

**Zwischen Normalwohnen
und institutionellem Wohnen**
Handlungsleitende Deutungsmuster
in der Sozialen Arbeit im Kontext der Psychiatrie

Luana Massaro

Titel: Zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen: Handlungsleitende
Deutungsmuster in der Sozialen Arbeit im Kontext der Psychiatrie

Verfasserin: Luana Massaro

Studienbeginn: September 2019

Master in Sozialer Arbeit Bern | Luzern | St. Gallen

Fachbegleitung: Dr. Miriam Meuth

Ort, Abgabedatum: St. Gallen, 15. Juli 2024

Abstract

Soziale Probleme werden im aktuellen sozialpolitischen Kontext zunehmend individualisierend bearbeitet. Wie gelingt einer professionellen Sozialen Arbeit die Bewegung im Spannungsfeld zwischen Individuum sowie gesellschaftlichen Strukturen und Verhältnissen, ohne in und mit der angebotenen (personenbezogenen) Unterstützung zu einer zusätzlichen Individualisierung sozialer Problemlagen beizutragen?

Ausgehend von diesem allgemeinen Erkenntnisinteresse wurden mit vorliegender Masterarbeit Deutungsmuster in der sozialarbeiterischen Übergangsbegleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen im Handlungskontext der Psychiatrie rekonstruiert. Für die Rekonstruktion der Deutungsmuster wurde ein qualitativer, interpretativer Forschungszugang gewählt, welcher sich an der *Grounded Theory* orientiert. Die Analyse von handlungsleitenden Deutungsmustern hat sich als geeignet erwiesen, um der Bewegung zwischen Individuum sowie gesellschaftlichen Strukturen und Verhältnissen auf die Spur zu kommen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Praxis der Sozialen Arbeit im Handlungskontext der Psychiatrie aus einer gesellschaftspolitisch und organisational anspruchsvollen Ausgangslage heraus agiert. Die rekonstruierten Deutungsmuster spiegeln teilweise die nach wie vor vorherrschende Logik des Stufenmodells im institutionellen Wohnkontext. In den rekonstruierten Deutungsmustern eingelagert sind Vorstellungen von Wohnen beziehungsweise institutionellem Wohnen, die auf ein idealisiertes und kulturgeschichtlich-gesellschaftlich geprägtes Normalwohnen sowie auf traditionell geprägte Familienbilder und Erziehungsvorstellungen verweisen. Schliesslich konnte das Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit auch für den Handlungskontext der Psychiatrie nachgewiesen werden. Aus den Ergebnissen wurden Implikationen für eine reflektierte und professionelle sozialarbeiterische Praxis abgeleitet.

Dank

Diese Masterarbeit wäre ohne die engagierte Unterstützung verschiedenster Menschen nicht möglich gewesen. Diesen Menschen möchte ich an dieser Stelle danken.

Ein besonderes Dankeschön gilt meinen Interviewpartner:innen, die sich trotz anspruchsvollem Arbeitsalltag Zeit für ein Interview genommen haben.

Ein weiterer Dank geht an Dr. Miriam Meuth. Als Fachbegleiterin hat sie mich in der Entwicklung der Masterarbeit mit inhaltlich und methodisch wertvollen Rückmeldungen und Ideen begleitet sowie mit ihrer Begeisterung für das Thema motiviert.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinem persönlichen Umfeld, das mich während dem Studium und insbesondere während der Entwicklung der Masterarbeit moralisch und tatkräftig unterstützt hat. Neben meinen Arbeitskolleg:innen gilt mein Dank insbesondere Alex, Sabrina, Nonna Giusi, Axel und Juri.

Inhaltsverzeichnis

1	<i>Einleitung</i>	1
1.1	Ausgangslage und Herleitung des Problems	1
1.2	Erkenntnisinteresse und Fragestellungen	4
1.3	Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit	6
1.4	Aufbau der Arbeit	6
2	<i>Zentrale Begriffe</i>	8
2.1	Deutungsmuster	8
2.2	Normalwohnen	9
2.3	Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement	10
3	<i>Handlungskontext und Professionelles Handeln</i>	12
3.1	Handlungsfeld der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	12
3.1.1	Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	12
3.1.2	Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie	14
3.1.3	Internationales Übereinkommen als zusätzlicher handlungsleitender Orientierungsrahmen	17
3.2	Integration- und Lebensführung: Dynamisches Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft	18
3.2.1	Allgemeine Funktionsbestimmung der Sozialen Arbeit	20
3.2.2	Integration und Lebensführung	21
3.2.3	Differenzierte Funktionsbestimmung der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	23
3.3	Was heisst das für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie?	25
4	<i>Wohnen und Soziale Arbeit</i>	27
4.1	Verhältnis von Wohnen und Sozialer Arbeit	27
4.2	Mehrdimensionales Verständnis von Wohnen	31
5	<i>Institutionelles Wohnen und Übergänge</i>	34
5.1	Wohnen und Übergänge	34
5.2	Wohnforschung zwischen Individuum und Gesellschaft: Wohn(un)fähigkeit als soziales Deutungsmuster	36
5.2.1	Das Konzept der Wohn(un)fähigkeit in der Wohnungslosenhilfe	37
5.2.2	Das Konzept der Wohn(un)fähigkeit im begleiteten Jugendwohnen	39
5.2.3	Kritik am Konzept der Wohn(un)fähigkeit	42
6	<i>Methodisches Vorgehen</i>	45
6.1	Methodologische Verortung	45
6.2	Erhebungsmethode	46
6.3	Feldzugang und Sampling	48
6.4	Transkription und Auswertung	51

6.5	Reflexive Vorüberlegungen.....	54
7	Ergebnisse.....	55
7.1	Es ist eine Zwischenlösung und „Wir legen [damit] das Fundament“	55
7.1.1	(Angepasste) gesellschaftliche Teilhabe über gesundheitliche Stabilität ermöglichen	62
7.1.2	Unterstützungsbedarf als Dreh- und Angelpunkt	65
7.2	Wir arbeiten nachhaltig	67
7.3	Organisationales <i>Wir</i> und gegenseitige Angewiesenheit – informelle Absicherung der Position der Sozialen Arbeit	70
7.4	(Keine) Angebote machen.....	75
7.5	Sich als Akteur:innen auf dem institutionellen Wohnungsmarkt bewegen	78
7.6	„Und ich weiss, welches Heim passt“	80
7.7	Rekurs auf Selbstbestimmung / Freiwilligkeit	83
7.8	Wohnen als analytisch fokussiertes querliegendes Thema	89
7.8.1	(Institutionelles) Wohnverständnis entlang Wohndimensionen	90
7.8.2	Idee der Wohn(un)fähigkeit in der stationären Psychiatrie	96
7.8.3	Übergangsverständnis und Teilübergänge	99
8	Diskussion der Ergebnisse.....	104
8.1	Diskussion der Ergebnisse aus Perspektive des <i>professionellen Handelns</i>	104
8.1.1	Anspruchsvolle Rahmenbedingungen wirken sich auf professionelle Auftragserfüllung aus	104
8.1.2	Soziale Arbeit in der Psychiatrie als funktional enggeführte Hilfsprofession?	105
8.1.3	Menschenbild und Vereinbarkeit mit objektifizierenden Praktiken	106
8.1.4	„Der Cut ist relativ tough“: Hinweise auf strukturelle Probleme der Kontinuität und Koordination	108
8.2	Diskussion der Ergebnisse mit Bezug zu <i>Wohnen und Soziale Arbeit</i>	109
8.2.1	Soziale Arbeit in der Psychiatrie als Einbindungshelferin	109
8.2.2	Institutionelle Wohnverständnisse und idealisiertes Normalwohnen	110
8.2.3	Rekonstruierte Deutungsmuster sind für sozialarbeiterische Praxis <i>funktional</i>	110
8.3	Diskussion der Ergebnisse mit Bezug zu <i>Institutionelles Wohnen und Übergänge</i>	112
8.3.1	Ungleich bearbeitete Teilübergänge	112
8.3.2	Idee der Wohn(un)fähigkeit im Handlungskontext der Psychiatrie.....	113
8.3.3	Erste These in Richtung Modellbildung?	113
8.4	Implikationen für eine professionelle sozialarbeiterische Praxis	115
8.5	Kritische Würdigung der Ergebnisse und des Forschungsprozesses	119
9	Wohnen. Ein weiter zu erkundendes Kernthema der Sozialen Arbeit.....	121
10	Literaturverzeichnis	122
11	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	130
12	Anhang.....	131

1 Einleitung

Soziale Arbeit ist eine Profession, die mit einem gesellschaftlichen Auftrag in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext agiert (Bitzan & Bolay, 2017, S. 7–8). Die Praxis der Sozialen Arbeit ist durch diesen sozialpolitischen Kontext geprägt und durchdrungen (z. B. in Bezug auf normative Vorstellungen) (Bitzan & Bolay, 2017, S. 7–8). Ihr kommt aber auch eine gewisse Eigenständigkeit zu. „Als eigenständige Akteurin, kann [sie] sich reflexiv gegenüber solchen Vorgaben verhalten und sich kritisch mit widersprüchlichen Herausforderungen auseinandersetzen“ (Bitzan & Bolay, 2017, S. 8). Gemeinhin wird dieses Spannungsfeld als dreifaches Mandat bezeichnet (AvenirSocial, 2010, S. 8). Dabei wirkt das dritte Mandat, welches sich auf das Professionswissen, die Berufsethik, die Prinzipien der Menschenrechte und die soziale Gerechtigkeit bezieht, als Kompass zwischen dem Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle und den Begehren der Adressat:innen der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010, S. 8). Die Bewegung zwischen diesen verschiedenen Aufträgen und den daraus resultierenden Dilemmata in der Praxis der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010, S. 8–9) setzt eine hohe Reflexionsbereitschaft und -fähigkeit der in der Praxis Tätigen voraus. Dieses Spannungsfeld stellt den Normalfall für die Soziale Arbeit dar und kein Spezifikum des im Folgenden fokussierten Handlungskontextes der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie.

1.1 Ausgangslage und Herleitung des Problems

Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie bietet in psychiatrischer Behandlung stehenden Menschen in schwierigen Lebenslagen Unterstützung an beim Erhalt, Auf- oder Ausbau der Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 29–30). Auf einer psychiatrischen Station werden die zuständigen Sozialarbeitenden unter anderem mit sogenannten ‚Wohnproblemen‘ von in Behandlung stehenden Menschen konfrontiert. Dabei kann es beispielsweise um unsichere oder gefährdete Wohn-, Miet- oder Unterstützungsverhältnisse, um Konflikte mit Mitbewohner:innen oder in der Nachbarschaft sowie um bestehende oder drohende Wohn- bzw. Obdachlosigkeit gehen.¹ Die klinische Soziale Arbeit ist als Profession an der Schnittstelle zwischen der Klinik und der Lebenswelt der in

¹ Die *European Typology on Homelessness and Housing* (ETHOS) unterscheidet und definiert Wohn- und Obdachlosigkeit (FEANTSA, 2017).

Behandlung stehenden Menschen in der Regel für die Beratung und Begleitung in diesem Themenfeld zuständig (z. B. Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 8–10). Die fachlich begründete individuelle Beratung und Begleitung der betroffenen Menschen geschieht vor dem Hintergrund individueller Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Menschen und der anspruchsvollen gesellschaftlichen, sozialpolitischen und organisationalen Rahmenbedingungen.

In der Sozialpolitik werden soziale Problemlagen zunehmend auf einer individuellen Verhaltensebene begründet und bearbeitet. Die strukturellen oder systemimmanenten Bedingungen und Prozesse, die zu sozialen Problemen beitragen, geraten damit aus dem Blick. Anhorn, Schimpf und Stehr (2018, S. 1) sprechen in Bezug auf die Individualisierung sozialer Probleme von einer fortschreitenden Verschiebung einer „Politik der Verhältnisse“ hin zu einer „Politik des Verhaltens“. Der angespannte Wohnungsmarkt im urbanen Raum kann als (mindestens medial) anerkanntes strukturelles Problem bezeichnet werden, das nicht nur vulnerable Personengruppen betrifft, sondern zunehmend auch die Mittelschicht beschäftigt (z. B. Eco Talk SRF, 2023 oder Lüthy, 2023). Angesichts der Tendenz zur Individualisierung sozialer Problemlagen und der Verschärfung der Wohnungsknappheit stellt sich folgende Frage: Wie kann die Soziale Arbeit von ‚Wohnproblemen‘ betroffene Menschen professionell unterstützen, ohne in und mit dieser personenbezogenen Unterstützung zu einer (zusätzlichen) Individualisierung sozialer Problemlagen beizutragen? In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig, dass sich die Soziale Arbeit mit der eigenen Rolle beschäftigt und die eigene Praxis reflektiert. Dies nicht zuletzt mit dem Ziel, eine machtsensible und diskriminierungsfreie Begleitung von vulnerablen Personen und vulnerablen Personengruppen im Einklang mit dem Berufskodex zu gewährleisten (AvenirSocial, 2010).²

Die individualisierende Bearbeitung sozialer Probleme lässt sich beispielhaft am Thema der Erwerbslosigkeit und des Arbeitsmarktes darstellen. Im aktivierenden Sozialstaat liegt es in der Verantwortung des Individuums die eigene *employability* (Beschäftigungsfähigkeit) aufrechtzuerhalten oder (wieder-)herzustellen (Marquardt, 2013, S. 160–161). Eigenschaften des Arbeitsmarktes, welche sich auf die individuellen Möglichkeiten zur Erwerbsarbeit auswirken, werden ausgeblendet. Das Verbleiben in einem Status der Erwerbslosigkeit wird dem Individuum zugeschrieben, das sich vermeintlich noch nicht genügend angestrengt und an seinen

² Dies beispielsweise im Hinblick auf den Grundsatz der Selbstbestimmung, den Grundsatz der Partizipation, die Verpflichtung zur Zurückweisung von Diskriminierung sowie dem Handlungsprinzip 10.2 (AvenirSocial, 2010).

Kompetenzen gearbeitet hat. Eine ähnliche Form der individualisierenden Bearbeitung sozialer Probleme konnten Marquardt (2013) und auch Meuth (2018a) mit dem Deutungsmuster der sogenannten *Wohn(un)fähigkeit* für das hier fokussierte Thema Wohnen von vulnerablen Personengruppen beobachten. Marquardt (2013) kommt in ihrer Studie zur Wohnungslosenhilfe zum Schluss, dass die Integration in Unterstützungssysteme der Wohnungslosenhilfe „der gesellschaftlichen Prozessierung – und Aufrechterhaltung – sozialer Ungleichheit“ dient (Marquardt, 2022a, S. 146). Das Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit spielt dabei eine bedeutende Rolle (Marquardt, 2013, S. 157). Die Feststellung einer Wohn(un)fähigkeit entscheidet einerseits über Ein- und Ausschluss in die genannten Unterstützungssysteme (z. B. Unterkünfte oder Beratung) (Marquardt, 2013, S. 157). Andererseits drehen sich die sozialpädagogischen Zielsetzungen innerhalb der Unterstützungsangebote um die Wiedererlangung der Wohnfähigkeit. Meuth (2018a) fokussiert in ihrer Untersuchung das begleitete Wohnen von Jugendlichen. Auch sie stellt fest, dass das Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit ein soziales Problem erst bearbeitbar macht und mit dem Verweis auf eine (vermeintlich fehlende) Kompetenz individualisieren kann (z. B. Meuth, 2022a, S. 142).

Analog der *employability* verweist das Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit auf eine individuelle Verantwortung bei der Aufrechterhaltung und (Wieder-)Herstellung von vermeintlich notwendigen Wohnkompetenzen für die Teilnahme am Wohnungsmarkt. Dies passt in die „Tradition einer individualisierenden Problemkonstruktion“ und erweist seine „Anschlussfähigkeit an die Konzepte des aktivierenden Sozialstaats“ (Nagel, 2015, S. 85). Nagel (2015, S. 86) versteht Wohn(un)fähigkeit als soziales Deutungsmuster mit grosser Tragweite. Durch die mit dem Konzept verbundene Individualisierung wird das soziale Problem der Wohnungsnot entpolitisiert (Nagel, 2015, S. 85). Dies führt zunächst zu einer Entlastung des Handlungsdrucks, strukturelle Veränderungen anzugehen. Das soziale Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit legitimiert die Aufrechterhaltung bestehender Strukturen und verhindert deren Änderung, obwohl alternative Modelle wie beispielsweise *Housing First* vorhanden wären (Nagel, 2015, S. 85–86).

Wie oben beschrieben, nehmen neben den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der unterstützten Menschen, auch gesellschaftliche sowie politische Rahmenbedingungen Einfluss auf die gemeinsame Lösungssuche. Die Soziale Arbeit in der personenbezogenen Unterstützung ist dadurch gefordert, die professionelle (fachlich begründete) Begleitung in einer ständigen Bewegung zwischen Individuum und gesellschaftlichen Strukturen mit ihren

vorgefertigten systemischen Lösungen zu gestalten. In einem gesellschaftspolitischen Kontext, in dem die Wahrscheinlichkeit einer individualisierenden Bearbeitung erhöht ist, ist diese beschriebene Bewegung besonders anspruchsvoll. Sie stellt darüber hinaus hohe Anforderungen an die Reflexionsbereitschaft der eigenen Handlungspraxis. Deutungsmuster als kollektive Wissensbestände sind nicht unabhängig von einem Relationierungsprozess zwischen Individuum und Struktur denkbar. Dies wurde zusammenfassend in den obigen Ausführungen zu Marquardt (2013), Meuth (2018a) und Nagel (2015) deutlich. Gerade darum kann das Wissen um Deutungsmuster eine fruchtbare Basis für die Reflexion der sozialarbeiterischen Handlungspraxis darstellen. Das Konzept der Wohn(un)fähigkeit, das von Nagel als soziales Deutungsmuster verstanden wird (Nagel, 2015, S. 86), zeigt stellvertretend, was für eine Bedeutung und Tragweite Deutungsmuster für die Handlungspraxis in der Sozialen Arbeit haben können.

1.2 Erkenntnisinteresse und Fragestellungen

Die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie unterstützt Adressat:innen bei unterschiedlichen wohnbezogenen Themen. Die Fokussierung der vorliegenden Arbeit auf die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie erfolgt aufgrund der mehrjährigen Berufserfahrung der Autorin in diesem Handlungskontext. Während dieser Praxistätigkeit konnte die Autorin Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen im Wohnbereich beraten und begleiten. Dabei kam es im Zusammenhang mit wohnbezogenen Themen teilweise zu frustrierenden Situationen, wenn weder den Adressat:innen noch dem professionellen Selbstverständnis Rechnung getragen werden konnte. Dies war beispielsweise dann der Fall, wenn auf die Wünsche der Betroffenen oder auf die fachliche Einschätzung keine *passende* Lösung gefunden werden konnte (z. B. eine bezahlbare Wohnung) und aufgrund des hohen (und vielschichtigen) Handlungsdrucks auf ein vorgefertigtes institutionelles Angebot zurückgegriffen werden musste.³

Im Weiteren wird der potenzielle Übergang zwischen *Normalwohnen*⁴ und *Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement*⁵ fokussiert. Die Wahl dieser spezifischen Situation erfolgt,

³ Das soll nicht heißen, dass institutionelle Angebote nie passend sind, sondern einfach, dass diese nicht in jedem Fall passen.

⁴ Dieser Begriff wird in Anlehnung an Marquardt (2022b, S. 540) und Meuth (2022b, S. 364) verwendet. Mit Bezug zum Begriff des Normalarbeitsverhältnisses wird damit ein „mietvertraglich abgesichertes, unbefristetes bezahlbares Wohnen“ verstanden (Marquardt, 2022b, S. 540). Eine ausführliche Definition folgt in Kapitel 2.2.

⁵ Dieser Begriff wird in Anlehnung an Meuth (z. B. 2017a, S. 3) verwendet: „Mit diesem noch relativ offenen Begriff fasse ich verschiedene beruflich institutionalisierte (und professionalisierte) begleitete oder betreute Wohnkonstellationen im Kontext *sozialer Dienste*, die wohlfahrtsstaatlich gerahmt sind“. Im Folgenden werden

aufgrund des potenziell folgenschweren Einschnittes in eine bis anhin als normal definierte Wohnbiografie. In diesem Übergang kann die Bewegung zwischen dem fachlichen Verständnis, dem unterstützten Individuum und den gesellschaftlichen Strukturen über eine Analyse der Deutungsmuster besonders deutlich erkennbar werden.

Im Anschluss an die bisherigen Ausführungen und Überlegungen kann folgende konkretisierte Fragestellung für den Handlungskontext der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie formuliert werden:

Welche sozialen Deutungsmuster in Bezug auf das Wohnen von Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in der klinischen Sozialen Arbeit handlungsleitend, wenn ein Übergang von einem Normalwohnen in ein Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement im Raum steht?

Die dazugehörigen Unterfragestellungen lauten:

- Inwiefern rekurriert die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie auf das Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit und wie wird dieses konstruiert?
- Welche Ideen und welches Verständnis von Wohnen drücken sich darin aus?

Das Forschungsinteresse liegt in der Rekonstruktion sozialer handlungsleitender Deutungsmuster in einem konkreten Handlungskontext (klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie) und zwar bezogen auf eine spezifische Situation. Fokussiert wird die Handlungssituation, in der ein möglicher und bedeutungsvoller Übergang zwischen dem Wohnen in den eigenen vier Wänden und dem institutionellen Wohnen zur Diskussion steht. Von Interesse sind die Deutungsmuster, welche durch die klinisch Sozialarbeitenden in der Psychiatrie aktiviert werden. Die Deutungsmuster werden als Indizien für die erwähnte sozialarbeiterische Bewegung zwischen dem fachlichen Verständnis, dem unterstützten Individuum und den gesellschaftlichen Strukturen verstanden.

1.3 Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit

Das Ziel vorliegender Arbeit ist die Rekonstruktion spezifischer sozialer Deutungsmuster, welche für Fachpersonen der klinischen Sozialen Arbeit im Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen handlungsleitend werden. Das soziale Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit wurde in der Obdachlosenhilfe (Marquardt, 2013) und im begleiteten Jugendwohnen bzw. in berufsbegleiteten Wohnkontexten (Meuth, 2018a) nachgewiesen. Untersuchungen zu sozialen Deutungsmustern und speziell zum Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit im Bereich Wohnen von erwachsenen Menschen im Erwerbsalter mit psychischen Erkrankungen fehlen bisher. In diesem Sinne schliesst die vorliegende Arbeit eine Forschungslücke. Die Beschreibung und die Analyse der vorherrschenden Deutungsmuster werden als Annäherung an die für die sozialarbeiterische Praxis notwendige Bewegung zwischen individuellen Anforderungen und gesellschaftlichen Strukturen verstanden. Das Wissen über soziale Deutungsmuster dient der Schärfung des Bewusstseins über wirksame Handlungsorientierungen und kann auf mögliche notwendige Verhaltensänderungen in der Praxis der Sozialen Arbeit hinweisen. Auf Basis der rekonstruierten Deutungsmuster wird eine Auseinandersetzung mit dem professionellen sozialarbeiterischen Handeln im Spannungsverhältnis zwischen Individuum und Strukturen möglich. Das Wissen über vorherrschende soziale Deutungsmuster leistet somit durch die daraus ableitbaren Veränderungspotenziale einen Beitrag für eine professionelle und insbesondere für eine reflektierte sozialarbeiterische Praxis. Gerade im Aspekt der Reflexion zeigt und entfaltet sich das Potenzial einer professionellen Sozialen Arbeit in einem gesellschaftspolitisch anspruchsvollen Umfeld.

1.4 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der Arbeit orientiert sich zunächst an den theoretisch-empirischen Wissensbezügen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen notwendig sind. Nach der Definition relevanter Begriffe (siehe Kapitel 2) wird der Handlungskontext der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie beschrieben und der handlungs- bzw. professionstheoretische Bezugsrahmen für vorliegende Forschungsarbeit definiert (siehe Kapitel 3). Darauf folgt eine Verhältnisbestimmung von Wohnen und Sozialer Arbeit und die Einführung des mehrdimensionalen Wohnverständnisses, das dieser Arbeit zugrunde liegt (siehe Kapitel 4). Mit der Darlegung eines wohnbezogenen Übergangsverständnisses und der Bezugnahme auf Wohnforschung zwischen Individuum und Gesellschaft wird die Herstellung der Wissensbezüge abgeschlossen (siehe

Kapitel 5). Nach der Beschreibung des methodischen Vorgehens (siehe Kapitel 6), werden die empirischen Ergebnisse präsentiert (siehe Kapitel 7) und diskutiert (siehe Kapitel 8). Die Diskussion wird mit der Ableitung von Veränderungspotenzialen für die Handlungspraxis der klinischen Sozialen Arbeit und einer kritischen Würdigung der Ergebnisse und des Forschungsprozesses abgeschlossen. Zum Abschluss werden die Forschungsfragen beantwortet und auf weiterführende Fragen im Sinne eines Ausblickes hingewiesen (siehe Kapitel 9).

2 Zentrale Begriffe

Mit der Fragestellung werden verschiedene relevante Begriffe und Konzepte für vorliegende Forschungsarbeit eingeführt: Deutungsmuster, Wohnen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, klinische Soziale Arbeit, Übergang, Normalwohnen und Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement. Diese Begriffe und Konzepte gilt es zu definieren. *Deutungsmuster* stehen im Fokus des Forschungsinteresses und sind in diesem Kapitel definiert. Das gleiche gilt für *Normalwohnen* und *Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement*. Das *mehrdimensionale Verständnis von Wohnen*, das dieser Arbeit zugrunde liegt, wird hingegen im Kapitel 4.2 eingeführt. Die *Menschen mit psychischen Erkrankungen* sind Adressat:innen der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Im Kapitel 3.1 wird *klinische Soziale Arbeit* und der Handlungskontext der Psychiatrie mit seinen Adressat:innen vorgestellt. Der *Übergang* als wohnbezogener Übergang und fokussierte Handlungssituation wird im Kapitel 5.1 eingeführt und definiert.

2.1 Deutungsmuster

Der Begriff *Deutungsmuster* ist zentral für die vorliegende Forschungsarbeit. Eine Annäherung an den Begriff folgt unter Verweis auf den Deutungsmusteransatz und dessen Passung zum Forschungsvorhaben. Das Verständnis von Deutungsmustern, das vorliegender Forschungsarbeit zugrunde liegt, wird theoretisch hergeleitet und erste Überlegungen zum Forschungsvorhaben im Handlungskontext der Psychiatrie angestellt.

Deutungsmuster sind sozial „geteilte Routinen der Deutung“ (Bögelein & Vetter, 2019, S. 12). Die Komplexität des Alltages wird durch Deutungsmuster reduziert, indem sie Orientierung anbieten und identitätsstiftend wirken (Bögelein & Vetter, 2019, S. 12). Diese Vereinfachung der „individuell wahrgenommene[n] soziale[n] Umwelt“ ist notwendig, um die Handlungsfähigkeit der Individuen aufrechtzuerhalten (Bögelein & Vetter, 2019, S. 12).

In der Einleitung wurde bereits auf die notwendige Bewegung zwischen Individuum und gesellschaftlichen Strukturen bei der Gestaltung der personenbezogenen Unterstützung hingewiesen. Der Deutungsmusteransatz passt insofern gut zum Forschungsvorhaben, da er genau mit Blick auf eine „vermittelnde Ebene zwischen objektiven gesellschaftlichen Handlungsproblemen und deren subjektiver Bewältigung entwickelt worden“ ist (Bögelein & Vetter, 2019, S. 15). Damit bietet der Deutungsmusteransatz eine Operationalisierungsmöglichkeit dieser innerlichen Bewegung an. Die Besonderheit dabei ist,

dass die subjektive Bewältigung nicht aus einer direkten, sondern einer beruflichen Betroffenheit vom Handlungsproblem resultiert.

Für das hier beschriebene Forschungsvorhaben scheint ein konstruktivistisches Verständnis (im Gegensatz zu einem strukturalistischen Verständnis) von Deutungsmustern geeignet. In diesem Verständnis sind Deutungsmuster keine „eigenständige[n] [und vom Individuum losgelösten] Entitäten“ (Bögelein & Vetter, 2019, S. 21). Deutungsmuster sind zwar „gesellschaftlich vorgängig“ und wirken auf die Sozialisationsprozesse der Subjekte ein, können aber nicht unabhängig von Relationierungsprozessen zwischen Individuum und Struktur gedacht werden (Bögelein & Vetter, 2019, S. 21). Individuen aktualisieren und reproduzieren mit ihrem an den Deutungsmustern orientierten Handeln die Strukturen, welche das Deutungsmuster wiederum legitimieren (Bögelein & Vetter, 2019, S. 21). Sie können damit stabilisierend auf die Deutungsmuster einwirken. Gleichzeitig ermöglicht der Relationierungsprozess auch eine durch die Individuen initiierte Veränderung der Deutungsmuster.

Im Folgenden werden Deutungsmuster als sozial geteilte „intern strukturiert[e] und konsistent[e]“ Wissensbestände verstanden, welche handlungs- und bewertungsorientierend wirken, durch Sozialisation vermittelt werden und milieuspezifische Komponenten haben können (Bögelein & Vetter, 2019, S. 13).

Aufgrund der Annahme, dass innerhalb der untersuchten sozialen Gruppe der klinisch Sozialarbeitenden im Handlungskontext der Psychiatrie unterschiedliche soziale Deutungsmuster möglich sind, wird im Folgenden von Deutungsmustern im Plural gesprochen und nicht von einem Deutungsmuster. Dabei ist das soziale Deutungsmuster Wohn(un)fähigkeit aufgrund bisheriger empirischer Befunde (Marquardt, 2013; Meuth, 2018a; Nagel, 2015) ein wahrscheinlich anzutreffendes Deutungsmuster. Deutungsmuster, soziale Deutungsmuster, handlungsleitende Deutungsmuster und soziale handlungsleitende Deutungsmuster werden im Folgenden synonym verwendet.

2.2 Normalwohnen

Ein weiterer zentraler Begriff für die vorliegende Forschungsarbeit ist *Normalwohnen*. Der Begriff Normalwohnen wird in Anlehnung an Marquardt (2022b, S. 540) und Meuth (2022b, S. 364) verwendet. Marquardt (2022b, S. 540) schreibt dazu:

In Anlehnung an den etablierten Begriff des Normalarbeitsverhältnisses, der auf ein Bündel an Kriterien – unbefristete, sozial abgesicherte und angemessen bzw. tariflich entlohnte Vollzeitbeschäftigung, Arbeitnehmer*innenrechte auf kollektive Interessenvertretung etc. – verweist, spreche ich im Folgenden von Normalwohnen

und gesellschaftlichen Normalwohnverhältnissen, womit hier ein mietvertraglich abgesichertes, unbefristetes, bezahlbares Wohnen gemeint sein soll [...].

Das Normalwohnen schliesst im Folgenden sowohl bestehende Miet- wie auch Eigentumsverhältnisse ein. Die Wohnverhältnisse können gefährdet oder gekündigt sein, eine Situation von bereits eingetretener Wohn- oder Obdachlosigkeit wird nicht als Normalwohnen verstanden.

2.3 Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement

Der eben eingeführte Begriff *Normalwohnen* steht in der vorliegenden Arbeit dem Begriff *Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement* entgegen. Zwischen dem *Normalwohnen* und dem *Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement* entsteht der sozialarbeiterisch begleitete Übergang, der – mit Fokus auf die zu rekonstruierenden Deutungsmuster – in vorliegender Forschungsarbeit beleuchtet wird.

Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement wird in Anlehnung an Meuth (2017a, S. 3) verwendet: „Mit diesem noch relativ offenen Begriff fasse ich verschiedene beruflich institutionalisierte (und professionalisierte) begleitete oder betreute Wohnkonstellationen im Kontext *sozialer Dienste*, die wohlfahrtsstaatlich gerahmt sind“. Im Folgenden werden institutionelles Wohnen und Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement synonym verwendet. Die interviewten Sozialarbeitenden verweisen teilweise über ein sogenannt begleitetes oder betreutes Wohnen auf institutionelles Wohnen.

Im Kontext von institutionellem Wohnen von erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Schweiz können verschiedene Wohnangebote unterschieden werden (Stiftung meinplatz.ch, o. J.). Die Wohninstitutionen haben in der Regel eine kantonale Bewilligung oder Anerkennung, die auf die Qualität ihrer Angebote hinweist (Stiftung meinplatz.ch, o. J.). Die angebotenen Wohnformen können sich aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen von Kanton zu Kanton unterscheiden (Stiftung meinplatz.ch, o. J.). Folgende Wohnangebote werden in vorliegender Arbeit als institutionelles Wohnen verstanden (Stiftung meinplatz.ch, o. J.):

- *Wohnen in einer Institution*: Hier wird in einem grösseren Haus, teilweise in unterschiedliche Wohngruppen unterteilt, gewohnt. Die Gemeinschaftsräume (z. B. Bad-, Wohnzimmer und Küche) werden mit anderen Bewohner:innen geteilt. Die Betreuung steht meistens rund um die Uhr zur Verfügung. Eventuell gibt es eine integrierte Tagesstruktur.

- *Wohnen in einer Aussenwohngruppe:* Bei diesem Angebot wird mit Mitbewohner:innen in einer Wohnung gelebt, die sich ausserhalb der Institution befindet (in der Regel in einem Mehr- oder Einfamilienhaus). Die Gemeinschaftsräume (z. B. Bad-, Wohnzimmer und Küche) werden geteilt. Die Betreuung ist tagsüber beziehungsweise am Morgen oder am Abend anwesend.
- *Einzelwohnen ohne eigenen Mietvertrag:* Bei diesem Angebot wird eine Wohnung oder ein Studio mit eigener Küche und eigenem Badezimmer alleine bewohnt. Die Betreuung ist punktuell (ein paar Stunden pro Woche) präsent. Der Mietvertrag ist von der Institution unterzeichnet.

Weitere zentrale Begriffe werden direkt in den folgenden Kapiteln thematisch eingebunden eingeführt. Die in diesem Kapitel eingeführten zentralen Begriffe sind übergeordnet relevant, einerseits für das Forschungsvorhaben als Ganzes und andererseits über die Kapitelstruktur hinweg.

3 Handlungskontext und Professionelles Handeln

In diesem Kapitel wird das Handlungsfeld der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie umrissen und die allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit *Integration und Lebensführung* von Sommerfeld, Dällenbach, Rügger und Hollenstein (2016, S. 47–82) sowie Sommerfeld, Hollenstein und Calzaferri (2011) eingeführt. Damit wird einerseits der untersuchte Handlungskontext beschrieben wie auch der handlungs- bzw. professionstheoretische Bezugsrahmen für die vorliegende Masterarbeit vorgestellt.

3.1 Handlungsfeld der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Bei der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie handelt es sich um Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (AvenirSocial & SAGES, 2018). Im Wesentlichen orientiert sich die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in der Schweiz am Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial (AvenirSocial & SAGES, 2018), der hier nicht näher erläutert werden soll. Im Folgenden geht es um spezifische Merkmale von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen und das konkrete Handlungsfeld der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie.

3.1.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, gesundheitsbezogene Soziale Arbeit⁶ und klinische Soziale Arbeit sind Begriffe, die häufig synonym verwendet werden (AvenirSocial & SAGES, 2018; Friedli & Straubhaar, 2024, S. 28). Im Folgenden wird bedeutungsgleich von der gesundheitsbezogenen und klinischen Sozialen Arbeit die Rede sein.

Ihr Gegenstand beinhaltet einerseits

die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind, und

andererseits

die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu diesen führen. (AvenirSocial & SAGES, 2018)

Aus dieser Gegenstandsbestimmung wird deutlich, dass die zentralen Bezugspunkte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit Themen der Krankheit und der Gesundheit sind (Friedli &

⁶ Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit findet im Gesundheits- und im Sozialwesen statt (Borgetto & Ehlers, 2021, S. 118–119). Wenn im Weiteren von gesundheitsbezogenen Sozialer Arbeit gesprochen wird, ist hauptsächlich die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gemeint.

Straubhaar, 2024, S. 28). Die Adressat:innen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sind „Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, von Erkrankung bedrohte Menschen und ihre Angehörigen“ in ihrer jeweiligen Lebenswelt (AvenirSocial & SAGES, 2018). Das Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis ist dabei ein bio-psycho-soziales oder sozio-bio-psychologisches (Friedli & Straubhaar, 2024, S. 28).⁷ Daraus folgt, dass sich die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als eine systemische Soziale Arbeit versteht, die mit Menschen in ihrer Lebenswelt und mit deren sozialen Umfeld arbeitet (AvenirSocial & SAGES, 2018). Dazu werden auch andere involvierte Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens gezählt (AvenirSocial & SAGES, 2018).

Die Ziele der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit lassen sich aus ihrem Gegenstand ableiten. Im Wesentlichen geht es um „eine verbesserte und möglichst selbstbestimmte Teilhabe der von Krankheit oder Behinderungen betroffenen oder bedrohten Menschen am gesellschaftlichen Leben bzw. eine möglichst gelingende Lebensführung trotz Krankheit“ (Friedli & Straubhaar, 2024, S. 28). Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit arbeitet mit „wissenschaftlich anerkannten Verfahrensschritten“ (z. B. Situationserfassung) und nimmt Bezug auf vielfältige Methoden und Ansätze (z. B. Psychosoziale Beratung, Angehörigenarbeit, Netzwerk-Arbeit, Case Management, sozialpolitische Einflussnahme, interprofessionelle Zusammenarbeit) (AvenirSocial & SAGES, 2018).

Obwohl es genügend Evidenz dafür gibt, dass sich soziale Faktoren wesentlich auf die Gesundheit auswirken, wird deren Bedeutung und damit auch die Bedeutung einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in der schweizerischen Gesundheitsversorgung und -politik verkannt (Friedli & Straubhaar, 2024, S. 26). Die Soziale Arbeit gilt weder als Gesundheitsberuf⁸, noch kann sie als nicht-ärztliche Berufsgruppe auf ärztliche Anordnung hin mit der Krankenkasse abrechnen (Bundesamt für Gesundheit, 2021). Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10, sieht „die Abrechnung sozialarbeiterischer Interventionen bis auf wenige Ausnahmen *nicht* [vor]“ (Friedli & Straubhaar,

⁷ Für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie schlagen Staub-Bernasconi et al. (2012) ein bio-psycho-sozial-kulturelles Verständnis vor (siehe Kapitel 3.1.2).

⁸ Welche Berufe zu den Gesundheitsberufen gehören, wird im Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) vom 30. September 2016, SR 811.21 geregelt. Gemäss Art. 2, GesBG zählen folgende Berufe dazu: Pflegefachfrau und Pflegefachmann, Physiotherapeut:in, Ergotherapeut:in, Hebamme, Ernährungsberater:in, Optometrist:in, Osteopath:in.

2024, S. 26). Das hat zur Folge, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in der Regel als Kostenfaktor ohne Gegenfinanzierung angesehen wird.

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist gefordert, in Zukunft „Aussagen zur Wirkung ihrer Interventionen“ machen zu können, „eine politische Lösung für die Finanzierung der Leistungen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit“ anzuregen, darauf hinzuwirken „mittelfristig als Gesundheitsprofession anerkannt [zu] werden“ sowie ihre Position in Aus- und Weiterbildung zu stärken, nicht zuletzt „um die professionelle Identität von Sozialarbeitenden in biomedizinisch geprägten Kontexten zu stärken“ (Friedli & Straubhaar, 2024, S. 27–28). Die fehlende politische und wissenschaftliche Sichtbarkeit und Anerkennung als gesundheitsrelevante Profession (Borgetto & Ehlers, 2021, S. 119) und die ungenügende Gegenfinanzierung schwächen die Position der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in der Schweiz. Dies erweist sich für die klinische Soziale Arbeit auf verschiedenen Ebenen als folgeschwer. So verkündeten die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD Bern) in ihrer Medienmitteilung vom 22.01.2024 beispielsweise, dass sie aus wirtschaftlichen Gründen Stellen im internen Sozialdienst reduzieren und sozialpsychiatrische Angebote nicht mehr unterstützen bzw. schliessen. Im Zusammenhang mit dem Sozialdienst erfolgt ein direkter Bezug zur fehlenden Gegenfinanzierung: „im Sozialdienst müssen Stellen abgebaut und *tariflich nicht finanzierte Leistungen* [Hervorhebung v. Verf.] eingestellt werden“ (UPD Bern, 2024). Ausserdem kann beobachtet werden, dass sich anerkannte gesundheitliche Berufe sozialarbeiterische Tätigkeitsfelder aneignen (z. B. Pflege, Psychologie) (Borgetto & Ehlers, 2021, S. 119).

3.1.2 Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Mit der Entwicklung sozial- und gemeindepsychiatrischer Konzepte in den 1970er-Jahren wurde die Soziale Arbeit „zu einem integralen Bestandteil der deutschsprachigen Psychiatrie“ (Hollenstein & Sommerfeld, 2009, S. 189). Der mit dieser Entwicklung verbundene Einzug des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit in die psychiatrische Versorgung bringt zwei Fragen in den Fokus der Aufmerksamkeit: (1) Wie die biologische, psychische und soziale Dimension bei Erkrankungs- und Genesungsprozessen zusammenwirken, und (2) wie Unterstützungsprozesse sowohl interinstitutionell wie auch interprofessionell gestaltet werden sollen, um „möglichst gute Behandlungserfolge zu erzielen“ (Hollenstein & Sommerfeld, 2009, S. 189). In diesem Zusammenhang steht auch die Frage nach der professionellen Gestaltung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Das von Staub-Bernasconi et al. (2012) entwickelte Positionspapier für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie geht diesen Fragen aus Perspektive der

Sozialen Arbeit nach. Ausgewählte Aspekte davon mit Fokus auf das bio-psycho-soziale Modell und den daraus resultierenden Implikationen für die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Zuständigkeiten der klinischen Sozialen Arbeit werden im Folgenden dargestellt.

Staub-Bernasconi et al. beschreiben das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit als im medizinisch-psychiatrischen Handlungsfeld etabliert⁹ (2012, S. 10). Davon ausgehend schlagen Staub-Bernasconi et al. (2012, S. 10–12) ein bio-psycho-sozial-kulturelles Modell des Menschen vor. Das bio-psycho-soziale Modell wird dafür um die kulturelle Dimension erweitert.¹⁰ Wenn dieses Modell akzeptiert wird und also davon ausgegangen wird, dass

bei der Genese und den Folgen psychischer Erkrankungen soziale und kulturelle Faktoren, zusammen mit biologischen und psychischen eine zentrale Rolle spielen, kann professionelle Soziale Arbeit nicht nur punktuell, z.B. bei ‚sozialen Angelegenheiten‘ wie Krankenkassen-, Unterkunftsproblemen oder bei ‚Fällen‘, die therapeutisch nicht (mehr) ansprechbar sind [...] oder gar erst bei Entlassungen zugezogen werden. (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 34)

Im Wesentlichen eröffnen sich damit für die „Soziale Arbeit als ‚Spezialistin fürs Soziale‘ und je nachdem ‚Kulturelle‘“ Handlungsanlässe vor, während und nach dem stationären Aufenthalt (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 34). Die „relativ klare“ Zuständigkeit für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie liegt mit Bezug auf das vorgeschlagene bio-psycho-sozial-kulturelle Modell also auf der sozialen und kulturellen Dimension und damit einhergehenden Problemen (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 9–10). Ebenso „relativ klare Zuständigkeiten“ innerhalb der Gesundheitsprofessionen können auch für das „Medizinisch-Biologische‘/‚Psycho-Biologische“ und das „Psychisch/ Psychosoziale“ ausgemacht werden (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 9). In

⁹ Anmerkung: Die im Kapitel 3.1.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen beschriebene fehlende Anerkennung der sozialen Faktoren in der schweizerischen Gesundheitsversorgung und -politik lässt an dieser Annahme zweifeln. Später im Positionspapier weist die Formulierung „*Sofern* [Hervorhebung v. Verf.] akzeptiert wird, dass bei der Genese und den Folgen psychischer Erkrankungen soziale und kulturelle Faktoren, zusammen mit biologischen und psychischen eine zentrale Rolle spielen, [...]“ (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 34) mindestens auf einen Möglichkeitsraum hin, dass auch im Handlungsfeld der Psychiatrie die sozialen und kulturellen Faktoren nicht immer als gesundheitsrelevant gedeutet werden. In einer wenige Jahre vor der Veröffentlichung des Positionspapiers durchgeführten Studie, konstatieren Hollenstein & Sommerfeld (2009, S. 193), dass „in der untersuchten [psychiatrischen] Klinik interprofessionell geteilte Denk- und Handlungsmodelle, wie es das biopsychosoziale Modell sein könnte, als Grundlage der Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit *fehlen* [Hervorhebung v. Verf.]“. Den interprofessionell geteilten Denk- und Handlungsmodellen wird dabei neben den formellen Strukturen als „informelle Seite der Prozesssteuerung“ eine grosse Bedeutung für die Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit zugeteilt (Hollenstein & Sommerfeld, 2009, S. 193).

¹⁰ Diese Ergänzung wird als notwendig angesehen, wegen „der kulturellen Differenzierung von Gesellschaften, aber auch aufgrund der faktisch zunehmenden Multikulturalität der Bevölkerung als Folge von weltweiten Migrationsprozessen“ (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 10).

diesem Sinne setzt die Arbeit mit dem bio-psycho-sozial-kulturellen Modell eine interprofessionelle Zusammenarbeit voraus. Dabei ist es wichtig davon auszugehen, dass die verschiedenen Dimensionen nicht trennscharf und voneinander losgelöst betrachtet werden können. Staub-Bernasconi et al. (2012, S. 9–10) schlagen darum vor, diese Zuständigkeiten als „zuständigkeitsrelevante Schwerpunkte“ zu betrachten. Dies verlangt nach Zusammenarbeitsmodalitäten, „in welchen man sich auch über den Beitrag der einzelnen Disziplinen sowie über die Interaktionsmechanismen zwischen den genannten Bereichen und ihre Relevanz für die Wahl von Zielen und Methoden austauschen [sic]“ (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 9).

Die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie arbeitet also mit Menschen, die psychisch erkrankt sind¹¹, und deren sozialen Umfeld. Staub-Bernasconi et al. (2012, S. 8–9) unterscheiden dabei zwei sogenannte „Schnittstellen“, an denen die klinische Soziale Arbeit interveniert:

- Die Schnittstelle zwischen Menschen, die psychisch erkrankt sind, und ihrer sozialen oder sozialkulturellen Umwelt, und
- die Schnittstelle zwischen Klinik und weiteren Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Bei der erstgenannten Schnittstelle geht es um „zugeschriebene[n] oder frei gewählte[n] Interaktionsbeziehungen und Mitgliedschaften des Individuums in verschiedenen Teilsystemen der Gesellschaft (Familie, Nachbarschaften, Bildung, Wirtschaft, Politik, Religion, Freizeiteinrichtungen usw.)“ (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 8–9). Diesen wird „sowohl für die Problemgenese als auch für die Alltags- und Problembewältigung nach der Entlassung“ Bedeutung zugewiesen (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 8).

Die zweite Schnittstelle fragt nach Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten in und aus der Klinik sowie nach „Kooperationsstrukturen zwischen den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“ (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 9).

Die klinische Soziale Arbeit zielt sowohl auf „die *soziale (Re)Integration der Individuen* in ihre relevanten sozialen *Teilsysteme*, die ihr *Wohlbefinden* so gut als möglich zu gewährleisten vermögen“ als auch auf „die *Veränderung oder Anpassung* krankheitsrelevanter sozialer

¹¹ Menschen mit psychischen Erkrankungen werden nachfolgend als Menschen verstanden, die nach einem ärztlich-medizinischen Entscheid in den psychiatrischen Versorgungskontext aufgenommen wurden. Im Positionspapier werden Adressat:innen der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie den ärztlich-therapeutischen Begriff übernehmend auch als Patient:innen bezeichnet (z. B. Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 6–7).

Akteure/Rollenträger *der sozialen Umwelt/Teilsysteme* an die individuelle Situation der AdressatInnen [bei Bedarf]“ (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 29). Dafür stehen ihr personenbezogene¹² sowie umweltbezogene¹³ Methoden zur Verfügung (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 31–33).

3.1.3 Internationales Übereinkommen als zusätzlicher handlungsleitender Orientierungsrahmen

Im Zusammenhang mit dem fokussierten Handlungsanlass, Übergang zwischen Normalwohnen zu institutionellem Wohnen, kann für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie neben dem Berufskodex (AvenirSocial, 2010), dem Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (AvenirSocial & SAGES, 2018) und dem Positionspapier für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie (Staub-Bernasconi et al., 2012) auch das *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* vom 13. Dezember 2006, (UN-BRK), SR 0.109, als handlungsleitender Orientierungsrahmen wirksam werden. Dies in zweierlei Hinsicht.

Die Schweiz hat die UN-BRK im Jahr 2014 ratifiziert (Eidgenössisches Departement des Innern [EDI], o. J.). Im Artikel 19 der UN-BRK mit dem Titel *Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft* geht es um das gleichberechtigte Wohnen von Menschen mit Behinderungen. Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören hier gemäss dem Artikel 1 der UN-BRK dazu. Der Genaue Wortlaut von Artikel 19 bis Artikel 19a ist:

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Massnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass: a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben; [...].

¹² Zum Beispiel sozio-ökonomische Ressourcenerschliessung; Methoden der Bewusstseinsbildung, der positiven Identitätsentwicklung, der Entwicklung und Förderung von Handlungs- und Sozialkompetenzen, der sozialen Vernetzung, der inter- und transkulturellen Verständigung, im Umgang mit erfahrener Machtlosigkeit und Gewalt; Empowerment, Advocacy (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 31–32). Im Folgenden wird mit personenbezogener sozialarbeiterischer Unterstützung oder personenbezogener sozialarbeiterischer Beratung und Begleitung auf diese Methoden verwiesen.

¹³ Zum Beispiel „Aufbau, Aktivierung, Unterstützung eines gemeinwesenbezogenen sozialen Netzwerks als zentraler Aspekt der Gemeindepsychiatrie“, Mediation und interkulturelle Verständigung, „Methoden des Abbaus von Vorurteilen, stigmatisierendem, diskriminierendem, repressivem Verhalten in Machtverhältnissen“, Öffentlichkeitsarbeit, „Mitarbeit bei der Schaffung von massgeschneiderten Tagesstrukturen“, „wenn nötig partizipative Verbesserung der Wohnsituation“ (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 32).

