

Netzwerk der SozialarbeiterInnen in Psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich

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“**

*Marlis Baumeler, Carlo Bornemann, Ulrike Harder, Franz Hierlemann,
Eva Mäder, Pablo Philipp, Cornelia Rüeegg, Michaela Wegmann

Prof.Dr.habil. Silvia Staub-Bernasconi (Gesamtredaktion)

Kontaktadresse:
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Leitung Soziale Arbeit
info@puk.zh.ch

Zitiervorschlag:
Staub-Bernasconi, Silvia, et al.*
Soziale Arbeit und Psychiatrie...
Positionspapier...

Zürich, September 2012

Inhaltsverzeichnis

Zur Vorgeschichte dieses Positionspapiers.....	4
I. ALLGEMEINES ZUM DISZIPLINÄREN UND PROFESSIONELLEN SELBSTVERSTÄNDNIS SOZIALER ARBEIT.....	5
1. Problem- und Fragestellungen.....	5
2. „Klinische Soziale Arbeit“ im Rahmen von Gesundheitsdiensten und Gesundheitswissenschaften – eine Teildisziplin der Profession Sozialer Arbeit.....	5
3. Die AdressatInnen Sozialer Arbeit - allgemein und im klinischen Bereich	6
4. Das allgemeine Selbstverständnis Sozialer Arbeit und Besonderheiten Sozialer Arbeit in der Psychiatrie.....	8
5. Das „bio-psycho-sozial-kulturelle Modell des Menschen“ und das Gesellschaftsbild in Psychiatrie und Sozialer Arbeit.....	10
5.1. Die Erweiterung des Modells durch die kulturelle Dimension	10
5.2. Erkenntnis- und professionstheoretische Konsequenzen des „bio-psycho-sozial-kulturellen Menschenbildes“ für die klinische Praxis	10
5.3. Merkmale des Menschen- und Gesellschaftsbildes der Sozialen Arbeit im Hinblick auf eine klinische Feindiagnostik.....	11
II. HANDLUNGSWISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN SOZIALER ARBEIT IN IHRER RELEVANZ FÜR DIE KOOPERATION ZWISCHEN „SOZIALER ARBEIT“ UND „PSYCHIATRIE“	13
1. Soziale Diagnostik.....	13
1.1. Historisches zur Sozialarbeitsdiagnostik	13
1.2. Aktuelles zur Sozialarbeitsdiagnostik	13
1.3. Klinische Diagnosesysteme und ihre Operationalisierung der „sozialen Dimension“	14
1.4. Ein früher Syntheseversuch zwischen psychiatrisch-psychologischer und sozialarbeiterischer Diagnostik – das „Person-In-Environment“- PIE-System	16
1.5. Ein Instrument zur Diagnostizierung Sozialer Probleme auf der Ebene von Individuen sowie der Interaktions- und Sozialstruktur von Gesellschaften.....	17
1.6. Ein Screening- und ein soziales Diagnose-Instrument für die Soziale Arbeit im psychiatrischen Kontext.....	17
2. Der Erklärungsbeitrag der Sozialen Arbeit bezüglich psychischer Erkrankungen	17
2.1. Zwei zentrale allgemeine Theorietraditionen Sozialer Arbeit und ihre unterschiedliche Anschlussfähigkeit an das bio-psycho-sozial-kulturelle Modell des Menschen im medizinisch-psychiatrischen Diskurs.....	18
2.2. Zwei Theorien menschlicher Bedürfnisse als theoretische Ausgangs- bzw. Erklärungsbasis	18
2.2.1. Die Bedürfnistheorie von Klaus Grawe (2004).....	18
2.2.2. Die Bedürfnistheorie von Werner Obrecht (2009, 2011).....	20
2.3. Studien zum Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen/sozialen, psychischen Determinanten und psychischen Störungen/Krankheiten	20
2.3.1. Frühe und neuere Erklärungsansätze	21
2.3.2. Ausgewählte epidemiologische Studien.....	22
2.3.3. Eine Studie von SozialhilfeempfängerInnen der Stadt Zürich.....	24
2.4. Studien zu den Folgen der Deinstitutionalisierung der Psychiatrie	24

2.5.	Ein interdisziplinäres Erklärungsmodell – ein Diskussionsvorschlag	26
3.	Zielsetzungen der Sozialen Arbeit – ihr Beitrag zur Bestimmung der Genesungsziele: psychisches Wohlbefinden und psychosoziale, sozioökonomische und sozialkulturelle Reintegration.....	28
3.1.	Allgemeine Zielsetzung	29
3.2.	Ein mehrdimensionales Integrationskonzept zur differenzierten Zielbestimmung	29
4.	Spezielle Handlungstheorien/Methoden Sozialer Arbeit im Rahmen „integrierter klinischer Hilfeleistung“ und „sozialer, gemeindenaher Unterstützung“	31
4.1.	Personbezogene Methoden mit dem Fokus auf den Alltag der Individuen und ihren aktuellen Erfahrungen.....	31
4.2.	Methoden zur Veränderung der sozialen Umwelt der aus der Klinik entlassenen Klientel	32
III.	STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN KLINISCHER SOZIALER ARBEIT	34
1.	Folgerungen im Hinblick auf das Zuständigkeits- und Aufgabenprofil „Klinische Soziale Arbeit“	34
2.	Folgerungen für die Gestaltung von Kooperationsstrukturen	34
3.	Folgerungen für die Stellung der Sozialen Arbeit in der Organisationsstruktur	35
4.	Folgerungen für Forschungsprojekte	35
5.	Folgerungen für die Weiterbildung der SozialarbeiterInnen	35
	Literaturverzeichnis	37
	Anhänge	43

Zur Vorgeschichte dieses Positionspapiers

Das vorliegende Positionspapier ist das Ergebnis eines mehrjährigen Diskussionsprozesses von Mitgliedern des „Netzwerks der SozialarbeiterInnen in Psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich“.¹ Sie stellten sich die Aufgabe, das Positionspapier einer ersten Arbeitsgruppe² mit dem Titel „Professionelle Soziale Arbeit in der psychiatrischen Versorgung“ (2007) im Hinblick auf den Beitrag der Sozialen Arbeit als Disziplin und Profession zu spezifizieren und zugleich weiter zu entwickeln. Die Arbeitsgruppe kam insgesamt zu 19 Sitzungen zusammen. Ihre Arbeitsweise bestand darin, dass zu den zentralen Kapiteln des Positionspapiers schriftliche Diskussionsgrundlagen erstellt und diskutiert wurden (vgl. Anhang 1). Sie dienten als Grundlage für den vorliegenden Bericht.³

¹ Dazu gehören Marlis Baumeler, Carlo Bornemann, Ulrike Harder, Franz Hierlemann, Eva Mäder, Pablo Philipp, Cornelia Rüegger, Michaela Wegmann, Silvia Staub-Bernasconi (in der ersten Phase auch Meinrad Tröndle und Anna Wurst).

² Die VerfasserInnen waren Ulrike Harder, Hanspeter Lüthy, Carolin Saxer und Sibylle Schröder.

³ In einer weiteren Arbeitsphase wäre eine Kooperation zwischen Mitgliedern dieses Projektes und solchen des Projektes „Integrierte psychiatrische Behandlung. Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit“ in Aussicht zu nehmen, das auf der Basis des „Praxis-Optimierungs-Zyklus“ (Gredig/Sommerfeld 2010) von Regula Dällenbach (Leitung), unter Mitwirkung von Cornelia Rüegger durchgeführt wird (vgl. Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger 2011).

I. ALLGEMEINES ZUM DISZIPLINÄREN UND PROFESSIONELLEN SELBSTVERSTÄNDNIS SOZIALER ARBEIT

1. Problem- und Fragestellungen

Sowohl den Mitgliedern der ersten wie der zweiten Arbeitsgruppe geht es um eine Besserstellung der sozialen Position und damit der Anerkennung des Beitrags der Profession Sozialer Arbeit im Rahmen der „Psychiatrie“. Dabei stehen folgende Fragen im Zentrum:

Was kann die Profession Sozialer Arbeit aufgrund ihres Selbstverständnisses und Fachwissens bei Problemen psychischer Erkrankungen zur Diagnose, Erklärung, Zielsetzung und Intervention beitragen?

Unter welchen strukturellen Rahmenbedingungen kann sie in einem professionellen Team von ÄrztInnen, Pflegekräften, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen und weiteren Fachkräften professionell kompetent mitwirken?

Eine *Profession* definiert sich kompetenzbezogen auf wissenschaftsbasierte Interventionen sowie auf einen Ethikkodex, den die Profession selber definiert hat.⁴ Sie hat ein *dreifaches Mandat*, nämlich eines seitens der Klientel, eines seitens der Gesellschaft, repräsentiert durch die Träger des Sozial- und Gesundheitswesens und eines seitens der Profession. Das Mandat seitens der Profession erlaubt ihr *relativ* autonome, wissenschaftlich gestützte Beurteilungen und ethische Bewertungen eines problematischen Sachverhalts sowie von Lösungsvorschlägen und - darauf basierend - auch kritische Beurteilungen von Aufträgen der Träger wie der Klientel. Im Unterschied dazu definiert sich ein *Beruf* u.a. über mehr oder weniger standardisierte Methoden/Verfahren und einen – oft weisungsgebundenen - Vermittlungsprozess zwischen den Interessen und Aufträgen der Träger und den Anliegen der Klientel (Doppelmandat) (vgl. dazu Heiner 2004a, Staub-Bernasconi 2007). Die wichtigste Unterscheidung zwischen Profession und Beruf besteht in der Wissenschaftsbasierung von Interventionen, weshalb im vorliegenden Bericht auf dieses Thema besonderes Gewicht gelegt wurde.

2. „Klinische Soziale Arbeit“ im Rahmen von Gesundheitsdiensten und Gesundheitswissenschaften – eine Teildisziplin der Profession Sozialer Arbeit

Im internationalen Kontext hat sich seit etwa drei Jahrzehnten an Universitäten eine „Spezialisierung“ Sozialer Arbeit mit Masterabschluss und Promotionsmöglichkeit sowie langen Weiterbildungs- und Supervisionsphasen entwickelt, die als „Klinische Sozialarbeit“ bezeichnet wird (Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, Ortmann/Röh 2008), Gahleitner/Höhn 2009 u.a.). Historisch geht diese Spezialisierung Sozialer Arbeit auf ein spezifisches Problem- und Handlungsfeld – genauer auf das bereits anfangs des 19. Jahrhunderts, u.a. von Richmond 1917 in ihrem Buch „Social Diagnosis“ entwickelte Modell „psychosozialer Sozialer Arbeit“ zurück. Der Begriff „Klinische Soziale Arbeit“, der sich seit einigen Jahren auch im deutschsprachigen Kontext durchsetzt, lässt sich fürs erste wie folgt definieren:

Pauls zufolge ist Klinische Sozialarbeit eine „Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störung/Krankheit und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen befasst. Gegenstand sind u.a. die Themen psycho-soziale Diagnos-

⁴ Dazu kommen weitere Merkmale wie spezieller Zuständigkeitsbereich, akademisches Studium, strukturelle Unabhängigkeit aufgrund eines Berufsverbandes, damit verbunden professionseigenes Kontroll- und Sanktionssystem, je nachdem staatliche Anerkennung usw., alles Merkmale, die aber im Hinblick auf das hier behandelte Thema von sekundärer Bedeutung sind.

tik/Assessment, psychosoziale Beratung, Sozialtherapie, aufsuchende soziale Intervention, Betreuung, Case-Management, Prävention und Rehabilitation, gemeindenaher Versorgung.“ (2004, S. 22)

