorrufen, welche anschliessend als psychopathologisch diagnostiziert und behandelt werden.
- Psychische Erkrankungen können als Selbstheilungsversuch verstanden werden, etwa als Befreiungsschlag in krankmachenden familiären Verhältnissen (Walther, 2023, S. 30).

Antipsychiatrie

In derselben Zeit der gesellschaftskritischen Analysen entstand eine antipsychiatrische Bewegung. Diese war nicht von einer Haltung gegen die Institution der Psychiatrie geprägt, sondern kritisierte vielmehr den Vorrang des medizinischen Krankheitsmodells innerhalb der Psychiatrie. Sie beinhaltete zudem Kritik an der ärztlichen Dominanz und Leitung der Kliniken sowie an den inhumanen Zuständen. Gleichzeitig wurden als Behandlungsalternativen ambulante soziale Settings empfohlen und umgesetzt. Diese wurde hingegen bewusst als autonome, antihierarchische und demokratische Behandlungseinheiten gestaltet. Handlungsleitend war dabei, dass sich Therapeut*innen und Klient*innen auf Augenhöhe begegnen und im Rahmen des therapeutischen Dialoges Entscheidungen gemeinsam fällen (Walther, 2023, S. 30). Die antipsychiatrische Bewegung wurde daraufhin als zu ideologisch ausgerichtet kritisiert. Nichtsdestotrotz hat diese Bewegung zwei wesentliche Auffassungen in Bezug auf die Sichtweise und den Umgang mit Menschen in psychischen Krisen nachhaltig verändert. Zum einen hat sie die Sichtweise geschaffen, die subjektive Eigenwelt im Erleben der Betroffenen zu akzeptieren und sich damit zu befassen. Andererseits hat sie dazu beigetragen, familiäre Strukturen und externale Lebensweltfaktoren zu berücksichtigen und zu bearbeiten (S. 30).

Psychiatrie-Reform

Die Psychiatriereform ist ein bis heute andauernder Prozess der Umstrukturierung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung und Betreuung. Ausschlaggebend dafür war die Veröffentlichung der sogenannten Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975. Unter anderem waren daran auch drei Sozialarbeitende beteiligt. In dieser Enquete wurde erstmals gezielt eine soziale Perspektive für die psychiatrische Versorgung formuliert. So wurde beispielsweise das Fehlen einer sozialen Unterstützung psychisch erkrankter Menschen über die medizinische Versorgung hinaus festgestellt. Ein weiterer Meilenstein war der sogenannte Mannheimer Kreis. Dabei trafen sich 1970 in Mannheim verschiedenste psychiatrisch tätige Berufsgruppen, um Reformen anzustossen. Dieses Treffen gilt als Ursprung der sozialpsychiatrischen Bewegung (Walther, 2023, S. 31).

Sozialpsychiatrie

Das eingangs geschilderte Grundverständnis der Sozialen Arbeit ist deckungsgleich mit dem der Sozialpsychiatrie. So werden in der Sozialpsychiatrie psychisch erkrankte Menschen ebenfalls als eine biopsychosoziale Einheit im Wechselspiel zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen angesehen. Demzufolge steht die Erkrankung immer im Zusammenhang mit der jeweiligen individuellen psychosozialen Situation, welche sowohl Auslöser als auch Folge der Erkrankung ist. Wenn die soziale Situation einer psychisch erkrankten Person in den Behandlungsprozess miteinbezogen wird, bedeutet dies folglich einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf, die Symptomatik und das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden des Menschen zu nehmen. Daher wird in der Sozialpsychiatrie die soziale Dimension als therapierelevant anerkannt. Schliesslich rückt im Rahmen der Sozialpsychiatrie zunehmend die Gesellschaft in den Fokus, indem krankheitsverursachende Strukturen und Prozesse analysiert, Massnahmen zur Verbesserung der Teilhabe geschaffen sowie gesundheitsfördernde gesellschaftliche Strukturen unterstützt werden (Walther, 2023, S. 31-32).

Gemeindepsychiatrie

Ebenfalls auf der Basis der Psychiatrie-Enquete wurde die sogenannte Gemeindepsychiatrie aufgebaut. Dadurch entstanden kleinere Wohn-, Beschäftigungs-, Beratungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten ausserhalb der psychiatrischen Klinik. Diese waren gekennzeichnet durch sozialraumorientierte und multiprofessionelle Angebote in der Gemeinde. Handlungsleitend waren dabei Fragen wie: Wo kann eine psychisch erkrankte Person arbeiten, wo kann sie wohnen und von welchem Geld lebt sie? Dies war unter anderem die Geburtsstunde von sozialpsychiatrischen Diensten. Auch heutzutage werden diese Einrichtungen zu einem grossen Teil von Fachpersonen der Sozialen Arbeit geführt (Walther, 2023, S. 32).

Das Studium in Sozialer Arbeit weist inzwischen eine sehr hohe Nachfrage auf. Mit den Bachelor- und Masterstudiengängen sowie mit der kontinuierlichen Ausweitung der Handlungsfelder differenziert sich die Soziale Arbeit immer weiter aus (Schilling & Klus, 2022, S. 234). Auch im psychiatrischen Handlungsfeld ist die Soziale Arbeit neben der Medizin, der Psychologie, der Pflege und Weiteren eine derjenigen Professionen, die in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen sowohl im stationären als auch im teilstationären und ambulanten Setting eine zentrale Rolle spielt (Walther, 2023, S. 32). Dabei stellt die Soziale Arbeit insbesondere im Rahmen der Sozialen Dimension in Bezug auf eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung eine bedeutende Profession dar.

4.3.2 Professionalisierung

Wie im vorangehenden Abschnitt ersichtlich wurde, beschäftigt sich die Soziale Arbeit seit den frühen Phasen ihrer Entstehung mit Prozessen rund um Gesundheit und Krankheit sowie deren sozialen Auswirkungen. Mit dem Durchbruch der Idee der Sozialpsychiatrie in den 1970er Jahren öffnete sich eine neue konzeptionelle Basis für interprofessionelle Aushandlungsprozesse. Gleichzeitig begann sich ein spezifisches Qualifikationsprofil für die Fachsozialarbeit der klinischen Sozialarbeit zu bilden. Dennoch ist bis heute die zahlenmässige Präsenz der Sozialen Arbeit sowohl im Gesundheitswesen generell als auch in der Psychiatrie gegenüber anderen Professionen und Berufsgruppen sehr gering (Sommerfeld et al., 2016, S. 9-10).

Aufgrund des dominierenden medizinischen Diskurses in der Psychiatrie konnte die Soziale Arbeit bislang ihre eigenen professionellen Bezugspunkte grösstenteils nicht in einer Form zur Geltung bringen, die als interprofessionelle Kommunikation in Form eines Austausches zwischen gleichwertig anerkannten Professionen bezeichnet werden kann. Demzufolge ist vor allem die Delegation der entscheidende Punkt, der den dominanten Modus der strukturierten interprofessionellen Kooperation im Hinblick auf die Soziale Arbeit kennzeichnet. Verschiedene Autor*innen haben durch ihre Studien aufzeigen können, dass die Soziale Arbeit zwar von den etablierten Disziplinen in der Gesundheitsversorgung wie der Medizin oder der Psychologie hoch geschätzt wird, jedoch nur in dem Rahmen, der aus ihrer Sicht sinnvoll erscheint. Damit einher geht, dass die Soziale Arbeit nicht als gleichwertig und somit nicht als Profession wahrgenommen wird (Sommerfeld et al., 2016, S. 10-11).

Ein Zitat eines Arztes aus einer Arbeitsfeldstudie von Sommerfeld et al. (2016) zeigt einerseits die Hilfsfunktion in der Praxis auf und macht andererseits deutlich, welchen Einfluss die Bearbeitung der sozialen Dimension letztendlich auf den Erfolg der Therapie haben kann. Zudem veranschaulicht das Zitat, dass der Sozialen Arbeit dabei eine Schlüsselrolle zukommt:

Die Effizienz steht und fällt mit der Sozialen Arbeit. Die Behandlung selber ist heute nicht mehr das Problem, da gibt es viele Fortschritte (...). Das Problem ist vielmehr, dass es keine nachgestaffelten Gefässe gibt, wo man die Leute hinbringen könnte. Und dort kommt der Sozialen Arbeit ein grosser Supportfaktor zu, sei es im Hinblick auf Platzierungen, auf Vormundschaften, bei Schuldensanierungen, im Umgang mit Behörden, im Sozialversicherungsbereich, (...). Von diesem Support hängt schlussendlich die Effizienz ab. Da sind Mediziner/innen, denen hier ein Know-how fehlt (...), auf die Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit angewiesen. (Sommerfeld et al., 2016, S. 11)

Dass die Soziale Arbeit im Rahmen der IPZ oftmals eine Supportfunktion inne hat und dadurch nicht als gleichwertig und somit nicht als Profession wahrgenommen wird, kann zudem anhand der Tatsache verdeutlicht werden, dass Sozialarbeitende in klinischen Bereichen wie der stationären Erwachsenenpsychiatrie in der Regel nicht zum behandelnden Kernteam gehören. Vielmehr werden sie je nach Bedarf der delegierenden Profession für spezifische Aufgaben wie etwa der Suche einer neuen Wohnform oder für das Erschliessen von Sozialversicherungsleistungen als "Support" einbezogen. Sommerfeld et al. (2016) beschreiben diesbezüglich in einer ihrer Publikationen die ernüchternde Feststellung, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wie auch in der Psychiatrie die Form einer funktional *enggeführten Hilfsprofession* hat. Hinzu kommen Faktoren wie rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen auf der Makroebene, welche diese Engführung zusätzlich fördern und unterstreichen. So sind das Sozialwesen und das Gesundheitssystem separate Systeme mit unterschiedlichen Strukturen, die oft verschiedenen Verwaltungs- und Politikbereichen angehören. Da die Soziale Arbeit nicht als anerkannter Gesundheitsberuf gilt, befindet sie sich häufig in einer rechtlichen oder finanziellen Grauzone. Dies unterstreicht gleichzeitig den Status der Hilfsprofession und trägt zu dessen Reproduktion bei (S. 11).

Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass das Handlungsfeld der Psychiatrie immer wieder von Sozialarbeitenden für innovative Vorstösse genutzt wird. Zudem fanden Sommerfeld et al. (2016) in einer älteren Studie vor, dass sich Einzelne aufgrund ihrer persönlichen Kompetenzen und Beziehungen, welche sie in ihrem praktischen Umfeld aufbauten, "Nischen" schaffen konnten, in welchen sie professionell handeln und dies auch als solches wahrgenommen wird. In solchen Fällen wird die Anerkennung jedoch oft der aussergewöhnlichen Person zugeschrieben, anstatt der Sozialen Arbeit selbst. Wenn die Anerkennung der Sozialen Arbeit zugeschrieben wird, würde dies bedeuten, dass es in der Psychiatrie respektive im Gesundheitswesen eine weitere Profession gibt, die systematisch berücksichtigt werden müsste, anstatt sich nur auf einzelne Menschen zu verlassen, die nützliche Dinge tun oder eine spezifische Funktion erfüllen. Dies stellt einen entscheidenden Unterschied dar (S. 12).

Somit wird deutlich, dass das oben beschriebene grosse Potenzial der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie zusammen mit der Unterbelichtung der sozialen Dimension im Rahmen der Behandlung psychisch erkrankter Menschen ein Spannungsfeld ergibt. Daher ist es von grosser Bedeutung, Massnahmen zu identifizieren, um erstens die soziale Dimension besser zu berücksichtigen und zweitens die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in diesem Bereich zu stärken. Dadurch könnte die Soziale Arbeit den Status einer vollständigen und anerkannten Profession erreichen. Dieses Ziel sollte nicht aus akademischem oder statusbezogenem Interesse verfolgt werden, sondern vielmehr, um der Sozialen Arbeit die Möglichkeit zu bieten, Handlungsoptionen zu eröffnen, welche die Lebensführung und die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen erheblich verbessern könnten (Sommerfeld et al., 2016, S. 12).

4.4 Zwischenfazit

In diesem ersten Kapitel wurde die Profession der Sozialen Arbeit in ihren Grundzügen genauer betrachtet. Hierfür wurden sowohl das Professions- als auch das Selbstverständnis ausführlich analysiert. Anschliessend wurde die Soziale Arbeit im Kontext der Psychiatrie verortet, wobei ihre historische Entwicklung in Bezug auf die Fürsorge und Behandlung von psychisch erkrankten Menschen betrachtet wurde. Schliesslich wurde die Professionalisierung der Sozialen Arbeit und ihr aktueller Stand thematisiert.

Im Rahmen des Professionsverständnisses stellte sich heraus, dass im Diskurs rund um die Soziale Arbeit Fragen in Bezug auf die Profession, die Professionalisierung und die Professionalität omnipräsent sind (Völter et al., 2020, S. 7). Betreffend des Professionsbegriffs in der Sozialen Arbeit wies sich aus, dass dieser im Rahmen einer akademischen Ausbildung sowohl fachliche als auch generische Bestandteile beinhaltet (Stüwe, 2019). Hinsichtlich eines der Kernanliegen der Sozialen Arbeit - der Professionalisierung - konnten Prozesse auf zwei verschiedenen Ebenen herausgearbeitet werden.

So erfolgt auf der individuellen Ebene vor allem der Qualifikationsprozess von Fachpersonen, während auf der kollektiven Ebene die fachliche Entwicklung von Berufsfeldern und die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit als Profession stattfinden. Die Professionalisierung auf der individuellen Ebene ist eng mit einem spezifischen Kompetenzerwerb verbunden, damit die Professionalität in der Praxis gewährleistet ist. Professionalität bedeutet in Bezug auf die Soziale Arbeit bedeutet vor allem das situationsadäquate und reflektierte Handeln innerhalb von verflochtenen und oftmals widersprüchlichen Handlungsanforderungen (Völter et al., 2020, S. 7-8).

Des Weiteren wurde betreffend des Selbstverständnisses der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie festgestellt, dass die Schnittstelle zwischen den Betroffenen und ihrer soziokulturellen Umwelt den Interventionsschwerpunkt darstellt. Darüber hinaus gehört die Gestaltung von Kooperationsstrukturen zwischen der psychiatrischen Klinik und weiteren gesundheitsbezogenen- oder sozialen Diensten zu den Interventionsschnittstellen der Sozialen Arbeit. In allen Schritten des Behandlungsprozesses ist sie zudem dafür verantwortlich, ihr Wissen über die soziale Dimension sowie deren Einfluss auf den Genesungsprozess der Betroffenen in den interprofessionellen Austausch einzubringen (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 8-9).

Es gibt jedoch diverse Faktoren - die Strukturmerkmale - welche klinisch Sozialarbeitende in der Psychiatrie in ihrer Praxis beeinflussen. Das erste Strukturmerkmal ist das doppelte Mandat. Es beschreibt das Spannungsfeld, in welchem sich Sozialarbeitende zwischen den Unterstützungswünschen der Klientel und den institutionell und staatlich beziehungsweise gesellschaftlich aufgetragenen Kontrollaufgaben bewegen. Diese zeichnen sich oftmals durch unterschiedliche und widersprüchliche Interessen aus. Das zweite Strukturmerkmal besteht darin, dass sich Sozialarbeitende einerseits an den individuellen Bedürfnissen eines konkreten Menschen orientieren. Andererseits sind sie für das Sprechen von Leistungen ein Teil der Sozialbürokratie, wobei die Verwaltungsverfahren auf Standardisierung und Typisierung von Lebenslagen basieren. Demzufolge bestehen widersprüchliche Handlungslogiken, welche es bestmöglich zu vereinen gilt. Das dritte Strukturmerkmal besteht aus den zwei Interventionsebenen, auf welchen die Soziale Arbeit Unterstützung anbieten kann: Auf der individuellen Ebene geht es darum, einzelne Menschen und ihr Umfeld zu empowern, so dass sie die Kontrolle über ihre eigene Lebensgestaltung so gut wie möglich wieder erlangen. Auf der strukturellen und politischen Ebene geht es um die inkludierende Gestaltung eines Sozialraumes. Das vierte und letzte Strukturmerkmal ist die IPZ, welche sich aus dem bio-psycho-sozialen Problemverständnis psychisch erkrankter Menschen ergibt. Um alle drei Dimensionen gleichwertig berücksichtigen zu können, ist eine Kooperation zwischen den Fachkräften der unterschiedlichen Professionen im Behandlungsteam unabdingbar (Walther, 2023, S. 18-26).

In Bezug auf die historische Entwicklung der Bedeutung der sozialen Dimension in der Psychiatrie wurde deutlich, dass seit der Aufklärung soziale Aspekte an Wichtigkeit gewannen (Walther, 2023, S. 28-29). Um die Jahrhundertwende gründete Alice Salomon die erste soziale Frauenschule in Berlin. Gleichzeitig entstanden in diversen Ländern erste Spezialanstalten - die Geburtsstunde des Fachgebietes der Psychiatrie. Jedoch waren zu dieser Zeit in den Kliniken kaum Sozialarbeitende tätig, da die Profession der Sozialen Arbeit noch in den Anfängen ihrer Etablierung stand. Zudem waren die Kliniken durch das medizinische Krankheitsmodell und durch ärztliche Dominanz geprägt (Brückner, 2015, S. 21-25).

Dies wurde in der antipsychiatrischen Bewegung kritisiert, was daraufhin die Psychiatrie-Reform ansties. Dabei wurde die psychiatrische Versorgung sowohl umstrukturiert als auch weiterentwickelt. Ausschlaggebend war die Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975, woran mehrere Sozialarbeitende beteiligt waren. Es wurde erstmals eine soziale Perspektive für die psychiatrische Versorgung formuliert. Das daraufhin entstandene Verständnis im Rahmen der Sozialpsychiatrie ist übereinstimmend mit dem biopsychosozialen Verständnis der Sozialen Arbeit. Vorwiegend aus gemeindenahen Settings heraus konnte sich die Soziale Arbeit in der Psychiatrie etablieren (Walther, 2023, S. 31-32).

Allerdings dominiert auch heute noch das medizinische Paradigma in der Psychiatrie. Dies hat oftmals eine nicht gleichwertige Kooperation zwischen den Professionen des Behandlungsteams zur Folge. Die Soziale Arbeit trägt in der Psychiatrie im Rahmen der sozialen Dimension bezüglich der Organisation von Anschlusslösungen jedoch wesentlich zur Effizienz der Behandlung bei. In der Regel gehören Sozialarbeitende in der stationären Psychiatrie allerdings nicht zum behandelnden Kernteam, sondern werden je nach Bedarf für spezifische Aufgaben hinzugezogen. Dies kann als Form einer sogenannten funktional enggeführten Hilfsprofession formuliert werden (Sommerfeld et al., 2016, S. 10-11).

Aus diesen Erkenntnissen konnte ein Spannungsfeld zwischen dem grossen Potenzial der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie zusammen mit der Unterbelichtung der sozialen Dimension im Rahmen der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen herausgearbeitet werden. Deshalb ist es von grosser Bedeutung, dass sich Sozialarbeitende in der Psychiatrie dafür einsetzen, die soziale Dimension im Behandlungsprozess umfassender zu berücksichtigen. Dies kann der Sozialen Arbeit neue Handlungsoptionen eröffnen, die nebst der Professionalisierung schlussendlich dazu dienen, die Lebensführung und die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen nachhaltig zu verbessern (Sommerfeld et al., 2016, S. 12).

5. Klinische Sozialarbeit

In diesem Kapitel geht es darum, die klinische Sozialarbeit genauer zu betrachten. Dazu wird sie in ihren Grundzügen vorgestellt und von der Psychotherapie abgegrenzt. Zudem wird das vorherrschende ganzheitliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells erläutert. Hierbei wird der Einfluss soziale Dimension in Bezug auf psychische Erkrankungen vertieft. Auf dieser wird die klinische Sozialarbeit in der stationären Psychiatrie verortet und ihr Aufgabenspektrum dargelegt. Abschliessend wird ein zweites Zwischenfazit gezogen.

5.1 Die klinische Sozialarbeit

Wie ersichtlich wurde, ist die Etablierung und Professionalisierung der Sozialen Arbeit - wenn auch in den verschiedenen Handlungsfeldern unterschiedlich ausgeprägt - bereits vorangeschritten. Gemäss Walther und Deimel (2023) gilt dies ähnlich für die „junge“ klinische Sozialarbeit, welche im deutschsprachigen Raum erst seit den 1990er Jahren Verbreitung gefunden hat. Sie kommt ursprünglich aus dem US-amerikanischen Raum, in welchem sie bereits eine längere Entwicklungsgeschichte hinter sich hat. Im deutschsprachigen Raum ist die klinische Sozialarbeit als spezifische Fachsozialarbeit zu verstehen, wodurch eine Abgrenzung zur eingangs definierten, generalistisch verstandenen Sozialen Arbeit gegeben ist. Dennoch sind die Übergänge fließend. Der Begriff der Fachsozialarbeit bedeutet, dass Ziele unter einer spezifischen Behandlungsperspektive erreicht werden, wobei aus der Sozialen Arbeit entwickelte, oder aus Bezugswissenschaften adaptierte und elaborierte Methoden und Verfahren zum Einsatz kommen (S. 40-41). Walther und Deimel definieren die klinische Sozialarbeit wie folgt:

Klinische Sozialarbeit hat die Prävention und Reduktion von psychosozialen Belastungen und die Erhöhung des Handlungsrepertoires der Klient*innen zum Ziel. Sie fokussiert auf die Überwindung psychosozialer Folgen akuter und chronischer Erkrankungen und soll zu einer besseren Passung im Person-Umwelt-System beitragen. Darüber hinaus strebt sie die Realisierung von gesellschaftlicher Teilhabe an und fördert die Partizipation ihrer Klient*innen am gesellschaftlichen Leben sowie deren Ermächtigung, die eigenen Bedürfnisse zu artikulieren und zu realisieren (Empowerment). (Walther & Deimel, 2023, S. 41)

Die klinische Sozialarbeit richtet sich diesem Zitat zufolge insbesondere an jene Menschen, welche durch die klassischen medizinischen oder psychotherapeutischen Zugänge nur schwer oder gar nicht erreicht werden oder aufgrund von psychosozialen Multiproblemlagen einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen (Walther & Deimel, 2023, S. 41).

Dazu gehören zum Beispiel Menschen mit einer körperlichen Behinderung, mit psychischen und/oder Suchterkrankungen, schwer traumatisierte sowie chronisch erkrankte Personen. Die klinische Sozialarbeit ist dabei in verschiedenen Handlungsfeldern vertreten, sowohl präventiv in der Gesundheitsfürsorge für benachteiligte Personen als auch kurativ in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und in der Suchthilfe (Walther & Deimel, 2023, S. 42). Diesbezüglich ist sie auf die psychosoziale Beratung, Prävention und Behandlung bei psychischen Krisen, Belastungen und Erkrankungen spezialisiert (Pauls, 2013b, S. 15). Vor diesem Hintergrund ergeben sich für die klinische Sozialarbeit zwei grundlegende Aufträge: Zum Einen ist dies die Hilfe und Unterstützung für die betroffene Person und zum Anderen die Änderung der Lebensbedingungen (S. 19-20).

Somit bildet weder die innere subjektive Welt noch die äussere Realität allein den Gegenstand der klinischen Sozialarbeit, sondern die Schnittstelle dieser beiden Bereiche. Die klinische Soziale Arbeit grenzt sich dadurch von der Psychotherapie ab, indem sie die Fähigkeiten und die psychosoziale Gesundheit von Personen und deren Umfeld fördert und aktiviert und sich gleichzeitig für eine Verbesserung der Lebensbedingungen einsetzt (Pauls, 2013b, S. 20). Um dies in der alltäglichen Praxis umsetzen zu können, bedarf es im klinischen Denken und Handeln besondere Kompetenzen von Sozialarbeitenden. Dabei geht es bei der "klinischen" Perspektive weit über die rein individuelle Betrachtung von Störungen hinaus und zeichnet sich gerade durch die Berücksichtigung sozialer Umweltbedingungen aus. Beim sozialarbeiterischen Handeln muss in diesem Kontext stets berücksichtigt werden, was Jane Addams zu ihrer Zeit als "vortex causation" bezeichnete: das komplexe Zusammenspiel persönlicher Schwierigkeiten, gesetzlicher Regelungen, multipler Krankheiten und konfliktreicher Kulturen, das dazu beiträgt, dass bio-psycho-soziale Probleme entstehen (Ortmann & Röh, 2007, S. 9). Zudem ist es wichtig festzuhalten, dass der Begriff "klinische Sozialarbeit" terminologisch nicht ausschliesslich auf das stationäre Setting in Kliniken verweist. Vielmehr bedeutet klinisch in diesem Zusammenhang die beratende-behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit. Dabei ist es nicht relevant, ob dies in ambulanten Beratungsstellen, Praxen, Tageseinrichtungen oder stationären Kliniken und Langzeiteinrichtungen stattfindet (Pauls, 2013b, S. 16).

Nach Ortmann und Röh (2007) besteht die zentrale Schwierigkeit momentan darin, dass es umfassend entwickelte Theorien und Praxeologien klinisch sozialarbeiterischen Denkens und Handelns erst in ihren Grundzügen gibt. Aufgrund dessen stützen sich Überlegungen und Konzepte zur Weiterentwicklung der klinischen Sozialarbeit oftmals auf etablierte bezugswissenschaftliche Methoden und Techniken – vor allem aus der Psychotherapie (S. 10).

Hingegen droht die Entwicklung eigener Ansätze vernachlässigt zu werden. Dies kann dazu führen, dass der Fokus auf den eigentlichen und wesentlichen Gegenstand der Sozialen Arbeit - die sozialen Problemlagen - aus dem Blick gerät, obwohl dieser insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen höchste Aufmerksamkeit verdient. Es ist allgemein bekannt, dass soziale Faktoren einen erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben, jedoch spiegelt sich dies nicht ausreichend in der gesundheitlichen Versorgung wider. Der Wert der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit beziehungsweise der klinischen Sozialarbeit liegt darin, Menschen bei gesundheitlichen und sozialen Problemlagen zu unterstützen und soziale Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen zu verringern (Ortmann & Röh, 2007, S. 10).

5.1.1 Beratung und Psychotherapie

Wie im vorangehenden Kapitel ersichtlich wurde, grenzt sich die Beratung in der (klinischen) Sozialen Arbeit durch den gezielten Einbezug der Lebensbedingungen der Betroffenen in gewisser Weise von der Psychotherapie ab. Allerdings gibt es auch einige Gemeinsamkeiten. Deshalb wird nachfolgend zuerst die Beratung in der Sozialen Arbeit genauer analysiert. Anschliessend werden zentrale Gemeinsamkeiten und Unterschiede dargelegt. Dies soll einerseits dazu dienen, die Rolle der Sozialen Arbeit sowie ihr Aufgabenspektrum in der Psychiatrie einzuordnen und andererseits, um Zuständigkeiten im Rahmen der IPZ zu verstehen.

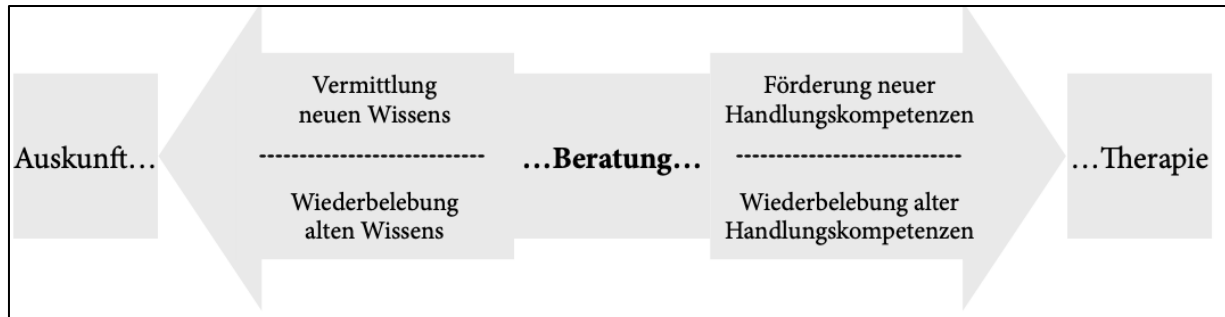
„Professionelle der Sozialen Arbeit beraten, therapieren, begleiten, unterstützen, betreuen, erziehen und bilden“ (Stimmer, 2020, S. 129). Die Besonderheit der Sozialen Arbeit liegt darin, dass diese Tätigkeiten üblicherweise unter den Prämissen von handlungsleitenden Konzepten der Sozialen Arbeit und der damit verbundenen Methoden und Techniken ausgeführt werden. Dabei ist die Beratung gemäss Stimmer (2020) sowohl in allen Unterstützungsformen als auch in allen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit als sogenanntes *Basismedium* zu verstehen. Die Bezeichnung „Beratung“ beschreibt auf der einen Seite einen vieldeutigen Alltagsbegriff, welcher auch ausserhalb von professionellem Handeln Gebrauch findet. So wird exemplarisch häufig gesagt, dass die Eltern, die Kolleg*innen oder Nachbar*innen einem beraten haben. Beraten und beraten werden ist demzufolge etwas sehr Alltägliches. Zudem können solche informellen Alltagsberatungen von vertrauten Personen durchaus hilfreich sein. Auf der anderen Seite bezeichnet der Begriff der Beratung jedoch ein spezialisiertes Interaktionsmedium in verschiedenen psycho-sozialen Arbeitsfeldern unserer Gesellschaft. Beispiele hierfür sind die Familienberatung, die Schuldenberatung, die Suchtberatung oder auch die Gesundheitsberatung. Aus diesem Grund erscheint es wesentlich, die genannte Alltagsberatung von der professionellen Beratung durch Fachpersonen zu unterscheiden (S. 129-130).