Gerade der vorgestellte Artikel der UN-BRK könnte als menschenrechtliche Rahmenbedingung die sozialarbeiterische personenorientierte Unterstützung beim Übergang vom Normalwohnen in ein institutionelles Wohnen beeinflussen. Des Weiteren kann die UN-BRK über den *Aktionsplan UN-BRK 2019-2023*¹⁴ auf die Gestaltung und Ausrichtung institutioneller (Wohn-)Angebote einwirken (EDI, 2024). Ohne näher darauf einzugehen, sei an dieser Stelle auf das Teilprojekt des Aktionsplanes *Wohnen mit Vielfalt*¹⁵ verwiesen, welches sich mit dem Themenbereich *selbstbestimmtes Wohnen mit einer psychischen Beeinträchtigung* auseinandergesetzt hat (Rüegg, 2023). Im Teilprojekt standen nicht nur Menschen mit psychischen Erkrankungen und institutionelle Akteur:innen im Fokus, sondern auch Akteur:innen im Sozialraum wie beispielsweise Vermieter:innen oder Nachbar:innen (ARTISET, CURAVIVA, INSOS, YOUVITA & Anthrosocial, 2023, S. 32). In Bezug auf institutionelle Akteur:innen wurde unter anderem eine „zunehmende Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen/Forderungen der Nutzer:innen und der vorhandenen Infrastruktur“ festgestellt (ARTISET et al., 2023, S. 26). Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass institutionelle Wohneinrichtungen unter einem Anpassungsdruck stehen, welcher bereits, aktuell oder in Zukunft zu Änderungen der angebotenen institutionellen Dienstleistungen im Wohnbereich geführt hat, führt oder führen wird. Auf alle Fälle streben die Verbände um den *Aktionsplan UN-BRK* mit den formulierten Massnahmen und Empfehlungen in den nächsten Jahren die (weitere) Entwicklung der Angebote ihrer Mitgliedsinstitutionen im Sinne der UN-BRK an (EDI, 2024).

3.2 Integration- und Lebensführung: Dynamisches Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft

Der Argumentation der Ausgangslage folgend, ist ein professions- bzw. handlungstheoretischer Bezug notwendig, der *sowohl* die Adressat:innen in den Blick nimmt, *als auch* die gesellschaftlichen Strukturen, in der die Soziale Arbeit agiert. Dabei geht es um mehr als die in

¹⁴ Zur Trägerschaft des nationalen Projektes gehören INSOS Schweiz, CURAVIVA Schweiz (heute Föderation ARTISET mit Branchenverbände CURAVIVA, INSOS und YOUVITA) und VAHS Schweiz (heute Anthrosocial) (EDI, 2024). Dabei handelt es sich um schweizweit tätige nationale Branchenverbände der Dienstleister für Menschen mit Behinderung sowie für Menschen im Alter (INSOS Schweiz und CURAVIVA Schweiz) sowie um einen nationalen Fachverband, der sich für die Förderung der Lebensqualität für Menschen mit Behinderungen und mit einer psychischen Beeinträchtigung zum Ziel gesetzt hat (Anthrosocial).

¹⁵ Im Rahmen des Projektes wurden praxisnahe Hilfsmittel entwickelt (*Good Practice*-Beispiele, Informationsblätter, Handlungsimpulse, Checklisten) (Rüegg, 2023, S. 22). Diese können mit weiterführenden Informationen auf der Projekthomepage abgerufen werden: <https://www.wohnen-mit-vielfalt.ch/de/wohnen-mit-vielfalt-11.html>

der Sozialen Arbeit allgemein anerkannte „Schnittstelle von Individuen und Gesellschaft“, die allen Theorien der Sozialen Arbeit zugrunde liegt (Sommerfeld et al., 2016, S. 47). Gefragt ist ein *spezifisches* Verständnis, welches das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft (Mikro-Makro-Link) sowohl theoretisch präzise fasst, wie auch für die Praxis der Sozialen Arbeit operationalisiert (Sommerfeld et al., 2016, S. 47):

Denn die Frage im Hinblick auf Interventionen ist und bleibt, wie die Komplexität des dynamischen Zusammenspiels von Individuum und Gesellschaft, die auf der konkreten Handlungsebene und mithin im konkreten Einzelfall [...] aufscheint, gefasst werden kann, so dass zielgerichtetes professionelles Handeln damit unterlegt werden kann. (Sommerfeld et al., 2016, S. 48–49)

Die Forschungsgruppe rund um Peter Sommerfeld entwickelt(e) auf Basis verschiedener teils aufbauender und vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützter Studien zunächst eine allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit (Sommerfeld et al., 2011) und – darauf aufbauend und diese integrierend – eine handlungstheoretische Wissensbasis für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie (Sommerfeld et al., 2016), die für die vorliegende Forschungsarbeit interessant ist. Die erwähnten Studien fokussieren auf das „Dynamische Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft“ (Sommerfeld et al., 2006, S. 5). Hier geht es zunächst weniger um die Bewegung der Sozialarbeitenden zwischen Individuum und Gesellschaft, sondern mehr um die Beleuchtung des „dynamischen Zusammenspiels [...] der psychischen und sozialen Ebenen bei Integrations- und Ausschlussprozessen“ (Sommerfeld et al., 2006, S. 5), welche die Adressat:innen betreffen. Gesellschaftliche Vorbedingungen, die Unterstützungssysteme und das sozialarbeiterische Handeln geraten dabei als relevante Einflussgrössen auf diese *Integrations- und Ausschlussprozesse* in den Blick. Und in diesem Zusammenhang wird die notwendige reflektierte Bewegung der Sozialarbeitenden im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft wiederum deutlich. Gesellschaftlichen Diskursen (z. B. aktivierender Staat, Fördern und Fordern) wird ein grosser „Einfluss auf die Strukturierung des [sozialarbeiterischen] Handelns“ zugewiesen (Sommerfeld et al., 2006, S. 30). Sommerfeld et al. (2006, S. 30) stellen mit Verweis auf Nadai und Sommerfeld¹⁶ fest, dass die gesellschaftlichen Diskurse die sozialarbeiterische Tätigkeit als „wirksame Sinnhorizonte“ beeinflussen. Gesellschaftliche Diskurse wirken aber auch auf die Strukturierung und Rationalität der Unterstützungssysteme ein (Sommerfeld et al., 2006, S. 30).

¹⁶ Nadai, Eva & Sommerfeld, Peter (2005). Professionelles Handeln in Organisationen – Inszenierungen der Sozialen Arbeit. In Michaela Pfadenhauer (Hrsg.), *Professionelles Handeln* (S. 181–205). Wiesbaden: VS Verlag.

Diese seien zurzeit „eher auf Versorgung und Verwaltung als auf professionelle Problemlösung“ ausgelegt (Sommerfeld et al., 2006, S. 4). Aktuell geführte gesellschaftliche Diskurse können sowohl über die personenbezogene sozialarbeiterische Unterstützung wie auch über die Konstitution des Unterstützungssystem zur Individualisierung und Reproduktion sozialer Probleme und deren Folgen beitragen (z. B. Sommerfeld et al., 2006, S. 30). Die aus „rekonstruktiver Forschung hervorgegangen[e]“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 50) und im Folgenden skizzierte allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit geht ein Stück weit von der Feststellung dieser Ausgangslage aus, die auch mit der systematischen und empirisch belegten „Unterbelichtung der sozialen Dimension“ (z. B. Sommerfeld et al., 2016, S. 6) zusammenhängt. Die allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit von Sommerfeld et al. (2011; 2016) scheint auch darum als gewinnbringend, weil diese integraler Bestandteil der entwickelten Handlungstheorie für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist (Sommerfeld et al., 2016, S. 83–193). Die allgemeine Theorie wird „mit den Leitkategorien Integration und Lebensführung“ und der „darauf bezogene[n] allgemeine[n] Funktionsbestimmung der Sozialen Arbeit“ in eine arbeitsfeldbezogene Handlungstheorie mittlerer Reichweite überführt (Sommerfeld et al., 2016, S. 83). Der damit verbundene Aufbau einer handlungstheoretischen Wissensbasis für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wird von Sommerfeld et al. (2016, S. 1) *„als Wissensgrundlage für die weitere Entwicklung dieses Arbeitsfeldes zu einer vollständig professionalisierten Praxis“* verstanden.

3.2.1 Allgemeine Funktionsbestimmung der Sozialen Arbeit

Die von Sommerfeld et al. (2011; 2016, S. 47–82) entwickelte allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit geht von folgender allgemeinen Funktionsbestimmung der Sozialen Arbeit aus:

Soziale Arbeit bearbeitet soziale Folgeprobleme der modernen Gesellschaft, die unmittelbar mit den Integrationsmodalitäten dieser Gesellschaft gekoppelt sind. Sie befasst sich mit Menschen und Gruppen, die mit den gegebenen gesellschaftlichen Lebensbedingungen nicht zurechtkommen, die in ihrer gesellschaftlichen Lebensbewältigung scheitern, die nur eingeschränkt an der Gesellschaft teilhaben und von dauerhafter Exklusion betroffen oder bedroht sind. (Sommerfeld et al., 2016, S. 71)

Die Entstehung der Sozialen Arbeit als „sekundäres Funktionssystem“ (Sommerfeld et al., 2016 S. 70) wird mit Rekurs auf Luhmann¹⁷ im Übergang zu einer „modernen, demokratisch

¹⁷ Luhmann, Niklas (1977). Differentiation of Society. *Canadian Journal of Sociology*, 2, 29–53.

verfassten, kapitalistischen oder ‚funktional differenzierten‘ Gesellschaftsordnung“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 66) verortet. Mit der Ausdifferenzierung der Gesellschaft in verschiedene Funktionssysteme (z. B. Wirtschaft, Recht, Gesundheit) ist die Position der Menschen in der Gesellschaft nicht mehr weitgehend qua Geburt vorgegeben (Sommerfeld et al., 2016, S. 66). „Der Ausgangszustand in der funktional differenzierten Gesellschaft [ist] ‚Exklusion‘ in der Luhmannschen Terminologie (Luhmann, 1995)¹⁸ oder *Freiheit*, wenn wir die demokratisch-aufklärerische Begrifflichkeit verwenden wollen“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 66–67). Jeder Mensch ist dadurch gefordert, die eigene gesellschaftliche Position „individuell [zu] *erwerben*“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 67). Davon hängt schlussendlich ab, wie Teilhabe an der Gesellschaft möglich ist. In diesem Sinne sind Integrationsprobleme systemimmanent¹⁹, was in einer von demokratischen Werten geprägten Gesellschaft stark zusammengefasst zur Ausdifferenzierung der Sozialen Arbeit mit der obenstehenden allgemeinen Funktionsbestimmung geführt hat. Die Soziale Arbeit übernimmt eine *emanzipatorische gesellschaftliche Funktion*, die sich an den Werten der Solidarität, Freiheit und Gleichheit „*im Hinblick auf den demokratischen Zielhorizont des ‚guten Lebens‘ für alle bzw. der ‚Teilhabe aller‘ und der freiheitlichen Idee der Autonomie der Lebenspraxis*“ orientiert (Sommerfeld et al., 2016, S. 70).

3.2.2 Integration und Lebensführung

Vor diesem Hintergrund können nun die zwei zentralen Kategorien der allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit nach Sommerfeld et al. (2011; 2016, S. 47–82) – *Integration* und *Lebensführung* – eingeführt werden. Zur Erinnerung: Es geht um die Verhältnisbestimmung von Individuum und Gesellschaft. Diese soll „weder individualisierend, noch als sozialstrukturell determiniert“, sondern möglichst präzise für die Theorie und Praxis gefasst und operationalisiert werden

¹⁸ Luhmann, Niklas. Inklusion und Exklusion. In Niklas Luhmann (Hrsg.), *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*, 237–264. Opladen: Westdeutscher Verlag.

¹⁹ Sommerfeld et al. (2016, S. 68) schreiben in diesem Zusammenhang: „[...] ,dass die Individuen, vermittelt über ihre je spezifische Lebensführung, ihre Integration in die Gesellschaft *selbst herstellen müssen, dies allerdings unter der Massgabe ungleicher Ausgangsbedingungen*. Diese Realisierung des Selbst in sozialen Bezügen und in Abhängigkeit des zugänglichen sozialen Raums, stellt eine komplexe Entwicklungsaufgabe vor dem Hintergrund dar, dass der individuelle Integrationsprozess prinzipiell riskant ist, weil keine Position einfach gegeben ist. Und das heisst, *dass der individuelle Integrationsprozess systematisch vom Scheitern bedroht ist, [...]. In diese Form der Gesellschaft ist also ein Integrationsproblem strukturell eingelassen*“.

(Sommerfeld et al., 2016, S. 48–49). Der Argumentation von Elias²⁰ folgend schreiben Sommerfeld et al. (2016, S. 51):

Menschen (Kinder) werden durch Integration in soziale Figurationen [Sozialität] zu menschlichen Individuen. Sie sind also nicht Individuen und werden dann integriert, sondern Individuation und Integration sind zwei Seiten *eines* Prozesses. Damit ist das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft als ein dynamisches, als ein sich entwickelndes Verhältnis ausgewiesen. Und es ist als ein untrennbares Verhältnis bestimmt.

Integration ist damit eine „grundlegende, das menschliche Dasein kennzeichnende und prägende Kategorie“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 52). Die Kategorie der *Lebensführung* geht, im Einklang mit obigen Ausführungen zur funktional differenzierten Gesellschaft, von einem Menschen aus, der sein „Verhältnis zur Welt *herstellen* [muss]“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 52):

Die Menschen sind nicht einfach in der Welt, sondern sie schaffen sich ihre Lebensverhältnisse, indem sie sich *tätig* und *erkennend* mit der vorfindlichen Welt auseinandersetzen *und in diesem Sinn ihr Leben führen*.

Das Menschenbild, das hier zum Ausdruck kommt, geht von „*immer und notwendig handelnde[n] Subjekte[n]*“ aus (Sommerfeld et al., 2016, S. 52). Damit ist auch die Kategorie der *Lebensführung* wie die der *Integration* eine „grundlegende, das menschliche Dasein kennzeichnende und prägende Kategorie“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 52). Beide Kategorien beinhalten jeweils sowohl die Ebene des Individuums wie die Ebene der Gesellschaft beziehungsweise der sozialen Systeme, wobei *Integration* „die soziale Ebene stärker, *Lebensführung* die der individuellen Tätigkeit [betont]“ (Sommerfeld et al., 2011, S. 274). Um die beiden Kategorien zu verknüpfen, rekurrieren Sommerfeld et al. (2016, S. 52–56) auf die Meta-Theorie der Synergetik, welche hier nicht näher beleuchtet werden kann. Im Wesentlichen kann diese als „Grundmodell, mit dem Individuen und soziale Systeme in ihrem dynamischen [und untrennbaren] Zusammenspiel gefasst werden können“, verstanden werden (Sommerfeld et al., 2016, S. 53). Die damit verbundene Vorannahme ist, dass „das Verhältnis von einzelnen Menschen (Individuen) und sozialen Systemen unter dem Blickwinkel der Selbstorganisation sinnvoll zu betrachten ist“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 53). Das Verhältnis zwischen Menschen und sozialen Systemen kann damit als *zirkulär kausal* gefasst und in dem Sinne als „strukturell gekoppelt“ verstanden werden (z. B.

²⁰ Elias, Norbert (2006). Figuration, sozialer Prozess und Zivilisation: Grundbegriffe der Soziologie. In Norbert Elias (Hrsg.), *Gesammelte Schriften, Bd. 16. Aufsätze und andere Schriften*, 100–117. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Sommerfeld et al., 2011, S. 275).²¹ **Abbildung 1** visualisiert in vereinfachter Form das eben beschriebene Integrationsmodell.

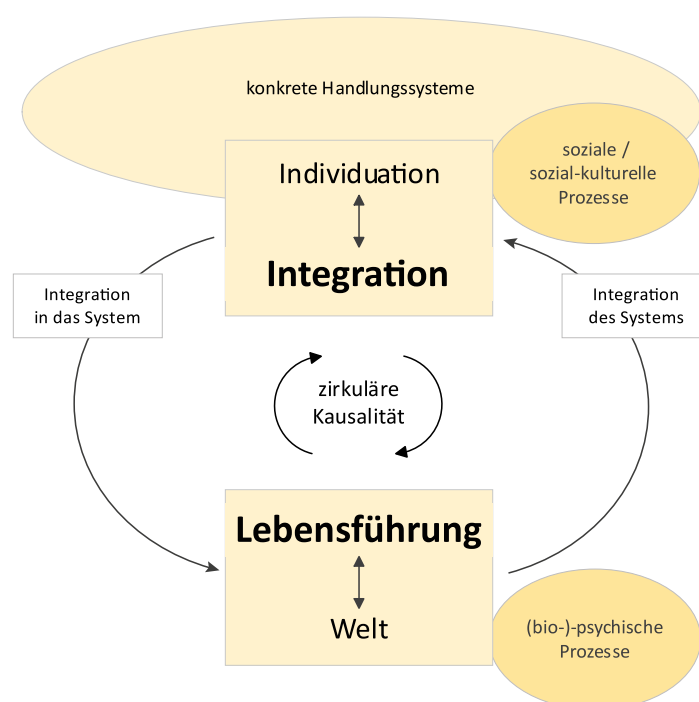


Abbildung 1: Integrationsmodell (eigene angepasste Darstellung in Anlehnung an Sommerfeld et al. (2016, S. 61; 133))

Durch die Bezugnahme auf die Synergetik wird die strukturelle Koppelung von Individualität und Sozialität, „das Verwobensein von Individualität und Sozialität“, für die Forschung operationalisierbar und darüber für die Praxis indirekt „zugänglich“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 63–64). Dies wird als relevant erachtet, wenn in der Sozialen Arbeit die Individualisierung sozialer Probleme verhindert werden soll (Sommerfeld et al., 2016, S. 64).

3.2.3 Differenzierte Funktionsbestimmung der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie wie allgemein Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wird „aufgrund ihrer Integration in das Gesundheitssystem [von] einer doppelten Strukturierung“ bestimmt, „nämlich entlang ihrer eigenen Leitorientierungen und derjenigen des medizinisch strukturierten Gesundheitssystems“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 171). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist als „Teil-Disziplin“ der Sozialen Arbeit aber immer und in erster Linie Soziale Arbeit (Sommerfeld et al., 2016, S. 171–172). Diese Aussage ist wichtig, um die spezifische

²¹ „Die ‚zirkuläre Kausalität‘ ist insofern das universale, dynamische Ordnung generierende Prinzip und das eigentliche Kernstück dieser systemtheoretischen Variante“ (Sommerfeld et al., 2011, S. 59; 2016, S. 54).

Funktionsbestimmung der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, welche diese sowohl als Soziale Arbeit wie auch als therapeutischen Beruf beschreibt (Sommerfeld et al., 2016, S. 171), richtig einzuordnen. Es geht hier nicht darum, Soziale Arbeit den therapeutisch-medizinischen Berufen gleichzustellen, sondern vielmehr darum die therapeutische Wirkung der Arbeit an der sozialen Dimension und damit die Wirkung sozialarbeiterischer Interventionen auf das Gesundheitserleben beziehungsweise auf das (soziale) Wohlbefinden zu unterstreichen. Wenn man die strukturelle Koppelung von Integration und Lebensführung anerkennt, so kann das nur folgerichtig sein. Die im Rahmen der arbeitsfeldbezogenen Theorie vorgenommene Funktionsbestimmung ist damit direkt anschlussfähig an die im Leitbild *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* (AvenirSocial & SAGES, 2018) und im Positionspapier *Soziale Arbeit und Psychiatrie* (Staub-Bernasconi et al., 2012) formulierten Gegenstandsbestimmung und Zieldefinition der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen beziehungsweise der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (siehe Kapitel 3.1). Die Funktionsbestimmung nimmt über die soziale Dimension das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Gesundheit auf und weist, wie auch das Positionspapier *Soziale Arbeit und Psychiatrie* (Staub-Bernasconi et al., 2012), der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie die Zuständigkeit für diese Dimension zu. Mit der hier angerissenen arbeitsfeldbezogenen Handlungstheorie kommt dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit²² der Status eines nicht nur anschlussfähigen, sondern auch theoretisch notwendigen Bezugsmodells für die interprofessionelle Kooperation zu. Als „handlungsleitendes Paradigma“ könnte

das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit [...] in der Psychiatrie einen integrierenden Rahmen bieten, in dem sich neurologische, neurophysiologische, somatische, psychische und soziale Diagnosen zu einer Gesamtdiagnose ergänzen (Jork & Peseschkian, 2006)²³, auf deren Grundlage ein koordinierter interprofessioneller Hilfeplan entwickelt und umgesetzt werden [...]. (Sommerfeld et al., 2016, S. 86–87)

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit ist damit eine Anschlussstelle, „an der die Wissenssysteme von Medizin, Neurobiologie, Psychologie und Sozialer Arbeit sinnvoll aufeinander bezogen werden können“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 172). Sommerfeld et al. (2016,

²² Sommerfeld et al. (2016, S. 93–96) erläutern die Weiterentwicklung des bio-psycho-sozialen Modells zum Modell der funktionalen Gesundheit, das in den neueren Überarbeitungen auch als Basis für die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) verwendet wird. Für weitere Informationen zum ICF: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

²³ Jork, Klaus & Peseschkian, Nossrat (2006). *Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben* (2., überarb. und erg. Ausgabe). Bern: Huber.

S. 87–91; 172) positionieren die entwickelte arbeitsfeldbezogene Theorie mittlerer Reichweite für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie in der Tradition beziehungsweise Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie. Auch der Bezug zur Sozialpsychiatrie wird als wichtige Anschlussstelle für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie gesehen:

Wir haben mit der nach wie vor gängigen Konzeption der Psychiatrie als Sozialpsychiatrie [...], die als massgeblichen Zielhorizont die Integration der psychisch Kranken in die Gesellschaft ausweist. Damit ist eine prinzipielle Konvergenz des Zielhorizontes der Sozialpsychiatrie und der Sozialen Arbeit gegeben, die für die Funktionalität der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (und im gesamten Gesundheitswesen) ebenso grundlegend ist wie für die davon ausgehende Gestaltung der interprofessionellen Kooperation. (Sommerfeld et al., 2016, S. 172)

Ausgehend von der allgemeinen Handlungstheorie und der arbeitsfeldbezogenen Theorie definieren Sommerfeld et al. (2016, S. 179–180) vier Funktionsbereiche der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie: (1) materielle Sicherung und „Sicherung von Anschlussversorgungen“, (2) „Interventionen in die psycho-soziale Verläufe“, (3) Koordination und Vernetzung auf Fall- und Netzwerkebene sowie (4) Prävention.

3.3 Was heisst das für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie?

Die (potenzielle) Relevanz der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie steht ausser Frage (Sommerfeld et al., 2016, S. 5). Mit obigen Ausführungen konnte gezeigt werden, dass die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie in einem anspruchsvollen Umfeld agiert. Ihre Position im Gesundheitswesen ist aufgrund interdependenter und sich gegenseitig bedingender und beeinflussender rechtlicher, finanzieller und gesellschaftlich-politischer Ausgangslagen geschwächt, was die Ausübung einer professionellen Praxis erschwert. Die Anforderungen, die sich daraus für individuelle Sozialarbeitende und für die klinische Soziale Arbeit als Organisationseinheit ergeben, um ihren Zielen gerecht zu werden, sind als hoch einzuschätzen. Sommerfeld et al. (2011; 2016) haben mit ihrer handlungstheoretischen Wissensbasis für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie, die hier nicht vielmehr als angerissen werden konnte, die Grundlage gelegt für eine professionelle Praxis der Sozialen Arbeit, die sich von ihrem empirisch belegten Status als „funktional enggeführte[n] Hilfsprofession“²⁴ (Sommerfeld et al.,

²⁴ „[...]“, dass die Soziale Arbeit zwar von den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen (bspw. somatische Medizin, Psychologie, Psychiatrie) hoch geschätzt wird, aber genau in dem Zuschnitt, wie er aus *deren* Sicht sinnvoll erscheint. Damit geht einher, dass die Soziale Arbeit nicht als gleichwertig, nämlich nicht als Profession, wahrgenommen wird. Sozialarbeitende im klinischen Bereich [...] werden je nach Bedarf der delegierenden Profession für konkrete Aufgaben (bspw. das Suchen einer neuen Wohnform oder das Erschliessen von

2016, S. 11) emanzipiert. Damit verbunden ist das theoretisch operationalisierbare ganzheitliche Verständnis der sozialen Dimension als Teil des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit (Sommerfeld et al., 2016, S. 172). Mit den Ausführungen in diesem Kapitel wurde der untersuchte Handlungskontext beschrieben und der professionstheoretische Bezugsrahmen für vorliegende Arbeit eingeführt.

Sozialversicherungsansprüchen) als ‚Support‘ hinzugezogen [...]. Sie sind daher auch folgerichtig mit beschränkten Ressourcen ausgestattet“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 11).

4 Wohnen und Soziale Arbeit

Mit der gewählten Fragestellung wird die Praxis der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie in den Blick genommen. Der Fokus liegt dabei mit dem (potenziellen) Übergang von Normalwohnen in institutionelles Wohnen auf einem spezifischen Ausschnitt der Praxis, der das Thema *Wohnen* betrifft. Nachdem im [Kapitel 3](#) auf das professionelle Handeln der klinischen Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und in der Psychiatrie eingegangen wurde, soll an dieser Stelle eine Annäherung an das Thema *Wohnen*, oder genauer, an das *Verhältnis zwischen Wohnen und Sozialer Arbeit* erfolgen sowie das *mehrdimensionale Wohnverständnis* von Miriam Meuth (2018a) vorgestellt werden.

4.1 Verhältnis von *Wohnen* und Sozialer Arbeit

Eine Annäherung an die Verhältnisbestimmung zwischen Wohnen und Sozialer Arbeit ist wichtig, um aktuelle sozialarbeiterische Praktiken und die eigene Positionierung im Themenbereich des Wohnens kontextualisieren und auch kritisch reflektieren zu können. Es geht darum, einen möglichst umfassenden Blick auf das Verhältnis von Wohnen und Sozialer Arbeit zu ermöglichen, der die „gesellschaftlich-strukturelle[n] Einbindung der Profession und damit der Sichtweise“ nicht vernachlässigt (Reutlinger, 2017, S. 84). Darüber hinaus ist es für die Bearbeitung der Fragestellung wesentlich das Verhältnis von *Normalwohnen* und *Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement* einzuordnen.

Sylvia Beck und Christian Reutlinger (2019) gehen in ihrer Publikation *Die Wiederkehr der Wohnungsfrage* ausgehend von einer „historische[n] Rekonstruktion des gesellschaftlich verfassten Gewordenseins von Wohnen und der Rolle, die die Soziale Arbeit darin einnimmt“ dem Verhältnis von *Wohnen* und Sozialer Arbeit nach und sprechen sich für eine (Neu-)Positionierung der Sozialen Arbeit angesichts aktueller gesellschaftlicher Transformationen und der damit verbundenen Wiederkehr der Wohnfrage²⁵ aus (Beck & Reutlinger, 2019, S. 7). Ihre politische und

²⁵ Beck und Reutlinger (2019, S. 143) schlagen vor, statt von der hier nicht näher erläuterten sogenannten *Wohnungsfrage* von der Wohnfrage zu sprechen. Sie konstatieren, dass „die historische und heutige *Wohnungsfrage* mitnichten nur eine Frage des Wohnens [ist], sondern vielmehr eine Frage der grundsätzlichen gesellschaftlichen Ordnung und in ihr begründeten gesellschaftlichen Spaltungen und Ungleichheiten, die sich im Wohnen mit entsprechenden Problematiken eins zu eins abbilden. In sozialräumlicher Perspektive ist unseres Erachtens deshalb besser von Wohnfrage (statt von *Wohnungsfrage*) zu reden, da diese begriffliche Variante die generelle Frage nach dem Wohnen und weniger nur nach dem Wohnraum aufwirft. Sie verweist darauf, gesellschaftliche und räumliche Ordnungsstrukturen mitzudenken und WohnPraktiken (und folglich auch

fachliche Forderung dabei ist, das bisher eher als Randthema behandelte *Wohnen* als Kernthema der Sozialen Arbeit zu verhandeln (Beck & Reutlinger, 2019a, S. 7–12).

Die historische Wohnfrage als *räumliche Abbildung* der Sozialen Frage²⁶ geht mit der Herausbildung und Etablierung der Sozialen Arbeit einher, die als wohlfahrtsstaatliche Antwort auf ebendiese verstanden werden kann (z. B. Beck & Reutlinger, 2019, S. 19–23; 109–113; 122–124). Stark vereinfacht und zusammengefasst kann gesagt werden²⁷, dass sich mit der Industrialisierung im Übergang zum 20. Jahrhundert und den damit verbundenen gesellschaftlichen Veränderungen auch die Form der Vergesellschaftung verändert hat, die fortan über Eigentum und Arbeit vollzogen wird. Diese „Zäsur“ im gesellschaftlichen Einbindungsmodus, geht auch mit der Entstehung neuer Wohnordnungen und -abhängigkeiten einher (Beck & Reutlinger, 2019, S. 122):

[...], was ausbuchstabiert bedeutete, dass sich die Gesellschaft entlang der Fragen wer, wo, wie wohnt, also über welche funktionalen und sozialen Gefüge sich Wohnen generierte und wie Wohnraum grundsätzlich abgesichert werden konnte, neu strukturierte bzw. ordnete.

So gilt fortan ein sogenanntes Normalarbeitsverhältnis und ein Wohnen, dass sich an bürgerlichen Idealen orientiert – oder anders gesagt, ein sogenannter Normallebenslauf – als Bedingung für die gesellschaftliche Teilhabe (Beck & Reutlinger, 2019, S. 19). In dieser Umbruchsphase bildet und etabliert sich die Soziale Arbeit als aus dieser neuen gesellschaftlichen Ordnung hervorgebrachtes wohlfahrtsstaatliches Instrument (Beck & Reutlinger, 2019, S. 20). Die neue gesellschaftliche Ordnung bringt Menschen unter Druck, „die die Normierung über Erwerbsarbeit und bürgerliches Wohnen nicht selbstständig bedienen konnten und deshalb letztlich ohne gesellschaftlichen Platz und Obdach waren“ (Beck & Reutlinger, 2019, S. 19). Menschen mit psychischen Erkrankungen werden hier zu diesen Gruppen von Menschen gezählt (Beck & Reutlinger, 2019, S. 109–114; 124–125), „die ohne gezielte sozialpolitische, institutionelle und

mutmasslich individuelle ‚Wohnprobleme‘) in Wechselwirkung mit gesellschaftlich bedingten WohnStrukturierungen und WohnRäumen zu sehen [...]“ (Beck & Reutlinger, 2019, S. 143).

²⁶ In der Regel werden die Wohnfrage und die Soziale Frage unter dem Stichwort der „Armenfrage“ diskutiert (Beck & Reutlinger, 2019, S. 110).

²⁷ Eine vertiefte und differenzierte Auseinandersetzung mit der Wohnungsfrage oder Wohnfrage und dem Verhältnis zwischen Wohnen und Sozialer Arbeit inklusive historischer Bezüge findet sich in der bereits erwähnten Publikation *Die Wiederkehr der Wohnungsfrage* (Beck & Reutlinger, 2019), in *Wohnen und Soziale Arbeit: Zwischen Unterbringung in Eingliederung* (Mair und Hohmeier, 1993a) und zusammenfassend in *Wohnen und Soziale Arbeit: Zwischen Unterbringung und Eingliederung: Eine neue „alte“ Perspektive auf die Wohnungsfrage im Feld der Sozialen Arbeit* (Speyer, 2021).

professionelle Hilfestellung keine Chance haben, ihre Wohnbedürfnisse verwirklichen zu können“ (Mair & Hohmeier, 1993b, S. 7). Soziale Arbeit interveniert dabei – damals wie heute – in ihrer (zugewiesenen) Rolle einerseits mit „Eingliederungshilfen“ (z. B. Sozialberatung, Arbeitsförderung) und andererseits mit der Bereitstellung „spezifische[r] Wohnformate“, zu denen auch institutionelle Wohneinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören (Beck & Reutlinger, 2019, S. 21). Mit Verweis auf Mair und Hohmeier (1993a) fassen Beck und Reutlinger (2019, S. 21) zusammen, dass „das Verhältnis der Sozialen Arbeit zum Wohnen [...] sich fortan über die Modi Eingliederung und Unterbringung [konstituiert]“. Soziale Arbeit rekurriert in ihrer Praxis dabei auf das Leitbild des Normallebenslaufes (Beck & Reutlinger, 2019a, S. 19). Damit positioniert sie sich als „normalisierende Instanz“ beziehungsweise in ihrer Rolle als „*Einbindungshelferin*“ in bestehende gesellschaftliche Verhältnisse (Beck & Reutlinger, 2019, S. 19).

Die Soziale Arbeit ermöglicht(e) in der skizzierten Rolle als Einbindungshelferin „eine soziale Einbindung und auch eine Wohnsicherheit entlang der standardisierten, bürgerlich geprägten Wohn- und Lebensweise für die unterschiedlichen Bevölkerungsschichten“ (Beck & Reutlinger, 2019, S. 124). Diesen nach wie vor aktuellen sozialarbeiterischen Unterstützungsmodi wird eine stabilisierende Funktion sowohl bezüglich der gesellschaftlichen Ordnung als auch der Wohnordnungen zugewiesen (Beck & Reutlinger, 2019, S. 123). Sie reproduzieren und stabilisieren in diesem Sinne bestehende gesellschaftliche Ordnungen und Wohnordnungen, ohne diese zu verändern. Die Wohnfrage beziehungsweise die Soziale Frage blieb und bleibt (sozialpolitisch) ungelöst. Vielmehr werden die Folgen davon auf individueller Ebene im besten Fall aushaltbar. Barloschky und Schreier (2016, S. 98) formulieren diesen Umstand folgendermassen: „Denn in Notunterkünften oder Billig-Pensionen wird ‚der Schnee zwar abgehalten‘ für eine bzw. mehrere Nächte, aber die Wohnungsnot nicht menschenwürdig gelöst“. Dass sich die Soziale Arbeit in der Vergangenheit und mitunter noch immer nicht beziehungsweise zu wenig sozialpolitisch einmischt und im Thema Wohnen eigenständig *positioniert* und zur Lösung der (wiederkehrenden) Wohnfrage beiträgt, erklären Beck und Reutlinger (2019, S. 19–23) aus einer historischen Perspektive mit den Entstehungsbedingungen der Sozialen Arbeit. Als wohlfahrtsstaatliches Instrument ist sie direkt eingelassen „in die vorherrschende sozialpolitische Logik [und] nimmt im aktuellen Gefüge eine systemimmanente

Rolle ein“, schreiben Beck und Reutlinger (2019, S. 145) mit Verweis auf Fabian Kessl²⁸, der die Soziale Arbeit machtanalytisch als Regierungshandeln beschreibt. Es geht mit dieser Feststellung nun nicht darum, die vergangenen und aktuellen sozialarbeiterischen Unterstützungsleistungen abzuwerten, sondern vielmehr die Ambivalenz sozialarbeiterischen Handelns aufzuzeigen und die Frage zu stellen, wie die Soziale Arbeit agieren kann, „ohne [im System eingelassene] individualisierende Zuschreibungen zu verstärken“ (Beck & Reutlinger, 2019, S. 145).²⁹ Vor dem Hintergrund weiterer und aktueller gesellschaftlicher Umwälzungen³⁰ wird „eine *soziale* Antwort [notwendig], die an den grundständigen Fragen des Ein- und Ausschlusses ansetzt“ (Beck & Reutlinger, 2019, S. 143).

Beck und Reutlinger (2019, S. 145–146) sprechen sich mit Anderen (z. B. Meuth, 2023) dezidiert für eine sozialarbeiterische Perspektive auf das Wohnen aus, die personenbezogene Unterstützungen *und* sozialpolitische Einmischung zusammen denkt:

Dies bedeutet, es sind sowohl Überlegungen und konkrete, individuumsbezogene Hilfen der Sozialen Arbeit erforderlich, durch die das Grundbedürfnis Wohnen für alle Menschen situationsgemäss und individuell ausreichend befriedigt werden kann, als auch gleichzeitig das Bewusstsein, dass sich dadurch die *Wohnungsfrage* respektive *Wohnfrage* nicht lösen lässt. Dieses Bewusstsein – das Wissen um die strukturelle Bedingtheit von (vielen) aktuellen Wohnproblematiken und die unfreie Rolle der Sozialen Arbeit – bilden das konstitutive Moment, Wohnen an sich thematisierbar und die Notwendigkeit der Lösung der Sozialen Frage dennoch über das Wohnen anzumahnen. Soziale Arbeit muss hierfür ihr Selbstverständnis (re-)definieren.

Wie das in Zukunft gelingen kann, muss sich erst noch zeigen. Beck und Reutlinger werfen fünf Punkte auf, die dazu beitragen können. Sie plädieren (1) für ein „kritisches Rollen-Selbstverständnis“ der Sozialen Arbeit und unterstreichen (2) die Wichtigkeit, „theoretische Perspektiven auf Wohnen und empirische Untersuchungen weiterzuentwickeln. Hierfür ist Wohnen als „ein gesellschaftlich konstituiertes und historisch wandelbares Phänomen“ (Meuth,

²⁸ Kessl, Fabian (2005). *Der Gebrauch der eigenen Kräfte. Eine Gouvernementalität Sozialer Arbeit*. Weinheim und München: Juventa.

²⁹ So stellen Beck und Reutlinger (2019, S. 145) fest, „dass eine unkritische oder zumindest unreflektierte Fortführung professioneller Tätigkeit aus der bisherigen Position im Sinne des Einbinden-Helfens problematisch ist. Weiter zu machen wie bisher, d. h. Lösungen der *Wohnfrage* mit und *in* den Menschen zu suchen und nur individuumsbezogen konkrete Hilfen zu leisten, ist also unzureichend“.

³⁰ Dazu gehört, dass sich die mit der Industrialisierung eingesetzte funktionale Trennung verschiedener Lebensbereiche (z. B. Arbeit, Wohnen, Bildung) zunehmend auflöst (Beck, 2021, S. 263) und die *Normalitätsmuster* zunehmend an Bedeutung verlieren: „Dieses Modell verliert jedoch mit dem Aufweichen der Normalfamilie als Sozial- und Versorgungseinheit seine soziale und mit dem Aufbrechen des Normalerwerbsverlaufs seine ökonomische Basis [...]“ (Beck, 2021, S. 261).

2017b, S. 106) und in seiner Mehrdimensionalität zu sehen“ (Beck & Reutlinger, 2019, S. 146). Die vorliegende Arbeit versteht sich als Annäherungsversuch an beziehungsweise Beitrag zu diese(n) zwei ersten Punkte(n). Das von Meuth (2018a) entwickelte mehrdimensionale Wohnverständnis, auf das Beck und Reutlinger (2019, S. 146) verweisen, ist für vorliegende Arbeit sowohl theoretisch wie auch analytisch bedeutsam und wird im Kapitel 4.2 beschrieben. Des Weiteren geht es (3) darum, „praktische Hilfen auch im Wohnen zu leisten und Wege der Unterstützung auszuloten“ (Beck & Reutlinger, 2019, S. 147) sowie sich (4) (sozial- und wohn-)politisch einzumischen und bezugnehmend auf Barloschky und Schreier (2016) die

„‘Randständigkeit’ der Wohnfrage in Sozialer Arbeit“ (Barloschky & Schreier, 2016, S. 91) [zu] überwinden. Zugleich hiesse dies, die Nicht-Beachtung von Wohnproblematiken – vor dem Hintergrund der Aktivierungspolitik – als „(intendierte[r][n]) Effekt des vorherrschenden [...] entpolitisierten, individualisierend-aktivierenden und affirmativ-reaktiven Selbstverständnisses Sozialer Arbeit“ (ebd.) zu entlarven, wie Joachim Barloschky und Maren Schreier das Verhältnis der Sozialen Arbeit zum Wohnen kritisch auf den Punkt bringen. (Beck & Reutlinger, 2019, S. 148)

Auf einer übergeordneten Ebene wird (5) angeregt, „Verteilungsfragen, soziale Sicherung, kurz die Fragen von Ein- und Ausschluss – für die Wohnen nur ein Abbild ist – neu zu stellen bzw. in den Blick zu nehmen und eine Wohndiskussion daran anzuschliessen“ (Beck & Reutlinger, 2019a, S. 148).

Mit diesem kurzen Kapitel wird deutlich, dass die Ausgangssituation der Sozialen Arbeit im Allgemeinen aber auch in Bezug auf das Themenfeld *Wohnen* seit ihren Anfängen ambivalent ist. Sie agiert gerade mit der hier fokussierten personenbezogenen Unterstützung als *Einbindungshelferin* in eine gesellschaftliche (Wohn-)Ordnung und reproduziert oder stabilisiert diese dadurch, ohne an den gesellschaftlichen Verhältnissen oder Ausschlussmechanismen etwas grundlegend zu verändern. Sie ist daher gefordert, wenn sie ‚Wohnprobleme‘ nicht (zusätzlich) individualisierend bearbeiten möchte, ihre Position und Eingliederungsmodalitäten kritisch zu reflektieren und (proaktiv) alternative Möglichkeits- und Erfahrungsräume (für sich und ihre Adressat:innen) zu öffnen.

4.2 Mehrdimensionales Verständnis von Wohnen

In Übereinstimmung mit der oben genannten Forderung von Beck und Reutlinger (2019, S. 146) wird Wohnen als mehrdimensionales Phänomen betrachtet. Das in dieser Arbeit verwendete Verständnis von Wohnen orientiert sich dabei am *heuristischen Modell von Wohnen* von Miriam Meuth (2018a, S. 49–71), auf das sich auch Beck und Reutlinger (2019, S. 146) beziehen. Dieses hat Meuth (2018a, S. 49–71) ausgehend von ihrem spezifischen Erkenntnisinteresse am

begleiteten Wohnen und einer kritischen Auseinandersetzung mit Wohnverständnissen aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven und Denkrichtungen entwickelt. In ihrem heuristischen Modell kombiniert und integriert sie soziologische, philosophisch-phänomenologische und raumtheoretische Zugänge. Daraus resultiert ein mehrdimensionales Wohnverständnis, welches fünf Aspekte von Wohnen differenziert: „*Wohnbeschaffenheit, Haushalt, Zuhause, Wohn-Tätigkeit, Idee und Funktion*“ (Meuth, 2018a, S. 66–67). Diese fünf Aspekte sind je einer Dimension zugeordnet. Es gibt „die *physisch-materielle, sozialstrukturelle, handlungsbezogene, emotional-kognitive* und *kulturgeschichtlich-gesellschaftliche* Dimension“ (Meuth, 2018a, S. 67). Insgesamt liegt dem Modell die Annahme zugrunde, dass Wohnen im Wechselspiel dieser Aspekte beziehungsweise der abstrahierten Dimensionen konstituiert und vollzogen wird. Die Analyse dieses Wechselspiels ermöglicht einen reflektierten Zugang zur Komplexität des Phänomens (Meuth, 2018a, S. 67).

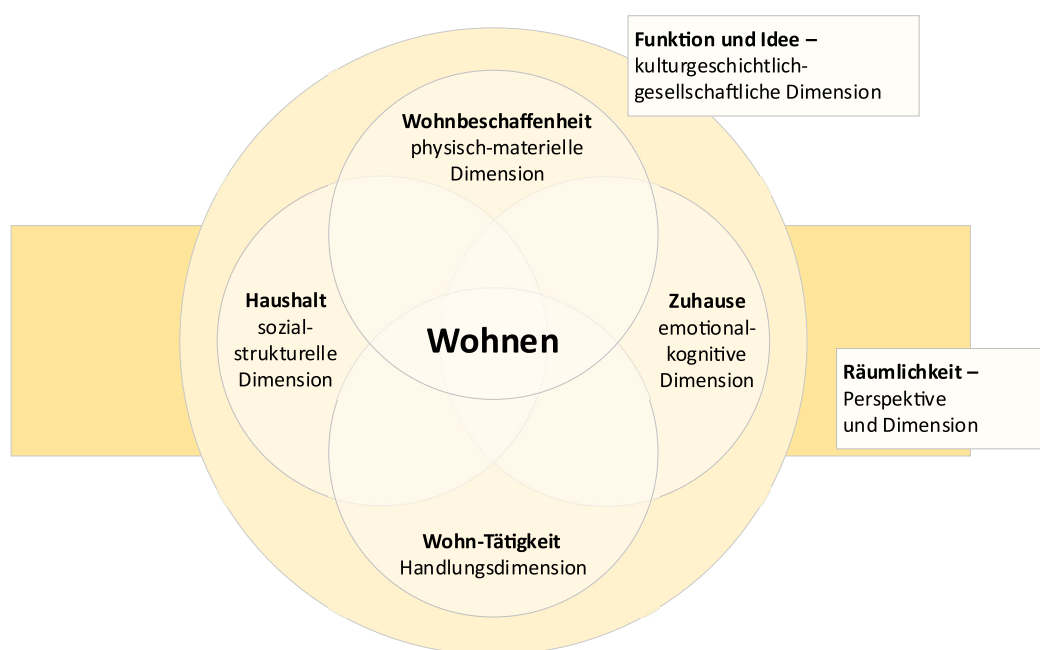


Abbildung 2: Mehrdimensionales Wohnverständnis (eigene leicht angepasste Darstellung in Anlehnung an Meuth (2017b, S. 113))

Abbildung 2 zeigt das heuristische Modell von Meuth (2018a, S. 66) in leicht modifizierter Form. Auf die farbliche Abhebung von *Zuhause* wurde verzichtet. Der Aspekt der *Räumlichkeit* wurde ergänzt. Räumlichkeit durchdringt als theoretische Perspektive und Dimension alle anderen Aspekte und Dimensionen (Meuth, 2018a, S. 67).

In Tabelle 1 sind die Aspekte und die dazugehörigen Wohndimensionen inklusive der Beschreibung konkreter Beispiele bzw. möglicher Manifestierungsformen überblicksartig zusammengefasst.

Tabelle 1: Übersicht über Aspekte und Wohndimensionen des heuristischen Modells (Meuth, 2018a, S. 67–70) (eigene Darstellung)

Aspekt		Wohndimension	
Wohn-beschaffenheit	u. a. Wohnort (z. B. Haus, Wohnung, Zelt), bauliche Strukturen, Bausubstanz, Grösse der Grundfläche, Grundriss, Architektur, Farben, Formen und Materialien, Ausstattung, Einrichtungsgegenstände	physisch-materielle Dimension	Kopplung von Materie mit Normen, Funktionen und Praktiken > Verweis auf das Soziale
Haushalt	Haushaltstyp; „ökonomische[r] und reproduktive[r] Zusammenschluss von Personen, die gemeinsam am Ort des Wohnens haushalten und wirtschaften [Kochen, Putzen, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Finanzen]“ (Meuth, 2018a, S. 67)	sozial-strukturelle Dimension	Adresse (eindeutige Verortung im Sozialraum und damit verbunden Zugang zu sozialrechtlichen Leistungen und Anerkennungen), „Machtverhältnisse und Strukturprinzipien im Prozess der Raum(re)produktion“ (Meuth, 2018a, S. 68)
Wohntätigkeit	Wohn-Alltag, Routinen, Haushaltsführung, Erholung, Reproduktion und Interaktion, sozialräuml. Aneignung, Gestaltung	Handlungs-dimension	(Re)Produktion von Wohn- und Lebensstilen, Beständigkeit des Wohnalltags
Zuhause	Atmosphäre und sinnliche Erfahrungen (Wärme, Kälte, Gerüche), subjektives Erleben	emotional-kognitive Dimension	subjektive Bedeutung und Verbundenheit mit Ort (Gefühle, Vorstellungen, Erinnerungen und Ideen)
Funktion und Idee - kultur-geschichtlich-gesellschaftliche Dimension	Folie für Normal-Wohnbiografie/Normalwohnen: „normative Setzungen, die dafür leitend sind, was als wünschenswert, als wohnrelevant bzw. als ‚gutes‘ <i>Wohnen</i> gedacht wird“ > „ <i>Wohnen</i> als eine von Macht- und Ungleichheitsverhältnissen durchgezogene Praxis“ (Meuth, 2018, S. 70) Z. B. Wohnen als privater Raum, Schutz-Ort, Statussymbol, Ausdruck v. Persönlichkeit/ Lebensstil		

Das heuristische Modell von Meuth (2018a, S. 66–70) ist für die vorliegende Forschungsarbeit interessant. Es liegt ihm ein mehrdimensionales Wohnverständnis zugrunde, welches mit Blick auf die Erforschung von institutionellem Wohnen entwickelt worden ist. Damit kann es mindestens als anschlussfähig für die Erforschung des Überganges zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen bezeichnet werden. Die Mehrdimensionalität ermöglicht einen möglichst umfassenden und differenzierten Blick auf das Wohnen und unterstützt die Herausarbeitung der Wohnverständnisse, welche den rekonstruierten sozialen Deutungsmustern zugrunde liegen.

5 Institutionelles Wohnen und Übergänge

In diesem Kapitel geht es um (institutionelles) Wohnen und Übergänge. Zunächst wird ein wohnbezogenes Übergangsverständnis eingeführt und dann werden Bezüge zu Studien gemacht, die sich mit eben solchen Übergängen beschäftigt und das soziale Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit für den jeweilig untersuchten Handlungskontext rekonstruiert haben.

5.1 Wohnen und Übergänge

Mit der Forschungsfrage wird die spezifische Situation des Überganges von einem Normalwohnen in ein Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement fokussiert, wenn diese im stationären Kontext der Psychiatrie im Erwachsenenalter stattfindet. Mit dem stationären Aufenthalt wird das Wohnen temporär ausgesetzt.³¹ Die Behandlung in der Psychiatrie stellt in diesem Sinne einen *Zwischenraum des Wohnens* dar, egal ob normal oder institutionell gewohnt wird. Der Begriff und die Situation des Überganges ist damit in doppelter Hinsicht für die vorliegende Arbeit relevant. Eine theoretische Auseinandersetzung mit *Übergängen* ist notwendig.