Ortmann/Röh definieren Klinische Sozialarbeit als „im Kern eigenständige Fachsozialarbeit, die sich in sozialarbeitsspezifischen Formen der Behandlung von sozio-psychosomatisch zu verstehenden Störungen, Erkrankungen und Behinderungen entfaltet“ (2008, S. 9)

Gahleitner/Miethe (2009) zufolge, zurückgehend auf Mühlum (2009), haben „klinisch-sozialarbeiterische (Theorie und, StB) Forschung „die Aufgabe, biopsychosoziale Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenskrisen und deren Veränderungen unter den jeweils gegebenen Kontextbedingungen zu erforschen, um sie besser verstehen und beeinflussen zu können. Ethikkodizes geben im Hinblick darauf Orientierung“ (in: Gahleitner/Hahn 2009)

Die über 120jährige Tradition der Profession kennt verschiedene soziale Interventionsebenen, so Individuen, Familien, Kleingruppen, lokale, regionale, nationale wie internationale Gemeinwesen, ferner Organisationen im sozialen Mikro-, Meso- und Makrobereich. Klinische Soziale Arbeit legt, was den Aufenthalt in der Klinik betrifft, den Schwerpunkt auf das psychisch erkrankte Individuum, zudem auf Soziale Arbeit mit Patientengruppen und Familienangehörigen. Nach der Entlassung befasst sie sich mit dem Individuum in seinem sozialen/sozialkulturellen Umfeld, je nachdem als Familienmitglied, Mitglied einer Peergruppe, des (Aus)Bildungs-, Wirtschaftssystems, eines Nationalstaates, aber auch als Mitglied eines lokalen, sozialräumlichen Gemeinwesens mit seiner medizinischen, sozialen und kulturellen (Freizeit) Infrastruktur. Im letztgenannten Bereich teilt sie auch die Ziele der Gemeindepsychiatrie und beteiligt sich an der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in verschiedenen halboffenen wie offenen Settings und Tagesstrukturen. Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit sind das sozialkulturelle Umfeld sowie die Mitgliedschaften der AdressatInnen in Teilsystemen immer unter drei Perspektiven zu analysieren:

- a) als potenziell problemerzeugende soziale Interaktionen zwischen Systemmitgliedern und problematische soziale Regeln der Machtstrukturierung von sozialen Systemen (Diskriminierung, Herrschaft, Ausschluss)
- b) als soziale Systeme, die aufgrund vorhandener oder fehlender Ressourcen den Genesungs- und (Re)Integrationsprozess behindern oder befördern
- c) als potenzielle Interventionssysteme

3. Die AdressatInnen Sozialer Arbeit - allgemein und im klinischen Bereich

Für die AdressatInnen Sozialer Arbeit hat sich im internationalen Kontext der Begriff „*Vulnerabilität von Individuen und Gruppen*“ (letztere im Sinn sozialer Kategorien) durchgesetzt, wobei er sowohl anhand individueller, psychologischer als auch gesellschaftsbezogener Merkmale definiert wird⁵:

Die *psychologische* Definition charakterisiert Vulnerabilität als eingeschränkte Fähigkeit im Umgang mit Stress und negativen, sowohl internen wie externen Einflüssen und damit bei der Bewältigung von (psychischen wie sozialen) Problemen (z.B. Richter 2003, S. 115). Es sind zugleich Personen mit eingeschränktem bis fehlendem Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen und - damit zusammenhängend - mit fehlendem Einfluss auf die Gestaltung und

⁵ Die UNO-Definition von „Vulnerability“ lautet: „People ... are vulnerable if there is loss or limitation of opportunities to take part in the normal life of the community on an equal level owing to physical or social barriers.“ (United Nations, A/AC.265/2003/1, C.10)

Kontrolle ihrer Lebensumstände und individuellen Entwicklung und mithin fehlender gesellschaftlicher Macht. (Reichert 2003, S. 134)

Eine *soziale/sozialkulturelle* Definition bezieht sich auf Vulnerabilität im Zusammenhang mit gesellschaftlich relevanten Merkmalen von Individuen wie Alter, Geschlecht, Zivilstand, sexuelle Orientierung, Hautfarbe, Armut, Erwerbslosigkeit, Wohnort (Stadt-Land-Region), ferner auch im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Position, d.h. der Schichtzugehörigkeit, der national-ethnischen oder religiösen Zugehörigkeit. Im Migrations- und Asylbereich kommen noch der Aufenthaltsrechtsstatus und je nachdem die fehlende Staatsbürgerschaft und damit Rechtlosigkeit hinzu. Verletzbar Individuen, aber auch Familien und Gruppen (z.B. AusländerInnen, Sinti und Roma) eignen sich besonders gut für die negativ konnotierte Symbolisierung und „Erklärung“ von erfahrener oder befürchteter struktureller Bedrohung, sozialem Abstieg und damit für eine symbolische Politik der eigenen Überlegenheit mit dem Ziel und Mittel der Entwertung einer Minderheit. Dabei müssen über diese Personen oder/und Gruppen bereits Vorurteile in der Nachbarschaft, dem Arbeitsplatz, der Öffentlichkeit zirkulieren oder/und bewusst verbreitet werden. Sie müssen zudem als so schwach und machtlos eingeschätzt werden, dass man nicht befürchten muss, dass sie sich im Fall eines Angriffs, einer Ungerechtigkeit, einer Menschenrechtsverletzung wehren oder gar zurückschlagen. Mit anderen Worten. können die Interessen und Rechte dieser Individuen und Gruppen ohne grosse Anstrengungen verletzt und den Interessen und Rechten mächtigerer Personen, Gruppen organisationaler Akteure untergeordnet werden. Überdies können zentrale gesellschaftliche Instanzen - vor allem solche der Politik, des Staates und der Medien – hinzukommen, welche die Entwertungs- und Stigmatisierungsprozesse nicht verhindern, kulturell billigen oder gar legitimieren. Letzteres wird strukturell über soziale, je nachdem als nationales Recht institutionalisierte Diskriminierungsregeln zusätzlich unterstützt. (vgl. dazu Adams, Maurianne et al. 2000, S. 21-30; Reichert 2003, S. 134).

Die auf diese Weise definierten Individuen und Gruppen sind nicht nur mehrheitlich AdressatInnen der Sozialen Arbeit, sondern auch nahezu identisch mit denjenigen Gruppen, für welche die UNO auf der Basis der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 zusätzliche Übereinkommen, Konventionen, Fakultativprotokolle zu ihrem Schutz und damit auch zu ihrer Anrufung und Einlösung erarbeitet hat.⁶ Von besonderer Bedeutung für den klinischen Bereich ist die UNO-Behindertenrechtskonvention vom Dezember 2006, die sich auf Menschen mit körperlicher und/oder psychischer Behinderung bezieht.

Im *klinischen Bereich* konzentriert sich die Soziale Arbeit auf Personen und Familien mit psychosozialen Mehrfachbelastungen und zwar sowohl während der Akuterkrankung als auch im Hinblick auf ihre Rehabilitation bzw. soziale Reintegration. PatientInnen in der Psychiatrie gehören aufgrund der obigen Definition zur Kategorie der „verletzbar Individuen“, auch wenn bezüglich öffentlicher Stigmatisierung und sozialem Ausschluss im Vergleich zu früheren Zeiten erhebliche Fortschritte festzustellen sind. Zur Klientel der Profession gehören darüber hinaus auch klinisch-therapeutisch schwer erreichbare, je nachdem aufzusuchende PatientInnen und ihre Familien oder andere relevante InteraktionspartnerInnen (Labonté-Roset/Hoefert/Cornel (2010).

⁶ Namentlich: Opfer von Rassendiskriminierung (1966); Opfer aller Formen von Intoleranz und Diskriminierung aufgrund der Religion oder der Überzeugung (1981); Mitglieder von nationalen, ethnischen, religiösen und sprachlichen Minderheiten (1992); Opfer von Folter, und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CAT) 1984; Frauen im Zusammenhang mit der Vorenthaltung politischer Rechte (1953), als Opfer von Diskriminierung und Gewalt (CEDAW) (1979); als Opfer von Menschenhandel und der Ausnutzung der Prostitution (1949); Kinder/Jugendliche generell (bis 18 Jahre) 1989/1924), u.a. als Opfer von ausbeuterischer Kinderarbeit (1999), Kinderhandel, Kinderprostitution und Kinderpornographie (2000), Kindersoldaten (2000); Wanderarbeiter und ihre Familienangehörigen (1990); Menschen mit Behinderungen (2006) usw.

4. Das allgemeine Selbstverständnis Sozialer Arbeit und Besonderheiten Sozialer Arbeit in der Psychiatrie

In jeder Disziplin und Profession gibt es viele Definitionen ihres jeweiligen Gegenstandes. Im Gesundheits- und anderen Bereichen ist aufgrund der Initiative von internationalen Organisationen (z.B. die WHO bzw. die Ottawa-Erklärung, die UNO, ILO usw.) in einem meist mehrjährigen Aushandlungsprozess eine konsensuale oder gar verbindliche Definition entstanden und verbreitet worden. So kann als Beispiel auf die weitherum bekannte Definition von Gesundheit als "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" der WHO verwiesen werden. Auch in der Sozialen Arbeit konnten sich die beiden grossen internationalen Vereinigungen (IASSW – *International Association of Schools of Social Work* und IFSW – *International Federation of Social Workers*) im Jahr 2000 in Montréal auf eine gemeinsame Definition einigen, die ab 2004 von der *International Association of Schools of Social Work* übernommen wurde.⁷ In Anlehnung an diese Definition versteht sich Soziale Arbeit als Profession, die

- im Schnittpunkt zwischen Individuum und Gesellschaft und ihren Teilsystemen interveniert,
- sich auf (systemische) Theorien menschlichen Handelns/Verhaltens und sozialer Systeme als Erklärungsbasis bezieht,
- ihre Ziele zum einen auf die Förderung und Verbesserung des Wohlbefindens ihrer AdressatInnen, ihre Befreiung aus menschenverachtenden Abhängigkeiten, zum anderen auf die soziale Veränderung einer problem-verursachenden, sozialen Umwelt ausrichtet und dafür
- spezielle Methoden/Handlungstheorien der Problemlösung (wie beispielsweise Ressourcenerschliessung, Bewusstseinsbildung, Vernetzung im sozialen Umfeld, Mediation, Empowerment) einsetzt, die im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Effizienz hin evaluiert werden müssen.