Zur Beratung gehören immer eine beratende und eine ratsuchende Person. Idealtypisch beschreibt Stimmer die Beratung als „ein spezifisch strukturierter, klientenzentrierter und zugleich problem- oder sachorientierter kommunikativer Verständigungsprozess“ (Stimmer, 2020, S. 131). Aufgrund dieser Verständigungsorientierung ist der Beratungsprozess offen und immer in Bezug auf die aktuelle Situation der Klientel mit ihnen gemeinsam auszuhandeln. Demzufolge sind die Klient*innen, wie bereits im Rahmen der Strukturmerkmale ersichtlich wurde, die Auftraggebenden. Die Bedeutung dieser Verständigungsorientierung ist für den gesamten Beratungsprozess fundamental. Gleichzeitig müssen Fachpersonen der Sozialen Arbeit jedoch immer zusätzlich den Sachaspekt berücksichtigen (S. 131).

Um dem gerecht zu werden und professionell beraten zu können, sind einerseits *handlungsfeldunspezifische Beratungskompetenzen* und andererseits *handlungsfeldspezifisches Wissen* erforderlich. Ersteres beinhaltet Wissen und Erfahrung sowohl um Kommunikationstheorien und -modelle als auch bezüglich Beratungsmethoden und Techniken. Zudem schliessen die feldunspezifischen Beratungskompetenzen umfassendes Wissen über die Gesprächsstrukturierung und Prozessmodelle ein. Dies bildet das sogenannte Beratungs- und Interaktionswissen. Um dem Anspruch der Sozialen Arbeit gerecht zu werden, ist es jedoch zusätzlich erforderlich, über *handlungsfeldspezifisches Wissen* zu verfügen. Dies beinhaltet sowohl technisches Wissen über das jeweilige Handlungsfeld als auch grundlegendes Wissen beispielsweise zu rechtlichen Fragen, zu gesellschaftlichen Rahmenbedingungen oder Kenntnis über die Zuständigkeiten im Sicherungssystem des Gesundheits- und Sozialwesens. Dadurch können Sozialarbeitende den hilfeschenden Personen einerseits Zugang zu relevanten Informationen beschaffen und sie über ihre Rechte und Pflichten in Bezug auf materielle und immaterielle Ansprüche aufklären. Andererseits unterstützen sie die Klientel dabei, diese Ressourcen zu erschliessen und effektiv zu nutzen. Das Ziel liegt letztlich darin, diese beiden Wissensarten und Kompetenzen gewinnbringend für die Klientel einzusetzen (Abplanalp et al., 2020, S. 25).

Dies wird in der professionellen Beratung konkret umgesetzt, indem Sozialarbeitende sowohl neues Wissen vermitteln und bestehende Kenntnisse der Klientel aktivieren als auch alte förderliche Handlungskompetenzen reaktivieren und neue fördern. Demzufolge geht es in der Praxis im Kern darum, die Beratung situationsadäquat auf einem Kontinuum zwischen der *Vermittlung von Wissen* und der *Förderung von psycho-sozialen Kompetenzen* zu gestalten und diese beiden Aspekte zu verknüpfen. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die Beratung nicht mehr als solche bezeichnet werden kann, wenn es auf der einen Seite ausschliesslich um sachliche Auskünfte oder auf der anderen Seite um die psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen geht (Stimmer, 2020, S. 131-132).

Diese Wechselwirkung zwischen der Vermittlung beziehungsweise Aktivierung von Wissen und Förderung respektive Wiederbelebung von Handlungskompetenzen wird durch Abbildung 3 verdeutlicht, auf welcher Stimmer und Ansen die Beratung auf einem Kontinuum zwischen Auskunft und Therapie verorten.



*Abbildung 3: Beratungskontinuum: Beratung zwischen Auskunft und Therapie. Notiz. Adaptiert von Stimmer, F. & Ansen, H. (2016). *Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern: Grundlagen – Prinzipien – Prozess*. Kohlhammer, S. 42.*

Zufolge der obenstehenden Abbildung 3 zufolge wird erkennbar, dass die professionelle Beratung aufgrund der Therapieaspekte nicht klar von der Psychotherapie abgegrenzt werden kann. Aufgrund dieser nicht eindeutigen Unterscheidung zum Einen und um die professionelle Beratung in der Sozialen Arbeit weiter zu präzisieren zum Anderen, wird im nachfolgenden Abschnitt die Psychotherapie der Beratung in der Sozialen Arbeit gegenübergestellt.

Gemäss Widulle (2020) ist der Übergang zwischen der psychosozialen Beratung der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie fließend, da insbesondere die Adressat*innen, Methoden und Wirkungen nicht klar voneinander zu trennen sind. Zudem haben viele der Methoden und Techniken im Rahmen der Gesprächsführung ihren Ursprung in therapeutischen Ansätzen. In den 1980er Jahren wurde die Beratung so stark von der Psychotherapie beeinflusst, dass sie damals sogar als eine verkürzte Form der Psychotherapie angesehen wurde, sowohl in Bezug auf die zeitliche, inhaltliche als auch methodische Ausrichtung (S. 25). Um professionell und reflektiert beraten zu können, ist es von grosser Bedeutung, Settings, Aufträge und Grenzen zu kennen und einzuhalten. Dies beinhaltet zum Beispiel, nicht deklariertes "quasitherapeutisches Handeln" zu vermeiden. Zudem dient dies dazu, Unterschiede des Auftrages zu benennen und Interventionen gegenüber anderen Fachkräften im Rahmen der IPZ begründen und allfällige Triagen einleiten zu können (Abplanalp, 2020, S. 31). Deshalb ist es nach Widulle (2020) hilfreich zu wissen, wo die Grenzen zwischen der Beratung und der Psychotherapie verlaufen (S. 26). Aufgrund dessen werden in den folgenden Abschnitten zentrale Unterschiede zwischen der Beratung in der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie dargelegt:

Der erste Unterschied bezieht sich auf die Ressourcenlage der Klientel. So eignet sich die psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende insbesondere für Menschen, die über *aktivierbare Ressourcen* und über die Fähigkeit zu einer gewissen Problemdistanz verfügen. Die Psychotherapie hingegen richtet sich vor allem an Menschen mit stark eingeschränkten Ressourcen und ohne Fähigkeit zur Problemdistanz. Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht in den verfolgten Ansätzen und Zielen: Die Psychotherapie konzentriert sich im Rahmen des "*Heilens*" auf die Behandlung von psychischen Krankheiten und Störungen und orientiert sich demzufolge an einem klinisch-psychologischen oder medizinischen Heilungsdiskurs. Demgegenüber orientiert sich die Beratung in der Sozialen Arbeit an einem psychosozialen Hilfediskurs im Kontext des "*Helfens*" (Widulle, 2020, S. 26). Dabei ist ein besonderes Merkmal der Beratung durch Sozialarbeitende, dass sie den lebensweltlichen Kontext der Klient*innen in hohem Masse und systematisch berücksichtigen und miteinbeziehen. Die Fachpersonen haben daher stets den gesamten Lebensbereich im Blick und sind bestrebt, den Hilfesuchenden in verschiedenen Lebensbereichen die benötigte Unterstützung anzubieten. Dabei ist der Zugang zu Beratungsangeboten der Sozialen Arbeit *niederschwelliger* und einfacher erreichbar gestaltet als Angebote der Psychotherapie (Abplanalp et al., 2020, S. 32-33). Zudem ist das Beratungssetting in der Sozialen Arbeit kurzfristiger beziehungsweise zeitlich eingegrenzt, wobei die Psychotherapie auch über einen langen Zeitraum hinweg fortgeführt werden kann (Widulle, 2020, S. 29).

Des Weiteren konzentrieren sich Sozialarbeitende in der Beratung gezielt auf die Identifizierung von "Problem-Ressourcen-Konstellationen" und versuchen, geeignete Hilfesysteme für die individuellen Probleme zu initiieren und zu koordinieren. Im Gegensatz dazu werden in der Psychotherapie vorwiegend Persönlichkeiten und Verhaltensmuster behandelt. Schliesslich ist die Unterscheidung der Aufgabenbereiche anhand des Gegenstandes von grosser Bedeutung. In der Sozialen Arbeit stehen psychosoziale Aspekte (Helfen) im Mittelpunkt, während in der Psychotherapie psychische Probleme (Heilung) im Fokus stehen. Bei der Beratung in der Sozialen Arbeit werden daher vor allem materielle, soziale und ökologische Lebensbedingungen der Klient*innen berücksichtigt. Daher findet die Beratung nahe an ihrer *individuellen Lebenswelt* statt. Das Ziel solcher sozialarbeiterischen Interventionen ist dabei immer die Unterstützung zu einem gelingenderen Lebensalltag. Im Gegensatz dazu wird in der Psychotherapie hauptsächlich auf Veränderungen der Persönlichkeit oder des Verhaltens von Individuen abgezielt (Widulle, 2020, S. 26). Die Abbildung 4 soll die wesentlichen Unterschiede nochmals zusammenfassend und abschliessend veranschaulichen:

	Psychosoziale Beratung in der Sozialen Arbeit	Psychotherapie
Zielgruppe	Ratsuchende/Klient*innen mit aktivierbaren Ressourcen und Fähigkeit zur Problemdistanz	Ratsuchende/Klient*innen oder Patienten mit schwer eingeschränkten Ressourcen und ohne Fähigkeit zur Problemdistanz
Gegenstand	Psychosoziale Klient*innenanliegen und -probleme, lebensweltlicher Kontext	Psychische Störungen mit Krankheitswert, Fokus liegt auf dem Individuum und dem sozialen Nahraum
Ziele	Bearbeitung aktueller Probleme, Konflikte, Anliegen der Klient*innen; Aktivierung vorhandener und ungenutzter Ressourcen	Bearbeitung aktueller und biografisch älterer Probleme o. Konflikte, Reorganisation der Persönlichkeit
Prozesse	Generischer Veränderungsprozess: Anliegen/ Probleme klären, Ressourcen aktivieren, Problemlösung in Gang bringen	Offener Veränderungsprozess: stützen, Ressourcen aktivieren und generieren, Konflikte bearbeiten, restabilisieren
Methoden	Je nach Handlungsfeld, Institution und Beratungskonzept, immer beziehungsorientiert	Je nach Institution, Therapiekonzept und psychischem Problem, immer beziehungsorientiert
Setting	Kurzfristiger je nach Auftragsklärung, zeitlich eingegrenzt	Kurz- oder längerfristig, weniger limitiert für persönliche Wachstumsprozesse
Qualifikation	Berufliche Vorbildung nicht geregelt, Fachhochschulabschluss, regelmässige Super- und Intervention	Hochschulabschluss in Psychologie oder Medizin, Psychotherapieausbildung, Praxisbewilligung, regelmässige Weiterbildung, Super- und Intervention
Ethisch-rechtlicher Rahmen	Beratungsrecht uneinheitlich (Sozialgesetzbuch SGB, KJHG), Berufskodex der Berufsverbände Ethikrichtlinien der Beratungsverbände	Psychotherapiegesetze Ethikrichtlinien der Psychotherapeutenverbände

Abbildung 4: Abgrenzung der Beratung von der Psychotherapie. Notiz. Adaptiert von Widulle, W. (2020). Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen (3. Aufl.). Springer VS. S. 28-29.

5.2 Gesundheit und Krankheit WHO

Nachdem in den beiden vorangehenden Kapiteln zuerst die klinische Sozialarbeit in ihren Grundzügen vorgestellt und schliesslich aufgrund ihrer jeweiligen Einbettung in interprofessionelle Behandlungsteams die Beratung in der (klinischen) Sozialarbeit der Psychotherapie gegenübergestellt wurde, geht es in diesem Kapitel darum, das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im Kontext der klinischen Sozialarbeit genauer zu betrachten. Dies insbesondere in Anbetracht der spezifischen Behandlungsperspektive, welche klinisch Sozialarbeitende in ihrem Praxisalltag einnehmen.

Diese Thematisierung und Auseinandersetzung erscheint vor allem deshalb zentral, weil im Rahmen der Ableitung der Fragestellung erkennbar wurde, dass das Ziel dieser Arbeit darin besteht, Ansätze beziehungsweise Empfehlungen für die Praxis zu erarbeiten, wie ein gemeinsames und ganzheitliches Gesundheitsverständnis gefördert werden kann. Dies vor dem Hintergrund, dass eine wirkungsvolle und angemessene IPZ ein gemeinsames respektive ein von den beteiligten Professionen geteiltes Gesundheits- und Krankheitsverständnis bedarf.

Der Diskurs rund um Gesundheit und Krankheit ist in der heutigen Zeit omnipräsent. So sind gesundheitsbezogene Themen beispielsweise auch in der Politik zu einem bedeutenden Gegenstand geworden. Die politischen Diskussionen über Rentenleistungen, Krankenversicherungen und Krankengeld zeigen jedoch eine verhältnismässig einseitige ökonomische Betrachtung der Debatten, bei denen es hauptsächlich um Fragen der Verantwortung, Finanzierung und Kostensenkung im Gesundheits- und Sozialwesen geht. Diese Diskussionen basieren dabei in der Regel auf einem naturwissenschaftlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das auf einer eindeutigen diagnostischen Unterscheidung zwischen "krank" und "gesund" beruht. Demnach sind Gesundheit und Krankheit hauptsächlich auf biologische Ursachen zurückzuführen und die individuelle Lebensführung bestimmt massgeblich, wie gesund und wie lange ein Mensch leben wird (Löffelbein, 2020, S. 97-98).

Was genau mit den Begriffen Gesundheit und Krankheit gemeint ist, bleibt jedoch oftmals unklar. Die Frage nach der Natur von Krankheit scheint in der Literatur einfacher beantwortbar zu sein als Gesundheit zu definieren: *Krankheiten* werden im allgemeinen Verständnis als physische oder psychische Störungen betrachtet, die sich durch spezifische Symptome äussern. Krankheitsbilder und -verläufe können zudem beschrieben und medizinisch kategorisiert beziehungsweise klassifiziert werden (S. 98).

Insgesamt haben sich Gesundheits- und Krankheitskonzepte sowie damit verbundene Definitionen im Laufe der Geschichte mehrfach verändert und sind auch heute noch stark von länderspezifischen und kulturellen Unterschieden geprägt. Die Herausforderung, eine verbindliche und von verschiedenen Professionen geteilte Definition zu finden, liegt darin, dass zum Beispiel die Psychologie im Vergleich zur Juristik oder der Medizin eine unterschiedliche Perspektive auf Gesundheit und Krankheit hat. Seit den 1970er Jahren kann jedoch eine Entwicklung von einem medizinisch dominierten biologisch-somatischen Modell hin zu ganzheitlichen biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen beobachtet werden (S. 98-99).

Eine sehr weitreichende Definition, die sich erstmals deutlich von einem rein biologisch-somatischen Verständnis abgrenzte, wurde bereits im Jahr 1946 von der WHO veröffentlicht. Dieser Definition zufolge ist die *Gesundheit* ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten und Gebrechen. Dieser Auffassung zufolge sollte Gesundheit also ganzheitlich betrachtet werden, sowohl psychisch als auch physisch. Zudem ist Gesundheit nicht nur auf den einzelnen Menschen beschränkt, sondern wird als Wechselspiel zwischen dem Individuum und seiner sozialen und gesellschaftlichen Umwelt verstanden (Löffelbein, 2020, S. 101). Diese Definition führte zur Entstehung des bio-psycho-sozialen Modells in den 1970er Jahren. Die Leitidee dieses Modells wurde maßgeblich von den Theorien des amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky beeinflusst, der einer rein pathogenetischen Betrachtung des Menschen klar widersprach (S. 105).

5.2.1 Das bio-psycho-soziale Modell

Das bio-psycho-soziale Modell wurde bereits einleitend im Rahmen der Ausgangslage grob erläutert. Der Grundgedanke dieses Modells ist, dass somatische, psychische und soziale Faktoren zu einer "Körper-Seele-Einheit" verbunden werden. Demzufolge wird die Wechselwirkung zwischen physiologischen und psychischen Prozessen hervorgehoben, welche gleichzeitig stets von sozio-kulturellen Einflüssen geprägt werden. Somit ist es wesentlich, dass die drei Ebenen nicht isoliert voneinander betrachtet und bearbeitet werden, sondern miteinander in Verbindung stehen und sich wechselseitig beeinflussen (Löffelbein, 2020, S. 106).

Die ausschlaggebende Innovation dieses Modells liegt jedoch vor allem darin, dass Leiden und Krankheiten nicht mehr lediglich als Normabweichungen, sondern als reguläre Phänomene der menschlichen Existenz betrachtet werden. Daher ist die Gesundheit als ein *dynamischer Prozess* zu verstehen. Folglich wird der biopsychologische Gleichgewichtszustand nicht mehr als Idealzustand angesehen, sondern Krankheit und Gesundheit werden als zwei Endpunkte eines gemeinsamen *Kontinuums* betrachtet. Innerhalb dieses Kontinuums bewegt sich jedes Individuum, wobei dessen Position ständig neu bestimmt werden kann. Daher hat die psychosoziale Gesundheitsversorgung das Ziel, die Klientel innerhalb dieses Kontinuums von Gesundheit und Krankheit möglichst nah zum gesunden Pol zu bewegen. Diese Veränderung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses spiegelt sich in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 wider, welche ebenfalls betont, dass Gesundheit kein statischer Zustand, sondern ein dynamischer Prozess ist (S. 106).

Mittlerweile gilt das bio-psycho-soziale Modell als etabliert und sowohl die Gesellschaft als auch die Gesetzgebung und Sozialversicherungen richten sich zunehmend nach diesem Erklärungsansatz. Er vereint wesentliche Elemente verschiedener traditioneller Modelle in einem *ganzheitlichen* und *mehrdimensionalen* Ansatz. Ein weiterer wesentlicher Aspekt des biopsychosozialen Paradigmas ist die Berücksichtigung der subjektiven Dimension von Krankheit und Gesundheit. Infolgedessen spielen persönlichen Erfahrungen und Wahrnehmungen der Klient*innen im gesamten Behandlungsprozess eine zentrale Rolle (Löffelbein, 2020, S. 106-107).

In Bezug auf das psychiatrische Handlungsfeld konnte festgestellt werden, dass Fachpersonen der Medizin angesichts der zunehmenden Komplexität von Problemlagen der Klientel, nicht allein alle drei Ebenen in ihrer ganzen Komplexität erfassen und adäquat bearbeiten können. Dies verweist auf die Notwendigkeit der IPZ. Um eine wirkungsvolle und gleichwertige IPZ erreichen zu können, ist ein gemeinsames Gesundheits- und Krankheitsverständnis erforderlich. Nach Sommerfeld et al. (2016) ist im Kontext des psychiatrischen Handlungsfeldes das bio-psycho-soziale Modell respektive das entsprechende Verständnis von Gesundheit und Krankheit ein international stark verteilter Strang. Weil die biologische, die psychische und die soziale Ebene einerseits gleichwertig sind und sich andererseits wechselseitig beeinflussen, lassen sich auch die Entwicklung und der Verlauf von psychischen Erkrankungen durch verschiedene Faktoren auf diesen Ebenen erklären. Folglich sind Prozesse auf der sozialen und der psychischen Ebene eng mit den biologischen Vorgängen in einem Menschen verbunden. Genauso prägen die Form der Integration und die Art der Lebensführung einer Person nicht nur funktionale biologische Abläufe, sondern auch die Struktur des zentralen Nervensystems, des Gehirns sowie genetische Prozesse. Deshalb ist es in der Psychiatrie im Rahmen des Behandlungsprozesses von grosser Bedeutung, diese zentralen Wechselwirkungen, ihre individuellen Dynamiken und die Übergänge zwischen den drei Ebenen zu erfassen, zu betrachten und zu bearbeiten (S. 86).

Demzufolge kann das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit in der Psychiatrie als handlungsleitendes Paradigma dienen und somit einen ganzheitlichen Rahmen bieten. Es ermöglicht den Einbezug und die Ergänzung von neurologischen, somatischen, psychischen und sozialen Faktoren. Auf dieser Grundlage kann schliesslich ein koordinierter interprofessioneller Hilfeplan entwickelt und umgesetzt werden (S. 86-87).

5.2.2 Soziale Dimension psychischer Krankheiten

Der Hauptfokus der klinischen Sozialarbeit – die soziale Dimension – wird im folgenden Kapitel in den Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gestellt. Hierbei lässt sich gemäss Sommerfeld et al. (2016) festhalten, dass die Schwierigkeit in der Praxis vor allem darin besteht, die komplexe und dynamische Wechselwirkung der sozialen Dimension mit konkreten psychischen Krankheitsverläufen zu erfassen und gezielt in den Behandlungsprozess einfließen zu lassen (S. 97). Deshalb werden nachfolgend in einem ersten Schritt diese Prozesse genauer analysiert und anschliessend verschiedene Ausstattungsdimensionen beleuchtet.

So wird in der stationären Erwachsenenpsychiatrie die soziale Dimension oftmals insofern oberflächlich bearbeitet, als dass es beispielsweise reicht, festzustellen, ob die betroffene Person eine geregelte Wohnsituation hat und gegebenenfalls Massnahmen einzuleiten, um eine Lösung in Bezug auf den Lebensbereich des Wohnens zu finden. Dieses Vorgehen kann auf weitere Lebensbereiche wie auf soziale Unterstützung oder Arbeit adaptiert werden. Dadurch werden zwar verschiedene Lebensbereiche in den vorgesehenen Dimensionen erfasst, jedoch wird nicht sichtbar, wie dies mit dem Krankheitsverlauf zusammenhängt und wo entsprechende Interventionen zusätzlich ansetzen könnten (S. 97). Wenn also die soziale Dimension im handlungsleitenden bio-psycho-sozialen Modell mit konkreten Inhalten gefüllt wird und diese Inhalte anschliessend in Bezug auf Diagnostik und Intervention adäquat genutzt werden sollen, müssen sich Fachkräfte der klinischen Sozialarbeit mit der Komplexität auseinandersetzen, die sich aus der Dynamik dieser drei Ebenen ergeben. Zudem müssen sie die daraus gewonnenen Erkenntnisse in die IPZ einfließen lassen und somit im Behandlungsprozess berücksichtigt und bearbeitet werden. Erst wenn dies gelingt, kann nach Sommerfeld et al. (2016) die soziale Dimension ernsthaft als gleichwertige dritte Dimension im bio-psycho-sozialen Modell behandelt werden. Zudem kann die Sozialpsychiatrie erst dann ihren Anspruch erfüllen, die soziale Umwelt adäquat in den individuellen Behandlungsprozess einzubeziehen (Sommerfeld et al., 2016, S. 98).

Dies erscheint besonders vor dem Hintergrund relevant zu sein, dass Sommerfeld et al. (2016) in einer ihrer Studien herausfanden, dass die psychiatrische Klientel in jedem untersuchten Fall diverse klinisch relevante Aspekte im Rahmen der sozialen Dimension aufwies, welche ihren Zustand beziehungsweise ihre aktuelle Situation massgeblich beeinflussten (S. 99-100). Dies stellten sie in einer sogenannten Verlaufskurve dar, wobei ersichtlich wird, dass eine akuten Problemdynamik – die Krise – zu einem stationären Klinikaufenthalt führt, welche individuelle Bewältigungsaufgaben mit sich bringt. Auf der folgenden Abbildung 5 werden diese Erkenntnisse aus den verschiedenen Verläufen zusammengefasst dargestellt:

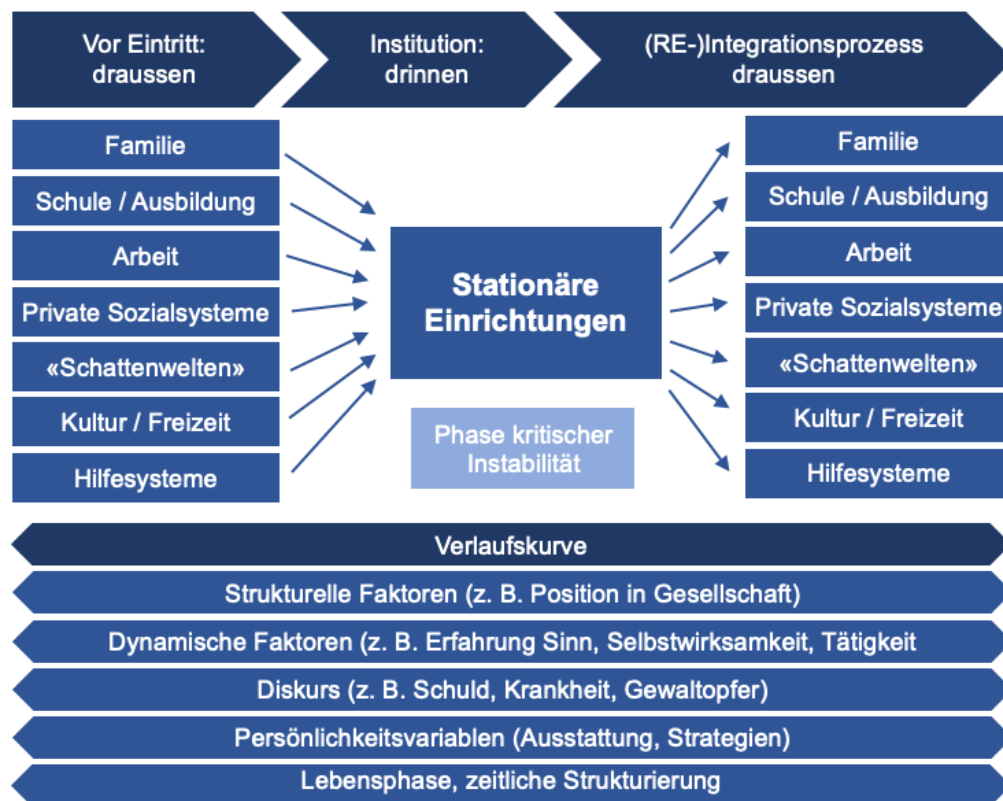


Abbildung 5: Das Verlaufskurvenmodell. *Notiz.* Adaptiert von Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rüegger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Springer VS. S. 99.

Der Studie von Sommerfeld et al. (2016) zufolge war der unmittelbare Auslöser für einen stationären Aufenthalt bei allen Betroffenen von einer Phase der kritischen Instabilität geprägt. Während dieser Phase verstärkten sich die Dynamiken gleichzeitig in verschiedenen Lebensbereichen: Beispiele hierfür können gemäss der Abbildung 5 der Lebensbereich der Familie und der Arbeit sein. Durch diese Stressoren auf der sozialen Dimension stieg die Anspannung im Individuum kontinuierlich an und es wurden auf der psychischen Ebene problematische Muster (re)aktiviert, die als eine Art Versuch der Problemlösung beziehungsweise als Copingstrategien angesehen werden können. Diese führten jedoch in den untersuchten Fällen nicht zu einer Verringerung der Spannung, sondern bewirkten, dass sich die Betroffenen immer mehr in diesen Prozessen und Mustern verstrickten. Dadurch verstärkten sich die Spannungen weiter, was zu einer psychiatrisch relevanten Krise führte und damit einen stationären psychiatrischen Aufenthalt erforderte. Für die Bewältigungsaufgaben sind die dynamischen Faktoren im unteren Segment der Abbildung zentral. In diesem Zusammenhang kommt dem sozialen Wert eines stationären Psychiatrieaufenthaltes eine besondere Bedeutung zu. Nämlich, dass die Betroffenen im stationären Setting vollständig in das Kliniksystem integriert sind, was gleichzeitig bedeutet, dass sie aus anderen Lebensbereichen vollständig exkludiert sind. Dadurch wird die beschriebene krisenhafte Dynamik vorerst gestoppt (S. 100-101).

In Bezug auf die stationäre Psychiatrie kann an dieser Stelle abschliessend an das bereits verwendete Zitat eines Arztes im Kapitel 4.3.2 erinnert werden, welcher den Stellenwert der Sozialen Arbeit im Rahmen der Wirksamkeit des Behandlungsprozesses hervorhebt. Daher erscheint es zentral, dass insbesondere klinisch Sozialarbeitende die dynamische Wechselbeziehung zwischen (bio-)psychischen und sozialen Aspekten berücksichtigen und deren Bedeutung für den Krankheits- und Genesungsprozess untersuchen. Dies gilt es schliesslich, wie bereits erwähnt, in Gefässen der IPZ einzubringen und dadurch sowohl die Diagnose als auch die Hilfeplanung zu beeinflussen, sodass ein ganzheitlicher Behandlungsprozess gewährleistet werden kann (Sommerfeld et al., 2016, S. 101-102).

5.3 Aufgabenspektrum der klinischen Sozialarbeit

Wie bereits ersichtlich wurde, liegt der Interventionsschwerpunkt der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie an der Schnittstelle zwischen der Klientel und ihrer soziokulturellen Umwelt sowie zwischen der psychiatrischen Klinik und weiteren gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten der Lebenswelt der Betroffenen (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 8-9). Diesbezüglich haben Sozialarbeitende oftmals eine "Supportfunktion" und werden bei Bedarf hinzugezogen, was Sommerfeld et al. (2016) als sogenannte "enggeführte Hilfsprofession" beschreiben (S. 11). Deshalb geht es nachfolgend darum, das Aufgabenspektrum der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie aufzuzeigen.

Nach Sommerfeld und Rüegger (2013) besteht das "klassische" Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit im Rahmen der stationären Psychiatrie im *Kliniksozialdienst*. Der Fokus in der psychosozialen Versorgung liegt dabei auf der Sicherstellung von Anschlusslösungen nach einem Klinikaufenthalt. Dies umfasst diverse fallbezogene Aspekte wie beispielsweise die Organisation einer weiteren Rehabilitation oder die Unterstützung bei der Suche und Koordinierung einer geeigneten (betreuten) Wohnform. Eine weitere zentrale Aufgabe von Sozialarbeitenden des Kliniksozialdienstes besteht darin, Schnittstellen zum sozialen Sicherungssystem zu bearbeiten. So müssen beispielsweise Sozialversicherungsrechtliche Abklärungen getätigt oder auch Renten respektive Ergänzungsleistung und/oder Sozialhilfe beantragt werden. Schliesslich besteht ein weiteres ausgebautes und bereits weitgehend professionalisiertes Aufgabengebiet von klinisch Sozialarbeitenden in der Fallspezifischen Aufrechterhaltung verschiedenster Integrationsoptionen: Dementsprechend müssen zum Beispiel Wohnungen und Arbeitsplätze erhalten, Schulden saniert sowie materielle Verhältnisse und in Ordnung gebracht werden. Ausserdem sollen für die betroffene Person unterstützende soziale Netzwerke (re-)aktiviert werden. Damit soll eine möglichst weitgehend autonome Lebenspraxis der Klientel erreicht werden (S. 397-398).