Übergänge geraten gerade aufgrund der, bereits angedeuteten (siehe Kapitel 4.1), transformatorischen Prozesse in der Gesellschaft (zunehmend) in den Fokus von Pädagogik, Erziehungswissenschaft und Sozialer Arbeit (Aner, 2012; Gahleitner & Hahn, 2012; Keupp, 2012; Meuth, Hof & Walther, 2014; Walther, 2014).

Mit einem interaktionistischen Verständnis des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft sind Übergänge „soziale[n] Zustandswechsel[n] im Rahmen individueller Lebensverläufe, die Mikroprozesse sozialer Integration darstellen und deshalb nur als Wechselbeziehungen zwischen sozialen Strukturen und individuellen Handlungen zu verstehen [sind]“ (Walther, 2014, S. 14–15) (siehe Abbildung 3).

³¹ Es müsste anhand des mehrdimensionalen Wohnverständnisses geprüft werden, ob und welche Aspekte des Wohnens auch für den stationären klinischen Kontext gelten. Die Aussage der temporären Aussetzung des Wohnens bezieht sich auf den Auftrag der Kliniken, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung zu gewährleisten (z. B. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, o. J.). Damit hängt ein Selbstverständnis als *Behandlungsort* und nicht als *Wohnort* zusammen.

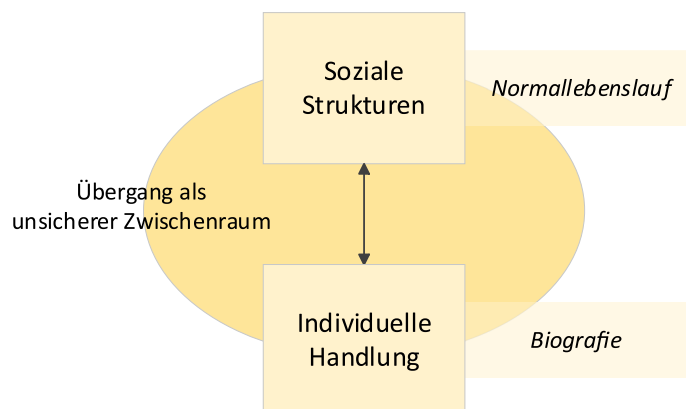


Abbildung 3: Übergänge als Wechselbeziehung zwischen sozialen Strukturen und individuellen Handlungen (eigene Darstellung)

Die sozialen Strukturen finden dabei Ausdruck im (*Normal-*)*Lebenslauf* als „Verzeitlichung, Institutionalisierung und Individualisierung des menschlichen Lebens im Kontext ausdifferenzierter moderner Gesellschaften“ (Walther, 2014, S. 16). Die *Biografie* wiederum verweist – darauf beziehend – auf die individuelle Lebensführung als „subjektive Aneignung des Lebenslaufs“ (Walther, 2014, S. 20). Das hier beschriebene Grundverständnis von Übergängen ist über das interaktionistische Verständnis von Individuum und Gesellschaft anschlussfähig an das bereits eingeführte Modell von Integration und Lebensführung (siehe Kapitel 3.2).

Darauf aufbauend und in Anlehnung an Meuth (2014, S. 104) ist dieser Arbeit ein erweitertes Übergangsverständnis zugrunde gelegt:

Übergänge werden als spezifische Ereignisse innerhalb eines interaktiven sozialen Kontexts verstanden, die einen prinzipiell prozesshaften Charakter haben und zu Veränderung und (Um)Brüchen führen, welche biographisch relevant sind. Demnach ist nicht jeder Umzug zwangsläufig als Wohnübergang zu verstehen: Erst wenn eine wohnbezogene Veränderung vollzogen wird, die subjektiv als Umbruch erlebt wird, kann von einem wohnbezogenen Übergang die Rede sein.

Das von Meuth (2014, S. 118–120) vorgeschlagene Übergangsverständnis geht davon aus, dass ein Übergang als individuelle und subjektiv erfahrene Bewältigungsaufgabe (z. B. Walther, 2014, S. 26) keinen klaren Anfangs- und Endpunkt hat.³² Der *prozesshafte Charakter* von (Teil-)Übergängen berücksichtigt, dass diese „nicht linear verlaufen, [...] reversibel und

³² Meuth (2014, S. 118–120) nimmt in ihren Erläuterungen zum erweiterten Übergangsverständnis auf Harald Welzer Bezug: Welzer, Harald (1993). *Transitionen. Zur Sozialpsychologie biographischer Wandlungsprozesse*. Tübingen: Ed. Diskord.

entkoppelt voneinander stattfinden können“ (Meuth, 2014, S. 119). Mit dem Verweis auf „spezifische Ereignisse innerhalb eines interaktiven sozialen Kontexts“ werden Übergänge einerseits „inhaltsbasiert“ ausgefüllt und andererseits in ihrem „Struktur- und Kontextbezug“ genannt (Meuth, 2014, S. 118–119). Damit ist der Übergangsbegriff gleichzeitig klar umrissen und offen. So kann auch ein Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen erwachsener Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, in den Blick genommen werden. Der hier fokussierte Übergang entspricht keiner Station im Normallebenslauf: Nach dem Auszug aus dem Elternhaus oder dem Zusammenzug mit einem/r Partner:in, dem Wohnen mit Kindern, gibt es bis auf einen allfälligen Umzug ins Alters- oder Pflegeheim in der Regel keinen anderen *erwartbaren*³³ Übergang in der Normalwohnbioografie. Mit der Fragestellung, die nach sozialen Deutungsmustern klinisch Sozialarbeitender fragt, steht weniger die biografische Sicht der Adressat:innen auf den Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen im Fokus und mehr die überindividuelle oder institutionalisierte Perspektive.

5.2 Wohnforschung zwischen Individuum und Gesellschaft: Wohn(un)fähigkeit als soziales Deutungsmuster

Die in der Einleitung bereits eingeführte Studie von Marquardt (2013, S. 157) zeigt, dass die Frage nach der Wohn(un)fähigkeit entscheidend ist, um in der deutschen Wohnungslosenhilfe wohnbezogene Unterstützungsleistungen zu erhalten. Die Frage nach der Wohn(un)fähigkeit entscheidet nicht nur über Ein- und Ausschluss in die Unterstützungssysteme der Wohnungslosenhilfe, sondern prägt gemäss Marquardt (2013, S. 157) über die sozialpädagogischen Zielsetzungen die konkrete Ausgestaltung ebensolcher Unterstützungssysteme. Auch Meuth (2018a) rekonstruiert die Bedeutung der Idee der Wohn(un)fähigkeit als handlungsleitendes Konzept im Handlungskontext des begleiteten Jugendwohnens. Sie zeigt darüber hinaus auf, dass sich die Wohnverständnisse der Fachpersonen

³³ Hof und Maier-Gutheil (2014, S. 148) beschreiben im Rahmen ihrer Erläuterungen zum Konzept der Lebensspanne bzw. des Lebensverlaufs Ereignisse auf individueller Ebene sowie kulturelle, soziale und gesellschaftliche Ereignisse, die sich auf die je spezifischen Lebensverläufe auswirken. Auf individueller Ebene werden dabei erwartbare und unerwartete Ereignisse unterschieden. Die Autor:innen unterstreichen, dass im Erwachsenenalter „nicht nur ‚klassische‘ Übergänge zu bewältigen, sondern darüber hinaus auch andere, mehr oder weniger erwartbare Übergänge zu gestalten [sind], [....]. Vielmehr gilt es verschiedene Übergänge auch innerhalb der Phase des Erwachsenenalters zu sehen“ (Hof & Maier-Gutheil, 2014, S. 147).

– und darüber auch ihre Ideen der Wohn(un)fähigkeit – mit der binären Logik des „*Wohnen-Können[s]* und *Wohnen-Sollen[s]*“ an kulturgeschichtlich-gesellschaftlich geprägten Wohn- und Familien-Normen orientieren (Meuth, 2018a, S. 215). Inwiefern Wohn(un)fähigkeit als soziales Deutungsmuster auch im Schweizer Kontext im Handlungsfeld der Psychiatrie handlungsleitend wird, ist Bestandteil der Forschungsfragen, die im Rahmen dieser Masterarbeit untersucht werden sollen. Aus diesem Grund ist es notwendig, das Konzept der Wohn(un)fähigkeit allgemein und vor dem Hintergrund bereits durchgeführter empirischer Studien in Bezug auf konkrete Handlungsfelder zu beschreiben und darüber hinaus kritisch zu hinterfragen sowie seine aktuelle Bedeutung gesellschaftspolitisch zu kontextualisieren.

Das Konzept der Wohn(un)fähigkeit zeichnet sich dadurch aus, dass es vage und undefiniert bleibt. Nagel (2015, S. 82–83) umschreibt den gemeinsamen Kern der „unterschiedlich[en] und vieldeutig[en]“ Verständnisse von Wohn(un)fähigkeit folgendermassen: „Die Zuschreibung einer Motivation und eines bestimmten Satzes von Fähigkeiten an eine Person, die erwarten lassen, dass von ihr ein Mietverhältnis selbstständig und konfliktfrei aufrechterhalten werden kann“. In den beigezogenen Verständnissen sind die Indikatoren für Wohn(un)fähigkeit wahlweise sehr kleinteilig (z. B. „die Wohnung in Ordnung halten“, „mit der Wohnung verbundenen Zahlungsverpflichtungen nachkommen“) oder sehr unbestimmt (z. B. „wohnumfeldgerechtes Verhalten“, „Fähigkeit zur eigenständigen Haushaltsführung“) beschrieben (Nagel, 2015, S. 83).

5.2.1 Das Konzept der Wohn(un)fähigkeit in der Wohnungslosenhilfe

Auch Nadine Marquardt (2013) beschreibt in ihrer Studie, die auf die Gouvernamentalitätsanalyse von Foucault Bezug nimmt, für den Handlungskontext der Wohnungslosenhilfe ein vages Verständnis von Wohn(un)fähigkeit. Spannend ist, dass die interviewten Fachpersonen der Wohnungslosenhilfe auf die Frage, woran „eine eingeschränkte Wohnfähigkeit genau zu erkennen sei“ mit Aussagen wie „Das weiss man einfach.“ (B15), „Das merken wir dann schon.“ (B19), oder „Was da die Probleme sind, zeigt sich immer schnell.“ (B16)“ reagieren (Marquardt, 2013, S. 157). Der Verweis auf ein implizites Erfahrungswissen steht im Gegensatz zur sehr definierten Beschreibung der wohnbezogenen Kompetenzen, die im betreuten Wohnen mit Unterstützung gelernt werden können (Marquardt, 2013, S. 157–161). Mit der Analyse der geführten Interviews verdichtet Marquardt (2013, S. 157) diese „Wohnfähigkeits-Kompetenzen“ auf drei Bereiche:

1. „Die Entwicklung einer ‚verantwortungsvollen‘ Haltung in Fragen der Haushaltsführung und Führung des eigenen Alltagslebens“,
2. „die Einhaltung ‚sozialverträglicher‘ Wohnstandards, die sich vor allem durch Sauberkeit und Ruhe kennzeichnen“
und
3. „die Kultivierung einer ‚ausgewogenen‘ emotionalen Bindung an die Wohnung und an Dinge in der Wohnung“.

Bei der *Entwicklung einer verantwortungsvollen Haltung* geht es darum, in einem geschützten oder mindestens entlastenden Wohn-Raum³⁴ an Kompetenzen im Bereich der Haushaltsführung und – allgemeiner – des Alltagslebens zu arbeiten. Dazu gehört gemäss der Analyse von Marquardt (2013, S. 158–159), „das Akzeptieren eines von Behörden durchdrungenen Alltags“ sowie die Fähigkeit, den eigenen administrativen³⁵ und finanziellen³⁶ Angelegenheiten (eigenverantwortlich) nachgehen zu können. Beim Lernen, *sozialverträglich* zu wohnen, geht es um Aspekte von Sauberkeit und Ruhe. Im Wesentlichen kommt darin die Anforderung zum Ausdruck, das eigene Wohnen dem Wohnumfeld anzupassen (Marquardt, 2013, S. 159). Damit hängen „Fragen der Ordnung und Hygiene“ zusammen, die sich sowohl auf den Körper wie auf die Wohnung beziehen und sich in einem angepassten, sozialverträglichen, Sozialverhalten zeigen (Marquardt, 2013, S. 159). Dieses kommt über eine saubere Wohnung und ein ruhiges, nicht lärmendes oder unruhiges, Verhalten zum Ausdruck. Ausserdem stellt Marquardt (2013, S. 159) in ihrer Analyse fest, dass das Sozialverhalten im Hinblick auf die Anzahl sozialer Kontakte bewertet wird, welche sich zwischen „zu starker Zurückgezogenheit“ und „zu ausgeprägter Geselligkeit“ bewegen kann. Zu den Wohnfähigkeits-Kompetenzen gehört, „das Alleinsein auszuhalten“ sowie „die Teilnahme an sozialen Ereignissen“, also ein *richtiges* Mass an sozialen Kontakten zu finden (Marquardt, 2013, S. 159). Die *Kultivierung einer ausgewogenen emotionalen Bindung* verweist hingegen gemäss der Analyse von Marquardt (2013, S. 160) auf die Fähigkeit, „Emotionen auszubalancieren“. Hier stehen weniger soziale Bindungsmuster und mehr die Bindung an die Wohnung und an Gegenstände in der Wohnung im Fokus (Marquardt, 2013, S. 160). Auch diesen Bereich beschreibt Marquardt (2013, S. 160) als Spannungsfeld zwischen einem *zu wenig* und einem *zu viel*: „[...]“, denn eingeschränkte Wohnfähigkeit kann sich den

³⁴ „Es sei wichtig für die Betroffenen, sich ‚erstmal zu beruhigen‘ (B12) ohne vom Wohnen ‚gleich wieder überfordert‘ (B12) zu sein“ (Marquardt, 2013, S. 157).

³⁵ Z. B.: Termine wahrnehmen, „Papierkram“ erledigen (Marquardt, 2013, S. 218).

³⁶ Z. B.: Umgang mit Geld und Schulden.

Interviews zufolge sowohl in zu wenig als auch in zu viel Bindung an die Wohnung und ihr Inventar äussern“. Dabei geht es unter anderem auch darum, sich „von Dingen trennen zu können“ oder Dinge nicht unnötig anzuhäufen (Marquardt, 2013, S. 160).

Marquardt weist darauf hin, dass die Einschätzung der einzelnen umrissenen Wohnfähigkeits-Kompetenzen den Fachpersonen obliegt, aber kontingent bleibt und durch einen „Definitionsspielraum“ gekennzeichnet ist (Marquardt, 2013, S. 160).

Die Erläuterungen zu den analytisch hervorgebrachten Wohnfähigkeits-Kompetenzen schliesst Marquardt (2013, S. 160) folgendermassen ab:

Räume des betreuten Wohnens sind paradoxe Räume der Gegenwart. Sie schränken die Autonomie ihrer Bewohner_innen strategisch ein, um sie zu mehr Autonomie und eigenverantwortlicher Selbstführung anzuleiten. Die Arbeit an der eigenen Subjektivität wird im betreuten Wohnen zur Voraussetzung für eine erfolgreiche Re-Integration in gesellschaftliche Zusammenhänge. Gradmesser des Erfolgs persönlicher Hilfen ist die Bereitschaft der Wohnungslosen, aktiv an der eigenen Normalisierung zu arbeiten, was sowohl bedeutet, ‚selbstständig‘ zu handeln, aber gleichzeitig auch umfasst, dass ein von Betreuung und Beobachtung durchdrungener Alltag akzeptiert werden muss.

Damit verweist sie auf die ambivalente Ausgangslage der Sozialen Arbeit, die als normalisierende Instanz und *Einbindungshelferin* gesellschaftliche (Wohn-)Ordnungen reproduziert (siehe Kapitel 4.1).

5.2.2 Das Konzept der Wohn(un)fähigkeit im begleiteten Jugendwohnen

In ihrer international vergleichenden Studie untersucht Miriam Meuth (2018a) begleitetes Wohnen bzw. berufsbegleitete Wohnkontexte junger Erwachsener in Deutschland und England. Der Fokus liegt dabei auf dem „begleitete[n] Wohnen und darin (re-)produzierte[n] Bedeutungen von Wohnungen aus einer wohntheoretischen Perspektive“ (Meuth, 2022a, S. 137). Die empirischen Ergebnisse lassen sich, „analytisch verdichtet [...], in drei abstrahierte Bedeutungen von Wohnen“ zusammenfassen (Meuth, 2022a, S. 137): „die raumbezogene, die dienstleistungs- und die erziehungsbezogene Bedeutung“. Die Begleitung der jungen Erwachsenen zu einem selbstständigen Wohnen, stellt ein Ziel der untersuchten Institutionen dar. Dabei kommt dem Konzept der Wohn(un)fähigkeit eine Bedeutung zu: „Bei einigen jungen Erwachsenen wird seitens der Fachkräfte angenommen, dass sie ihre *Wohnfähigkeiten* ausbauen oder erst einmal erwerben müssten“ (Meuth, 2022a, S. 137). Meuth (z. B. 2018a, S. 214–216; b, S. 233–237; 2022, S. 137–

138) unterscheidet, analytisch verdichtend, vier bzw. fünf Bereiche³⁷ von Wohnfähigkeits-Kompetenzen:

1. *Hygiene einhalten und herstellen*
2. *Wirtschaften – richtiger Umgang mit Geld*
3. *Infrastruktur sicherstellen*
4. *Strukturierung des Tagesablaufs*
und
5. *Pflege sozialer Kontakte*

Hygiene einhalten und herstellen ist eine von den Fachpersonen als wichtig erachtete Wohnfähigkeit. „Die Wohnbereiche werden [dabei] nach Massgabe einer dualistischen Gegenüberstellung von hygienisch und unhygienisch, gesundheitsfördernd und gesundheitsschädigend, sauber und dreckig sowie ordentlich und unordentlich evaluiert und klassifiziert“ (Meuth, 2018a, S. 214). Es fällt auf, dass hier die Gesundheit oder der Gesundheitszustand („physische und psychische Verfassung“) mit „Vorstellungen von Sauberkeit und einer entsprechenden Haushaltsführung“ (Meuth, 2018a, S. 214) zusammenhängen.³⁸ Beim *Wirtschaften*, einer weiteren von den Fachpersonen als wichtig eingeschätzten und von Meuth (2018a, S. 214) rekonstruierten Wohnfähigkeit, geht es hauptsächlich um den „richtige[r][n]‘ Umgang mit Geld“. Mitgedacht sind hier beispielsweise „Mietzahlung, Rechnungen, Nahrung und Bekleidung“ (Meuth, 2018a, S. 214). Zur *Sicherstellung der Infrastruktur* gehört für die von Meuth (2018a, S. 214) befragten Fachpersonen, „dass Verträge abgeschlossen werden können und dass man sich an diese hält, dass man in der Lage ist, Sozialleistungen zu beantragen, und dass man sich um die infrastrukturelle Versorgung mit Wasser, Gas und Strom ‚selbstständig‘ kümmern vermag“. Dem eigenen *Tagesablauf strukturiert* nachgehen zu können, ist für die Fachpersonen „ein Merkmal zuverlässigen Verhaltens und Indikator selbstständiger Lebensführung“ (Meuth, 2018a, S. 214). Damit verbunden ist die Vorstellung eines geregelten Tag-Nacht-Rhythmus, der es erlaubt „pünktlich der arbeitsmarktbezogenen Tätigkeit nachzugehen“ (Meuth, 2018a, S. 214). Und zu guter Letzt gehört auch die *Pflege sozialer Kontakte* zu den von den Fachpersonen als wichtig erachteten und von Meuth (2018a, S. 214) rekonstruierten Wohnfähigkeiten. Dabei geht

³⁷ In Meuth (2022a) sind die hier separat aufgeführten Bereiche vier und fünf in einem Bereich zusammengefasst.

³⁸ Das Thema Gesundheit kommt in der Studie von Meuth (2018a, S. 218–222) darüber hinaus über den Aspekt der „gesundheitlichen Selbstverantwortung“ zum Ausdruck: Die interviewten Fachpersonen zählen die „medizinische Grundversorgung“, „die Aufklärung über Alkohol- und Drogenkonsum“ sowie „die sexuelle Gesundheit“ zu diesem Aspekt.

es gleichermassen um soziale Kontakte zu Gleichaltrigen sowie auch um soziale Kontakte zur Familie.

Miriam Meuth (2018a, S. 215–216) hebt die binäre Logik des „Nicht-wohnen-Können[s]“ und einem „gekonnten‘ *Wohnen[s]*“ hervor, die damit auch auf Wohn-Normen verweist: „Verhandelt wird dadurch das Verhältnis von Nicht-*richtig*-wohnen-Können und *Richtig*-wohnen-Sollen, abstrakter gesprochen das Verhältnis von *Wohnen-Können* und *Wohnen-Sollen*“ (Meuth, 2018a, S. 215). Die Fachpersonen begründen dabei das noch-nicht-*Wohnen-Können* einerseits alters- und entwicklungsbedingt und andererseits mit „*kontextbezoge[n]* Erklärungsmuster[n] [...], wobei das bisherige Lebens- und Wohnumfeld der AdressatInnen und speziell die familiären Zusammenhänge als defizitär und nicht förderlich konstruiert werden“ (Meuth, 2018a, S. 215).

Die *Wohnverständnisse* der Fachkräfte, die diesen Deutungen zugrunde liegen, sind durch kulturgeschichtlich-gesellschaftlich gewachsene *Wohn-Normen* im Allgemeinen und bürgerlich-kleinfamiliäre Vorstellungen von richtiger *Lebensführung* im Besonderen gerahmt. Diese Vorstellungen dienen implizit als Beurteilungsfolie dafür, was als ‚richtiges‘ *Wohnen* deklariert wird. Mit der Vorstellung eines Könnens bzw. ‚Nicht-Könnens‘ wird nämlich die Abweichung von einer solchen Wohnvorstellung nicht als das *Andere* konstituiert – im Sinne eines *Anders-Wohnens* –, sondern negativ als Nicht-Existenz oder Fehlen einer bestimmten ‚Fertigkeit‘ eingestuft. Damit wiederum hängt zusammen, dass die als wichtig erachteten ‚Fähigkeiten‘ aus der Perspektive der Fachkräfte schlicht erlernt werden müssen. (Meuth, 2018a, S. 215–216)

Die Wohnverständnisse der Fachpersonen und darüber auch die rekonstruierten Wohnfähigkeits-Kompetenzen orientieren sich an kulturgeschichtlich-gesellschaftlich geprägten Wohn-Normen. Über die sozialpädagogische Unterstützungsleistung wird über die „wohnbezogene[n] Regel- und Wertevermittlung also eine *Normierung des Wohnens* erzeugt“ (Meuth, 2018a, S. 216). Auch hier kommt die Soziale Arbeit als normalisierende Instanz und *Einbindungshelferin* zum Ausdruck. Ein weiterer Aspekt der Meuth (2018a, S. 216) im Zusammenhang mit den rekonstruierten Wohnfähigkeiten unterstreicht, ist die „enge Verwobenheit“ kulturgeschichtlich-gesellschaftlich gewachsener Wohn-Normen mit einem spezifischen Familienbild: „Ausgehend von Vorstellungen einer ‚guten Familie‘ werden normative Setzungen bezüglich der Sorge- und Erziehungsleistung der Eltern ihren Kindern gegenüber vorgenommen“ (Meuth, 2018a, S. 216). Die sozialpädagogischen Institutionen werden von den Fachpersonen einerseits „als *Gegenentwurf* zum realen Herkunftsmilieu konzipiert“ und „andererseits [dient ihnen] ein normatives Bild der Familie häufig als Referenzpunkt, um die *Familienähnlichkeit* des *begleiteten Wohnens* zu betonen“ (Meuth, 2018a, S. 216). Mit diesen (normativ geprägten) Annahmen verbunden, ist die

Erwartung der Fachpersonen, dass durch das sozialpädagogische Angebot „ein adäquater Ort des *Wohnens* für die jungen Erwachsenen bereitgestellt werde[n könne]“ und dass „die entsprechende (richtige) Lebensführung durch die Fachkräfte *vermittelt* werden kann“ (Meuth, 2018a, S. 217). Sozialpädagogische Einrichtungen konstituieren sich als „wohn- und lebensbezogene[s] Übungsfeld[er]“, in denen neben einer „Erziehung zum Wohnen auch Erziehung *durch* Wohnen vollzogen“ wird (Meuth, 2018a, S. 217).

5.2.3 Kritik am Konzept der Wohn(un)fähigkeit

Bei Marquardt (2013) und Nagel (2015) kommt zum Ausdruck, dass in der Wohn- und Obdachlosenhilfe die Vagheit des Konzeptes der Wohn(un)fähigkeit und der Verweis auf ein implizites Erfahrungswissen problematisch sind. Mit der Zuschreibung einer Wohnunfähigkeit geht meistens der Ausschluss aus dem Wohnungsmarkt und Einschluss in ein Unterstützungssystem einher, „wo durch Beratung, Betreuung und Training Wohnfähigkeit (wieder)hergestellt werden soll, bevor die Vermittlung in eine eigene Wohnung in Frage kommt“ (Nagel, 2015, S. 83). Die Zuschreibung ist in diesem Sinne folgeschwer. Fehlende, uneindeutige oder nicht objektivierbare Indikatoren zur Einschätzung von Wohn(un)fähigkeit setzen „die Wohnungslosen faktisch der Willkür der Beurteilungen der entsprechenden Fachkräfte aus“ (Nagel, 2015, S. 83) und machen „das Arbeiten an der Wohnfähigkeit [...] zu einer prinzipiell unabschliessbaren Aufgabe“ (Marquardt, 2013, S. 160). Der „(Wieder-)Eintritt [...] in gesellschaftliches Normalwohnen“ (Marquardt, 2022a, S. 148) bleibt selbst bei erfolgreicher Aneignung fehlender Wohnkompetenzen unsicher, weil die Wohnungsmärkte angespannt sind (Marquardt, 2013, S. 148; 161).

Meuth (2018b, S. 235) problematisiert im Zusammenhang mit dem sozialen Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit und der damit verbundenen Orientierung an „bürgerlich-familialen Wohnnormen“, dass im Kontext institutioneller Wohneinrichtungen ein Widerspruch entsteht:

Denn die Einrichtungen sind sowohl von einer *organisationalen* wie auch einer *wohnräumlichen Ordnung* geprägt – ein Sachverhalt, der zu der kulturgeschichtlich gewachsenen und nach wie vor wirksamen Vorstellung des *Wohnens* als privater Angelegenheit in einem offensichtlichen Spannungsverhältnis steht. Damit wird in einem organisationalen Setting, das dem handlungsleitenden Idealbild des *Wohnens* gerade nicht entspricht, auf einen anderen Kontext, nämlich auf ein *Wohnen* in der privaten Sphäre vorbereitet.

Adressat:innen der Wohneinrichtungen, werden demnach „auf einen *Protoyp* des Wohnens“ vorbereitet, der kulturgeschichtlich-gesellschaftlich normiert ist und „nur bedingt die

Heterogenität von Wohnformen und -stilen, von Bedürfnissen, Werten und Bedeutungen von *Wohnen* repräsentiert“ (Meuth, 2018b, S. 236–237). Er kann in dieser Hinsicht nur bedingt auf das Wohnen ausserhalb der institutionellen Wohneinrichtung vorbereiten.

Fragen nach den strukturellen Bedingungen des Wohnungsmarktes werden im Konzept der Wohn(un)fähigkeit ausgeblendet. Die Bearbeitung von ‚Wohnproblemen‘ erfolgt (potenziell) individualisierend. Dem Individuum werden Fähigkeiten abgesprochen, die es dann (wieder) aufzubauen gilt. Sowohl Marquardt (2013) wie auch Nagel (2015) verorten das Konzept der Wohn(un)fähigkeit in der Tradition individualisierender Problemkonstruktionen. Statt danach zu fragen, wie die strukturellen Rahmenbedingungen sozialpolitisch verändert werden müssten, wird die Bearbeitung sozialer Probleme im Wohnbereich dem Individuum zugewiesen und in dessen Verantwortung abgegeben. Auch Meuth (2018b, S. 235) problematisiert eine „Perspektive der Sozialen Arbeit auf ‚Wohnen lernen‘ [...], wenn sie zu einer Individualisierung der *Wohn(ungs)frage* führt“. Marquardt sieht hier im Sinne des aktivierenden Sozialstaates eine Parallele zur Beschäftigungsfähigkeit (*employability*) für den Arbeitsmarkt, an der es ständig zu arbeiten gilt, „um für den Arbeitsmarkt ‚fit‘ zu bleiben“ (2013, S. 160).

Das Konzept der Wohn(un)fähigkeit bleibt trotz diverser Kritikpunkte in der Praxis weiter in Verwendung. Das erstaunt erstmals, weil beispielsweise mit *Housing First*³⁹ auch ein alternatives Konzept vorliegen würde, welches das selbstbestimmte Wohnen als Recht und nicht als Errungenschaft behandelt (z. B. Zingarelli & Massaro, 2020, S. 60). So gesehen passt das Konzept der Wohn(un)fähigkeit gut in die Logik des bisherigen oder traditionelleren *Treatment First*-Ansatzes. Dieser kann als Stufenmodell beschrieben werden, bei welchem der Übertritt in die nächsthöhere weniger betreute und selbstbestimmtere Stufe erst erarbeitet werden muss und an bestimmte Bedingungen geknüpft ist (z. B. Einwilligung in Behandlung, (Wieder-)Erlangung gewisser Kompetenzen oder Vertrauensbasis) (z. B. Zingarelli & Massaro, 2020, S. 60). Nagel (2015, S. 85–86) und auch Marquardt (2013) gehen kritisch bzw. mit einer machtanalytischen Perspektive davon aus, dass das Konzept der Wohn(un)fähigkeit der Aufrechterhaltung des bestehenden Systems dient und dieses legitimiert. Meuth (2022a, S. 142) stellt die These auf, dass das Konzept der Wohn(un)fähigkeit und das damit verbundene

³⁹ *Housing First* wird hier nicht ausschliesslich als Konzept im Zusammenhang mit Wohn- und Obdachlosigkeit verstanden. Der Grundsatz von *Housing First* sollte für alle Personen gelten, die noch nicht selbstbestimmt wohnen können (z. B. Personen, die institutionell wohnen und dies aber nicht möchten).

enggeführte Wohnverständnis „für die sozialarbeiterische Praxis funktional ist, da das komplexe und umfassende Phänomen *Wohnen* dadurch auf klar umrissene Aspekte reduziert werden kann und damit (sozial-)pädagogisch bearbeitbar wird“.

In diesem Kapitel wurde der für die vorliegende Masterarbeit zentrale Begriff des *Überganges* definiert. Ausserdem wurden mit Marquardt (2013) und Meuth (2018a) zwei relevante empirische Bezugspunkte für die Diskussion der Ergebnisse hergestellt, die die strukturelle Koppelung von Individualität und Sozialität bzw. von Individuum und Gesellschaft, mindestens mitreflektieren.

6 Methodisches Vorgehen

Die Forschungsfrage zielt auf die Rekonstruktion von handlungsleitenden Deutungsmustern in der sozialarbeiterischen Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, wenn ein Übergang von einer eigenen Wohnung in ein institutionelles Wohnen in Diskussion steht. Die Beantwortung der Fragestellung erfordert eine offene und rekonstruktive Herangehensweise und spricht für einen qualitativen Forschungszugang. Dies entspricht der immanenten Forschungslogik des Deutungsmusteransatzes (Bögelein & Vetter, 2019, S. 16).

6.1 Methodologische Verortung

Methodisch und methodologisch lässt sich die Studie in der *Grounded Theory* verorten (Strauss & Corbin, 1996). Die Gründe dafür liegen einerseits im explorativen Charakter der forschungsleitenden Fragestellung, die auf die Rekonstruktion von Deutungsmustern abzielt. Die damit verbundene Absicht ist, Alltagswissen in Form von sozialen Deutungsmustern systematisch zu erfassen und darzustellen (Tiefel, 2022). Andererseits passt der Gegenstand und das Erkenntnisinteresse der Studie gut zur *Grounded Theory*, welcher die Annahme eines Wechselverhältnisses zwischen Struktur und Handeln zugrunde liegt (Tiefel, 2022). Soziale Deutungsmuster stellen eine Art Brücke zwischen Struktur und Handeln dar (Bögelein & Vetter, 2019, S. 15–16). Diese entstehen, aktualisieren oder verändern sich in diesem Relationierungsprozess zwischen Struktur und Handeln (siehe Kapitel 2.1).

Grounded Theory stellt keine „spezifische Methode oder Technik“ dar und ist vielmehr als ein Forschungsstil zu verstehen (Tiefel, 2022).⁴⁰ Nichtsdestotrotz lassen sich „charakteristische Merkmale“ der *Grounded Theory* ausmachen (Tiefel, 2022). Wie das Adjektiv im Namen bereits andeutet, geht es in der *Grounded Theory* um die Entwicklung einer Theorie, die im empirischen Material gründet (Schreier, Brüschweiler & Haag, 2020). Dies widerspiegelt sich in den fünf Grundprinzipien der *Grounded Theory*: 1. *Theoretical Sampling*, 2. theorieorientiertes Kodieren, 3. Orientierung am permanenten Vergleich, 4. Schreiben theoretischer Memos, 5. Relationierung von Erhebung, Kodieren und Memoschreiben (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 199–200). Die vorliegende Studie berücksichtigt alle fünf Grundprinzipien, wobei das *Sampling* eine Mischform zwischen vorab festgelegten Kriterien und einem *Theoretical Sampling* darstellt. Eine

⁴⁰ In diesem Sinne wäre es richtig von der Methodologie *Grounded Theory* zu sprechen und nicht nur von *Grounded Theory*.

Theorieentwicklung wurde im Rahmen der Masterarbeit nicht angestrebt. Trotzdem waren die grundsätzliche Idee und der damit verbundene Prozess für diese Studie nützlich. Das Ziel war keine inhaltliche Beschreibung und Zusammenfassung des erhobenen Datenmaterials, sondern die Entwicklung von Konzepten und Kategorien, die wiederholt am Material geprüft und in verschiedenen Interpretationsschlaufen auf eine immer abstraktere Ebene gebracht wurden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 201–204). Der Analyseprozess resultierte in einer dichten Beschreibung der interviewübergreifenden relevanten Kategorien. Für die Auswertung wurde auf das Grundprinzip des theorieorientierten Kodierens und der damit zusammenhängenden Anwendung eines Kodierparadigmas zurückgegriffen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 210). Das *Theoretical Sampling* und der iterative Prozess des theorieorientierten Kodierens kamen nicht ohne das Grundprinzip des permanenten Vergleiches aus. Das Memo-Schreiben wurde im Sinne einer verlaufsorientierten Dokumentation von Erkenntnis- und Interpretationsschritten in Form von Interview-, Transkriptions- und Auswertungs-Memos praktiziert. Die bisher genannten Grundprinzipien stellten keinen linearen Prozess dar. Der Prozess verlief vielmehr in Schlaufen und es war notwendig, die einzelnen Schritte immer wieder aufeinander zu beziehen. Damit wurde auch das fünfte Grundprinzip der *Grounded Theory* berücksichtigt.

6.2 Erhebungsmethode

Die *Grounded Theory* sieht, wie bereits beschrieben, keine spezifische Erhebungsmethode vor. Die Wahl der Erhebungsmethode orientierte sich am Forschungsgegenstand (Tiefel, 2022). Deutungsmuster dienen gemäss der verwendeten Definition als eine Art Kompass bei der Beurteilung einer Situation oder eines Handlungsproblems und werden gemeinhin als handlungsleitend verstanden (Bögelein & Vetter, 2019, S. 13). Deutungsmuster sind in der Regel vorbewusst. Da sie eine Auswirkung auf das Verhalten haben, können sie sich mindestens indirekt über das Handeln beobachten lassen. Ein ethnographischer Zugang wurde hier allerdings wegen den strengen Datenschutzbestimmungen im Handlungskontext der Psychiatrie nicht angestrebt. Deutungsmuster können aber auch über die Reflexion von Situationsbeurteilungen oder Begründungen spezifischer Verhaltensweisen erschlossen werden. Aufgrund dieser Überlegungen hat sich ein Erhebungsverfahren angeboten, welches sowohl die Beschreibung von Handeln und die Erfassung von Handlungsorientierungen sowie Zugriff auf eine kognitive oder reflexive Ebene ermöglicht. Das *episodische Interview* geht davon aus, „dass Erfahrungen der Subjekte hinsichtlich eines bestimmten Gegenstandsbereichs in Form narrativ-episodischen Wissens und in Form semantischen Wissens abgespeichert sind“ (Flick, 2009, S. 117–118). Die

beschriebenen zwei Ebenen werden also je einer spezifischen Form des Wissens zugewiesen. Das narrativ-episodische Wissen kommt in der Erzählung von konkreten (Handlungs-)Situationen zum Ausdruck, und ist in diesem Sinne erfahrungsnah. Das semantische Wissen ist hingegen abstrakt und verweist auf „verallgemeinerte Annahmen und Zusammenhänge“ (Flick, 2009, S. 218). Das episodische Interview bedient sich einerseits narrativer Elemente für die Erhebung des narrativ-episodischen Wissens und andererseits offener Leitfragen für die Erfassung des semantischen Wissens (Flick, 2009, S. 118). Deutungsmuster sind kollektiv geteilte Wissensbestände, die individuelle Ausprägungen (Derivationen) haben können, aber „intern strukturiert und konsistent“ (Bögelein & Vetter, 2019, S. 13) sind. Deutungsmuster können also bereits interviewspezifisch über die Erzählung von persönlichen Erfahrungen, individuellen Sichtweisen und Situationsdefinitionen als narrativ-episodisches und semantisches Wissen zum Ausdruck kommen. Interviewübergreifend lassen sich diese dann als *sozial geteilte* Deutungsmuster rekonstruieren.

Der Interviewleitfaden, verstanden als Gesprächsbasis, wurde in thematische Blöcke gegliedert. Mit verschiedenen Erzählimpulsen wurden die interviewten Sozialarbeitenden angeregt, ihre Erfahrungen von Situationen zu beschreiben, in denen sie Adressat:innen bei einem Übergang von einem Normalwohnen zu einem Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement begleitet haben (Themenblock 1). Dabei wurden insbesondere Situationen berücksichtigt, welche aus spezifischen Gründen besonders in Erinnerung geblieben sind. Solche Gründe waren beispielsweise besonders lange Behandlungsdauern, besonders komplexe Ausgangssituationen oder Situationen, in denen sich das interprofessionelle Team bei der Vorgehensweise uneinig war. Ausserdem ging es um (subjektive) Bedeutungen von Wohnen und institutionellem Wohnen (Themenblock 2) und um die sozialarbeiterische Gestaltung des Überganges zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen (Themenblock 3). Der entwickelte Themenblock zu Wohn(un)fähigkeit fand in keinem der Interviews Anwendung, weil Wohn(un)fähigkeit als Begriff von keinem der befragten Sozialarbeitenden aktiv eingeführt wurde. In Anlehnung an die diskursive Methode, die Ullrich (1999; 2019) speziell für die Rekonstruktion sozialer Deutungsmuster entwickelt hat, wurden die offenen Leitfragen zurückhaltend auch dazu genutzt⁴¹, um auf Widersprüche in den Aussagen hinzuweisen und

⁴¹ Dies trifft vor allem auf den Themenblock 2 zu.

Begründungen für die genannten Sichtweisen oder Handlungen zu erfragen (Bögelein & Vetter, 2019, S. 31). Denn „sicherlich sind es aber gerade Bruchstellen und Widersprüche in den subjektiven Deutungen, die Deutungsmuster sichtbar machen“ (Bögelein & Vetter, 2019, S. 31). Der Interviewleitfaden und der Kurzfragebogen, mit dem zum Abschluss des Gesprächs mit Blick auf das *Theoretical Sampling* Angaben zur Person, zur Ausbildung und zur Berufssituation erfasst wurden, können im Anhang 1: Interviewleitfaden und Anhang 2: Kurzfragebogen Interview-Teilnehmende eingesehen werden.

Die Einzelinterviews hatten gegenüber einem Gruppenverfahren den Vorteil, dass individuelle Ausprägungen von Deutungsmustern erhoben werden konnten und so auch Deutungs- und Handlungsalternativen zu vorherrschenden Deutungsmustern sichtbar wurden. Obwohl von einem grundsätzlich gemeinsamen Erfahrungsraum⁴² und von geteilten Deutungsmustern der im untersuchten Handlungskontext agierenden Sozialarbeitenden ausgegangen wurde, waren Unterschiede in den individuellen Erfahrungsräumen⁴³ zu erwarten.

6.3 Feldzugang und *Sampling*

Der Feldzugang erfolgte über bestehende Feldkontakte der Autorin beziehungsweise über von diesen vermittelte Schlüsselpersonen in der Deutschschweiz. Die Feldkontakte sind auf vergangene Anstellungsverhältnisse im untersuchten Handlungskontext zurückzuführen sowie auf ehemalige ehrenamtliche Tätigkeiten in einer Stiftung und in einer Gesellschaft, die sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen.

Obwohl es als Grundprinzip der *Grounded Theory* gilt (z. B. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 199–200), wurde im Rahmen der Arbeit aus pragmatischen Gründen keine reine *Theoretical Sampling*-Strategie verfolgt. Die Datenerhebung und -analyse musste in einem relativ kurzen und vordefinierten Zeitraum passieren. Darum erfolgte das *Sampling* in einem kombinierten Vorgehen zwischen vorab festgelegten Kriterien (z. B. Flick, 2007, S. 155–156) und einem aus dem empirischen Material herausgearbeiteten *Theoretical Sampling* für die weiteren Interviews.

⁴² Unter anderem durch die berufliche Sozialisation, den Organisationskontext und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

⁴³ Zum Beispiel aufgrund unterschiedlicher Berufs- und Lebenserfahrung, unterschiedlicher Studienorte, Organisationskontext, lokaler Wohnungsmarkt.

Insgesamt wurden vier Interviews in zwei Organisationen (psychiatrische Kliniken) durchgeführt und analysiert. Die Auswahl der ersten zwei Interviewpartner:innen und der zwei Organisationen, in denen die Interviews durchgeführt wurden, erfolgte aufgrund von einem vorab definierten Kriterium auf personenbezogener Ebene und einem vorab definierten Kriterium auf Organisationsebene. Aus kontrastierender Überlegung bot es sich an, eine Organisation zu wählen, die in einem Kanton oder in einer Region⁴⁴ liegt, in dem der Wohnungsmarkt als besonders angespannt gilt und eine Organisation in einem anderen Kanton oder Region, in dem dies weniger der Fall ist. Als Indikator für die *Anspannung* auf dem Wohnungsmarkt wurde die Leerwohnungsziffer gewählt (Bundesamt für Statistik, 2022). Die Kontrastierung anhand von Merkmalen des Wohnungsmarktes erfolgte einerseits mit Blick auf die Forschungsfrage, die das Wohnen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Blick nimmt. Andererseits berücksichtigt die gewählte Kontrastierung Erkenntnisse aus der Fachliteratur, welche das soziale Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit mit der individuellen Abhandlung eines sozialstrukturellen Problems des Wohnungsmarktes in Verbindung bringen (z. B. Marquardt, 2013; Nagel, 2015). Die Idee war, regionale Unterschiede der gesellschaftlich-strukturellen Rahmenbedingungen in der Deutschschweiz (v. a. in Bezug auf den Wohnungsmarkt, aber auch in Bezug auf andere kantonale Unterschiede im Gesundheits- und Sozialwesen) mit dieser Kontrastierungslinie zu erfassen.

Auf personenbezogener Ebene wurde als kontrastierendes Kriterium für die ersten zwei Interviews das Berufsalter gewählt. In der ersten berücksichtigten Organisation wurde darum eine Person interviewt, die das Fachhochschulstudium Soziale Arbeit⁴⁵ vor weniger als fünf Jahren abgeschlossen hat und eine Person, die schon mehr als fünf Berufsjahre im untersuchten Handlungskontext nachweisen konnte. Damit konnten Unterschiede in der beruflichen Sozialisation einerseits und in Bezug auf die Berufserfahrung andererseits erfasst werden. Die Annahme dahinter war, dass sich diese Unterschiede auf die Herausbildung von Deutungsmustern auswirken können.

Die Auswahlkriterien für die weiteren Interviews wurden im Sinne des *Theoretical Samplings* nach der Auswertung des ersten beziehungsweise des zweiten Interviews festgelegt.

⁴⁴ Die Mitberücksichtigung der Region ist darum relevant, weil die Einzugsgebiete der Psychiatrien kantonale oder regional sein können.

⁴⁵ Bachelor-Stufe.

Die Dokumentation der Entscheide hinsichtlich der Kriterien für das *Theoretical Sampling* orientierte sich an der sogenannten *Verlaufskarte* von Dimbath, Ernst-Heidenreich und Roche (2018). Exemplarisch wird hier zur Ansicht die Verlaufskarte des zweiten Interviews eingefügt:⁴⁶

Tabelle 2: Verlaufskarte 2, Interview S2 (Sara)

Verlaufskarte 2		Interview S2: Sara	
Datum		Tag.Monat.Jahr	
		Konzept / Kategorie	Code und Leitdifferenz
Fallauswahlkriterien	ex ante	Berufsalter	Berufsanfänger:in vs. <i>berufserfahren</i>
		Standort Organisation	mehr vs. <i>weniger</i> Anspannung auf Wohnungsmarkt
		Fallauswahlleitende Merkmalskombination: Berufserfahrene Sozialarbeitende in klinischem Organisationskontext in einer Region mit weniger Anspannung auf Wohnungsmarkt	
	ex post	Zwischenschritt > Zwischenlösung	altersphasenspezifisch vs. <i>eher altersphasenunspezifisch</i>
		Zwischenlösung 1	<i>Zwischenlösung</i> vs. langfristige Lösung
		Station	allgemeinpsychiatrische Station vs. <i>Spezialstation</i>
		Zusammenarbeit im interprofessionellen Team 1	<i>entspannt</i> vs. angespannt
		Potenzielle Merkmalskombination für die Fallauswahlentscheidung Interview 4 auf der Grundlage des vorliegenden Falles: Sozialarbeitende Person in klinischem Organisationskontext in einer Region mit <i>mehr</i> Anspannung auf dem Wohnungsmarkt, die auf einer <i>allgemeinpsychiatrischen Station</i> arbeitet (zielt auf Differenzierung der Kategorie „Zwischenlösung 1“) und die interprofessionelle Zusammenarbeit angespannt (z. B. konfliktbehaftet) ist.	

Die *Verlaufskarte 2* beinhaltet sowohl die Informationen zur Merkmalskombination für das zweite Interview wie auch die potenzielle Merkmalskombination für das vierte Interview.⁴⁷

Alle interviewten Sozialarbeitenden haben mindestens ein Fachhochschulstudium Soziale Arbeit auf Bachelor-Stufe abgeschlossen und sind in der direkten Adressat:innen-Arbeit involviert. Interviews mit Führungspersonen (Teamleitungen) wurden keine angestrebt, da diese üblicherweise keine adressat:innenbezogenen Beratungen oder Begleitungen (mehr) machen. Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass ihre wohnbezogenen Deutungsmuster auf organisationaler Ebene als Rahmenbedingung für die Arbeit im Team eine Bedeutung haben

⁴⁶ Die Verlaufskarten aller Interviews können im Anhang 5: *Theoretical Sampling*: Verlaufskarten angesehen werden.

⁴⁷ Die potenziellen Merkmalskombinationen für das dritte Interview sind auf der Verlaufskarte 1 (siehe Anhang 5: *Theoretical Sampling*: Verlaufskarten).

können (z. B. bei der Definition von standardisierten Prozessen oder beim Umgang mit interprofessionellen Differenzen in der Einschätzung). Weitere Informationen zu den Personen und zu den Organisationen werden aus Gründen des Datenschutzes nicht angegeben. Die interviewten Personen werden im Weiteren mit Pseudonymen benannt, welche die Anrede in den Interviews spiegeln (Frau Wehrle, Sara, Daniel und Ivana). Zwei der vermittelten Kontakte kannte die Autorin zufälligerweise aus dem Bachelor-Studium beziehungsweise aus ehemaligen Arbeitskontexten. Eine weitere Du-Anrede ergab sich spontan.

Die Interviews haben zwischen einer und eineinhalb Stunden gedauert. Alle Interviews fanden in den Büroräumlichkeiten der Sozialarbeitenden direkt in der Organisation statt.

Das *Theoretical Sampling* hat sich aus zwei Gründen als anspruchsvoll erwiesen. Erstens aufgrund der gleichzeitigen Erhebung der ersten zwei Fälle. Zweitens aufgrund der Erhebungsdauer und damit verbundenen Aufrechterhaltung der Kommunikation mit den Feldkontakten oder Schlüsselpersonen. Für die Ableitung der Kriterien für das dritte Interviews wäre es gut gewesen, beide bereits geführten Interviews ausgewertet zu haben. Dies war aufgrund des Auswertungsumfanges und der benötigten Vorlaufzeit für die Intervieworganisation aus Zeitgründen leider nicht möglich. Durch das *Theoretical Sampling* gab es drei Erhebungszeitpunkte in einem Zeitraum von viereinhalb Monaten. Dadurch war es notwendig die Kommunikation mit den Feldkontakten (vor allem in der zweiten Organisation) über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten und wiederholt auf die Besonderheit des *Theoretical Samplings* hinzuweisen. Insgesamt scheint das *Theoretical Sampling* aufgrund der erkenntnisbasierten erhobenen Heterogenität der Fälle geeignet und gerechtfertigt. Der damit verbundene zeitliche Aufwand ist selbst bei kleiner Fallzahl aber nicht zu unterschätzen.

6.4 Transkription und Auswertung

Die Audio-Aufnahmen der Interviews wurden im Hinblick der Auswertung mit der Software *f4transkript* vollständig und manuell transkribiert. Die verwendeten Transkriptionsregeln orientieren sich im Wesentlichen an den Regeln für ein semantisch-inhaltliches Transkriptionssystem gemäss Dresing und Pehl (2018, S. 20–25) (siehe Anhang 3: Transkriptionsregeln). Entgegen der wortwörtlichen und schweizerdeutsch-nahen Transkription⁴⁸, welche die Grundlage für die Auswertung darstellte, wurden für vorliegenden

⁴⁸ Ein Transkriptionsauszug befindet sich als Beispiel im Anhang 4 Transkriptionsauszug.