Sie tut dies in der Regel in Zusammenarbeit mit anderen Professionen, Freiwilligen, z.B. Nachbarn, Organisationen und Akteuren in einem Stadtteil oder des Bildungs-, Wirtschafts- oder Politiksystems, des Sozial-, Gesundheits- und Strafwesens, usw. Dabei orientiert sie sich an einem Ethikkodex, dessen zentrale Werte sich auf soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte und Menschenwürde beziehen.⁸

Überträgt man diese Definition auf das „Handlungsfeld Psychiatrie“, so ergeben sich folgende Überlegungen:

- Soziale Arbeit interveniert an der „*Schnittstelle*“ zwischen *Individuen mit psychischen Störungen und Krankheiten und den AkteurInnen ihrer sozialkulturellen Umwelt, die sowohl für die Problemgenese als auch für ihre Alltags- und Problembewältigung nach der Entlassung relevant sind.* Mit „Schnittstelle“ sind im Genauerem Beziehungen im Sinne von zugeschriebenen oder frei gewählten Interaktionsbeziehungen und

⁷ Diese Definition findet sich in einem Supplement des *International Journal of Social Work*, Sage, London, 2007, p..5 und lautet in der Originalversion wie folgt: : „The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work.“

⁸ Es gibt auch einen internationalen „Code of Medical Ethics“ der World Medical Association, der sich im 4. Artikel auf die Menschenwürde beruft: „A physician shall be dedicated to providing competent medical service in full professional and moral independence, with compassion and respect for human digniy.“ (in: Stöcker 2010:99)

Mitgliedschaften des Individuums in verschiedenen Teilsystemen der Gesellschaft (Familie, Nachbarschaften, Bildung, Wirtschaft, Politik, Religion, Freizeiteinrichtungen usw.) gemeint. Dabei muss gefragt werden: Tragen diese sozialen Beziehungen und Mitgliedschaften zum individuellen Wohlbefinden bei oder sind sie, weil sozial problematisch, eine dauerhafte Quelle von psychischem Stress? Besonderes Gewicht kommt den bei PsychiatriepatientInnen oft zerrütteten Familienverhältnissen, und zwar sowohl der Herkunfts- wie einer neu gegründeten Familie zu. Für die Problem- beschreibung und -genese muss aber auch die Zugehörigkeit zu einer Ethnie, Nation oder Religion sowie die geschlechtsspezifische Zugehörigkeit usw. in Betracht gezo- gen werden. Bei MigrantInnen kann der ungesicherte Aufenthaltsstatus als zusätzli- che, wichtige Stressquelle hinzukommen.

- Eine *zweite Interventionsschnittstelle* ist diejenige *zwischen Klinik und gesundheits- bezogenen oder sozialen Diensten in der sozialen Umwelt der AdressatInnen*. Hier muss gefragt werden, wie Aufnahmen in und Entlassungen aus der Klinik gestaltet werden, wie die Kooperationsstrukturen zwischen den Einrichtungen des Gesund- heits- und Sozialwesens gestaltet sind, das heisst, ob sie für die Genesung der AdressatInnen fördernd oder eventuell hindernd sind?
- Soziale Arbeit interveniert an diesen Schnittstellen im optimalen Fall sowohl *vor* ei- nem allfällig notwendigen Klinikaufenthalt, um allenfalls eine Einweisung zu vermei- den, dann aber auch *während* des Aufenthaltes als auch *im Anschluss* daran.
- Ihr professioneller Beitrag besteht darin, im Rahmen von Intake, Diagnose und Be- handlungsprozess Wissen über die *sozialen – (psycho)sozialen und sozialkulturellen* - Dimensionen und möglichen Determinanten, aber auch über die *sozialen Folgen* von psychischen Störungen und Krankheiten einzubringen. Diese Folgen betreffen sowohl das erkrankte Individuum als auch die davon Betroffenen, allem voran die Kinder und weitere Familienmitglieder. Dazu kommen aber auch gestresste Nach- barn, LehrerInnen, Arbeitgeber usw. in Frage.
- Zusammen mit den PatientInnen, sowie im Verbund mit den andern klinischen Pro- fessionen (Medizin/Psychiatrie, Pflege, Psychotherapie, Ergotherapie usw.) sowie Dienstleistern des Sozialwesens formuliert sie die sich aus der Fallaufnahme und im Behandlungsprozess ergebenden *sozialen und sozialkulturellen (Re)Integrationsziele* und zwar sowohl aus der Perspektive des Individuums als auch im Hinblick auf die stresserzeugenden sozialen Teilsysteme, deren Mitglied die PatientInnen innerhalb und ausserhalb der Klinik sind, werden möchten bzw. sein sollten.
- Zur Erreichung der Ziele setzt Soziale Arbeit die der Profession zur Verfügung ste- henden *Methoden im Umgang mit Individuen und sozialen Systemen* ein (vgl. weiter unten); ihre Wirkungen und Nebenwirkungen werden dabei systematisch evaluiert.

Da die Zuständigkeit der allgemeinen Sozialen Arbeit auch Schwerpunkte im psychi- schen/psychosozialen Bereich umfasst (z.B. in Bezug auf schwierige Lern- und Bildungspro- zesse), ergibt sich in der Psychiatrie eine relativ klare Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für den Bereich des „Sozialen“ und damit die „Probleme des Sozialen bzw. Sozialkulturellen“ (vgl. weiter unten). Parallel dazu haben wir in den Gesundheitswissenschaften ebensolche, relativ klare Zuständigkeiten für das „Medizinisch-Biologische“/„Psycho-Biologische“ und das „Psychisch/Psychosoziale“. Dabei sei hier schon angemerkt, dass es sich aufgrund der rea- len Wirkungszusammenhänge zwischen diesen Bereichen, denen man mit dem „bio-psycho- sozialen Modell des Menschen“ als interdisziplinäre Basis Ausdruck verleiht, vor allem um *zuständigkeitsrelevante Schwerpunkte* der obgenannten Professionen handelt. Insofern setzt dieses Modell interprofessionelle Teams voraus, 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. Wird aber

in den Teams nicht an den genannten Schwerpunkten und Zuständigkeiten festgehalten, können erhebliche, schwer lösbare – weil kompetenz- und interessenbedingte - Kooperationsprobleme entstehen.

5. Das „bio-psycho-sozial-kulturelle Modell des Menschen“ und das Gesellschaftsbild in Psychiatrie und Sozialer Arbeit

Im medizinisch-psychiatrischen Handlungsfeld hat man sich zur Erfassung von Gesundheit wie von Krankheiten auf breiter Basis auf ein „bio-psycho-soziales Modell des Menschen“ geeinigt. Im Folgenden wird versucht, die Konsequenzen dieses Menschenbildes für die „klinische Psychiatrie“ aus der Perspektive der Disziplin Sozialer Arbeit näher zu bestimmen, wobei als erstes eine Ergänzung einzubringen ist.

5.1. Die Erweiterung des Modells durch die kulturelle Dimension

Aus sozialarbeiterischer Sicht wird man angesichts der kulturellen Differenzierung von Gesellschaften, aber auch aufgrund der faktisch zunehmenden Multikulturalität der Bevölkerung als Folge von weltweiten Migrationsprozessen von einem „*bio-psycho-sozial-kulturellen Modell des Menschen*“ – schon fast ein Zungenbrecher - sprechen müssen, das andere Differenzierungsformen nach Schicht/Klasse, Sozialraum, Geschlecht, Ethnie usw. nicht aufhebt, sondern ergänzt.

Die Klientel der Sozialen Arbeit besteht aus einem relativ grossen Anteil von Mitgliedern aus der Unterschicht sowie Zugewanderten der ersten, zweiten und dritten Generation, ferner an AsylbewerberInnen, was je nach Problematik die Mitberücksichtigung der (sub)kulturell schichtspezifischen sowie ethnisch-nationalen/religiösen Dimension erforderlich macht (Bittlingmayer/Sahrai 2010). Alle Gesellschaften lassen sich aufgrund der obgenannten sozialen und kulturellen Differenzierungskriterien beschreiben. Bei der Erfassung der individuellen Situation der KlientInnen wird man allerdings nach ihrer Gewichtung im Zusammenhang mit der Problembeschreibung und –erklärung fragen.

5.2. Erkenntnis- und professionstheoretische Konsequenzen des „bio-psycho-sozial-kulturellen Menschenbildes“ für die klinische Praxis

Auf der Basis dieses mehrdimensionalen, komplexen Menschenbildes wird fürs erste *auf erkenntnis- bzw. wissenschaftstheoretischer Ebene* folgendes festgehalten (vgl. dazu u.a. Richter 2007 sowie Anhang 2):

- Die zwei sich teilweise bis heute bekämpfenden „Lager“ bei der philosophischen Bestimmung und wissenschaftlichen Erfassung von gesunden wie psychisch kranken Menschen werden in eine fruchtbare, transdisziplinäre Auseinandersetzung überführt. Ziel ist die *Überwindung des Dualismus zwischen Natur und Geist (das sog. Leib-Seele-Problem)* und damit zwischen Natur- und Geistes- bzw. Kulturwissenschaften zugunsten der Vorstellung einer evolutionär bedingten Interdependenz zwischen biologischen, psychischen, sozialen und sozialkulturellen Systemen – ihren Strukturen und Prozessen. (vgl. Damasio (1998) dazu exemplarisch die Untersuchungen von Tomasello 2010 zum Kooperationsverhalten von Schimpansen und Kleinkindern).⁹
- Die in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts im Rahmen der Antipsychiatriebewegung entstandenen Vorstellungen von *psychischen Krankheiten als „so-*

⁹ Es kann hier nicht der Ort sein, die verschiedenen Vorstellungen zum „Leib-Seele Problem“ zu diskutieren, so z.B. der eliminative Materialismus (es gibt keinen Geist, nichts Mentales); der Parallelismus (Jedes mentale Ereignis wird synchron von einem neuronalen begleitet); der Interaktionismus (Mentale Ereignisse verursachen neurale bzw. werden von ihnen verursacht) usw. (für eine Übersicht siehe Bunge/Ardila (1990))

ziale Konstrukte“ (genauer: „sozialkulturelle Konstrukte“) oder gar „Erfindungen“ (Foucault, Laing, Scheff u.a.) haben sich aufgrund des Fortschritts der psychobiologischen Wissenschaften als *Irrweg* erwiesen. Dies gilt allerdings mit einer wichtigen Einschränkung, nämlich der Frage nach dem Einfluss von kulturellen Mustern aller Art als überindividuelle, (sub)kulturell geteilte Orientierungen sowohl auf die Bilder über Krankheit und Gesundheit, als auch auf den, beispielsweise schichtspezifischen Lebensstil, der gesundheits- oder krankheitsfördernd sein kann. Dazu kommen die bekannten psychischen Wirkungen von kulturell geteilten Entwertungs- und öffentlichen Stigmatisierungsprozessen (Scheff, Szasz u.a.).¹⁰ Im ersten Fall handelt es sich u.a. um Ethnozentrismus, Rassismus, Sexismus, Klassismus; im zweiten Fall um öffentliche Debatten über Sozialschmarotzer, Scheininvaliden, spätrömische Dekadenz von SozialhilfeempfängerInnen oder vergleichbare Labels. (vgl. dazu Anhang 2)

- Damit ergibt sich die *Notwendigkeit* einer realwissenschaftlichen komplexen Diagnose, eines ebensolchen Erklärungsbeitrags der verschiedenen theoretischen Zugänge zu den definierten Problemen sowie des interprofessionellen Vorgehens in Bezug auf die Hilfsmöglichkeiten der Medizin/Psychiatrie, Pflege/Psychologie, diversen Therapien und Sozialer Arbeit. Von *Interdisziplinarität* soll dann die Rede sein, wenn es um die je spezifischen, additiv eingebrachten Diagnosen (Phänomenologie) und den Erklärungsbeitrag der (neuro)biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Einzeldisziplinen geht. Von *Transdisziplinarität* ist dann die Rede, wenn gefragt wird, wie biologische, psychische, soziale wie kulturelle Sachverhalte - Strukturen und Prozesse - *gegenseitig aufeinander und kombiniert auf die psychische Störung oder Krankheit einwirken*. (vgl. dazu auch die Ausführungen zum „Praxis-Optimierungs-Zyklus“, von Gredig/Sommerfeld 2010, Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger 2010)

5.3. Merkmale des Menschen- und Gesellschaftsbildes der Sozialen Arbeit im Hinblick auf eine klinische Feindiagnostik

Bezüglich *Menschenbild* ergibt sich die Vorstellung von „menschlichen Individuen als selbst-wissensfähige Biosysteme“ (Obrecht 2005) mit im Organismus verankerten *Bedürfnissen*, ferner mit *Affekten, Emotionen, Kognitionen, Wert-, Ziel- und Mittelvorstellungen sowie psychomotorischen Prozessen und Verhaltensmustern als psychische Funktionen des Gehirns mit neuronaler Grundlage*. Sie sind die Basis für eine relative, individuelle Eigenständigkeit, Einmaligkeit und damit Kritikfähigkeit von Individuen bei der Einschätzung von Sachverhalten, gesellschaftlich institutionalisierten Werten und Normen, insbesondere Rollenerwartungen. Zugleich sind Emotionen, Kognitionen, Wünsche usw. in hohem Masse durch (sub)kulturell mitbestimmte Sozialisationsprozesse beeinflusst. Dieser Mensch ist für die Befriedigung seiner biologischen, psychischen und sozialen/kulturellen Bedürfnisse ab Geburt bis zum Tod von sozialen Interaktionen sowie der Mitgliedschaft in sozialen Teilsystemen abhängig. Dabei gibt es je nach Lebensphase, Lebenskontext und (Sub)Kultur diagnostisch zu bestimmende Unterschiede.