Ausserdem beschreiben Sommerfeld und Rüegger (2013), dass durch Integrationsansätze in Bezug auf Kompetenzentwicklung, Befähigung und Ermächtigung mit fallspezifisch sinnvollen Tätigkeiten die Schaffung verschiedener zusätzlicher Angebote der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie vorangetrieben wurde. Ein Beispiel hierfür ist das sogenannte "intensive Casemanagement". Es stellt eine umfassendere und kontinuierlichere Form von Unterstützung und Betreuung für schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen dar. Es zeichnet sich durch eine intensive Betreuungsleistung sowohl während als auch nach dem Klinikaufenthalt aus. Entsprechende Studien haben gezeigt, dass durch diese verdichtete Art der Betreuung signifikante Erfolge wie einer Reduktion der Hospitalisierungstage um 50 Prozent erzielt werden können (S. 398-399). Nebst diesen Unterstützungs- und Betreuungsleistungen hat die klinische Sozialarbeit auch spezifische "Behandlungsaufgaben". Das bedeutet, dass die Unterstützung und Betreuung psychisch erkrankter Menschen zwingend eine psychosoziale Beratungsarbeit beinhaltet (siehe Kapitel 5.1.1). Das Ziel davon ist es, die Wechselwirkungsprozesse zwischen der psychischen, der biologischen und der sozialen Dimension zu bearbeiten (S. 399-400).

Somit kann festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie grundsätzlich vielfältige Angebote bietet und somit ein breitgefächertes Aufgabenspektrum abdeckt. Sommerfeld und Rüegger (2013) erwähnen in diesem Zusammenhang jedoch, dass in der gängigen Praxis - insbesondere im deutschsprachigen Raum - über die genannten *Kernkompetenzen* des Kliniksozialdienstes hinausgehende Leistungen nur in Einzelfällen und/oder als sogenannte Pilotprojekte umgesetzt werden. Als Beispiel hierfür kann das geschilderte "intensive Casemanagement" genannt werden, welches trotz belegter Erfolge und erwiesener Kostenreduktion nicht umfassender eingeführt wird. Dies kann zur Veranschaulichung dienen, dass klinisch Sozialarbeitende massgebend von Entscheidungen der leitenden Ärzt*innen abhängig sind, welche solche Leistungen in Einzelfällen ermöglichen. Genau solche Leistungen würden jedoch aus der Perspektive der Sozialen Arbeit den eigentlichen professionellen Kern in der stationären Psychiatrie ausmachen und einen ganzheitlichen sowie nachhaltigen Behandlungsprozess unterstützen (S. 400).

Die Hauptursachen dieser unzureichenden Umsetzung sind sowohl die strukturelle Einbettung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, welche eine relativ geringe Ressourcenausstattung mit sich bringt, als auch die geschilderte funktionale Engführung (S. 400). Dies sind unter anderem Gründe, weshalb die klinische Sozialarbeit im Praxisalltag in Bezug auf ihre Zuständigkeiten in gewisser Weise einem Rechtfertigungs- und Legitimationsdruck ausgesetzt ist, was im Rahmen der IPZ im nächsten Kapitel genauer behandelt wird.

5.4 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde die klinische Sozialarbeit als "junge" Fachsozialarbeit analysiert. Die klinische Sozialarbeit zeichnet sich in diesem Zusammenhang durch ihre spezifische Behandlungsperspektive aus. Dabei ist ihr Gegenstand die Prävention und Reduktion psychosozialer Belastungen infolge akuter oder chronischer Erkrankungen. Deshalb richtet sie sich speziell an Menschen, welche aufgrund von vielschichtigen Problemlagen einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen (Walther & Deimel, 2023, S. 40-41). Der Auftrag von klinisch Sozialarbeitenden ist diesbezüglich einerseits die Unterstützung der Betroffenen und andererseits die Veränderung der Lebensbedingungen (Pauls, 2013b, S. 19-20).

Die klinische Sozialarbeit ist in verschiedenen Handlungsfeldern und Settings des Gesundheits- und Sozialwesens anzutreffen. Letzteres beinhaltet sowohl ambulante Beratungsstellen als auch Praxen, Tageskliniken oder stationäre Unterstützungs- und Behandlungsformen (Pauls, 2013b, S. 16). Die klinische Perspektive zeichnet sich hierbei durch die Betrachtung von Erkrankungen im Kontext der individuellen sozialen Umweltbedingungen aus. Aufgrund der späten Etablierung der klinischen Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum, existieren umfassend entwickelte Theorien und Praxeologien des klinisch sozialarbeiterischen Denkens und Handelns erst in ihren Anfängen. Dies hat zur Folge, dass ein Grossteil der Konzepte, Methoden und Techniken aus etablierten bezugswissenschaftlichen Ansätzen auf den Gegenstand der klinischen Sozialarbeit zu adaptieren versucht werden. Jedoch besteht dabei die Gefahr, dass die soziale Dimension, welche im Zentrum der klinischen Sozialarbeit steht, vernachlässigt wird. Verstärkt wird dieses Risiko durch die Tatsache, dass soziale Faktoren in Bezug auf Gesundheitsfragen in interprofessionellen Behandlungsteams der Gesundheitsversorgung generell zu wenig Aufmerksamkeit erhalten (Ortmann & Röh, 2007, S. 9-10).

Aufgrund der nicht trennscharfen Unterscheidung zwischen der psychosozialen Beratung in der klinischen Sozialarbeit und der Psychotherapie wurde die Beratung in der Sozialen Arbeit genauer betrachtet und schliesslich der Psychotherapie gegenübergestellt. Dabei konnte festgestellt werden, dass das professionelle Handeln vor allem in Handlungsfeldern der klinischen Sozialarbeit vermehrt auf Methoden und Techniken der Bezugswissenschaften basiert. Die Beratung konnte diesbezüglich als Basismedium über alle Handlungsfelder der Sozialen Arbeit identifiziert werden. Aufgrund der Verständigungsorientierung ist der Beratungsprozess insofern offen, als dass Inhalte in Bezug auf die aktuelle Situation der Klientel mit ihnen jeweils gemeinsam auszuhandeln sind. Das Zusammenspiel zwischen dieser Klient*innenorientierung und der Berücksichtigung der Sachaspekte ist ein zentrales Charakteristikum der professionellen Beratung in der Sozialen Arbeit (Stimmer, 2020, S. 129-131).

Professionelle Beratungen setzen zudem handlungsfeldunspezifische Beratungskompetenzen sowie handlungsfeldspezifisches Wissen der Fachpersonen voraus. Das Ziel davon ist es, diese beiden Komponenten zugunsten der Klientel einzusetzen (Abplanalp et al., 2020, S. 25). Sind diese Voraussetzungen gegeben, kann sich die Beratung in der Sozialen Arbeit im Rahmen des Hilfediskurses situationsadäquat auf einem Kontinuum zwischen der Vermittlung von Wissensinhalten und der Förderung von psycho-sozialen Kompetenzen bewegen. Dies geschieht stets unter Einbezug des jeweiligen lebensweltlichen Kontextes. Im Vergleich dazu geht es in der Psychotherapie im Kern um die Veränderung von Persönlichkeiten und Verhaltensmustern mit dem Ziel der Heilung (Stimmer, 2020, S. 131-132).

Des Weiteren wurde das Gesundheits- und Krankheitsverständnis in der heutigen Gesellschaft bearbeitet. So konnte herausgefunden werden, dass vor allem auf politischer Ebene ein naturwissenschaftliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit dominiert. Dieser Ansicht zufolge wird auf diagnostischer Basis eindeutig zwischen "gesund" und "krank" unterschieden. Dieses Verständnis ist sowohl für viele Mitglieder der Gesellschaft als auch für die klinische Sozialarbeit kaum relevant. Vielmehr wird Gesundheit und Krankheit als subjektiver, dynamischer und mehrdimensionaler Zustand angesehen (Löffelbein, 2020, S. 97-98). Dies widerspiegelt das bio-psycho-soziale Modell der WHO. Dieses Modell betont die Wechselwirkung zwischen physiologischen und psychischen Prozessen, welche stets von sozio-kulturellen Einflüssen geprägt werden. Dieser mehrdimensionale Ansatz erscheint daher sowohl für die klinische Sozialarbeit als auch für einen ganzheitlichen Behandlungsprozess in der Psychiatrie als geeignet. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die soziale Dimension in der Praxis oftmals nur oberflächlich bearbeitet wird. Daher gilt es einerseits für klinisch Sozialarbeitende, sich bei jedem Einzelfall mit den individuellen und komplexen Wechselwirkungsprozessen dieser drei Dimensionen auseinanderzusetzen und dies in die IPZ einfließen zu lassen (Sommerfeld et al., 2016, S. 86-87).

Abschliessend wurde das Aufgabenspektrum der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie genauer betrachtet. Dabei konnte festgestellt werden, dass im Rahmen des Kliniksozialdienstes das Kerngebiet die Koordinierung von Schnittstellen zum sozialen Sicherungssystem sowie die Sicherstellung von Anschlusslösungen nach dem Klinikaufenthalt darstellt. Dies sowohl in Bezug auf Lebensbereiche wie Wohnen und Arbeit als auch bezüglich der materiellen Absicherung und der (Re-)Aktivierung sozialer Netzwerke. Des Weiteren wurde erkannt, dass umfassende Unterstützungsformen wie das "intensive Casemanagement" trotz belegter Erfolge nicht flächendeckend umgesetzt werden. Vielmehr werden Leistungen, welche über die Kernkompetenzen des Kliniksozialdienstes hinausgehen, im Einzelfall durch die fallführende medizinische Fachperson angeordnet (Sommerfeld & Rüegger, 2013, S. 397-400).

6. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Im folgenden letzten theoretischen Kapitel geht es darum, die IPZ genauer zu beleuchten sowie die klinische Sozialarbeit darin zu verorten. Hierfür wird zu Beginn die IPZ an sich vorgestellt und schliesslich der Bezug zum psychiatrischen Handlungsfeld beziehungsweise zur stationären Erwachsenenpsychiatrie gemacht. Dabei wird analysiert, ob Machtverhältnisse vorhanden sind und wie sich diese gegebenenfalls zeigen. Zudem wird die Zuständigkeit der klinischen Sozialarbeit im Rahmen der IPZ bearbeitet. Abschliessend werden die Bedingungen einer gelingenden IPZ sowie die Ziele, Chancen und Herausforderungen kritisch erörtert. Dies soll die Grundlage für den darauffolgenden Forschungsteil bilden. Abschliessend wird ein drittes Zwischenfazit formuliert.

6.1 Die Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die IPZ ist je nach Handlungsfeld der Sozialen Arbeit mehr oder weniger relevant. Wie ersichtlich wurde, ist sie in Bezug auf das psychiatrische Handlungsfeld - insbesondere im stationären Setting – jedoch zentral. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass die auf den Einzelfall angepassten Behandlungspläne durch die zunehmende Komplexität der Problemlagen unumgänglich mit der Involvierung von diversen Fachpersonen aus unterschiedlichen Professionen verbunden sind. Aufgrund dieser Relevanz der IPZ in Bezug auf eine adäquate und ganzheitliche psychiatrische Versorgung, wird sie nachfolgend in ihren Grundzügen vorgestellt.

Gemäss Atzeni et al. (2017) ist der Diskurs rund um die IPZ in den letzten Jahren von einem bedeutsamen Aufschwung geprägt. Obwohl diesbezüglich in diversen Handlungsfeldern die Forderung nach intensivierter und qualitativ hochwertiger IPZ immer präsenter wird, sind sich die Professionellen in der Praxis über die konkrete Bedeutung und Umsetzung der IPZ uneinig. Grundsätzlich sind jedoch alle Beteiligten der Meinung, dass die IPZ im Gesundheits- und Sozialwesen wünschenswert und notwendig ist. Aufgrund der Vielfalt an Begriffsbestimmungen im wissenschaftlichen Diskurs gestaltet es sich jedoch umso schwieriger, ein einheitliches Verständnis von IPZ zu erlangen (S. 5). Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Begriff selbst noch relativ jung ist. So war der Professionsbegriff bis in die 1960er-Jahren vor allem in Bezug auf die klassischen Professionen wie der Medizin oder der Juristik vorherrschend. Seither kann eine allmähliche Ausweitung des Begriffs beobachtet werden. Nun stehen in der IPZ neben den Ärzt*innen auch die weiteren Gesundheitsberufe und -professionen im Zentrum. Im Zuge dieser Schwerpunktverschiebung und Involvierung verschiedener Perspektiven in die Gesundheitsversorgung gewannen folglich auch die *Aushandlungsprozesse* zwischen den Berufsgruppen und Professionen - interprofessionell - an Bedeutung (S. 17).

Diese Aushandlungsprozesse können gleichzeitig als Kern der IPZ angesehen werden, was in der folgenden Definition der WHO zum Ausdruck kommt:

Interprofessionalität im Gesundheitsbereich ist gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO) dann gegeben, wenn mehrere Gesundheitsfachleute mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen so zusammenarbeiten, dass sie zu einem gemeinsam geteilten Verständnis kommen, das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen können. Neben den Gesundheitsfachleuten mit klinischer Ausbildung gibt es immer mehr Fachleute im Gesundheitswesen, die für die soziale, spirituelle oder systemische Unterstützung im Versorgungsverlauf mitwirken (. . .) und die ebenfalls an dieser interprofessionellen Zusammenarbeit beteiligt sind (z. B. Sozialarbeit, Seelsorge, IT, Ökonomie etc.). Für eine qualitativ hochstehende und sichere Gesundheitsversorgung braucht es alle diese Fachleute und die Charta schliesst sie entsprechend mit ein. (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2020, S. 4)

Zudem fanden Atzeni et al. (2017) in ihrer Studie mittels Metaanalysen heraus, dass sich der wissenschaftliche Diskurs zur IPZ in zwei dominierenden Ansätzen abwickelt. Dies ist zum Einen der *utilitaristische Ansatz*, welcher die Effizienzgewinne ins Zentrum stellt, die durch eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Professionen in der Gesundheitsversorgung erreicht werden können. Zum Anderen gibt es den *emanzipatorischen Ansatz*, der sich vor allem mit den Möglichkeiten beschäftigt, interprofessionelle Arbeitsbeziehungen auf Augenhöhe zu etablieren. Dies soll erreicht werden, indem die Dominanz einer Profession zugunsten anderer gebrochen wird. Daher dient die IPZ auch dazu, eigene professionelle Interessen zu artikulieren, Zuständigkeiten zu definieren und den eigenen Handlungsspielraum zu erweitern (S. 5). Im Zentrum dieser Arbeit liegt der emanzipatorische Ansatz, mit dem Fokus, einen ganzheitlichen Behandlungsprozess zu erreichen.

Wie erkennbar wurde, bedeutet dies für klinisch Sozialarbeitende konkret, dass sie im psychiatrischen Handlungsfeld in Kooperation mit anderen Professionen die Handlungsfähigkeit der Klientel (wieder)herzustellen versuchen. Sie sind gemäss Art. 16 des Berufskodex sogar zur interprofessionellen Zusammenarbeit verpflichtet. Dies wird auch dadurch deutlich, dass Sozialarbeitende bei der Bearbeitung sozialer Probleme nebst den spezifischen Wissensbeständen aus der Sozialen Arbeit auch ergänzend auf Wissensbestände aus den Bezugswissenschaften angewiesen sind. So geht es bei der Bearbeitung psychosozialer Problemlagen je nach Situation und Kontext um Wissen beziehungsweise um die Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus den Bereichen Recht, Soziologie, Medizin und Psychologie aber auch aus der Ökonomie, Ethnologie oder den Erziehungswissenschaften (Wider, 2013, S. 10).

6.1.1 Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit

Um ein Verständnis davon zu entwickeln, wodurch sich die IPZ in der Praxis auszeichnet und was sie in Bezug auf die Klientel, deren Angehörige und einen ganzheitlichen Behandlungsprozess beinhaltet, werden im Folgenden die wichtigsten Kernelemente erläutert.

Klientel und Angehörige einbinden

Die verschiedenen Professionen sind im Rahmen der IPZ stets dazu angehalten, die betroffene Person wie auch gegebenenfalls deren Angehörige in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen. Der gesetzliche Rahmen, besonders das Erwachsenenschutzrecht, setzt diesbezüglich die Informierung und Zustimmung sämtlicher medizinischer und psychosozialer Interventionen voraus. Deshalb sollen die genannten Anspruchsgruppen eine aktive Rolle einnehmen, indem sie sich an Entscheidungen der Behandlung und Betreuung beteiligen. Dies vor dem Hintergrund, dass die Klientel als Expert*innen ihrer Selbst - sofern dies der aktuelle Gesundheitszustand zulässt - das Ergebnis des Behandlungsprozesses beeinflussen können (SAMW, 2020, S. 6).

IPZ zielt auf den Nutzen für die Klientel

Die IPZ bedeutet prinzipiell für alle beteiligten Fachpersonen einen Mehraufwand und den Einsatz zeitlicher Ressourcen. Weil die Versorgungsqualität durch eine wirkungsvolle IPZ verbessert werden kann, ist dieser jedoch gerechtfertigt. Zudem können mittels Fragebögen die Patient*innenerfahrungen und die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes als Feedback für Anpassungen und Weiterentwicklung verwendet werden (SAMW, 2020, S. 6).

Die Entscheidungsfindung ist zentraler Bestandteil der IPZ

Es ist unumgänglich, dass bei komplexen klinischen Situationen unter den involvierten Professionen eine gemeinsame Entscheidungsfindung stattfinden muss. Weil in der Regel alle Fachpersonen des Behandlungsteams beispielsweise durch digitale Dokumentationssysteme Zugang zu allen relevanten Informationen haben, kann ein gemeinsames Verständnis von der Situation der Klientel entwickelt werden. Auf dieser Basis ist es im Austausch möglich, interprofessionell abgestimmte Handlungen zu planen und umzusetzen (SAMW, 2020, S. 6).

Die Zuständigkeiten sind abhängig vom Einzelfall

Die Professionellen des Behandlungsteams üben ihre Tätigkeiten entsprechend ihrer spezifischen Kompetenzen und Fähigkeiten aus und tragen dabei die Verantwortung für ihr Handeln. Die Übernahme von Verantwortung erfordert zwangsläufig zusätzliche organisatorische Massnahmen sowie klare Zuständigkeitsbereiche (SAMW, 2020, S. 6).

IPZ orientiert sich am Behandlungs- und Betreuungssetting

Die IPZ stellt einen spezifischen Lösungsansatz für Herausforderungen in der Behandlung und Betreuung dar und ergänzt somit die professionelle Praxis. Dabei kann sie in verschiedenen Formen auftreten, die von der Art des Versorgungssettings und der zu behandelnden Beeinträchtigung abhängen (SAMW, 2020, S. 7). Unterschieden werden drei wesentliche Formen. Die *koordinative Verdichtung* bezieht sich auf Formen der IPZ, bei der klar definierte Handlungsmuster und erlernte Kompetenzen miteinander verknüpft werden. Sie ist oftmals durch Zeitknappheit, zum Beispiel in Notfallsituationen, gekennzeichnet. Die *Ko-kreative Verdichtung* bezieht sich auf eine Art der Zusammenarbeit, bei der Fachpersonen verschiedener Professionen und individuelle Kompetenzen miteinander kombiniert werden. Diese Zusammenarbeit erfolgt über einen längeren Zeitraum und beinhaltet einen kontinuierlichen Austauschprozess, um eine sich aufeinander abzustimmen zu können. Zwischen den beiden beschriebenen Formen der IPZ ist die letzte Form, die *projekthafte Verdichtung* angesiedelt. Im Idealfall beschreibt diese Form ein temporär fungierendes Projekt der verdichteten Zusammenarbeit. Es handelt sich dabei vor allem um die Bedürfnisse der involvierten Fachleute, sich angesichts wiederkehrender Problemlagen abzustimmen und zu koordinieren (Atzeni et al., 2017, S. 46).

IPZ im gesamten Behandlungsprozess

Es gibt diverse Faktoren, die sowohl die IPZ als auch eine settingübergreifende und nachhaltige Versorgung unterstützen. Beispiele hierfür sind gegenseitiges Vertrauen, eine offene Kommunikationskultur, das Kennen aller am Behandlungsprozess beteiligten Personen und deren Rollen, die Klärung der Machtverhältnisse und Entscheidungsbefugnisse, eine auf Zusammenarbeit ausgerichtete Arbeitsumgebung sowie eine konsequente Ausrichtung an personenzentrierter Versorgung (SAMW, 2020, S. 7-8).

IPZ muss von der Leitung initiiert und gefördert werden

Für den anzustrebenden Kulturwandel in Gesundheitseinrichtungen sind Führungspersonen und -gremien verantwortlich. Sie sollen eine Kultur der Interprofessionalität unterstützen und diese im Rahmen ihrer finanziellen, personellen und strategischen Entscheidungen umsetzen. Dabei gilt es, die gesetzlichen und finanziellen Vorgaben bestmöglich auszuschöpfen (SAMW, 2020, S. 8).

Wie sich die IPZ in der Psychiatrie ausgestaltet, welche Herausforderungen sie mit sich bringt und welche Bedingungen die Berücksichtigung dieser Kernelemente unterstützen, wird nachfolgend dargelegt.

6.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Psychiatrie

Wie bereits festgestellt werden konnte, müssen Sozialarbeitende in der Psychiatrie einerseits mit Fachpersonen verschiedener externer Institutionen kooperieren und sind andererseits auch selbst Teil eines interprofessionellen Teams. Diese Kooperation mit anderen Professionen und Organisationen ergibt sich aus dem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Problemverständnis von psychisch erkrankten Menschen. Folglich können und sollen sowohl Ursachen als auch Folgen und Interventionen der Erkrankungen über diese drei Dimensionen angegangen und bearbeitet werden. Um eine qualitativ hochwertige und ganzheitliche Behandlung zu gewährleisten, ist es unerlässlich, mit allen anderen involvierten Professionellen zusammenzuarbeiten und die jeweils eigene Perspektive und Expertise mit ihnen zu ergänzen und umgekehrt. Dies betrifft dementsprechend nicht nur Fachkräfte der Sozialen Arbeit, sondern des ganzen interprofessionellen Behandlungsteams (Walther, 2023, S. 26-27).

In der stationären Erwachsenenpsychiatrie ist aufgrund des Settings und der damit einhergehenden intensiven Behandlung eine kontinuierliche und eingehende Form der IPZ erforderlich. Nach Desole (2017) gelingt dieses Zusammentreffen der verschiedenen Professionen jedoch nicht immer reibungslos. So kann es im Rahmen der IPZ beispielsweise regelmässig zu Uneinigkeiten bei Fragen bezüglich der Klärung von Zuständigkeiten und Autonomie kommen. Das heisst, es ist aufgrund der komplexen Problemlagen und der damit einhergehenden Beteiligung vieler Professioneller oftmals unklar, wer in welchem Bereich die Entscheidungsbefugnis hat, wer für welche Aufgaben verantwortlich ist und wer dazu berechtigt ist, bestimmte Handlungen auszuführen (S. 1). Im Idealfall erfolgen solche Aushandlungsprozesse durch eine zielorientierte und transparente Kommunikation, bei der alle Beteiligten auf Augenhöhe agieren. Dies ist in der Praxis jedoch nicht der Regelfall, weshalb nachfolgend die Machtverhältnisse in der Psychiatrie genauer betrachtet werden.

6.2.1 Machtverhältnisse und Zuständigkeiten

Aufgrund des bereits beschriebenen vorherrschenden medizinischen Paradigmas in der Psychiatrie, begegnen Fachkräfte der psychosozialen Professionen in der Praxis immer wieder asymmetrischen Beziehungsstrukturen. Sozialarbeitende sind im Rahmen ihres Aufgabenspektrums regelmässig auf die fachliche Kooperation mit Ärzt*innen angewiesen. Dies zeigt sich zum Beispiel bereits dann, wenn Sozialarbeitende einen Antrag auf Rehabilitation stellen, dieser jedoch vorerst ärztlicherseits befürwortet werden muss. Die Asymmetrie ist im stationären Setting am deutlichsten, da die Fallverantwortung und Fachaufsicht üblicherweise bei dem oder der Stations- beziehungsweise Oberarzt/-ärztin liegt (Walther, 2023, S. 26).

Die verschiedenen Zuständigkeiten respektive Kompetenzen der einzelnen Professionen in der IPZ können dazu führen, dass die Behandlung an der Klientel formale und informale Machtunterschiede hervorhebt. Dadurch können Konflikte im Team entstehen, weil sich beispielsweise eine Profession weniger einbezogen fühlt. Dies kann zu einem *Konkurrenzkampf* zwischen den Fachpersonen führen, welcher zum Ziel hat, das Gegenüber von der eigenen Richtigkeit zu überzeugen. Dadurch wird das eigentliche Ziel, eine qualitativ hochwertige und ganzheitliche Behandlung unter Nutzung der interprofessionellen Ressourcen sicherzustellen, aus den Augen verloren. Diesbezüglich erschweren starre Zuweisungen von Rollen und Aufgaben sowie die unflexible Verteilung von Verantwortlichkeiten die Vernetzung und Nutzung von Ressourcen zusätzlich. Bei langjährigen Teams oder bei grösseren Zusammenstellungen von Professionellen kann die Motivation durch solche Begebenheiten abnehmen (Kieser & Kieser, 2013, S. 386-389).

Machtverhältnisse sind jedoch nicht lediglich auf die Kompetenzen einzelner Professionen zu beschränken. Sie sind in der realen Umsetzung von verschiedenen Einflüssen auf mehreren Ebenen geprägt. So wird die Psychiatrie auf der Makroebene durch gesellschaftliche Vorstellungen und Erwartungen beeinflusst, wie und was sie zu bearbeiten hat. Diese Vorstellungen und Erwartungen beeinflussen wiederum die Mesoebene zum Beispiel durch finanziellen Druck die verfügbaren Ressourcen, die angestrebten Ziele und die tatsächlich ausgeführten Tätigkeiten. Auf der Mikroebene werden schliesslich die Verantwortlichkeiten im Sinne der Fallverantwortung festgelegt und die Professionen entsprechend mit Macht ausgestattet (Desole, 2017, S. 2).

Aus dieser Perspektive von Machtverhältnissen könnte davon ausgegangen werden, dass die Sozialarbeitenden in der Psychiatrie, wie auch alle anderen nicht-medizinische Professionen, zu blossen Weisungsempfänger*innen degradiert werden und somit kaum über Zuständigkeit und Autonomie verfügen. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass aufgrund der Abhängigkeit der Medizin von erweiterten Perspektiven ein Spielraum entsteht, in dem die nicht-medizinischen Professionen ihre *Zuständigkeit* und *Autonomie* aushandeln können - und dies im Interesse der Zielgruppe sogar tun müssen (S. 2). Es geht also vor allem darum, in der Praxis selbst auf der Mikroebene, sprich im Rahmen von Austauschprozessen, Veränderungen bezüglich der Machtverhältnisse, der Zuständigkeiten und somit der Handlungsspielräume der einzelnen Professionen anzustreben.

Austauschprozesse über Zuständigkeiten bedeuten gewissermassen auch Austauschprozesse über Autonomie in Bezug auf einen gewissen Gegenstand. Gemäss Desole (2017) kann die klinische Sozialarbeit ihre Zuständigkeit für die Bearbeitung der genannten Kern-kompetenzen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie oftmals nicht eigenständig definieren. Sie muss diese mit der Organisation und insbesondere mit den "mächtigen" Professionen im Rahmen der IPZ aushandeln und festlegen. Dies gilt auch für die Autonomie respektive den Freiheitsgrad, in welchem die Sozialarbeitenden zusammen mit den Klient*innen die Hilfeleistungen selbständig festlegen und umsetzen können. Damit dieses Aushandeln von Zuständigkeit und Autonomie geschehen kann, ist die grundlegendste Bedingung die gemeinsame Haltung, dass komplexe und multiple Problemlagen nicht allein mit dem Wissen und Können einer einzelnen Profession angemessen und ganzheitlich bearbeitet werden können. Das damit verbundene Verständnis, dass die gegenseitige Abhängigkeit durch eine transparente und auf Augenhöhe basierender Zusammenarbeit für alle Beteiligten gewinnbringend genutzt werden kann, ist daher die motivationale Basis jeder IPZ und somit für die Aushandlung von Zuständigkeiten und Autonomie notwendig (S. 3). Diesbezüglich schreibt Walther (2023) der Sozialen Arbeit eine zentrale Funktion zu:

Diese Zusammenarbeit mehrerer Fachkräfte bei der Erbringung aufeinander abgestimmter Unterstützungsleistungen zu initiieren, zu koordinieren, sicherzustellen und die komplexen Wirkungen und Folgen, die sich daraus für den Alltag und die Lebenssituation der Klient*innen ergeben, im Auge zu behalten, ist oftmals die Aufgabe von Sozialarbeiter*innen. (Walther, 2023, S. 26)

Diesem Zitat zufolge ist nebst der direkten Klient*innenarbeit auch die Vernetzung und Ressourcenerschliessung ein Teil der Kernkompetenzen der klinischen Sozialarbeit. Nach Wider (2013) nehmen die klinischen Sozialarbeiter*innen durch diese interprofessionelle Ausrichtung eine "*Brückenbaufunktion*" ein, indem sie zwischen den verschiedenen Professionen und Einrichtungen vermitteln (S. 10-11). Gleichzeitig erzeugt diese zeitaufwändige Koordination bei anderen Professionellen oftmals den Eindruck, dass Sozialarbeitende zwar in allen Bereichen über Wissen verfügen, jedoch in keinem wirklich Expert*innen sind. Deshalb werden klinischen Sozialarbeitende im Gegensatz zu anderen Fachpersonen des Behandlungsteams, häufig als *Generalist*innen* angesehen, die sich um alles kümmern, was von anderen Professionen nicht erledigt wurde. Dies führt dazu, dass sie im Praxisalltag immer wieder unter Rechtfertigungs- und Legitimationsdruck stehen. Demzufolge ist es von grosser Relevanz, dass sich Sozialarbeiter*innen ihrer Hauptaufgabe im Rahmen der sozialen Dimension bewusst sind. Zudem ist eine „reflektierte und selbstbewusste professionelle Haltung für das Gelingen von Kooperationsstrukturen von besonderer Bedeutung“ (Walther, 2023, S. 27).