Bericht die Zitate aus den Interviews für eine bessere Lesbarkeit an die Deutsche Schriftsprache angenähert.

Die Auswertung der Interviews erfolgte entlang dem der *Grounded Theory* inhärenten theorieorientierten Kodieren. Dabei handelt es sich um ein mehrstufiges Verfahren, das in ein offenes, axiales und selektives Kodieren differenziert wird (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 210–211). Beim zentralen Arbeitsschritt des Kodierens ist die Formulierung von Konzepten und Kategorien das Ziel (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 209). Dabei geht es nicht um eine bloße Paraphrase, sondern bereits um die interpretative Erschließung von Zusammenhängen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 210). Dieser Prozess kann durch das Hinzuziehen eines Kodierparadigmas unterstützt werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 210).

Eine Orientierung am Kodierparadigma, das Miriam Meuth (2018a) entwickelt hat, bot sich an. Auf der Basis des heuristischen Modells mit seinem immanenten mehrdimensionalen Wohnverständnis (siehe Kapitel 4.2) hat Meuth (2018a, S. 82–85) ein gegenstandsbezogenes Kodierparadigma entwickelt. Für die Erweiterung des Modells zum Kodierparadigma spielt der Fokus auf die *Handlungsbezüge* der Fachkräfte und den „*dahinterliegenden Annahmen*, die sich auf *Wohnen* beziehen“ eine Rolle (Meuth, 2018a, S. 83). Die Handlungsbezüge der Fachkräfte beziehen sich auf „das Sprechen der Fachkräfte über Handeln, ihre Handlungserfahrungen, Handlungsentwürfe oder auch Handlungsbegründungen“ (Meuth, 2018a, S. 84). Mit den „*dahinterliegenden Annahmen* [Hervorhebung v. Verf.]“ sind Normen gemeint, „z. B. gesellschaftliche, fachliche, organisationale oder auch individuelle“ (Meuth, 2018a, S. 84). Das von Meuth entwickelte Kodierparadigma ist für die vorliegende Studie interessant. Der ähnliche Forschungsgegenstand (begleitetes Wohnen und Übergang ins institutionelle Wohnen) und auch die gewählten Fokusse, die passend zur verwendeten Erhebungsmethode auf zwei Wissens Ebenen verweisen, führten zu dieser Einschätzung. Das Modell ist offen und nicht auf einen spezifischen Kontext gedacht (Meuth, 2018a, S. 51; 70). Dies ermöglichte die Nutzung als analytische Brille, welche die Auswertung der Interviews leitete, und die kontextspezifische Anpassung entlang der empirischen Arbeit. Aufgrund der Unterschiede des Forschungsgegenstandes (z. B. Fokus auf Soziale Arbeit im klinischen Setting statt Sozialpädagogik im institutionellen Wohnen), des Erkenntnisinteresses sowie der theoretischen Bezüge war eine Ergänzung notwendig (siehe Abbildung 4).

Aus dem Kodierparadigma wurden erste generative Fragen für die Analyse abgeleitet. Ausgehend vom mehrdimensionalen Wohnverständnis und in Anlehnung an Meuth (2018a, S. 84)

interessierten zunächst die impliziten und expliziten *Wohnverständnisse*. Hier war zu prüfen, ob und wie der Aspekt der psychischen Erkrankung auf diese Wohnverständnisse einwirkt (*Gesundheit*). Dann interessierten die *Handlungsbezüge* der Fachkräfte und zuletzt die *gesellschaftlichen, fachlichen, organisationalen und individuellen Annahmen*, auf die mit den herausgearbeiteten Wohnverständnissen und Handlungsbezügen verwiesen wird. Mit diesen Schritten war eine Annäherung an die gesuchten sozialen handlungsleitenden Deutungsmuster möglich. Weitere Fragen ans Material, die für die Herausarbeitung der Deutungsmuster im untersuchten Handlungskontext wichtig waren, sind hier zusammengetragen:

- *Bewegung zwischen Individuum und Gesellschaft*: Wie werden Wohnthemen, Individuum und gesellschaftliche Strukturen miteinander in Beziehung gesetzt? Wie wirkt sich diese spezifische oder subjektive Art der Relationierung auf die sozialarbeiterische Tätigkeit aus? Welche fachlichen und alltagsweltlichen Erklärungen werden erkennbar? Was für ein Gestaltungsspielraum wird hier gesehen und gegebenenfalls wahrgenommen? Welches Selbstverständnis ist damit verbunden?
- *Übergangsverständnis*: Welches Übergangsverständnis ist inhärent?

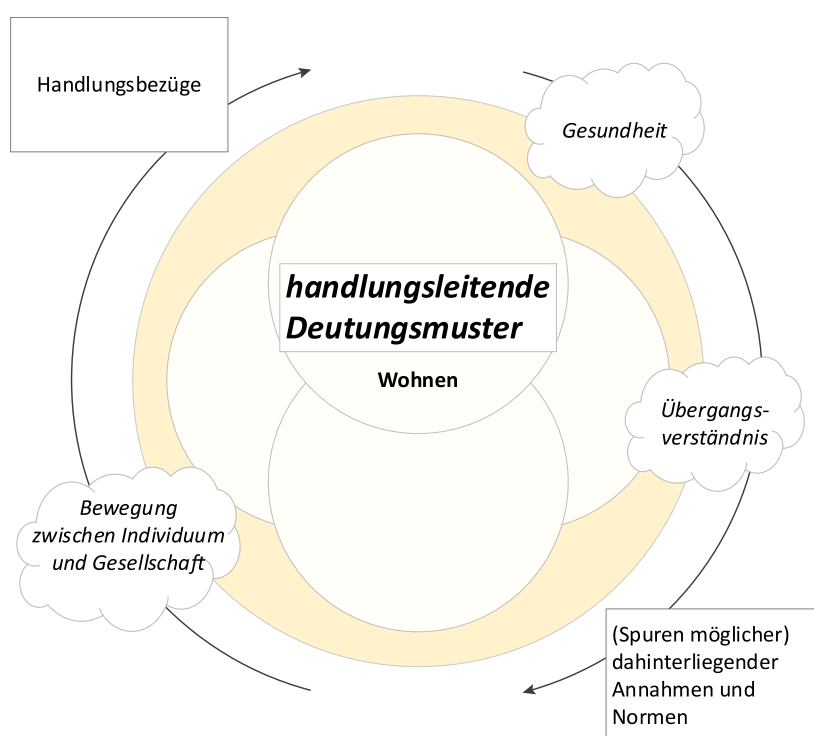


Abbildung 4: Gegenstandsbezogenes Kodierparadigma (eigene ergänzte Darstellung in Anlehnung an Meuth (2018a, S. 84))

Die Interviews wurden entlang den Fragen zunächst einzeln offen und dann auch axial codiert. Mit dem offenen Codieren konnten die Texte thematisch aufgebrochen werden. Die daraus

resultierende Übersicht über die vorhandenen Themen war Ausgangspunkt für das axiale und selektive Codieren.⁴⁹ Die aus diesem Prozess entstandenen Konzepte und Kategorien⁵⁰ wurden für jedes Interview schriftlich festgehalten und zusammenfassend beschrieben. Dies trug zu einem vertieften Fallverständnis auf Interviewebene bei und diente auch der Sicherung der Zwischenergebnisse. In einem zweiten Schritt wurden die Konzepte und Kategorien der einzelnen Interviews miteinander verglichen und in Beziehung gesetzt. Mit den Forschungsfragen im Blick wurde hier im Sinne eines selektiven Codierens eine Annäherung an (Kern-)Kategorien versucht und bei Bedarf eine Re-Codierung vorgenommen. Die Theorieentwicklung war, wie bereits erwähnt, nicht das Ziel der Analyse. Entlang des dargestellten Prozesses zur Theorieentwicklung wurde stattdessen interviewübergreifend eine dichte Beschreibung der herausgearbeiteten relevanten Kategorien vorgenommen (siehe Kapitel 7).

6.5 Reflexive Vorüberlegungen

Der Umstand, dass die Autorin bereits im untersuchten Handlungsfeld gearbeitet hat, erforderte in der gesamten Erhebungs- und Auswertungsphase einen bewussten und reflektierten Umgang. Es war im Sinne der Transparenz notwendig, den interviewten Sozialarbeitenden die berufliche Vorerfahrung und den Bezug zum Handlungsfeld offen zu legen. Während der Interviews wurde versucht, das Vorwissen auszublenden und auch scheinbar Eindeutiges nachzufragen (z. B. Bedeutung von Begrifflichkeiten wie *Platzierung*). Des Weiteren war es gerade während der Auswertungsphase wichtig, die Rolle als Forscherin und die Rolle als ehemalige Fachperson im untersuchten Handlungskontext bewusst zu trennen. Das Innehaben beider *Hüte als Praktikerin und als Forscherin* war für die Erarbeitung vorliegender Masterarbeit gleichermassen Chance wie auch Herausforderung.

⁴⁹ Die Software *MAXQDA* unterstützte den gesamten Auswertungsprozess, indem sie einen Überblick über das Datenmaterial, eine Strukturierung der Auswertungsschritte und die prozesshafte Dokumentation der Auswertung ermöglichte.

⁵⁰ Mit Corbin und Strauss (1990, S. 420) zitiert nach Strübing (2010, S. 23) werden Kategorien hier als „hochrangigere, abstraktere Konzepte“ verstanden. Konzepte können sich in einem Prozess des ständigen Vergleichens aus Codes entwickeln (Strübing, 2010, S. 21-23). Corbin, Juliet, Strauss, Anselm L. (1990). *Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. Zeitschrift für Soziologie*, 19, 418-427.

7 Ergebnisse

Das Ziel der Auswertung war eine dichte Beschreibung der interviewübergreifenden relevanten Kategorien. Die Kategorien sind in den folgenden Kapiteln dargestellt. Zusammenhänge oder sich abzeichnende Zusammenhänge zwischen den Kategorien werden in den jeweiligen Kategorien erwähnt oder in der Diskussion (siehe Kapitel 8) thematisiert. Die dichte Beschreibung der Kategorien startet mit *Es ist eine Zwischenlösung* / „Wir legen [damit] das Fundament“. Der Grund dafür ist, dass diese Kategorien mit Blick auf die Fragestellungen und den aktuellen Wissensstand als Annäherung an eine mögliche Kernkategorie beziehungsweise als handlungsleitende Deutungsmuster interpretiert werden können. Die Abfolge der weiteren Kategorien erfolgt aus inhaltlichen Überlegungen und nicht in hierarchisierender Absicht. Die Kategorien mit engem Bezug zum *Wohnen* wurden in einem Kapitel systematisiert zusammengefasst (siehe Kapitel 7.8). Das Thema *Wohnen* wurde aufgrund der Fragestellungen analytisch fokussiert und ist in Bezug zu den anderen Kategorien als querliegendes Thema zu bezeichnen.

7.1 Es ist eine Zwischenlösung und „Wir legen [damit] das Fundament“

Der Forschungsgegenstand dieser Arbeit sind soziale Deutungsmuster klinisch Sozialarbeitender in der Psychiatrie im Zusammenhang mit der Beratung und Begleitung bei (potenziellen) Übergängen zwischen *Normalwohnen* und *Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement*. *Es ist eine Zwischenlösung* und „Wir legen [damit] das Fundament“ können als überorganisational sozial geteilte handlungsleitende Deutungsmuster verstanden werden.

In den geführten Interviews wird der Wechsel von einem Normalwohnen in ein institutionelles Wohnen als (potenziell) vorübergehend dargestellt. Als Zwischenlösung stilisiert, wird das institutionelle Wohnen bei Frau Wehrle und Sara.⁵¹ Bei Daniel und Ivana steht der

⁵¹ Sara führt den Begriff der Zwischenlösung ein und verwendet diesen im Zusammenhang mit dem institutionellen Wohnen (z. B. „Und ich probiere sie [die Adressat:innen] dann einfach immer, abzuholen mit der Begründung, dass es eine Zwischenlösung ist“). Frau Wehrle benutzt in diesem Zusammenhang andere sinnähnliche Begriffe wie „Schritt“ (im Gebrauch als Zwischenschritt oder als Schritt zu weit), Zwischenstufe und Übergangslösung (z. B. „[in Bezug auf eigene Wohnung nehmen] ein Schritt zu weit“; „Das wäre jetzt so die Idee gewesen, um ihn einen Schritt mehr in die Selbstständigkeit zu begleiten, dass er mal befristet [institutionell wohnt] und dann irgendwann mal schon in die eigene Wohnung [zieht]“; „auch einfach so chli eine Zwischenstufe vom Elternhaus zum selbstständigen Leben“; „Aber für Jüngere ist es so ein bisschen eine Übergangslösung“). Sara verwendet den Begriff der Zwischenlösung ohne Variation. Das ist auch einer der Gründe, warum für die Beschreibung der Kategorie dieser Begriff als übergeordneter Begriff ausgewählt wurde. Der andere Grund liegt darin, dass beide Wortteile (Zwischen – Lösung) in den von Frau Wehrle verwendeten Begriffen mindestens teilweise aufgenommen werden.

vorübergehende Charakter eines Wechsels ins institutionelle Wohnen hingegen eher als sich noch zu realisierender Möglichkeitsraum, der noch nicht handlungsleitend wirkt. Handlungsleitend wird bei Daniel die herausgearbeitete Kategorie „*Wir legen [damit] das Fundament*“. Diese Kategorie erscheint als potenzielle Vorstufe von *Es ist eine Zwischenlösung* und geht in diese über. Beide Kategorien und Deutungsmuster sind eng mit der Idee verbunden, über das institutionelle Wohnen – einmal als Zwischenlösung verstanden und einmal als Fundament – eine (angepasste) gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen (siehe Kapitel 7.1.1). Den beiden Kategorien quasi ursächlich vorgelagert, ist die Ausweisung eines sogenannten Unterstützungsbedarfes (siehe Kapitel 7.1.2).

Es ist eine Zwischenlösung

Institutionelles Wohnen stellt für Frau Wehrle einen lebensphasenspezifischen Zwischenschritt dar auf dem Weg zu einem selbstständigen Leben. Der lebensphasenspezifische Zwischenschritt wird als eine der Ausprägungen der Kategorie *Es ist eine Zwischenlösung* verstanden. Dieser Zwischenschritt wird gemäss Frau Wehrle notwendig, wenn junge Menschen mit psychischen Erkrankungen, die noch bei den Eltern wohnen, im familiären Umfeld nicht in der Lage sind, die Kompetenzen, welche es zu einem selbstständigen Leben⁵² braucht, zu erlernen (siehe Kapitel 7.8.2 Idee der Wohn(un)fähigkeit in der stationären Psychiatrie) und es in diesem Sinne noch „zu früh ist für alleine“ (Frau Wehrle). Bei diesen Kompetenzen mitgedacht sind die Bereiche Haushalt (z. B. Kochen, Waschen) und Gesundheit (z. B. Termine wahrnehmen, Medikamenten einnehmen). Die Ursachen für den fehlenden Kompetenzerwerb im familiären Rahmen sucht Frau Wehrle weniger individuell als systemisch (innerfamiliär): Die überbehütenden Eltern mit einer „eher schwierigen Krankheitseinsicht“⁵³ haben mit ihrem (auch gutgemeinten und unterstützenden) Verhalten Lernmöglichkeiten verhindert. Wie bei Meuth (2018a, S. 200) werden von Frau Wehrle auch hier die als fehlend attestierten Wohnkompetenzen einerseits „*alters- bzw. entwicklungsbedingt*“ erklärt und andererseits „auf den sozialisatorischen Kontext der Herkunftsfamilie“ zurückgeführt. Ein Leben wird von Frau Wehrle demnach dann als selbstständig verstanden, wenn sich dieses losgelöst von den Eltern abspielt. Dazu gehört das Wohnen *ausserhalb* des Elternhauses und die *eigenständige Ausführung haushälterischer sowie*

⁵² Frau Wehrle spricht von einem „selbstständigen Leben [Hervorhebung v. Verf.]“ nicht von einem „selbstständigen Wohnen“.

⁵³ Genauer Wortlaut: „Die Krankheitseinsicht von den Angehörigen [ist] eher schwierig gewesen“ (Frau Wehrle).

organisatorisch-planerischer und alltagspraktischer Aufgaben, die für die eigene Gesundheit anfallen. In die Selbstständigkeit kommen wird von Frau Wehrle mit „Erwachsen werden“ gleichgestellt.

Mit dem Umzug in ein institutionelles Wohnen wird eine der zwei beschriebenen Anforderungen gemäss Frau Wehrle an ein selbstständiges Leben erfüllt: der Auszug aus dem Elternhaus. Der Rahmen im institutionellen Wohnen ermöglicht den nachgelagerten Erwerb der Kompetenzen, die für ein selbstständiges Leben notwendig sind. In diesem Sinne kommen junge Menschen durch institutionelles Wohnen schrittweise mehr in die Selbstständigkeit. Nach einer durch Frau Wehrle nicht genau definierten Zeit soll dann – „medikamentös gut eingestellt“ – ein Wohnen in der eigenen Wohnung und, was interviewübergreifend als Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und hier als weiterer Aspekt des selbstständigen Lebens codiert wurde (z. B. „arbeiten“, „sich betätigen“) möglich sein. Der Auszug – einmal aus dem Elternhaus und einmal aus dem institutionellen Wohnen – dient hier „als normativer Marker für ‚Selbstständigkeit‘“ (Meuth, 2018a, S. 34) und verweist auf Vorstellungen eines Normallebenslaufes. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass im Zusammenhang mit dem hier dargestellten lebensphasenspezifischen Zwischenschritt, institutionelles Wohnen mit der Bedeutung als *„pädagogisch-institutionelles Wohnen im Übergang in die ‚Selbstständigkeit‘“* verstanden werden kann (Meuth, 2018a, S. 241).

Wie Frau Wehrle beschreibt auch Sara die institutionellen Wohneinrichtungen für ihre Adressat:innen als Zwischenlösung. Sie verwendet das Deutungsmuster der Zwischenlösung auch in den Gesprächen mit den Adressat:innen. Anders als bei Frau Wehrle handelt es sich bei Sara aber nicht um einen lebensphasenspezifischen Zwischenschritt auf dem Weg zu einem selbstständigen Leben. Sara bezeichnet ihre Adressat:innen bereits als „selbstständig“ oder „überlebensfähig“. Vielmehr geht es beim institutionellen Wohnen für ihre Adressat:innen um eine „Nachreifung“ in einer Ersatzgemeinschaft. Mindestens die durch Sara als „gut“ eingeschätzten institutionellen Wohneinrichtungen⁵⁴, würden einen familiären Rahmen

⁵⁴ Sara beschreibt die guten institutionellen Wohneinrichtungen als methodisch und inhaltlich kompetent. Ausserdem zeichnen sich die guten institutionellen Wohneinrichtungen für sie durch eine gute, funktionierende und unkomplizierte Zusammenarbeit aus. Dies zeigt sich gemäss Sara beispielsweise daran, dass auf eine Anfrage schnell mit einer Gesprächseinladung reagiert wird. Die methodische und inhaltliche Kompetenz äussert sich für Sara einerseits in einem differenzierten Angebot (von begleitet bis betreut) mit entsprechenden Wahlmöglichkeiten für die Adressat:innen, sowie einer „sehr menschlichen“ Haltung und guter Kommunikation, die sich bereits beim „Erstgespräch“ (erster Kontakt in der Institution) zeigen. In diesem berichten gute

anbieten. Darunter versteht Sara die Einbindung in eine unterstützende und fürsorgliche Gemeinschaft, in der „Nachreifung“ möglich ist. Die Nachreifung definiert Sara entlang von den Adressat:innen selbst gewählten konkreten Zielsetzungen (z. B. Aufstehen, gesunde Ernährung, Gestaltung Wochenplan, Suche nach Alternativen zur Sucht). Institutionelles Wohnen wird für Sara so zu einem Ort, „wo sie [die Adressat:innen] einfach mal zuerst wachsen können, bevor sie parat [bereit] sind, um ganz für sich alleine zu schauen“. Als konkrete Beispiele wie institutionelle Wohneinrichtungen unterstützen können, nennt Sara beispielsweise die Schaffung von sozialen Kontakten über die Anwesenheit der Ansprechpersonen, die auch unscheinbar daherkommen können, aber bedeutungsvoll sind (z. B. kurz informieren können, dass man gleich ein Eis isst oder rausgeht). Ausserdem kann für Sara die Unterstützung in der Alltagsbewältigung dazugehören (z. B. über die angebotene oder gemeinsam aufgebaute Struktur sowie über die konkrete Unterstützung im Haushalt). Das institutionelle Wohnen wird insofern zur Ersatzgemeinschaft, weil bzw. wenn die Familie oder der Bekanntenkreis den Rahmen für diese als notwendig erachtete Nachreifung nicht ermöglichen kann. Für Sara wären institutionelle Wohneinrichtungen idealerweise „familiärer“, als sie jetzt sind. Dies würde für Sara bedeuten, dass besser auf die Konstellation der Bewohnenden geschaut wird und diese sich schon vor dem Einzug kennenlernen könnten. Dies unterstreicht die Bedeutung des institutionellen Wohnens als Ersatzgemeinschaft, die idealerweise eine *selbstgewählte* Ersatzgemeinschaft ist.

Das institutionelle Wohnen kompensiert für Sara in gewisser Hinsicht Eigenschaften oder die Abwesenheit einer Familie oder eines Umfeldes. Diese Argumentation ähnelt derjenigen von Frau Wehrle. Sie unterscheidet sich aber auch in wesentlichen Punkten. Bei Frau Wehrle bedingen Eigenschaften der Ursprungsfamilie die Notwendigkeit eines nachgelagerten Kompetenzerwerbes im institutionellen Rahmen. Mit Meuth (2018a, S. 221) lässt sich sagen, dass damit der institutionelle Wohnkontext sowohl eine „*familienähnlich[e]*“ wie auch eine „*familienkorrigierend[e]*“ Bedeutung erhält. Damit verbunden sind Vorstellungen einer „intakten‘ Familie“, und was in einer solchen alles vermittelt wird (Meuth, 2018a, S. 221) (siehe Kapitel 5.2.2). Bei Sara steht weniger der Kompetenzerwerb im Fokus, sondern vielmehr die Bereitstellung eines gemeinschaftlichen Rahmens und die Einbindung darin, über die dann

Institutionen mehr über das eigene Angebot und lassen sich nicht die ganze Lebensgeschichte der Adressat:innen erzählen. Insgesamt übernehmen gute institutionelle Wohneinrichtungen für Sara eine familiäre, d. h. gemeinschaftliche und unterstützende Funktion.

persönliche Entwicklung möglich werden kann. Damit wird auf ein Familien- und Wohnbild verwiesen, das sich auf den Aspekt des Zuhauses und der damit verbundenen emotional-kognitiven Dimension bezieht. Der institutionelle Wohnkontext wird damit „als *Elternhausersatz* und *sicherer Ort* konzipiert“ (Meuth, 2018a, S. 242). Die soziale Einbindung über das institutionelle Wohnen wird von Daniel und Ivana zwar nicht gleich pointiert hervorgehoben, ist aber dennoch als Begründungsmuster für das institutionelle Wohnen vorhanden. Ivana zählt beispielsweise fehlende soziale Kontakte bis hin zur sozialen Isolation (z. B. „ich bin sozial isoliert“) als Gründe für einen Umzug ins institutionelle Wohnen auf. Des Weiteren spielt die soziale Einbindung über das institutionelle Wohnen auch bei der Kategorie „*Wir legen [damit] das Fundament*“ eine Rolle.

Mit dem *Theoretical Sampling* wurde bewusst versucht, die Kategorie der *Zwischenlösung* zu differenzieren, indem über die Variation der Adressat:innen bezüglich Alter und Schweregrad der Erkrankung⁵⁵ Sozialarbeitende gesucht wurden, welche entweder eine *weitere Art von Zwischenlösung* oder allenfalls eine *Nicht-Zwischenlösung* als handlungsleitendes Deutungsmuster beschreiben (siehe Anhang 5: *Theoretical Sampling: Verlaufskarten*). Daniel beschreibt eine *potenzielle Zwischenlösung*. Für Daniel sei es aus der Klinik schwierig einzuschätzen, ob es sich bei einer Wohnplatzierung um eine *Zwischenlösung* oder um eine langfristige Wohnlösung handle. Einerseits habe er schon die „wundersamsten Veränderungen bei Leuten über die Jahre festgestellt“, andererseits könne auch entscheidend sein, ob ein unterstützendes Umfeld (z. B. Beistandschaft) bestehe oder nicht. In der Regel wisse Daniel aber nicht, wie es nach den Austritten allgemein oder in den Wohninstitutionen läuft. Erneute Klinikeintritte nimmt Daniel als Hinweise, ob es „geklappt“ habe oder nicht. Im konkret beschriebenen Fallbeispiel beschreibt Daniel das Normalwohnen als Fernziel, was der Wohnplatzierung mindestens *potenziell* den Charakter einer *Zwischenlösung* zuweist. Ein Grund für seine zurückhaltende Einschätzung für künftige Veränderungen bezüglich der Wohnsituationen könnte auch darin liegen, dass er (als einziger) Bezug zu Studien nimmt, die empirisch nachweisen, dass das sogenannte Stufenmodell sowohl im Bereich Arbeit (z. B.

⁵⁵ Diese Differenzierung wurde über die Fallauswahlkriterien zur Station (allgemeinpsychiatrische Station vs. Spezialstation) vorgenommen (siehe Anhang 5: *Theoretical Sampling: Verlaufskarten*).

Massnahmen der Invalidenversicherung (IV)) wie auch im Bereich Wohnen (z. B. *Housing First*) den Ausstieg aus dem institutionellen Wohnen nicht begünstigen, obwohl sie das anstreben:

Die [Wohninstitutionen] mit dem Stufensystem versuchen eigentlich schon darauf hin zu schaffen [arbeiten], dass die Leute auch wieder den Ausstieg schaffen aus dem institutionellen Setting. Häufig ist es nicht möglich. Also da gibt es auch Forschung dazu, dass eigentlich das Stufensystem NICHT mega sinnvoll ist. Das gilt auch für die IV mit den geschützten Arbeitsplätzen. Die meisten Leute kommen nicht raus. Bei den geschützten Arbeitsplätzen und bei den betreuten Wohnformen sind es irgendwie zehn Prozent, die wieder den Schritt in das eigenständige Wohnen, in das eigenständige Schaffen [Arbeiten] schaffen.

Das Wissen darüber hat möglicherweise einen Einfluss darauf, wie er das institutionelle Wohnen für sich und die Adressat:innen rahmt. Auf jeden Fall ist es für Daniel wichtig, dass er den Adressat:innen „nichts vormache und ihnen nichts verspreche, was ich nicht halten kann“. Dazu gehört für ihn eine transparente Kommunikation darüber, was seine Rolle sei, was er machen und nicht machen könne und auch, was er nicht machen dürfe. Ebenso, dass er eine ehrliche und realistische Einschätzung zur aktuellen Situation abgebe.

Ivana thematisiert eine weitere Form der *Zwischenlösung*, wobei sich diese nicht zwischen Normalwohnen – institutionellem Wohnen – Normalwohnen abspielt, sondern zwischen Normalwohnen – institutionellem Wohnen – institutionellem Wohnen. Sie entspricht in diesem Sinne nicht dem Forschungsgegenstand und wird an der Stelle darum nicht weiter ausgeführt.

„Wir legen [damit] das Fundament“

Daniel beschreibt die Psychiatrie⁵⁶ als letztes Auffangnetz für Menschen, die nichts mehr haben, welches versucht, unter anderem über die Vermittlung ins institutionelle Wohnen *wieder einen Boden zu legen*:

Und das ist häufig bei unseren Patienten so, dass irgendwann das ganze System zusammenkracht. Es geht einfach nicht mehr. Es ist niemand mehr da, der noch irgendwas mitträgt und die Leute, ich sage jetzt Mal, die schlagen dann bei uns auf. Und alles ist weg. Kein Geld. Keine Wohnung. Kein soziales Umfeld, das unterstützen kann. Kein Beistand. Nichts. Und wir versuchen dann wieder Mal so chli [etwas] den Boden zu legen und eigentlich auf dem, wieder aufzubauen.

Diese Figur des *Boden Legens* kulminiert in der Aussage „Wir können wie, das Fundament legen“. Aber auch andere Aussagen oder Redewendungen von Daniel unterstützen diese Lesart, die im engen Zusammenhang mit der interprofessionell geteilten Haltung und dem Anspruch an die eigene Arbeit steht, nachhaltig zu arbeiten (siehe Kapitel 7.2 Wir arbeiten nachhaltig): „weil wir

⁵⁶ Anmerkung: Daniel arbeitet auf einer Akutstation.

sind eigentlich am Anfang von dem Weg“; „wo wir wieder bei null anfangen“; „aber grundsätzlich haben wir Mal so chli [ein bisschen] die BASICS organisiert. So dass da wirklich überhaupt Stabilität eintreten kann“. Auch in den anderen Interviews lassen sich Beispiele finden, welche auf das Deutungsmuster „*Wir legen [damit] das Fundament*“ hinweisen. Sara verwendet den Begriff „Grundbaustein“ im Zusammenhang mit dem vermittelten institutionellen Wohnen: „Und ich habe das Gefühl für die meisten Leute ist es einfach so ein Grundbaustein. Wo sie einfach mal können, ja, wachsen zuerst bevor sie parat [bereit] sind zum ganz für sich alleine schauen“. An einer anderen Stelle beschreibt Sara das vermittelte institutionelle Wohnen als Ort des Ankommens nach jahrelangem Dasein in der Schweben: „[Der Patient] ist immer so zwischen Stuhl und Bank gehangen und dort ist er dann angekommen“. Bei Frau Wehrle bleibt es etwas impliziter, das Deutungsmuster ist dennoch vorhanden, beispielsweise wenn sie sagt, dass die vermittelten institutionellen Wohneinrichtungen „die Möglichkeit [bieten], die Leute so ein bisschen aufzufangen, einen Raum geben, um sich zu stabilisieren“ oder gesundheitliche Verschlechterungen frühzeitig erkennen und abfangen könnten.

„*Wir legen [damit] das Fundament*“ suggeriert einerseits, was oben schon angedeutet wurde, nämlich dass die Adressat:innen in einer durch Mehrfachproblematiken (keine Arbeit, kein Geld, keine Wohnsituation, keine soziale Einbindung) geprägten Lebenssituationen stehen und andererseits, dass es (nach dem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie) weiter geht. Daniel und Ivana nennen ebendiese Summe vielfältiger Belastungsfaktoren aus diesen durch Mehrfachproblematiken geprägten Lebenssituationen als Gründe, die zu einer Vermittlung in den institutionellen Wohnkontext führen.

Es ist an dieser Stelle wichtig hervorzuheben, dass gerade für die Kategorie „*Wir legen [damit] das Fundament*“ noch keine theoretische Sättigung erreicht ist. Die Herausbildung der zwei verbundenen Kategorien *Es ist eine Zwischenlösung* und „*Wir legen [damit] das Fundament*“ statt einer Kategorie könnte mit den unterschiedlichen Ausrichtungen der Stationen zu tun haben. Frau Wehrle und Sara arbeiten auf (offen geführten) Therapie-/Spezialstationen und Daniel und Ivana auf (hauptsächlich geschlossen geführten) allgemeinspsychiatrischen Akutstationen. Obwohl alle befragten Sozialarbeitenden im klinischen Kontext der Psychiatrie arbeiten, ergeben sich durch diese stationsspezifischen Ausgestaltungen mögliche Unterschiede bei den Adressat:innen (z. B.

hinsichtlich Alter, Gesundheitszustand, Psychiatrieerfahrung).⁵⁷ Ebenso wäre aus der *Sampling*-Strategie denkbar, dass diese Unterschiede aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage auf dem Wohnungsmarkt zu Stande kommen könnte. Beide Szenarien müssten anhand weiterer Interviews geprüft werden (siehe Anhang 5: *Theoretical Sampling*: Verlaufskarten 3 und 4). Es ist denkbar, dass mit der Auswertung weiterer Interviews die zwei Kategorien zu einer zusammenwachsen könnten oder, dass diese als zwei abgegrenzte Kategorien resultieren.

Das Deutungsmuster *Es ist eine Zwischenlösung* reflektiert unmittelbar die traditionell und nach wie vor vorherrschende Logik des Stufenmodells im institutionellen Wohnkontext. Bewohner:innen durchlaufen im Idealfall verschiedene, immer weniger betreute oder begleitete Wohnstufen, bevor sie dann wieder in ein Normalwohnen ziehen können. Damit verbunden ist die Vorstellung, dass sich bei den Bewohner:innen in dieser Zeit etwas positiv verändert. Die Kategorie ist somit direkt anschlussfähig an die Idee der Wohn(un)fähigkeit, die impliziert, dass in einem institutionellen Wohnen am (Wieder-)Aufbau sogenannter Wohnkompetenzen gearbeitet wird.

7.1.1 (Angepasste) gesellschaftliche Teilhabe über gesundheitliche Stabilität ermöglichen

Den Kategorien *Es ist eine Zwischenlösung* und „*Wir legen [damit] das Fundament*“ gemeinsam sind die mit dem institutionellen Wohnen verbundenen Erwartungen und zugesprochenen Ziele. Über das institutionelle Wohnen als *Fundament* oder als *Zwischenlösung* soll eine (angepasste) gesellschaftliche Teilhabe möglich werden. Damit verbunden ist die Vorstellung einer Aufrechterhaltung einer erlangten gesundheitlichen Stabilität oder eine weitere gesundheitliche Stabilisierung. Die interviewten Personen beschreiben institutionelle Wohneinrichtungen wahlweise als anforderungsarmen Schonraum und/oder als Ort, der über die gesundheitliche Stabilisierung und den Aufbau von Kompetenzen zur gesellschaftlichen Teilhabe verhilft.

⁵⁷ In diesem Zusammenhang sagt Sara: „Also bei meiner Klientel ganz sicher. Ja. Ich kann mich jetzt an keine Situation erinnern, bei der es darum gegangen ist, den Rest des Lebens irgendwo betreut zu wohnen“. Und: „Ich habe noch nie auf dem Akutbereich geschafft. Ich weiss nicht, ob es wirklich Menschen gibt, die so fest krank sind, dass man sagen kann, [...] sie sind jetzt in einem betreuten Wohnen und dort werden sie alt“. Auch Frau Wehrle begleitet hauptsächlich Adressat:innen, für welche das institutionelle Wohnen ein Zwischenschritt darstellt. Ob ein institutionelles Wohnen ein Zwischenschritt oder eine langfristige Wohnform darstellt, hängt für Frau Wehrle „natürlich“ von der Erkrankung ab. Im gleichen Zusammenhang meint Ivana hingegen: „Ich glaube, was man beachten muss, [...] ich bewege mich in einem Setting, in dem wirklich schwer kranke Menschen sind. Ich sehe jeden Tag DIESE KLIENDEL. Ich habe wenig mit Leuten zu tun, die [...] im Alltag funktionieren, einer Arbeit nachgehen können, die soweit eigentlich selbstständig sind“.

Ivana beschreibt den Auftrag institutioneller Wohneinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen beispielsweise damit, dass diese die Gesundheit und das „Funktionsniveau“ aufrechterhalten und fördern. Dies geschieht für Ivana in einem als *anforderungsarmen Raum* beschriebenen Kontext, welcher auf die Förderung der Ressourcen setzt und weniger die Defizite in den Blick nimmt. Darüber hinaus weist Ivana den institutionellen Wohneinrichtungen einen „Integrationsauftrag gewissermassen“ zu. Hier unterstreicht Ivana den Fokus auf die *individuellen* Integrationsziele der Bewohner:innen: „Welche Ziele haben sie zusammen und wo will der Bewohner, die Bewohnerin hin“. Die *gesundheitliche Zielsetzung* (Aufrechterhaltung und weitere Stabilisierung) findet sich auch in den anderen Interviews. Der *anforderungsarme Raum* kommt auch bei Daniel zum Ausdruck. Daniel beschreibt eine konkrete Institution, mit der er gerne und viel zusammenarbeitet als anforderungsfreien Schonraum:

Und jetzt das Heim, das wir gefunden haben, [damit] habe ich einfach die Erfahrung gemacht, dass die Leute dort aufblühen können, wenn sie dort sind. Weil sie sind einfach mal dort, ohne dass man Erwartungen an sie hat. Und das ist das, was der Patient jetzt gebraucht hat. [...] Und viele von meinen Patienten, die ich dorthin platziert habe, die blühen richtig auf dort, weil sie einfach die Zeit dann bekommen, um ohne Anforderungen können sein.

Sogenannt gute institutionelle Wohnmöglichkeiten (z. B. „gute Plätze“) sind für Daniel einerseits hochstrukturiert und vollbetreut, andererseits bieten sie ebendiesen anforderungsfreien Schonraum an. Bei Sara erscheint die institutionelle Wohnumgebung nicht gleichermassen als anforderungsarmer Schonraum wie bei Ivana und Daniel. Gleichwohl lässt sich diese als geschützten Ort lesen, in dem die Bedingungen geschaffen werden, die den Adressat:innen ermöglichen, ihren Alltag zu bewältigen: „Vielleicht gehören auch die äusseren Umstände dann dazu, dass es kann stattfinden“. Die *individuelle Festlegung von Integrationszielen* wird auch bei Daniel und Ivana hervorgehoben. Allgemeine Zielsetzungen beinhalten die Befähigung zu möglichst viel Selbstständigkeit (z. B. „AN SICH ist es schon das Ziel, habe ich den Eindruck, dass man die Leute zu möglichst viel Selbstständigkeit befähigt“ (Daniel)) oder das Funktionieren in der Gesellschaft (z. B. „in einer Gesellschaft funktionieren können“ (Sara)). Dies zeigt sich auch in der Aussage von Sara, dass es im institutionellen Wohnen unter anderem darum gehen kann, „ja auch die Aufgleisung von einem Leben, so wie wir es kennen“. Damit meint Sara das Vorhandensein einer Alltagsstruktur, beispielsweise in Form einer Arbeitsstelle oder einer anderen Art von Beschäftigung. Auch Daniel spricht den institutionellen Wohneinrichtungen eine unterstützende Rolle zu bei der Ermöglichung einer gesellschaftlichen Teilhabe. Daniel geht dabei von einer *angepassten* gesellschaftlichen Teilhabe in dem Sinne aus, dass beispielsweise der

Zugang zur Arbeit über einen sogenannt „geschützten [Arbeits]bereich“ geht. Dieser kollektiven übergeordneten Zielvorstellung steht sowohl bei Sara wie auch bei Daniel die Unterstreichung der *individuell* definierten und durch die Adressat:innen selbst gewählten konkreten Zielsetzungen gegenüber, die aber ebenfalls einer Normallebenslaufvorstellung zulaufen. Diese können bei Sara beinhalten: Aufstehen, gesunde Ernährung, Gestaltung Wochenplan, Umgang mit Geld, Suche nach Alternativen zur Sucht (z. B. im Bereich Freizeit). Es geht für Sara bei diesen Zielsetzungen nicht nur ums Wohnen, sondern auch um „alles rund um“. Auch Daniel bezieht mögliche Zielsetzungen nicht ausschliesslich aufs Wohnen, sondern spricht von der Wiederherstellung „*lebenspraktischer Fähigkeiten* [Hervorhebung v. Verf.]“ (siehe Kapitel 7.8.2 *Idee der Wohn(un)fähigkeit in der stationären Psychiatrie*). Auch bei Daniel finden sich klar umrissene und kleinteilig auf (Wohn-)kompetenzen und Normen beschriebene Ziele: „Körperpflege selber machen“ (selber wissen, wann duschen oder Zähne putzen angesagt ist); „einmal in der Woche [...] Wäsche machen“; „ab und zu mein Bett frisch beziehen“; einkaufen, mit verfügbarem Geld umgehen können.

Die mit dem institutionellen Wohnen verbundene Erwartung, dass dieses der *individuellen Gesundheit* dienlich sei oder sein soll, kommt in allen Interviews zum Ausdruck. Mit Ausnahme von Sara beschreiben die interviewten Sozialarbeitenden darüber hinaus auch eine *organisationale Bedeutung* der Aufrechterhaltung der im stationären Kontext erlangten gesundheitlichen Stabilität und der weiteren gesundheitlichen Stabilisierung im wohninstitutionellen Kontext. Daniel arbeitet im interprofessionellen Team eng zusammen, mit dem Ziel, *nachhaltig zu arbeiten* beziehungsweise „den Fall ab[zuschliessen“ (siehe Kapitel 7.2 *Wir arbeiten nachhaltig*). Dies könne im Einzelfall heissen, dass sie auch „hundertfünfzig Tage“ warten würden, bis eine Platzierung erfolgen kann, um eine „Drehtür-Psychiatrie“ zu vermeiden. Für Daniel und ähnlich für Ivana misst sich das nachhaltige Arbeiten daran, dass nach dem Austritt mindestens sechs Monate kein neuer Eintritt in die Klinik erfolgt beziehungsweise weitere Klinikeintritte höchstens zur Krisenintervention erfolgen würden. Frau Wehrle beschreibt wiederum, dass institutionelle Wohneinrichtungen bei gesundheitlichen Verschlechterungen frühzeitig reagieren können (z. B. zur Medikamenteneinnahme motivieren oder frühzeitig einen stationären Aufenthalt vorschlagen). Dadurch können Eintritte gegen den Willen und langandauernde Klinikaufenthalte minimiert werden. Sowohl stationäre Aufenthalte die kurz auf den letzten stationären Aufenthalt folgen wie auch lange stationäre Aufenthalte, die in enger Verbindung mit dem gesundheitlichen Zustand stehen, sind aus Sicht der Klinik aus finanziellen

Gründen zu vermeiden (Ivana verweist auf die Tarifstruktur der stationären Psychiatrie TARPSY⁵⁸). Dass die erlangte gesundheitliche Stabilität nach dem stationären Kontext mindestens aufrechterhalten werden soll, ist somit nicht nur individuell für die Adressat:innen, sondern auch organisational relevant.

7.1.2 Unterstützungsbedarf als Dreh- und Angelpunkt

In den Ausführungen zu *Es ist eine Zwischenlösung* und „*Wir legen [damit] das Fundament*“ (siehe Kapitel 7.1) wurden bereits übergeordnete Gründe für ein institutionelles Wohnen interviewspezifisch benannt. Den Gründen gemeinsam ist, dass sie von einer ungeeigneten oder fehlenden sozialen Einbindung ausgehen, die durch das institutionelle Wohnen bereitgestellt werden kann. Im Folgenden geht es um eine Annäherung an die Frage, *wie* es zur Einschätzung kommt, dass ein solcher Grund vorliegt.

In diesem Zusammenhang fällt auf, dass wiederkehrende Klinikeintritte mehrfach als Hinweis genannt werden, dass es zu Hause nicht mehr geht und ein Wechsel ins institutionelle Wohnen angegangen werden soll. Frau Wehrle führt wiederkehrende Klinikeintritte beispielsweise auf ein empfohlenes, aber fehlendes Gesundheitsverhalten zurück (z. B. Gesundheitstermine wahrnehmen, Medikamente einnehmen). Ivana vertritt die Haltung, dass, wenn immer möglich, selbstständig gewohnt werden solle. Für Ivana stellen langandauernder Leidensdruck (z. B. aufgrund von Angstzuständen zu Hause, sozialer Isolation, sich bei Schwierigkeiten nicht melden können), Selbstgefährdung oder Verwahrlosung Gründe oder Hinweise für ein institutionelles Wohnen dar. Im Allgemeinen scheint die Einschätzung über die Notwendigkeit eines institutionellen Wohnens interprofessionell abgestützt zu laufen. Die befragten Sozialarbeitenden beziehen sich in diesem Zusammenhang speziell auf Austausche mit den Pflegefachpersonen oder auf ergotherapeutische (Haus-)Abklärungen.

Insgesamt bleibt es aber vage, wie es zu einer Einschätzung des *Unterstützungs-* oder *Betreuungsbedarfes* oder der *Indikation* für ein institutionelles Wohnen kommt.⁵⁹ Eine Summe von Faktoren scheint die Einschätzung für beziehungsweise gegen die Notwendigkeit eines institutionellen Wohnens zu beeinflussen. Mit der Aussage, „wenn ich wirklich das Gefühl habe,

⁵⁸ Für Informationen zur Tarifstruktur in der stationären Psychiatrie (TARPSY): <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy>

⁵⁹ Die kursiv gesetzten Begriffe werden in den Interviews gebraucht. Im Folgenden wird aus Gründen der Leserlichkeit nur der Begriff Unterstützungsbedarf verwendet.

es [institutionelles Wohnen] braucht es und ich würde von mir jetzt Mal behaupten, ich habe relativ eine hohe Toleranz [...]“, weist Ivana indirekt darauf hin, dass die Einschätzung für ein institutionelles Wohnen mindestens zum Teil von einer *subjektiven Komponente* geprägt ist. Die Abstützung im interprofessionellen Team scheint in diesem Zusammenhang auch eine *objektivierende* Funktion zu haben.

Der eingeschätzte Unterstützungsbedarf scheint Dreh- und Angelpunkt für den Wechsel ins institutionelle Wohnen zu sein. Fehlt dieser, unterstützen die befragten Sozialarbeitenden keinen Wechsel ins institutionelle Wohnen oder lehnen diesen ab (z. B. „Also ich muss ehrlich sagen, wenn es gar keine Indikation gibt, habe ich auch schon gehabt [...] da habe ich, ah, da habe ich Mühe oder“ (Ivana)). In diesen Fällen kämen Hotelzimmer oder Studios als Alternativen in Frage. Ebenso ist eine Triage an externe Sozialberatungsstellen und in Ausnahmefällen die Notschlafstelle denkbar. Häufig würden sich auch noch temporäre Wohnmöglichkeiten ergeben, privat (z. B. bei Kolleg:innen) unterzukommen. In begründeten oder begründbaren Ausnahmefällen könne es aber auch ohne Unterstützungsbedarf zu einer Vermittlung ins institutionelle Wohnen kommen (z. B. wiederkehrendes Wohnthema, Vorgeschichte mit prekären oder gefährdeten Wohnsituationen, sprachliche Barrieren, Überforderungsgefühle, Verschlechterung der gesundheitlichen Situation). Ausserdem spielt der eingeschätzte Unterstützungsbedarf als Suchkriterium für die *passende* institutionelle Wohneinrichtung eine Rolle (siehe Kapitel 7.6 „Und ich weiss, welches Heim passt“).

Der Unterstützungsbedarf scheint dabei eng mit gesundheitlichen Aspekten zusammenzuhängen. Den Unterstützungsbedarf begründet Daniel im von ihm konkret beschriebenen Fallbeispiel sowie in einer allgemeineren Aussage beispielsweise mit dem psychischen Zustandsbild und der Gesundheit. Dabei sind auch Überlegungen miteingeschlossen, die davon ausgehen, dass ein institutionelles Wohnumfeld der Gesundheit förderlich ist, einerseits im Sinne einer (weiteren) Stabilisierung der Gesundheit und andererseits im Sinne einer Vermeidung einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes. Ein weiterer Faktor, der hier mitspielen kann, ist die Einsamkeit:

Zum Teil auch bei Leuten, wo noch eine Wohnung haben und diese eigentlich nicht in Gefahr ist, aber der Unterstützungsbedarf ist so gross, und die Leute merken auch selber, es gelingt mir fast nicht mehr, das irgendwie zusammen zu halten und eigentlich hocke ich den ganzen Tag alleine in der Wohnung und mir geht es schlecht. (Daniel)

Die Einschätzung des Unterstützungsbedarfes obliegt den interprofessionellen Akteur:innen. Dies könnte mitbegründen, warum die Deutungshoheit über die adäquate Wohnform oder

Wohnlösung nicht bei den Adressat:innen, sondern mindestens teilweise bei den professionellen Akteur:innen liegt.

Das Verhältnis zwischen Unterstützungsbedarf und der Idee der Wohn(un)fähigkeit im Handlungskontext der Psychiatrie (siehe Kapitel 7.8.2) müsste weiter erkundet werden. Es gibt im Datenmaterial Hinweise, dass sich der Unterstützungsbedarf und die Idee der Wohn(un)fähigkeit konzeptuell überlagern (z. B. über den Gesundheitsbezug oder über die Suchkriterien für passende institutionelle Wohneinrichtungen, die sowohl auf den Unterstützungsbedarf wie auch auf vermeintlich fehlende Wohnfähigkeiten verweisen können). Auch die Vagheit, mit welcher der Unterstützungsbedarf beschrieben wird, erinnert an Wohn(un)fähigkeit, das von Nagel (2015, S. 82–83) als vages und undefiniertes Konzept umrissen wird. Es fällt aber auf, dass mit dem Unterstützungsbedarf nicht nur inhaltlich auf Gesundheit verwiesen wird, sondern auch sprachlich. Analytisch wurden dem Unterstützungsbedarf Begriffe zugewiesen (z. B. Indikation, Selbstgefährdung, Verwahrlosung, Angstzustände), die auf einen medizinischen oder medizinisch-rechtlichen Sprachgebrauch verweisen, der bei der Idee der Wohn(un)fähigkeit weniger zum Ausdruck kommt.

7.2 Wir arbeiten nachhaltig

Bei allen interviewten Sozialarbeitenden kommt die Kategorie *Wir arbeiten nachhaltig* zum Ausdruck. Dies trifft insbesondere auf die Interviews von Daniel und Ivana zu. Die Kategorie *Wir arbeiten nachhaltig* scheint wie bereits im Kapitel 7.1 beschrieben über den Aspekt der Gesundheit mit den Kategorien *Es ist eine Zwischenlösung* und „*Wir legen [damit] das Fundament*“ verbunden zu sein.