Aufgrund dieses komplexen Menschenbildes lässt sich der Mensch sozialdiagnostisch nicht auf die Frage einschränken, ob er oder sie bestimmte gesellschaftliche Rollenerwartungen und damit Pflichtenübernahmen als ArbeitnehmerIn, Hausfrau, Elternteil, Familienmitglied, NachbarIn, SchülerIn, BürgerIn usw. erfüllt oder nicht, wie dies teilweise in standardisierten Diagnostik-Instrumenten, insbesondere dem ICF (Internationale Klassifikation der Funktions-

¹⁰ Thomas Szasz wehrt sich gegen eine Vorstellung von Antipsychiatrie, die gegen die Psychiatrie als solche gerichtet ist – dies im Unterschied zu einer - zu seiner Zeit und bis heute nicht auszuschliessenden - Kritik an den psychiatrischen Einrichtungen als solche (z.B. Goffmans Analyse der „totalen Institution“ 1972), der Kritik an Zwangsbehandlungen/-medikation sowie freiheitseinschränkenden Massnahmen, insbesondere Fixierungen und Isolierungen usw. (vgl. dazu das Kapitel „Psychiatrische Zwangsbehandlungen von Menschen mit und ohne Behinderung, im *Parallelbericht der Allianz für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in Deutschland*, zum 5. Staatenbericht der BRD zum Internationalen UNO-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, 2011, S. 49-53).

fähigkeit, Behinderung und Gesundheit) vorgesehen ist. In deren Kategorisierung sind mehrheitlich alltagstheoretisch konsensuale Normenvorstellungen eingegangen, die nicht erkennen lassen, ob man sich mit sozialen Kontexten mit privilegierenden / diskriminierenden oder / und repressiven und mithin krankheitsfördernden sozialen Regeln, (Rollen)Erwartungen und Verfahren auseinandergesetzt hat.

Dazu kommt die Frage nach (Patienten)Rechten und einer fairen Balance zwischen Rechten und zumutbaren Pflichten. Asymmetrien, vor allem ein Überhang an Pflichten gegenüber Rechten sind nicht nur ethisch nicht zu rechtfertigen, sondern auch, wie eine nicht mehr übersehbare Fülle von Studien belegen, Quelle von Stress und bei intensivem, kontextuell kumulativen und langdauerndem Stress Quelle von physischen wie psychischen Erkrankungen (Richter 2007; Wilkinson/Pickett 2010; Obrecht 2009; Frey 2010 u.a.) (vgl. Anhang 3)

Um diese sozialen Systeme und ihre Wirkungen auf die Individuen sowie die Wirkungen von Individuen in und auf soziale Systeme näher bestimmen zu können, braucht es auch ein *Gesellschaftsbild*. Dieses soll eine Gesellschaft in ihren relevanten sozialen und kulturellen Differenzierungen beschreiben. Gemeint ist das „Set“ an zugeschriebenen wie freiwilligen Mitgliedschaften, kulturellen Orientierungen sowie die dazugehörigen sozialen Regeln, ferner das (Un)Gleichgewicht von Rechten und Pflichten für die Individuen usw. und zwar im Zusammenhang mit ihrer sozialen Position in der Gesellschaftsstruktur. Heutige Gesellschaften weisen folgende Differenzierungen auf: *Differenzierung nach sozialer Schichtzugehörigkeit (je nachdem auch Klassen-, Kasten- und Stammeszugehörigkeit); Funktionalität sozialer Systeme (Familie, Bildung, Wirtschaft, Politik usw.); ferner nach sozialen Niveaus vom Individuum bis zur Weltgesellschaft; sozialökologischem Kontext (z.B. Stadt-Land); Alter/Lebensphase; Geschlecht; Kultur und Subkulturen/Ethnie, Nation, Religion; usw.* Letztere Differenzierungsformen sind, wie bereits erwähnt, vor allem in der Arbeit mit MigrantInnen, aber auch mit Mitgliedern der einheimischen Unterschicht von hoher Relevanz (Bourdieu 1983). Zudem braucht es für die Diagnostik des sozialkulturellen Nahraums der Erkrankten auch eine Feindiagnostik, die zwischen fairen und menschenverachtenden sozialen Regeln der Verteilung von Belohnungen und Lasten unterscheidet (letztere z.B. als Diskriminierungs- versus Privilegierungs-, Ausbeutungs-, Herrschafts-, Willkür- oder gewaltermöglichende Regeln). Mit anderen Worten. bedeutet dies, dass *sozialdiagnostisch* sorgfältig erhoben werden muss, in welche Teilsysteme mit welchen sozialen Regeln die AdressatInnen Mitglied waren und sind, eventuell ausgeschlossen wurden und nach der Akutphase (re)integriert werden sollen (vgl. dazu auch Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger 2010). Dazu gehört auch die Frage, welche sozialen Systeme sie – eigenbestimmt oder mit professioneller Unterstützung - verändern können oder verlassen sollten.

Nach diesen allgemeinen Ausführungen soll nun entlang der erkenntnis- und handlungsleitenden Fragen einer jeden Handlungswissenschaft und damit Profession (vgl. dazu Schoen 2005) der spezifische Beitrag der Sozialen Arbeit im Zusammenhang mit der Hilfe an psychisch kranke Menschen dargestellt werden. Neben Diagnosestellung, Erklärungsmustern, Festlegung von Zielen und Methoden, muss die fallbezogene Bestimmung der arbeitsteiligen Kooperationsstruktur zwischen den verschiedenen professionellen Funktionsträgern innerhalb der Klinik und im (teil)stationären Bereich sowie zwischen den integrationsrelevanten Akteuren und Instanzen ausserhalb des klinischen Bereichs zur Sprache kommen.

II. HANDLUNGSWISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN SOZIALER ARBEIT IN IHRER RELEVANZ FÜR DIE KOOPERATION ZWISCHEN „SOZIALER ARBEIT“ UND „PSYCHIATRIE“

1. Soziale Diagnostik

Die Professionalisierung der Sozialen Arbeit begann vor mehr als hundert Jahren mit der Entwicklung von Feindiagnostiken sowohl für die Erfassung individueller, familiärer als auch gemeinwesenspezifischer, gesellschaftlicher Problemlagen.

1.1. Historisches zur Sozialarbeitsdiagnostik

Die erste umfassende Sozialdiagnostik für die Soziale Arbeit verfasste Mary Richmond bereits im Jahr 1917 in den USA in einem über 600seitigen Werk mit dem Titel „Social Diagnosis“. Sie definierte Diagnose als

„Versuch ..., die exaktest mögliche Definition der Situation und Persönlichkeit eines Menschen mit bestimmten sozialen Bedürfnissen zu machen, und zwar im Zusammenhang mit andern Menschen, von denen er/sie in jeder möglichen Hinsicht abhängig ist oder die von ihm abhängig sind, aber auch im Zusammenhang mit den sozialen Institutionen des Gemeinwesens.“ (1917:357).

Alice Salomon adaptierte Richmonds Diagnoseverständnis sowie Karl De Schweinitz's „The Art of Helping People out of Trouble“ (1924) für deutsche Verhältnisse in ihrer Schrift „Soziale Diagnose“ von 1926. Ihr Ziel war es, die von den Armenfürsorgern kritiklos übernommenen Alltagsnormen und stigmatisierenden Labels über Arme, abweichendes Verhalten, Faulheit usw. zu hinterfragen und wissenschaftliche Erkenntnisnormen für die Beurteilung von „Fällen“ einzuführen. Ein weiteres Standardwerk für Individualdiagnostiken stammt von Frances J. Turner mit dem Titel „Differential Diagnosis and Treatment in Social Work“, erstmals 1968 mit mehreren Auflagen). Dieses folgt in einem ersten Teil dem Lebenszyklus, gefolgt von „Psychosocial Disorders“, „Physical Disorders“ und ihre sozialen Folgen, „Sociocultural Factors“ wie Ethnizität, Class, Religion usw., und schliesslich „Present Problems“ wie Abortion, Abused Children, Incest, Anomie, Disaster, Rape, Suicide usw. - Dazu kamen höchst differenzierte gemeinwesen- und organisationsbezogene Diagnostiken (Warren 1945, Follett 1949).

1.2. Aktuelles zur Sozialarbeitsdiagnostik

Der aktuelle Fachdiskurs um die Ausgestaltung angemessener Konzepte und Verfahren für Fallanalysen verweist auf eine Vielfalt arbeitsfeldspezifischer sozialdiagnostischer Ansätze und Instrumente mit unterschiedlichen Reichweiten und Zielen (bspw. Heiner 2004b, Pantucek 2006, Pantucek/Röh 2009, Gahleitner/Hahn/Glemser 2012). Innerhalb dieser verschiedenen Ansätze stehen sich zwei diagnostische Herangehensweise polarisierend gegenüber: nämlich erstens ein klassifikatorisches Vorgehen mittels standardisierter Erhebungs- und Auswertungsinstrumenten und zweitens eine rekonstruktive methodische Herangehensweise, welche – meist auf der Grundlage biographischer Interviews und unter Verwendung von Auswertungsverfahren der interpretativen Sozialforschung – die Sinnhaftigkeit der Lebenswelt von Klienten und Klientinnen in ihrer Komplexität deuten und verstehen will. Diese Gegenüberstellung erscheint uns jedoch wenig sinnvoll. Denn sowohl eine Diagnostik ohne hermeneutische Kompetenz als auch ein Fallverstehen ohne diagnostische Konsequenz verfehlen das Anforderungsprofil einer sozialen Diagnose (vgl. auch Schroedter 2003). Für ein Vorgehen zwischen diesen beiden Polen plädieren auch die Vertreter/innen eines fallrekonstruktiv-dialogischen Ansatzes. Je nach Verfahren wird dabei eine offene oder nur wenig

vorstrukturierte, das heisst situationsabhängige und biografiebezogene Informationssammlung im Dialog mit der Klientel gewählt und der Fokus auf die subjektiven Bedeutungen, die der Klient seiner Situation gibt, gelegt (Heiner 2010:116; vgl. auch Geiser 2009, Brack/Geiser 2009, Pantucek/Röh 2009). Der polarisierende Titel eines Beitrags „Dialog statt Diagnose“ geht nicht nur von einem künstlich-konstruierten Gegensatz, sondern auch von der Vorstellung aus, dass im Rahmen eines Dialogs keine impliziten oder expliziten konzeptuellen Diagnosekategorien eingehen (Kunstreich et al. 2004; kritisch dazu Staub-Bernasconi 2003). Die in der Öffentlichkeit Aufsehen erregenden Fälle von extremer Kindsvernachlässigung und sexueller wie tödlicher Gewalt haben allerdings das Bewusstsein für eine rechen-schaftspflichtige, klar nachvollziehbare und fachlich begründbare Diagnostik und Dokumentation auf dem wissenschaftlich verfügbaren Niveau geschärft. Donald Schön versucht in seinem Beitrag zum „Reflective Practitioner“ (2005) beide Ansätze miteinander zu verknüpfen, indem er dem Alltagswissen, den Erzählungen, Erklärungen und normativen Überzeugungen sowie den Plänen der AdressatInnen bezüglich ihrer Situation und Problematik und dem darüber zu führenden Dialog breiten Raum gewährt, aber deswegen nicht auf eine wissenschaftliche Codierung und klientenunabhängige Einschätzung der Klienteninformationen verzichtet. Dieser kommunikative Vorgang hebt sich von einem autoritativen Expertentum der verordneten Wissensanwendung, das keine Zweifel oder gar Dilemmatas zu erkennen gibt und oft ein Nichtwissen versteckt, klar ab. Er führt in der Regel zu einem Aushandlungsprozess mit der Klientel und den AkteurlInnen ihres sozialen Umfeldes, sofern es sich nicht um relativ unverhandelbare, meist gesetzliche oder menschenrechtliche Vorgaben handelt. Aber auch diese müssen im Rahmen einer demokratisch-professionellen Interaktionsbeziehung soweit wie möglich argumentativ eingeführt, begründet und durchgesetzt werden und – letztlich – ethisch legitim sein.