Abschliessend lässt sich diesbezüglich festhalten, dass eine klient*innenorientierte und intensivierende Zusammenarbeit zwischen den Professionen des Behandlungsteams in der Psychiatrie und der klinischen Sozialarbeit, welche die gesamte Funktionalität der Sozialen Arbeit nutzt, von grosser Bedeutung und hoher Aktualität ist. Der dadurch zu erwartende Mehrwert ist erheblich. Diese Erwartung basiert auf der thematisierten empirischen Evidenz der grossen Bedeutung sozialer Faktoren beziehungsweise der sozialen Dimension in Bezug auf Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Krankheiten. Diese Auffassung findet sich auch im Gesundheitsverständnis der WHO und dem damit verbundenen bio-psycho-sozialen Modell wieder (Sommerfeld & Rüegger, 2013, S. 404). Um die IPZ gezielt und förderlich erweitern und somit Zuständigkeit und Autonomie aushandeln zu können, ist es zentral, die Bedingungen für eine gelingende IPZ zu kennen. Deshalb werden diese nachfolgend ausgeführt.

6.2.2 Bedingungen einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit

Eine wesentliche Basis ist die gemeinsame Haltung der Fachpersonen, dass für eine adäquate und ganzheitlich Bearbeitung komplexer und multipler Problemlagen das Wissen und Können mehrerer Professionen erforderlich ist. Darüber hinaus müssen neben dem Fachwissen und der Berücksichtigung von Gruppendynamik noch andere Bedingungen erfüllt sein (Wider, 2013, S. 11). Diese Bedingungen werden nachfolgend in Anlehnung an Wider (2013) in strukturell-organisatorische, individuelle und interpersonelle Bedingungen unterteilt.

Strukturell-organisatorische Bedingungen

Auf dieser Ebene sind mehrheitlich Rahmenbedingungen zu verorten. Dazu gehören beispielsweise genügend zeitliche Ressourcen, ein strukturell verbindlich festgehaltener Auftrag, eine gemeinsame Sprache sowie gemeinsame Ziele und Standards oder auch Qualitätssicherungsmaßnahmen. Wie im Zuge der Kernelemente der IPZ ersichtlich wurde, spielt die Leitung für die Ausgestaltung der IPZ eine zentrale Rolle. Demzufolge ist auf dieser Ebene auch eine kompetente Leitung festzumachen (Wider, 2013, S. 12).

Individuelle Bedingungen

Die individuelle Ebene beinhaltet Bedingungen in Bezug auf das Professionsverständnis und die Kompetenzen der Professionellen. So gilt es für Fachpersonen, in Aushandlungsprozessen selbstbewusst zu agieren und darlegen zu können, dass sie mit ihren spezifischen Kompetenzen eine wertvolle Perspektivenerweiterung bieten. Eine weitere individuelle Bedingung ist die Fähigkeit, die eigene Handlung begründen und professionell darstellen zu können, da nicht die Handlung als solche, sondern nur deren Darstellung wahrgenommen wird. Es geht also darum, das eigene Handeln für andere Professionelle erkennbar sowie bedeutungsvoll darzulegen und somit zu legitimieren (Desole, 2017, S. 3-4).

Dazu sind sowohl Kenntnisse über die eigenen Kernkompetenzen als auch über die der anderen Professionen notwendig. Zudem ist diesbezüglich eine offene und wertschätzende Haltung gegenüber den anderen Fachpersonen sowie Respekt vor Andersartigkeit massgebend. Abschliessend sollten die Professionellen grundlegend motiviert sein, zusammenzuarbeiten und dabei realistische Erwartungen an den Behandlungsprozess haben (Wider, 2013, S. 12).

Interpersonelle Bedingungen

Auf der interpersonellen Ebene sind ausschliesslich Prozesse zwischen den Fachpersonen des interprofessionellen Teams angesiedelt. Dazu gehören Bedingungen wie ein respektvoller Dialog, gegenseitige Wertschätzung, Konfliktfähigkeit und Empathie. Interpersonelle Bedingungen stellen somit auch die Gleichwertigkeit und Zusammenarbeit auf Augenhöhe dar. Dazu müssen oftmals Intentionen und Erwartungen gegenseitig geklärt werden. Zudem ist das Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Fachpersonen und somit eine angemessene Aufteilung von Zuständigkeiten und Verantwortung auf diese Ebene von grosser Bedeutung (S. 12).

Aus einer gelingenden Umsetzung der genannten Bedingungen auf den drei Ebenen können nach Seidlein (2022) schliesslich sechs Hauptelemente herausgearbeitet werden, welche dazu beitragen, dass interprofessionelle Teams effektiv zusammenarbeiten. Dabei kann jedes Element unterschiedlich stark ausgeprägt sein, was durch die Farbindensität der Pfeile erkennbar wird (S. 67). Die folgende Abbildung 6 soll diese Hauptelemente verdeutlichen.



Abbildung 6: Die zentralen Elemente der IPZ. *Notiz*. Adaptiert von Riedel, A. & Lehmeyer, S. (Hrsg.) (2022). *Ethik im Gesundheitswesen*. Springer VS. S. 67.

Damit dies umgesetzt werden kann, müssen in der Praxis nebst dem digitalen Dokumentationsaustausch auch gezielt *formelle Austauschgefässe* wie interprofessionelle Rapporte oder regelmässige Interventionen geschaffen beziehungsweise eingeplant werden. Diese konnten Gurtner und Wettstein (2019) in einer ihrer Studien ebenfalls belegen. So sind auf organisationaler Ebene nebst klaren Strukturen und Prozessen sowie dem Vorleben durch die Führung spezifische Gefässe für den formellen Austausch zentral. Diese drei Faktoren wurden zugleich von den Befragten aus der Praxis am relevantesten bewertet (S. 3). Für solche Austauschgefässe müssen jedoch auch zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (S. 5). Ein Zitat einer Fachperson soll die Relevanz solch formeller Austauschmöglichkeiten aufzeigen:

Wenn es diese Gefässe nicht gibt, *„dann ist das ein grosses Hindernis, um die Interprofessionalität leben zu können“* (. . .). Diese formellen Gefässe müssen aktiv geschaffen werden: *„Da gibt es ganz wenig Gefässe wo man natürlicherweise sowieso zusammen ist. Und ich denke, das ist auch etwas, was man schaffen muss, also aktiv“* (. . .). (Gurtner & Wettstein, 2019, S. 15)

Diesem Zitat zufolge führt ein regelmässiges Zusammenkommen der Professionellen im Rahmen solcher formellen Gefässe dazu, dass einerseits der Austausch ernst genommen wird und andererseits alle Beteiligten spezifische Fragen und Unklarheiten einbringen können. Dies auch in Anbetracht der genannten Hauptelemente der IPZ. Ein weiteres Zitat einer Fachperson soll aufzeigen, dass solche Gefässe grossen Einfluss auf die Behandlungsqualität haben.

„Und ich denke, diese Donnerstagssitzung ist ein, finde ich ein sehr gutes Beispiel dafür, dass mit der Regelmässigkeit und klaren Signalen, dass da jeder auch den Beitrag dazu leisten kann und darf und soll, oder? Dass immer wieder diese Austauschmöglichkeit strukturell schon da ist. Das hat es extrem erleichtert, dass man dann auch langfristig dranbleiben kann. Und nicht Aufwand treiben muss, um sich überhaupt zu sehen, um etwas besprechen zu können. Sondern, das ist quasi immer klar, ah, das ist ein Thema, das kann ich nächsten Donnerstag vorstellen, Fragen bringen, und dann kommt man weiter, oder, weil das schon vorstrukturiert ist.“ (Gurtner & Wettstein, 2019, S. 15)

Dadurch wird insbesondere bezüglich des ganzheitlichen Behandlungsprozesses, den diese Arbeit zum Gegenstand hat, erkennbar, dass solche Gefässe unverzichtbar sind. Beispielsweise können Fragen, welche in der Beratungsarbeit von klinischen Sozialarbeitenden oder bei der Koordination von Anschlusslösungen und Schnittstellen zum sozialen Sicherungssystem entstehen, anschliessend interprofessionell bearbeitet werden. Zudem können die Professionellen bei Unsicherheiten von der Expertise der anderen Fachpersonen profitieren.

Beispiele für solche formellen Gefässe sind gemäss Gurtner und Wettstein (2019, S. 15):

- wöchentliche Kurzrapporte
- zweiwöchige grössere Rapporte
- grosse Fallbesprechungssitzungen

Abschliessend werden diese Erkenntnisse in den Kontext der stationären Erwachsenenpsychiatrie gesetzt. Dabei lässt sich nach Gurtner und Wettstein (2019) festhalten, dass in Bezug auf das Behandlungs- und Betreuungssetting zwischen den drei Hauptfaktoren auf organisationaler Ebene - namentlich die klaren Strukturen und Prozesse, das Vorleben durch die Führung sowie spezifische Gefässe für den formellen Austausch - signifikante Unterschiede bestehen. Dies wird in der untenstehenden Abbildung 7 veranschaulicht, wobei sowohl das Vorleben und die Unterstützung der IPZ durch die Führung als auch der formelle Austausch im stationären gegenüber dem ambulanten Setting als relevanter eingestuft werden. Daraus kann abgeleitet werden, dass insbesondere im stationären Setting von den Fachpersonen eine Förderung und Unterstützung der IPZ durch die Führung als auch die Schaffung von formellen Austauschgefässen geschätzt und als wichtig erachtet werden. Dies sind gleichzeitig relevante Faktoren für einen wirkungsvolle und ganzheitlichen Behandlungsprozess im Rahmen der IPZ.

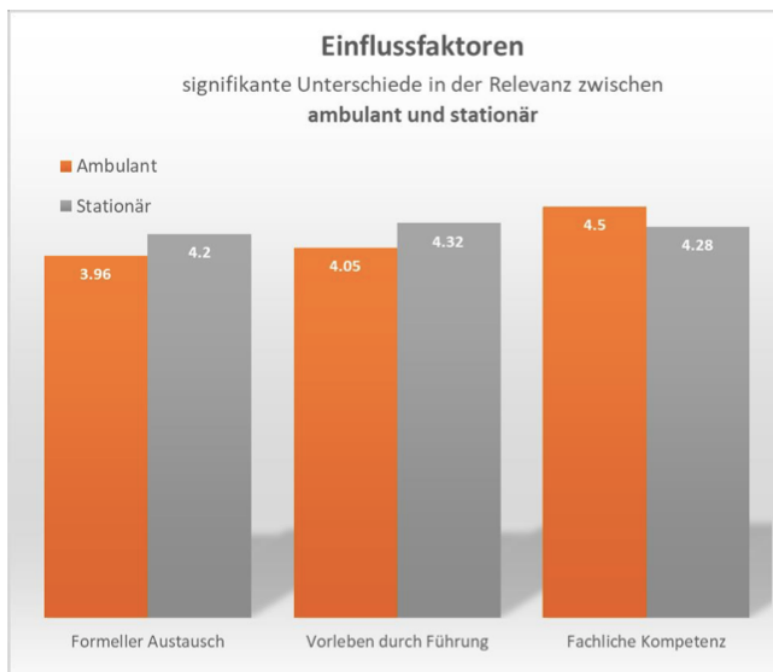


Abbildung 7: Formelle Austauschgefässe im stationären Setting. *Notiz*. Adaptiert von Gurtner, S. & Wettstein, M. (2019). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung: Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017–2020*. https://www.curaviva.ch/files/5WKKPP7/anreize_und_hindernisse__studie__bfh__2019.pdf. S. 29.

6.3 Ziele, Herausforderungen und Chancen

Nachdem die IPZ als solche sowie Bedingungen für eine gelingende IPZ umfassend bearbeitet wurden, soll nun abschliessend betrachtet werden, welche Ziele, Herausforderungen und Chancen sie mit sich bringt. Dies wird jeweils sowohl aus der Perspektive für das Behandlungsteam als auch für die Klientel betrachtet und analysiert.

Das *Ziel* der Interprofessionalität ist in der Primärversorgung auf mehreren Ebenen angesiedelt. So geht es einerseits um die Steigerung der Versorgungsqualität, was auch eine ganzheitliche Behandlung beinhaltet. Andererseits sind sowohl die Effizienzsteigerung als auch eine kosteneffektive Nutzung der Teamressourcen Ziele der IPZ. Zudem soll eine gelingende und wirksame IPZ die Zufriedenheit aller involvierten Fachpersonen erhöhen und dadurch Fluktuationsraten verringern (Poggenburg et al., 2019, S. 25).

Gemeinsam mit einer dynamischen und komplexen Situation umgehen zu können und dabei sowohl die eigene als auch die anderen Sichtweisen der Professionellen zu berücksichtigen, dadurch voneinander zu lernen und gemeinsam einen adäquaten und ganzheitlichen Behandlungsplan zu erarbeiten, ist mit diversen *Herausforderungen* verbunden (S. 25). Diesbezüglich stellen beispielsweise bereits die unterschiedlichen Behandlungskonzepte und damit verbundene Kompetenzen der einzelnen Fachpersonen grundsätzlich eine Herausforderung dar. Auch das spezifische, oftmals voneinander abweichende, Fachwissen der verschiedenen Professionen im Zusammenhang mit den zu behandelnden Problemlagen, kann sich erschwerend auswirken und zu Schwierigkeiten führen. Dadurch kann Konkurrenz zwischen den Professionen aber auch zwischen den einzelnen Teammitgliedern entstehen, was im schlimmsten Fall zu Abwertung und Misstrauen führt. Auch eine unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung des Verhaltens der Klientel kann solche Konflikte begünstigen und sogar zu Spaltungen im Team führen. Und obwohl unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale und Temperamente im interprofessionellen Team grundsätzlich hilfreich sein können, kann die Zusammenarbeit im Rahmen dieser Vielfalt auch eine Herausforderung darstellen. Zudem kann die Motivation oder der Druck, helfen zu wollen oder sogar zu müssen, zu einer potenziellen Überlastung von einzelnen Teammitgliedern führen (Müller et al., 2018, S. 158).

Auf der Seite der Klientel entsteht durch das unterschiedliche Behandlungsangebot der verschiedenen, je nach Fall mehr oder weniger, involvierten Professionen das Risiko einer Überforderung. Insbesondere bei komplexen Klient*innensituationen besteht die Gefahr, dass zu viele "Bühnen" eröffnet werden. Zudem wirken sich Konkurrenzkämpfe zwischen den Professionen insofern auf die Klientel aus, als dass Grauzonen entstehen, in welchen die Betroffenen möglicherweise über- oder auch unterversorgt werden (S. 158).

Deshalb ist die Weitervermittlung von Wissen, Informationen sowie therapeutischen Massnahmen insbesondere bei der psychiatrischen Klientel von grosser Bedeutung, um den Betroffenen Sicherheit zu vermitteln. Zudem ist es wesentlich, im Rahmen des Behandlungskonzeptes ein gemeinsames Verständnis über die jeweilige Situation zu schaffen. Ist dies nicht der Fall, können Ambivalenz, Zweifel oder Spaltungsprozesse bei der Klientel die Folge sein (S. 158).

Eine erfolgreiche IPZ basiert deshalb auf dem regelmässigen Austausch und der Offenheit für Veränderungen. Im stationären Setting ist dies besonders wichtig und stellt einen kontinuierlichen Prozess dar. Durch verschiedene Austauschgefässe wie interprofessionelle Rapporte, Fallbesprechungen, regelmässige Reflexion der Zusammenarbeit und intensive Auseinandersetzung mit fachübergreifenden Themen, wird dieser Prozess in mehrfacher Hinsicht gefördert (S. 160). Dadurch entstehen vielseitige *Chancen* sowohl in Bezug auf das interprofessionelle Team als auch auf eine ganzheitliche Versorgung der Klientel. Gemäss Poggenburg et al. (2019) zählen dazu die folgenden:

- Die IPZ ermöglicht es einerseits verschiedenen Professionen, ihre Kompetenzen zu ergänzen und dadurch ihre Leistungsfähigkeit zu erweitern
- Durch eine strukturierte Zusammenarbeit können sich die einzelnen Professionen andererseits auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren, was zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führt. Dadurch werden sowohl Über- als auch Unterforderung vermieden
- Eine klare Aufteilung der Kompetenzen unter Berücksichtigung der jeweiligen professionsbedingten Kenntnisse und Arbeitsweisen trägt zur Steigerung der Behandlungs- und Betreuungsqualität bei
- Eine angemessene IPZ kann das Verhältnis zwischen den Professionen verbessern, indem ein respektvolles Miteinander gefördert wird (S. 27).

6.4 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde die IPZ umfassend analysiert. Dabei stellte sich heraus, dass sie in den letzten Jahren einen starken Bedeutungszuwachs erfuhr. So wird in diversen Handlungsfeldern eine intensivierte IPZ gefordert, wobei sich die Professionellen jedoch unsicher sind, wie diese umgesetzt werden kann. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass kein einheitliches Verständnis respektive keine abschliessende Definition der IPZ existiert. Allerdings wurde ersichtlich, dass in den aktuellen Verständnissen der IPZ diverse Gesundheitsberufe und -professionen involviert sind und nicht mehr nur die klassischen Professionen. Daher sind gezielte Austauschprozesse zwischen den verschiedenen Fachpersonen zentral, um dadurch ein gemeinsames Verständnis für die jeweilige Fallsituation schaffen zu können und den Behandlungsprozess entsprechend zu gestalten (Atzeni et al., 2017, S. 17).

Diese notwendige Kooperation mit anderen Professionen ergibt sich im psychiatrischen Handlungsfeld aus dem biopsychosozialen Gesundheits- und Problemverständnis von psychisch Erkrankten. Demzufolge gilt es im Rahmen des Behandlungsprozesses sowohl die Ursachen als auch die Folgen über diese drei Dimensionen zu bearbeiten (Walther, 2023, S. 26-27). Die Klärung der Zuständigkeiten ist diesbezüglich jedoch oftmals mit Herausforderungen verbunden (Desole, 2017, S. 1). So können durch die unterschiedlichen Kompetenzen und Zuständigkeiten beispielsweise Konflikte im Team entstehen, welche zu einem Konkurrenzkampf führen können (Kieser, 2013, S. 386-389). Aufgrund der Abhängigkeit der Professionen voneinander entsteht jedoch ein Spielraum, in welchem Zuständigkeit und Autonomie ausgehandelt werden können. Damit dies umgesetzt werden kann, müssen Austauschgefässe geschaffen werden (Desole, 2017, S. 2). Sozialarbeitende haben diesbezüglich eine zentrale Rolle, indem sie die Zusammenarbeit mehrerer Fachkräfte koordinieren (Walther, 2023, S. 26). Wider (2013) beschreibt dies als eine Art der „Brückenbaufunktion“, indem klinisch Sozialarbeitende zwischen den verschiedenen Professionen vermitteln (S. 10-11). Diese Funktion führt jedoch gleichzeitig dazu, dass die anderen Fachpersonen des Behandlungsteams die tatsächlichen Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie nicht erkennen (Walther, 2023, S. 27).

Damit die IPZ generell wie auch spezifisch in der stationären Erwachsenenpsychiatrie zielführend umgesetzt werden kann, müssen bestimmte Bedingungen auf mehreren Ebenen erfüllt sein. So sind auf der strukturell-organisatorischen Ebene Rahmenbedingungen wie genügend zeitliche Ressourcen, gemeinsame Ziele oder auch die Initiierung und Förderung der IPZ durch die Leitung zu verorten. Auf der individuellen Ebene sind Kenntnisse über die eigenen Kernkompetenzen und Motivation zur Kooperation sowie Wissen über die Kompetenzen der anderen Professionen festzumachen. Auf der interpersonellen Ebene sind Prozesse zwischen den Fachpersonen wie eine offene und wertschätzende Haltung, gegenseitiger Respekt oder die Konfliktfähigkeit zentral (Wider, 2013, S. 12). Diese Bedingungen stellen die Basis dar, um in formellen Austauschgefässen gemeinsam Entscheidungen zu treffen, Fragen einzubringen und somit einen ganzheitlichen Behandlungsprozess zu gewährleisten. Beispiele für solche formellen Austauschgefässe sind wöchentliche Kurzrapporte, zweiwöchige grössere Rapporte oder auch Fallbesprechungen (Gurtner & Wettstein, 2019, S. 15).

Sofern die IPZ so umgesetzt wird, können durch sie sowohl die Versorgungsqualität als auch die Effizienz und eine kosteneffektive Nutzung der Teamressourcen gesteigert werden. Zudem kann eine solche IPZ die Zufriedenheit der Fachpersonen erhöhen und Fluktuationsraten verringern (Poggenburg et al., 2019, S. 25). Abschliessend kann das Verhältnis zwischen den Professionen verbessert werden, indem ein respektvolles Miteinander gefördert wird (S. 27).

7. Methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturlarbeit mit einem empirischen Teil. Nachdem die theoretischen Grundlagen umfassend beschrieben und diskutiert wurden, geht es in diesem Kapitel darum, eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens für den empirischen Teil zu geben. Dazu wird das von den Autor*innen gewählte Forschungsdesign vorgestellt. Zudem wird die Auswertungsmethode beschrieben, welche im darauffolgenden Kapitel verwendet wird, um die Daten auszuwerten. Auf dieser Basis werden schliesslich die Forschungsergebnisse dargestellt und im Rahmen der Schlussfolgerung die Fragestellungen beantwortet sowie die Empfehlungen für die Praxis formuliert.

7.1 Forschungsdesign und Datensammlung

Die Grundlage für den Forschungsteil ergibt sich aus dem theoretischen Teil. Dabei wurde die Problemlage umfassend und aus verschiedenen Perspektiven bearbeitet. Hierfür wurden sowohl spezifische Fachliteratur als auch Erkenntnisse aus unterschiedlichen Einzelstudien und Expert*innenmeinungen einbezogen, analysiert und diskutiert.

Die beschriebenen Inhalte haben einerseits zur Bildung der Fragestellung geführt und dienten andererseits zur Annäherung an den Themenbereich. Um die theoretisch bearbeiteten Themen miteinander zu verknüpfen, mit Praxiserfahrungen zu vergleichen und somit die Forschungsfragen zu beantworten, entscheiden sich die Autor*innen für eine qualitative Forschungsmethode. Mithilfe von zwei problemzentrierten Expert*inneninterviews soll ein praxisnaher Einblick in das bereits eingeführte Handlungsfeld der klinischen Sozialarbeit - die stationäre Erwachsenenpsychiatrie – verschafft sowie Prozesse im Rahmen der IPZ genauer betrachtet werden.

7.1.1 Qualitative Forschung

Qualitative Forschung setzt sich mit Einzelfällen unter Einbezug von wissenschaftlich-theoretischer Aufarbeitung im Vornherein auseinander. Demzufolge befassen sich die Forschenden zuerst mit wissenschaftlicher Literatur und bereits vorhandenem Wissen in einem bestimmten Themenbereich. Erst danach wird die Thematik in der Praxis beobachtet und erforscht, um anschliessend die Ergebnisse im jeweiligen Kontext zu interpretieren (Wotha & Dembowski, 2017, S. 1).

Qualitative Forschungsmethoden eignen sich besonders gut zur Untersuchung sozialer Wirklichkeiten, da diese durch Kommunikation und Interaktion entstehen und somit anhand von Deutungsmustern erfasst werden können. Im Gegensatz zu quantitativen Forschungsmethoden, müssen qualitative Forschungsmethoden die Verhaltensweisen eines Menschen nicht isoliert betrachten, sondern können das Verhalten in ihrer alltäglichen Umgebung erforschen. Zudem können qualitative Forschungsmethoden praktisch angewendet und umgesetzt werden (Kardorff, 1995, S. 7-8). Deshalb erscheinen die qualitativen Forschungsmethoden für die Erforschung und Bearbeitung der Fragestellung dieser Arbeit als besonders geeignet.

7.1.2 Das problemzentrierte Interview

Im Rahmen dieser Arbeit wird ein Interviewleitfaden basierend auf dem problemzentrierten Interview erstellt, um die Daten für den empirischen Teil zu sammeln. Der Leitfaden des problemzentrierten Interviews dient vor allem als Orientierung und zur Strukturierung. Für Nachfragen oder weiterführende Fragen während des Interviews kann demzufolge vom Leitfaden abgewichen werden. Die interviewte Person soll die Möglichkeit haben, ihre Antworten auszuführen und frei erzählen zu können (Hopf, 1995, S. 178).

Um diese Art von Interview durchzuführen, bedarf es Fachpersonen beziehungsweise Expert*innen aus einem spezifischen Handlungsfeld. Solche Personen zeichnen sich durch ein ausgeprägtes und spezifisches Wissen über soziale Gegebenheiten im jeweiligen Bereich aus. Das Expert*inneninterview dient dazu, dieses Wissen zu erschliessen. Dabei unterscheidet es sich von den anderen Leitfadeninterviews dadurch, dass diese Interviewform direkt Informationen liefern soll und dementsprechend keine interpretativen oder rekonstruktiven Analysen notwendig sind. Im Fokus ist folglich nicht der oder die Expert*in, sondern die Expertise und das exklusive Wissen dieser Person (Strübing, 2013, S. 95-99).

Die Expert*inneninterviews ermöglichen es den Autor*innen somit zu überprüfen, inwiefern die Soziale Arbeit in der Psychiatrie generell etabliert und legitimiert ist und welche Funktion sie auf den spezifischen Stationen hat. Auf dieser Basis wird die Ausgestaltung der IPZ auf der jeweiligen Station erfragt. Nach der Transkription der Interviews werden die Daten analysiert, kategorisiert und mit den Ergebnissen aus dem theoretischen Teil verknüpft. Dies soll schliesslich sowohl zur Beantwortung der Fragestellung beitragen als auch als praxisnaher Zugang für die Empfehlungen für die Praxis dienen. Vorab ist jedoch anzumerken, dass die Expert*inneninterviews in derselben Institution stattfinden und dadurch lediglich einen Ausschnitt aus der Praxis widerspiegeln.

7.1.3 Ausarbeitung Leitfaden

Als Orientierung für die Erstellung des Interviewleitfadens dient der Aufbau des theoretischen Teils dieser Arbeit. In einem ersten Schritt wird eine Grundstruktur mit den relevantesten Oberthemen erstellt. Dadurch können die Fragen anschliessend spezifischen Themenbereichen zugeordnet werden. Zudem erleichtert dies die Formulierung der Fragen. Hierbei werden alle Fragen gesammelt, die einen Bezug zum Forschungsbereich haben. Das Ziel ist es, möglichst viele Fragen zu sammeln und den Fokus nicht auf die Eignung oder Formulierung zu setzen. Das Sammeln der Fragen führen die beiden Autor*innen unabhängig voneinander durch, um die Objektivität dieser Arbeit zu erhöhen. Im zweiten Schritt wird die Liste der Fragen zusammengetragen und danach geprüft, reduziert und strukturiert. Im letzten Schritt wird der Leitfaden erstellt. Dabei werden die Fragen in die spezifischen Kategorien eingeteilt und in einen bestimmten Ablauf gebracht.

Die Erstellung des Leitfadens wird in Anlehnung an die SPSS-Methode vorgenommen, um formelle Kriterien für die Interviewfragen zu erfüllen. Diese beinhaltet die folgenden Arbeitsschritte: sammeln, prüfen, sortieren und subsumieren (Wotha & Dembowski, 2017, S. 2). Zudem werden im Rahmen der qualitativen Forschung offene Fragen formuliert, damit möglichst viele und detaillierte Daten gesammelt werden können. Der Leitfaden wird im Voraus von den Autor*innen, welche keine Expert*innen aus der Praxis sind, jedoch mit der Thematik vertraut sind, getestet.

7.1.4 Feldzugang

Ausgehend von der Fragestellung ist es für die Autor*innen naheliegend, dass sich klinisch Sozialarbeitende aus der stationären Erwachsenenpsychiatrie optimal für die beiden Interviews eignen. Hinzu kommt, dass aufgrund der Praxismodule bereits Kontakte zu Fachpersonen in den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern bestehen. Daher werden für die Interviews sowohl ein junger Sozialarbeiter, der erst vor einem Jahr sein Studium abgeschlossen hat, als auch ein erfahrener Sozialarbeiter mit über 10 Jahren Praxiserfahrung in der stationären Erwachsenenpsychiatrie, angefragt. Beide sind auf unterschiedlichen Stationen und somit in verschiedenen Fachgebieten der Psychiatrie tätig.

Sie zeigen sich motiviert und erklären sich gerne bereit, für das Interview zur Verfügung zu stehen. Die Interviews finden am entsprechenden Arbeitsort der interviewten Person statt und werden im jeweiligen bevorzugten Dialekt durchgeführt, um die Authentizität zu fördern und ein angenehmes Klima für die interviewte Person zu ermöglichen. Die beiden interviewten Sozialarbeiter werden im Rahmen der Auswertung der Interviews näher vorgestellt.

7.2 Auswertungsmethode

Die Grundlage für die Auswertung ist die vollständige Transkription der beiden Interviews. Die darauf aufbauende Fallanalyse wird in Anlehnung an Kuckartz (2018) anhand der sechs Phasen der Auswertung einer Inhaltsanalyse vorgenommen. Die einzelnen Schritte sind in der folgenden Abbildung 8 zusammengefasst dargestellt.