Nachhaltiges Arbeiten heisst für Daniel im und mit dem interprofessionellen Team so zusammen zu arbeiten, dass beim Austritt die Grundlage geschaffen wurde, dass (gesundheitliche) Stabilität eintreten kann. Er sagt dem auch „den Fall abschliessen“. Das nachhaltige Arbeiten misst sich für Daniel daran, dass nach dem Austritt mindestens sechs Monate kein neuer Eintritt in die Klinik erfolgt beziehungsweise weitere Klinikeintritte höchstens zur Krisenintervention erfolgen. Daniel stilisiert das nachhaltige Arbeiten als Kontrapunkt zur „Drehtür-Psychiatrie“. Für Ivana heisst nachhaltiges Arbeiten (auch) „systemisch“ zu arbeiten. Dies schliesst für sie die Bearbeitung von Wohnthemen ein. Ein nachhaltiges Arbeiten misst Ivana ähnlich Daniel daran, ob und wie häufig Klinikeintritte nach einem Klinikaustritt notwendig werden und ob die „Inklusion [...] geglückt ist“. Ivana meint damit eine erfolgreiche

Alltagsbewältigung *mit* einer psychiatrischen Erkrankung, die sich wiederum positiv, also stabilisierend auf den Gesundheitszustand auswirkt:

Nachhaltig ist, [...] also messen kann man es in dem man vielleicht sagen kann, die Leute kommen nicht mehr grad [direkt] zu uns [zurück]. Dass sie nicht nach zwei Wochen wieder bei uns stehen. Und nachhaltig hat, glaube ich, auch so mit der Inklusion zu tun, wenn die geglückt ist. Also wenn der Patient, die Patientin sich daheim zurechtfindet, wenn er im Alltag zurechtkommt MIT dieser Erkrankung, die er hat. So. Für mich ist nachhaltig, wenn er, ja, sich kann Hilfe holen, die er braucht, ohne dass er eben genau wieder stationär kommen muss und das, wo er aufgebaut hat, gerade wieder verliert, sondern dass wirklich eine gewisse Stabilität beibehalten werden kann. Und wir wissen, dass sich dadurch auch der Gesundheitszustand stabilisieren kann.

Beim konkret beschriebenen Fallbeispiel resümiert Ivana, dass der ganze Aufwand über einen ungewöhnlich langen und als interprofessionell notwendig eingeschätzten stationären Aufenthalt gerechtfertigt war, weil „ein guter Platz“ gefunden werden konnte. Der Platz wird darum von Ivana als „gut“ bezeichnet, weil die Adressatin zwei Jahre nach dem Austritt aus der Klinik noch in der vermittelten institutionellen Wohneinrichtung ist: „Ja, und es ist irgendwie SCHÖN zu sehen so, dass das so funktioniert hat“. Ein nachhaltiges Arbeiten war in dieser Situation für Ivana also möglich und das Resultat wird von ihr ästhetisch-emotional bewertet.

Auch Sara und Frau Wehrle bringen Beispiele, die in Richtung nachhaltiges Arbeiten gedeutet werden können. Im Zusammenhang mit ihrer Haltung, die Adressat:innen nicht zu einem institutionellen Wohnen zu überreden, auch wenn das interprofessionelle Team darauf drängt, meint Sara: „Weil wir müssen den Aufwand nicht so betreiben und den Leuten so viel Kraft entnehmen dafür, dass sie nachher ein Monat dort sind, nur, weil wir das haben wollen“. Auch Frau Wehrle strebt mit ihrem sozialarbeiterischen Handeln mittel- bis langfristige Wohnlösungen an, wenn sie im Zusammenhang mit einer im interprofessionellen Team unterschiedlichen Einschätzung bezüglich der Notwendigkeit eines institutionellen Wohnens kommentiert: „Ja, ich habe mich dort mehr so chli [etwas] drin gesehen, sie auch ein bisschen zu bremsen auf Station (lacht). Jetzt da nicht irgendwie reinzuschiessen und etwas aufzuziehen, das es schlussendlich gar nicht braucht“. Und weiter im gleichen Zusammenhang: „Dass es dann halt einfach wie zu viel gewesen wäre, langfristig nicht das Richtige gewesen wäre“. Wie bei Ivana wird mit diesen Beispielen auf ein weiteres Kriterium für nachhaltiges Arbeiten verwiesen. Neben der gesundheitlich erlangten Stabilität, gemessen an der Frequenz der Klinikeintritte, und der Möglichkeit zum systemischen Arbeiten, das die Arbeit an Wohnthemen miteinschliesst, ist auch die Wohndauer in die vermittelte Wohnsituation ein Aspekt, der mit der Idee eines nachhaltigen Arbeitens zusammenhängt.

Daniel bringt das nachhaltige Arbeiten mit seinem professionellen Auftrag und *richtigem* sozialarbeiterischen Arbeiten in Zusammenhang. Für Ivana ist es eine *Sinnfrage* sozialarbeiterischen Handelns, die Möglichkeit zum nachhaltigen Arbeiten zu haben. Auf die Frage nach dem professionellen Auftrag in der Begleitung zwischen *Normalwohnen* und *Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement* antwortet Daniel mit „ich würde sagen, im weitesten Sinn wahrscheinlich Stabilität schaffen, Nachhaltigkeit“. Dies beinhaltet gemäss Daniel die Bearbeitung der Themenbereiche Finanzen, Wohnen, Arbeit. Für Daniel ist sein professioneller Auftrag demnach die nachhaltige (Wieder-)Herstellung einer Stabilität. Er meint dann auch, dass Sozialarbeitende auf anderen Stationen teilweise gar nicht die Möglichkeit erhielten, „*richtig* [Hervorhebung v. Verf.] [zu] schaffen [arbeiten]“, wenn die Haltung und Zielorientierung des nachhaltigen Arbeitens im interprofessionellen Team nicht geteilt werde. Für Ivana ist die Sinnhaftigkeit der sozialarbeiterischen Tätigkeit fest mit der Idee eines nachhaltigen Arbeitens verbunden. Als es auf der Station zeitweise aufgrund der interprofessionellen Konstellation im Team dazu kam, dass durch den ausschliesslichen Fokus auf die Bearbeitung der „medizinischen Dimension“, ein nachhaltiges Arbeiten aus sozialarbeiterischer Sicht nicht möglich war, führte das bei Ivana zu Resignation. Ivana hinterfragte in dieser Situation ihre Rolle und Funktion auf Station, nachdem sie mehrfach erfolglos versucht hatte, sich zu positionieren und für eine systemische Vorgehensweise unter Berücksichtigung der sozialen Dimension, die das Thema Wohnen beinhaltet, einzusetzen.

Mit der Kategorie *Wir arbeiten nachhaltig* kann empirisch auf Aspekte der Gegenstandsbestimmung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (siehe Kapitel 3.1) verwiesen werden. Auch die Bearbeitung der sozialen Dimension als Zuständigkeit der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (siehe Kapitel 3.1.2 und 3.2.1) kommt in den Ergebnissen als Selbstverständnis zum Ausdruck. Was aus dieser Beschreibung deutlich wird, ist, dass klinisch Sozialarbeitende in der Psychiatrie auf eine interprofessionell geteilte Haltung hinsichtlich des nachhaltigen Arbeitens, das die soziale Dimension mit einschliesst, angewiesen sind (siehe Kapitel 7.3 Organisationales Wir und gegenseitige Angewiesenheit – informelle Absicherung der Position der Sozialen Arbeit). Ihre professionelle Auftragserfüllung oder die wahrgenommene Sinnhaftigkeit der eigenen sozialarbeiterischen Tätigkeit ist davon abhängig. Ebenso wird deutlich, dass diese interprofessionell geteilte Haltung nicht organisatorisch vorstrukturiert ist, sondern individuell und stationsspezifisch ausgehandelt werden muss beziehungsweise von einzelnen Personen abhängen kann. Dieser Befund entspricht der Feststellung, dass weder der

Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit noch die Bedeutung einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sozialpolitisch und demzufolge auch organisatorisch anerkannt und abgesichert wird (Friedli & Straubhaar, 2024, S. 26). Dieser Umstand kann, wie das Beispiel von Ivana gezeigt hat, die Position der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen schwächen. In der Folge kann eine informelle Absicherung der Position der Sozialen Arbeit notwendig werden (siehe Kapitel 7.3 Organisationales Wir und gegenseitige Angewiesenheit – informelle Absicherung der Position der Sozialen Arbeit). Hollenstein und Sommerfeld schreiben, dass „in der untersuchten [psychiatrischen] Klinik interprofessionell geteilte Denk- und Handlungsmodelle, wie es das biopsychosoziale Modell sein könnte, als Grundlage der Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit fehlen“ (Hollenstein & Sommerfeld, 2009; S. 193). Die Auswertung der Interviews hat gezeigt, dass die Feststellung von Hollenstein und Sommerfeld mindestens teilweise noch seine Gültigkeit hat: Interprofessionell geteilte Denk- und Handlungsmodelle wie das biopsychosoziale Modell *können*, wie am Beispiel von Ivana ersichtlich wurde, fehlen.

7.3 Organisationales Wir und gegenseitige Angewiesenheit – informelle Absicherung der Position der Sozialen Arbeit

Nachhaltiges Arbeiten (siehe Kapitel 7.2) wird von den befragten Sozialarbeitenden als relevante und sinnstiftende sozialarbeiterische Handlungsorientierung genannt. Um nachhaltig arbeiten zu können, sind klinisch Sozialarbeitende wesentlich auf das interprofessionelle Team angewiesen. Dies betrifft einerseits die konkrete interprofessionelle Zusammenarbeit (z. B. bei der Einschätzung des Unterstützungsbedarfes beim Wohnen). Andererseits geht es hier auch um die geteilte Haltung, nachhaltig zu arbeiten. Diese geteilte Haltung ist gerade im Umgang mit teils widersprüchlichen organisationalen Rahmenbedingungen bedeutsam. Gleichzeitig kann die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie über die interprofessionell geteilte Haltung und Zielsetzung, nachhaltig zu arbeiten, ihre eigene Position im interprofessionellen Team (informell) absichern.

Organisationales Wir und gegenseitige Angewiesenheit

Die befragten Sozialarbeitenden stellen sich und das interprofessionelle Team mehrheitlich als Einheit dar. So sagt Frau Wehrle, „in der Regel teile ich ja die Meinung der Station“. Dies zeigt sich auch daran, dass die befragten Sozialarbeitenden gerade in der Beschreibung von

Zielerreichungen in einem *organisationalen Wir*⁶⁰ sprechen: „Das ist eine gute Geschichte, weil wir die junge Frau sehr lange durchgetragen haben“ (Sara); „Und dann haben wir sie einfach so lange behalten, bis sie hat können übertreten [in die institutionelle Wohneinrichtung gehen]“ (Sara); „die Einschätzung vom Patient und von uns, von den Fachleuten, schneidet [entspricht] sich nicht immer“ (Frau Wehrle).

Dass jeweils inter- oder multiprofessionell an Zielen gearbeitet wird und dies auch eine gewisse gegenseitige Angewiesenheit beinhaltet, wird beispielsweise an folgender Aussage von Daniel deutlich: „Also das Multiprofessionelle oder Interprofessionelle spielt eine sehr grosse Rolle. Also ich kann nicht ohne die Anderen und die Anderen können auch nicht ohne mich, oder. Es ist halt wie, ja wie so ein Netzwerk, wo miteinander zusammenhängt“. Bei der Einschätzung hinsichtlich des Wohnens und der Arbeitsfähigkeit in einem durch Daniel konkret beschriebenen Fallbeispiel war das ganze interprofessionelle Team involviert. Ähnliches berichten auch die Anderen. Alle befragten Sozialarbeitenden stehen in aktivem Austausch mit den involvierten Berufsgruppen (Ärzt:innen, Psycholog:innen, Pflegefachpersonen, Ergotherapeut:innen), lesen deren Berichte und lassen deren Erkenntnisse in die eigene Arbeit einfließen (z. B. in Bezug auf den Unterstützungsbedarf beim Wohnen).

Sara beschreibt, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit im Team durch einen gegenseitigen Rückhalt geprägt ist. Sie versteht beispielsweise, wenn Adressat:innen die Station verlassen müssen, weil sie etwas gemacht haben, was auf Station „nicht tragbar gewesen ist“, obwohl sie „mit den Leuten voll dran gewesen“ ist. Sara beschreibt auch eine konkrete Situation im Zusammenhang mit dem institutionellen Wohnen, in der die Station ihr den Rücken für ihre Arbeit freigehalten hat: „Die Bereitschaft vom Team auch die Situation so mitzutragen. Also es braucht ja immer jemand von der Leitung, der es einfach absegnet und sagt, ‚doch, da stehen wir jetzt dahinter‘ und ‚Sara, mach du einfach. Wir behalten da den Weg frei.‘“ In diesem konkreten Fall war es durch die Bereitschaft der Station und das gemeinsame „Mittragen“ (Sara) möglich, dass die Adressatin auf Station bleiben konnte, bis zum „direkten Übertritt“ (Sara) ins institutionelle Wohnen. Obwohl die damalige Regelung vorsah, dass ein stationärer Aufenthalt maximal drei Monate dauern konnte, habe man die Adressatin „sehr lange durchgetragen“ (Sara) bis sie nach etwa viereinhalb Monaten ins institutionelle Wohnen konnte. Das interprofessionelle

⁶⁰ Wobei hier jeweils weniger die Organisation und mehr die Station gemeint ist.

Team habe in dieser Situation gemeinsam die Organisationslogik für die Adressatin ausser Kraft gesetzt. Auch Daniel und Ivana berichten in ihren gewählten Fallbeispielen von überdurchschnittlich langen stationären Aufenthalten, mit dem Ziel eines direkten Wechsels ins institutionelle Wohnen. Sie bringen diese mit dem interprofessionell geteilten Ziel des nachhaltigen Arbeitens in Verbindung. Die interprofessionell geteilte Haltung und Zielorientierung dienen dabei in gewisser Hinsicht als Wegweiser im strukturell gewollten Spannungsfeld, welches sich auftut zwischen kurzen stationären Aufenthalten und nachhaltigen Behandlungen. Nachhaltige Austritte sind für die Klinik aus ökonomischer Sicht relevant:

Weil sonst sind sie [die Adressat:innen] wirklich grad wieder da. Und dann ist auch, ich sage jetzt Mal finanziell für die Klinik nichts gewonnen, oder weil es ist dann immer noch der gleiche Fall, wenn jemand am nächsten Tag grad wieder kommt. Also den Aspekt gibt es halt einfach auch. Der ökonomische. (Daniel)

Auch wenn keine Wohnlösung über das institutionelle Wohnen gesucht werde, versuche Daniel die Leute so zu vernetzen beziehungsweise zu informieren, dass es nicht gerade wieder zu einem Klinikeintritt komme, beispielsweise indem für die Wohnungssuche an Beratungsstellen vermittelt oder Spitex auch in ein Hotelzimmer organisiert werde. Allerdings sind kurze Aufenthalte ebenfalls statistisch und ökonomisch relevant. Der zuständige Oberarzt habe aber „ein gutes Händli [Händchen] dafür, die Einen chli [etwas] länger zu behalten und dafür bei den Anderen eine kürzere Krisenintervention [zu] machen [...] dann mag es das, auch rein von der Statistik ein chli [etwas] leiden [dann geht auch die Statistik insgesamt auf]“. Daniel weist damit auf organisationale Rahmenbedingungen hin, welche strukturell auf die Arbeit in der Psychiatrie einwirken und ein effizientes und effektives Arbeiten notwendig machen.⁶¹ Wie mit diesem Spannungsfeld umgegangen wird, ist dabei nicht eine klinikweite Organisationskultur, sondern eine auf Stationsebene erarbeitete und von einzelnen Individuen beeinflusste spezifische Stationskultur. Das Ziel der Nachhaltigkeit werde gemäss Daniel zum Leidwesen von Sozialarbeitskolleg:innen nicht auf jeder Station interprofessionell gelebt. Dies musste auch Ivana auf ihrer Station erleben. Die oben erwähnte Situation auf Station, die zu einer Resignation von Ivana geführt hatte (siehe Kapitel 7.2), habe sich mit dem Wechsel des Oberarztes wieder entspannt: „Und ja, wir haben tatsächlich im Moment hat es sich ein biz [etwas] so wieder entspannt. Also wir haben Oberärzte, die sehr systemisch unterwegs sind, das merke ich auch

⁶¹ „Aber Kostendruck haben wir im Gesundheitswesen. Das ist halt einfach eine Realität. In dem Umfeld bewegen wir uns und wir müssen möglichst effizient und effektiv schaffen [arbeiten] können“ (Daniel).

gerade bezüglich des Wohnens“ (Ivana). Um nachhaltig arbeiten zu können, sind klinisch Sozialarbeitende in der Psychiatrie also wesentlich auf das interprofessionelle Team angewiesen. Einerseits trifft das ganz konkret auf die Zusammenarbeit zu, beispielsweise bei Einschätzungen zur Wohnsituation. Andererseits geht es hier aber auch um eine *geteilte Haltung*. Am Beispiel von Ivana wird deutlich, dass (sozialarbeiterisches) nachhaltiges Arbeiten nur mit der interprofessionellen und insbesondere oberärztlichen Unterstützung möglich ist. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig anzumerken, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit und geteilte Haltung nur ein Aspekt ist, der sich positiv auf die Möglichkeit, nachhaltig zu arbeiten, auswirkt. Daniel beschreibt auch Szenarien, in denen das nachhaltige Arbeiten aufgrund der Adressat:innen nicht möglich ist, beispielsweise wenn diese „entweichen“⁶² oder sich nicht auf die gemachten Unterstützungsangebote einlassen können. Er subsumiert dies pragmatisch mit „wir können nicht alle retten“.

Trotz dieser als grundsätzlich konkordant dargestellten interprofessionellen Zusammenarbeit im Team beschreiben alle interviewten Sozialarbeitenden, Situationen, in denen sie sich vom interprofessionellen Team abgrenzen. Bei Frau Wehrle zeigt sich dies auch sprachlich. Wenn sich Frau Wehrle von der Vorgehensweise auf einer Station abgrenzt, verwendet sie nicht mehr das organisationale *Wir* sondern eine distanzierende Sprache. Statt „bei uns auf Station“, sagt Frau Wehrle, „ich schaffe noch so ein bisschen auf der Akut [Station] und *dort* ist natürlich auch, *die* haben *dort* ein bisschen Bettendruck [Hervorhebung v. Verf.]“. In einer im Interview konkret dargestellten Situation teilt Frau Wehrle die Einschätzung der Station bezüglich der Notwendigkeit eines institutionellen Wohnens gegen den Willen⁶³ der Adressatin nicht. Häufiger als bei der Einschätzung betreffend den Unterstützungsbedarf beim Wohnen nennen die befragten Sozialarbeitenden aber vor allem Divergenzen bei den gewählten Vorgehensweisen. Obwohl Sara die spannungsfreie Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Team betont, habe sie manchmal das Gefühl, dass sie ihrem Team in den Rücken falle. Dies ist dann der Fall, wenn sich die Adressat:innen entgegen der Einschätzung des interprofessionellen Teams gegen ein institutionelles Wohnen entscheiden. Für Sara steht hier der Wille der betroffenen Person über dem, was das interprofessionelle Team für die Person möchte. Wenn sich eine Person gegen

⁶² Klinik ohne Absprache mit dem interprofessionellen Team verlassen.

⁶³ Damit ist eine ärztlich oder gerichtlich angeordnete fürsorgliche Unterbringung (FU) gemeint. Die FU ist in Art. 426 bis Art. 439 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB), SR 210, geregelt.

das institutionelle Wohnen entschieden habe, respektiere sie diesen Entscheid und thematisiere das institutionelle Wohnen nicht mehr: „Ich habe schon mit ihr oder ihm darüber geredet und es ist keine Option. Und dann werde ich es auch nicht mehr ansprechen, also ich muss dann nicht jedes Mal im Gespräch wieder auf das Thema zurückkommen also“. Sie wolle die Leute nicht zum institutionellen Wohnen überreden. Im interprofessionellen Team führe das manchmal zu Irritationen. In der Regel lasse sich diese Situation aber schnell auflösen und das interprofessionelle Team verstehe ihre Argumentation. Bei Daniel gehe die Haltung im interprofessionellen Team dort auseinander, wenn es um die Frage gehe, ob eine Platzierung freiwillig oder gegen den Willen geschehen soll. Daniel setze sich im Zweifelsfall jeweils für eine freiwillige Platzierung ein. Dazu meint er, dass dies notwendig sei, wenn die Klinik die *Recovery-Orientierung*⁶⁴ leben möchte. Ivana wiederum beschreibt Situationen, in denen im interprofessionellen Team die Einschätzung bezüglich der Notwendigkeit eines institutionellen Wohnens zwar geteilt, aber aus strukturellen Gründen nicht umgesetzt werde. Organisationale Logiken führen in der Tendenz dazu, die Adressat:innen in bestehende Wohnsettings zu entlassen.⁶⁵ Zu den organisationalen Logiken gehört, wie auch weiter oben bereits ausgeführt, der „Zeitfaktor“ (Ivana), welcher im engen Zusammenhang mit der Tarifstruktur der stationären Psychiatrie TARPSY, also dem Finanziellen steht.⁶⁶

Position klinische Soziale Arbeit in medizinisch geprägtem Umfeld informell absichern

Mit der interprofessionell geteilten Haltung, nachhaltig arbeiten zu wollen, kommt der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie eine wichtige Funktion zu. Es ist ihr darüber möglich, ihre Position in einem medizinisch geprägten Umfeld informell abzusichern. Die sozialarbeiterische Expertise an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialsystem weist der klinischen Sozialen Arbeit eine Vermittlungsrolle zwischen ebendiesem Gesundheits- und Sozialsystem zu. Daniel bemerkt in diesem Zusammenhang, dass er damit „auch relativ eine starke Rolle einnehmen [kann] im Behandlungsteam“. Daniel beschreibt, das sei „halt einfach ein stetiges VERMITTELN“ seinerseits, was ihm mit zunehmender Berufserfahrung immer besser gelinge. Dies

⁶⁴ Einführende Informationen zur *Recovery-Orientierung* können beispielsweise hier abgerufen werden: <https://promentesana.ch/selbstbestimmt-genesen/grundlagen-zur-genesung/was-bedeutet-recovery?>

⁶⁵ „Ja, und ich habe aber nicht das Gefühl, dass sie es eigentlich (unv.), wie nicht sehen [...]. Ich habe nicht das Gefühl, dass sie sagen oder das bagatellisieren irgendwie, so gar nicht. Ich habe das Gefühl, die Leute sehen das Problem oder sehen die Thematik, aber es ist strukturell nicht möglich“ (Ivana).

⁶⁶ Die Tarifstruktur motiviert über ein abnehmendes Tageskostengewicht zu möglichst kurzen Hospitalisationszeiten (swissDRG AG, 2023, S. 7).

werde auch dankend im interprofessionellen Team angenommen, auch wenn nicht immer danach gehandelt werde. Die Bedeutung der Sozialen Arbeit hinsichtlich einer „sinnvollen“ Austrittsplanung sei unumstritten: „ohne Soziale Arbeit würden viele Ausritte gar nicht sinnvoll klappen, weil einfach ein grosser Teil der Nachsorge nicht organisiert ist“ (Daniel). Durch diese beschriebene Vermittlungsrolle scheint Daniel seine Position in einem medizinisch orientierten interprofessionellen Team trotz oder eben gerade wegen seiner *Fachfremdheit* abzusichern. Bei Frau Wehrle zeigt sich ebenfalls, dass das kombinierte Wissen über psychische Erkrankungen, das Gesundheits- und das Sozialsystem ein Alleinstellungsmerkmal der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team ist. Darüber kommt Frau Wehrle ähnlich wie Daniel eine Vermittlungsrolle und Beratungsfunktion hinsichtlich des Funktionierens des Gesundheits- und Sozialsystems im interprofessionellen Team zu. Das Beispiel von Ivana zeigt hingegen (siehe Kapitel 7.2), dass ohne diese geteilte Haltung, die Bedeutung und Funktion der Sozialen Arbeit auf Station hinterfragbar wird: „[Das] habe ich dann schon auch hinterfragt, oder, für was bin ich dann da? Warum braucht es mich?“

7.4 (Keine) Angebote machen

(Keine) Angebote machen ist ein relevanter Handlungsbezug für die interviewten Sozialarbeitenden. Es beschreibt einen Teil der direkten personenbezogenen Arbeit mit den Adressat:innen und verweist auf von den interviewten Sozialarbeitenden als notwendig erachtete Aspekte der eigenen Tätigkeit: Beziehungs- und Vertrauensaufbau mit den Adressat:innen, Erfahrung, Wissen und Netzwerk. Schliesslich führt der Handlungsbezug *(keine) Angebote machen* den Dienstleistungs-Gedanken ein, der sich sowohl auf die Adressat:innen wie auch auf die Arbeit im interprofessionellen Team und mit externen Akteur:innen bezieht.

Das institutionelle Wohnen sowie damit verbundene sozialarbeiterische Tätigkeiten werden von den befragten Sozialarbeitenden wiederholt als *Angebot* dargestellt. Ivana weist dem kontinuierlichen Anbieten eine wichtige Funktion in der Arbeit mit den Adressat:innen zu: „Und immer wieder vorbei gehen und das finde ich, auf einer Akutstation ist das A und O, meiner Meinung nach. Immer wieder Kontakt suchen, immer wieder nachfragen. *Immer wieder anbieten* [Hervorhebung v. Verf.]“. Sara und Daniel zählen das Angebote machen, welche die Adressat:innen annehmen oder ablehnen können, ebenfalls zu ihrem sozialarbeiterischen Tun (z. B. „also, ich *biete* dann oft an, dass [...]“ (Sara); Ich kann sagen, *Silbertablett mit vielen Sachen* [Hervorhebungen v. Verf.], die ich gut finden würde, [...]“ (Daniel)). Daniel beschreibt dieses Angebote-machen als zeitintensive, aufwendige und voraussetzungsvolle Tätigkeit. Im

Wesentlichen scheint diese Tätigkeit abgesehen von einer vertrauensvoller Beziehungsgestaltung zu den Adressat:innen (siehe Abschnitt zur Rekurs auf Selbstbestimmung / Freiwilligkeit und Beziehungsgestaltung im Kapitel 7.7), von seiner Erfahrung, seinem Wissen und seinem Netzwerk abhängig zu sein. Dass die Erfahrung mit und das Wissen über konkrete institutionelle Wohneinrichtungen für die sozialarbeiterische Tätigkeit wichtig sind, zeigt sich auch in den anderen Interviews (siehe Kapitel 7.6 „Und ich weiss, welches Heim passt“) Die Bedeutung des Netzwerkes wird im Kapitel 7.5 Sich als Akteur:innen auf dem institutionellen Wohnungsmarkt bewegen beschrieben.

Die Unterstützung bei der Suche nach Wohnungen für Normalwohnen ist im Allgemeinen kein Auftrag für die befragten Sozialarbeitende. In diesem Zusammenhang machen die befragten Sozialarbeitenden *kein* Angebot. Daniel unterstreicht, dass die Unterstützung bei der Wohnungssuche ausserhalb des institutionellen Wohnungsmarktes eine Ausnahme darstelle und über den sozialarbeiterischen Auftrag hinausgehe: „Und andernfalls müsste man halt einfach die Leute dabei unterstützen, so gut es geht, dass sie sich irgendwo ein Hotelzimmer mieten können, irgendein möbliertes Appartement finden können. Das ist aber eigentlich etwas, was über meinen Auftrag hinausgeht“. Daniel distanziert sich mit der Verwendung von „man“ sprachlich zusätzlich von diesem Auftrag. Frau Wehrle beschreibt Ausnahmesituationen, in denen sie *ein* Angebot macht: Nur auf Druck der Station, weil es keine gesundheitlich-medizinischen Gründe für eine weitere stationäre Behandlung gibt, unterstützt die Sozialarbeitende aktiv bei der Wohnungssuche auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt. Ivana räumt ein, dass dieses *nicht Angebot* bei den Adressat:innen auf Unverständnis stosse: „Und das führt auch zu Unverständnis von den Patientinnen und Patienten, wenn wir wie müssen sagen, hey wir haben NICHT die Kapazität, euch dort zu unterstützen, oder“. Spannend ist an dieser Stelle auch, dass der Aspekt des Wissens und der Erfahrung, der oben als wesentlich für das Angebote machen können, genannt worden ist, im Zusammenhang mit dem Normalwohnungsmarkt als *Nicht-Wissen* und *Nicht-Erfahrung* erscheint. Es fällt beispielsweise auf, dass Sara häufig vorsichtig und mit Verweis auf Andere formuliert: „ich *glaube* [Hervorhebung v. Verf.] das kommt auf den Betreibungsregisterauszug drauf an“ oder „das ist einfach das, wo ich einfach mega oft *höre* [in Bezug auf Wohnungssuche mit Betreibungen] [Hervorhebung v. Verf.]“ oder „Aber ich, also, *ich weiss nicht*, wie es tatsächlich ist mit einem vollen Betreibungsauszug. *Man* sagt ja einfach immer, dass man dann wenig Chancen hat, aber wie die Realität aussieht, *weiss ich nicht*

[Hervorhebungen v. Verf.]“. Sie scheint Wissen zu und Erfahrung mit diesem Thema, sprachlich von sich zu weisen.

Das Angebote machen kann als *Dienst-Leistung* verstanden werden. Den *Dienstleistungs*-Gedanken führt Daniel exemplarisch mit dem Bild des Silbertabletts ein. Er kommt aber auch indirekt über verschiedene Äusserungen zum Ausdruck. In einer im Detail beschriebenen Situation unterstreicht Daniel, dass erst die zeitaufwendige Suchbewegung zum Finden eines passenden Wohnheimes geführt hat: „Und wir haben dann etwas gefunden [...]. Nach längerem Suchen“. Das Finden der passenden betreuten Wohnsituation wird zu einer sozialarbeiterischen *Dienst-Leistung*, welche eines besonderen Efforts bedarf. Dieser Dienst-Leistungs-Gedanke kommt auch in anderen Sequenzen indirekt zum Ausdruck, wenn Daniel unterstreicht, dass der Antrag auf Kostengutsprache besonderer Bemühungen bedurfte.

Das Angebote machen ist dabei nur ein Teil der sozialarbeiterischen Dienstleistung. Diese hat neben den Adressat:innen der klinischen Sozialen Arbeit auch externe Akteur:innen im Blick. Ivana bringt dies folgendermassen zum Ausdruck:

Und ich habe das Gefühl, die Sozialarbeit agiert viel in einem solchen Koordinieren. Wir haben zwar einen Hauptauftrag, aber ich habe das Gefühl, wir schauen dann, dass die Anderen die Aufgaben machen und bringen dann das wieder zusammen und machen dann an dem weiter.

Sara subsummiert ihren professionellen Auftrag bei der Begleitung eines Überganges ins institutionelle Wohnen ähnlich: „Wenn es optimal läuft, ist es schon so wie ein Case Management, schon fast. Ja. Wenn es optimal läuft“. In ihrem Verständnis übernimmt sie einen koordinativen Auftrag und zwar bis zum Zeitpunkt, in dem die Zusage von allen Seiten (Adressat:innen, institutionelle Wohneinrichtungen, Finanzierung) da ist. Insgesamt verweisen Ivana und Sara damit auf ein *dienstleistungsorientiertes und koordinierendes Selbstverständnis*. In diesem kommt auch die bereits an mehreren Stellen beschriebene Vermittlungsrolle der klinischen Sozialen Arbeit zwischen *innen* und *aussen* oder dem Gesundheits- und Sozialsystem zum Ausdruck. Die Vermittlungsrolle kann sowohl in der Zusammenarbeit mit den Adressat:innen und externen Akteur:innen (z. B. institutionelle Wohneinrichtungen) als auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit (siehe Kapitel 7.3) als dienstleistungsbezogener Handlungsmodus bezeichnet werden.

Die Figur des *Angebotes* und des *Anbietens* zeigt sich auch in den Darstellungen über institutionelle Wohneinrichtungen und mögliche verbundene Zielsetzungen:

„Und das kann eigentlich nur ein betreutes Wohnen *bieten*“ (Sara); „Oftmals fällt auch den Leuten gar nicht ein oder sie kennen auch nicht die ganze Palette, die einem die Gesellschaft doch ab und zu kann *bieten*“ (Sara); „Viel betreute Wohnen *bieten* ja auch *an*, dass sie wie die Finanzverwaltung im ersten Moment machen“ (Sara); „Sie [die institutionellen Wohneinrichtungen] öffnen sich langsam und machen spezifische *Angebote* für die Leute“ (Daniel); „Und da ist dann eigentlich nur noch eine Wohninstitution in Frage gekommen, die vor allem auch Aussenwohnungen *angeboten* hat“ (Frau Wehrle); „Meistens haben sie [die institutionellen Wohneinrichtungen] *Angebote*, wo sie dann auf dem Gelände etwas können machen [...]“ (Frau Wehrle) [Hervorhebungen v. Verf.]

Dies deutet zusätzlich darauf hin, dass das (*kein*) *Angebot machen* nicht nur ein Handlungsbezug der befragten Sozialarbeitenden, sondern in gewisser Hinsicht auch eine Art Selbstverständnis der sozialarbeiterischen Tätigkeit und des Sozialsystems sein kann.

Die beschriebene Dienstleistungsorientierung wird mit Verweis auf Meuth (2018a, S. 183–194) unter Berücksichtigung der Trias *Erbringungsverhältnis*, *Erbringungskontext* und *gesellschaftliche Bedingungen* als analytisch relevanter Aspekt einer Sozialen Arbeit als personenbezogene soziale Dienstleistung diskutiert (siehe Kapitel 8.3.3).

7.5 Sich als Akteur:innen auf dem institutionellen Wohnungsmarkt bewegen

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass der institutionelle Wohnkontext von den interviewten Sozialarbeitenden im Wesentlichen als institutioneller Wohnungsmarkt verstanden wird. Dazu gehört die Bezugnahme auf das marktwirtschaftliche Prinzip von Angebot und Nachfrage. Die Verwendung der „Platzierungsliste“ (Ivana) als Marktbeobachtungsinstrument und die Hervorhebung der Notwendigkeit der aktiven Netzwerkarbeit zwischen Sozialarbeitenden und den institutionellen Wohneinrichtungen deuten zudem darauf hin, dass sich klinisch Sozialarbeitende in der Psychiatrie individuell aber auch als Organisationseinheit als Akteur:innen auf dem institutionellen Wohnungsmarkt begreifen und entsprechend handeln.

Das (*passende*) *Angebote machen können* hängt im Bereich des institutionellen Wohnens neben der sozialarbeiterischen Dienstleistung auch von der Verfügbarkeit der Angebote und vom Netzwerk ab. Daniel beschreibt das institutionelle Wohnen als institutionellen Wohnungsmarkt⁶⁷, ohne diesen explizit als solchen zu benennen. Daniel erwähnt, dass der „Bedarf“ nach „gut strukturierte[n], gut betreuten Plätze[n]“ höher sei als die „freie[n] Plätze“. Ohne dass Daniel diese Begrifflichkeiten einführt, verweist er hier auf das *marktwirtschaftliche Prinzip von Angebot*

⁶⁷ Oder als Bereich, der einer Marktlogik unterworfen ist.

und Nachfrage. Auch bei den anderen befragten Sozialarbeitenden kommt das Prinzip von (knappem) Angebot und Nachfrage zum Ausdruck. Auf die Frage nach der idealtypischen sozialarbeiterischen Unterstützung beim Übergang in ein institutionelles Wohnen bemerkt Daniel, dass institutionelle Wohneinrichtungen es teilweise verpasst haben, ihr „Angebot“ (und hier kommt der Begriff des Angebotes explizit) an den steigenden Bedarf an „hochstrukturierte[n], vollbetreute[n] Wohnplätze[n]“ anzupassen, obwohl diese Entwicklung sich schon lange abgezeichnet habe. Hier schwingt einerseits die (teils nicht erfüllte) marktwirtschaftliche Erwartung mit, das Angebot habe sich der Nachfrage anzupassen. Andererseits wird deutlich, dass Daniel erwartet, dass die institutionellen Wohneinrichtungen ihr Angebot mindestens auch an den Entwicklungen in der Psychiatrie ausrichten. Dies verweist (selbstreferenziell) auf die gegenseitige Angewiesenheit von institutionellen Wohneinrichtungen und Psychiatrie. Ivana führt die Politik als mindestens mitregulierende Instanz ein: „Und ich glaube, das ist wirklich ein Problem. Sicher auch auf politischer Ebene, dass es zu wenig Plätze zur Verfügung hat“ und „Hat der Kanton das Interesse daran, mehr Plätze zu schaffen“.

Im Jahr des Interviews seien im Team von Daniel insgesamt deutlich weniger Platzierungen gemacht worden als in bisherigen Jahren. In einer sogenannten „Platzierungsliste“ (Ivana) werden die Vermittlungen an Wohneinrichtungen erfasst. Die Statistik diene dazu, den Überblick über die Platzierungen zu behalten. Ziel dieser Platzierungsliste sei es, allfällige Veränderungen oder Verschiebungen sowohl intern (Platzierungen pro Station) wie auch extern (in welche Wohninstitutionen wird wieviel vermittelt) zu erfassen und zu beobachten. Erklären könne man die Veränderungen mit der Platzierungsliste aber nicht. Zur Platzierungsliste und als Witz aufgelöst, meint Daniel – wiederum unter Verwendung eines marktwirtschaftlich konnotierten Begriffs – „Also, es ist KEIN WETTBEWERB. Wir werden ja nicht bezahlt für Platzierungen. Obwohl wir mit gewissen Wohnheimen, wo wir viel platzieren, könnten wir, müssten wir fast Mal drüber reden. (lacht). Nein. Scherz“. Die Platzierungsliste scheint eine Art Instrument zur *Marktbeobachtung* darzustellen.

Die oben erwähnte gegenseitige Angewiesenheit zwischen institutionellen Wohneinrichtungen und Psychiatrie findet auch darin Ausdruck, dass Daniel aktive Netzwerkpflege mit institutionellen Wohneinrichtungen betreibt. Der regelmässige Kontakt wirke sich positiv auf das Wissen über die verschiedenen Wohnangebote aus, was Daniel wiederum ermöglicht, den Adressat:innen passende Angebote vorzuschlagen. Sara und Ivana beschreiben, dass sie bei der Vermittlung von Wohninstitutionen mindestens teilweise auf ein bestehendes

und bewährtes Netzwerk zurückgreifen (z. B. „Also ich schaffe noch gerne mit der W [Wohninstitution] und dem D [Wohninstitution] und eben den S [Wohninstitution] finde ich super. Es gibt viele betreute Wohnen, mit denen die Zusammenarbeit einfach gut funktioniert“ (Sara)). Die aktive Netzwerkpflge scheint aber auch den Charakter einer *Marktbeziehung* zu haben. Dies wird beispielsweise daran deutlich, dass sich Daniel um ein Wohnheim sorgt – oder eher um die Reputation der Klinik und damit verbunden um die Marktbeziehung zwischen diesem Wohnheim und der Klinik – als ein Adressat kurz vor Umzug in dieses Wohnheim einen Rückzieher macht. Aus der vergeblichen Reservation des Wohnplatzes für diesen vermittelten Adressaten resultiert für das Wohnheim ein monetärer Verlust. Das Wohnheim konnte in diesem Fall trotz entstandenem Aufwand, kein Geld verdienen: „Und wir haben das wieder abgeblasen und ist natürlich auch *toll* [Hervorhebung v. Verf.] für das Wohnheim, wo den Platz freigehalten hat und dann wie den nicht hat weitervergeben können und in dem Sinne, Geld verdienen damit“ (Daniel). Die Sorge bringt Daniel über eine ironische Bemerkung zum Ausdruck. Der Charakter der Marktbeziehung wird auch an Aussagen deutlich wie „jetzt mit dem Heim, in das er ausgetreten ist, mit diesem arbeite ich so häufig zusammen, dass ich irgendwie die halbe Bewohnerschaft dort kenne“ (Daniel). Die Gegenseitigkeit der Angewiesenheit zeigt sich beispielsweise an folgender Aussage: „Und fragen dann auch bei uns an, ‚wieso platziert ihr nicht mehr bei uns?‘, Weil ihr das Angebot nicht habt, wo wir brauchen“ (Daniel).

Dass die Netzwerkarbeit und damit verbunden die *Marktlogik* eng mit der sozialarbeiterischen Dienstleistung und mit der Möglichkeit, passende Angebote machen zu können, zu tun hat, wird an folgendem Zitat deutlich: „Weil wir tun nur betreute Wohnformen suchen und nicht unbetreute. Weil wir haben keine besonderen Kontakte in den Wohnungsmarkt“ (Daniel). Bestehende Kontakte und Netzwerke scheinen damit, die Möglichkeit, (passende) Angebote machen zu können, zu beeinflussen. Zu dem als gemeinhin bekannten Wohnungsmarkt scheinen keine Marktbeziehungen zu bestehen. Die Vermittlung von Normalwohnen zählt im Gegensatz zur Vermittlung von institutionellem Wohnen nicht zum Auftrag der befragten Sozialarbeitenden.

7.6 „Und ich weiss, welches Heim passt“

Frau Wehrle unterscheidet in ihrer Darstellung verschiedene klar umrissene Aufgaben, welche mit der Begleitung eines im Raum stehenden Wechsels ins institutionelle Wohnen zusammenhängen. Dieser technisch-organisatorischen Darstellung der verschiedenen abzuarbeitenden Schritte steht die vage Beschreibung der Vorgehensweise gegenüber, wie es zur

„Passung⁶⁸“ von Person mit institutionellem Wohnen kommt. Die Auswahl der institutionellen Wohneinrichtungen wird zu den Aufgaben der klinisch Sozialarbeitenden gezählt (z. B. „Weil ich bin ja der Experte für die Wohnplatzierung. Und ich weiss, welches Heim passt“ (Daniel)). Welche institutionelle Wohneinrichtung für welche Personen *passen* könnte, wird in den Gesprächen weniger von eindeutigen Kriterien und mehr von einem unbestimmten und vagen Gespür geleitet.

Im Versuch sich dieser Vorgehensweise zur *Passung* anzunähern, wird deutlich, dass sich dieser als Intuition beschriebene Vorgang einerseits auf das Kennen der Person und andererseits auf das Wissen über und die Erfahrungen mit den institutionellen Wohneinrichtungen bezieht. Frau Wehrle verweist beispielsweise auf die Wünsche und Bedürfnisse der Adressat:innen (z. B. in Bezug auf die Ortschaft). Ivana setzt ein persönliches Gespräch für die Besprechung und Einschätzung der Wohnsituation voraus. Dies gehe häufig mit einem Abwarten einer gewissen gesundheitlichen Stabilisierung einher. Im interprofessionellen Team stosse dieses Zuwarten von Ivana manchmal auf Unverständnis, aber es komme für sie nicht in Frage, eine Wohninstitution für einen Menschen zu suchen, den sie nicht kenne:

Also, ich würde das nie machen, einfach ein BeWo [institutionelles Wohnen] aufgleisen für einen Menschen, den ich nicht kenne oder nicht gesehen habe. Und das stösst manchmal so chli [etwas] auf Unverständnis [...] von Seiten interdisziplinäres Team, die sagen, ‚fang doch schon mal an‘. Also nein, ich fange nicht an. Ich kenne den Menschen nicht. Ich weiss nicht, wie der gelebt hat. Ich weiss nicht, was seine Bedürfnisse sind, was er braucht überhaupt und dann warte ich meistens, bis sie sich so minimal stabilisiert haben.

In Kombination mit dem Aktenstudium könne sich abzeichnen, was es *brauche*. Diese Eindrücke gleiche Ivana mit dem Erfahrungswissen und dem Wissen über die Institutionen ab, was zu einer Einschätzung oder Empfehlung einer bestimmten Wohninstitution führen könne. Gefragt nach einer idealtypischen sozialarbeiterischen Begleitung beim Thema Wohnen meint Ivana auch, dass sie sich mehr Zeit wünschen würde, um die Adressat:innen kennen zu lernen. Dadurch könne sie besser einschätzen, ob es denn wirklich passe: „Damit ich wie wüsste, passt das. So. Zu einem hohen Prozentsatz. So. Man weiss es nie schlussendlich, aber ähm. Genau“. Ausserdem könnte dadurch verhindert werden, in einen „Abwicklungsprozess“⁶⁹ (Ivana) zu kommen.

⁶⁸ Wortwahl in Anlehnung an: „Manchmal habe ich so ein Gespür, wo ich denke, ja, da würde jetzt für diese Patientin noch *passen* [Hervorhebung v. Verf.] und (...) ja oder auch so chli (...) ist noch schwierig“ (Frau Wehrle).

⁶⁹ Im Zusammenhang mit „Abwicklungsprozess“ sagt Ivana: „Das ist öppis [etwas], wo mir trotz all dem mega wichtig ist gewesen, dass es nicht einfach ein Fall ist mit einer Fallnummer, sondern, dass ich wie immer wieder den Bezug

Die Wahl der passenden Institution für eine konkrete Person erfolgt auch bei Daniel in einer „Mischung zwischen Erfahrungswissen, einem Bauchgefühl und wieder mal go recherchieren“. Häufig rekurrieren Daniel und die anderen Sozialarbeitenden dabei auf Wohninstitutionen, mit denen sie bereits zusammengearbeitet haben und die Zusammenarbeit als gut eingeschätzt wurde. Wenn diese „nicht funktionieren“ (Daniel) würden, recherchiere er in einer vorhandenen Liste oder frage im Team Soziale Arbeit nach. Das Bauchgefühl beschreibt Daniel folgendermassen:

Und würde ich den Patienten jetzt dort sehen oder nicht. [...] und dort kommt eben dann das Bauchgefühl ins Spiel: ‚Mmh, das könnte passen [...]‘. Oder einfach, wie er als Person ist, passt er dort rein oder nicht, wie ich das Haus dort kenne.

Auf die Frage hin, ob Daniel dieses Bauchgefühl konkret erklären oder in Worte fassen könne, bringt er die Anforderungen der Wohninstitutionen (z. B. hinsichtlich selbstständigen Kochens oder selbstständiger Aufrechterhaltung einer externen Tagesstruktur) mit dem eingeschätzten Unterstützungsbedarf in Verbindung. Der eingeschätzte Unterstützungsbedarf scheint auch in den anderen Gesprächen relevant für die Suche nach der passenden Wohninstitution zu sein. Der Unterstützungsbedarf ist jeweils eine Grösse, die interprofessionell und teils mit externen Akteur:innen (z. B. Beistandspersonen) eingeschätzt wird (siehe Kapitel 7.1.2).

Das Wissen über die Adressat:innen aber auch das Wissen über die Wohninstitutionen scheinen wichtige Bezugspunkte für die Einschätzung der *Passung* zu sein. So heben sowohl Ivana wie auch Frau Wehrle den Aufbau und die Erweiterung von Wissen im Zusammenhang mit den institutionellen Wohneinrichtung und die eingeschätzte *Passung* hervor. Frau Wehrle schätzt beispielsweise Begleitungen zu Besichtigungen von Wohninstitutionen als Weiterbildung für sich ein. Damit könne Frau Wehrle ihr Wissen über die Institutionen aufbauen, welches dann für spätere Beratungen und Begleitungen bereitstehe. Der Übertritt von der Klinik ins institutionelle Wohnen wird von Ivana als „tougher Cut“ der sozialarbeiterischen Begleitung bezeichnet. Die fehlende Nachbetreuung nach dem Austritt aus der Klinik verhindere gemäss Ivana einen Lernprozess, welcher künftigen Adressat:innen zugute kommen könnte. Über eine Nachbetreuung könnte Ivana erfahren, wie es den Leuten in der vermittelten Wohninstitution

gesucht habe zu ihr und gelugt [geschaut] habe, auch wenn es mega niederschwellig ist, wie tickt sie, was braucht sie im Alltag. Auch mit der Pflege zusammen, dass es nicht einfach eine Abwicklung von einem Fall ist, sondern dass ich sehe, hey, da ist ein Mensch dahinter und der hat Bedürfnisse und für die Bedürfnisse müssen wir jetzt lugen [schauen], alle miteinander“.

geht, ob es dort für sie hinsichtlich der Mitbewohner:innen oder der Lage passt. Diese Informationen würden Ivana dabei unterstützen, in Zukunft besser einzuschätzen, ob eine bestimmte Wohninstitution passe oder nicht.

Das oben genannte vage Gespür zur *Passung* lässt sich also mit Kenntnissen über die begleiteten Personen und (Erfahrungs)Wissensbeständen zu den verschiedenen institutionellen Wohneinrichtungen in Verbindung bringen. Der interprofessionell eingeschätzte Unterstützungsbedarf sowie bestehende Netzwerke und gute Zusammenarbeitserfahrungen mit Wohninstitutionen wirken dabei orientierend. Als intervenierender Aspekt, welcher sich auf die potenzielle *Passung* auswirkt, wird verschiedentlich die Verfügbarkeit von (passenden) Angeboten genannt. Frau Wehrle verweist beispielsweise darauf, dass es vorkommen kann, dass nur eine einzige institutionelle Wohnform zur Wahl steht. Ivana meint in diesem Zusammenhang auch, „häufig muss du einfach nehmen, was ume [da] ist. Und dann sind das tatsächlich nicht die richtigen Plätze“.

7.7 Rekurs auf Selbstbestimmung / Freiwilligkeit

Die befragten Sozialarbeitenden nehmen in all ihren Erzählungen von Übergängen zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen Bezug auf die Selbstbestimmung ihrer Adressat:innen. Selbstbestimmung beziehungsweise Freiwilligkeit wirken dabei als zentrale handlungsorientierende Konzepte. Selbstbestimmung und Freiwilligkeit werden mehrheitlich bedeutungsähnlich verwendet und teils mit anderen Begriffen ergänzt (z. B. wollen, Wunsch teilen). Es bietet sich an dieser Stelle dennoch an, sowohl Selbstbestimmung wie auch Freiwilligkeit als Begriffe zu nennen. Der Grund dafür ist, dass eine der befragten Personen über die Verwendung der Begriffe, den rechtlichen Handlungskontext markiert. Der Rekurs auf Selbstbestimmung beziehungsweise Freiwilligkeit scheint für die klinische Soziale Arbeit von der fachlichen Orientierung oder Haltung, von einem dienstleistungsorientierten Selbstverständnis und von rechtlichen Rahmenbedingungen mitbestimmt. Ausserdem scheint ein enger Zusammenhang zwischen dem Rekurs auf Selbstbestimmung / Freiwilligkeit und der Art der Beziehungsgestaltung und des Vertrauensaufbaus mit den Adressat:innen zu bestehen.