1.3. Klinische Diagnosesysteme und ihre Operationalisierung der „sozialen Dimension“

Auch in der Psychiatrie bestehen bekanntlich unterschiedliche, diagnostische Klassifikationssysteme für psychische Krankheiten. Die für die Soziale Arbeit relevante Frage ist, wie sie die sozialen und kulturellen Dimensionen des (psychisch kranken) Menschen berücksichtigen und welche Merkmale das dahinter stehende Menschen- und Gesellschaftsbild aufweist. Wir diskutieren hier lediglich kurz zwei der bekanntesten und in der Schweiz am breitesten eingeführten Diagnoseinstrumente.

- *Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen – das ICD-10 (F)-Diagnosesystem „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2011 (8. Auflage)*

Das ICD-10-System legt das Schwergewicht nahezu ausschliesslich auf organische und psychische Krankheits-/Gesundheitsdimensionen, so u.a. Schizophrenie, Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen. Dazu kommen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie im Erwachsenenalter erworbene Persönlichkeitsänderungen. Sie werden verallgemeinernd als „gestörte soziale Funktionsfähigkeit“, unter anderem als Folge „schwerer und anhaltender Belastungen, extremer, umweltbedingter Deprivation“ beschrieben (S. 211f.). Eine differentialdiagnostische Operationalisierung dieser Umweltfaktoren unterbleibt. Die Begründung dafür ist in der Aussage zu finden, dass „(K)ulturelle oder regionale Unterschiede ... die Entwicklung von Persönlichkeitseigenschaften (beeinflussen), doch das spezifische Wissen in diesem Bereich ist noch spärlich.“ (S. 212)

Bei der Aufzählung der diagnostischen Merkmale dieser Störungen dominieren deshalb die psychischen Merkmalsbeschreibungen. Der Einbezug der „sozialen Dimension“ erfolgt in der Regel nur aus der Perspektive des Subjekts, das heisst ohne eine unabhängige Sozialdiagnose der sozialen Umwelt. Bei einer „paranoiden Persönlichkeitsstörung“ erfährt der Patient

seine Umwelt entsprechend als zurückweisend, kränkend, missdeutend, bedrohlich bis feindlich. Ob und inwiefern sie dies real ist, wird von der Diagnose nicht mitberücksichtigt. Oder es wird ein Mangel an Ausstattung mit „engen, vertrauensvollen Beziehungen“ oder „Mängel im Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln ... Normen, Verpflichtungen“ oder „impulsive Handlungen bei Kritik und Behinderung durch andere“ diagnostiziert, ohne die sozialdiagnostische Frage zu stellen, ob die (Rollen)Erwartungen, die Kritik legitim und fair sind. Andauernde Persönlichkeitsveränderungen werden „meist als Folge verheerender traumatischer Erfahrungen gesehen“; sozialdiagnostisch wäre aber ebenso relevant, um welchen Typus von „traumatischen Erfahrungen“ es sich handelt. So dürfte es Unterschiede zwischen einer ungerechten Arbeitsplatzkündigung und Folter geben.

Bezogen auf das bio-psycho-sozial-kulturelle Menschenbild wird hier ein Adressat (PatientIn) beschrieben, der gesellschaftliche Rollenerwartungen fraglos zu erfüllen, aber aufgrund eigenwilligen oder abweichenden und deshalb störenden Verhaltens Probleme mit seiner Umwelt hat und deswegen in Konflikt geraten ist. Inwiefern die gesellschaftlich institutionalisierten Rollenpflichten – man denke beispielsweise an die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau, an ein Leistungsversagen infolge Diskriminierung und Leitungsversagen in Organisationen - gerechtfertigt sind, bleibt offen. Abweichendes Verhalten könnte angesichts illegitimer Rollenanforderungen legitim, also positiv als versteckter oder quasi-offener, aber unwirksamer sozialer Protest zu bewerten sein (Sennett 1985). Den Rollenpflichten werden zudem keine Rechte gegenüber gestellt.

- *Das ICF-Diagnosesystem als Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf von 2005*

Dieses neuere Diagnosesystem hat den Anspruch, der Lebenswirklichkeit und dem Lebenshintergrund der Betroffenen besser gerecht zu werden. Zentralbegriff ist derjenige der „*funktionalen Gesundheit*“: „Eine Person ist *funktional gesund*, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren -

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) *erwartet* wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten *erwartet* wird (Konzept der Partizipation – Teilhabe - an Lebensbereichen).“ (Herv. StB)

Auch wenn das ICF-System den Anspruch hat, die „soziale Dimension“ in die psychiatrische Diagnose einzuführen, wird diese in stark verkürzter Weise operationalisiert. Man beachte hier als erstes die Einseitigkeit der normsetzenden, gesellschaftlichen Erwartungen in Richtung Patient! Erwartungen seitens der PatientInnen und der Mitglieder ihres sozialen Umfeldes sind nicht vorgesehen. Zudem: Wer erwartet hier mit welcher Begründung und Legitimation was? Geht es um Alltags- oder wissenschaftlich und ethisch begründete Normalitätsvorstellungen? Ist Partizipation eine gesellschaftlich vornormierte Erwartung oder zunächst ein menschliches Bedürfnis nach sozialer Mitgliedschaft und Kontrolle der persönlichen Lebensbedingung und damit auch ein demokratisch garantiertes Recht? Ist sie in der Folge im Rahmen des Klinikaufenthaltes und nach der Entlassung ein individuelles Recht, das mit der Übernahme von zumutbaren, z.B. alters- oder situationsgemässen Pflichten verbunden werden kann? Sogar die „individuelle Entfaltung“ unterliegt in diesem Klassifikationssystem gesellschaftlich normierten Erwartungen, ohne dass ein vom Individuum selbstbestimmter, eigensinniger Anteil dafür operationalisiert wurde. Das bio-psycho-sozial-kulturelle Menschenbild weist hier, auf Kosten der psychischen Dimension, eine übersozialisierte, fast ausschliesslich an gesellschaftlichen Erwartungen orientierte Konzeption des Menschen auf. Und auch hier fehlt die Operationalisierung der kulturellen Dimension.

Die soziale „Umwelt“ ist ferner vor allem durch „Produkte und Technologien“ sowie durch Elemente der „natürlichen/ sozialökologischen Umwelt“ charakterisiert. Dazu kommt die Vorstellung individueller Teilnahme an „bedeutenden Lebensbereichen“ wie (Aus)Bildung, Wirtschaft, Gemeinschafts- und staatsbürgerliches Leben, wobei implizit vorausgesetzt wird, dass ihre Strukturen und Interaktionsprozesse unproblematisch sind. Die Umwelt der AdressatInnen dient in dieser Konzeption vor allem als Ressourcenreservoir im Sinn vielfältiger, zu organisierender sozialer Unterstützungsmöglichkeiten. Dies wird mit einer differenzierten Auflistung von Diensten/Dienstleistungen, die für eine Hilfeleistung dienlich sein können, näher beschrieben. Ebenso wichtig wäre der Einbezug der identifizierbaren gesellschaftlichen Belastungen und Behinderungen der sozialen Umwelt und damit der potenziellen oder aktuellen Stressfaktoren, die eine Genesung und gesellschaftliche (Re)Integration behindern oder gar verunmöglichen. Die Erhebung von „Einstellungen“ relevanter gesellschaftlicher Akteure, die stigmatisierend, diskriminierend, marginalisierend bis sozial ausschliessend sein können, ist dafür eine notwendige, aber nicht hinreichende sozialpsychologische Kategorie. Es fehlt das Bild einer zu diagnostizierenden, problemgenerierenden Sozialstruktur und Kultur der verschiedenen Mitgliedschaftssysteme, in welche die AdressatInnen reintegriert werden sollen. Im Index gibt es den Begriff „Sozial“ nur zweimal, und zwar als Adjektiv: erstens als „soziale Sicherheit“ und zweitens als „soziale Unterstützung“. Auch in diesem sozialen Diagnosemodell überwiegen rollenbezogene Pflichtvorstellungen auf Kosten von individuellen Rechten, miteingeschlossenen Patientenrechten. Im Gegensatz zu diesen Ausführungen sind die Bereiche Biologie und Psyche - wie im ICD-Diagnosesystem - sehr differenziert behandelt. Dies geschieht zu Recht. Nur dürfte es im Vergleich zum sozialen/sozialkulturellen Bereich keine derartige diagnostische Schiefelage geben.

1.4. Ein früher Syntheseversuch zwischen psychiatrisch-psychologischer und sozialarbeiterischer Diagnostik – das „Person-In-Environment“- PIE-System

Da seit Beginn des 20. Jahrhunderts der klinische Bereich zum Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit gehörte, die Sozialarbeitenden bereit waren, die ICD-Diagnostik zu benutzen, sie aber aus ihrer disziplinären und professionellen Perspektive erweitern wollten, wurde in den USA als Ergänzung das „PIE-Diagnosesystem“ (Karls/Wandrei 1992) entwickelt. Die zentralen Kategorien des PIE sind „Social Role Functioning“, „Person in Environment/Problems in the Environment“ sowie „Severity, Duration of Problem, and Coping Indexes“. Es erfasst in einem ersten Durchgang alle potenziellen sozialen Mitgliedschaften mit ihren *Rollen*sets und damit verbundenen *Rollenpflichten* - auch spezielle wie diejenigen als KonsumentIn, MigrantIn/Flüchtling mit und ohne Papiere, PatientIn usw. Dabei soll die interaktionelle (*Konflikt*)Dynamik zwischen den *Rollen*trägern (Machtgefälle, Nichterfüllung von Rollenpflichten, Viktimisierung durch Gewaltanwendung, soziale Isolierung, Verlust eines Rollenpartners usw.) erfasst und eingeschätzt werden. In einem zweiten Durchgang geht es um die Erfassung der *gesellschaftlichen Umwelt* der AdressatInnen mit der Frage, inwiefern diese die Bedürfnisbefriedigung, Lebensbewältigung und das Wohlbefinden der AdressatInnen aufgrund von *strukturbedingt fehlenden Umweltressourcen*, Ressourcenknappheit oder -entzug, ferner aufgrund *multipler Diskriminierung* in den verschiedensten sozialen Teilsystemen beeinträchtigen. Teil der sozialen Diagnose ist, wie bei den vorher erwähnten Diagnosesystemen, das „social role functioning“ der Individuen, doch wird diese durch gesellschaftsbezogene Variablen wie Diskriminierung, Machtgefälle, Viktimisierung usw. erheblich erweitert. Für eine erste Ausarbeitung von diagnostischen Fragestellungen zur sozialen und kulturellen Dimension klinischer Sozialer Arbeit unter Berücksichtigung der in diesem Positionspapier gemachten Ausführungen vgl. Anhang 6).