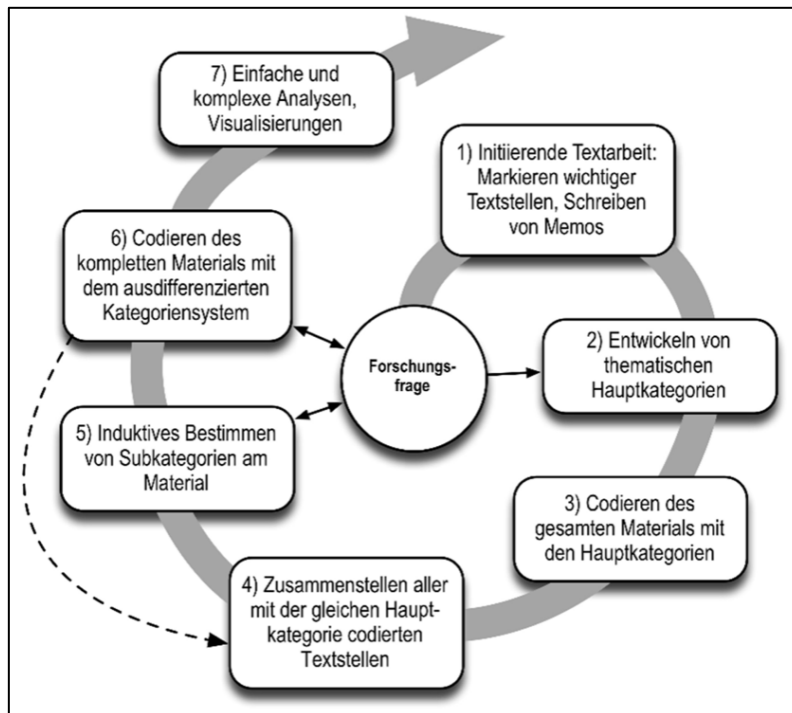


Abbildung 8: Sechs Phasen der Auswertung einer Inhaltsanalyse. *Notiz.* Adaptiert von Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Beltz Juventa. S. 100.

In der *ersten Phase* werden Stellen im Transkript thematisch sortiert, indem sie markiert werden. Die Themen werden jeweils mit einem Stichwort betitelt. Anmerkungen können während der Codierung an den Rand des Textes geschrieben werden - dies ist die erste grobe Codierung. In dieser Phase wird zudem eine Kurzzusammenfassung des Interviews angefertigt. In der *zweiten Phase* werden erste thematische Hauptkategorien gebildet. Die Daten werden mithilfe von Kategorien und Subkategorien inhaltlich strukturiert. Für die Bildung der Hauptkategorien soll die Fragestellung als Grundlage dienen. Wichtig ist es, nicht zu viele Hauptkategorien zu bilden, da der Prozess ansonsten unübersichtlich wird. Ausserdem sollen die Kategorien möglichst genaue Beschreibung enthalten und auf ihre Ergebnisrelevanz geprüft werden. Allenfalls können neue Themen auftauchen, die nicht im theoretischen Teil behandelt wurden. Diese gilt es ebenfalls zu markieren. In der *dritten Phase* wird der gesamte transkribierte Text codiert und den Kategorien zugeordnet. Üblicherweise können Textstellen einer Kategorie zugeordnet werden. Es kann jedoch auch vorkommen, dass eine Textstelle verschiedenen Kategorien zugehört. Daher ist im Allgemeinen zu beachten, dass mindestens

ein vollständiger Satz einer Kategorie zugeordnet wird. In der *vierten Phase* folgt das Zusammenfassen aller mit der gleichen Kategorie codierten Textstellen. In der *fünften Phase* steht das Bestimmen von Subkategorien im Zentrum. Zu Beginn der Auswahl der Subkategorien wird eine Hauptkategorie gewählt, welche differenziert dargestellt werden soll. Anschliessend werden die Textstellen dieser Hauptkategorie zusammengestellt und den verschiedenen Themen zugeordnet, welche die Subkategorien bilden. Zuletzt werden den Subkategorien kurze Beschreibungen hinzugefügt. In der *sechsten Phase* wird der gesamte Text mit den ausdifferenzierten Kategorien erneut codiert. In der *siebten Phase* erfolgen das Analysieren der Kategorien anhand von Visualisierungen (Kuckartz, 2018, S. 97-111).

Somit erfolgt nach dem Abschluss der Codierung die Analysephase. In einem ersten Schritt werden hierbei die Aussagen der Kategorien zusammengefasst und in eigenen Worten wiedergegeben. Falls sich gebildete Kategorien als überflüssig herausstellen, müssen sie in diesem Schritt nicht eingebunden werden. Im nächsten Schritt werden die Kategorien in tabellarischer Form dargestellt und vertieft interpretiert. Zusammenhänge und Unterschiede können durch den tabellarischen Aufbau sichtbar gemacht und interpretiert werden. Bei der Analyse ist zu beachten, dass sie auf den Originalaussagen basiert und sich somit auf empirischen Daten stützt. Abschliessend wird die Analyse in einem Ergebnisbericht zusammengefasst (S. 111-117).

7.3 Auswertung der Interviews

Nachfolgend geht es darum, Angaben zu den Personen der Expert*inneninterviews sowie zur Institution zu geben. Zudem wird eine Kurzzusammenfassung der beiden Interviews gegeben.

7.3.1 Angaben zu den Fachpersonen

Die beiden Interviews wurden mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit, welche in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) angestellt sind, durchgeführt. Dabei sind beide Interviewpartner aktuell in der stationären Erwachsenenpsychiatrie tätig. Der erste Interviewpartner ist seit einem Jahr und drei Monaten in den UPD mit einem Arbeitspensum von 70% auf der Station "Lenoir" angestellt. Zudem ist er mit 15% im intensiven Casemanagement tätig. Besonders spannend an diesem Interview war, dass er gezielte Bezüge und kritische Reflexionen zu Inhalten aus dem Studium machte, weil er erst vor einem Jahr das Bachelorstudium abgeschlossen hat. Das zweite Interview wird mit einem Sozialarbeitenden durchgeführt, welcher bereits seit 9.5 Jahren in der stationären Erwachsenenpsychiatrie den UPD tätig ist. Auch er arbeitet mit einem Pensum von 70% auf einer Station und zu 15% im intensiven Casemanagement. Er hat zudem einen Masterabschluss in Sozialer Arbeit.

7.3.2 Angaben zur Institution

Die UPD ist sowohl ein Universitätsspital als auch das Kompetenzzentrum für Psychiatrie und Psychotherapie im Kanton Bern. An mehr als 25 Standorten beschäftigt die UPD über 1'700 Mitarbeitende. Sie bietet in der gesamten Versorgungskette verschiedenste Angebote im Bereich der psychiatrischen Versorgung an. Dies umfasst die Früherkennung, ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungssettings sowie die Rehabilitation und Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Rund 12'000 Patient*innen pro Jahr erhalten Unterstützung und Behandlung in den Angeboten der UPD (UPD, o.D.).

7.3.3 Kurzzusammenfassung der Interviews

Die Soziale Arbeit spielt in der stationären Erwachsenenpsychiatrie der UPD grundsätzlich eine wichtige Rolle. Jedoch kann dies je nach Station und Teamzusammensetzung unterschiedlich ausgeprägt sein. Vor allem auf der Leitungsebene besteht ein grosses Risiko, dass die Anliegen der Sozialen Arbeit untergehen. In interprofessionellen Austauschgefässen müssen Sozialarbeitende aktiv das Wort ergreifen, um Informationen weitergeben zu können oder Zuständigkeiten zu klären. In Bezug auf die verschiedenen Interventionsschwerpunkten der Sozialen Arbeit im Rahmen der sozialen Dimension ist bei den meisten Klient*innen ein Unterstützungsbedarf respektive ein Auftrag gegeben. Das genaue Aufgabenspektrum und die Zuständigkeiten der klinischen Sozialarbeit sind jedoch nicht immer für alle Fachpersonen der Behandlungsteams klar.

Der Fokus der Sozialen Arbeit liegt auf der Bearbeitung der sozialen Faktoren. Jedoch ist es zentral, dass sich Sozialarbeitende ebenfalls mit den biologischen und psychologischen Faktoren auseinandersetzen. Dadurch kann sowohl eine ganzheitliche Betrachtung gewährleistet als auch die Zusammenarbeit mit den anderen Professionen erleichtert werden. Dies erscheint für einen erfolgreichen Behandlungsprozess und zur Verminderung von Wiedereintritten als zentral. In der interprofessionellen Zusammenarbeit ist das Fachwissen der klinisch Sozialarbeitenden wichtig, muss jedoch bei den Rapporten und Ärzt*innenvisiten gezielt eingebracht werden. Wenn die Zusammenarbeit erfolgreich ist, hebt dies die Stimmung im Team, verändert das Arbeitsklima positiv und erleichtert die Arbeit. Jedoch liegt die Entscheidungskompetenz und die Fallführung stets bei den Ärzt*innen. Sie entscheiden, wann ein Austritt erfolgt oder der Aufenthalt verlängert wird. Dies kann zu Meinungsverschiedenheiten führen, welche im interprofessionellen Austausch ausgehandelt werden müssen.

7.4 Darstellung und Ausformulierung der Kategorien

Ausgehend von der Fragestellung und den Erkenntnissen aus dem Theorieteil wurden die folgenden Hauptkategorien und Unterkategorien festgelegt:

Kategorie	Unterkategorie
Soziale Arbeit	• Professionalisierung in der Psychiatrie • Problembereiche der Sozialen Arbeit
Klinische Sozialarbeit	• Bearbeitung der sozialen Dimension • Bio-psycho-soziales Modell • Gesundheitsverständnis • Komplexe Problemlagen im Arbeitsalltag
Interprofessionelle Zusammenarbeit	• Zusammenarbeit • Machtkonstellationen • Austauschgefässe
Ganzheitlicher Behandlungsprozess	• Keine Unterkategorie
Empfehlungen für klinisch Sozialarbeitende	• Keine Unterkategorie

Abbildung 9: Kategorien und Unterkategorien für die Datenauswertung (eigene Darstellung)

8. Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die fünf gewonnenen Kategorien sowie deren Unterkategorien genauer vorgestellt. Die Ergebnisse der jeweiligen Kategorien sind dabei durch aussagekräftige Interviewpassagen illustriert. Zusätzlich werden die Ergebnisse jeder Kategorie theoretisch verortet. Die Interviewtranskripte und deren detaillierte Auswertung sind im separaten Dokument "Anhang" zu finden. Die Ergebnisse haben keinen Anspruch auf Generalisierung. Bei den gesammelten Daten handelt es sich um exemplarische Einblicke aus der Perspektive von Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit im Kontext der stationären Psychiatrie.

8.1 Kategorie 1: Soziale Arbeit

Als erste Kategorie wurde die Soziale Arbeit als Profession herausgearbeitet. Dabei konnten die beiden Unterkategorien "*Professionalisierung in der Psychiatrie*" und "*Problembereiche der Sozialen Arbeit*" gebildet werden.

8.1.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen

Professionalisierung in der Psychiatrie

Die Fachpersonen erklärten, dass die Etablierung und Implementierung der Sozialen Arbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie grundsätzlich sowohl klinik- als auch stationsabhängig sind. Dementsprechend werden Sozialarbeitende auch unterschiedlich in den interprofessionellen Behandlungsprozess einbezogen. Dabei werden Fachpersonen der Sozialen Arbeit häufig als Hilfsarbeiter*innen verstanden. Sie gelten demzufolge als zudienend zu den Ärzt*innen. „*Ich könnte es so beschreiben, dass wir sogenannte Hilfsarbeiter sind. Wir werden auch genau so beschreiben. Wir sind zudienend zu den Ärztinnen und Ärzten.*“

Dies zeigt sich jedoch in der Praxis je nach Teamkonstellation, Profession und Alter der Fachpersonen unterschiedlich. Bei jüngeren Fachpersonen wird die Soziale Arbeit grösstenteils als relevanter Bestandteil des Behandlungsteams wahrgenommen. Dieses Verständnis ist bei älteren Fachpersonen oftmals weniger gegeben. Die Fachperson beschreibt dies folgendermassen: „*Zum Beispiel haben wir zurzeit einen jungen Oberarzt. Für ihn ist die Soziale Arbeit selbstverständlich und wir arbeiten zusammen auf Augenhöhe und können bei Entscheiden auch mitsprechen. Wenn ich mit älteren Ärzten und Ärztinnen zusammenarbeiten, dann bemerke ich schnell, dass die Soziale Arbeit nur eine Ergänzung ist und auszuführen hat.*“

Besonders sichtbar wird der Stand der Etablierung und Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie auf der Leitungsebene. In diesem Zusammenhang beschrieben die Fachpersonen, dass die Soziale Arbeit oft vergessen geht. *„Wir werden auch häufig vergessen. Zum Beispiel auf Leitungsebene werden wir häufig vergessen. Auch im therapeutischen Dienst, die Gewichtung liegt vor allem auf dem Medizinischen und auf der Pflege.“*

Der Experte aus dem zweiten Interview beschreibt, dass es weiterhin Einsatz benötigt, um die Anliegen der Sozialen Arbeit im Rahmen von interprofessionellen Austauschgefässen einzubringen: *„Wir sind uns am einsetzen und etablieren immer und immer wieder auf der Leitungsebene. Wir wollen uns bemerkbar machen und auf uns aufmerksam machen, was wir leisten und dass wir auch ein wichtiger Teil sind.“*

Neben diesen Entwicklungsfeldern für die Etablierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie wurde jedoch auch ersichtlich, dass bereits einige entscheidende Meilensteine überwunden wurden. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass die Soziale Arbeit in der Institution der interviewten Fachpersonen ein fester Bestandteil des Behandlungsteams auf jeder Station ist. *„Grundsätzlich sind wir in dieser Klinik auf jeder Abteilung vertreten. Das ist wichtig. Es ist immer ein Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin in der Erwachsenenpsychiatrie. Das ist so geregelt.“*

Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass die psychiatrische Klientel oftmals einen hohen Unterstützungsbedarf im Rahmen der sozialen Dimension aufweist. Somit stehen bei vielen Eintritten in die Psychiatrie soziale Faktoren im Vordergrund, was zur Folge hat, dass Fachwissen und Fachpersonen der Sozialen Arbeit benötigt werden. Die Fachperson erklärte dies wie folgt: *„Und wir haben auch sehr viele Eintritte teilweise, bei welchen es nicht um gesundheitliche Problematiken geht, sondern dass soziale Problematiken im Vordergrund sind.“*

Abschliessend wurde ersichtlich, dass die Sozialarbeitenden aus formaler Perspektive durch ihre akademische Ausbildung einen hohen Grad an Professionalisierung mit sich bringen. Sie verfügen in der Regel über einen Bachelor- oder Masterabschluss und Weiterbildungen in verschiedenen Bereichen. *„Aber ja, wenn man es von der Seite vom Professionellen anschauen will, schlussendlich haben alle Leute, welche hier als Sozialarbeitende arbeiten, haben einen Bachelorabschluss. Im Endeffekt haben Personen in der Sozialen Arbeit teilweise sogar den Master oder haben CAS als Weiterbildung gemacht.“*

Problembereiche der Sozialen Arbeit

In den Interviews wurde deutlich, dass die Soziale Arbeit in der Praxis einen grossen Teil der Vernetzungsarbeit übernimmt und somit das Bindeglied zwischen diversen Schnittstellen bildet. Diese Schnittstellenarbeit hat einerseits zur Folge, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit den Überblick über die Gesamtsituation haben und andererseits die Bedürfnisse und Anliegen der verschiedenen Stellen, Fachpersonen und der Klientel bestmöglich berücksichtigen müssen. Beispiele für diese Schnittstellenarbeit und die damit verbundenen Schwierigkeiten, konnten in den Interviews herausgefiltert werden. So findet die Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Menschen im stationären Setting oftmals im Zwangskontext statt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen können die Zusammenarbeit mit der Klientel bereits von Beginn an herausfordernd gestalten.

„Je nach psychischer Erkrankung, weil dadurch rechtlich gesehen viele Sachen bestimmt werden über sie aufgrund der Erkrankung, was die Zusammenarbeit mit ihnen erschwert, also sprich, dass man dort auch gute Lösungen findet, welche auch sie mit einverstanden sind. Das ist immer eine Herausforderung, weil manchmal etwas im Zwangskontext durchgesetzt wird und nicht unbedingt am Willen von den Patientinnen entspricht.“

Zudem ist für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie ein schneller Alltag charakteristisch. Dies zeigt sich in teilweise kurzen Aufenthaltsdauern, was die Zusammenarbeit mit externen Stellen zusätzlich erschwert und eine adäquate Bearbeitung der sozialen Faktoren vor diverse Herausforderungen stellt. Des Weiteren wurde im Zusammenhang mit der Koordinationsfunktion deutlich, dass die Soziale Arbeit im Praxisalltag oftmals vergessen geht, da sie zwischen den Professionen und an Schnittstellen tätig ist und dadurch oftmals weniger berücksichtigt wird. Dies hat auch zur Folge, dass ihr Zuständigkeitsbereich für die weiteren Professionellen unklar erscheinen kann. Dieses Phänomen wird von beiden Fachpersonen beschrieben. *„Denn ich habe dort das Gefühl, dass dort die Soziale Arbeit, wo hier als Querschnittsfunktion gesehen wird, wird eher weniger mit gedenkt und bekommen dann die Informationen auch eher erst sehr spät.“*

Die zweite Fachperson nimmt konkret Bezug auf Unklarheiten im Behandlungsteam hinsichtlich des Zuständigkeitsbereichs der Sozialen Arbeit:

„Besonders die Schwerpunkte werden ab und zu spannend gesetzt. Sei es von der Pflege oder von Ärzten, dass sie das Gefühl haben, das wäre jetzt etwas für dich. Bei dem ich sehr schnell sagen muss, dass dies nichts für mich ist, aus verschiedenen Gründen. Das Verständnis von dem, was wir machen, ist ab und zu verständlicherweise nicht immer vorhanden.“

8.1.2 Theoretische Verortung

Die Ergebnisse der Interviews decken sich mit diversen Erkenntnissen aus dem Theorieteil. So ist gemäss Völter et al. (2020) der Diskurs rund um die Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Praxis sehr zentral. Die Etablierung und Professionalisierung findet in der Psychiatrie vor allem im interprofessionellen Austausch sowie mit der Involvierung und Übernahme von Zuständigkeiten von Sozialarbeitenden im Behandlungsprozess statt (S. 7-8).

Der Fortschritt der Etablierung zeigt sich darin, dass die Soziale Arbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie mittlerweile ein fester Bestandteil bei der Behandlung und Betreuung von psychisch erkrankten Menschen ist. Dabei muss sie sich jedoch regelmässig für die Bedeutung und Wahrnehmung des Sozialen einsetzen (Walther, 2017, S. 36). Dies ist unter anderem auf den dominierenden medizinischen Diskurs zurückzuführen (Sommerfeld et al., 2016, S. 10-11). Heute ist jedoch zu erkennen, dass die Bedeutung und Anerkennung der Sozialen Arbeit im Praxisalltag zunehmen.

Dies auch vor dem Hintergrund, dass ein Grossteil der psychiatrischen Klientel im Rahmen der sozialen Dimension einen Unterstützungsbedarf aufweist (Sommerfeld et al., 2016, S. 99-100). Gemäss Bernasconi et al. (2012, S. 8-9) leistet die Soziale Arbeit dabei einen Grossteil der Vernetzungsarbeit und ist daher ein Bindeglied zwischen den Professionen im Behandlungsprozess und gesundheitsbezogenen- oder sozialen Diensten ausserhalb der Klinik. Diese Schnittstellenarbeit bedeutet jedoch zugleich, dass viele Arbeiten im Hintergrund beziehungsweise nicht direkt auf der Station stattfinden und daher kaum wahrgenommen werden. Dies führt nach Walther (2023) oftmals dazu, dass bei anderen Professionen der Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit unklar erscheint und Sozialarbeitende als Generalist*innen angesehen werden (S. 27). Dies unterstreicht zudem den Status und die Wahrnehmung der Sozialen Arbeit als Hilfsprofession und erschwert somit deren Etablierung (Sommerfeld et al., 2016, S. 11).

Schliesslich wurden die Herausforderungen, die sich aus den Strukturmerkmalen der Sozialen Arbeit ergeben, in den Interviews deutlich. Nebst dem Strukturmerkmal der IPZ wurde vor allem das Spannungsfeld des doppelten Mandates - welches sich insbesondere im Zwangskontext zeigt - erkennbar. Dabei sind Sozialarbeitende gemäss Walther (2023) sowohl der Seite der Unterstützungswünsche der Klientel als auch den staatlich aufgetragenen Kontrollaufgaben verpflichtet (S. 18-19).

8.2 Kategorie 2: Klinische Sozialarbeit

Die zweite Kategorie bildet die klinische Sozialarbeit. Hierbei konnten die Unterkategorien „*Bearbeitung der sozialen Dimension*“, „*Bio-psycho-soziales Modell*“, „*Gesundheitsverständnis*“ und „*Komplexe Problemlagen im Arbeitsalltag*“ gebildet werden.

8.2.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen

Bearbeitung der sozialen Dimension

Im Zentrum des Gegenstandes der klinisch Sozialarbeitenden steht die soziale Dimension. Die Fachpersonen beschreiben verschiedene Beispiele für „typisch sozialarbeiterische Tätigkeiten“ in der stationären Erwachsenenpsychiatrie. Dazu gehören sowohl administrative Aufgaben als auch Erstgespräche und die Vernetzungsarbeit.

„Was sicher typisch sozialarbeiterisch ist, sind Erstgespräche, welche man führt. Man klärt am Anfang, wenn Personen eintreten die soziale Situation ab. Das heisst, man will wissen, wie die Wohnsituation ist, finanzielle Situation, auch ob externe Stellen involviert sind, um die Vernetzungsarbeit gewährleisten zu können. Angehörige, welche relevant sein können als Bezugspersonen oder wenn sie aus institutionellen Kontexten kommen, dass man dort den Kontakt mit den Bezugspersonen herstellen kann.“

Die Vernetzungsarbeit kann dabei sehr unterschiedlich sein. Eine besondere Funktion kommt den Sozialarbeitenden zu, wenn Behörden involviert sind.

„Was sicher auch noch typisch sozialarbeiterisch ist, ist die Vernetzungsarbeit. Dort hinzu gehört auch immer noch, dass man mit der Behörde in Kontakt ist. Wenn jetzt eine fürsorgliche Unterbringung von der Seite der KESB gesprochen wird, muss man dort schauen, dass man die Kriterien, die dort aufgeschrieben werden, dass ein Austritt möglich ist, dass man diese erfüllt. Es gibt danach auch eine Anhörung. Und dort hat man zusätzlich eine anwaltschaftliche Funktion teilweise, weil man mit den Leuten an jedem der Gespräche dabei ist. Und zu den Institutionen begleitet, wenn sie eine neue Anschlusslösung bräuchten.“

Die Fachpersonen betrachten und bearbeiten sozialen Aspekte jedoch nie isoliert.

„In meiner Arbeit hat das Soziale die grösste Gewichtung logischerweise. Wie ich bereits erwähnt habe, wir denken anders mit. Wir sehen den Patienten nicht nur als sozialarbeiterischer Fall oder eine Person, welche etwas Sozialarbeiterisches benötigt, sondern ich bin überzeugt, dass man ganzheitlich und systemisch denken muss. Das ist meine Haltung.“

Auch wenn hauptsächlich die klinische Sozialarbeit für die Bearbeitung der sozialen Faktoren zuständig ist, wünschen sich die Fachpersonen, dass sich im Umkehrschluss auch die weiteren involvierten Professionen mit der sozialen Situation der Klientel auseinandersetzen.

„Dies gehört dazu. Ich setzte mich auch mit den medizinischen Faktoren auseinander. Die Pflege sicher, welche eng mit uns zusammenarbeiten. Sie haben zum Teil soziale Themen, welche sie direkt auffangen. Ganz sicher auch die Ärzteschaft. Sie muss sich mit dem Sozialen auseinandersetzen. Das ist ein wichtiger Teil.“

Diese Forschungsergebnisse stehen in engem Zusammenhang mit dem bio-psycho-sozialen Modell, wodurch der Hauptfokus der jeweiligen Professionen veranschaulicht werden kann.

Bio-psycho-soziales Modell

In den Interviews zeigt sich, dass das bio-psycho-soziale Modell den Fachpersonen zwar bekannt ist, jedoch im Arbeitsalltag nicht umfassend angewendet wird. Die Zuständigkeiten werden jedoch immer anhand dieses Modells verteilt. Je nach Problemsituationen erhalten die verschiedenen Faktoren mehr oder weniger Gewicht. Dies ist abhängig von der Problemsituation und den Bedürfnissen der Klientel. Je nach Involvierung von Sozialarbeitenden übernehmen ebenfalls andere Professionsgruppen die Bearbeitung von sozialen Faktoren.

„Es gibt Situationen, welche vor allem von der Seite vom biologischen angeschaut werden. Ja. Zum Beispiel wenn es keine Themen gibt. Wir haben 21 PatientInnen auf der Station und in der Regel bin ich bei zwölf oder dreizehn Personen involviert, aber das bedeutet, dass ich bei sieben oder acht nicht involviert bin. Und dort wird beim Austrittsprocedure natürlich das Wohnen angeschaut und die Familie, aber dies muss nicht vom Sozialarbeitenden bearbeitet werden. Das macht das Behandlungsteam, welches involviert ist.“

Aufgrund des aktuell hohen bedarfs an stationärer psychiatrischer Versorgung und des daraus resultierenden Bettendrucks, wird der biologischen Dimension eine höhere Gewichtung beigemessen. *„Ich würde sagen, bei Personen, welche keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung zeigen, und leider wieder Bettendruck vorhanden ist, dann ist das biologische, gesundheitliche im Vordergrund.“*

Dies hat zur Folge, dass die soziale Dimension unterbelichtet bleibt und diesbezüglich keine adäquate Unterstützung gewährleistet werden kann. *„Und bei Leuten, die nur sehr kurzfristig hier sind, kann man den sozialen Faktoren nicht gerecht werden, weil der Austritt sehr schnell geplant ist. Dann hat man zu wenig Zeit.“*

Gesundheitsverständnis

Die interviewten klinisch Sozialarbeitenden gehen davon aus, dass Personen, welche eine stationäre psychiatrische Behandlung benötigen, komplexe Problemlagen und dementsprechend einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen. *„Ich behaupte, dass Personen, welche in eine Klinik kommen, in den allermeisten Fällen sehr schwer krank sind.“* Wie ersichtlich wurde, werden diesbezüglich die Zuständigkeiten gemäss dem bio-psycho-sozialen Modell und dem damit verbundenen Gesundheitsverständnis geklärt und definiert. Dadurch können im Rahmen des Behandlungsprozesses alle drei Dimensionen der verschiedenen Professionen bearbeitet werden.

Dabei wurde ersichtlich, dass in der Praxis nicht immer die Krankheit an sich zu einem stationären Klinikaufenthalt führt. *„Es ist nicht immer nur aufgrund der Krankheit im Allgemeinen, sondern es sind Faktoren, welche extern einwirken und nicht mit zum Beispiel der Medikation zu tun haben, welche ebenfalls eine Verschlechterung bieten können.“* Dennoch wurde ersichtlich, dass im Rahmen des Gesundheitsverständnisses die Ärzt*innen definieren, wann die Klientel wieder in einem stabilen Zustand ist und somit den Zeitpunkt des Austrittes immer durch sie bestimmt wird. Aus der Perspektive der klinischen Sozialarbeit beschrieb die Fachperson, was für sie eine Verbesserung des Zustandes ausmacht.

„Teilweise, wenn sie eintreten, sind sie im Intensivbetreuungszimmer, weil sie sehr laut sind und Logorrhö, sprich sie reden ohne Punkt und Komma. Sie sind teilweise enthemmt, sprich sie beginnen sich auszuziehen und zu entblößen auf der Station. Gewaltereignisse können ebenfalls ein Punkt sein. Und ich finde, sobald solche Sachen wegfallen, ist es für mich ein Zeichen, dass die Person stabiler ist als sie beim Eintritt war. Das sind dann jeweils die schönen Sachen, die man sieht. Auch wenn man dann mit den Leuten Gespräche führen kann und dabei ein roter Faden bei den Gesprächen bestehen bleibt, dass ein adäquates Gespräch möglich ist.“

Komplexe Problemlagen im Arbeitsalltag

Aus dem Gesundheitsverständnis der Fachpersonen, dass die meisten Klient*innen schwer krank sind, lässt sich ableiten, dass sie sich zum Zeitpunkt eines stationären Klinikaufenthaltes in komplexen und oftmals vielschichtigen Problemlagen befinden. Dies kann sich auf verschiedene Weisen äussern. Um die Bedürfnisse der Klientel zu erfassen und daraus situationsadäquate Unterstützung bieten zu können, sind Sozialarbeitende in der Zusammenarbeit mit der Klientel jedoch auf deren Mitarbeit angewiesen. Diese ist für den Erfolg des Behandlungsprozesses von grosser Bedeutung. Die Fachperson beschreibt dies wie folgt:

„Bei der Umsetzung ist es so, dass wir mit dem Fachwissen den Weg meistens gut kennen. Aber was bei allen gleich ist, unabhängig von der Sozialarbeit, ist dass wir die Patienten und Patientinnen für uns gewinnen müssen, weil wir mit Menschen zusammenarbeiten, welche sich in einer extremen Situation befinden bei uns. Da kann man noch so gut in seinem Beruf sein, wenn Patienten und Patientinnen nicht mitmachen, kann man grundsätzlich nicht arbeiten.“

8.2.2 Theoretische Verortung

Das Aufgabenspektrum des Kliniksozialdienstes, welches in der Literatur beschrieben wird, ist kongruent mit den Aussagen und Beschreibungen der Fachpersonen der Interviews. Gemäss Sommerfeld und Rüegger (2013) liegt dabei die Hauptaufgabe der klinischen Sozialarbeit in der Koordinierung von Schnittstellen, in der Sicherung von Anschlusslösungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Finanzen sowie in der (Re-)Aktivierung sozialer Netzwerke respektive Beziehungen (S. 397-400). Dabei haben Fachpersonen der Sozialen Arbeit zum Ziel, den Betroffenen situationsadäquate Unterstützung anzubieten und dadurch ihre Lebensbedingungen zu verbessern (Pauls, 2013b, S. 19-20).