Selbstbestimmung und damit verbundene Handlungspraktiken

Selbstbestimmung wird von Daniel folgendermassen definiert: „So viel wie möglich können mitbestimmen, was mich selber betrifft“. Damit verbunden sind sozialarbeiterische Handlungspraktiken, welche Selbstbestimmung sowohl bei kleinen wie auch bei grossen Themen ermöglichen. Ivana lässt beispielsweise, nach Möglichkeit, den Zeitpunkt des nächsten Termins

durch die Adressat:innen mitentscheiden. Soll dieser am Morgen oder am Nachmittag stattfinden? Soll dieser die Woche darauf oder erst in zwei Wochen sein? Für Ivana gehe es im Zusammenhang mit der Selbstbestimmung auch darum, den Adressat:innen Entscheidungen zuzumuten und in deren Verantwortung abzugeben: „Also, auch wenn es kleine Sachen sind, aber versuchen dort Verantwortung abzugeben und sagen, ‚luget [schauen] sie, ich traue ihnen das zu, dass sie das entscheiden können‘“. Sara beschreibt, wie sie den Entscheidungsfindungsprozess begleitet, sich aber aus der Entscheidungsfindung möglichst herausnimmt. Dazu gehört auch, dass sie gemachte Entscheidungen, beispielsweise gegen ein institutionelles Wohnen, respektiert und stehen lässt: „Aber wenn sie nicht wollen, dann sehe ich das nicht als meine Aufgabe zum da weiter bohren“ oder „Sonst probiere ich schon viel, Entscheidungen oder Überlegungen, wo zu Entscheidungen führen, den Patientinnen und Patienten zu überlassen. Dass ich nicht zu viel vorrede“. Die interviewten Sozialarbeitenden sehen es mehrheitlich als ihre Aufgabe an, informierte und selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen. Dabei geht es darum, für den Entscheid notwendige Informationen zur Verfügung zu stellen und den Entscheidungsprozess zu begleiten. Dies beinhaltet auch das Nennen von Alternativen und das Aufzeigen von beispielsweise finanziellen oder rechtlichen Konsequenzen eines Entscheides.

Zusammenhang mit fachlicher Orientierung

Sowohl Daniel wie auch Ivana bringen Selbstbestimmung explizit mit ihrer sozialarbeiterischen fachlichen Orientierung zusammen. Für Daniel ist Selbstbestimmung ein „sozialarbeiterisches Credo“. Ivana sagt, „also aus unserer sozialarbeiterischen Professionshaltung finde ich schon, dass wir das einbeziehen müssen. Die Selbstbestimmung“. Daniel bezeichnet es für die Soziale Arbeit als selbstverständlich, dass man Selbstbestimmung ermöglicht, indem die Adressat:innen möglichst selber für sich können entscheiden, miteinbezogen, gefragt werden „so gut es halt geht“. Neben diesem sozialarbeiterischen Fachbezug macht Daniel auch einen Bezug zur *Recovery*-Orientierung, die für ihn handlungsorientierend wirkt. Auch diese erfordere eine Arbeitsweise, die Selbstbestimmung ermögliche. Für Ivana entspricht die Ermöglichung von Selbstbestimmung sowohl einer fachlichen wie auch einer persönlichen Haltung. Das Gegenteil von Selbstbestimmung ist für Ivana eine Art von „Bevormunden“, welche sie ablehnt. Entscheidungen vorwegzunehmen, beispielsweise mit einer ungefragten Anmeldung bei einer institutionellen Wohneinrichtung findet Ivana „falsch“ oder „ganz schlimm“. Sie meint in diesem Zusammenhang auch, dass sie (alltagssprachlich) „nicht das Recht [dazu]“ habe.

Zusammenhang mit rechtlichen Rahmenbedingungen und Auftrag

In der Beschreibung oder Reflexion von Zwangssituationen (z. B. stationärer Aufenthalt in der Klinik gegen den Willen oder ärztlich/gerichtlich angeordneten Platzierungen in geschlossenen Wohninstitutionen) spricht Daniel nicht von Selbstbestimmung, sondern von Freiwilligkeit. Der Begriff der Freiwilligkeit fällt im Interview mit Daniel ausschliesslich im Kontext von Zwang. Wie die Selbstbestimmung unterstützt Daniel die Freiwilligkeit durch die Schaffung oder Erweiterung von Wahlmöglichkeiten und der Mitbestimmung handlungspraktisch. Daniel scheint hier die beiden Begriffe wenn nicht synonym, mindestens mit einer ähnlichen Bedeutung aber kontextspezifisch zu verwenden.⁷⁰

Der rechtliche Aspekt scheint auch sonst im Kontext der Selbstbestimmung beziehungsweise der Freiwilligkeit entscheidend zu sein. Daniel weist darauf hin, dass er – sofern keine ärztliche oder gerichtlich angeordnete Platzierung als fürsorgliche Unterbringung (FU) besteht⁷¹ – die Adressat:innen nicht zwingt beziehungsweise nicht zwingen *kann*. Anders als ein Beistand oder Sozialarbeitende auf dem Sozialamt könne er nicht mit Zwang arbeiten. Er sei auf die freiwillige Mitarbeit der Adressat:innen angewiesen. Daniel kann als klinisch Sozialarbeitender in der Psychiatrie beispielsweise keine Sanktionen aussprechen: „Also es ist wie, ich muss mit dieser Freiwilligkeit schaffen können“.

Zusammenhang mit Dienstleistungs-Logik

Daniel beschreibt einen Teil seiner Aufgabe darin, auf dem Silbertablett Angebote zu machen (siehe Kapitel 7.4). Die Entscheidung für oder gegen ein Angebot aber könne er den Adressat:innen nicht abnehmen. Vielmehr müsse er den Adressat:innen zu spüren geben, dass sie entscheiden: „Oder ihnen das auch zu spüren geben. SIE entscheiden. Ich kann sagen, Silbertablett mit vielen Sachen, wo ich gut finden würde, aber letzten Endes, kann ich ihnen die Entscheidung nicht abnehmen“. Wie weiter oben beschrieben, arbeitet Daniel *im Dienste* der Adressat:innen, bietet eine *Dienst-Leistung* an, welche mindestens teilweise von marktwirtschaftlichen Charakteristiken oder ökonomischen Gedanken geprägt scheint. Dieser *Dienstleistungs-Logik* folgend, scheint es wenig erstaunlich, dass die Entscheidung ob und welches

⁷⁰ Ivana verwendet auch mit Bezug zum Zwangskontext nur den Begriff Selbstbestimmung. Bei Sara und Frau Wehrle findet sich nur freiwillig. Die Unterscheidung erfolgt also nicht systematisch, sondern nach individuellen Präferenzen.

⁷¹ Die FU ist in Art. 426 bis Art. 439 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB), SR 210, geregelt.

Angebot angenommen wird, bei den Adressat:innen liegen (muss), welche hier zu Konsument:innen, Kund:innen oder Nutzer:innen werden.

Zusammenhang mit Wir arbeiten nachhaltig

Bei Frau Wehrle, Sara und Daniel kommt zum Ausdruck, dass ein Entscheid für ein institutionelles Wohnen (nur) dann nachhaltig sein kann, wenn dieser selbstbestimmt oder freiwillig erfolgt. Für Frau Wehrle ist bei einem angestrebten Wechsel in ein institutionelles Wohnen wichtig sicherzustellen, dass es „das Richtige“ für die Person ist. Dass es „das Richtige“ ist, wird über die Zusage und dem Willen der betroffenen Person legitimiert. Dabei ist es für Frau Wehrle wichtig, dass die Zusage und die Willensbekundung für das institutionelle Wohnen intrinsisch erfolgt und nicht auf Druck von aussen. Gradmesser für die *richtige* Entscheidung ist für Frau Wehrle, dass die betroffene Person den Entscheid vor dem Wechsel oder kurz nach dem Wechsel nicht zurückzieht. Eine richtige Entscheidung für das institutionelle Wohnen scheint also eine gewisse Nachhaltigkeit zu implizieren. Sara überredet niemanden ins institutionelle Wohnen, „weil wir müssen den Aufwand nicht betreiben und den Leuten so viel Kraft entnehmen dafür, dass sie nachher einen Monat dort sind, nur, weil wir das haben wollen“. Daniel führt aus, dass es selbst bei einer Platzierung gegen den Willen⁷² wichtig ist, die Leute einzubeziehen. Ein Wechsel in ein institutionelles Wohnen unter (grossem) Widerstand sei „eigentlich nicht das Ziel, weil dann wird es auch dort nicht lange gut gehen“.

Rekurs auf Selbstbestimmung / Freiwilligkeit und Beziehungsgestaltung

Der Rekurs auf Selbstbestimmung / Freiwilligkeit äussert sich unabhängig von den beschriebenen Zusammenhängen in den von den interviewten Sozialarbeitenden beschriebenen Handlungspraktiken zum Beziehungs- und Vertrauensaufbau. Die Bedeutung der Beziehungsarbeit und des Vertrauensaufbaus für die sozialarbeiterische Tätigkeit wird von den interviewten Sozialarbeitenden unterstrichen. Ivana setzt die Ermöglichung der Selbstbestimmung beispielsweise bewusst für den Beziehungs- und Vertrauensaufbau ein. Umgekehrt scheint der Beziehungs- und Vertrauensaufbau mindestens teilweise auch der Herstellung von Freiwilligkeit / Selbstbestimmung zu dienen. Daniel beschreibt, dass es wichtig sei, in relativ kurzer Zeit eine vertrauensvolle Beziehung zu den Leuten aufzubauen. Dazu sei es häufig notwendig, auf negative Vorerfahrungen mit dem Sozialstaat einzugehen und zu erklären,

⁷² Damit ist eine ärztlich oder gerichtlich angeordnete fürsorgerische Unterbringung (FU) gemäss Art. 426 bis Art. 439 ZGB (SR 210) gemeint.

dass er kein „Sozi vom Amt“ sei. Daniel vermittelt den Adressat:innen, dass er „möglichst mit ihnen“, „FÜR“ sie oder auch „anwaltschaftlich“ unterwegs ist und eben nicht wie Sozialämter sanktionieren oder mit Zwang arbeiten könne⁷³. Das sei für die Personen manchmal eine neue Erfahrung, weil sie es vom Beistand oder vom Sozialamt nicht gewohnt seien. Daniel mag diese „ermöglichende Rolle“, mit der „wenn immer möglich [...] den Leuten die Entscheidungsfreiheit“ überlassen ist. Er sieht sich auch in der personenbezogenen Unterstützung ähnlich seiner Position im interprofessionellen Team als *Vermittler*⁷⁴ an der „Schnittstelle zwischen innen und aussen“. So nennt er auch verschiedene Vermittlungsbeispiele, die dem Beziehungsaufbau dienlich sind: Einholen der Kostengutsprache für das Taschengeld beim Beistand oder beim Sozialamt, damit die Adressat:innen Geld für Zigaretten haben oder sich im interprofessionellen Team dafür einsetzen, dass die Adressat:innen zu Hause ihre Kleider holen können. Beim Beziehungsaufbau und bei der Aufrechterhaltung der Beziehung müsse Daniel „empathisch und feinfühlig“ vorgehen. Einerseits gehe es dabei darum, möglichen Widerständen gegenüber aufmerksam zu sein und mit diesen aktiv zu arbeiten. Andererseits gehe es auch darum, zu merken, wie weit man aktuell gehen könne, was die Beziehung im Moment aushalte: „Und es gibt auch einen Hinweis, bis wo ane [hin] kann ich gehen im Moment. Wo braucht es vielleicht noch, weil wir zuerst noch chli [etwas] Beziehung aufbauen müssen“. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung scheint konstituierend zu sein, für die Schaffung eines Raumes, in dem ohne Zwang und mit Rekurs auf die Selbstbestimmung beziehungsweise auf die Freiwilligkeit (im Sinne auch einer Entscheidungsfreiheit) sozialarbeiterisch gearbeitet werden kann.

Sommerfeld et al. sprechen im Zusammenhang mit der Beziehungsgestaltung von einem sogenannten „Arbeitsbündnis“ (z. B. 2016, S. 83). Ein tragfähiges und professionelles Arbeitsbündnis gehört für Hollenstein und Sommerfeld (2009, S. 196) in ihrem Modell des integrierten Prozessbogens zu den „Stabilisierungsbedingungen“. Diese werden neben der Ermöglichung von „Erfahrung von Sinn und Selbstwirksamkeit in relevanten sozialen Systemen“ als bedeutend für die angestrebten Entwicklungsprozesse der Adressat:innen eingeschätzt (Hollenstein & Sommerfeld, 2009, S. 196–197). Die beschriebene Art der Beziehungsgestaltung und des Vertrauensaufbaus, oder des Arbeitsbündnisses, kann darüber hinaus unter dem

⁷³ Ausser unter Anordnung in Situationen einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) gemäss Art. 426 bis Art. 439 ZGB (SR 210).

⁷⁴ „Vermitteln“ ist im Interview mit Daniel ein wiederkehrendes Verb.

Stichwort *Erbringungsverhältnis* als ein Aspekt der Sozialen Arbeit als personenbezogener Dienstleistung (Meuth, 2018a, S. 183–194) diskutiert werden (siehe Kapitel 8.3.3).

Selbstbestimmter / freiwilliger Entscheid für institutionelles Wohnen?

Das Einverständnis der betroffenen Person ist für ein institutionelles Wohnen wie auch für andere Unterstützungsleistungen zentral. Der Rekurs auf die Selbstbestimmung beziehungsweise auf die Freiwilligkeit steht allerdings scheinbar im Widerspruch mit den Umständen, die Menschen dazu führen, einer Platzierung ins institutionelle Wohnen zuzustimmen („sich darauf ein[zulassen“ (Daniel)) oder dieser „einsichtig“ (Daniel) zu begegnen. Frau Wehrle erlebte bisher, dass bei aufrechterhaltener Möglichkeit der Rückkehr ins Elternhaus, ein Umzug in ein institutionelles Wohnen nicht weiterverfolgt wird. Die anderen interviewten Sozialarbeitenden beschreiben konkrete Situationen, in denen aufgrund von gegebenen Umständen ein Wechsel in ein institutionelles Wohnen alternativlos erscheint. Sara meint zu einem dargestellten erfolgten Wechsel ins institutionelle Wohnen: „Also ich ganz persönlich glaube, sie hat keinen anderen Ausweg mehr gesehen. Es ist nicht der erste Aufenthalt bei uns gewesen. Wir haben uns auch schon chli [etwas] länger gekannt und sie hat vieles probiert“. Auch Daniel beschreibt Situationen, in denen aufgrund einer gewissen Alternativlosigkeit, die „Einsicht“ für die Notwendigkeit eines institutionellen Wohnens gegeben war: „Es ist jetzt einfach an einen Punkt ane [hin] gekommen, wo es nicht mehr anders gegangen ist“. Der anerkannte Unterstützungsbedarf und der Umstand beziehungsweise das Bewusstsein darüber, dass irgendwo gewohnt werden *muss*, motivieren in gewisser Hinsicht „sich [...] darauf ein[zulassen“ (Daniel): „Aber er hat sich eigentlich gut können darauf einlassen, weil ihm auch klar gewesen ist, ‚ich muss irgendwo wohnen‘. Und eine eigene Wohnung finden, ist nicht realistisch gewesen für ihn“. Insgesamt beschreiben die interviewten Sozialarbeitenden Situationen, in denen der Druck auf eine Wohnveränderung in Richtung institutionelles Wohnen aufgrund fehlender Alternativen hoch ist oder aufgrund wegfallender Alternativen hoch wird. Dazu gehören die von Daniel und Sara beschriebenen Situationen, in denen sich Personen erst auf ein institutionelles Wohnen einlassen können, wenn andere Versuche erfolglos geblieben sind und das institutionelle Wohnen alternativlos wird:

Aber es gibt so Leute, die sich nicht darauf einlassen können. Und die treten auch wieder aus. Und die kommen auch wieder. Und irgendwann ist vielleicht der Moment da, wo sie sich darauf einlassen können. Aber sie haben die Erfahrung nochmals machen müssen, sie haben es nochmals probieren müssen und es ist jetzt halt schief gegangen. (Daniel)

Sara meint, dass die Entscheidung für das institutionelle Wohnen „freiwillig“ erfolgen sollte, schiebt aber gleich nach „so freiwillig, wie man es halt machen kann“. Dies könnte ein Hinweis

dafür sein, dass die Bereitschaft mindestens teilweise von externen Umständen oder Faktoren abhängig ist.

Der Punkt mit dem *sich darauf einlassen können* oder die *Einsicht*, dass es nicht mehr ohne institutionelles Wohnen geht, im Zusammenhang mit dem Rekurs auf Selbstbestimmung / Freiheit, erinnert an die von Meuth (2018a, S. 160–194) herausgearbeitete konditionale Dienstleistungsorientierung in der dienstleistungsbezogenen Bedeutung von Wohnen „*we do give and provide them [...] if they*“. Ausserdem ist der Rekurs auf Selbstbestimmung / Freiwilligkeit in einer Situation, in der ein institutionelles Wohnen quasi alternativlos wird mit Marquardt (2013, S. 160) *paradox*. Sara sagt in diesem Zusammenhang:

Also, ich finde die Leute, wo das so durchziehen, so einen Wechsel [ins institutionelle Wohnen], das finde ich mega mutig und mega beeindruckend, weil sie gehen eigentlich auch in eine Abhängigkeit. Sie geben auch ein Stück weit Autonomie auf [....]. Ich finde, ja, die Autonomiekürzung, oder wie man dem auch immer sagen kann, sehr einschneidend. [...] Das drängt sie [die Adressat:innen] ja noch mehr an den Rand. Obwohl es sie ja dann in Zukunft eigentlich voranbringen sollte.

Damit verweist Sara indirekt auf die institutionellen Wohnkontexte als „paradoxe Räume der Gegenwart“, die „die Autonomie ihrer Bewohner_innen strategisch ein[schränken], um sie zu mehr Autonomie und eigenverantwortlicher Selbstführung anzuleiten“ (Marquardt, 2013, S. 160). Dies erscheint umso paradoxer als eben die Entscheidung für ein institutionelles Wohnen *selbstbestimmt* oder *freiwillig* erfolgen soll.

7.8 Wohnen als analytisch fokussiertes querliegendes Thema

In diesem Kapitel sind die Kategorien mit direktem Bezug zum Thema *Wohnen* zusammengestellt: das (institutionelle) Wohnverständnis (siehe Kapitel 7.8.1), die Idee der Wohn(un)fähigkeit im Handlungskontext der Psychiatrie (siehe Kapitel 7.8.2) sowie das Übergangsverständnis zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen (siehe Kapitel 7.8.3). Die Inhalte der Kategorien kamen teilweise und punktuell auch in den bisher beschriebenen Kategorien zum Ausdruck. Hier werden diese entlang theoretischer⁷⁵ oder empirischer⁷⁶ Grundlagen systematisiert dargestellt.

⁷⁵ Die Analyse und Darstellung des (institutionellen) Wohnverständnisses und des Übergangsverständnisses folgt dem mehrdimensionalen Wohnverständnis nach Meuth (2017b, S. 112–117; 2018a, S. 49–71).

⁷⁶ Die analytische Verdichtung der Idee der Wohn(un)fähigkeit im Handlungskontext der Psychiatrie orientiert sich an der Ergebnisdarstellung zur Wohn(un)fähigkeit von Marquardt (2013, S. 159) und Meuth (z.B. 2018a, S. 214–216) (siehe Kapitel 5.2.1 und 5.2.2).

7.8.1 (Institutionelles) Wohnverständnis entlang Wohndimensionen

Im Folgenden wird das in den Interviews zum Ausdruck gekommene (institutionelle) Wohnverständnis anhand ausgewählter Befunde vorgestellt. Die Darstellung folgt den verschiedenen Aspekten und den dazugehörigen Dimensionen des mehrdimensionalen Wohnverständnisses von Meuth (2018a, S. 66–70). Der Fokus der folgenden Ausführungen liegt auf dem Verständnis des *institutionellen* Wohnens. Das von den interviewten Sozialarbeitenden dargelegte Verständnis von institutionellem Wohnen kommt dabei nicht ohne Bezüge zu einem Verständnis von Normalwohnen aus. Die interviewten Sozialarbeitenden beschreiben institutionelles Wohnen wahlweise als vergleichbar oder abweichend vom Normalwohnen. Normalwohnen wird in diesem Zusammenhang als vergleichende Bezugsgrösse, als *Norm*, für das Verständnis von institutionellem Wohnen relevant. Beim Aspekt Haushalt und der zugehörigen sozial-strukturellen Dimension wird auf die eingeschränkten Zugangsbedingungen zum Normalwohnen eingegangen. Dies aufgrund der Relevanz für die weitere Diskussion des institutionellen Wohnens.

Wohnbeschaffenheit / physisch-materielle Dimension

In Bezug auf die Wohnbeschaffenheit und die physisch-materielle Dimension kommen in den Interviews hauptsächlich zwei Faktoren zum Ausdruck: die im Vergleich zum Normalwohnen eingeschränkten Rückzugs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Die interviewten Sozialarbeitenden anerkennen, dass in institutionellen Wohneinrichtungen die *Rückzugsmöglichkeiten* eingeschränkt sind. Das eigene Zimmer wird häufig als einzige Möglichkeit zum Rückzug dargestellt. In diesem Zusammenhang werden die in der Vergangenheit üblichen Doppelzimmer als nicht mehr zeitgemäss eingestuft. In der Regel würden institutionelle Wohneinrichtungen (teil-)möblierte Zimmer anbieten. Die individuelle Gestaltung, so wie es gefällt, sei in diesem Rahmen möglich, aber eingeschränkt. Sara unterstreicht diesbezüglich auch, dass die Gestaltungs- und Aneignungsmöglichkeiten eingeschränkt sind (Aspekt der Wohntätigkeit), weil das Mobiliar nie das Eigene sei: „Also, viele Zimmer sind möbliert und sie [die Wohninstitutionen] sagen, ‚ja man kann es schon ummöblieren‘, aber es ist dann doch (...) das Inventar gehört einem nie selber“. Bei beiden beschriebenen Faktoren wird das *Wohnen* im institutionellen Wohnkontext auf das *Zimmer* enggeführt. Dies deckt sich mit den Befunden von Meuth, in denen beim begleiteten Jugendwohnen der Wohn-Ort sowohl in der *physisch-materiellen Dimension* wie auch in Bezug auf den Aspekt *Zuhause* auf das Zimmer reduziert wird (2018a, S. 152; 172).

Haushalt: sozial-strukturelle Dimension

Die Zugangsbedingungen zum allgemeinen Wohnungsmarkt werden von den interviewten Sozialarbeitenden für die eigene Adressat:innen als eingeschränkt wahrgenommen. Dabei können im Zuge der Analyse zwei Arten von eingeschränkten Zugangsbedingungen ausdifferenziert werden: *Die finanziell-rechtlich sowie die sozial-gesellschaftlich eingeschränkten Zugangsbedingungen.*

Der *finanziell-rechtlich eingeschränkte Zugang* zum Wohnungsmarkt (z. B. aufgrund Betreibungen, Sozialhilfe oder tiefen Einkommens) wird bei Adressat:innen ohne zusätzlichen Unterstützungsbedarf von den interviewten Sozialarbeitenden in der Regel nicht als Grund für ein institutionelles Wohnen gehandelt oder abgewiesen. Eingeschränkte finanziell-rechtliche Zugangsbedingungen werden aber als erschwerende Faktoren für die Wohnungssuche auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt anerkannt.

Eingeschränkte gesellschaftlich-soziale Zugangsbedingungen zum Wohnungsmarkt scheinen im Gegensatz dazu einen Wechsel ins institutionelle Wohnen begründen zu können. Zu den gesellschaftlich-sozialen Zugangsbedingungen gehören einerseits individuelle Ausgangsbedingungen (z. B. sprachliche Barrieren, administrative Überforderung) und andererseits die gesellschaftliche Position von Menschen mit psychischen Erkrankungen. So ist beispielsweise für Daniel weniger das *(nicht) Finden* einer Wohnung auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt Indikation für einen Wechsel ins institutionelle Wohnen, sondern vielmehr das *nicht Suchen können*, auch auf einem ausgeglichenen Wohnungsmarkt: „Wenn sie es selber nicht schaffen [eine Wohnung zu suchen]. Ob es jetzt viele oder wenige Wohnungen hat“. Das *nicht selber Suchen können* ist für Daniel ein Hinweis für die Notwendigkeit einer Wohnplatzierung: „Und sie müssen selbstständig suchen und viele Leute sind dazu gar nicht in der Lage. [...] eine Indikation für eine Wohnplatzierung. Wenn sie es selber nicht schaffen“. Das Zitat verweist auf individuell fehlende Fähigkeiten als Grund für ein institutionelles Wohnen (siehe Kapitel 7.8.2 Idee der Wohn(un)fähigkeit in der stationären Psychiatrie). Darüber hinaus verweist Daniel auf die gesellschaftliche Position von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wenn er sagt, dass „auch eigentlich dann wie klar ist, die Person wird nicht selbstständig eine Wohnung finden. Dass auch kein Vermieter sie wird aufnehmen, wenn die Person sich so zeigt, bei einer Besichtigung“. Daniel spricht an, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aufgrund ihrer Erscheinung oder ihres Verhaltens auf dem Wohnungsmarkt benachteiligt werden können. Auch Ivana sagt in einem ähnlichen Zusammenhang: „Also [...] unsere Klientel kommt als

Letztes dran“. Hier wird wiederum ein individualisierendes Begründungsmuster für die erschwerten Zugangsbedingungen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf dem Wohnungsmarkt mitbedient. Allerdings wird dieses relativiert, indem es von der Reaktion einer Drittperson abhängig gemacht wird. Daniel und auch Ivana weisen hier auf eingeschränkte gesellschaftlich-soziale Zugangsbedingungen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zum Wohnungsmarkt hin, welche im Gegensatz zu den finanziell-rechtlich eingeschränkten Zugangsbedingungen von ihnen als Gründe für ein institutionelles Wohnen anerkannt werden.

Der Aspekt des Haushaltes und die dazugehörige sozial-strukturelle Dimension in Bezug auf das institutionelle Wohnen kommt in unterschiedlichen Kontexten zur Sprache. Dies kommt einerseits bei Überlegungen rund um die *Suche* nach (passenden) institutionellen Wohnmöglichkeiten zum Ausdruck (z. B. Ortsverbundenheit bei Suche berücksichtigen, zunehmend schwierige Suche im verfügbaren Zeitraum gute institutionelle Wohnmöglichkeiten zu finden). Der Aspekt und die dazugehörige Dimension werden andererseits aber auch dann angesprochen, wenn *negative Folgen des institutionellen Wohnens* oder damit verbundene *Machtverhältnisse und Strukturprinzipien* reflektiert werden. Mit einem Wechsel von einem Normalwohnen ins institutionelle Wohnen steht gemäss Frau Wehrle aufgrund sozialrechtlicher Bestimmungen in der Regel weniger Geld zur freien Verfügung (z. B. für Freizeit, Kleidung). Dieser Umstand sei gerade für junge Erwachsene ein Grund, sich gegen ein institutionelles Wohnen zu entscheiden. Diese sähen durch das institutionelle Wohnen die (weitere) Umsetzung anderer Ziele und Bedürfnisse gefährdet (z. B. Coiffeur-Besuche, Autoprüfung, Auto). Im Zusammenhang mit Machtverhältnissen und Strukturprinzipien steht beispielsweise auch die (aktuell) fehlende oder eingeschränkte Mitsprache bei der Mitbewohner:innen-Auswahl.⁷⁷ In diesem Zusammenhang meint Sara, dass man mit Menschen zusammenwohne, die man „nie selber ausgewählt [hat]“. Damit verdeutlicht Sara beispielhaft, dass Wohninstitutionen die Haushaltszusammensetzung definieren. Frau Wehrle spricht in diesem Zusammenhang von „Zwangsvergesellschaftung“. Gerade wenn man wie Sara das institutionelle Wohnen als Ersatzgemeinschaft für die Nachreifung (siehe Kapitel 7.1) versteht, ist dieser Umstand als negativ zu beurteilen. Die befragten Sozialarbeitenden bringen mit dem institutionellen Wohnen auch

⁷⁷ Daniel erwähnt, dass sich dies im Zuge der Umsetzung der *Behindertenrechtskonvention der UNO* (UN-BRK) am Verändern sei.

eine gewisse Abhängigkeit und ein Autonomieverlust in Verbindung. Dazu gehören auferlegte Verhaltensregeln (z. B. bzgl. Nachtruhe, TV, Essen), die Kontrollbefugnisse der Institutionen (z. B. Urinproben bei Konsumverdacht) oder die Entscheidung über den weiteren Verbleib in der Wohneinrichtung bei Fehlverhalten. Die interviewten Sozialarbeitenden reflektieren aber auch Folgen des institutionellen Wohnens auf einer gesellschaftlichen Ebene. So wird anerkannt, dass sich das institutionelle Wohnen auf „ihren Stand in der Gesellschaft“ (Sara) auswirken könne. Sara meint in diesem Zusammenhang exemplarisch, dass Bewohner:innen von institutionellen Wohneinrichtungen „noch mehr an den Rand [gedrängt werden]“. Damit verbunden sei „Stigmatisierung auf eine Art“, obwohl das institutionelle Wohnen die Bewohner:innen „in Zukunft eigentlich voranbringen sollte“ (Sara). Diese beschriebenen negativen Folgen, die sich aus einem institutionellen Wohnen ergeben können, sieht Sara dann als temporär gerechtfertigt, wenn Adressat:innen im institutionellen Wohnen auch „profitieren“ könnten. Dies sei beispielsweise dann der Fall, wenn durch die erhaltene Unterstützung, ein „normales Wohnen nachher wieder funktioniert“. Sara wägt in diesem Sinne den mit dem institutionellen Wohnen verbundenen zwischenzeitlichen Autonomieverlust und die Stigmatisierung gegen die mittel- bis langfristig potenziell als positiv eingeschätzten Folgen ab, zu welchen ein institutionelles Wohnen führen könne (z. B. gesundheitliche Stabilität).

Wohntätigkeit: Handlungsdimension

Im Zusammenhang mit dem Aspekt der Wohntätigkeit und der dazugehörigen Handlungsdimension fällt auf, dass die interviewten Sozialarbeitenden hauptsächlich *Tätigkeiten der Haushaltsführung* nennen. Tätigkeiten der Haushaltsführung erscheinen dabei sowohl als Gründe für ein institutionelles Wohnen (z. B. wenn Kompetenzen für die Ausübung dieser Tätigkeiten als fehlend eingeschätzt werden), wie als mögliche Zielsetzung des institutionellen Wohnens (z. B. über den Aufbau der Kompetenzen hierfür). Die Tätigkeiten der Haushaltsführung dienen über die Einschätzung fehlender Kompetenzen beziehungsweise des Unterstützungsbedarfes indirekt auch als Suchkriterien für passende institutionelle Wohneinrichtungen.

Die Nähe zum bisherigen Wohnumfeld (z. B. Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Gewährleistung kurzer Wege) wird von den interviewten Sozialarbeitenden als Suchkriterium für institutionelle Wohneinrichtungen anerkannt und berücksichtigt. Bei den sozialen Kontakten spielen neben den privaten Kontakten auch Kontakte zu Professionellen des Gesundheitswesens (z. B. Therapeut:in) eine Rolle. In einem Fall wurde der Erholungs- oder Freizeitbereich im

Zusammenhang mit dem institutionellen Wohnen genannt. Gemäss Daniel können Hobbies im institutionellen Wohnen weitergeführt oder neu aufgebaut werden.

Zuhause: emotional-kognitive Dimension

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass dem Aspekt des Zuhauses und der zugehörigen emotional-kognitiven Dimensionen in den Interviews eine grosse Bedeutung zugesprochen wird.

So wird beispielsweise dem Erleben direkt in den Räumlichkeiten der Institution beim Entscheid für ein institutionelles Wohnen von den befragten Sozialarbeitenden eine grosse Bedeutung zugewiesen. Es sei wichtig, die Räumlichkeiten zu sehen, zu spüren und einzuschätzen, ob es einem gefällt oder sympathisch ist (z. B. Frau Wehrle). Die Gefühlskomponente und das Erleben von Wohlbefinden sind anerkannte Entscheidungshelfer für oder gegen ein konkretes institutionelles Wohnen.

Daniel weist dem institutionellen Wohnen ähnlich dem Normalwohnen eine Bedeutung für das Wohl- und Sicherheitserleben zu. Er beschreibt das Wohnen als Ort, wo man sich einerseits wohlfühlen und andererseits auch Sicherheit erleben kann, im Sinne, dass dieser einen sicheren und beständigen (nicht immer wieder verhandelbaren) Ankunfts- und Ausgangsort darstelle: „Ein Stück weit auch Sicherheit. Zu wissen, heute Abend steige ich in den Zug und gehe wieder Heim [nach Hause] in meine Wohnung und ich muss nicht überlegen, wo ich schlafe. [...] von dort aus gehe ich in die Welt hinaus“. In diesem Aspekt unterscheide sich das institutionelle Wohnen in den Augen von Daniel nicht oder kaum von einem Normalwohnen. Im Gegenteil könne gerade das institutionelle Wohnen diese Sicherheit anbieten und Menschen entlasten, die in der Vergangenheit beispielsweise wiederholt Kündigungsandrohungen bekommen haben. Saras Einschätzung zufolge ist institutionelles Wohnen weniger „familiär“ und vermittelt weniger Geborgenheit als Normalwohnen. Beide Aspekte, erachtet Sara für sich als wichtig.

Sara formuliert ausserdem ästhetisch-emotionale Anforderungen an den institutionellen Wohnraum. Es mache für sie einfach „ein anderes Bild“, wenn die institutionellen Wohnungen modern daherkämen, die Wände frisch gestrichen seien, vor der Besichtigung frisch gelüftet worden sei und es nicht nach Rauch rieche, hell und sauber sei oder eine Pflanze im Raum stehe. Es vermittle den Interessenten dann nicht „ich komme jetzt auf ein Abstellgleis, sondern ,ou, da bietet mir jemand etwas. Ich bekomme etwas Neues, ich bekomme etwas Schönes““ (Sara).

Daniel reflektiert, dass institutionelles Wohnen auch eine traurige Konfrontation mit der Realität und Verlust bedeuten könne:

Ja, weil sie halt wissen, es ist ein betreutes Wohnen und es ist wie nicht normal, dass man so wohnt. Andere Leute wohnen normal. Und die auf der gegenüberliegenden Strassenseite, das sind einfach Leute, die arbeiten und wohnen und ihr Geld verdienen und alles im Griff haben, sage ich jetzt Mal, auch wenn es nicht Mal so sein muss. Es kann wie so chli [ein bisschen] eine Konfrontation mit der Realität sein, die halt auch, vielleicht traurig ist für die Einen. Dass sie das eigentlich dann sehen, das sie gern hätten oder wissen, ich habe das Mal gehabt und jetzt kann ich das nicht mehr.

Funktion und Idee: kulturgeschichtlich-gesellschaftliche Dimension

Institutionelles Wohnen wird als von Normalwohnen abweichendes Wohnen dargestellt. Dies konnte anhand von Beispielen bei den einzelnen Aspekten und zugehörigen Wohndimensionen bereits gezeigt werden. Daniel bringt dies folgendermassen auf den Punkt: „Normal ist, MAN WOHT ALLEINE“⁷⁸. Die befragten Sozialarbeitenden beschreiben ihr Verständnis von Wohnen entlang eines gesellschaftlich anerkannten Normalwohnens als privaten Raum, Schutz-Ort und Möglichkeit zum Ausdruck der eigenen Person und Persönlichkeit (Meuth, 2018a, S. 69–70). Der private Raum wird auch als Stück *Freiraum* verstanden, welcher selber gestaltet werden kann (z. B. bzgl. Einrichtung und Verhaltensregeln) und selbstbestimmt (z. B. mit wem wohnt man zusammen, mit wem und mit wie vielen wird das Badzimmer geteilt) strukturiert ist.

Neben der individuellen wird den Wohninstitutionen auch eine gesellschaftliche Funktion und Bedeutung zugewiesen. Daniel beschreibt institutionelle Wohneinrichtungen beispielsweise als letztes Auffangnetz: „Sie [die institutionellen Wohneinrichtungen] nehmen Leute auf, wo sonst durch das Raster gheiet [fallen], wo sonst niemand will“. Institutionelle Wohneinrichtungen schützen gemäss Daniel die Gesellschaft vor Problemen im öffentlichen sowie im halböffentlichen Raum (Hauseingänge, störende Nachbar:innen). Auch bei Frau Wehrle kommt zum Ausdruck, dass institutionellen Wohneinrichtungen eine gesellschaftlich erwünschte und legitimierte Kontrollfunktion von Menschen mit psychischen Erkrankungen zugewiesen wird. Das Konzept der Inklusion kommt hier für Daniel und Frau Wehrle an eine Grenze. Dabei meint beispielsweise Daniel mit Inklusion, dass ein Mensch „mit einer schweren psychischen Erkrankung ganz normal in einem Wohnblock wohnt und irgendwo geht go schaffen [arbeiten]. Ich denke, das ist einfach nicht die Realität, die wir [jetzt] haben“. Daniel ordnet diese aktuelle „Realität“ in gesellschaftliche Veränderungen ein. Frau Wehrle nimmt wahr, dass sich in der institutionellen Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Wandel vollzieht. Wohnheime mit einem

⁷⁸ Dies im Gegensatz zu institutionellem Wohnen.

Versorgungsauftrag⁷⁹ für das ganze Leben sieht sie als Auslaufmodell. Neueren Modellen (z. B. Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung (IV)⁸⁰) attestiert sie mehr Inklusion. Auch institutionelle Wohnformen schaffen gemäss Frau Wehrle gesellschaftlich gewollt und beauftragt Inklusion und ermöglichen ein Recht auf das eigene Leben. Die Frage wie viel Inklusion wir als Gesellschaft bereit zu ertragen seien, damit Menschen so leben könnten, wie sie wollten, bleibt für Frau Wehrle aber im Raum. Auch Daniel geht neben der integrativen Funktion von einer nur punktuell inklusiven Funktion institutioneller Wohneinrichtungen aus. Aussagen wie „dass sie überhaupt wieder Teil von der Gesellschaft sind“ (Daniel) oder „was braucht es, dass sie wieder können in die Gesellschaft rein kommen“ (Ivana) zeigen, dass institutionelle Wohnformen mindestens teilweise als etwas *ausserhalb* der Gesellschaft gedacht werden.

Eine wichtige Bezugsgrösse für das dargelegte Verständnis von *institutionellem* Wohnen ist das Normalwohnen. Es fällt dabei auf, dass das Normalwohnen von den interviewten Sozialarbeitenden *idealisiert* dargestellt wird.⁸¹ Das *institutionelle* Wohnen wird von den befragten Sozialarbeitenden jeweils mit Bezug zum Normalwohnen beschrieben. Mit Normalwohnen verbunden ist ein Wohnverständnis, dass sich auf „kulturgeschichtlich-gesellschaftlich gewachsene *Wohn-Normen*“ bezieht (Meuth, 2018a, S. 215). Normalwohnen ist die *Norm* oder eben *normal*. Institutionelles Wohnen wird „nicht als das *Andere* konstituiert – im Sinne eines *Anders-Wohnen*“ (Meuth, 2018a, S. 215), sondern als davon abweichendes Wohnen.

7.8.2 Idee der Wohn(un)fähigkeit in der stationären Psychiatrie

Keiner der befragten Sozialarbeitenden hat im Interview den Begriff Wohn(un)fähigkeit explizit verwendet. Das Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit kommt aber unabhängig davon durch verschiedene Aussagen zum Ausdruck: Einerseits über Aussagen, die auf Normen verweisen, wie man zu leben oder zu wohnen habe und andererseits ganz konkret über genannte Fähigkeiten, die notwendig sind, um in einem Normalwohnen zu verbleiben oder um aus einem institutionellen Wohnen wieder in ein Normalwohnen wechseln zu können. Die genannten

⁷⁹ Begriffsverwendung in Anlehnung an: „Vorher hat man die [Adressat:innen] einfach in die Heime [Wohninstitutionen] *versorgt* [Hervorhebung v. Verf.]“ (Frau Wehrle).

⁸⁰ Für Informationen zum Assistenzbeitrag der IV:
<https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV/Assistenzbeitrag#qa-1237>

⁸¹ Beispielsweise in Bezug auf die Eigenschaften als Schutz-Ort oder als geborgenheitsstiftende Umgebung, aber auch in Bezug auf die Aneignungs- und Gestaltungsmöglichkeiten, die im Normalwohnen durchaus auch durch Vermietende oder Mitbewohnende eingeschränkt werden oder ausgehandelt werden müssen.

Fähigkeiten verweisen direkt oder indirekt auf die für die interviewten Sozialarbeitenden möglichen Zielsetzungen eines institutionellen Wohnens. Auch bei Meuth (2018a, S. 197–198) wurde der Begriff der Wohn(un)fähigkeit durch die von ihr interviewten Fachpersonen sprachlich nicht eingeführt. Die hier herausgearbeiteten – und in den vorherigen Abschnitten bereits zu einem Grossteil beschriebenen – Aspekte von Wohn(un)fähigkeit können analytisch auf folgende fünf Bereiche verdichtet werden:

1. Haushaltsführung und Körperpflege
2. Wirtschaften und Infrastruktur sicherstellen
3. Soziale Einbindung und Pflege sozialer Kontakte
4. Alltagspraktische Aufgaben und Strukturierung des Tagesablaufs
5. Gesundheitsverhalten

Mit Blick auf die fünf Bereiche wird deutlich, dass es für die interviewten Sozialarbeitenden nicht nur um sogenannte *Wohnfähigkeiten* im engeren Sinn geht, sondern vielmehr um *lebenspraktische Fähigkeiten*. Dies stimmt mit den Befunden von Marquardt (2013) und Meuth (2018a) überein (siehe Kapitel 5.2.1 und 5.2.2).⁸² Die von den im Rahmen dieser Masterarbeit interviewten Sozialarbeitenden beschriebenen Fähigkeiten beinhalten die selbstständige Ausführung haushälterischer, organisatorisch-planerischer und alltagspraktischer Aufgaben. Zu *Haushaltsführung und Körperpflege* gehören Fähigkeiten rund um Tätigkeiten der selbstständigen, ausgewogenen und gesunden Verpflegung (z. B. Einkaufen und Kochen), der selbstständigen und regelmässigen Körper- (z. B. Duschen, Zähne putzen) sowie der Raumpflege. Dabei geht es darum, in der Wohnung für Sauberkeit zu sorgen, indem beispielsweise die Wäsche gewaschen, das Bett frisch bezogen und die gesamte Wohnung geputzt wird. Meuth (2018a, S. 214) bringt Verweise zu Hygiene- und Sauberkeitsvorstellungen im Handlungskontext des begleiteten Jugendwohnens mit „bestimmten Annahmen zur Gesundheitslehre und -pflege zusammen“. Darin eingelagert sind historisch konstituierte Vorstellungen über „Erziehung zur ‚richtigen‘ Lebensführung“ (Meuth, 2018a, S. 203; 218). Auch wenn der untersuchte Handlungskontext sich nicht als sozialpädagogischer Ort versteht, kommen diese Vorstellungen hier ebenfalls zum Ausdruck. Daniel bringt im Zusammenhang der Verpflegung ein Beispiel, das auch auf normative Vorannahmen über Ernährung schliessen lässt. In einem von Daniel

⁸² Meuth hat das untersuchte Phänomen „*Wohnen und Leben lernen* [Hervorhebungen v. Verf.]“ genannt (2018a, S. 195–226).

ausführlich beschriebenen Fallbeispiel geht der Adressat statt mit zu verkochenden Nahrungsmitteln mit Sandwiches ausgerüstet ins Schnupperwochende in die Wohninstitution. Aus dieser Situation schliesst Daniel, dass der Unterstützungsbedarf des Adressaten eine institutionelle Wohneinrichtung verlangt, die auch am Wochenende eine organisierte Verpflegung anbietet. Im Zusammenhang mit *Wirtschaften und Infrastruktur sicherstellen* werden von den Interviewten als Beispiele einerseits der Umgang mit dem verfügbaren Geld genannt und andererseits die Fähigkeit, sich auf einem ausgewogenen Wohnungsmarkt, selbstständig eine Wohnung suchen zu können. Zum Bereich *Soziale Einbindung und Pflege sozialer Kontakte* zählt für die Interviewten die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (z. B. über eine (angepasste) Arbeitsstelle, Beschäftigung, Freizeit) sowie die soziale Einbindung und Pflege sozialer Kontakte. Dabei geht es darum, Einsamkeit überwinden zu können sowie förderliche soziale Kontakte zu pflegen (z. B. nicht gesundheitsgefährdend, kompetenzerweiternd). *Alltagspraktische Aufgaben und Strukturierung des Tagesablaufs* beinhaltet für die interviewten Sozialarbeitenden, die Fähigkeiten, am Morgen aufstehen, (gesunden/förderlichen) Aktivitäten nachgehen, für sich einen Tages- bzw. Wochenplan gestalten oder sich bei Bedarf Unterstützung holen zu können. Der letzte Bereich (*Gesundheitsverhalten*) ist ein Bereich, der mindestens teilweise auch in den anderen Bereichen enthalten ist. Dieser liegt für die Interviewten in einem gewissen Sinne also *quer* zu allen Bereichen. Hier geht es darum, die gesundheitliche Stabilität aufrecht erhalten zu können (z. B. Termine wahrnehmen, Medikamente einnehmen, Alternativen zur Sucht suchen) und einen aktiven, gesunden, Lebensstil zu pflegen. Auch in diesem Zusammenhang kommen normative Vorannahmen zum Ausdruck: „Ist öpper [jemand] überhaupt handlungsfähig genug, um selber dem Alltag nachgehen zu können und nicht nur auf dem Sofa zu sitzen und eine Zigi [Zigarette] nach der anderen zu rauchen“ (Daniel). Es fällt auf, dass in den beschriebenen Bereichen ähnliche und teils überschneidende Aspekte von Wohn(un)fähigkeit zum Ausdruck kommen, wie in der Obdachlosenhilfe (Marquardt, 2013) und im begleiteten Jugendwohnen (Meuth, 2018a) (siehe Kapitel 5.2.1 und 5.2.2). Dass dem Bereich des *Gesundheitsverhaltens* eine grosse Bedeutung bekommt, durchaus auch als *querliegender* Bereich zu den anderen Bereichen, kann als Besonderheit des hier untersuchten Handlungskontexts der Sozialen Arbeit als gesundheitsorientierte Soziale Arbeit gewertet werden.

Wohn(un)fähigkeit als Konzept zeichnet sich im untersuchten Handlungskontext gleichzeitig durch eine klar umrissene und kleinteilige (z. B. das Bett regelmässig frisch beziehen)

wie auch unbestimmte (z. B. „im Alltag funktionieren“ (Ivana); „lebenspraktische Fähigkeiten“ (Daniel)) Beschreibung aus. Dieser Befund schliesst an die Ausführungen von Nagel (2015, S. 82–83) an, die Wohn(un)fähigkeit als vages und undefiniertes Konzept beschreiben, das sich zwischen kleinteilig bestimmmbaren und allgemein gehaltenen Indikatoren bewegt (siehe Kapitel 5.2).

Der Rekurs auf die Wohnunfähigkeiten als Konzept wird in den geführten Interviews nicht nur über direkte Verweise auf Wohnkompetenzen und dazugehörige Normvorstellungen deutlich, sondern auch über sprachliche Aspekte. Daniel stilisiert Normalwohnen beispielsweise als etwas, was man *können* muss: Ich *hatte* das Mal (Normalwohnen) und ich *kann* es jetzt nicht mehr.⁸³ Frau Wehrle spricht von „(nicht) lernen“, „nicht gehen [in Bezug auf Haushaltsführung]“, „gut kann trainieren [in Bezug auf Haushaltsaktivitäten]“, „nicht mitbringen [in Bezug auf das Haushalts-/Lebenspraktische]“ und „selber können müssen“. Frau Wehrle führt den Begriff der Fähigkeit und auch der Kompetenz erst auf Nachfrage durch die Autorin ein. Sie beschreibt aber etwas, was dem Individuum zugehörig ist, was lernbar oder trainierbar ist (z. B. im Elternhaus, im institutionellen Wohnen oder auf Station) und in ein *Können* oder *Gehen* (im Sinne von Funktionieren) resultiert. Damit verweist sie indirekt auf das Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit.

7.8.3 Übergangsverständnis und Teilübergänge

Für die Annäherung an das Übergangsverständnis der interviewten Sozialarbeitenden hat sich die Bezugnahme auf das mehrdimensionale Wohnverständnis von Meuth (z. B. 2018a) (siehe Kapitel 4.2) als analytisch hilfreich erwiesen. Mit dem mehrdimensionalen Wohnverständnis ist es möglich, den wohnbezogenen Übergang „in seinen unterschiedlichen Dimensionen und Ebenen näher [zu] betrachten“ (Meuth, 2014, S. 120). Im Folgenden werden die empirischen Befunde entlang der Aspekte und Dimensionen des mehrdimensionalen Wohnverständnisses beschrieben. Auch wenn es hier in erster Linie um das Übergangsverständnis geht, kommt die Beschreibung nicht ohne Verweise auf Handlungsbezüge im Sinne der Übergangsbegleitung aus.

Wohnbeschaffenheit – physisch-materielle Dimension

Der effektive Umzug vom Normalwohnen ins institutionelle Wohnen und die damit verbundenen Aufgaben (z. B. packen) finden in den Interviews kaum Erwähnung. In der Regel sei dies etwas,

⁸³ „Dass sie [die Adressat:innen] das eigentlich dann sehen, was sie gern hätten oder wissen, ich *hatte* das Mal und jetzt *kann* [Hervorhebung v. Verf.] ich das nicht mehr“ (Daniel in Bezug auf das Normalwohnen).

das die Adressat:innen selbstständig, mit Unterstützung aus dem Umfeld oder von der Pflege tun und nicht von den Sozialarbeitenden begleitet werde:

Dort bin ich dann direkt gar nicht so fest einbezogen gewesen. Ich meine, sie hat es nachher mit der Mutter zusammen gemacht, ihre paar Sachen geholt und im betreuten Wohnen sich eingerichtet. (...) Das ist etwas, was ich amel [jeweils] nicht so engmaschig dabei bin. Ja. Das machen die Leute dann meistens selber. (Sara)

Nichtsdestotrotz weisen die befragten Sozialarbeitenden dem physischen Wechsel vom Normalwohnen bzw. von der Klinik ins institutionelle Wohnen, dem „Eintritt“ (z. B. Daniel) ins institutionelle Wohnen eine grosse Bedeutung zu. Diese kommt beispielsweise in der Idealvorstellung des nahtlosen, von der Klinik aus begleiteten, Übertritts ins institutionelle Wohnen zum Ausdruck. Oder im Verständnis, dass der sozialarbeiterische Auftrag mit Eintritt ins institutionelle Wohnen erfolgreich abgeschlossen ist (z. B. „kurz vor dem Ziel, doch nochmals falsch abgebogen“ (Frau Wehrle); „Das hat alles ‚nix gebracht““ (Frau Wehrle) „Und dann habe ich den ganzen Aufwand natürlich für nichts gehabt und wir haben das wieder abgeblasen“ (Daniel)). Die gewählten Zitate sind im Zusammenhang mit Situationen entstanden, in denen sich die Adressat:innen kurz vor dem geplanten und vereinbarten Wechsel ins institutionelle Wohnen entschieden haben, in die alten Wohnverhältnisse zurückzukehren oder alternative nicht-institutionelle Wohnsituationen finden konnten.⁸⁴ Diesem *zielorientierten Auftragsverständnis* steht mindestens teilweise auch ein *prozessorientiertes Auftragsverständnis* entgegen (siehe Abschnitt *Zuhause – Emotional-kognitive Dimension*).