1.5. Ein Instrument zur Diagnostizierung Sozialer Probleme auf der Ebene von Individuen sowie der Interaktions- und Sozialstruktur von Gesellschaften

Unter dem Namen „Systemische Denkfigur“ wurde ein allgemeines Diagnose-System für die Soziale Arbeit entwickelt, das

- a) soziale Problematiken beim Individuum,
- b) im Zusammenhang mit Austauschprozessen zwischen Individuen sowie
- c) im Zusammenhang mit der gesellschaftlich institutionalisierten Macht- und kulturellen Wertestruktur dimensioniert und operationalisiert (Staub-Bernasconi 1998, Geiser 2009, Brack/Geiser 2009).

Dabei wird davon ausgegangen, dass „soziale Probleme“ als Oberbegriff für die Charakterisierung der allgemeinen Gegenstandsbasis Sozialer Arbeit als Disziplin und Profession dient. Das Instrument muss allerdings für spezifische Problembereiche und Handlungsfelder – wie beispielsweise dasjenige der Jugend-, Migrations- oder eben Klinischen Sozialen Arbeit – weiter differenziert werden.

1.6. Ein Screening- und ein soziales Diagnose-Instrument für die Soziale Arbeit im psychiatrischen Kontext

Dieses Instrument ist Teil des Entwicklungsprojektes „Integrierte psychiatrische Behandlung. Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit“ der Fachhochschule Nordwestschweiz und der „Integrierten Psychiatrie Winterthur-Unterland“. Entwickelt wurde das Instrumentarium in Form von Bausteinen, um in einem ersten Screening-Schritt feststellen zu können, ob es sich bei den aufgenommenen PsychiatriepatientInnen um einen Fall für die Soziale Arbeit handelt. Wenn ja, was aufgrund der Ausführungen im 2. Abschnitt sowie im Anhang 4 bei nahezu allen KlientInnen der Fall sein dürfte, kommt es in einem zweiten Schritt zu einer differenzierten Falleinschätzung, in welcher die soziale Dimension in ihrer Dynamik mit biopsychischen Prozessen erfasst werden soll (Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger 2011; Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein 2006). Das Ergebnis soll dann als Expertise in eine synchronisierte, interprofessionelle, klinische Diagnose und Handlungsplanung einfließen. Das Projekt wird zur Zeit evaluiert.

2. Der Erklärungsbeitrag der Sozialen Arbeit bezüglich psychischer Erkrankungen

Soziale Arbeit als Theorie und Wissenschaft verfügt über „allgemeine Theorien der Sozialen Arbeit“ (für eine Übersicht vgl. Engelke/Borrmann/Spatscheck 2008, Birgmeier/Mührel 2009; Mühlum 2004) sowie über spezielle Theorien mittlerer Reichweite zur Erklärung spezifischer sozialer Probleme, so u.a. Armut/Erwerbslosigkeit, Migration und ihre sozialkulturellen Folgen, Geschlechterverhältnisse, Kindesvernachlässigung und -misshandlung, Krankheit/Behinderung, Straffälligkeit usw. und ihre sozialen Folgen; ferner als Querschnittsthemen Klassismus, Sexismus, Ethnozentrismus/Rassismus, Gewalt usw. Dabei lassen sich zwei allgemeine theoretische Zugänge unterscheiden (Staub-Bernasconi 2010c).

2.1. Zwei zentrale allgemeine Theorietraditionen Sozialer Arbeit und ihre unterschiedliche Anschlussfähigkeit an das bio-psycho-sozial-kulturelle Modell des Menschen im medizinisch-psychiatrischen Diskurs

Die eine Theorietradition, vorwiegend im deutschen Sprachraum beheimatet, ist ein *Top-Down-Modell* der Theoriebildung, die mit der Darstellung gesellschaftlicher – ökonomischer, politischer und vor allem rechtlicher - Rahmenbedingungen beginnt, um dann über eine organisationelle, funktional differenzierte Mesoebene zur Frage vorzustoßen, inwiefern die SozialarbeiterInnen und ihre Klientel den gesellschaftlichen Ansprüchen gerecht werden, rollenspezifisch erwartungsgemäss sozial funktionieren und je nachdem - wenn es sich um „kritische Soziale“ Arbeit handelt – ob diese Rollenerwartungen gerechtfertigt oder Produkt eines illegitimen Herrschaftssystems sind. Die andere Theorietradition folgt einem *Bottom-Up-Modell* der Theoriebildung. Hier wird zuerst nach der biologischen, psychischen und sozial/kulturellen Ausstattung und den korrespondierenden biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen der Menschen sowie ihren Kern- und Praxiskompetenzen gefragt. Dazu kommen Fragen zu ihrer Lebenssituation und den Problemen, die sie mit der sozialen Interaktions- und Gesellschaftsstruktur haben, um diese Bedürfnisse und bewusst gewordene Wünsche so zu befriedigen, dass sich ein objektiver Zustand des Wohlbefindens und zugleich ein subjektiver Zustand der Zufriedenheit einstellt. Dies führt zur Frage, welche Interaktions-, Organisations-, Gesellschaftsstrukturen und sozialen Regeln Wohlbefinden und Zufriedenheit fördern und welche dies erschweren, behindern oder gar verhindern.

Prinzipiell sind beide Theoriemodelle sinnvoll, sofern sie nicht auf „halbem Weg“ stecken bleiben: das *erste* bei einer unterkomplexen Vorstellung des Individuums als sozial funktionalisierbares, willenloses Objekt, Vollstreckerin gesellschaftlicher Erwartungen und mithin stabilisierende Stütze gesellschaftlicher Machtverhältnisse; das *letzte* bei einer unterkomplexen, unzureichenden Vorstellung von Gesellschaft als „Ressourcenreservoir“ oder/und Set von normierten, meist mittelschichtspezifischen Rollenpflichten. Im besten Fall ergänzen sich die beiden Modelle und bilden die Basis für individuumspezifische mikro-, meso- und makrosoziale Theorie- und Interventionsbeiträge. Das Auseinanderhalten dieser Ebenen ist auch im Hinblick auf die Verschränkung von Sozialer Arbeit und Social Policy/Sozialpolitik von zentraler Bedeutung.¹¹

Im Fall der Psychiatrie als Handlungsfeld Klinischer Sozialer Arbeit betrachten wir allerdings das Bottom-Up-Modell nicht nur als angemessen, sondern auch als direkt anschlussfähig an das bio-psycho-sozial-kulturelle Modell des Menschen als gemeinsame theoretische Ausgangsbasis der in diesem Feld zuständigen Professionen. Diese Gemeinsamkeit lässt sich noch weiter belegen und entwickeln, indem man darauf hinweist, dass sowohl in der Psychiatrie als auch in der Sozialen Arbeit Bedürfnistheorien entwickelt wurden und eine zunehmend grosse Rolle spielen.

2.2. Zwei Theorien menschlicher Bedürfnisse als theoretische Ausgangs- bzw. Erklärungsbasis

2.2.1. Die Bedürfnistheorie von Klaus Grawe (2004)

Sie geht von folgendem Bedürfniskonzept aus: „Damit (biologische, StB) Grundbedürfnisse sicher erfüllt werden, hat die Evolution vorgesorgt. ... Wenn ein Mangelzustand auftaucht, wird die Aktivität des Organismus automatisch so ausgerichtet, dass der Mangelzustand behoben wird. Durst löschen wird zu einem Ziel und Trinkbares zu einem Zielobjekt. Durst, Ziel

¹¹ Als „Social Policy“ bezeichnen wir die Dokumentierung und Transformation individualisierter Sozialer Probleme in öffentliche Themen, Sozialpolitiken und je nachdem soziale Gesetzgebungen – zumeist mithilfe intermediärer Akteure wie soziale Bewegungen, professionelle AkteurInnen und kollektivierte Initiativen, zivilgesellschaftliche Akteure, Einrichtungen des Sozialwesens usw.

und mögliche Zielobjekte sind im Organismus physiologisch und/oder neuronal repräsentiert. Für Hunger, Durst, Schlaf, Sexualität usw. sind die entsprechenden physiologischen Regelkreise und neuronalen Schaltkreise gut untersucht (Panksepp 1998, in Grawe). Gibt es auch für psychische Bedürfnisse analoge Regelkreise oder irgendeine Art der neuronalen Repräsentation? (S. 184) Dies wird von Grawe bejaht und entsprechend erläutert (S. 44-182). Er fährt fort: „ Es gibt viele Hinweise darauf, dass eine schwere und dauerhafte Verletzung von Grundbedürfnissen letztlich die wichtigste Ursache für die Entwicklung psychischer Störungen ist und auch für deren Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle spielt.“ (S. 184) „Unter Grundbedürfnissen verstehe ich Bedürfnisse, die bei allen Menschen vorhanden sind und deren Verletzung oder dauerhafte Nichtbefriedigung zu Schädigungen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens führen.“ (S. 185)

Grawe unterscheidet – basierend auf Seymour Epsteins „Cognitive-Experiential Self-Theory (CEST)“ (1990, 1993) zwischen vier Grundbedürfnissen (183-371):

- Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung (als vorwiegend biologisches Bedürfnis)
- Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle und Kohärenz (als psychisches Bedürfnis)
- Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz (als psychisches und indirekt soziales Bedürfnis nach sozialer Anerkennung)
- Bedürfnis nach Bindung (als soziales Bedürfnis)

„Eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse kann nur erreicht werden, wenn das Individuum flexible, erfolgreiche Mechanismen der Konsistenzregulation entwickelt.“ (191f.) Dabei hält Grawe zugleich die Grenzen einer Psychotherapie zur Wiederherstellung von Kongruenz und Konsistenz fest, nämlich (S. 412):

- „*Ungünstige gegenwärtige Lebensbedingungen* wie Armut, Arbeitslosigkeit, schlechte soziale Umgebung, geringe Unterstützungsmöglichkeiten, auch Krankheiten und körperliche Beeinträchtigungen. Dies sind Inkongruenzquellen, auf die Psychotherapie in der Regel keinen oder nur einen sehr begrenzten Einfluss hat.“
- „*Ungünstige Beziehungen*, in denen der Patient gegenwärtig lebt. Das kann etwa eine sehr belastete oder sogar desolante Partnerbeziehung sein oder eine nicht gelungene Ablösung eines jungen Erwachsenen aus seinem Elternhaus oder das Zusammenleben mit einem drogensüchtigen oder alkoholabhängigen Menschen. Solche Beziehungen haben ihre eigene Dynamik. Sie sind oft vom Patienten allein nicht zu verändern, sondern erfordern eine überindividuelle Intervention in das Beziehungssystem. ... auch bei Vorliegen solcher Bedingungen dürfte es kaum möglich sein, nachhaltige Veränderungen mit Psychotherapie zu bewirken, ohne diese Bedingungen selbst zu verändern.“