Im Zuge des ganzheitlichen und mehrdimensionalen bio-psycho-sozialen Modells haben klinisch Sozialarbeitende stets einen ganzheitlichen Blick auf die Situation der Klientel und beziehen deren lebensweltlichen Kontext bestmöglich in den Behandlungsprozess ein. Das Modell zeigt gemäss Sommerfeld et al. (2016) auf, dass sowohl die Entwicklung als auch der Verlauf von psychischen Erkrankungen meist durch verschiedene Faktoren auf den drei Ebenen beeinflusst werden. Die drei Teilbereiche stehen demzufolge in Wechselbeziehung zueinander. In Bezug auf die stationäre Erwachsenenpsychiatrie wird dieses Modell als relevant erachtet und empfohlen (S. 86-87). Dabei erscheint es insbesondere auch für einen ganzheitlichen und adäquaten Behandlungsprozess von grosser Bedeutung zu sein.

Die klinische Sozialarbeit unterstützt im Rahmen der stationären Erwachsenenpsychiatrie üblicherweise Menschen in psychosozialen Multiproblemlagen. Die Bearbeitung dieser komplexen Situationen erfordert eine umfangreiche Unterstützung (Walther & Deimel, 2023, S. 41). Klinisch Sozialarbeitende sind hierbei auf die psychosoziale Beratung und Behandlung spezialisiert (Pauls, 2013b, S. 15). Damit das Basismedium der Beratung wirksam sein kann, ist jedoch eine Verständigungsorientierung notwendig. Dabei geht es darum, dass Inhalte in Bezug auf die aktuelle Situation der Klientel mit ihnen jeweils gemeinsam auszuhandeln sind. Somit sind klinisch Sozialarbeitende in der Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Menschen in gewisser Weise auf deren Kooperation angewiesen (Stimmer, 2020, S. 131).

8.3 Kategorie 3: Interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Rahmen der dritten Kategorie "Interprofessionelle Zusammenarbeit", wurden anhand der Interviews drei Unterkategorien gebildet: "Zusammenarbeit", "Machtkonstellationen" sowie "Austauschgefässe".

8.3.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen

Zusammenarbeit

Die Wichtigkeit der IPZ im Praxisalltag in der stationären Erwachsenenpsychiatrie wurde in den Interviews deutlich spürbar. Sie macht einerseits einen grossen Teil der Tätigkeit der klinisch Sozialarbeitenden aus und ist andererseits auch ausschlaggebend dafür, wie befriedigend die Fachpersonen ihre Arbeit empfinden. In der Institution der Fachpersonen gibt es hauptsächlich zwei Gefässe für den interprofessionellen Austausch:

„Das ist einerseits der interdisziplinäre Rapport. Dort ist nur das Behandlungsteam in der Besprechung und es werden Patientinnen besprochen. Bei diesem Rapport sind alle Disziplinen anwesend und dementsprechend tauscht man sich währenddessen aus, wie weit der Stand bei den jeweiligen Personen ist, wo Zuständigkeiten bestehen, wo nicht. Und das andere Gefäss, welches enorm wichtig ist, ist die Oberarztvisite, welche einmal in der Woche stattfindet. Und dort sind ebenfalls alle Disziplinen vertreten und es wird direkt mit den Patientinnen die Thematiken besprochen, welche zurzeit anstehen bei ihnen. Und auch bei diesem Gefäss ist man mit den Leuten im Austausch.“

Die IPZ wird diesem Zitat zufolge einerseits als sehr wesentlich angesehen. Andererseits bringt sie jedoch auch viele Herausforderungen mit sich:

„Und Herausforderungen sind auch die Interdisziplinarität, wo jeder im Team zum Teil seine eigenen Interessen vertritt. Deswegen muss man sich gut kennen und Vertrauen ineinander haben und auch den Mut haben, sich zu verteidigen oder zu melden, dass ich auch meinen Teil korrekt erledigen kann im Wunsch der PatientInnen.“

Wie im Zitat erwähnt wird, ist es wichtig, seinen Platz beziehungsweise seine Mitsprache in den Austauschgefässen einzufordern, sich an Entscheidungen zu beteiligen und Zuständigkeiten gemeinsam zu klären. Gleichzeitig ist es wesentlich, den anderen Fachpersonen insofern zu vertrauen, dass jede Profession ihren Gegenstand adäquat bearbeitet und transparent kommuniziert. Schlussendlich sind nämlich alle Professionen aufeinander angewiesen - so beispielsweise auch die Ärzt*innen auf Sozialarbeitende bei der Erstellung von Gutachten.

Es kann jedoch auch vorkommen, dass die Fachpersonen nicht einer Meinung sind. Im Team muss nicht immer dieselbe Meinung bestehen. Als häufiges Beispiel wurde die Einschätzung des Austrittszeitpunktes beschrieben

„Dort sind wir uns nicht immer alle einig. Die Pflege hat häufig die Ansicht, dass eine Person genügend stabil ist und die Ärztinnen jedoch zurückhaltend sind. Und ich auch häufig anspreche, dass zum Beispiel die Person kein Obdach hat. Es wäre in drei Tagen möglich, dies zu organisieren und einen sauberen Austritt zu machen, dass bereits eine Wohnform schon vorbereitet ist und die Person nicht im Nichts ist für drei Tage. Eigentlich. Es kann jedoch auch umgekehrt sein, dass die Ärztinnen das Gefühl haben, dass die Person genügend stabil ist, viele Sachen sind gesichert, diese Person soll gehen. Dabei die Pflege jedoch findet, dass dies nicht so funktionieren wird. Vielfach ist man sich nicht einig.“

Um wichtige Informationen teilen, Meinungsverschiedenheiten lösen und eine förderliche Zusammenarbeit schaffen zu können, sind Sozialarbeitende dazu verpflichtet, regelmässigen Kontakt mit anderen Professionen zu pflegen. Dies kann nebst dem direkten Austausch auch über Mailverkehr oder Einträge im Dokumentationssystem geschehen. *„Zusätzlich, wenn es möglich ist, bespreche ich mit den Assistenzärztinnen Sachen, mit der Oberärztin direkt, auch mit der Pflege, mit der Psychologin und schreibe zusätzlich viele E-Mails, welche danach an alle gerichtet sind, um alle auf den notwendigen Stand zu bringen.“*

Wenn dies nicht gelingt und die IPZ nicht angemessen umgesetzt wird, können dies mögliche Folgen davon sein:

„Wenn die Zusammenarbeit nicht funktioniert, gehen zum Beispiel Termine für die Nachbehandlung verloren, die Nachbehandlung wird nicht zufriedenstellend organisiert, Rezepte für Medikamente werden der Klientel nicht weitergegeben oder Institutionen werden nicht informiert. Dies kann dazu führen, dass Personen wieder eintreten müssen. Wichtige Zeit und Ressourcen gehen verloren.“

Auf der anderen Seite hat eine förderliche Zusammenarbeit viele Vorteile: Im Interview wurde erkennbar, dass sich eine funktionierende Zusammenarbeit positiv auf die Stimmung des Behandlungsteams auswirkt und den Arbeitsalltag sowie die Zusammenarbeit erleichtert. *„Es zeigt sich hauptsächlich in der Stimmung. Ich behaupte, eine gute Stimmung macht die anspruchsvolle Arbeit erträglich.“* Zudem können Fehler im Rahmen des Austrittsprocedere sowie Wiedereintritte verringert werden.

Machtkonstellationen

In den Interviews zeigte sich, dass Machtdynamiken in der Praxis im Rahmen der IPZ nach wie vor vorhanden sind. Gleichzeitig zeigten die Fachpersonen jedoch auf, dass unterschiedliche Machtausstattungen beziehungsweise ein hierarchischer Aufbau in einer Klinik gewissermassen notwendig ist. *„Hierarchie ist Teil der Klinik, ansonsten würde es schwerer funktionieren. Ich sage nicht, dass es nicht ohne Hierarchie auch funktionieren könnte, aber unsere Arbeit, welche schnell ist und schnelllebig ist, benötigt es eine gewisse Hierarchie.“*

Ein typisches Beispiel für die bestehende Hierarchie zeigt sich in der Fallführung und Entscheidungskompetenz, welche grundsätzlich bei den Ärzt*innen liegen. Dadurch tragen sie jedoch auch die Verantwortung für die jeweiligen Entscheidungen. *„Somit besteht der Punkt, wenn die Pflege der Meinung ist, dass die Person gehen muss, die Ärztinnen jedoch finden, nein, die Person geht nicht, dann darf die Person jeweils noch länger bleiben. Der Entscheid liegt bei den Ärztinnen.“* Zudem besteht durch die unterschiedliche zahlenmässige Präsenz der Fachpersonen der jeweiligen Professionen ein natürliches Machtgefälle.

Trotz der Entscheidungskompetenz der Ärzt*innen haben Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit ein Mitspracherecht und ihre Perspektive wird in den meisten Fällen in den Behandlungsprozess einbezogen. Daher ist es wichtig, sowohl einen respektvollen Umgang miteinander zu pflegen als auch den Mut zu haben, die Perspektive der eigenen Profession im fachlichen Austausch einzubringen.

„Es findet ein Austausch statt und ganz am Schluss entscheidet der Arzt oder die Ärztin. Und das vertreten wir auch so. Wir können mitdiskutieren und unsere Meinung einbringen und dies machen wir auch so. Dies finde ich auch schön, dass wir angehört werden. Aber schlussendlich muss die Person mit der Verantwortung die Entscheidung treffen.“

In Bezug auf die Machtdynamiken hielt die Fachperson aus der Sicht der Sozialen Arbeit abschliessend folgendes fest:

„Also wenn ich hier arbeiten möchte, muss ich akzeptieren können, dass eine Klinik grundsätzlich sehr hierarchisch aufgebaut ist. Das heisst, man kann nicht immer diese Hierarchie in Frage stellen. Das benötigt sehr viel Energie und ist nicht meine Aufgabe. Meine Aufgabe ist es für Patienten und Patientinnen verfügbar zu sein. Das ist klar. Aber je länger, dass ich hier arbeite und je sicherer, dass ich mich fühle, desto mehr stört mich dies und desto mehr traue ich mich, bei gewissen Situationen gegen Entscheidungen etwas zu sagen.“

Austauschgefässe

In der Organisation der Fachpersonen werden vorwiegend zwei interprofessionelle Austauschgefässe genutzt; der interdisziplinäre Rapport sowie die Arztvisite, welche beide wöchentlich mit allen Professionen stattfinden. Der Rapport wird dabei von der Pflege geführt. Die jeweiligen Professionen haben die Möglichkeit, relevante Informationen über den angesprochenen Klienten oder die Klientin an das gesamte Team weiterzugeben. Bei der Oberarztvisite leitet die Oberärztin oder der Oberarzt den Prozess. Auch hier besteht die Möglichkeit für alle Professionen, Informationen mitzuteilen.

„Aber wir haben bereits zwei wichtige Gefässe, aber das ist bei allen Stationen dasselbe. Das ist einerseits der interdisziplinäre Rapport. Dort ist nur das Behandlungsteam in der Besprechung und es werden Patientinnen besprochen. Bei diesem Rapport sind alle Disziplinen anwesend und dementsprechend tauscht man sich währenddessen aus, wie weit der Stand bei den jeweiligen Personen ist, wo Zuständigkeiten bestehen, wo nicht. Und das andere Gefäss, welches enorm wichtig ist, ist die Oberarztvisite, welche einmal in der Woche stattfindet. Und dort sind ebenfalls alle Disziplinen vertreten und es wird direkt mit den Patientinnen die Thematiken besprochen, welche zurzeit anstehen bei ihnen. Und auch bei diesem Gefäss ist man mit den Leuten im Austausch.“

Den Ausführungen zufolge haben sich die Austauschgefässe in der Institution auf jeder Station fest etabliert. Bezüglich eines möglichen Verbesserungsbedarfs im Rahmen der IPZ werden jedoch als Beispiel ebenfalls diese beiden Austauschgefässe genannt. *„Ich denke, dies könnten Gefässe sein, wie man sich austauscht. Ich würde behaupten, Abläufe können sich immer verbessern. Dort sehe ich die meisten Sachen, welche vorkommen, die ich schade finde.“*

8.3.2 Theoretische Verortung

Die IPZ hat gemäss der Literatur in den letzten Jahren in diversen Handlungsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens einen Bedeutungszuwachs erlebt (Atzeni et al., 2017, S. 17). In der stationären Erwachsenenpsychiatrie ergibt sich die IPZ aus dem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Problemverständnis. Deshalb erscheint die IPZ für einen adäquaten und ganzheitlichen Behandlungsprozess als unerlässlich (Walther, 2023, S. 26-27). Dabei haben Sozialarbeitende im Rahmen einer Brückenbaufunktion die vernetzende Aufgabe, zwischen den Professionen zu vermitteln (Wider, 2013, S. 10-11). Dadurch wird die Zusammenarbeit zwischen gefördert und es können Behandlungs- und Betreuungslücken vermieden werden. So erhöht gemäss einer funktionierenden Zusammenarbeit Poggenburg et al., (2019) die Versorgungsqualität und die Effizienz und senkt zudem die Behandlungskosten. Ausserdem erhöht sich die Zufriedenheit innerhalb des Teams und die Fluktuationsrate sinkt (S. 25).

In der Praxis ist es deshalb notwendig, für die gemeinsame Entscheidungsfindung diverse Austauschmöglichkeiten zu nutzen. Dazu gehört einerseits der kontinuierliche digitale Austausch (SAMW, 2020, S. 6). Andererseits sind spezifische Gefässe für den formellen Austausch von grosser Bedeutung (Gurtner & Wettstein, 2019, S. 3). Dies können beispielsweise wöchentliche Kurzrapporte, zweiwöchentliche grössere Rapporte oder auch Fallbesprechungssitzungen sein. (S. 15). Das Ziel dieser formellen Austauschgefässe ist es stets, ein gemeinsam geteiltes Verständnis zu erlangen, zu dem die Fachpersonen ohne die Perspektiven der verschiedenen Professionen nicht hätten kommen können (SAMW, 2020, S. 4).

Damit dies umgesetzt werden kann, müssen gewisse Bedingungen gegeben sein. Im Rahmen der strukturell-organisatorischen Bedingungen sind beispielsweise genügend zeitliche Ressourcen sowie gemeinsame Ziele erforderlich (Wider, 2013, S. 12). In Bezug auf die individuellen Bedingungen geht es darum, dass die Fachpersonen der verschiedenen Professionen selbstbewusst agieren und ihre Perspektive in den interprofessionellen Austausch einbringen (Desole, 2017, S. 3-4). Zudem sind realistische Erwartungen an den Behandlungsprozess von grosser Bedeutung. Schliesslich sind auf der interpersonellen Ebene Bedingungen wie gegenseitige Wertschätzung, Empathie oder auch das Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Fachpersonen festzumachen (Wider, 2013, S. 12).

8.4 Kategorie 4: Ganzheitlicher Behandlungsprozess

Um die Fachpersonen nicht zu beeinflussen, wurde der ganzheitliche Behandlungsprozess im Vorfeld des Interviews bewusst nicht erwähnt. Demzufolge wurden auch keine spezifischen Fragen diesbezüglich gestellt, was dazu führt, dass keine Unterkategorien gebildet werden konnten. Dennoch konnten Forschungsergebnisse dieser Kategorie zugeteilt werden.

8.4.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen

Den Aussagen der Fachpersonen zufolge versuchen sie selbst die Situation der Klientel immer ganzheitlich und systemisch zu betrachten. Auf der Basis des bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses ist ihnen bewusst, dass alle Dimensionen sowohl die Entstehung als auch den Verlauf von psychischen Erkrankungen alle massgeblich beeinflussen. Folglich beschreiben sie, dass - wenn nicht alle Dimensionen adäquat bearbeitet werden - die Personen häufig nach kurzer Zeit wieder in die Psychiatrie eintreten. Dabei beschrieben die Fachpersonen zwei häufige Beispiele für eine frühe, ungünstige Entlassung: *„Personen können zu früh entlassen werden, wenn zum Beispiel Bettendruck besteht oder wenn eine fehlende Kooperation besteht.“*

Dazu führte die Fachperson folgendes aus:

„Das hat mit dem Tempo zu tun. Manchmal haben wir Entlassungen, bei denen der soziale Faktor nicht genügend behandelt wurde. Wir entlassen auch Personen, weil sie gegen Regeln verstossen oder weil sie nicht kooperativ sind oder die Behandlung nicht mehr benötigen. Aber ganz klar ersichtlich ist, dass es sozial noch etwas benötigt. Ab und zu können wir sagen, dass der Austritt bitte noch nicht gemacht werden soll. Wir benötigen noch eine Woche. Meistens wird dort zugehört und der Austritt verzögert. Ausser es besteht Bettendruck und dann müssen die Personen entlassen werden, bei denen wir Sozialarbeitenden sagen müssen, das ist nicht gut, weil die Person wieder kommen wird aufgrund der sozialen Faktoren.“

Im Rahmen der sozialen Dimension ist es von grosser Bedeutung, auch ausserhalb der Klinik ein Netzwerk aufzubauen beziehungsweise zu erhalten und zu berücksichtigen. So sind externe Personen oder Institutionen ebenfalls ein wichtiger Bestandteil des Behandlungsprozesses, welche durch die Vernetzungsarbeit der Sozialen Arbeit im Prozess involviert werden. Die Fachperson beschreibt dies abschliessend wie folgt:

„Zum Beispiel der Sozialdienst oder die Beistandspersonen, welche den ganzen Prozess versuchen mit zu unterstützen. Einerseits ein Teil der Arbeit abnehmen und Abklärungen für uns machen. Wiederum gibt es auch Leute, welche sagen, dass wenn die Personen in der Psychiatrie sind, dass wir für die Organisation zuständig sind und die Abklärungen machen, welche sie anstelle machen würden, wenn die Leute ausserhalb sind. Das finde ich zum Teil schade. Das ist jedoch sehr unterschiedlich je nach aussenstehenden Stellen. Je nach Ort bekommt man viel Unterstützung, welche im Prozess hilfreich ist und anderenorts ist man alleine die Sachen am Organisieren und am Mitteilen wie der aktuelle Stand ist.“

8.4.2 Theoretische Verortung

Gemäss den Beispielen der Interviews können durch die Behandlung und den Einbezug aller drei Dimensionen im Behandlungsprozess ein erfolgreicher Austritt herbeigeführt und Rückfälle minimiert werden. Dies bestätigt sich sowohl in der Literatur als auch in weiteren Studien diesbezüglich. Eine frühe Entlassung kann eine fehlende Struktur und Unterstützung im Alltag zur Folge haben. Die entstandenen Behandlungs- und Betreuungslücken gefährden Fortschritte und Rückfälle werden erhöht (Ritzau, 2022). Bei psychisch Erkrankten mit wiederkehrenden Eintritten kann das ICM durch die Soziale Arbeit eine mögliche Lösung darstellen, weil auch nach dem Austritt dieselbe professionelle Bezugsperson zuständig ist (Sommerfeld & Rüegger, 2013, S. 398-400).

8.5 Kategorie 5: Empfehlungen für die Praxis

Abschliessend werden die Forschungsergebnisse der Empfehlungen dargelegt. Die Fachpersonen nannten in den Interviews einige spezifische Empfehlungen für klinisch Sozialarbeitende. Dabei bezogen sie sich auf unterschiedliche Themenbereiche. Die erste Fachperson machte aufgrund ihres kürzlichen Abschlusses einige Bezüge zum Studium. Die zweite Fachperson formulierte Empfehlungen, welche auf langer Arbeitserfahrung in der stationären Erwachsenenpsychiatrie basieren.

8.5.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen

Im Interview wurde betont, dass im Studium der Sozialen Arbeit vor allem die Grundlagen der Beratung beziehungsweise von Gesprächstechniken vermittelt werden. Diese können jedoch kaum vertieft angewendet werden, was nach Abschluss des Studiums in diversen Handlungsfeldern eine Herausforderung darstellen kann. In der Praxis sind Fach- und Methodenkompetenzen im Rahmen von Gesprächstechniken für einen erfolgreichen Beratungs- respektive Behandlungsprozess zentral. Diese können zwar durch langjährige Erfahrungen in der Praxis vertieft und verfeinert werden. Eine intensivere Auseinandersetzung mit Beratungsmethoden und -techniken im Studium wäre jedoch wünschenswert, um den Einstieg in die Praxis zu erleichtern. Die Fachperson beschreibt dies folgendermassen:

„Auch betreffend Gesprächsführung oder so. Wenn man IK1 und IK2 anschaut, die Sachen, welche man dort lernt, sind sehr gut für eine Grundlage zu erhalten, aber zum Teil für die Gesprächsführung hier machen zu können ist es schon sehr anders. Weil vor allem man mit Leuten spricht, welche schwer erkrankt sind und dann kann man teilweise auch viele Methoden, welche man dort mitbekommen hat, Techniken auch, kann man gar nicht so anwenden. Das geht nicht auf. Nicht abschliessend in dem Sinn. Dort gewinnt man mit der Erfahrung dann seine Punkte. Dass man weiss, wie man das Gespräch führen kann.“

Deshalb empfiehlt die Fachperson, sich bereits während des Studiums sowohl theoretisch als auch praktisch mit Beratungsmethoden und -techniken auseinanderzusetzen. Diesbezüglich kommt den Praktika eine besondere Rolle zu, in welchen Studierende von den Erfahrungswerten der Mitarbeitenden oder Vorgesetzten profitieren können. *„Ich habe durch das, dass ich hier das Praktikum gemacht habe bei jemandem der bereits seit Jahren hier arbeitet, habe ich zum Teil noch andere Inputs damals erhalten.“* Je mehr Erfahrung angehende Fachpersonen in den Praktika und in den kommenden Berufsjahren sammeln können, desto mehr Sicherheit gewinnen sie als Fachperson.

Diese Sicherheit zu erlangen, erscheint vor allem in der Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Menschen von grosser Bedeutung zu sein. Dies auch vor dem Hintergrund, dass in der stationären Erwachsenenpsychiatrie je nach Verfassung der Klient*innen die Gesprächsführung erheblich erschwert sein kann - dies auch für erfahrene klinisch Sozialarbeitende. Dort ist es die Aufgabe von Fachpersonen, das Gespräch zu strukturieren und gegebenenfalls die Klientel zu unterbrechen:

„Was zusätzlich wichtig ist, dass man aufgrund von psychischen Erkrankungen versteht, dass ein Gespräch zurzeit nicht möglich ist oder dass sich das Gespräch häufig im Kreis drehen kann bei bestimmten Themen. Dort ist wichtig, das muss auch ich weiterhin lernen, dass man Personen unterbricht, ohne unhöflich zu sein und versucht wieder an der Thematik anzuknüpfen. Denn wenn sie ohne Punkt und Komma reden, weil sie Logorrhö sind, sprechen sie ins irgendwo. Und es bringt mir und der Patientin nichts, wenn dem eine viertel Stunde nur zugehört wird. Das sind Finessen, welche man mit der Zeit lernt. Weil die Gesprächstechnik enorm wichtig ist bei den Leuten. Auch wie man etwas sagt, ist zentral und muss besondere Beachtung geschenkt werden, weil zum Beispiel etwas falsch betitelt werden kann und dies Unzufriedenheit in Personen auslösen kann mit einer Aussage. Dies sind Sachen, welche man lernt durch die Erfahrung, welche man sammelt. Man erwartet nicht, dass man gerade nach dem Abschluss des Bachelor-Studiums, diese Sachen auf Anhieb kann.“

Als vorteilhaft in der Zusammenarbeit mit der Klientel erwies sich in der Praxis einerseits Ruhe und Sicherheit auszustrahlen und andererseits auf Augenhöhe zu kommunizieren.

„Was ich als Vorteil sehe ist, dass mich viele Personen als ruhige Persönlichkeit wahrnehmen. Ich denke, das ist sicher hilfreich bei Personen mit einer psychischen Erkrankung, dass man ein ruhiges Erscheinungsbild hat und nicht unruhig oder nervös wirkt. Auf Augenhöhe mit den Personen kommunizieren, sich nicht als etwas Besseres darstellen, das kommt bei den Leuten sehr gut an. So, dass eine Arbeitsbeziehung hergestellt werden kann.“

Eine Arbeitsbeziehung beziehungsweise Kooperation mit der Klientel stellt dabei den Ausgangspunkt vieler sozialarbeiterischer Interventionen dar. Somit kann dies gewissermassen als Basis angesehen werden, um im psychiatrischen Handlungsfeld die soziale Dimension adäquat bearbeiten zu können. Diesbezüglich beschreibt die Fachperson, dass es für ein ganzheitliches Verständnis von grosser Bedeutung ist, die Gesamtsituation der Klientel zu erfassen. Dies auch in Bezug auf die Zeit, bevor sie in die Klinik eingetreten sind.

„Was ich zusätzlich als sehr wichtig empfinde, was mit theoretischen Aspekten zu tun hat, ist, dass ich so gut wie möglich den Alltag von den Personen verstehen möchte noch bevor sie zu uns gekommen sind. Auch wenn ich dies gemäss der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nach Thiersch nicht ganz komplett umsetzen kann, da ich sie nicht direkt im Alltag begleiten kann. Aber dass ich in den Gesprächen so viel wie möglich über den Alltag herausfinden kann, so wie sie vorher gelebt haben. Dadurch kann man zum Beispiel Ursachen erkennen, weswegen etwas nicht funktioniert hat. An diesen Erkenntnissen kann man mit ihnen anknüpfen, um sie stabilisieren zu können.“

Dabei beschreibt die Fachperson, dass sich Sozialarbeitende jedoch auch bewusst sein müssen, dass oftmals nicht alle klinisch relevanten Aspekte im Rahmen der sozialen Dimension bearbeitet werden können. Die Fachperson sieht eine zentrale Ursache davon in der Schnellebigkeit, welche in der stationären Erwachsenenpsychiatrie herrscht.

„Aber ich glaube, was man sich bewusst sein muss, ist, dass der Arbeitsalltag extrem schnelllebig ist. Und dementsprechend muss man sich an dem Alltag ein Stück anpassen können und stressresistent sein. Und sich mit gutem Gewissen sagen kann, dass man versucht hat, so gut wie möglich die Abklärungen zu machen und es hat leider nicht für alles ausgereicht.“

Als wesentlicher sozialer Aspekt konnte dabei die Wohnform identifiziert werden. Die Fachperson beschreibt, dass dies im Rahmen der sozialen Dimension eine der Grundlagen ist, um Rückfälle nach einem stationären Klinikaufenthalt zu verringern.

„Ich versuche zu schauen, dass die Personen mit einer sicheren Wohnform austreten können. Weil ich dort das Gefühl habe, dass dies einer der wichtigsten Bestandteile, neben der ambulanten Behandlung, ist und Medikation einnimmt, dass solche Sachen gesichert sind. Weil die Personen kommen ansonsten sehr schnell wieder, wenn man sie irgendwo in eine Notschlafstelle austreten lassen muss.“

Somit ist es innerhalb von interprofessionellen Austauschgefässen die Aufgabe von klinisch Sozialarbeitenden, sowohl diese Organisation von Anschlusslösungen als auch die entsprechende ganzheitliche Perspektive einzubringen und so das Gesundheitsverständnis im Behandlungsteam zu beeinflussen. Dabei ist es einerseits wichtig, relevante soziale Aspekte und andererseits die Wechselwirkung zwischen der biologischen, psychologischen und sozialen Dimension aufzuzeigen. Dies dient schlussendlich einem ganzheitlichen Behandlungsprozess der Klientel. Die Fachperson beschreibt dies folgendermassen:

„Ebenfalls wichtig ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, dass man sich bewusst ist, dass man gut mit den anderen Disziplinen, mit welchen man zusammenarbeitet, kommuniziert. Auch darf man sich für die Sicht der Sozialen Arbeit stark machen, dass man die sozialen Faktoren präsentieren kann und dadurch den Personen erklären kann, wenn wir dies so oder so machen, wird diese Person in zwei Wochen wieder hier sein, das müssen wir jetzt gut planen und benötigen deswegen noch eine weitere oder zwei weitere Wochen Zeit, damit alles organisiert werden kann, damit die Personen in einem stabilisierten Gesundheitszustand austreten können, ebenfalls betreffend den sozialen Faktoren. Man muss sich dort häufig ein wenig auflehnen und sich präsentieren, dass es sichtbar wird, wie wichtig es ist.“

Dabei wird sowohl die Verantwortung als auch das Potenzial der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie ersichtlich. Eine aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften im Team sowie eine offene Kommunikation sind dabei entscheidend. So hält die Fachperson abschliessend die folgende Empfehlung fest:

„Glaube an deine sozialarbeiterische Idee und versuche diese aufrechtzuerhalten, aber rechne auch damit, dass man nicht alles umsetzen kann, was man in der Ausbildung gelernt hat. Ansonsten ist man schnell frustriert und der Job könnte schnell verleiden. Versuche, die anderen Professionen zu verstehen, was sie machen und warum. Das finde ich wichtig. Und bleibe im Kontakt mit anderen Professionen, falls es möglich ist. Versuche, Kontakt zu halten und gut auszutauschen.“

9. Schlussfolgerung

In diesem Kapitel geht es darum, durch Beantwortung der Unterfragen die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit aufzuzeigen sowie im Rahmen der Hauptforschungsfrage die Empfehlungen für die Praxis zu formulieren. Dabei werden die Erkenntnisse aus dem theoretischen Teil mit denjenigen des empirischen Teils verknüpft. Somit basieren sowohl die Beantwortung der Unterfragen als auch die Empfehlungen für die Praxis auf der theoretischen Auseinandersetzung und den Ergebnissen der Expert*inneninterviews.