Wird der Übergang auf seine physisch-materielle Dimension reduziert, wie dies bei einem *zielorientierten sozialarbeiterischen Auftragsverständnis* geschehen kann, bekommt der Übergangsbegriff mindestens teilweise etwas Selbstreferenzielles. Eine sozialarbeiterische Begleitung wird dann von den befragten Sozialarbeitenden als erfolgreich erlebt, wenn die Adressat:innen physisch ins institutionelle Wohnen wechseln können. Der *Eintritt* ins institutionelle Wohnen verweist organisationslogisch direkt auf den *Austritt* aus der stationären Psychiatrie. In diesem Zusammenhang kann von einem auftragsbezogenen oder organisational geprägten Übergangsverständnis gesprochen werden.

⁸⁴ Ausdrücke wie „‚nix gebracht“ (Frau Wehrle), „falsch abgebogen“ (Frau Wehrle) oder der Idee, verschiedene Schlaufen durchlaufen zu müssen, bis sich die Leute „können darauf einlassen“ (Daniel) weisen zudem darauf hin, dass mindestens teilweise die Deutungshoheit über die adäquate Wohnform oder Wohnlösung nicht bei den Adressat:innen liegt, sondern bei den organisational involvierten Akteur:innen.

Haushalt – sozial-strukturelle Dimension

In der Regel ist der sozialarbeiterische Auftrag mit dem Vertragsabschluss zwischen Wohninstitution, Adressat:innen und Kostenträger:innen für die befragten Sozialarbeitenden abgeschlossen. Damit es dazu kommen kann, braucht es ein aufeinander abgestimmtes Zusammenspiel verschiedener Akteur:innen (u. a. Adressat:innen, Wohninstitutionen, Kostenträger:innen) und Bedingungen (u. a. verfügbare Plätze, gesicherte Finanzierung). Die klinische Soziale Arbeit übernimmt hier mit ihrem dienstleistungsorientierten, vermittelnden und koordinierenden Selbstverständnis (siehe Kapitel 7.4) eine relevante Rolle.

Wohn-Tätigkeit – Handlungsdimension

Der Umzug ins institutionelle Wohnen wird von den befragten Sozialarbeitenden als anspruchsvoll für die Adressat:innen beschrieben. Es sei Flexibilität und die Orientierung in einem neuen Umfeld, sowohl regional wie auch sozial, gefordert. Der damit verbundene notwendige vertrauensvolle Aufbau neuer bedeutungsvoller sozialer Kontakte (z. B. Bezugsperson, Mitbewohnenden, neue Therapeut:innen) wird von den befragten Sozialarbeitenden besonders hervorgehoben. Im Bewusstsein dieser bevorstehenden herausfordernden Schritte, die aus der Klinik nicht mehr begleitet werden können, versucht beispielsweise Frau Wehrle im Vorfeld möglichst entlastende Rahmenbedingungen für den Umzug ins institutionelle Wohnen zu schaffen, damit sich die Adressat:innen aufs Einleben fokussieren können. Dazu zählen für Frau Wehrle vor allem die Klärung und Erledigung administrativer Aufgaben, die mit dem Umzug verbunden sein können (z. B. Anmeldung der Ergänzungsleistungen).

Zuhause – Emotional-kognitive Dimension

Das *Ankommen* in institutionellen Wohnformen wird von den befragten Sozialarbeitenden als Teil vom Übergang thematisiert. Dies passiert teils mit einer selbstreferenziellen Komponente. Die befragten Sozialarbeitenden wissen nach dem Austritt aus der Klinik oftmals nicht, wie es den Adressat:innen in den vermittelten Wohninstitutionen geht und ob diese dort gut ankommen.⁸⁵ Dies wird bedauert, da dadurch ein für die befragten Sozialarbeitenden als wichtig erachteter Lernprozess für weitere Begleitungen im Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen verhindert wird (siehe Kapitel 7.6).

⁸⁵ In Ausnahmefällen erfahren die Sozialarbeitenden dennoch davon: „Und letzten Endes ist der Patient guten Mutes dort ane [hin] ausgetreten und wie ich bis jetzt gehört habe, [dort] auch gut angekommen. (...) Und wird sich jetzt dort einleben können“ (Daniel).

Sara berücksichtigt, dass Entscheidungen für ein institutionelles Wohnen *schrittweise passieren*⁸⁶ und sich auch über mehrere stationären Aufenthalte hinweg hinziehen können. Damit verbunden ist das bereits erwähnte *prozessorientierte Auftragsverständnis*. In Bezug zu möglichen Übergängen ins institutionelle Wohnen zeigt sich dieses beispielsweise daran, dass Sara Wünsche der Adressat:innen unterstützt, auch wenn es „noch relativ viel [bräuchte], dass das dann auch wirklich klappt“. Auch wenn die Adressat:innen noch „unschlüssig“ sind, begleitet sie Besichtigungen, „weil das auch einfach ein Teil vom Weg ist“. Die sozialarbeiterische Unterstützung wird so zu einer schrittweisen Wegbegleitung, die sich an der betroffenen Person orientiert und weniger an der Organisationslogik (hier die Dauer des stationären Aufenthaltes). Auch Daniel lässt den Raum offen, dass man über verschiedene stationäre Aufenthalte hinweg am Wohnthema arbeitet: „Und dann schauen wir halt beim nächsten Aufenthalt weiter“. Das prozessorientierte Auftragsverständnis könnte neben einer konsequenten fachlich begründbaren Orientierung an den Adressat:innen auch als Umgang mit den von Sommerfeld et al. (2016, S. 187) attestierten „Kontinuitäts- und Koordinationsprobleme[n] der Psychiatrie und des Gesundheitswesens“ gedeutet werden. Diese ergeben sich nicht zuletzt aufgrund der Differenzierung der Unterstützungssysteme, die von Sommerfeld et al. (2006, S. 25) auch als „Segmentierung des Hilfesystems“ bezeichnet wird.

Die emotionale-kognitive Dimension des analysierten Übergangsverständnisses kommt in den Interviews auch über den Aspekt des Umganges mit individuellen und gesellschaftlichen Zuschreibungen zum Ausdruck, die mit dem institutionellen Wohnen in Verbindung stehen. Damit wird indirekt auch auf die *kulturgeschichtlich-gesellschaftliche Dimension* des Übergangsverständnisses verwiesen. Frau Wehrle meint in diesem Zusammenhang, dass die Bedeutung eines Umzuges ins institutionelle Wohnen je nach Ausgangslage unterschiedlich sein kann. Bei ihren Adressat:innen (junge Erwachsene) bedeutet der Umzug ins institutionelle Wohnen einen potenziellen Zuwachs an Selbstständigkeit, weswegen sie diesen positiv bewertet. Je nach dem könne aber ein Umzug ins institutionelle Wohnen einen Verlust darstellen (z. B. in Bezug auf Kontrolle, Selbstständigkeit, Erwachsensein), welcher diesen eher negativ konnotiere. Daniel beschreibt, dass institutionelles Wohnen auch als Verlust eines bisherigen selbstständigen

⁸⁶ „Das passiert ja meistens schrittweise so Entscheidungen“ (Sara).

Lebens erlebt werden könne. Dieses Verlusterleben müsse als schwieriger emotionaler Prozess sozialarbeiterisch anerkannt und empathisch begleitet werden:

Ich glaube für Viele ist es gaaaanz schweeer, das selbstständige Leben aufzugeben, weil das auch vielleicht ganz wichtig ist für ihr Selbstbild, dass ‚ICH NOCH ALLEINE WOHNEN KANN‘. Und dann müssen sie sich eingestehen, dass wohl doch nicht alles so gut ist, wie sie es sich vorgestellt haben. Und das müssen wir wirklich auch sehr empathisch begleiten und auch anerkennen, dass das auch schwierig ist. Ich glaube, das ist wahrscheinlich die grösste Hürde. (Daniel)

Sara greift in den Gesprächen mit ihren Adressat:innen mindestens teilweise mögliche negative Aspekte eines institutionellen Wohnens auf. Zu den negativen Aspekten des institutionellen Wohnens zählt Sara den Autonomieverlust sowie auf gesellschaftlicher Ebene die mit dem institutionellen Wohnen verbundene „Stigmatisierung“: Durch das institutionelle Wohnen werden gemäss Sara bei eigentlich positiver Zielsetzung die Menschen mindestens vorübergehend „noch mehr an den Rand [gedrängt]“.

Das Übergangsverständnis der befragten Sozialarbeitenden wurde mit obigen Ausführungen differenziert und in seinen unterschiedlichen Dimensionen dargestellt. Der Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen konnte damit in unterschiedliche Teilübergänge und damit verbundene Übergangsverständnisse aufgeschlüsselt werden. Dabei wurde deutlich, dass sich das *Übergangsverständnis* und die *Übergangsbegleitung* mindestens teilweise bedingen und im Zusammenhang mit dem eigenen Auftragsverständnis stehen können.

8 Diskussion der Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die empirischen Ergebnisse auf einer übergeordneten Ebene und entlang des theoretisch-empirischen Bezugsrahmens diskutiert, welcher dieser Forschungsarbeit zugrunde liegt (siehe Kapitel 3, 4 und 5).

8.1 Diskussion der Ergebnisse aus Perspektive des *professionellen Handelns*

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der Perspektive des professionellen Handelns diskutiert. Die Diskussion nimmt einerseits Bezug auf die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und den Handlungskontext der Psychiatrie (siehe Kapitel 8.1.1) und andererseits auf den gewählten handlungs- bzw. professionstheoretischen Bezugsrahmen (siehe Kapitel 8.1.2, 8.1.3 und 8.1.4).

8.1.1 Anspruchsvolle Rahmenbedingungen wirken sich auf professionelle Auftragserfüllung aus
Die Sinnhaftigkeit sozialarbeiterischen Arbeitens ist für Ivana nachhaltiges Arbeiten (siehe Kapitel 7.2). Damit verbunden ist die Vorstellung eines systemischen Arbeitens – einer Arbeit an der sozialen Dimension – mit welcher die (weitere) gesundheitliche Stabilisierung unterstützt und die Aufrechterhaltung der erlangten gesundheitlichen Stabilität ermöglicht wird. Das Ziel dabei ist, den Alltag *mit* einer psychischen Erkrankung erfolgreich zu bewältigen. Die Kategorien *Wir arbeiten nachhaltig* (siehe Kapitel 7.2) und *Organisationales Wir* (siehe Kapitel 7.3) verweisen auf den *Gegenstand der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit*, auf das *bio-psycho-soziale Modell als informelles und nicht immer interprofessionell geteiltes Denk- und Handlungsmodell* sowie auf die *Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit*. Eine erste Kontextualisierung und Diskussion dieser Punkte hat schon auf Ebene der Kategorie *Wir arbeiten nachhaltig* stattgefunden (siehe Kapitel 7.2). Dort konnte gezeigt werden, dass sich die fehlende sozialpolitische Anerkennung und Absicherung der sozialen Dimension für die Gesundheit auf die professionelle Auftragserfüllung der Sozialen Arbeit negativ auswirkt. Einerseits setzt die Bearbeitung der sozialen Dimension durch die Soziale Arbeit eine auf Stationsebene interprofessionell geteilte Haltung voraus, ein gemeinsames Mittragen. Andererseits kann die Bearbeitung der sozialen Dimension selbst bei einer interprofessionell geteilten Haltung durch sozialpolitisch vorgegebene finanzielle Rahmenbedingungen für die Klinik zurückgestellt werden (siehe Kapitel 7.3). Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus auch, dass klinisch Sozialarbeitende in der Psychiatrie versuchen ihre strukturell nicht abgesicherte Position, informell abzusichern (siehe Kapitel 7.3).

8.1.2 Soziale Arbeit in der Psychiatrie als funktional enggeführte Hilfsprofession?

Sommerfeld et al. (2016, S. 179–180) beschreiben *vier Funktionsbereiche der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie* (siehe Kapitel 3.2.3). In den Ergebnissen wird deutlich, dass die befragten Sozialarbeitenden im Zusammenhang mit der fokussierten Handlungssituation zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen hauptsächlich zwei dieser Teilfunktionen übernehmen: die „Sicherung von Anschlussversorgungen“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 179) und die Koordination und Vernetzung auf Fall- und Netzwerkebene. Die *Sicherung von Anschlussversorgungen* kommt über die Vermittlung in institutionelle Wohnkontexte zum Ausdruck. Damit verbunden sind eine Vielzahl an Handlungsschritten, die beispielsweise in den Kategorien *(Keine) Angebote machen* (siehe Kapitel 7.4), *Sich als Akteur:innen auf dem institutionellen Wohnungsmarkt bewegen* (siehe Kapitel 7.5) und „*Und ich weiss, welches Heim passt*“ (siehe Kapitel 7.6) beschrieben werden. Die *Koordination und Vernetzung auf Fall- und Netzwerkebene* kommt als ein Aspekt des herausgearbeiteten sozialarbeiterischen dienstleistungsbezogenen Handlungsmodus zum Ausdruck (siehe Kapitel 7.4). Diese Koordination und Vernetzung findet dabei sowohl organisationsintern (z. B. im interprofessionellen Team) wie auch organisationsextern (z. B. in der Zusammenarbeit mit Beiständen, Ämtern und institutionellen Wohneinrichtungen) statt. Obwohl sich einzelne (kleine und zeitlich umrissene) Beispiele dafür finden lassen⁸⁷, fällt auf, dass die *Intervention in die psychosozialen Verläufe* grösstenteils auf später verschoben wird, also auf die Zeit nach dem Austritt und ins institutionelle Wohnen (z. B. Suche nach Freizeitaktivitäten als Alternative zur Sucht im Interview mit Sara). Der Funktionsbereich der *Prävention* kommt in den Interviews nicht zum Ausdruck. Es ist klar, dass mit dem Untersuchungsgegenstand eine Fokussierung der sozialarbeiterischen Tätigkeit auf das Themenfeld *Wohnen* und genauer auf die Begleitung eines Überganges zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen stattgefunden hat und darum nicht erwartet werden kann, dass in den Ergebnissen alle Funktionsbereiche gleichermassen zum Ausdruck kommen. Es scheint aber wahrscheinlich, dass dies mindestens zum Teil auch mit den organisationalen Rahmenbedingungen zu tun hat, die auch in den Interviews wiederholt thematisiert wurden (z. B. Zeitdruck, Tarifsysteem, Kapazität). Das Vorherrschen der zwei Funktionsbereiche *Sicherung von Anschlussversorgungen* und *Koordination und Vernetzung* ist direkt funktional mit der

⁸⁷ Beispielsweise die Ermöglichung neuer Erfahrungsräume mit einer begleiteten Besichtigung in Wohninstitutionen (Beispiel aus Interview mit Daniel).

Organisationslogik verbunden, die nicht zuletzt aufgrund ökonomischer Überlegungen auf eine *sinnvolle*, also funktionierende, Austrittsplanung angewiesen ist, damit es nicht kurz nach Austritt wieder zu einem Eintritt in die Klinik kommt (siehe Kapitel 7.3). Mit Verweis auf Sommerfeld und Rüegger⁸⁸ kommen Sommerfeld et al. (2016, S. 11) zum Schluss, „*dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie die Form einer funktional enggeführten Hilfsprofession hat*“. Zwar wird die Soziale Arbeit „von den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen [...] hoch geschätzt [wird]⁸⁹, aber genau in dem Zuschnitt, wie er aus *deren* Sicht sinnvoll erscheint“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 11). Ob das auch hier gilt, kann nicht abschliessend gesagt werden. Die Beschränkung der Sozialen Arbeit auf zwei Funktionsbereiche in Kombination mit einer möglichen organisationalen Begründung dafür und die *Verschiebung der Intervention in psychosoziale Verläufe* auf die Zeit im institutionellen Wohnen könnten Hinweise dafür sein.

8.1.3 Menschenbild und Vereinbarkeit mit objektifizierenden Praktiken

Das Menschenbild in der allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit, auf die hier Bezug genommen wird, geht von einem aktiv handelnden Subjekt aus (siehe Kapitel 3.2.2). Auch wenn es Beispiele gibt, mit denen die interviewten Sozialarbeitenden auf ihre Adressat:innen als aktiv handelnde Subjekte verweisen, so fällt auf, dass einerseits mit der Deutungshoheit über die *richtige* Wohnform und andererseits mit der Wortwahl für die Vermittlungstätigkeit in den institutionellen Wohnkontext („Platzierung“⁹⁰) (auch) objektifizierend auf die Adressat:innen Bezug genommen wird. In den Ergebnissen gibt es Hinweise dafür, dass die Deutungshoheit über die als adäquat wahrgenommene Wohnform auch über die Einschätzung des Unterstützungsbedarfes mindestens teilweise bei den interprofessionellen Akteur:innen liegt und nicht bei den Adressat:innen (siehe z. B. Kapitel 7.1.2). Wenn die Adressat:innen mit dieser Deutung nicht (konsequent) mitgehen können, wird ihre Art, ihr Leben aktiv zu führen, als Irritation wahrgenommen (z. B. „Das hat alles nix gebracht“ (Frau Wehrle), „falsch abgebogen“

⁸⁸ Sommerfeld, Peter & Cornelia Rüegger (2013). Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In: Wulf Rössler & Wolfram Krawohl (Hrsg.). *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis*, S. 397-407. Stuttgart: Verlag W Kohlhammer.

⁸⁹ Daniel bringt dies folgendermassen auf den Punkt: „Und bei uns in der Klinik ist das auch überhaupt nicht umstritten. [...] Sondern grad auf Akutstationen, ohne Soziale Arbeit würden viele Austritte gar nicht sinnvoll klappen, weil einfach ein grosser Teil der Nachsorge nicht organisiert ist“.

⁹⁰ Frau Wehrle, Daniel und Ivana verwenden den Begriff der *Platzierung* wiederholt. Dass dieser bei Daniel und Ivana als *Platzierungsliste* auch in Form eines Dokumentennamens auftaucht, zeigt, dass dieser organisational legitimiert ist.

(Frau Wehrle) oder als Frage der Zeit abgetan (Idee, verschiedene Schleifen durchlaufen zu müssen, bis sich die Leute „können darauf einlassen“ (Daniel)).⁹¹ Des Weiteren ist fraglich, wie mit einer solch gelagerten Deutungshoheit das *Recht auf unabhängige Lebensführung im Bereich des Wohnens* von Menschen mit psychischen Erkrankungen gemäss Art. 19 der UN-BRK⁹² unterstützt wird.

Der Begriff der *Platzierung* wird von den interviewten Sozialarbeitenden für die Praxis des Zusammenbringens von potenziellen künftigen Bewohner:innen und institutionelle Wohneinrichtungen gebraucht.⁹³ Dies entspricht der Aussage von Meuth (2022b, S. 366), dass *Platzierung* im Kontext der Psychiatrie verwendet wird, „wenn es um die Verlagerung des Wohnmittelpunkts bestimmter Personengruppen in einen öffentlich verfassten Zusammenhang geht“. Jemanden einen Platz geben, einen Platz zuweisen. Diese Wortwahl hat etwas Objektifizierendes (alltagssprachlich würde man eher einem Gegenstand einen Platz geben) und verweist auf ein Machtgefälle. Es gibt jemand, der den Platz zuweist. Und jemand, der diesen zugewiesenen Platz einnimmt. Zur Verwendung von *Platzierung* als Begriff in der Kinder- und Jugendhilfe, wenn Kinder und Jugendliche ausserhalb ihres Herkunftshaushalt wohnen, kommt Meuth (2022b, S. 367) zu folgendem Schluss:

Mag der Begriff in behördlicher und administrativer Hinsicht und aus einer organisationalen Perspektive funktional sein, scheint er fachlich-theoretisch dann aber unangemessen zu sein, wenn vom Standpunkt und den Perspektiven sowie der Lebenswelt der Adressat*innen aus argumentiert wird. Aber auch dann, wenn die Orte als solche des Wohnens ernst genommen werden sollen: Neben der passiven Rolle, die den Adressat*innen in der sprachlichen Wendung der ‚(Fremd)Platzierung‘ zugeschrieben wird, ist darin auch die subjektive Wahrnehmung [...] nicht enthalten.

Ohne an dieser Stelle darauf eingehen zu können, inwiefern und wie die Verwendung des Begriffes im Kontext der Erwachsenenpsychiatrie beispielsweise sozialrechtlich gerahmt oder im fachlichen Sprachgebrauch verbreitet ist, lässt sich festhalten, dass dieser *nicht* mit einem Menschenbild vereinbar ist, das ein aktiv handelndes Subjekt vorsieht.

⁹¹ Sara akzeptiert und verteidigt auch gegenüber dem interprofessionellen Team, wenn sich eine Person gegen ein institutionelles Wohnen trotz einer gegenläufigen interprofessionellen Einschätzung entschieden hat.

⁹² Art. 19 des *Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* vom 13. Dezember 2006, (UN-BRK), SR 0.109.

⁹³ Andere in den Interviews dafür verwendete Begriffe oder verwandte Begriffe sind: „Zuweisung“; Das Verb des „Platzierens“ und dessen substantivierte Form (Wohn-/Um-)Platzierung oder damit verbundene Begriffe wie „Heimplatz“ oder „Platz freihalten/haben/frei sein, Platz behalten dürfen“.

8.1.4 „Der Cut ist relativ tough“: Hinweise auf strukturelle Probleme der Kontinuität und Koordination

Die interviewten Sozialarbeitenden haben in den Interviews die Bedeutung der Beziehungsarbeit und des Vertrauensaufbaus für die sozialarbeiterische Tätigkeit verschiedentlich unterstrichen (siehe z. B. Kapitel 7.7). Es wird teils ein intensiver Beziehungs- und Vertrauensaufbau betrieben, um *mit* den Adressat:innen und mit Rekurs auf Freiwilligkeit / Selbstbestimmung (siehe Kapitel 7.7) arbeiten zu können. Das so entstehende (tragfähige) „Arbeitsbündnis“ (z. B. Sommerfeld et al., 2016, S. 83) wird mit Austritt aus der Klinik abrupt abgebrochen. Ivana bringt dies folgendermassen zum Ausdruck:

Und von dem her ist dann der Cut relativ tough, finde ich. Also wir platzieren, sie gehen [...] Also es gibt nicht irgendwie Nachbetreuung oder so und häufig wissen wir auch nicht, wie es diesen Leuten dann dort geht.

Sommerfeld et al. (2006, S. 23–24) schreiben in diesem Zusammenhang, „tragfähige Arbeitsbündnisse werden, dort wo sie im stationären Bereich entstanden sind, durch den Übergang nach draussen abgeschnitten“.

Mit dem Austritt verbunden kann aber nicht nur das Arbeitsbündnis wegfallen, sondern auch die Koordination zwischen den verschiedenen involvierten Akteur:innen, welche häufig von der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie übernommen wird (siehe Kapitel 7.4). Ivana beschreibt die koordinierende Funktion als typischen Auftrag, der von der klinischen Sozialen Arbeit übernommen wird. Sara meint dazu, „wenn es optimal läuft, ist es schon so wie ein Case Management“.

Der beschriebene Abbruch von (tragfähigen) Arbeitsbündnissen und die Koordination zwischen verschiedenen Akteur:innen, die mit Austritt aus der Klinik wegfallen kann, können als Aspekte gedeutet werden, die auf „strukturelle[r] Probleme der Kontinuität und Koordination der Hilfeleistungen“ hinweisen (Sommerfeld et al., 2006, S. 4). Sommerfeld et al. (2006, S. 4) bringen diese mit der „Segmentierung der Hilfesysteme“ in Verbindung. In diesem Zusammenhang kritisieren Sommerfeld et al. (2006, S. 23–24) auf ihre empirischen Befunde Bezug nehmend:

Ein *koordiniertes Vorgehen* im Sinne eines Behandlungsplans oder eines integrierten Prozessbogens, der die verschiedenen Aktivitäten der diversen in einen Fall involvierten Hilfesysteme miteinander zielgerichtet verknüpfen würde, *ist nicht rekonstruierbar*. [...] Ansätze einer integrierten, interprofessionellen Problemlösung, wie sie in der stationären psychiatrischen Arbeit erkennbar sind, werden nach draussen nicht fortgesetzt, oder jedenfalls nicht konsequent weiter geplant und geführt.

Damit verbunden ist die Feststellung, dass

eine übergeordnete Struktur, die für einen koordinierten Prozessbogen zuständig wäre, der Komplexität und Dynamik der Fälle berücksichtigen würde[, fehlt]. Ausserdem ist ein Missverhältnis zwischen der grossen Intensität zu konstatieren, mit der die Krisen im stationären Bereich bearbeitet werden im Vergleich zur eher geringen Intensität, mit der die Re-Integrationsprozesse unterstützt werden. (Sommerfeld, 2006, S. 4)

Das bringt Sommerfeld et al. (2006, S. 27) zur These, die aktuelle Struktur der Hilfesysteme sei „in Bezug auf die Re-Integration [ist] eher dazu geeignet die Folgen der Probleme zu mindern und zu verwalten, als die Probleme zu lösen“. Die Rationalität der Hilfesysteme verweise damit mehr auf Versorgung als auf professionelle Problemlösung, was die Reproduktion und Individualisierung sozialer Problemlagen begünstige (Sommerfeld et al., 2006, S. 29–30).

8.2 Diskussion der Ergebnisse mit Bezug zu *Wohnen und Soziale Arbeit*

Die Diskussion in diesem Kapitel nimmt einerseits Bezug auf die Verhältnisbestimmung von Wohnen und Sozialer Arbeit (siehe Kapitel 8.2.1 und 8.2.3) und andererseits auf das mehrdimensional herausgearbeitete (institutionelle) Wohnverständnis (siehe Kapitel 8.2.2).

8.2.1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie als Einbindungshelferin

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Soziale Arbeit in der Psychiatrie im Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen die klassische Funktion als *Einbindungshelferin* in stellvertretende Systeme übernimmt (siehe Kapitel 4.1). Dies ist auch aufgrund der vorgenommenen Fokussierung auf den Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen wenig überraschend. Als stellvertretend werden diese Systeme deswegen benannt, weil das Ziel der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, gesellschaftliche Teilhabe *mit* einer psychischen Erkrankung zu ermöglichen, teilweise aus der Psychiatrie heraus nicht oder nur ansatzmässig erreichbar ist. Dies kommt nicht zuletzt im Deutungsmuster von *Wir legen [damit] das Fundament* zum Ausdruck (siehe Kapitel 7.1). Der Auftrag wird so in gewisser Hinsicht in die institutionellen Wohnkontexte verschoben, mit der Vorstellung, dass diese eine mittel- bis längerfristige Begleitung ermöglichen können und weniger einem ökonomischen und organisationslogischen Handlungsdruck unterliegen.⁹⁴ Die soziale Einbindung und die Wohnsicherheit werden mit der Vermittlung ins institutionelle Wohnen dennoch gewährleistet

⁹⁴ Dies ist an die Idee anchlussfähig, dass die *Intervention in psychosoziale Verläufe* auf die Zeit im institutionellen Wohnkontext verschoben wird (siehe Kapitel 8.1.2).

(Beck & Reutlinger, 2019, S. 124). In der Funktion als Einbindungshelferin reproduziert und stabilisiert die Soziale Arbeit gesellschaftliche Ordnungen und Wohnordnungen, ohne diese zu verändern (Beck & Reutlinger, 2019, S. 123).

8.2.2 Institutionelle Wohnverständnisse und idealisiertes Normalwohnen

Eine wichtige Bezugsgrösse für das dargelegte Verständnis von institutionellem Wohnen ist ein idealisiertes Normalwohnen. Damit verbunden ist ein Wohnverständnis, das sich an „kulturgeschichtlich-gesellschaftlich gewachsenen *Wohn-Normen*“ orientiert (Meuth, 2018a, S. 215). Institutionelles Wohnen wird dabei von den befragten Sozialarbeitenden nicht als ein „*Anders-Wohnen*“ (Meuth, 2018a, S. 215), sondern als vom Normalwohnen *abweichendes* Wohnen konstruiert. Darin eingelagert sind mindestens teilweise (v. a. in Verbindung mit dem Deutungsmuster *Es ist eine Zwischenlösung*) traditionell geprägte Familienbilder. Damit hängen Vorstellungen von Erziehung zusammen, die auf die institutionellen Wohneinrichtungen übertragen werden. Mindestens in diesen Fällen wird dem institutionellen Wohnen von Menschen mit psychischen Erkrankungen der Charakter eines *pädagogischen* Ortes zugewiesen. Die institutionellen Wohneinrichtungen erhalten dann eine „*familienähnlich[e]*“ wie auch eine „*familienkorrigierend[e]*“ Bedeutung (Meuth, 2018a, S. 221) (siehe Kapitel 7.1). Ausserdem sind damit emotional-kognitive Anforderungen verbunden, die ebenso auf institutionelle Wohnkontexte übertragen werden und sich gerade im Aspekt des *Zuhause*s und damit verbundenen Vorstellungen zeigen (z. B. gemeinschaftliche Einbindung, sicherer Ort) (siehe Kapitel 7.1). Da die Adressat:innen *erwachsene* Menschen mit psychischen Erkrankungen sind, ist die Bezugnahme auf Familienbilder beim *Wohnen* nicht direkt erwartbar. Diese Bezugnahme verweist auf bürgerlich-normative Vorstellungen, die *Wohnen* mit *Familien-Wohnen* gleichstellen (z. B. Meuth, 2018a, S. 67).

8.2.3 Rekonstruierte Deutungsmuster sind für sozialarbeiterische Praxis *funktional*

Die Kategorien *Es ist eine Zwischenlösung* und *Wir legen [damit] das Fundament* stellen wohnbezogene handlungsleitende Deutungsmuster in der sozialarbeiterischen Bearbeitung des Überganges zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen dar. Als sozial „geteilte Routinen der Deutung“ (Bögelein & Vetter, 2019, S. 12) konnten diese überindividuell und in zwei unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken rekonstruiert werden.

Insbesondere *Es ist eine Zwischenlösung* widerspiegelt als Deutungsmuster die dominierende Gestaltung des Unterstützungssystems im Wohnkontext. Diese orientiert sich (noch) an der Vorstellung eines stufenweisen Aufbaus mit dem Ziel, die Selbstständigkeit (wieder)

zu erlangen oder aufzubauen, um dann wieder in ein Normalwohnen zu ziehen (siehe Kapitel 5.2.3). An diesem Beispiel kann mit Verweis auf das konstruktivistische Verständnis von Deutungsmustern (siehe Kapitel 2.1) gesagt werden, dass Deutungsmuster „gesellschaftlich vorgängig“ sind (Bögelein & Vetter, 2019, S. 21). In der dichten Beschreibung der Deutungsmuster wird aber deutlich, dass diese trotz ihrer internen Strukturierung und Konsistenz, individuell aktualisiert und reproduziert werden (siehe Kapitel 7.1). Durch den Verweis auf das Stufenmodell stehen die Deutungsmuster darüber hinaus in einem engen Zusammenhang mit der Idee der Wohn(un)fähigkeit (siehe Kapitel 7.8.2). Es ist spannend, dass sich das Deutungsmuster *Es ist eine Zwischenlösung* in der Praxis hält, obwohl Studien⁹⁵ gegen den temporären Charakter des institutionellen Wohnens sprechen und sich politisch unterstützt die Gestaltung des institutionellen Wohnens am Verändern ist oder sich diese Veränderung mindestens abzeichnet (siehe Kapitel 3.1.3). Dies spricht dafür, dass an Deutungsmustern orientiertes Handeln, Strukturen reproduzieren und stabilisieren kann (siehe Kapitel 2.1) oder umgekehrt, dass die Veränderungen in der Gestaltung des institutionellen Wohnkontexts sich noch nicht auf die Handlungspraxis der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ausgewirkt haben. Dies schliesst nicht aus, dass sich diese in Zukunft auf die Deutungsmuster auswirken können.

Der Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen wird durch die Bezugnahme auf die Deutungsmuster *Es ist eine Zwischenlösung* und *Wir legen [damit] das Fundament* unterstützt. Die Deutungsmuster wirken entlastend auf die Übergangsgestaltung, indem sie beispielsweise den damit verbundenen, folgeschweren Einschnitt auf die bisherige Normalwohnbiografie als temporär oder alternativlos charakterisieren. Ausserdem wird über die Deutungsmuster, das Ziel der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, gesellschaftliche Teilhabe mit einer psychischen Erkrankung zu ermöglichen, mindestens teilweise stellvertretend auf die institutionellen Wohnkontexte übertragen.⁹⁶ Bei *Es ist eine Zwischenlösung* und *Wir legen [damit] das Fundament* handelt es sich in dem Sinne also um *handlungsleitende* Deutungsmuster, die für die sozialarbeiterische Praxis *funktional* sind.

⁹⁵ Beispielsweise Killaspy et al., 2020 für den britischen Kontext.

⁹⁶ Es gibt Studien, die für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zeigen, dass institutionelle Wohnkontexte die gesellschaftliche Teilhabe nicht besser fördern als Konzepte wie beispielsweise *Housing First*, die auf ein unterstütztes Normalwohnen hinarbeiten (z. B. Adamus, Alpiger, Jäger, Richter & Mötteli, 2023; Richter, Hertig & Hoffmann, 2016; Richter & Hoffmann, 2017).

8.3 Diskussion der Ergebnisse mit Bezug zu *Institutionelles Wohnen und Übergänge*

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse mit Bezug zum wohnbezogenen Übergangsverständnis (siehe Kapitel 8.3.1) sowie zur Wohnforschung zwischen Individuum und Gesellschaft (siehe Kapitel 8.3.2) diskutiert. Ausserdem wird eine erste These zu einer möglichen Theorie-Modellbildung formuliert (siehe Kapitel 8.3.3). Diese nimmt Bezug auf die von Meuth (2018a, S. 160–194) herausgearbeitete, dienstleistungsbezogene Bedeutung von Wohnen.

8.3.1 Ungleich bearbeitete Teilübergänge

Die Bezugnahme auf das mehrdimensionale Wohnmodell von Meuth (z. B. 2018a) hat sich auch für die differenzierte Analyse des Übergangsverständnisses, und, damit verbunden, der Übergangsbegleitung als analytisch hilfreich erwiesen. Die Ergebnisse zeigen, dass nicht alle Teilübergänge entlang den Aspekten und Dimensionen des mehrdimensionalen Wohnmodells von den befragten Sozialarbeitenden gleich intensiv bearbeitet werden. Der Fokus der sozialarbeiterischen Unterstützung liegt auf der Bearbeitung der Teilübergänge mit Bezug auf die sozial-strukturelle und die physisch-materielle Dimension, die teilweise als Gradmesser für eine *erfolgreiche* sozialarbeiterische Bearbeitung angesehen werden. Dies stimmt vor allem, wenn ein *zielorientiertes Auftragsverständnis* vorliegt. Der Teilübergang mit Bezug zur emotional-kognitiven Dimension wird sowohl hinsichtlich des Entscheidungsprozesses *für* ein institutionelles Wohnen, wie auch als Bewältigungsaufgabe im Umgang mit den damit verbundenen Zuschreibungen von den befragten Sozialarbeitenden anerkannt, aber individuell stark gewichtet und begleitet. Sara deutet an, dass sie das mehr machen könnte. In diesem Teilübergang scheint es noch Potenzial zu haben für eine *personenzentrierte* sozialarbeiterische Unterstützung mit einem *prozessorientierten Auftragsverständnis*, die sich an den Adressat:innen als aktiv handelnde Subjekte zwischen Integration und Lebensführung orientiert und in psycho-soziale Verläufe interveniert (Sommerfeld et al., 2016, S. 180) (siehe Kapitel 3.2). Dies würde dem Umstand Rechnung tragen, dass Übergänge, verstanden als „Statuswechsel im Lebenslauf“ oder „Wendepunkte [...] in der Lebensgeschichte“, „für eine Veränderung im Verhältnis zwischen Subjekt und Gesellschaft, vermittelt durch veränderte Rollenerwartungen, aber auch veränderte Selbstkonzepte und biographische Muster“ stehen (Walther, Hof & Meuth, 2014, S. 219). „Übergänge sind aus dieser Perspektive die Aufforderung, sich mit veränderten Anforderungen auseinanderzusetzen, aber auch die Möglichkeit, Veränderungen des Selbstkonzeptes in erweiterte Handlungsmöglichkeiten zu übersetzen“ (Walther et al., 2014, S. 219).

8.3.2 Idee der Wohn(un)fähigkeit im Handlungskontext der Psychiatrie

Wie in der Wohn- und Obdachlosenhilfe (Marquardt, 2013) sowie im Handlungskontext des begleiteten Jugendwohnens (z. B. Meuth, 2018a; 2022a) wird auch im Handlungskontext der Psychiatrie im Zusammenhang mit institutionellem Wohnen auf die Idee von Wohn(un)fähigkeit Bezug genommen. Es konnte gezeigt werden, dass die rekonstruierte Idee von Wohn(un)fähigkeit dabei im Wesentlichen anschlussfähig an die Befunde von Marquardt (2013) und Meuth (2018a) ist (siehe Kapitel 7.8.2). Die Besonderheit der Idee von Wohn(un)fähigkeit im Handlungskontext der Psychiatrie ist die grosse Bedeutung, die dem Bereich der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens zukommt, der als querliegender Bereich in allen analytisch verdichteten Bereichen zum Ausdruck kommt. Dies kann als kontextbezogene Besonderheit beziehungsweise als mit dem Handlungskontext begründbare Besonderheit bezeichnet werden.

Die Relevanz der Idee der Wohn(un)fähigkeit als soziales handlungsleitendes Konzept (Nagel, 2015) müsste indes weiter geprüft werden. Dazu gehört insbesondere auch die weitere Bestimmung des Verhältnisses zwischen dem sogenannten Unterstützungsbedarf (siehe Kapitel 7.1.2) und der Wohn(un)fähigkeit. Die Anschlussfähigkeit der rekonstruierten Idee der Wohn(un)fähigkeit an die herausgearbeiteten sozialen handlungsleitenden Deutungsmuster *Es ist eine Zwischenlösung* und *Wir legen [damit] das Fundament* ist gegeben. Die Idee der Wohn(un)fähigkeit ist hier direkt bzw. indirekt eingelagert. Den Deutungsmustern ist die Idee zugehörig, dass im institutionellen Wohnen *etwas passiert*: Die Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Stabilität beziehungsweise die weitere gesundheitliche Stabilisierung ist verbunden mit dem (Wieder-)Aufbau von wohn- und lebenspraktischen Fähigkeiten und Routinen, die sich nicht zuletzt positiv auf die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten auswirken. Das Normalwohnen bleibt dabei als Zielhorizont bestehen. Der (potenziell) temporäre Charakter des institutionellen Wohnens, auf den sowohl mit *Es ist eine Zwischenlösung* als auch mit *Wir legen [damit] das Fundament* verwiesen wird, kommt ohne den Rekurs auf die Idee der Wohn(un)fähigkeit nicht aus.

8.3.3 Erste These in Richtung Modellbildung?

Eine der von Meuth (2018a, S. 160–194) rekonstruierten Bedeutungen von Wohnen im Kontext des begleiteten Jugendwohnens ist die *dienstleistungsbezogene Bedeutung*. Meuth diskutiert ihre Ergebnisse zu *Sozialer Arbeit als personenbezogener sozialer Dienstleistung* unter anderem entlang der Trias von Erbringungsverhältnis, Erbringungskontext und gesellschaftlichen Bedingungen (2018a, S. 183–194). Eine Diskussion der Ergebnisse entlang dieser Trias kann

aufgrund der fehlenden theoretischen Sättigung nur annäherungsweise passieren. Dennoch erscheint eine Annäherung mit den vorliegenden Befunden gewinnbringend auch im Sinne einer ersten These in Richtung Theoriemodell.

Zum *Erbringungsverhältnis* zählt die Beziehungsgestaltung. Der in den Ergebnissen beschriebene Beziehungs- und Vertrauensaufbau (siehe Kapitel 7.7) ist für die sozialarbeiterische Tätigkeit konstitutiv. Davon hängt nicht zuletzt die *Möglichkeit ab, Angebote machen* zu können (siehe Kapitel 7.4). Daniel bringt dies folgendermassen auf den Punkt: „und es gibt auch einen Hinweis, bis wo ane [hin] kann ich gehen im Moment. Wo braucht es vielleicht noch, weil wir müssen zuerst noch chli [etwas] Beziehung aufbauen“. Der Beziehungs- und Vertrauensaufbau kann auch mit Bezug auf die *Reziprozität* diskutiert werden (siehe Kapitel 7.7). In diesem Zusammenhang kann ein *ungleiches Verhältnis* zwischen Sozialarbeitenden und Adressat:innen festgestellt werden. Welche Angebote gemacht werden und welche nicht, ist organisational vordefiniert (*Erbringungskontext*). Dies stimmt sowohl allgemein in Bezug auf die Bearbeitung oder Nicht-Bearbeitung der sozialen Dimension durch die Soziale Arbeit (siehe Kapitel 7.2 und 7.3), wie auch konkret in Bezug auf die Unterstützung bei der Suche (institutioneller) Wohnformen (siehe Kapitel 7.4). Die Suche nach einer Wohnung auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt wird im Allgemeinen nicht unterstützt. Die Suche nach einer institutionellen Wohnmöglichkeit wird unterstützt, sofern ein Unterstützungsbedarf (siehe Kapitel 7.1.2) gegeben ist. Die Deutungshoheit über den Unterstützungsbedarf liegt dabei bei den interprofessionellen Akteur:innen und nicht bei den Adressat:innen. Wollen Adressat:innen institutionell wohnen, weil sie beispielsweise aufgrund von Betreibungen keine Wohnungen auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt finden können, wird diese individuell geäußerte Unterstützungsbedürftigkeit nicht unterstützt, wenn nicht gleichzeitig interprofessionell ein Unterstützungsbedarf festgestellt wird.⁹⁷ Wenn Angebote seitens Sozialarbeitenden gemacht werden, ist damit die Erwartung verbunden, dass sich die Adressat:innen „darauf einlassen können“ (Daniel). Es gibt Hinweise dafür, dass darauf auch über die Beziehungsgestaltung und den Vertrauensaufbau hingearbeitet wird (z. B. wenn Frau Wehrle versucht die Adressat:innen mit kleinen Schritten ans institutionelle Wohnen heranzuführen oder dafür zu motivieren). Dies erinnert an das von Meuth (2018a, S. 162) herausgearbeitete „konditionale Dienstleistungskonzept „*we do provide them [...] if they*“:

⁹⁷ Solche oder ähnliche Beispiele werden bei Frau Wehrle und bei Ivana genannt.

Es werden Angebote gemacht, ...

... *wenn* die Adressat:innen sich darauf einlassen können bzw.

... *aber* die Adressat:innen müssen sich darauf einlassen können.

Mit dem *Aber* soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass manchmal die Angebote in Richtung institutionelles Wohnen im Sinne einer *Zwischenlösung* oder eines *Fundamentes* auch gemacht werden, wenn die Adressat:innen diese für sich (noch) nicht in Anspruch nehmen wollen. Auf den *Erbringungskontext* wurde bereits weiter oben verwiesen. Es konnte gezeigt werden, dass der *Erbringungskontext* auf die sozialarbeiterische Tätigkeit einwirkt und damit auch das *Erbringungsverhältnis*, also die Beziehungsgestaltung zwischen den Sozialarbeitenden und den Adressat:innen prägt. Der *Erbringungskontext* der stationären Psychiatrie wirkt sich über die Stationskultur und die interprofessionelle Zusammenarbeitsmodalität auf das sozialarbeiterische Angebot aus. Der Erbringungskontext ist im Wesentlichen durch *gesellschaftliche Bedingungen* geprägt, welche unter anderem zur Folge haben, dass Sozialarbeitende ihre Position aufgrund der fehlenden strukturellen Legitimität informell absichern müssen (siehe Kapitel 7.3).

Das Zusammenbringen der Ergebnisse mit Blick auf die Trias Erbringungsverhältnis, Erbringungskontext und gesellschaftliche Bedingungen als Aspekte einer Sozialen Arbeit als personenbezogene Dienstleistung scheint vielversprechend, auch wenn es hier nur ansatzweise geschehen konnte. Die Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund einer Sozialen Arbeit als personenbezogene Dienstleistung müsste sowohl theoretisch wie auch empirisch weiter vertieft werden.

8.4 Implikationen für eine professionelle sozialarbeiterische Praxis

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in der stationären Psychiatrie eine professionelle Praxis der Sozialen Arbeit aufgrund organisationaler und gesellschaftlicher Strukturen erschwert ist. Daraus folgt, dass die für die sozialarbeiterische Bearbeitung von Wohnthemen notwendige Bewegung zwischen Individuum und gesellschaftlichen Strukturen und die damit verbundene Positionierung der Sozialen Arbeit relativ stark vorgegeben sind. In einem sozialpolitischen Kontext, der zur Individualisierung sozialer Problemlagen tendiert und einem differenzierten Unterstützungssystem, das die Reproduktion sozialer Problemlagen begünstigt, ist das problematisch. Im Folgenden werden aus den Ergebnissen abgeleitete Veränderungspotenziale für eine professionelle Soziale Arbeit im Handlungskontext der stationären Psychiatrie vorgestellt.

Auf der *gesellschaftspolitischen Ebene* muss weiter darauf hingewirkt werden, dass die Bedeutung von sozialen Faktoren für die Gesundheit sowie die Bedeutung einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sozialpolitisch anerkannt wird (Friedli & Straubhaar, 2024). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass selbst bei einem interprofessionell geteilten Denk- und Handlungsmodell einer bio-psycho-sozialen Gesundheit aufgrund des finanziellen Handlungsdruckes auf die Bearbeitung von Wohnthemen, die zur sozialen Dimension gehören, verzichtet wird (siehe Kapitel 7.3). Die interviewten Sozialarbeitenden haben in verschiedenen Ausprägungen beschrieben, wie sie versuchen, ihre Position im interprofessionellen Team informell abzusichern (siehe Kapitel 7.3). Dies wird aufgrund der fehlenden Legitimation auf struktureller Ebene notwendig. Ausserdem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass dadurch die klinische Soziale Arbeit im Handlungskontext der stationären Psychiatrie nicht alle Funktionsbereiche, die durch Sommerfeld et al. (2016, S. 179–180) für eine *professionelle* Praxis definiert werden (siehe Kapitel 8.1.2), gleichermassen umsetzen kann. Friedli und Straubhaar (2024, S. 27–28) (siehe Kapitel 3.1.1) haben für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit Aspekte aufgezeigt, auf deren Umsetzung in Zukunft hinzuwirken ist (z. B. Wirkung der Interventionen aufzeigen, politische Lösung für die Finanzierung, Anerkennung als Gesundheitsprofession). Mit Blick auf die Ergebnisse kann gesagt werden, dass die Notwendigkeit, Veränderungen auf einer gesellschaftspolitischen Ebene anzuregen, auch für die klinische Soziale Arbeit im Handlungskontext der Psychiatrie bedeutsam ist. Dies könnte beispielsweise durch eine aktive Mitarbeit in der Fachgruppe Psychiatrie des Schweizerischen Fachverbandes für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES)⁹⁸ geschehen, die auf nationaler Ebene organisiert und vernetzt ist und ein gesellschaftspolitisches Engagement jenseits der Organisationsgrenzen ermöglicht.

Auf *Organisationsebene* scheint, parallel dazu, ein Hinwirken auf eine organisationsweite geteilte Haltung hinsichtlich der Bearbeitung der sozialen Dimension notwendig zu sein. Dies ist erforderlich, wenn die Bearbeitung der sozialen Dimension durch die Soziale Arbeit nicht zufällig, sondern auf allen Stationen gleichermassen und im Sinne einer nachhaltigen Behandlung geschehen soll (siehe Kapitel 7.2). Die Navigation im Spannungsfeld zwischen einer möglichst nachhaltigen Behandlung und finanziellen Überlegungen könnte mit der Verankerung des bio-

⁹⁸ Für mehr Informationen zu SAGES: <https://www.sages.ch/>

psycho-sozialen Modells von Gesundheit als organisational geteiltes Denk- und Handlungsmodell unterstützt werden. Weiter ginge das Hinwirken auf eine Psychiatrie, die konsequent als *Sozialpsychiatrie*⁹⁹ konzeptualisiert und umgesetzt wird. Dieser attestieren Sommerfeld et al. (2016, S. 172) mit der Idee der „Integration der psychisch Kranken in die Gesellschaft [...] eine prinzipielle Konvergenz des Zielhorizontes“ mit demjenigen der Sozialen Arbeit. Alternativ könnte es sinnvoll sein, eine Organisationsform der klinischen Sozialen Arbeit zu suchen, die sich von der Organisationslogik der Psychiatrie befreit (z. B. als eigenständiges externes Angebot, das von den jeweiligen Psychiatrien beauftragt wird). Dies könnte beispielsweise eine sozialarbeiterische Begleitung im Sinne einer „Intervention in die psycho-soziale[n] Verläufe“ (Sommerfeld et al., 2016, S. 180) ermöglichen, die unabhängig von der stationären Einbindung und adressat:innenorientiert läuft. Auch Sommerfeld et al. (2006, S. 32) diskutieren die Möglichkeit von freiberuflichen Sozialarbeiter:innen, die von den Adressat:innen selber gewählt werden können. Diese könnten „auch in zeitlich gedehnten Prozessbögen für Kontinuität [zu] sorgen“ und auf eine integrierte Problemlösung hinwirken im Gegensatz zu einer Versorgung in segmentierten Hilfesystemen (Sommerfeld et al., 2006, S. 32–33).¹⁰⁰ Auf alle Fälle weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der Austritt aus der Klinik in ein institutionelles Wohnsetting als „tougher Cut“ (Ivana) erlebt wird (siehe Kapitel 7.6). Durch die organisationslogische Orientierung an den Austritt aus der Klinik kann die sozialarbeiterische Übergangsbegleitung auf spezifische Dimensionen von Übergang reduziert und gerade der Teilübergang in Bezug auf den Aspekt des Zuhauses und die emotional-kognitive Dimension unvollständig begleitet werden (siehe Kapitel 7.8.3). Da nicht alle Teilübergänge mit dem Wechsel ins institutionelle Wohnen abgeschlossen sind, könnte es sinnvoll sein, über eine sozialarbeiterische Begleitung nachzudenken, die über den Austritt aus der Klinik heraus noch aktiv ist. Eine solche wäre nicht nur im Sinne von Kontinuität und einem integrierten Prozessbogen (z. B. Sommerfeld et al., 2006, S. 23) für die Adressat:innen zu begrüßen, sondern könnte für die Sozialarbeitenden auch einen Lernprozess für weitere Begleitungen ermöglichen (z. B. hinsichtlich der Frage, welche Institution passen könnte, siehe Kapitel 7.6). Ein weiteres Veränderungspotenzial auf Organisationsebene, das von der Sozialen

⁹⁹ Für einen zusammenfassenden Überblick zu Sozialpsychiatrie:
<https://www.sozialpsychiatrie.ch/Home/Sozialpsychiatrie/PCBHI/>

¹⁰⁰ Eine solche Idee ist ohne strukturelle Veränderungen nicht umzusetzen. Es gibt mindestens auf Projektebene Ansätze angegliederter ambulanter Sozialer Arbeit in der Hausarztmedizin (z. B. Rüegg, 2021).