Klarer kann man es nicht formulieren: Genau dort, wo Grawe die „Grenzen der Psychotherapie“ markiert, beginnt der Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit als Intervention unter Einbezug von individuellen und kollektiven Mitgliedern des sozialen Umfeldes. Und im Gegenzug lässt sich formulieren: Die „Grenzen der Sozialen Arbeit“ enden beim Zuständigkeitsbereich psychotherapeutischer und psychiatrischer Intervention, aber auch bei denjenigen gesellschaftlichen Machtverhältnissen, zu denen sie aufgrund ihres begrenzten Einflusses keinen Zugang hat.¹²

¹² Allerdings ist viel mehr möglich als das, was sich SozialarbeiterInnen in der Regel zutrauen (Staub-Benasconi 2010: S. 374-418)

2.2.2. Die Bedürfnistheorie von Werner Obrecht (2009, 2011)

In der Sozialen Arbeit hat *Werner Obrecht (2010)* auf der Basis des „Emergentistischen Systemismus“ (Obrecht 2005, 2009; Bunge/Mahner 2004, Klassen 2004) eine erweiterte Bedürfnistheorie entwickelt, die aber in Bezug auf die Grundannahmen von Grawe durchaus anschlussfähig ist: „Bedürfnisse (sind) über Verhaltensprozesse regulierte organismische Grössen. Ein aktuelles Bedürfnis bzw. eine Bedürfnisspannung liegt vor, wenn sich ein Organismus jenseits des für ihn befriedigenden Zustandes (des Wohlbefindens) befindet, welcher innerhalb des Nervensystems registriert wird und - davon ausgehend - den Organismus (über organismisch bewusstseinsfähige Regelungsprozesse) zu einem nach Aussen gerichteten Verhalten motiviert“. Dieses Verhalten ist „auf die Reduktion der Spannung bzw. auf die Kompensation der Störung gerichtet, in dessen Folge sich Wohlbefinden einstellt.“ (Obrecht 2010, S. 18f.)

Er unterscheidet aufgrund einer Metaanalyse von Forschungsergebnissen aus Biologie/Psychobiologie, Psychologie/Sozialpsychologie und Soziologie zwischen folgenden Bedürfniskategorien: Biologische, psychische und soziale/sozialkulturelle Bedürfnisse (für die einzelnen Bedürfnisse innerhalb dieser Kategorien vgl. untenstehende Anmerkung)¹³. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei allen – und nicht nur bei den biologischen um „Grundbedürfnisse“ handelt, die im Hinblick auf menschliches Wohlbefinden befriedigt sein müssen. Sie unterscheiden sich lediglich hinsichtlich ihrer Elastizität im Bezug auf die Dringlichkeit ihrer Befriedigung: Hungernd überlebt man ein paar Wochen – ohne soziale Gerechtigkeit je nachdem ein ganzes Leben lang. Bedürfnisbefriedigungsverletzungen können beispielsweise auf Krankheiten, unmittelbare neuronale und damit psychophysische Störungen und Verletzungen, aber auch auf stresserzeugende soziale Beziehungen in der Partnerschaft, Familie, Arbeit, Schule oder im Freundeskreis usw. zurückgeführt werden.

Soziale Probleme sind vor diesem Hintergrund Probleme von Individuen, denen keine für sie befriedigende Einbindung in die sozialen Systeme gelingt, denen sie zuerst unfreiwillig (z.B. Familie) oder später freiwillig (z.B. Freundschaften, tertiäres Bildungssystem, Peers) angehören (Obrecht 2011, S. 19). Bei multiplen Problemlagen fällt es den Individuen immer schwerer, sie aus eigener Kraft und aufgrund eigener Ressourcen zu lösen. Dadurch wird das psychobiologische System in seiner Leistungsfähigkeit – je nachdem bis zum Zusammenbruch – geschwächt und in der Folge realitätsgerechte Problemlösungen für soziale Alltagsprobleme be- oder verhindert. So ist chronische Bedürfnisbefriedigungsversagung ein physiologischer Stressor, der zu chronischen Erkrankungen und zur Reduktion der Lebenserwartung führen kann.

Wie Grawe geht also auch Obrecht davon aus, dass die schwere und dauerhafte Verletzung der Befriedigung von biologischen, psychischen und sozial(kulturell)en Bedürfnissen zu den wichtigsten Ursachen für psychische Störungen gehören.

2.3. Studien zum Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen/sozialen, psychischen Determinanten und psychischen Störungen/Krankheiten

Eine der eindrücklichsten, frühen Studien über die psychosozialen und sozialen Wirkungen der Schliessung einer Fabrik als einzigem Arbeitgeber in einem grösseren Dorf mit einem sozial gut integrierten und kulturell regen Familien- und Dorfleben ist in „Die Arbeitlosen von Marienthal“ (Jahoda/Lazarsfeld/Zeisel 1975/1933) festgehalten. Seither gibt es eine unüber-

¹³ Namentlich: *Biologische Bedürfnisse* nach physischer Integrität, nach den für die Autopoiese (Reproduktion des Organismus) erforderlichen Austauschstoffen, nach Regenerierung und nach sexueller Aktivität.

(Bio)Psychische Bedürfnisse nach wahrnehmungsgerechter sensorischer Stimulation, schönen Formen in spezifischen Bereichen des Erlebens, Abwechslung/Stimulation, assimilierbarer orientierungs- und handlungsrelevanter Information; subjektiv relevanten (affektiv besetzten) Zielen und Hoffnung auf den Erfüllung; effektiven Fertigkeiten (Skills), Regeln und (sozialen) Normen zur Bewältigung von (wiederkehrenden) Situation in Abhängigkeit der subjektiv relevanten Ziele. *(Biopsycho)Soziale Bedürfnisse* nach emotionaler Zuwendung; spontaner Hilfe; sozial(kulturell)er Zugehörigkeit (Mitgliedschaft) durch Teilnahme; Unverwechselbarkeit („Identität“); (relativer) Autonomie als Kontrolle der Lebensumstände; Kooperation; Fairness (Verfahrensgerechtigkeit); sozialer Anerkennung (Status, Rang); (Austausch)Gerechtigkeit.

sehbarer Zahl von Studien zu den Wirkungen von kurzer versus Dauererwerbslosigkeit auf die psychische und soziale Situation der Betroffenen (stellvertretend auf der Basis von 223 Studien in westlichen Ländern vgl. Mohr/Richter 2008).

Mittlerweile hat sich eine zentrale qualitative wie quantitative Forschungstradition zum Zusammenhang zwischen „Gesellschaft“ und „Individuum“ im Bereich physischer und psychischer Erkrankungen etabliert. Leider wird in vielen Studien nicht immer klar zwischen physischen und psychischen/psychiatrierelevanten Erkrankungen unterschieden, wobei zugegebenermaßen keine scharfe Trennungslinie besteht (für die Zusammenstellung von Studien, die sich explizit auf psychische Erkrankungen beziehen, vgl. Richter 2003, ausführlich im Anhang 3).

2.3.1. Frühe und neuere Erklärungsansätze

Ältere Analysen der gesellschaftlichen Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigung und in der Folge sozialer Ungleichheit fokussierten im Wesentlichen auf drei Erklärungsansätzen (Richter/Hurrelmann 2007; Bittlingmayer/Sahrai, 2010):

- *Soziale Mobilität und soziale Selektion:* Vereinfacht formuliert lautet die Hypothese: „Nicht Armut macht krank, sondern Krankheit macht arm“. (Richter/Hurrelmann 2007, S. 6) Er folgt einer Vorstellung des „Survival of the Fittest“, wonach die Gesunden aufsteigen und die Kranken sozial absteigen.
- *Sozialstruktureller oder sozioökonomischer Ansatz:* Er folgt einer Ressourcenlogik, wonach zu wenig Geld, um gesund zu leben oder ein tiefes formales Bildungsniveau als sogenannt soziales Kapital - einhergehend mit der fehlenden Kompetenz, die Folgen eines bestimmten Gesundheitsverhaltens mittel- und langfristig einzuschätzen, für die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen determinierend sind. Zumeist treten diese Faktoren kombiniert auf. (Bittlingmayer/Sahrai 2010, S. 29)
- *Kultureller Erklärungsansatz* aus dem Bereich der *vergleichenden Medizinethnologie:* Die Annahme ist hier, dass klassen-/schichtspezifische (Bourdieu 1983/1979) oder ethnisch/religiöse Kulturmuster (Sahrai 2009) sowohl unterschiedliche Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit beinhalten als auch sich unterschiedlich auf gesundheitsfördernde oder –beeinträchtigende Verhaltensweisen auswirken (z.B. bezüglich Fehlernährung, Alkohol-/Zigarettenkonsum, Bewegungsmangel usw., ferner überzogener Arbeitsethos der Mitglieder der Mittelschicht). (Bittlingmayer/Sahrai 2010)

Neuere Studien erweitern diese Erklärungsansätze um einen

- *psychosozialen Erklärungsansatz:* Ihm liegen Studien zu „Stress, Bewältigungs- und sozialer Unterstützungsforschung“ zugrunde, ergänzt durch weitere Determinanten wie „kritische Lebensereignisse, chronische Alltagsbelastungen oder berufliche Gratifikationskrisen“, wobei gezeigt wurde, „dass nicht nur die psychischen Belastungen, sondern auch die Ressourcen zu deren Bewältigung sozial ungleich verteilt sind.“ (S. 7); die zweite Erweiterung bezieht sich auf die
- *Lebenslaufperspektive*, die den kausalen Zusammenhang zwischen individueller sozialer Position, weiterer sozialer Determinanten, neuronaler Verarbeitung von Lebensereignissen und Erkrankungen deutlicher aufzuzeigen vermag (z.B. Richter 2003, S. 184, Mackenbach 2002, Lynch/Smith 2005, Dragano 2007).

2.3.2. Ausgewählte epidemiologische Studien

Ergebnisse epidemiologischer Studien lassen ebenfalls folgende Rückschlüsse auf die Wahrscheinlichkeit, physisch oder/und psychisch zu erkranken zu:¹⁴

- Die Korrelation zwischen *Sozialstatus* und allgemeinem *Gesundheitsstatus* kann als gesichert gelten, so vor allem bei folgenden Erkrankungen: Herz-/ Kreislauferkrankungen, Diabetes, Arthritis, Atemwegs-, Magen-/ Darmerkrankungen Geburtssterblichkeit, Unfälle und gewaltsame Tode, aber auch in Bezug auf das Gesundheitsverhalten (Adler/Ostrove 1999; Mielek 2000, zit. in: Richter 2003, S. 98f.)¹⁵
- Epidemiologische Studien von psychischen Erkrankungen ab etwa 1990 zeigen im Speziellen, dass auch bei diesen die Relation mit dem *individuellem Sozialstatus* nicht übersehen werden kann. Je rigoroser die methodischen Standards sind, desto mehr Differenzierungen ergeben sich allerdings im Hinblick auf die *Formen der psychischen (psychobiologischen) Verarbeitung* von stresserzeugenden sozialen Faktoren als intervenierende Variablen. (Richter 2003, S. 109f.). Dazu können soziale Faktoren kommen, die lediglich als problematische Begleitumstände bzw. *Auslöser* von psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen sind, ohne dass sie als Ursachen betrachtet werden können.