In einem ersten Schritt werden die Unterfragen beantwortet. In einem weiteren Schritt werden Empfehlungen für die Praxis abgeleitet, welche die Beantwortung der Hauptforschungsfrage darstellen. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer persönlichen Stellungnahme und einem Ausblick.

9.1 Beantwortung der Unterfrage 1

In welchem Ausmass gilt die Soziale Arbeit in der Psychiatrie als etabliert und legitimiert?

Bei der ersten Unterfrage geht es um Etablierung und Legitimierung der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld. Dies ist für die Hauptforschungsfrage relevant, da die Etablierung und Legitimierung der Sozialen Arbeit einen entscheidenden Einfluss darauf haben, inwiefern sie in den Behandlungsprozess einbezogen wird. Daraus kann abgeleitet werden, in welchem Umfang Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungsprozesses mitwirken beziehungsweise diesen fördern können.

Wie ersichtlich wurde, existiert das institutionalisierte Fachgebiet und Handlungsfeld der Psychiatrie seit rund 200 Jahren. Jedoch waren anfänglich kaum Sozialarbeitende in den Kliniken tätig, da die Soziale Arbeit damals erst in den Anfängen ihrer Professionalisierung stand. Demzufolge bildeten sich beispielsweise weder Ausbildungsgänge an anerkannten Wohlfahrtsschulen, noch verfügte sie über einen Berufsverband. Zudem wurde die Entstehungsgeschichte der frühen psychiatrischen Sozialarbeit vorwiegend aus der Entwicklung der Krankenpflege hergeleitet, anstatt als Form der offenen Fürsorge der aufkommenden Sozialen Arbeit verstanden. Dies sind Gründe dafür, weshalb die Soziale Arbeit auch nach der Implementierung in die Psychiatrie noch jahrzehntelang als Hilfsberuf missverstanden wurde (Brückner, 2015, S. 21-25). Erst seit den 1960er Jahren wird von der "Sozialarbeit" und seit den 1990er Jahren von der "Sozialen Arbeit" gesprochen (Schilling & Klus, 2022, S. 48).

Für die Etablierung und Implementierung der Sozialen Arbeit im Rahmen des psychiatrischen Handlungsfeldes war die Psychiatrie-Reform respektive die Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975 ausschlaggebend. Die Psychiatriereform ist ein bis heute andauernder Prozess der Umstrukturierung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. An der Psychiatrie-Enquete waren unter anderem drei Sozialarbeitende beteiligt und es wurde erstmals die Notwendigkeit einer sozialen Perspektive für die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen formuliert (Walther, 2023, S. 31). Nach Sommerfeld et al. (2016) konnte diesbezüglich festgestellt werden, dass die Auflösung der Anstaltspsychiatrie in den 1970er Jahren einen zentralen Meilenstein für die Implementierung der Sozialen Arbeit in die Psychiatrie darstellte. Die damit verbundene Idee der Sozialpsychiatrie schaffte für die Soziale Arbeit ein neues Handlungsfeld für Aushandlungsprozesse innerhalb von interprofessionellen Teams (S. 9-10).

Walther (2017) hält in diesem Zusammenhang folgendes fest: „Heute ist sie neben der Psychologie, der Medizin und der Pflege als weitere Profession bei der Behandlung psychischer Erkrankungen fest etabliert, muss sich jedoch für die Bedeutung und Wahrnehmung des Sozialen in der Psychiatrie immer wieder einsetzen“ (S. 36). Auch im Rahmen des empirischen Teils konnte herausgefunden werden, dass die Soziale Arbeit ein fixer Bestandteil des Behandlungsteams in der stationären Erwachsenenpsychiatrie ist. Die Fachperson erklärte: *„Grundsätzlich sind wir in dieser Klinik auf jeder Abteilung vertreten. Das ist wichtig. Es ist immer ein Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin in der Erwachsenenpsychiatrie. Das ist so geregelt.“*

Diese Erkenntnisse sprechen für die Etablierung und Implementierung der Sozialen Arbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie. Jedoch kann gemäss Sommerfeld et al. (2016) festgehalten werden, dass die zahlenmässige Präsenz der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie im Vergleich zu den anderen Professionen und Berufsgruppen sehr gering ist (S. 10). Die Fachperson beschrieb dies folgendermassen: *„Also auch von der Anzahl, zum Beispiel, wenn wir mit der Pflege arbeiten und so. Dort bemerkt man ganz klar, in der UPD oder in jeder psychiatrischen Klinik, nimmt die Ärzteschaft und die Pflege ganz viel Raum ein.“*

Zudem mangelt es Aufgrund der späten Verbreitung der klinischen Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum an umfassend entwickelten Theorien und Praxeologien klinisch sozialarbeiterischen Denkens und Handelns. Demzufolge stützen sich Überlegungen und Konzepte der klinischen Sozialarbeit gezwungenermassen oftmals auf etablierte bezugswissenschaftliche Methoden und Techniken (Ortmann & Röh, 2007, S. 10). Dies deutet ebenfalls darauf hin, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie im Vergleich zu anderen Professionen noch nicht denselben Grad der Etablierung erreicht hat.

Der Stand der Etablierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen generell, wie auch in der Psychiatrie spezifisch, kann nebst der historischen Betrachtung auch anhand der strukturellen Einbettung der Sozialen Arbeit dargestellt werden. Dies bringt nach Sommerfeld und Rüegger (2013) exemplarisch eine geringe Ressourcenausstattung mit sich (S. 400). Die Fachperson bestätige dies: *„Wir werden auch häufig vergessen. Zum Beispiel auf Leitungsebene werden wir häufig vergessen. Auch im therapeutischen Dienst, die Gewichtung liegt vor allem auf dem Medizinischen und auf der Pflege. (. . .). Zusätzlich eine Herausforderung ist, dass wir, damit meine ich die Psychiatrie im Allgemeinen im Kanton Bern, sowie in der Schweiz, so wie wir zurzeit aufgestellt sind, sehr wenig bis keinen Rückhalt haben politisch.“*

Die Soziale Arbeit hat sich demzufolge in der Psychiatrie noch nicht in einem vergleichbaren Ausmass etabliert wie die klassischen Professionen. Damit einher geht, dass sie im Rahmen der IPZ nicht als gleichwertig und somit nicht als Profession wahrgenommen wird (Sommerfeld et al., 2016, S. 10-11). Das dominierende medizinische Paradigma stellt dabei für die Etablierung einen weiteren hemmenden Faktor beziehungsweise eine konstante Herausforderung dar. Dies zeigt sich nach Sommerfeld et al. (2016) auch darin, dass die Soziale Arbeit im Praxisalltag vor allem als Hilfsprofession genutzt wird und somit vorwiegend Delegationen ausführt. Folglich hat die Soziale Arbeit sowohl im Gesundheitswesen wie auch in der Psychiatrie die Form einer funktional enggeführten Hilfsprofession (S. 11). Die Fachperson schildert dies ebenfalls: *„Ich könnte es so beschreiben, dass wir sogenannte Hilfsarbeiter sind. Wir werden auch genau so beschreiben. Wir sind zudienend zu den Ärztinnen und Ärzten. Der Grund dafür könnte sein, dass wir eher jung sind.“*

Diese Engführung wird durch die genannten rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Sozialwesens auf der Makroebene - wie einer geringer Ressourcenausstattung - zusätzlich gefördert. Aufgrund der Tatsache, dass die Soziale Arbeit nicht als anerkannte Gesundheitsprofession gilt, befindet sie sich in Handlungsfeldern des Gesundheitswesens aktuell in einer rechtlichen und finanziellen Grauzone. Dies unterstreicht gleichzeitig dem Status der Hilfsprofession und trägt zu dessen Reproduktion bei (Sommerfeld et al., 2016, S. 11). Das führt in der in der Praxis letztendlich dazu, dass das genaue Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie für die anderen Professionen nicht klar ersichtlich ist, wodurch Sozialarbeitende gemäss Walther (2023) immer wieder unter einen Rechtfertigungs- und Legitimationsdruck geraten (S. 27). Es geht dabei vor allem darum, Handlungen und Interventionen sowohl interprofessionell als auch gegenüber Kostenträgern zu legitimieren (Hüttemann et al., 2007, S. 6).

Dabei ist jedoch eine Paradoxie erkennbar, weil Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Rahmen der IPZ einerseits nicht als gleichwertig involviert und somit ihre Profession nicht als eigenständig wahrgenommen wird. Andererseits werden Sozialarbeitende von Fachpersonen der weiteren (etablierten) Professionen im Gesundheitswesen wie der Medizin oder der Psychologie hoch angesehen und geschätzt, jedoch nur innerhalb eines Rahmens, der aus ihrer Perspektive als sinnvoll erachtet wird (Sommerfeld et al., 2016, S. 10-11). Die Fachperson beschreibt dies folgendermassen: *„Wenn wir Sozialarbeitende vorgestellt werden bei neuen Mitarbeitenden, heisst es, das ist der Sozialarbeiter und ist ein ganz wichtiger, zum Glück haben wir den. Das ist fast auf jeder Station so. Schlussendlich ist die Wertschätzung nicht immer vorhanden.“*

Somit kann abschliessend festgehalten werden, dass die Etablierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie insofern vorangeschritten ist, als Sozialarbeitende mittlerweile in den psychiatrischen Kliniken im deutschsprachigen Raum fester Bestandteil des interprofessionellen Behandlungsteams sind. In Bezug auf die Institution der Fachpersonen der Expert*inneninterviews lässt sich zudem festhalten, dass in der Erwachsenenpsychiatrie auf jeder Station eine Fachperson der Sozialen Arbeit zuständig ist. Dies zeigt jedoch gleichzeitig auf, dass diese eine Fachperson im Rahmen von interprofessionellen Austauschgefässen als einzige Person die Perspektive der Sozialen Arbeit vertritt. Dies bringt einerseits eine grosse Verantwortung mit sich und erfordert von dieser Person andererseits, sich aktiv einzubringen. Dabei geht es sowohl darum, klinisch relevante Aspekte in Bezug auf die soziale Dimension aufzuzeigen sowie ein gemeinsames und ganzheitliches Gesundheitsverständnis zu fördern.

Des Weiteren wurde ersichtlich, dass das dominierende medizinische Paradigma und somit die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Machtausstattungen der verschiedenen Professionen die Etablierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie beeinträchtigt beziehungsweise hemmt. Diesbezüglich hat die Soziale Arbeit oftmals den Status einer Hilfsprofession, welcher durch die strukturelle Einbettung zusätzlich verstärkt wird. Abschliessend wurde erkennbar, dass klinisch sozialarbeiterische Theorien und Praxeologien erst in ihren Anfängen bestehen. Dies führt dazu, dass Sozialarbeitende im Praxisalltag oftmals unter Rechtfertigungs- und Legitimationsdruck stehen.

In Bezug auf die Hauptforschungsfrage werden im Rahmen der Empfehlungen für die Praxis gezielt Strategien auf mehreren Ebenen vorgestellt, welche die Etablierung der Sozialen Arbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie vorantreiben und somit einen ganzheitlichen Behandlungsprozess fördern sollen. Dazu wird vorerst die Unterfrage zur Funktion und Wirkungsweise der klinischen Sozialarbeit im Rahmen der IPZ beantwortet.

9.2 Beantwortung der Unterfrage 2

Welche Funktion und welche Rolle hat die klinische Sozialarbeit im Rahmen der IPZ?

Bei der zweiten Unterfrage geht es um die Funktion und die Rolle der klinischen Sozialarbeit im Rahmen der IPZ. Dies ist für die Hauptforschungsfrage von grosser Bedeutung, da die IPZ als Schlüsselsapekt zur Förderung eines gemeinsamen Gesundheitsverständnisses und somit eines ganzheitlichen Behandlungsprozesses identifiziert wurde. Dabei hat die Funktion und somit das Aufgabenspektrum der klinischen Sozialarbeit einen wesentlichen Einfluss darauf, inwiefern ein ganzheitlicher Behandlungsprozess umgesetzt werden kann und was sie dazu beitragen kann. Zudem wird ihre Rolle im Rahmen der IPZ beleuchtet, um ihren Einfluss auf den interprofessionellen Behandlungsprozess zu analysieren.

Die Funktion der klinischen Sozialarbeit steht in engem Zusammenhang mit ihrer Etablierung. So wurde ersichtlich, dass die Soziale Arbeit im Rahmen der IPZ oftmals eine Supportfunktion innehat. Das bedeutet, dass Sozialarbeitende je nach Bedarf der delegierenden Profession für spezifische Aufgaben wie beispielsweise der Suche einer neuen Wohnform oder für das Erschliessen von Sozialversicherungsleistungen als "Support" einbezogen werden (Sommerfeld, 2016, S. 11). Nebst diesen spezifischen Aufgaben im Rahmen der sozialen Dimension kommt den Sozialarbeitenden im Behandlungsprozess eine zentrale Rolle bezüglich der Koordination zu. So sind es meist die Fachpersonen der Sozialen Arbeit, welche einen Überblick über die Gesamtsituation der Klientel haben und dementsprechend im Rahmen der nachsorgenden Behandlungsstrukturen situationsadäquat verschiedene Akteur*innen miteinander vernetzen (S. 183-184). Walther (2023) beschreibt dies folgendermassen:

Diese Zusammenarbeit mehrerer Fachkräfte bei der Erbringung aufeinander abgestimmter Unterstützungsleistungen zu initiieren, zu koordinieren, sicherzustellen und die komplexen Wirkungen und Folgen, die sich daraus für den Alltag und die Lebenssituation der Klient*innen ergeben, im Auge zu behalten, ist oftmals die Aufgabe von Sozialarbeiter*innen. (Walther, 2023, S. 26)

Auch die Fachperson beschreibt diese Funktion:

„Ich glaube, dass wir eine Profession sind, welche den Überblick über das Ganze am besten hat. Wir denken sehr vernetzt und denken viel für Andere mit. Dadurch können wir viel für Patienten und Patientinnen herausholen. Darüber bin ich überzeugt. Wenn wir nicht existieren würden, dann würde sehr viel verloren gehen. (. . .). Wir haben dort, wo ich arbeite, sehr viel mit Platzierungen zu tun, viel Vernetzung zu machen mit externen Fachstellen und mit Sozialdiensten und mit der KESB.“

Es geht also darum, zwischen der psychiatrischen Klinik und gesundheitsbezogenen- oder sozialen Diensten in der Lebenswelt der Adressat*Innen zu vermitteln (Bernasconi et al., 2012, S. 8-9). Wider (2013) beschreibt diese Vermittlung zwischen verschiedenen Professionen und Einrichtungen als sogenannte "Brückenbaufunktion" der Sozialen Arbeit im Rahmen der IPZ (S. 10-11). Deshalb werden klinisch Sozialarbeitende im Vergleich zu den weiteren Professionen des interprofessionellen Behandlungsteams, welche meist eine klare Funktion haben, häufig als Generalist*innen angesehen, welche sich um dasjenige kümmern, das von anderen Professionen nicht erledigt wurde (Walther, 2023, S. 27).

Aus der Perspektive des bio-psycho-sozialen Modells stehen psychosoziale Faktoren in enger Verbindung mit Gesundheit und Krankheit (AvenirSocial & sages, 2018). Der Fokus der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie liegt auf Menschen in sozialen Problemlagen, welche sich „häufig in Wechselwirkung mit gesamtgesellschaftlichen Veränderungen entwickelt haben“, im Zentrum (Walther, 2023, S. 17). Die Soziale Arbeit fokussiert dabei die soziale Dimension. Sommerfeld et al. (2016) zeigten dabei auf, dass die psychiatrische Klientel in der Regel diverse klinisch relevante Aspekte im Rahmen der sozialen Dimension aufweist, welche ihren Zustand und somit ihre aktuelle Situation massgeblich beeinflussen (S. 99-100). Somit kann ein weiterer Aspekt der Funktion der klinischen Sozialarbeit aus dem bio-psycho-sozialen Modell hergeleitet werden. Daher erscheint es zentral, dass im Rahmen der IPZ insbesondere die klinisch Sozialarbeitenden die dynamische Wechselbeziehung zwischen (bio-)psychischen und sozialen Aspekten berücksichtigen und deren Bedeutung für den Krankheits- und Genesungsprozess untersuchen. Dabei sind sie verpflichtet, die daraus gewonnenen Erkenntnisse in Gefässen der IPZ einzubringen und dadurch ein gemeinsames Gesundheitsverständnis zu fördern. Dies soll sowohl das Intake als auch die Diagnose und die gesamte Hilfeplanung beeinflussen, sodass ein ganzheitlicher Behandlungsprozess gewährleistet werden kann (Sommerfeld et al., 2016, S. 101-102).

Die Fachperson beschreibt diese Verantwortung folgendermassen:

„Wir müssen uns bemerkbar machen. Das ist wichtig, ansonsten kommen wir nur an die Reihe, wenn wir gefragt werden. Zum Beispiel beim Rapport, ich habe dies früher erlebt. Zuerst kamen die Ärzte, danach die Pflege, danach vielleicht noch die Therapeuten, also die Psychologen und zum Schluss wurde gefragt, ob die Sozialarbeit noch etwas hat. Und wenn wir noch etwas sagen wollten, war es bereits der Fall, dass die Ärzte untereinander bereits die Medikamente besprochen haben und nicht zugehört haben.“

Anhand dieses Zitates kann verdeutlicht werden, dass die Austauschgefässe der IPZ eine der Hauptursachen dafür sind, dass in der Praxis die soziale Dimension oftmals unterbelichtet bleibt und somit ein ganzheitlicher Behandlungsprozess nicht umgesetzt wird. Deshalb sind die interprofessionellen Austauschgefässe gleichzeitig ein Entwicklungsfeld, um genau dies zu erreichen.

Eine weitere Funktion im Rahmen der IPZ, welche sich im deutschsprachigen Raum jedoch noch nicht grossflächig etabliert hat, ist das intensive Casemanagement durch die Soziale Arbeit. Es richtet sich vor allem an schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen, welche regelmässig stationäre psychiatrische Behandlung und Betreuung benötigen. Bei diesen wiederkehrenden Ein- und Austritten gewährleistet das intensive Casemanagement sowohl während als auch nach dem Klinikaufenthalt intensive Betreuungsleistungen. Dabei haben klinisch Sozialarbeitende sowohl in der Klient*innenarbeit im Sinne von spezifischen "Behandlungsaufgaben" als auch im Rahmen der IPZ eine umfassendere Funktion. Letzteres bezieht sich darauf, dass die Sozialarbeitenden im Rahmen des intensiven Casemanagements die Fallführung haben, welche ansonsten bei den Fachpersonen der Medizin liegt (Sommerfeld & Rüegger, 2013, S. 398-400).

Weil die Etablierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie noch nicht vollumfänglich stattgefunden hat, wird auch ihre Funktion innerhalb der IPZ noch nicht vollständig genutzt und eingesetzt. Deshalb lässt sich diesbezüglich abschliessend festhalten, dass eine intensivisierte IPZ in der Psychiatrie, welche die gesamte Funktionalität der Sozialen Arbeit nutzt, von grosser Bedeutung ist. Der dadurch zu erwartende Mehrwert ist nach Sommerfeld und Rüegger (2013) bedeutsam. Diese Erwartung basiert auf der empirisch nachgewiesenen grossen Bedeutung sozialer Faktoren in Bezug auf Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Krankheiten (S. 404).

Im Hinblick auf die Hauptforschungsfrage bedeutet dies konkret, dass sich klinisch Sozialarbeitende ihrer Rolle und Verantwortung in der Psychiatrie im Rahmen der IPZ bewusst sein müssen. Damit sie in interprofessionellen Austauschgefässen einen eigenen professionellen Beitrag leisten können, sind einige Voraussetzungen auf mehreren Ebenen notwendig und hilfreich. Deshalb werden im nachfolgenden Kapitel im Rahmen der dritten Unterfrage Empfehlungen für die Praxis zuhanden von klinisch Sozialarbeitenden formuliert, welche dies unterstützen und somit einen ganzheitlichen Behandlungsprozess fördern sollen.

9.3 Empfehlungen für die Praxis

Welche Empfehlungen für die Praxis können zuhänden von Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit formuliert werden, um einen ganzheitlichen Behandlungsprozess zu fördern?

Bei der dritten Unterfrage geht es darum, auf der Basis der theoretischen Auseinandersetzung sowie den Forschungsergebnissen der beiden Expert*inneninterviews Empfehlungen für die Praxis zu formulieren. Diese Empfehlungen stellen gleichzeitig die Beantwortung der folgenden Hauptforschungsfrage dar: *„Inwiefern können Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit einen ganzheitlichen Behandlungsprozess fördern?“*

Zur Strukturierung wird nachfolgend eine Unterteilung der Empfehlungen in *“Professionalisierung auf individueller Ebene“* sowie *“In der direkten Zusammenarbeit mit der Klientel“* und *“Im Rahmen der IPZ“* vorgenommen. Da sich die Empfehlungen für die Praxis spezifisch an Fachkräfte der klinischen Sozialarbeit richten, werden ausschliesslich Handlungsempfehlungen auf der *“Mikroebene“* formuliert. Dies auch vor dem Hintergrund, weil klinisch Sozialarbeitende in ihrem Praxisalltag kaum gegen strukturelle Problemlagen auf der Makroebene wie der geringen Präsenz der Sozialarbeitenden auf den Stationen, der Fallführung bei der Medizin oder den Bettendruck vorgehen können. Deshalb ist das Ziel, mithilfe der Empfehlungen für die Praxis auf der Mikroebene Handlungsfähigkeit zu erlangen beziehungsweise auszubauen.

Den Autor*innen ist dabei bewusst, dass einige der Empfehlungen unter Umständen schwierig umgesetzt werden können, da in der Praxis verschiedene Faktoren wie organisationale Strukturen oder unterschiedliche Persönlichkeitsprofile der Fachpersonen für die Ausgestaltung des Behandlungsprozesses und der IPZ beziehungsweise des professionellen Habitus massgebend sind. Dennoch geben die Empfehlungen eine Orientierung, wie klinisch Sozialarbeitende auf verschiedenen Ebenen einen ganzheitlichen Behandlungsprozess fördern können. Einige der Empfehlungen richten sich dabei speziell an angehende Sozialarbeitende, während andere für Fachpersonen in der Praxis konzipiert sind.

Professionalisierung auf individueller Ebene

Die Professionalisierung auf der individuellen Ebene betrachtet die Kompetenzen von Einzelnen Fachpersonen. Diesbezüglich konnten diverse Aspekte des professionellen Denkens und Handelns identifiziert werden, welche als Grundlage dazu dienen, in der klinischen Praxis einen ganzheitlichen Behandlungsprozess zu fördern.

Strukturmerkmale der Sozialen Arbeit berücksichtigen

Die Strukturmerkmale bilden die Grundlage der Praxis der Sozialen Arbeit. Demzufolge erscheint es zentral, dass sich klinisch Sozialarbeitende bewusst sind, dass sie stets im Spannungsfeld des doppelten Mandats handeln und insbesondere in der Psychiatrie im Rahmen von Zwangskontexten oftmals nicht im Sinne der Unterstützungswünsche der Klientel handeln können beziehungsweise der Kontrollauftrag im Vordergrund steht. Zudem können bürokratische Abläufe die Berücksichtigung der Unterstützungswünsche erschweren. Des Weiteren wurde deutlich, dass es für Sozialarbeitende von grosser Bedeutung ist, sich aufgrund der IPZ mit den relevanten Bezugswissenschaften vertraut zu machen. Dadurch können einerseits im Rahmen des Arbeitsprinzips der Mehrperspektivität ein Tunnelblick verhindert und Ganzheitlichkeit berücksichtigt werden. Andererseits können klinisch Sozialarbeitende dadurch Zuständigkeiten und Kompetenzen der anderen Professionellen besser einordnen.

Weiterentwicklung im Rahmen der Selbst- und Sozialkompetenzen

Als weiterer relevanter Bestandteil der Professionalisierung auf individueller Ebene konnte die Weiterentwicklung von Selbst- und Sozialkompetenzen identifiziert werden. Dabei geht es beispielsweise darum, die Selbstreflexion bereits im Studium fortlaufend anzuwenden, dies in die Praxis zu integrieren und dort fortzuführen. Zudem konnte aus den Forschungsergebnissen erschlossen werden, dass es in der stationären Psychiatrie zentral ist, sich mit dem professionellen Anspruch an sich selbst auseinanderzusetzen. Dies aus dem Grund, weil die Klient*innen oftmals schwer erkrankt sind und die erworbenen Grundlagen der Gesprächsführung aus nicht in allen Fällen ausreichen, um adäquate Beratung und eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung bieten zu können. Deshalb ist es diesbezüglich vor allem für frisch ausgebildete Fachpersonen wichtig, sich in Austauschgefässen innerhalb des Kliniksozialdienstes einzubringen, Schwierigkeiten zu thematisieren und Unterstützung einzuholen.

Austauschgefässe innerhalb des Kliniksozialdienstes nutzen

Austauschgefässe innerhalb des Kliniksozialdienstes sind in mehrerer Hinsicht sehr wesentlich. In Bezug auf die Selbstreflexion erscheinen Austauschgefässe innerhalb des Kliniksozialdienstes als zentral, um sich diesbezüglich Feedback einholen zu können. Auch kann die für die IPZ wesentliche Fähigkeit, das eigene Handeln zu begründen und professionell darstellen zu können, in solchen Austauschgefässen unter Sozialarbeitenden angewendet werden. Zudem ist es von grosser Bedeutung, sozialdienstinterne Teamsitzung zu nutzen, um Fallfragen zu stellen und dadurch von der Erfahrung anderer Sozialarbeitenden zu lernen. Dies gilt es schliesslich reflektiert in den eigenen Praxisalltag einfliessen zu lassen und so eine angemessene Bearbeitung der sozialen Dimension zu gewährleisten und folglich einen ganzheitlichen Behandlungsprozess zu fördern.

Handlungsfeldspezifisches Wissen aneignen und erweitern

Damit klinisch Sozialarbeitende psychisch erkrankten Menschen eine adäquate Behandlung und Betreuung bieten können, ist es notwendig, handlungsfeldspezifisches Wissen zu erwerben. Dazu bietet es sich für angehende Fachkräfte an, bereits im Studium spezifische Module in Bezug auf psychische Erkrankungen oder zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zu besuchen. Des Weiteren eignen sich Praxismodule, um im Rahmen des Studiums in Handlungsfeldern der klinischen Sozialarbeit handlungsfeldspezifisches Wissen zu erwerben. Für klinisch Sozialarbeitende erscheinen zudem Weiterbildungen zu relevanten Thematiken wie Sozialversicherungen oder Sucht als bedeutsam, um im Rahmen der sozialen Dimension adäquate Hilfestellungen bieten zu können beziehungsweise die bio-psycho-soziale Dynamik zu verstehen. Auch die IPZ stellt einen wesentlichen Bestandteil dar, womit sich klinisch Sozialarbeitende auch theoretisch auseinandersetzen sollten.

Etablierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Schliesslich erscheint es auch zentral, den Ursprung und die Etablierung der eigenen Profession im jeweiligen Handlungsfeld beziehungsweise in der Psychiatrie zu betrachten. Dies soll dazu verhelfen, Prozesse besser einordnen und verstehen zu können. Beispielsweise, weshalb die Präsenz von klinisch Sozialarbeitenden gegenüber anderen Professionen viel geringer und somit die Fallbelastung pro Fachperson viel grösser ist.

In der direkten Zusammenarbeit mit der Klientel

Auf dieser Ebene sind spezifische Tätigkeiten in der Fallarbeit festzumachen, welche einen ganzheitlichen Behandlungsprozess fördern.

Den Gegenstand kennen

Für klinisch Sozialarbeitende ist es wichtig, dass sie sich grundlegend bewusst sind, dass die psychiatrische Klientel häufig multiple und komplexe Problemlagen aufweist. Es handelt sich dabei um Menschen, welche durch die klassischen medizinischen oder psychotherapeutischen Zugänge nur schwer oder gar nicht erreicht werden oder aufgrund von Multiproblemlagen einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen. Daher ist es für einen ganzheitlichen Behandlungsprozess von grosser Bedeutung, dass sich klinisch Sozialarbeitende mit ihrem ganzheitlichen Blick auf psychosoziale Problemlagen mit der Komplexität der fallspezifischen Dynamik der drei Dimensionen beschäftigen. Dabei ist es jedoch auch wichtig zu erkennen, dass es Klient*innen gibt, bei welchen im Rahmen der sozialen Dimension kaum Unterstützung indiziert ist, da sie beispielhaft lediglich aufgrund von medikamentöser Umstellung in stationärer Behandlung sind. Es empfiehlt sich dennoch, sich zumindest bei allen vorzustellen und das Angebot des Kliniksozialdienstes vorzustellen.

Methoden und Techniken situationsadäquat anwenden

Ebenfalls im Zusammenhang mit dem Gegenstand der Sozialen Arbeit steht das Basismedium der Beratung. Diese dient sowohl zur Förderung psycho-sozialer Kompetenzen als auch zur Wissensvermittlung. Dabei steht jedoch auch bei der psychiatrischen Klientel nie ausschliesslich die Förderung psychosozialer Kompetenzen im Vordergrund. Daher ist es wichtig, im Praxisalltag "quasi-therapeutisches Handeln" zu vermeiden. Jedoch ist es wichtig, im Rahmen der Beratung situationsadäquat verschiedene Methoden und Techniken anzuwenden. Dies auch vor dem Hintergrund, da nicht alle Klient*innen mit derselben Methode respektive Technik gleichermassen in ihrer Situation abgeholt werden können. Somit kann durch einen situationsadäquaten und reflektierten Einsatz von Methoden und Techniken ein umfangreiches Verständnis der Situation verschafft werden, was schliesslich die Basis für Interventionen der verschiedenen Professionen und somit für einen ganzheitlichen Behandlungsprozess darstellt.