Arbeit angestossen werden könnte, ist die Suche nach einem alternativen Begriff zu *Platzierung*, um die Praxis des Zusammenbringens von Adressat:innen und institutionellen Wohneinrichtungen zu beschreiben. Der Begriff der Platzierung verweist sprachlich auf ein Menschenbild, das den Adressat:innen eine passive und fremdbestimmte Rolle zuweist (siehe Kapitel 8.1.3). Gesucht wäre ein Begriff, der sich an einem Menschenbild orientiert, das sich mit Bezug zur allgemeinen Handlungstheorie von *Integration und Lebensführung* (siehe Kapitel 3.2) an einem aktiv handelnden Subjekt orientiert. Des Weiteren erscheint vor dem Hintergrund der Ergebnisse, die Praxis, institutionelles Wohnen aber kein Normalwohnen sozialarbeiterisch aktiv zu unterstützen (siehe Kapitel 7.4) mindestens diskutabel. Die Begründungen dafür waren vage (z. B. keine zeitliche Kapazität, kein Netzwerk, braucht keine sozialarbeiterische Fachkompetenz). Ob die Suche nach Möglichkeiten für ein Normalwohnen ein Auftrag für die klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist, müsste aus einer fachlichen Perspektive diskutiert werden und weniger aus organisationslogischen Gründen.¹⁰¹ Auf organisationaler und individueller Ebene erscheint es ausserdem wichtig, sich über handlungsleitende Deutungsmuster auszutauschen und diese zu reflektieren. Dies scheint gerade beim Deutungsmuster *Es ist eine Zwischenlösung* bedeutsam. Dieses spiegelt die aktuell noch dominierende (und individualisierende) Gestaltung des Unterstützungssystems im Wohnkontext wider. Insbesondere wäre hier nach alternativen Deutungsmustern zu fragen, die das *Recht auf unabhängige Lebensführung im Bereich des Wohnens* gemäss Art. 19a des *Übereinkommens der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (UN-BRK) vom 13. Dezember 2006, SR 0.109, in den Mittelpunkt rücken.

Auf einer *individuellen Ebene* könnte, auch bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen für die sozialarbeiterische Unterstützung, reflektiert werden, welche Teilübergänge *warum* und *wie* begleitet werden. Insbesondere scheint ein, was hier *prozessorientiertes Auftragsverständnis* genannt wurde (siehe Kapitel 8.3.1), hilfreich zu sein, um den Übergang nicht nur auf die physisch-materielle und sozial-strukturelle Dimension zu reduzieren. Gerade in der Übergangsbegleitung im Teilübergang auf der emotional-kognitiven Dimension scheint, auch im Sinne eines

¹⁰¹ Es fällt auf, dass der Auftrag eine Wohnung zu suchen oder dabei zu unterstützen, auch in anderen Kontexten der Sozialen Arbeit abgelehnt wird (z. B. in der Sozialhilfe). Es gibt wenige Angebote, die für Adressat:innen der Sozialen Arbeit aktive Unterstützung bei der Wohnungssuche auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt anbieten (z. B. Domicil (<https://domicilwohnen.ch>) oder Wohn-Coaching (www.pukzh.ch)).

Intervenierens in die psycho-soziale Verläufe, ein Veränderungspotenzial in Richtung einer professionellen Praxis der Sozialen Arbeit zu liegen.

Mit den Verweisen auf eine gesellschaftspolitische, organisationale und individuelle Ebene konnten ausgehend von den Ergebnissen Veränderungspotenziale für eine professionelle Praxis der Sozialen Arbeit in der stationären Psychiatrie auf der Makro-, Meso- und Mikro-Ebene aufgezeigt werden.

8.5 Kritische Würdigung der Ergebnisse und des Forschungsprozesses

Das Erkenntnisinteresse vorliegender Arbeit liegt in der Rekonstruktion von Deutungsmustern klinisch Sozialarbeitender in der Psychiatrie im Übergang von Normalwohnen zu institutionellem Wohnen. Hintergrund für dieses Erkenntnisinteresse war die Frage nach der für die sozialarbeiterische Bearbeitung von Wohnthemen notwendigen Bewegung zwischen Individuum und gesellschaftlichen Strukturen. Die Auswertung der Interviews und die rekonstruierten Deutungsmuster *Es ist eine Zwischenlösung* und *Wir legen [damit] das Fundament* haben gezeigt, dass Deutungsmuster dafür geeignet sind, diese Bewegung zu operationalisieren (siehe Kapitel 8.2.3).

Mit der Fragestellung wurde auf den Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen fokussiert. Der Fokus auf diese Handlungssituation bedingte auch, dass Deutungsmuster in Bezug auf das Wohnen von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf diesen konkreten Zuschnitt und *nicht offen* untersucht wurden. Ebenso ist anzumerken, dass der untersuchte Handlungskontext nicht direkt in einem Wohnkontext eingelassen ist, wie dies in einem institutionellen Wohnsetting für Menschen mit psychischen Erkrankungen der Fall gewesen wäre. Die Bezugnahmen auf Wohnen und institutionelles Wohnen können darum nur als *Denkräume* verstanden werden, auf die durchaus auch handlungsleitend verwiesen wird. Mit den rekonstruierten Deutungsmustern kann nicht direkt auf das Erleben der Adressat:innen oder die in den jeweiligen institutionellen Wohnkontexten vorgefundene Realitäten geschlossen werden.

Mit einem an der *Grounded Theory* orientierten Vorgehen war es möglich, insbesondere auch aufgrund des *Theoretical Samplings*, trotz kleiner Fallzahl zu einem differenzierten und vertieften Einblick in die sozialarbeiterische Bearbeitung des Überganges zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen und darauf einwirkende Aspekte zu kommen (siehe Kapitel 7). Mit dem gewählten Kodierparadigma konnte differenziert auf das Thema Wohnen fokussiert werden. Über die Frage nach den Handlungsbezügen und nach den Annahmen und

Normen kamen auch organisatorische und gesellschaftliche Logiken und Routinen in den Blick, die für klinisch Sozialarbeitende nicht ausschliesslich bei der Bearbeitung von Wohnthemen wirksam sind. Die Ergebnisse beschreiben in diesem Sinne auch einen Teilausschnitt der Arbeitsrealität klinisch Sozialarbeitender in der stationären Psychiatrie. Es ist klar, dass die Ergebnisse, solange keine theoretische Sättigung erreicht wird, den Charakter von Zwischenergebnissen haben. Diese müssten anhand einer weiteren Erhebung geprüft und vertieft werden.

Aus dem *Sampling* heraus hat sich eine Art Zweiteilung der Dominanz im Vorkommen der beschriebenen Deutungsmuster *Es ist eine Zwischenlösung* und *Wir legen [damit] das Fundament ergeben*. Diese ist möglicherweise regional oder settingbezogen zustande gekommen (siehe Kapitel 7.1). Die bisherigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass es sinnvoll sein könnte, den Handlungskontext weiter einzugrenzen oder das spezifische Stationssetting aktiver und bewusster in die Auswertung einzubeziehen, als das hier geschehen ist. Der erwartete Bezug zwischen den rekonstruierten Deutungsmustern (inklusive der Idee der Wohn(un)fähigkeit) und der Situation auf dem Wohnungsmarkt kann aufgrund vorliegender Ergebnisse *nicht* hergestellt werden. Ein solcher wurde von den Sozialarbeitenden mindestens indirekt und vordergründig mit Verweis auf den für das institutionelle Wohnen notwendigen Unterstützungsbedarf verneint.

9 *Wohnen*. Ein weiter zu erkundendes Kernthema der Sozialen Arbeit

Es ist eine Zwischenlösung und *Wir legen [damit] das Fundament* konnten als zwei, möglicherweise miteinander verbundene, handlungsleitende Deutungsmuster klinisch Sozialarbeitender in Bezug auf das Wohnen von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Übergang zwischen Normalwohnen und institutionellem Wohnen rekonstruiert werden. In diesen Deutungsmustern drücken sich Vorstellungen von Wohnen beziehungsweise von institutionellem Wohnen aus, die auf ein idealisiertes und kulturgeschichtlich-gesellschaftlich geprägtes Normalwohnen verweisen. Darin eingebunden sind teilweise traditionell geprägte Familienbilder und Erziehungsvorstellungen. Die Ergebnisse zeigen, dass das Deutungsmuster der Wohn(un)fähigkeit auch im Handlungskontext der stationären Psychiatrie vorhanden ist und in diesem, kontextspezifisch, der Aspekt der Gesundheit besonders zum Ausdruck kommt.

Das Bewusstsein über die rekonstruierten handlungsleitenden Deutungsmuster eröffnet für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in der Psychiatrie Möglichkeiten, ihre Position und Bewegung zwischen Individuum und gesellschaftlichen Strukturen bei der sozialarbeiterischen Bearbeitung von Wohnthemen (und darüber hinaus) kritisch zu reflektieren. Die aufgezeigten Veränderungspotenziale sind ein erstes Resultat dieser Reflexion hin zu einer professionellen Praxis der Sozialen Arbeit.

Die Ergebnisse zeigen für einen kleinen umrissenen Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit, dass sich gesellschaftliche und organisationale Rahmenbedingungen und darin eingelagerte Logiken *direkt* auf die Praxis der Sozialen Arbeit auswirken. Dies wirft die Frage auf, *wie* sich die Soziale Arbeit davon *emanzipieren* kann, um durch ihre Handlungspraxis soziale Problemlagen nicht zusätzlich zu individualisieren oder zu reproduzieren. Die Frage ist also, *wie* – mit Verweis auf Sommerfeld, Dällenbach und Rüegger (2016) sowie Beck und Reutlinger (2019) – die Soziale Arbeit professionell auf eine Problemlösung hinwirken und ihr gestalterisches Potenzial wahrnehmen kann. Eine Antwort auf diese Fragen ist insbesondere auch für die sozialarbeiterische Bearbeitung der hier fokussierten *Wohnthemen* bedeutsam. Wünschenswert wäre, wenn sich die Soziale Arbeit – als Disziplin und Profession – weiter und systematisch mit dem Thema Wohnen als Handlungsanlass sowie mit der eigenen Positionierung in Wohnfragen beschäftigt. Es scheint unumgänglich, dass sich die Soziale Arbeit weiter und auf verschiedenen Ebenen mit den aufgeworfenen Fragen beschäftigt, um ihrem professionellen Auftrag gerecht zu werden.

10 Literaturverzeichnis

Adamus, Christine, Alpiger, Jovin, Jäger, Matthias, Richter, Dirk & Mötteli, Sonja (2023).

Independent Supported Housing Versus Institutionalised Residential Rehabilitation for Individuals with Severe Mental Illness: A Survey of Attitudes and Working Conditions Among Mental Healthcare Professionals. *Community Mental Health Journal*, 59, 531–539. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01037-2>

Aner, Kirsten (2012). Übergänge als Normalität für Jung und Alt. In Silke Birgitta Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 22–33). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Anhorn, Roland, Schimpf, Elke & Stehr, Johannes (2018). Politik der Verhältnisse – Politik des Verhaltens: Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit. Einleitende Anmerkungen zum Thema des Bundeskongresses Soziale Arbeit 2015. In Roland Anhorn, Elke Schimpf, Johannes Stehr, Kerstin Rathgeb, Susanne Spindler & Rolf Keim (Hrsg.), *Politik der Verhältnisse – Politik des Verhaltens: Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit* (S. 1–17). Wiesbaden: Springer VS.

ARTISET; CURAVIVA; INSOS; YOUVITA & Anthrosocial (2023). *Standortbestimmung Aktionsplan UN-BRK der Verbände*. Bern. Abgerufen von <https://www.aktionsplan-un-brk.ch/de/der-aktionsplan-12.html>

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. Bern: AvenirSocial. Abgerufen von <https://avenirsocial.ch/publikationen/berufskodex-soziale-arbeit-schweiz/>

AvenirSocial & SAGES (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Bern: AvenirSocial und SAGES. Abgerufen von <https://www.sages.ch/leitbilder/leitbild-soziale-arbeit-im-gesundheitswesen/>

Barloschky, Joachim & Schreier, Maren (2016). Soziale Arbeit als Akteurin sozialer Stadtpolitik: Wohnungspolitische Perspektiven. In Patrick Oehler, Nicola Thomas & Matthias Drilling (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der unternehmerischen Stadt. Kontexte, Programmatiken, Ausblicke*. Wiesbaden: Springer VS.

- Beck, Sylvia (2021). Zur Notwendigkeit und Chance einer sozial(räumlich)en Perspektive und einer Einmischung Sozialer Arbeit im interdisziplinären Diskurs zum Wohnen. *Soziale Passagen*, 13(2), 253–272. <https://doi.org/10.1007/s12592-021-00402-4>
- Beck, Sylvia & Reutlinger, Christian (2019). *Die Wiederkehr der Wohnungsfrage. Historische Bezüge und aktuelle Herausforderungen für die Soziale Arbeit*. Zürich: Seismo.
- Bitzan, Maria & Bolay, Eberhard (2017). *Soziale Arbeit – die Adressatinnen und Adressaten*. Opladen Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Bögelein, Nicole & Vetter, Nicole (2019). Deutungsmuster als Forschungsinstrument – Grundlegende Perspektiven. In Nicole Bögelein & Nicole Vetter (Hrsg.), *Der Deutungsmusteransatz: Einführung – Erkenntnisse – Perspektiven* (S. 12–38). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Borgetto, Bernhard & Ehlers, Corinna (2021). Soziale Arbeit und Public Health. In Henning Schmidt-Semisch & Friedrich Schorb (Hrsg.), *Public Health. Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (S. 105–124). Wiesbaden: Springer VS.
- Bundesamt für Gesundheit (2021). *Krankenversicherung: Nicht-ärztliche Leistungen*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenkversicherung-leistungen-tarife/Nicht-aerztliche-Leistungen.html>
- Bundesamt für Statistik (2022). *Leerwohnungen*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bauwohnungswesen/wohnungen/leerwohnungen.html>
- Dimbath, Oliver, Ernst-Heidenreich, Michael & Roche, Matthias (2018). Praxis und Theorie des Theoretical Sampling. Methodologische Überlegungen zum Verfahren einer verlaufsorientierten Fallauswahl. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 19(3), 1–26. <https://doi.org/10.17169/fqs-19.3.2810>
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Marburg: Dresing und Pehl.

Eco Talk SRF (2023). *Wie akut ist die Wohnungsnot?* Abgerufen von

<https://www.srf.ch/play/tv/eco-talk/video/wie-akut-ist-die-wohnungsnot?urn=urn:srf:video:36990b9b-e78d-4691-8ff4-4f1a44ebbeb1>

Eidgenössisches Departement des Innern [EDI] (o. J.). *Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Aufgerufen von

<https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/aktuell/recht1/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>

Eidgenössisches Departement des Innern [EDI] (2024). *Aktionsplan UN-BRK 2019-2023*.

Abgerufen von

https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/aktuell/finanzhilfen/unterstuetzte_projekte0/arbeit/Aktionsplan_UNBRK.html

FEANTSA (2017). *ETHOS. European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*. Abgerufen von

<https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>

Flick, Uwe (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, Uwe (2009). *Sozialforschung: Methoden und Anwendungen: Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Friedli, Tom & Straubhaar, Therese (2024). SAGES - ein Fachverband für die soziale Dimension von Gesundheit. *SozialAktuell*, 24(2), 26–28.

Gahleitner, Silke Birgitta & Hahn, Gernot (2012). Einleitung. In Silke Birgitta Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 9–20). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Hof, Christiane & Maier-Gutheil, Cornelia (2014). Übergänge im Erwachsenenalter. Befunde und offene Fragen für die Erwachsenenbildung. In Christiane Hof, Miriam Meuth & Andreas Walther (Hrsg.), *Pädagogik der Übergänge. Übergänge in Lebenslauf und Biografie als Anlässe und Bezugspunkte von Erziehung, Bildung und Hilfe* (S. 146–167). Weinheim Basel: Beltz Juventa.

- Hollenstein, Lea & Sommerfeld, Peter (2009). Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. In Silke Birgitta Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Forschung aus der Praxis - Forschung für die Praxis* (S. 189–203). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Keupp, Heiner (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In Silke Birgitta Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 34–51). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Killaspy, Helen, Priebe, Stefan, McPherson, Peter, Zenasni, Zohra, Greenberg, Lauren, McCrone, Paul, Dowling, Sarah, Harrison, Isobel, Krotofil, Joanna, Dalton-Locke, Christian, McGranahan, Rose, Arbuthnott, Maurice, Curtis, Sarah, Leavey, Gerard, Shepherd, Geoff, Eldridge, Sandra & King, Michael (2020). Predictors of moving on from mental health supported accommodation in England: national cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 216(6), 331–337. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.101>
- Lüthy, Bianca (2023, 24. Januar). Wohnungsnot trifft Mittelstand – Selbst Gutverdienende finden in grossen Städten keine Wohnung. *Tages-Anzeiger*. Abgerufen von <https://www.tagesanzeiger.ch/>
- Mair, Helmut (1993). Wohn- und Betreuungsformen für psychisch Kranke. Von der Anstaltsunterbringung zur gemeindenahen Versorgung. In Helmut Mair & Jürgen Hohmeier (Hrsg.), *Wohnen und soziale Arbeit. Zwischen Unterbringung und Eingliederung* (S. 147–168). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mair, Helmut & Hohmeier, Jürgen (Hrsg.) (1993a). *Wohnen und soziale Arbeit. Zwischen Unterbringung und Eingliederung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mair, Helmut & Hohmeier, Jürgen (1993b). *Vorwort*. In Helmut Mair & Jürgen, Hohmeier (Hrsg.), *Wohnen und soziale Arbeit. Zwischen Unterbringung und Eingliederung* (S. 5–8). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Marquardt, Nadine (2013). Räume der Fürsorge. Regieren der Wohnungslosigkeit im betreuten Wohnen. *Geographische Zeitschrift*, 101(3+4), 148–165.
- Marquardt, Nadine (2022a). Wohnen lernen – eine Erweiterung. In Christine Hannemann, Nicola Hilti & Christian Reutlinger (Hrsg.), *Wohnen. Zwölf Schlüsselthemen sozialräumlicher Wohnforschung* (S. 146–150). Stuttgart: Frauenhof IRB Verlag.

- Marquardt, Nadine (2022b). Jenseits der Exklusion. Für eine kritische Inklusionsforschung zu Wohnungslosigkeit. In Frank Sowa (Hrsg.), *Figurationen der Wohnungsnot. Kontinuität und Wandel sozialer Praktiken, Sinnzusammenhänge und Strukturen* (S. 540–556). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Meuth, Miriam (2014). ‚Wohnen‘ und ‚Ausbildung‘ als Teilübergänge zwischen Jugend und Erwachsensein. Überlegungen zu einer erweiterten Sicht auf Übergänge. In Christiane Hof, Miriam Meuth & Andreas Walther (Hrsg.), *Pädagogik der Übergänge. Übergänge in Lebenslauf und Biografie als Anlässe und Bezugspunkte von Erziehung, Bildung und Hilfe* (S. 104–127). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Meuth, Miriam (2017a). Wohnen – Gegenstand pädagogischer Praktiken, erziehungswissenschaftlicher Forschung und Theoriebildung. In Miriam Meuth (Hrsg.), *Wohn-Räume und pädagogische Orte. Erziehungswissenschaftliche Zugänge zum Wohnen* (S. 1–36). Wiesbaden: Springer VS.
- Meuth, Miriam (2017b). Theoretische Perspektiven auf Wohnen: Ein mehrdimensionales Wohnverständnis in erziehungswissenschaftlicher Absicht. In Miriam Meuth (Hrsg.), *Wohn-Räume und pädagogische Orte. Erziehungswissenschaftliche Zugänge zum Wohnen* (S. 97–122). Wiesbaden: Springer VS.
- Meuth, Miriam (2018a). *Wohnen: erziehungswissenschaftliche Erkundungen*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Meuth, Miriam (2018b). Wohnen im prototypischen Puppenhaus: Einblicke in eine Studie zu begleitetem Wohnen. *neue praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 48(3), 221–240.
- Meuth, Miriam (2020). Wohnen in pädagogischen Kontexten. In Frank Eckardt & Sabine Meier (Hrsg.), *Handbuch Wohnsoziologie* (S. 1–20). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24862-8_27-1
- Meuth, Miriam (2022a). ‚Wohnen lernen‘ – eine Grundlegung. In Christine Hannemann, Nicola Hilti & Christian Reutlinger (Hrsg.), *Wohnen. Zwölf Schlüsselthemen Sozialräumlicher Wohnforschung* (S. 130–145). Stuttgart: Frauenhof IRB Verlag.
- Meuth, Miriam (2022b). Platzierung. In Fabian Kessl & Christian Reutlinger (Hrsg.), *Sozialraum. Eine elementare Einführung* (S. 361–372). Wiesbaden: Springer VS.

- Meuth, Miriam (2023). Wenn alle über ‚Wohnen‘ reden, ist es zu spät. *SIÖ. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich*, 59(4), 8–13.
- Meuth, Miriam; Hof, Christiane & Walther, Andreas (2014). Warum eine Pädagogik der Übergänge? Einleitung und Überblick. In Christiane Hof, Miriam Meuth & Andreas Walther (Hrsg.), *Pädagogik der Übergänge. Übergänge in Lebenslauf und Biografie als Anlässe und Bezugspunkte von Erziehung, Bildung und Hilfe* (S. 7–13). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Nagel, Stephan (2015). Wohn(un)fähigkeit - ein Wiedergänger in der Wohnungslosenhilfe. *wohnungslos*, 57(3–4), 82–87.
- Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4. Auflage). München: Oldenbourg Verlag.
- Psychiatrische Universitätsklinik Zürich [PUK] (o. J.). *Startseite Psychiatrische Universitätsklinik Zürich*. Abgerufen von <https://www.pukzh.ch>
- Reutlinger, Christian (2017). Soziale Arbeit und Wohnen: Gefangen in einer funktional-industriekapitalistischen Raumordnung und darüber hinaus blind für Praktiken pädagogischer Ortsgestaltung. Eine sozialgeographische Spurensuche. In Miriam Meuth (Hrsg.), *Wohn-Räume und pädagogische Orte. Erziehungswissenschaftliche Zugänge zum Wohnen* (S. 59–95). Wiesbaden: Springer VS.
- Richter, Dirk, Hertig, Res & Hoffmann, Holger (2016). Psychiatrische Rehabilitation – von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion. *Psychiatrische Praxis*, 43(8), 444–449. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105859>
- Richter, Dirk & Hoffmann, Holger (2017). Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 269–279. <https://doi.org/10.1111/acps.12765>
- Rüegg, René (2021). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis*. Bern: Berner Fachhochschule. Abgerufen von <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/arztpraxis/>
- Rüegg, René (2023). Mit einer psychischen Beeinträchtigung selbstbestimmt wohnen. *BFH Impuls*, 23(2), 22–24. <https://doi.org/10.24451/ARBOR.19157>

- Schreier, Maren, Brüscheiler, Bettina & Haag, Caroline (2020). *Begleitendes Skript zum Modulthema „Fallthemen“ im Modul VS2, Reflexion ausgewählter Methoden in der Sozialen Arbeit*. St. Gallen: FHS St. Gallen.
- Sommerfeld, Peter, Calzaferri, Raphael & Hollenstein, Lea (2006). *Die Dynamiken von Integration und Ausschluss. Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und sozialen Systemen nach der Entlassung aus stationären Einrichtungen*. Olten: FHNW.
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rüegger, Cornelia & Hollenstein, Lea (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Sommerfeld, Peter, Hollenstein, Lea & Calzaferri, Raphael (2011). *Integration und Lebensführung: ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Speyer, Anja (2021). Wohnen und Soziale Arbeit: Zwischen Unterbringung und Eingliederung: Eine neue ‚alte‘ Perspektive auf die Wohnungsfrage im Feld der Sozialen Arbeit. *Soziale Passagen*, 13(2), 433–445. <https://doi.org/10.1007/s12592-021-00395-0>
- Staub-Bernasconi, Silvia, Baumeler, Marlis, Bornemann, Carlo, Harder, Ulrike, Hierlemann, Franz, Mäder, Eva, Philipp, Pablo, Rüegger, Cornelia & Wegmann, Michaela (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. „Klinische Soziale Arbeit“ als Arbeit an der sozialen und kulturellen Dimension des „bio-psycho-sozial-kulturellen Modells des Menschen“*. Zürich: Netzwerk der SozialarbeiterInnen in Psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich.
- Stiftung meinplatz.ch (o. J.). *Begriffserklärung*. Abgerufen von <https://meinplatz.ch/de/begriffserklaerung>
- Strauss, Anselm L. & Corbin, Juliet M. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- swissDRG AG (2023). *TARPSY - die Taristruktur in der stationären Psychiatrie. Basisinformation für Gesundheitsfachleute. Version 14. November 2023*. Bern: swissDRG.

- Tiefel, Sandra (2022). *Impulsvortrag: Einführung in qualitative Datenanalyse* (PowerPoint-Präsentation, Methodenworkshop vom 11.05.2022, OST – Ostschweizer Fachhochschule, St. Gallen).
- Ullrich, Carsten G. (1999). Deutungsmusteranalyse und diskursive Interview. *Zeitschrift für Soziologie*, 28(6), 429–447.
- Ullrich, Carsten G. (2019). *Das Diskursive Interview. Methodische und methodologische Grundlagen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern [UPD Bern] (2024). *Medienmitteilung 22. Januar 2024: UPD muss Angebote abbauen*. Abgerufen von <https://www.upd.ch/de/ueberuns/medien.php>
- Walther, Andreas (2014). Übergänge im Lebenslauf zwischen Standardisierung und Entstandardisierung. In Christiane Hof, Miriam Meuth & Andreas Walther (Hrsg.), *Pädagogik der Übergänge. Übergänge in Lebenslauf und Biografie als Anlässe und Bezugspunkte von Erziehung, Bildung und Hilfe* (S. 14–36). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Walther, Andreas; Hof, Christiane & Meuth, Miriam (2014). Vermittlung und Aneignung in Lebenslauf und Biographie. Perspektiven einer Pädagogik der Übergänge. In Christiane Hof, Miriam Meuth & Andreas Walther (Hrsg.), *Pädagogik der Übergänge. Übergänge in Lebenslauf und Biografie als Anlässe und Bezugspunkte von Erziehung, Bildung und Hilfe* (S. 218–240). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Zingarelli, Jacqueline & Massaro, Luana (2020). Wohnen als Menschenrecht. Wie Housing First Wohnungs- und Obdachlosigkeit bekämpft und die psychische Gesundheit von Betroffenen verbessert. In Carlo Fabian, Esther Müller, Jacqueline Zingarelli & Andreas Daurù (Hrsg.), *Housing First. Ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit* (S. 57–63). Basel & Zürich: Verein für Gassenarbeit Schwarzer Peter, Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Sektion Deutschschweiz & Pro Mente Sana.

11 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

11.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Aspekte und Wohndimensionen des heuristischen Modells (Meuth, 2018a, S. 67–70) (eigene Darstellung)	33
Tabelle 2: Verlaufskarte 2, Interview S2 (Sara)	50

11.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Integrationsmodell (eigene angepasste Darstellung in Anlehnung an Sommerfeld et al. (2016, S. 61; 133))	23
Abbildung 2: Mehrdimensionales Wohnverständnis (eigene leicht angepasste Darstellung in Anlehnung an Meuth (2017b, S. 113))	32
Abbildung 3: Übergänge als Wechselbeziehung zwischen sozialen Strukturen und individuellen Handlungen (eigene Darstellung)	35
Abbildung 4: Gegenstandsbezogenes Kodierparadigma (eigene ergänzte Darstellung in Anlehnung an Meuth (2018a, S. 84))	53

12 Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden.....	131
Anhang 2: Kurzfragebogen Interview-Teilnehmende.....	134
Anhang 3: Transkriptionsregeln	135
Anhang 4 Transkriptionsauszug	136
Anhang 5: Theoretical Sampling: Verlaufskarten	136
Anhang 6: Eigenständigkeitserklärung.....	139

Anhang 1: Interviewleitfaden

Hauptfragen	Checkliste/weitere Fragen (<i>dazu müssen Aussagen kommen</i>)
Themenblock 1: <i>eigene Erfahrungen mit der Begleitung eines Überganges zwischen dem sogenannten Normalwohnen und institutionellem Wohnen</i>	
Sie haben im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit schon verschiedene Menschen bei einem potenziellen Übergang zwischen dem Wohnen in den eigenen vier Wänden und einem begleiteten oder betreuten Wohnen sozialarbeiterisch begleitet.	
• 1. Erzählaufforderung: Können Sie eine solche Situation beschreiben, und zwar von dem Zeitpunkt an, in der die Idee eines Wechsels aufgekommen ist bis zum Abschluss der sozialarbeiterischen Begleitung/Beratung? Wählen Sie dabei eine Situation, die Sie noch gut in Erinnerung haben, entweder weil diese erst vor Kurzem stattgefunden hat oder Ihnen aus anderen Gründen gut in Erinnerung geblieben ist. Es ist dabei unwesentlich, ob es dann tatsächlich zu einem Wechsel der Wohnsituation gekommen ist oder nicht. Für mich interessant ist alles, was Sie mit der Situation in Verbindung bringen und was Sie im Zusammenhang mit der geschilderten Situation als wichtig erachten. • Inwiefern ist die geschilderte Situation „typisch“ für solche Beratungssituationen und Begleitungen? In welchen Punkten unterscheidet sich die geschilderte Situation von einer „Durchschnittsberatung und Begleitung“ in Bezug zu diesem Themenfeld?	• Mögliche Aspekte der Erzählung (auch als Anregung, falls nichts kommt): wer war alles involviert; wie ist es zur Empfehlung oder zur Entscheidung gekommen (Begründung, Indikation); was hat sonst noch die Situation beeinflusst; welche Hürden mussten ggf. bewältigt werden; welche Irritationen sind ggf. entstanden; Reflexion der Situation • Was hat aus Ihrer Sicht dazu beigetragen, dass es zu (k)einem Wechsel der Wohnsituation gekommen ist? • Warum haben Sie in dieser Situation den Wechsel einer Wohnsituation empfohlen? Was hat/hätte sich durch den Wechsel für die betroffene Person verändert oder verbessert? Was war das Ziel? [Haltung, Konstruktion Adressat:innenfigur] • Was ist in einer solchen Situation ihr professioneller Auftrag? Wie verstehen Sie in Bezug auf eine solche Situation ihren professionellen Auftrag? (evtl. in Abgrenzung zum interprofessionellen Team oder gesellschaftlich) [Selbstverständnis, Haltung]

• 2. Erzählaufforderung: Divergierende Situation oder typische Situation zusätzlich erzählen lassen, wenn es sich anbietet.	• Stichwort <i>Wohn(un)fähigkeit</i> (nur falls das kommt, nicht als Konzept einführen): Wann ist jemand wohn(un)fähig? > Überleitung zum Themenblock <i>Wohn(un)fähigkeit</i>
Themenblock ***: <i>Wohn(un)fähigkeit</i>	
• Stichwort <i>Wohn(un)fähigkeit</i> (nur falls das kommt, nicht als Konzept einführen): Wann ist jemand wohn(un)fähig? Können Sie erzählen, wie es zu dieser Einschätzung kommt?	• Woran erkennen Sie, dass jemand wohn(un)fähig ist? Was gehört alles zur Wohn(un)fähigkeit? Welche Aspekte müssen bei der Einschätzung berücksichtigt werden (z. B. bzgl. Wohnen, Alltags-Lebensbewältigung, anderes)? • Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Wer ist wie daran beteiligt? • Bei welchen Patient:innen stellt sich die Frage nach ihrer Wohn(un)fähigkeit? Gibt es einen bestimmten Typ Patient:in, bei dem sich diese Frage stellt? • Inwiefern und wie denken Sie, dass in institutionellem Wohnen „Wohnfähigkeit“ wieder hergestellt wird? Ab wann ist jemand wieder wohnfähig? Woran würden Sie erkennen, dass jemand wieder wohnfähig ist? • Was passiert, wenn die „Wohnfähigkeit“ wieder hergestellt wird? • Würden Sie sagen, dass das Konzept der Wohn(un)fähigkeit ein innerhalb und ausserhalb der Organisation geteiltes Konzept ist? Inwiefern? Woran zeigt sich das (nicht)? Kommt es in der Kommunikation innerhalb/ausserhalb der Organisation vor? Wie? Und mit der betroffenen Person? • Würde sich die Frage der Wohn(un)fähigkeit auch stellen, wenn es genügend bezahlbaren Wohnraum geben würde? Inwiefern?
Themenblock 2: <i>Wohnen und institutionelles Wohnen</i>	
• In welchen Situationen empfehlen Sie ein begleitetes / betreutes Wohnen? Warum? Mit welchem Ziel? Gibt es Situationen, in denen Sie von einem begleiteten oder betreuten Wohnen abraten? Warum? Welche Alternativen an Unterstützung stehen zur Verfügung? Welche Alternativen an Unterstützung würden Sie sich wünschen? • <i>(nach Möglichkeit an Haltung, die vorher zum Ausdruck kommt ansetzen, um Frage einzuführen.) Die nächste Frage bewegt sich mehr auf einer gesellschaftlichen Gesamtebene/Makro-Ebene. Was für eine</i>	• 3. Erzählaufforderung: Ist es vorgekommen, dass Sie jemand beraten mussten in ein begleitetes / betreutes Wohnen zu ziehen aufgrund einer fachfremden Einschätzung, die Sie nicht teilten? Wie sind Sie damit umgegangen? Was sprach aus Ihrer Sicht gegen einen Einzug in ein institutionelles Wohnsetting?

Funktion übernehmen begleitete oder betreute Wohninstitutionen für Menschen mit psychischen Erkrankungen? Inwiefern passt diese mit dem zusammen, was für Sie Wohnen bedeutet? Wo gibt es Unterschiede? Was bedeutet für Sie persönlich Wohnen? Was ist Ihnen beim Wohnen wichtig?	
Themenblock 3: Gestaltung des Überganges	
- Was ist Ihnen bei der Beratung / Begleitung im Übergang von einem sog. normalen Wohnen in ein institutionelles Wohnen wichtig? Welche Punkte müssen aus Ihrer Sicht beachtet werden? - Was denken Sie, sind die Anforderungen, die ein solcher Übergang betroffenen Personen stellt? Womit muss eine Person Ihrer Einschätzung nach umgehen (können)? Inwiefern berücksichtigen Sie diese Anforderungen bzw. können Sie diese Anforderungen im Beratungsprozess berücksichtigen? - Wie schätzen Sie die Bedeutung eines solchen Überganges für die betroffene Person ein? Was haben Sie diesbezüglich für Erfahrungen gemacht (evtl. Erzählaufforderung)? - Inwiefern hat sich ihr Umgang mit der Beratung / Begleitung in diesem Übergang seit ihrem Berufsbeginn verändert? Warum?	- Inwiefern werden allfällige kritisch geäußerte Punkte mit der betroffenen Person thematisiert (z. B. in Bezug auf Wohnungsmarkt oder Wohn(un)fähigkeit)? - Passt der Begriff des Überganges für die Beschreibung dieser Phase? Inwiefern (nicht)? Was wären andere passendere Wörter?
Abschluss	
- Abschlussfrage (Erzählaufforderung): wie sähe eine ideale sozialarbeiterische Unterstützung im besprochenen Kontext aus? - Gibt es noch etwas, was bisher noch nicht oder zu kurz gekommen ist und Ihnen mit Bezug zum besprochenen Thema wichtig, das sie noch sagen möchten? - Kurzfragebogen - Falls Dokumente erwähnt wurden, ist Einsicht in diese Dokumente möglich (z.B. KoGu-Anträge, Platzierungslisten)	In der Literatur wird das Konzept der sog. «Wohn(un)fähigkeit» als handlungsleitendes Deutungsmuster diskutiert. Sie haben diesen Begriff bisher nicht benutzt. Ist das Konzept für Sie relevant? Wann? Wie? Wie stehen Sie zu diesem Begriff? Was sind Ihre Assoziationen dazu? Haben Sie sich bewusst dazu entschieden, diesen Begriff während des Gesprächs nicht zu nutzen? Was waren Ihre Beweggründe dafür?

Anhang 2: Kurzfragebogen Interview-Teilnehmende

Kurzfragebogen Interview-Teilnehmende im Forschungsprojekt *Handlungsleitende Deutungsmuster beim Übergang von „Normalwohnen“ zum „Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement“ (Arbeitstitel)*

Verwendung der erhobenen Daten: Die Daten werden einerseits als Grundlage für die pseudonymisierte Beschreibung der Interview-Teilnehmenden verwendet und andererseits können sie dabei unterstützen, in Kombination mit dem ausgewerteten Interview, Kriterien für die weitere Suche von Interview-Teilnehmenden im Sinne eines *Theoretical Samplings* zu definieren.

1. **Geburtsjahr** _____
2. **Geschlecht** ☐ divers ☐ weiblich ☐ männlich
3. **Abschluss in Sozialer Arbeit**
 - a. ☐ Bachelor ☐ Master ☐ anderes: _____
 - b. Ort: _____ c. Jahr (ca.): _____
 - d. Zusätzliche Weiter-/Fortbildungen: _____
4. **Erwerbssituation**
 - a. Wie lange sind Sie schon für Ihren Arbeitgeber tätig? _____
 - b. In welchem Arbeitspensum sind Sie angestellt? _____
 - c. Auf was für einer Station arbeiten Sie (z.B. Art der Station, Alter und/oder Diagnosen der Adressat:innen)? _____
 - d. Übernehmen Sie Zusatzfunktionen? Falls ja, welche? _____

 - e. Haben Sie vor dieser Anstellung schon in anderen Psychiatrien gearbeitet oder hatten Sie anderswo beruflich mit dem Übergang zwischen dem sogenannten „Normalwohnen“ in ein institutionelles Wohnen zu tun? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Bitte spezifizieren Sie (z.B. Ort, Funktion, Dauer)

5. **Einschätzung zur Situation auf dem Wohnungsmarkt**
 - a. Wie schätzen Sie die Situation auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt ein (z.B. entspannt, angespannt, Notstand)? _____

 - b. Wie schätzen Sie die Situation im Bereich des institutionellen Wohnens ein (z.B. gibt es passende/genügend Angebote oder Wahlmöglichkeiten)? _____

Anhang 3: Transkriptionsregeln

Die zur Anwendung gebrachten Transkriptionsregeln orientierten sich im Wesentlichen an den Regeln für ein semantisch-inhaltliches Transkriptionssystem gemäss Dresing und Pehl (2018, S. 20–25). Im Vordergrund stand die gute Lesbarkeit des Textes. Angaben zu para- und nonverbalen Ereignissen, die in einem detaillierten Transkript berücksichtigt werden würden, wurden zurückhaltend eingesetzt (Dresing & Pehl, 2018, S. 17–18).

Inhaltlich-semantische Transkriptionsregeln

- wörtliche aber sprachlich geglättete Transkription (inkl. Interpunktion) (vs. lautsprachlich oder zusammenfassend)
- der Dialekt wurde möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt; der Dialekt wurde da beibehalten, wo eine Übersetzung nicht möglich war (die Übersetzung ins Hochdeutsche wurde in eckige Klammern gesetzt); die Satzform des Dialektes wurde auch mit und trotz syntaktischer Fehler im Hochdeutschen beibehalten
- Rezeptionssignale (z. B. „hm, aha, ja, genau“) wurden nur dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage folgten und nicht, wenn der Redefluss dadurch nicht unterbrochen wurde (*Backchanneling*) (teilweise als Einschub //mhm// gehandhabt)
- die Betonung nach „hm“ wurde in Klammern spezifiziert (z. B. bejahend, verneinend, nachdenkend, fragend, wohlfühlend)
- emotionale nonverbale Äusserungen (z. B. lachen, seufzen) wurden in Klammern gesetzt
- der Partikel „hm“ wurde unabhängig der Betonung immer mit „hm“ transkribiert (vs. „hhhhm“; „mhm“, „hmh“)
- die Zögerungslaute wurden immer mit „ähm“ transkribiert (vs. „äm“, „ehm“, „öhm“)
- die Personalpronomen wurden kleingeschrieben; Personalpronomen der Höflichkeitsform (Sie und Ihnen) wurden grossgeschrieben

Transkriptionszeichen

I:	Interviewerin
S1, S2:	interviewte klinische Sozialarbeiter:innen
/	Abbruchzeichen, wenn Wörter oder Sätze nicht vollendet werden
//	Sprechüberlappungen in separater Zeile
(...)	Pause, länger
ABC	besonders betonte Wörter oder Äusserungen
De::::hnung	Dehnung von Lauten. Doppelpunkte weisen auf Länge der Dehnung hin
(unv.)	unverständliche Wörter
(???)	ungefähr drei unverständliche Wörter

Anhang 4 Transkriptionsauszug

Interview mit S4 (Ivana)

- Pos 79 I: #00:49:04-7# Also Schadensminderung, in welchem Sinn?
- Pos 80 S4: #00:49:06-0# Ich glaube oder, wir haben zunehmend Leute, wo wirklich sch/schwer chronifiziert sind und dass es wie drum geht, NICHT extreme Ziele zu erarbeiten, dass sie irgendwie wieder im ersten Arbeitsmarkt (unv.) dort schaffen oder so, sondern dass man wie lügt [schaut], das, wo sie haben, das Funktionsniveau, wo sie noch haben, dass man DAS tut fördern und ihre Ressourcen tut fördern und nicht immer die Defizite oder. Sie werden im Alltag genug konfrontiert. Ich glaube, das ist so chli die Aufgabe. Ich glaube aber im Fall auch das, (...) so die Integration in die Gesellschaft wieder oder. Wenn sie bei uns sind, sind sie wirklich so chli abgekapselt, so chli in dieser in dieser Bubble drin. Ich erwarte schon von einer Institution, dass sie nachher auch mit dem mit dem Klientel lügen, was braucht es, dass sie wieder können in die Gesellschaft rein kommen. Was welche Ziele haben sie zusammen. Und wo will der Patient oder der Bewohner die Bewohnerin hin so. Ich glaube schon eine Integrationsaufg/Auftrag gewissermassen so ja. Ja.

Anhang 5: *Theoretical Sampling*: Verlaufskarten

Verlaufskarte 1

Verlaufs-karte 1		Interview S1: Frau Wehrle	
Datum		Tag.Monat.Jahr	
		Konzept / Kategorie	Code und Leitdifferenz
Fallauswahlkriterien	ex ante	Berufsalter	<i>Berufsanfänger:in</i> vs. berufserfahren
		Standort Organisation	mehr vs. <i>weniger</i> Anspannung auf Wohnungsmarkt
		Fallauswahlleitende Merkmalskombination: Berufsanfänger:in in klinischem Organisationskontext in einer Region mit weniger Anspannung auf dem Wohnungsmarkt	
	ex post	Zwischenschritt	<i>altersphasenspezifisch</i> vs. altersphasenunspezifisch
		Station	Allgemeinpsychiatrische Station vs. <i>Spezialstation</i>
		Potenzielle Merkmalskombination für Fallauswahlentscheidung Interview 3 auf der Grundlage des vorliegenden Falles: Sozialarbeitende Person in klinischem Organisationskontext in einer Region mit <i>mehr</i> Anspannung auf dem Wohnungsmarkt, die auf einer <i>allgemeinpsychiatrischen Station</i> arbeitet (zielt auf Differenzierung der Kategorie „Zwischenschritt“).	

Verlaufskarte 2

Verlaufs- karte 2		Interview S2: Sara	
Datum		Tag.Monat.Jahr	
		Konzept / Kategorie	Code und Leitdifferenz
Fallauswahlkriterien	ex ante	Berufsalter	Berufsanfänger:in vs. <i>berufserfahren</i>
		Standort Organisation	mehr vs. <i>weniger</i> Anspannung auf Wohnungsmarkt
		Fallauswahlleitende Merkmalskombination: Berufserfahrene Sozialarbeitende in klinischem Organisationskontext in einer Region mit weniger Anspannung auf Wohnungsmarkt	
	ex post	Zwischenschritt > Zwischenlösung	altersphasenspezifisch vs. <i>eher altersphasenunspezifisch</i>
		Zwischenlösung 1	<i>Zwischenlösung</i> vs. langfristige Lösung
		Station	allgemeinpsychiatrische Station vs. <i>Spezialstation</i>
		Zusammenarbeit im interprofessionellen Team 1	<i>entspannt</i> vs. angespannt
		Potenzielle Merkmalskombination für die Fallauswahlentscheidung Interview 4 auf der Grundlage des vorliegenden Falles: Sozialarbeitende Person in klinischem Organisationskontext in einer Region mit <i>mehr</i> Anspannung auf dem Wohnungsmarkt, die auf einer <i>allgemeinpsychiatrischen Station</i> arbeitet (zielt auf Differenzierung der Kategorie „Zwischenlösung 1“) und die interprofessionelle Zusammenarbeit angespannt (z. B. konfliktbehaftet) ist.	

Verlaufskarte 3

Verlaufs- karte 3		Interview S3: Daniel	
Datum		Tag.Monat.Jahr	
		Konzept / Kategorie	Code und Leitdifferenz
Fallauswahlkriterien	ex ante	Berufsalter	<i>berufserfahren</i> vs. Berufsanfängerin
		Standort Organisation	<i>mehr</i> vs. weniger Anspannung auf Wohnungsmarkt
		Station	<i>allgemeinpsychiatrische Station</i> vs. Spezialstation
		Zwischenschritt	<i>altersphasenunspezifisch</i> vs. altersphasenspezifisch
		Fallauswahlleitende Merkmalskombination: Berufserfahrene sozialarbeitende Person in klinischem Organisationskontext in einer Region mit <i>mehr</i> Anspannung auf dem Wohnungsmarkt, die auf einer <i>allgemeinpsychiatrischen Station</i> arbeitet (zielt auf Differenzierung der Kategorie „Zwischenschritt“).	
	ex post	Zwischenlösung 2	<i>potenziell</i> vs. als vorausgesetzt angenommen
		Zusammenarbeit im interprofessionellen Team 1	<i>entspannt</i> vs. angespannt
		Potenzielle Merkmalskombination für die weitere Fallauswahlentscheidung auf der Grundlage des vorliegenden Falles: Sozialarbeitende Person in klinischem Organisationskontext in einer Region mit <i>weniger</i> Anspannung auf dem Wohnungsmarkt, die auf einer <i>allgemeinpsychiatrischen Station</i> arbeitet (zielt auf Differenzierung der Kategorie „Zwischenlösung 2“) und/oder die interprofessionelle Zusammenarbeit angespannt (z. B. konfliktbehaftet) ist.	

Verlaufskarte 4

Verlaufskarte 4		Interview S4: Ivana	
Datum		Tag.Monat.Jahr	
		Konzept / Kategorie	Code und Leitdifferenz
Fallauswahlkriterien	ex ante	Standort Organisation	<i>mehr</i> vs. weniger Anspannung auf Wohnungsmarkt
		Station	<i>allgemeinpsychiatrische Station</i> vs. Spezialstation
		Zwischenlösung 1	Zwischenlösung vs. <i>langfristige Lösung</i>
		Zusammenarbeit im interprofessionellen Team 1	Entspannt vs. <i>angespannt</i>
		Fallauswahlleitende Merkmalskombination: Sozialarbeitende Person in klinischem Organisationskontext in einer Region mit <i>mehr</i> Anspannung auf dem Wohnungsmarkt, die auf einer <i>allgemeinpsychiatrischen Station</i> arbeitet (zielt auf Differenzierung der Kategorie „Zwischenlösung 1“) und/oder die interprofessionelle Zusammenarbeit angespannt (z.B. konfliktbehaftet) ist.	
	ex post	Institutioneller Wohnungsmarkt	<i>wenige</i> vs. viele verfügbare Plätze
		Zusammenarbeit im interprofessionellen Team 2	<i>informell</i> vs. formell begründete Bearbeitung der „sozialen Dimension“
		Wohnungssuche Normalwohnen	<i>kein</i> vs ein Auftrag
		Potenzielle Merkmalskombination für die weitere Fallauswahlentscheidung auf der Grundlage des vorliegenden Falles: Sozialarbeitende Person in klinischem Organisationskontext in einer Region mit <i>weniger</i> Anspannung auf dem Wohnungsmarkt, die auf einer <i>allgemeinpsychiatrischen Station</i> arbeitet (zielt auf Differenzierung der Kategorie „Zwischenlösung 1“) und/oder die interprofessionelle Bearbeitung der sozialen Dimension formell abgesichert ist.	