Ganzheitlichkeit in der Praxeologie

In der direkten Zusammenarbeit ist es von grosser Bedeutung, systemisch und ganzheitlich zu denken und zu arbeiten. So ist es beispielsweise oftmals hilfreich zu versuchen, die Situation der Klient*innen vor dem Klinikeintritt zu verstehen. Dies unterstützt einen ganzheitlichen Behandlungsprozess insofern, als die bio-psycho-soziale Dynamik erfasst werden kann und im Rahmen des interprofessionellen Austauschs spezifische Interventionen abgesprochen und geplant werden können. Zudem können diejenigen Lebensbereiche identifiziert und priorisiert werden, die einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen. Dabei ist es die Aufgabe der Sozialarbeitenden, die Lebensbereiche zu priorisieren und nach Absprache mit der Klientel entsprechend Interventionen einzuleiten beziehungsweise zu vernetzen. In der stationären Erwachsenenpsychiatrie stellte sich die Organisation einer Wohnform als zentral heraus, um Rückfälle vermindern zu können.

Beziehungshandeln und Verständigungsorientierung

Diese Empfehlung für die Praxis ist eng mit dem Arbeitsprinzip "Beziehungshandeln" verbunden. Dabei geht es darum, dass die Beziehungsqualität zwischen der Fachkraft und der Klientel für eine erfolgreiche und wirkungsvolle Beratung und somit für einen ganzheitlichen Behandlungsprozess in der stationären Erwachsenenpsychiatrie zentral ist. Im Zentrum steht dabei die Verständigungsorientierung, wobei ausgehandelt wird, was in der Beratung bearbeitet wird. Dies auch vor dem Hintergrund, dass klinisch Sozialarbeitende gewissermassen auf eine Kooperation mit den Klient*innen angewiesen sind, um ihnen Unterstützung anbieten und somit ihrem professionellen Anspruch gerecht werden zu können. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist einerseits der Klientel auf Augenhöhe zu begegnen und andererseits ein vorsichtiger Umgang mit Druck, da dieser in vielen Fällen Gegendruck bewirkt.

Intensives Casemanagement bei wiederkehrenden Rückfällen

Das intensive Casemanagement stellt eine kontinuierliche Form der Unterstützung und Betreuung durch klinisch Sozialarbeitende für schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen dar. Bei indizierten Fällen ist es deshalb für eine nachhaltige und ganzheitliche Behandlung und Betreuung sinnvoll, wenn immer dieselbe Bezugsperson sowohl während als auch nach einem Klinikaufenthalt zuständig ist. Deshalb gilt es in der direkten Klient*innenarbeit gegebenenfalls auch dieses Angebot aufzuzeigen und nach Rücksprache anzuordnen.

Im Rahmen der IPZ

Die IPZ gilt im Rahmen dieser Arbeit als zentrales Entwicklungsfeld, wie aus der Perspektive der klinischen Sozialarbeit ein ganzheitlicher Behandlungsprozess gefördert werden kann. Deshalb werden nachfolgend Empfehlungen für die Praxis in Bezug auf die IPZ formuliert.

Ein gemeinsames und ganzheitliches Verständnis fördern

Im interprofessionellen Austausch geht es im Kern darum, dass verschiedene Professionelle ein gemeinsames Verständnis erreichen, zu welchem sie ohne einander nicht hätten kommen können. Deshalb ist es für klinisch Sozialarbeitende zentral, die weiteren Fachpersonen bezüglich der sozialen Dimension und deren Einfluss auf den Krankheitsverlauf der Betroffenen zu sensibilisieren und somit ein gemeinsames Gesundheitsverständnis zu fördern. Umgekehrt ist es jedoch auch wichtig, dass sich klinisch Sozialarbeitende mit der biologischen und psychischen Dimension beschäftigen, um die Dynamiken zwischen den drei Dimensionen verstehen zu können. Der Austausch darüber sowie dessen Berücksichtigung im Behandlungsablauf reduziert die Entstehung von Behandlungs- und Betreuungslücken und stellt somit die Basis für einen ganzheitlichen Behandlungsprozess dar. Zudem bietet dies den Ausgangspunkt, um Interventionen zu planen und Zuständigkeiten zu definieren.

Verschiedene Kanäle und Gefässe nutzen

Sozialarbeitende sind gemäss dem Berufskodex zur IPZ verpflichtet. Zudem sind sie regelmässig auf Wissen aus den Bezugswissenschaften insofern angewiesen, als diese auf sozialarbeiterisches Wissen im Rahmen der sozialen Dimension und der Koordination angewiesen sind. Im Praxisalltag in der Psychiatrie gibt es verschiedene Kanäle und Gefässe, worüber interprofessioneller Austausch stattfinden kann. So erscheint es einerseits zentral, sich bereits im Voraus anhand des Eintrittsgesprächs durch die medizinische Profession einzulesen und andererseits im gesamten Verlauf des Behandlungsprozesses im Dokumentationssystem Einträge der verschiedenen Professionen nachzulesen. Diesbezüglich ist es auch wichtig, die eigenen Handlungen und Erkenntnisse zu dokumentieren.

Hinzu kommen organisationsspezifische Austauschgefässe wie interprofessionelle Rapporte oder Ärzt*innenvisiten. Solche formellen Austauschgefässe sind insbesondere im stationären Setting relevant. Dabei ist es einerseits wesentlich, solche Austauschgefässe ernst zu nehmen und gegebenenfalls vorhandene Fragen zu stellen. Andererseits geht es auch darum, sich aktiv einzubringen, auf klinisch relevante soziale Faktoren hinzuweisen und solche gewonnenen Erkenntnisse für die anderen Professionen bedeutungsvoll darzustellen. Schliesslich erscheint es auch wesentlich, in solchen Gefässen fortlaufend die Zuständigkeiten und das weitere Vorgehen transparent zu kommunizieren, um bei den involvierten Fachpersonen ein Verständnis für das Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit zu schaffen.

Auf die bio-psycho-soziale Dynamik aufmerksam machen

Das bio-psycho-soziale Modell erscheint für das psychiatrische Handlungsfeld als sehr geeignet. Es bietet als handlungsleitendes Paradigma einen ganzheitlichen Rahmen für den Behandlungsprozess, wobei innerhalb der Dimensionen unter den Professionen Handlungsspielraum besteht. Charakteristisch für die Soziale Arbeit ist stets der ganzheitliche Blick. Deshalb kann es je nach Behandlungsteam die Aufgabe von klinisch Sozialarbeitenden sein, auf die Wechselwirkungen zwischen den Dimensionen aufmerksam zu machen. Dadurch können gezielt Priorisierungen vorgenommen und Interventionen angepasst werden.

Selbst zu einer gelingenden IPZ beitragen

Jede einzelne Fachperson muss ihren Beitrag leisten, damit eine adäquate und wirkungsvolle IPZ gewährleistet werden kann. Diesbezüglich ist es wesentlich, eine professionelle Haltung mit der Ansicht zu entwickeln, dass komplexe und multiple Problemlagen nicht mit dem Wissen und Können einer einzelnen Profession angemessen und ganzheitlich bearbeitet werden können. Für klinisch Sozialarbeitende ist es wichtig zu verstehen, dass aufgrund der Einflüsse auf Psychiatrische Kliniken auf der Makro-, Meso- und Mikroebene Verantwortlichkeiten im Rahmen der Fallverantwortung festgelegt und die entsprechenden Professionen mit Macht ausgestattet werden müssen. Aufgrund dessen liegt die Fallführung im stationären Setting immer bei der Medizin. Im Zentrum soll stets die Klientel stehen und es geht darum, gemeinsam eine adäquate und ganzheitliche Behandlung zu ermöglichen. Deshalb ist es von grosser Bedeutung, eine offene und wertschätzende Haltung gegenüber den anderen Fachpersonen einzunehmen sowie Respekt vor Andersartigkeit zu haben. Damit gleichwertig und auf Augenhöhe zusammengearbeitet werden kann, müssen oftmals Intentionen und Erwartungen gegenseitig geklärt werden. Schliesslich gehören das Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Professionellen und somit eine angemessene Aufteilung von Zuständigkeiten und Verantwortung zu den wesentlichen Voraussetzungen, wie eine gelingende IPZ gefördert werden kann.

Übersicht der Empfehlungen

Professionalisierung auf individueller Ebene		
1	Strukturmerkmale der Sozialen Arbeit berücksichtigen	Bewusstsein doppeltes Mandat und erschwerende bürokratische Abläufe, wegen IPZ mit Bezugswissenschaften vertraut machen
2	Weiterentwicklung im Rahmen der Selbst- und Sozialkompetenzen	Kontinuierliche Selbstreflexion im Studium und in der Praxis, sich mit professionellem Anspruch an sich auseinandersetzen
3	Austauschgefässe innerhalb des Kliniksozialdienstes nutzen	Feedback zur Selbstreflexion einholen, das eigene Handeln zu begründen weiterentwickeln, voneinander profitieren
4	Handlungsfeldspezifisches Wissen aneignen	Spezifische Module im Studium oder Weiterbildungen zu relevanten Thematiken absolvieren, mit IPZ auseinandersetzen
5	Etablierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	Sich mit der Etablierung und Implementierung der eigenen Profession im psychiatrischen Handlungsfeld befassen
In der direkten Zusammenarbeit mit der Klientel		
1	Den Gegenstand kennen	Sich mit der Komplexität und Dynamik der Problemlagen der Klientel beschäftigen, Fokus auf der sozialen Dimension
2	Methoden und Techniken situationsadäquat anwenden	Beratung immer zwischen Wissensvermittlung und Kompetenzförderung, verschiedene Methoden und Techniken anwenden
3	Ganzheitlichkeit in der Praxeologie	Systemisch und ganzheitlich arbeiten, Lebensbereiche mit Unterstützungsbedarf priorisieren, in IPZ einfließen lassen
4	Beziehungshandeln und Verständigungsorientierung	Gegenstand gemeinsam aushandeln, Sozialarbeitende sind auf Kooperation mit Klientel angewiesen, auf Augenhöhe begegnen
5	Intensives Casemanagement bei wiederkehrenden Rückfällen	Auf das Angebot des intensiven Casemanagements aufmerksam machen und nach Rücksprache anordnen
Im Rahmen der IPZ		
1	Ein gemeinsames und ganzheitliches Gesundheitsverständnis fördern	Mit allen drei Dimensionen beschäftigen, auf den Einfluss der sozialen Dimension und die Dynamik aufmerksam machen
2	Verschiedene Kanäle und Gefässe nutzen	Dokumentationssystem nutzen, in Austauschgefässen klinische relevante soziale Faktoren aufzeigen und Zuständigkeiten klären
3	Auf die bio-psycho-soziale Dynamik aufmerksam machen	Einen ganzheitlichen Blick auf die Situation der Klientel haben, die Dynamik zwischen den Dimensionen aufzeigen
4	Selbst zu einer gelingenden IPZ beitragen	Eine offene und wertschätzende Haltung einnehmen, Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Fachpersonen haben

Abbildung 10: Übersicht der Empfehlungen (eigene Darstellung)

9.4 Persönliche Stellungnahme

Im Rahmen des theoretischen Teils konnten sich die Autor*innen vertieft mit der Sozialen Arbeit als Profession sowie mit der klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit und der IPZ auseinandersetzen. Die Gespräche mit den klinisch Sozialarbeitenden aus der Praxis empfanden die Autor*innen als äusserst bereichernd. Einblicke in die Praxis zu erhalten und empirische Forschungsergebnisse mit der aktuellen Theorie zu vergleichen machte den Autor*innen grosse Freude. Diese Erkenntnisse schliesslich miteinander zu verknüpfen und daraus Empfehlungen für die Praxis zu formulieren, stellte dabei den Kern dieser Arbeit dar. Die Forschungsergebnisse haben dabei jedoch keinen Anspruch auf Generalisierung, da sie lediglich einen Ausschnitt aus der Praxis innerhalb der gleichen Institution repräsentieren.

Erstaunt waren die Autor*innen über die Erkenntnisse, dass sich die IPZ in Teams mit jüngeren Fachpersonen einfacher gestalten lässt als in Teams mit älteren Fachpersonen. In diesem Zusammenhang war es auch spannend zu sehen, dass sich die Theorie in der Praxis insofern bestätigte, als dass die Soziale Arbeit oftmals nur eine supportive Ergänzung ist, welche auszuführen hat. Dies wird in Bezug auf die Soziale Arbeit auch als Form einer funktional eingeführten Hilfsprofession beschrieben.

Aufgrund der flächendeckenden Implementierung von Sozialarbeitenden auf jeder Station in der stationären Erwachsenenpsychiatrie waren die Autor*innen umso mehr überrascht, dass die Soziale Arbeit auf der Leitungsebene regelmässig nicht berücksichtigt wird.

Interessant war zudem die Erkenntnis, dass einige stationäre Klinikaufenthalte nicht primär wegen gesundheitlicher Problemlagen, sondern vielmehr aufgrund von sozialen Problematiken erfolgen. Spannend dabei war, dass mit Ausnahme des intensiven Casemanagement auch unter diesen Umständen die Fallführung bei den Fachpersonen der Medizin liegt.

Des Weiteren waren die Autor*innen erstaunt darüber, dass die Soziale Arbeit im Rahmen von interprofessionellen Austauschgefässen oftmals nicht ernst genommen wird beziehungsweise sich nur am Rande einbringen kann.

Schliesslich war es spannend zu erkennen, dass auch Rahmenbedingungen wie beispielsweise der Bettendruck einen ganzheitlichen Behandlungsprozess vor diverse Herausforderungen stellen. Dies führt in der Praxis oftmals dazu, dass die soziale Dimension nicht adäquat bearbeitet werden kann und ein Rückfall aus sozialarbeiterischer Sicht sehr wahrscheinlich ist.

Die Empfehlungen für die Praxis wurden anhand des Aufbaus der Arbeit sowie der Forschungsergebnisse strukturiert. Dabei konnten die Autor*innen mehrere Ebenen für die Empfehlungen identifizieren, auf welchen ein ganzheitlicher Behandlungsprozess gefördert werden kann. Die Professionalisierung auf individueller Ebene soll Sozialarbeitende dazu befähigen, die eigenen Fach-, Methoden-, Selbst- und Sozialkompetenzen weiterzuentwickeln und für die Praxis zu nutzen. Die Autor*innen erachten diese Ebene als Basis, um im Rahmen von interprofessionellen Austauschgefässen den eigenen Standpunkt reflektiert sowie wissenschaftlich fundiert vertreten und dadurch einen ganzheitlichen Behandlungsprozess fördern zu können.

Die Ebene der direkten Zusammenarbeit mit der Klientel erachten die Autor*innen ebenfalls als zentral. Hierbei geht es einerseits darum, sich mit der psychiatrischen Klientel, ihren Problemlagen und der damit verbundenen Notwendigkeit eines ganzheitlichen Behandlungsprozesses auseinanderzusetzen. Andererseits beinhaltet diese Ebene gezielt Empfehlungen für die Praxeologie, wie ein umfassendes Verständnis der Situation der Klientel verschafft, eine förderliche Beziehung aufgebaut sowie professionell und adäquat beraten werden kann.

Im Rahmen der IPZ konnten Empfehlungen erarbeitet werden, welche es aus der Perspektive der Sozialen Arbeit ermöglichen sollen, die IPZ förderlich für einen ganzheitlichen Behandlungsprozess zu nutzen. Dabei geht es um Empfehlungen, wie das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis gefördert werden kann und welchen Beitrag klinisch Sozialarbeitende selbst zu einer gelingenden IPZ leisten können und müssen.

Das Interesse der Autor*innen an der klinischen Sozialarbeit und der IPZ bestand bereits vor dieser Bachelor-Thesis. Durch die positiven und spannenden Gespräche sowie der intensiven theoretischen Auseinandersetzung und der Formulierung der Empfehlungen für die Praxis hat sich ihr Interesse jedoch noch deutlich verstärkt.

9.5 Ausblick

In der vorliegenden Bachelor-Thesis konnte aufgezeigt werden, dass im interprofessionellen Behandlungsprozess in der stationären Erwachsenenpsychiatrie im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells die soziale Dimension und somit ein wesentlicher Bezugspunkt der Sozialen Arbeit oftmals unterbelichtet bleibt. Eine unzureichende Organisation von Anschlusslösungen in den Bereichen Wohnen, Finanzen, Rechtliches, Arbeit oder sogar Rückfälle in die Klinik können die Konsequenz davon sein. Somit wird das Potenzial der klinischen Sozialarbeit oftmals nicht ausgeschöpft und der Behandlungsprozess nicht ganzheitlich umgesetzt.

Es wurde deutlich, dass die klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie einen relevanten Forschungsgegenstand darstellt, der bisher nicht umfassend erforscht ist. Deshalb sind weitere Forschungen diesbezüglich sowohl für die Adressat*innen der psychiatrischen Versorgung als auch für die Fachpersonen der interprofessionellen Behandlungsteams und für die klinisch Sozialarbeitenden selbst von grosser Bedeutung. In diesem Zusammenhang wird auch der Anspruch der Ganzheitlichkeit für die psychiatrische Versorgung immer relevanter.

Die Themenbereiche des theoretischen Teils dieser Arbeit sind umfassend erforscht. In Bezug auf einen ganzheitlichen Behandlungsprozess in der stationären Psychiatrie besteht jedoch eine Forschungslücke. Auch Empfehlungen hinsichtlich der gewählten Fragestellung gibt es kaum. Bei der vorgenommenen Unterteilung steht einerseits die eigene professionelle Weiterentwicklung und die Aneignung von handlungsfeldspezifischem Wissen im Zentrum. Andererseits geben die Empfehlungen eine Orientierung, wie in der direkten Zusammenarbeit mit der Klientel eine ganzheitliche Unterstützung gewährleistet werden kann. Ausgehend davon wurden Empfehlungen formuliert, wie dies im Rahmen der IPZ als klinisch relevant dargestellt und somit ein gemeinsames sowie ganzheitliches Gesundheitsverständnis gefördert werden kann.

Darüber hinaus kann diese Arbeit als Ausgangspunkt für weitere Forschung in Bezug auf die klinische Sozialarbeit im psychiatrischen Handlungsfeld und für einen ganzheitlichen Behandlungsprozess dienen. Dabei eröffnen sich folgende Themen für weitere Forschungsansätze:

- Welche Theorien und Praxeologien der Profession "Soziale Arbeit" können im Kontext der klinischen Sozialarbeit weiterentwickelt werden?
- Welchen Nutzen bringt das intensive Casemanagement der Sozialen Arbeit im Rahmen eines ganzheitlichen und nachhaltigen Behandlungs- und Betreuungsprozesses?
- Inwieweit ist Ganzheitlichkeit in der Behandlung und Betreuung für die weiteren Professionen des interprofessionellen Behandlungsteams von Bedeutung?
- Inwiefern beeinflussen Rahmenbedingungen wie der Fachkräftemangel oder Auflagen von Krankenkassen die Aufenthaltsdauer und somit den Behandlungsprozess?

Trotz der vorhandenen Forschungslücken dienen die Empfehlungen dieser Arbeit zur ersten Orientierung. Sie sollen klinisch Sozialarbeitenden auf verschiedenen Ebenen zeigen, wie sie innerhalb der IPZ einen ganzheitlichen Behandlungsprozess fördern können. Ziel davon ist es, der zunehmenden Komplexität gerecht zu werden und gleichzeitig eine nachhaltige psychiatrische Versorgung zu gewährleisten.

10. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abplanalp, E., Cruceli, S., Disler, S., Pulver, C. & Zwilling, M. (2020). *Beraten in der Sozialen Arbeit: Eine Verortung zentraler Beratungsanforderungen*. Haupt.
- Atzeni, G., Schmitz, C. & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Studie im Auftrag der SAMW (1. Aufl.). *Swiss Academies Reports*, 12(2). <http://dx.doi.org/10.4126/FRL01-006409147>
- AvenirSocial & sages. (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/RZ_Flyer_A5_Leitbild_db_050918_v2.pdf
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2013). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (5. Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- Brückner, B. (2015). Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland im 20. Jahrhundert – ein Überblick. In M. Dörr (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit* (S. 21-30). Schneider.
- Brühlmann, T. & Binswanger, M. (2003). Moderne patientenzentrierte psychiatrische Versorgung: Wie wichtig ist die stationäre Behandlung? Wo steht die Schweiz? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(49), 2610-2613. <https://doi.org/10.4414/bms.2003.10144>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2019, 08. Oktober). *Studie zum Potenzial interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen*. Bundesamt für Gesundheit BAG. Abgerufen am 5. November 2023, von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M4-potenziale.html>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2023, 07. Februar). *Psychische Erkrankungen und Gesundheit*. Bundesamt für Gesundheit BAG. Abgerufen am 5. November 2023, von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/psychische-erkrankungen-und-gesundheit.html>
- Desole, M. (2017). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Chance für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit: Argumentationen und Folgerungen am Beispiel interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Psychiatrie*. <https://doi.org/10.21256/zhaw-18140>
- Ehlert, G. (2019, 15. Oktober). *Professionalisierung*. socialnet.de. Abgerufen am 5. November 2023, von https://www.socialnet.de/lexikon/Professionalisierung#toc_5

- Falk, E. & Kressbach, M. (2022, 25. Oktober). *Fachkräftemangel - Psychiatriepflegende am Anschlag – Isolationen nehmen zu*. Schweizer Radio und Fernsehen (SRF). Abgerufen am 5. November 2023, von <https://www.srf.ch/sendungen/kassensturz-espresso/kassensturz/fachkraeftemangel-psychiatriepflegende-am-anschlag-isolationen-nehmen-zu>
- Fraser, M. W., Lombardi, B. M., Wu, S., De Saxe Zerden, L., Richman, E. L. & Fraher, E. P. (2018). Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. *Journal of The Society for Social Work and Research*, 9(2), 175–215. <https://doi.org/10.1086/697567>
- Gahleitner, S., Rademaker, A. & Hahn, G. (2015). Forschung in der Klinischen Sozialarbeit: Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Klinische Sozialarbeit*, 11(3), 9-12. https://www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Sektionen/Klinische_Sozialarbeit/KlinSA_2015_11-3_State-of-the-Art-2015.pdf
- Gebbe, A. & Riecken, A. (2011). Störungsspezifische psychosoziale Beratung: Ein Paradigmenwechsel in der klinischen Sozialarbeit. *Soziale Arbeit*, 60(5), 169-176. <https://doi.org/10.5771/0490-1606-2011-5-169>
- Geissler-Piltz, B. (2004). Im Brennpunkt liegt der Alltag der erkrankten Menschen. *Sozial Extra*, 28(32–35). <https://doi.org/10.1007/s12054-004-0007-5>
- Giertz, K. & Grosse, L. (2021). Zum Umgang mit einer spezifischen Klientel: Ergebnisse einer Datenrecherche zu „hard-to-reach-Klient*innen“ und „Systemsprenger*innen“ in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 19-22. <http://probe.sozialpsychiatrie-mv.de/wp-content/uploads/2021/04/2021-01FORUMGrosseGiertz.pdf>
- Gurtner, S. & Wettstein, M. (2019). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung: Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017–2020*. https://www.curaviva.ch/files/5WKKPP7/anreize_und_hindernisse__studie__bfh__2019.pdf
- Hopf, C. (1995). Befragungsverfahren. In U. Flick, E. V. Kardorff, H. Keupp, L. V. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Aufl., S. 177-182). Beltz.
- Hüttemann, M., Fetscher, K. & Leuthold, B. (2007). Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention: Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz. *Klinische Sozialarbeit*, 3(3), 6-9. <http://dx.doi.org/10.26041/fhnw-3808>

- Kardorff, V. E. (1995). Qualitative Sozialforschung - Versuch einer Standortbestimmung. In U. Flick, E. V. Kardorff, H. Keupp, L. V. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Aufl., S. 3-8). Beltz.
- Kieser, C. & Kieser, L. D. (2013). Das sozialpsychiatrische Team: Erfolge, Herausforderungen und Grenzen. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie: das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (Band 1, S. 385-394). Kohlhammer.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Beltz Juventa.
- Lange-Asschenfeldt, C. (2018). Hohes Suizidrisiko direkt nach der Entlassung. *InFo Neurologie + Psychiatrie*, 20(1), 14. <https://doi.org/10.1007/s15005-018-2462-8>
- Löffelbein, N. (2020). Äskulap im Wandel: Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In A, Görgen & S.H, Simond (Hrsg.), *Krankheit in digitalen Spielen: Interdisziplinäre Betrachtungen* (S. 97-112). Transcript.
- Müller, R., Drennig, S., Schulten, A. & Truffer Summhammer, M. (2018). Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der stationären Traumatherapie: Veranschaulichung an zwei Personenbeispielen: Herausforderungen, Risiken und Chancen der interdisziplinären Zusammenarbeit. In F. Riffer, E. Kaiser, M. Sprung & L. Streibl (Hrsg.), *Das Fremde: Flucht - Trauma – Resilienz: Aktuelle traumaspezifische Konzepte in der Psychosomatik* (S. 157-159). Springer.
- Pauls, H. (2013a). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 15-31. <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191>
- Pauls, H. (2013b). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Beltz Juventa.
- Poggenburg, S., Rabady, S., Bitschnau-Friedl, A., Dachs, C., Wendler, M. & Glehr, R. (2019). Interprofessionalität richtig denken. *Ärzte Krone*, 23, 25-28. https://oegam.at/system/files/aek_23_19_oegam_final_0.pdf
- Riedel, A. & Lehmeier, S. (Hrsg.) (2022). *Ethik im Gesundheitswesen*. Springer VS.
- Ritzau, W. T. (2022). *Kritik: Nach der Psychiatrie kommt die Leere*. Der Nordschleswiger. <https://www.nordschleswiger.dk/de/daenemark-politik-gesellschaft-blaulicht/kritik-nach-psychiatrie-kommt-leere>

- Schilling, J. & Klus, S. (2022). *Soziale Arbeit: Geschichte – Theorie – Profession* (7. aktualisierte Aufl.). UTB.
- Schmitz, C., Atzeni, G. & Berchtold, P. (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. *Swiss Academies Communications*, 2(15). <https://doi.org/10.5281/zenodo.3355205>
- Schmocker, B. (2014). *Die IFSW/IASSW Definition der Sozialen Arbeit von 2014* [Übersetzung]. AvenirSocial. <https://www.ifsww.org/wp-content/uploads/2019/07/definitive-deutschsprachige-Fassung-IFSW-Definition-mit-Kommentar-1.pdf>
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. & Peter, C. (2023). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2021. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_BULLETIN_2023_01_d.pdf
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit: Die Grenzen der Öffnung oder die Öffnung der Grenzen? *SAMW Bulletin*, 3400(03). https://www.samw.ch/dam/jcr:891c75ce-bcd2-4770-b3fb-4484ef8eb23a/bulletin_samw_2018_3.pdf
- Seidlein, A. H. (2022). Interprofessionelle Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung auf der Intensivstation: Die Situation von Pflegefachpersonen und Ärzt:innen. In A. Riedel & S. Lehmeyer (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen*. Springer VS.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rüegger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Springer VS.
- Sommerfeld, P. & Rüegger, C. (2013). Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In W. Kawohl & W. Rössler (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Band 2: Anwendung (S. 396-406). Kohlhammer.
- Staub-Bernasconi, S., Baumeler, M., Bornemann, C., Harder, U., Hierlemann, F., Mäder, E., Philipp, P., Rüegger, C. & Wegmann, M. (2012). *Soziale Arbeit und Psychiatrie: Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich*. <http://dx.doi.org/10.26041/fhnw-723>
- Stimmer, F. & Ansen, H. (2016). Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern: Grundlagen – Prinzipien – Prozess. Kohlhammer.
- Stimmer, F. (2020). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit*. (4. aktualisierte Aufl.). Kohlhammer.

- Strübing, J. (2013). *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung für Studierende* (2. Aufl.). Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Stüwe, G. (2019, 25. Februar). *Profession*. socialnet.de. Abgerufen am 5. November 2023, von https://www.socialnet.de/lexikon/Profession#toc_2
- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (o.D.). *Über uns*. Abgerufen am 5. November 2023, von <https://www.upd.ch/de/ueber-uns/>
- Völter, B., Cornel, H., Gahleitner, S. B. & Voss, S. (2020). Professionsverständnisse in der Sozialen Arbeit – eine Einführung. In B. Völter, H. Cornel, S. B. Gahleitner & S. Voss (Hrsg.), *Professionsverständnisse in der Sozialen Arbeit* (1. Aufl., S. 7-26). Beltz Juventa.
- Walther, C. (2017). Soziale Arbeit und Psychiatrie. In J. Bischof, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (1. Aufl., S. 18-37). Psychiatrie Verlag.
- Walther, C. (2023). Soziale Arbeit und Psychiatrie. In J. Bischof, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (1. Aufl., S. 16-39). Psychiatrie Verlag.
- Walther, C. & Deimel, D. (2023). Theorien und Konzepte Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In J. Bischof, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (1. Aufl., S. 40-70). Psychiatrie Verlag.
- Werner, S. (2019, 30. Oktober). *Professionalität*. socialnet.de. Abgerufen am 5. November 2023, von <https://www.socialnet.de/lexikon/Professionalitaet>
- Wider, D. (2013). Soziale Arbeit und Interdisziplinarität: Begriff, Bedingungen und Folgerungen für die Soziale Arbeit. *SozialAktuell*, 4, 10-13.
https://www.vbmb.ch/userfiles/downloads/Tagung_Zusammenarbeit/Soziale%20Arbeit%20und%20Interdisziplinaritaet.pdf
- Widulle, W. (2020). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen* (3. Aufl.). Springer VS.
- Wotha, B. & Dembowski, N. (2017). *Leitfaden - qualitative Interviews*. Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften.
https://www.ostfalia.de/cms/de/k/.content/documents/Pruefungsinfos/Leitfaden_qualitative_Interviews_Version_2017_06_14.pdf
- Wunderer, E. (2015). *Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen*. Beltz Juventa.