Das Problem vieler sozialepidemiologischer Studien ist allerdings der „missing link“ zwischen einerseits sozialstrukturellen sowie kulturellen Faktoren als Determinanten und andererseits physischen wie psychischen Erkrankungen. Die Annahme, dass ein tiefer gesellschaftlicher Status oder fehlende finanzielle Ressourcen – ohne intervenierende Variablen im psychischen wie psychobiologischen Bereich - quasi direkt auf individuelle Krankheitsprozesse sowie Verhaltensmuster einwirken, ist ein theoretisch und methodisch „naiver Kurzschluss“. Dieser Kurzschluss wird bei einer aktuell breit diskutierten und zugleich kritisierten Studie vermieden¹⁶.

- Es handelt sich um die Metaanalyse einer sehr grossen Zahl von Einzelstudien und deren Synthese (Wilkinson/Pickett 2010). Ausgangspunkt ist zum einen die Erhebung der Einkommensverteilung in den Gesellschaften des Nordens, ergänzt durch die Erfassung der kontinuierlich wachsenden, enormen Zunahme der Einkommensunterschiede seit etwa 1990. Zum andern sammelten die Autoren international vergleichbare Daten zum Gesundheitswesen und möglichst vielen sozialen Problemen. Ihre zentrale These über den Zusammenhang zwischen wachsender Einkommensungleichheit und psychosozialen Problemen lautet wie folgt: Einkommensungleichheit in reichen Gesellschaften des Nordens muss als zentrale soziale Ursache für soziale und psychische Probleme betrachtet werden. Spezifischer: Je grösser die Ungleichheit - gemessen am Unterschied zwischen den 20 % Reichsten und den 20 % Ärmsten, also nicht nur am durchschnittlichen Lebensstandard (dem GNP p.c.) einer

¹⁴ Dabei ist zu beachten, dass Studien, die sich nur auf Korrelationen stützen, noch keine Aussagen über Kausalitäten darstellen.

¹⁵ Weiterführende Studien zeigen: „Zum einen besteht ein stufenweises Gefälle in der Krankheits- und Sterblichkeitsrate, das heisst, dass der Gesundheitszustand jeder Gruppe schlechter ist als der in der hierarchisch nachhöheren. Dementsprechend geht es bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit nicht um die Frage, warum es einen Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheitsbeeinträchtigungen gibt. Es geht vielmehr um die Frage, warum es ein soziales Gefälle gibt das sich quer durch die gesamte Gesellschaft zieht.“ (S. 6) Hier hat sich gezeigt, dass die Zahl der davon betroffenen Personen zu gering ist, um einen signifikanten Einfluss auf die zu beobachteten schichtspezifischen Unterschiede auszuüben. (S. 6) (Richter/Hurrelmann 2007)

¹⁶ Für die Kritik vgl. Christopher Snowdon (2010): *The Spiritual Level Delusion*, Little Dice, GB (sein Autor hatte eine wichtige Position in der Tobacco-Industrie inne; weitere Kritiker sind Mitglieder des politisch rechts stehenden Cato-Instituts). Die Kritiken von Soziologen beziehen sich vor allem auf methodologische Probleme, auf die Wilkinson u.a. in der London Review of Books vom 21.10.09 geantwortet hat.

Bevölkerung -, desto grösser die folgenden Probleme (S. 33): Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit, Fettleibigkeit, psychische Erkrankungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, tiefe schulische Leistungen der Kinder, soziale (Abwärts)Mobilität, fehlendes Vertrauens-/tiefes Vergemeinschaftungsniveau, Zunahme der Zahl der Selbstmorde, Gefängnisstrafen usw. Dabei wird aufgrund der Berechnungen davon ausgegangen, dass im Allgemeinen die ärmere Hälfte über 20 bis 15 %, die reichere Hälfte der Bevölkerung zwischen 75 bis 80 % des Einkommens verfügt.¹⁷

Den „missing link“ erheben Wilkinson/Pickett anhand von Vergleichsstudien (S. 48-60), die zeigen, wie parallel zur Zunahme der Einkommensungleichheit im Zeitraum von etwa 1950 bis 1993 und später (2006) in vielen „reichen“ Gesellschaften des Nordens Ängste, Narzissmus als Abwehr- und Verteidigungsstrategien durch Bedrohungen des Selbst, und vor allem Depressionserkrankungen signifikant zugenommen haben. Diese Zunahme wird auf einen ab etwa 1990 zunehmenden Bewertungs- und damit Leistungs- und Wettbewerbsdruck zurückgeführt, der von den Individuen unterschiedlich psychisch verarbeitet wird, aber in steigender Tendenz zu psychischen (Depressions)Erkrankungen führt. Das Individuum bewertet seine Position auf der gesellschaftlichen Rangdimension „Einkommen“ und vergleicht diese mit der Position anderer Individuen. Je grösser der Abstand zu den Reichen und Superreichen, desto bedrohter sein Selbst und die damit verbundenen Inkompetenz- und Versagensgefühle. (für die Bewertung von Verteilungs(un)gerechtigkeit vgl. auch Miller 2008). Parallel zu diesen Befunden ergibt sich, dass gesundheitliche und soziale Probleme am häufigsten in den ärmeren Schichten jeder Gesellschaft auftreten (vgl. Abb. 1.4, S. 35). Dies mag vermutlich nicht weiter erstaunen. Hingegen ist das Provokante dieser Studie, dass Wilkinson / Pickett aufgrund ihrer Befunde formulieren: „Hat ein Land ein bestimmtes Mass an materiellem Lebensstandard erreicht, nimmt die positive Wirkung weiteren Wirtschaftswachstums auf das Leben der Einzelnen ab“ (S. 25), ergänzt durch die obige These, dass je grösser die von den Individuen wahrgenommene, als ungerecht interpretierte Ungleichheit in einer Gesellschaft, desto grösser sind die sozialen und psychischen Probleme. Das Thema der aktuellen Jugendproteste und –revolten in den USA und Europa, die gestaute, teilweise sprachlose Wut von Jugendlichen in England können – im Unterschied zu einer intrapsychischen, depressiven Verarbeitung von sozialer Ungerechtigkeit - als kollektivierten sozialen Protest gegen die manifest gewordenen, enormen Ungerechtigkeiten der verschuldeten Länder betrachtet werden (in England war ein mittelbarer Anlass die Schliessung vieler Jugendzentren aus „Spargründen“).¹⁸ Noch provokanter lässt sich formulieren, dass sich eine Tendenz zur Refeudalisierung moderner Gesellschaften abzeichnet, wie dies Kissling (2008) für die Schweiz, insbesondere den Kanton Zürich belegt hat und zum Schluss kommt, dass die Vermögenskonzentration im Kanton Zürich ähnlich weit fortgeschritten ist wie in den USA.¹⁹ Mit Refeudali-

¹⁷ Für die Diskussion des methodischen Vorgehens, vgl. S. 17-39 sowie den Anhang; besonders hervorzuheben ist der Vergleich der internationalen mit amerikanischen Daten aus den 50 US-Bundesstaaten zum Gesundheitswesen und möglichst vielen sozialen Problemen. Dadurch wurde besser einschätzbar, ob die Probleme mit der Ungleichheit zu tun haben oder ob es sich um zufällige oder scheinbare Zusammenhänge handelt.

¹⁸ Um den arabischen Revolutionen gerecht zu werden, die ebenfalls von vielen jungen Menschen initiiert und erkämpft wurden, würde es eine gesonderte Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden brauchen.

¹⁹ Ein Seitenblick in die Schweiz zur Einkommens- und Vermögensungleichheit ergibt aufgrund einer Studie von Kissling (2008) mit Vermögenszahlen für das Jahr 2003 im Kanton Zürich folgendes: Von insgesamt 730 000 Steuerpflichtigen besitzen 3 Personen mehr als die Hälfte; 10 gleich viel wie zwei Drittel und 100 gleich viel wie drei Viertel der Steuerpflichtigen (S. 24). Die reichste Person wird für 2003 auf 8-9 Milliarden geschätzt („Bilanz“). Das Top-Bottom-Äquivalent (S. 24-26) gibt an, wie viele %e der Steuerpflichtigen (vom unteren Ende der Skala gerechnet) zusammen ein gleich grosses Vermögen besitzen wie ein Prozent (oder Promille oder ein Zehntelpromille) der Reichsten der Steuerpflichtigen. (S. 25). Für das Jahr 2003 gilt: Ein 1/10 Promille besitzt gleichviel wie 74 % ; ein Promille besitzt gleichviel wie 86 % und ein Prozent besitzt gleichviel wie 95 % der Steuerpflichtigen (S. 25). „Während 1989 die 100 reichsten Personen zusammen es auf ein Vermögen von 66 Milliarden Franken brachten, kamen 2006 allein die vier reichsten Personen auf diesen Betrag.“ (S. 34) Die Vermögenskonzentration ist im Kanton Zürich ähnlich weit fortgeschritten wie in den USA. Seine Folgerungen gehen dahin, dass die künftige Vererbung von Megavermögen zur zentralen Ursache einer Refeudalisierung der Gesellschaft wird, d.h. der unbeschränkten, intergenerationellen Weitergabe von Vermögen und damit auch sehr hoher Einkommen an die *biologischen Erben, die nicht aufgrund von eigener Leistung bzw. eigener (an Produkte gebundene) Marktbeiträge zustande gekommen sind.* (S. 16)

sierung ist die Vererbung von Vermögen aufgrund biologischer Abstammungskriterien versus Leistungskriterien gemeint. Dazu kommt die Etablierung einer Doppelmoral: leistungsloses Einkommen auf den oberen Etagen der Gesellschaft versus an repressiv durchgesetzte Leistungen geknüpfte Sozialhilfe – verbunden mit einer zunehmenden sozialen und kulturellen Abschottung der Reichen und Superreichen gegenüber den Ansprüchen der Mittel- und Unterschicht, die u.a. aus einem Vergleich und Urteil dieser Schichten über die Einkommensverteilung resultieren. (Mäder/Streuli 2002; Mäder et al. 2010)

2.3.3. Eine Studie von SozialhilfeempfängerInnen der Stadt Zürich

David Briner (2009:8f.), Leiter des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes der Stadt Zürich, stellt folgendes fest: Bei 20 % der SozialhilfebezügerInnen zeigt sich eine schwere Belastung, die mit einer psychischen Erkrankung gleichzusetzen ist. Und bei einem Drittel der befragten Personen zeigt sich eine mindestens mittelschwere Belastung, verbunden mit Funktionseinbussen auf verschiedenen Ebenen. Wer solche Belastungen nicht erkennt bzw. diagnostizieren kann, werde Personen zur Beschäftigung anhalten und bei einem Scheitern sanktionieren, die dazu gar nicht fähig sind und dadurch die Belastungsstörung verstärken. Dazu komme die Erfahrung der mangelhaften Erreichbarkeit von Randgruppen, für die es im Gesundheitswesen schwierig sein kann, angemessene Hilfe zu erhalten (Labonté/ Hoeffert/Cornel 2010). Es fehle ganz allgemein an tragfähigen Netzen, um psychisch beeinträchtigte Menschen zu stützen. (op.cit.:8,10).

2.4. Studien zu den Folgen der Deinstitutionalisierung der Psychiatrie

Was hier zur Diskussion steht, ist die Frage, inwiefern auch psychiatrische Einrichtungen Problemursachen sein können. Um dies zu belegen und damit zur Diskussion zu stellen, sind Studien über die Folgen von Deinstitutionalisierung von besonderem Interesse (Richter 2003, S. 79ff.). Kurzzeitbehandlungen wurden, so offenbar die gängige Vorstellung, dank der Weiterentwicklung medikamentöser Behandlung und die Gründung von komplementären Einrichtungen ermöglicht. Die kürzere Behandlungsdauer entspricht auch oft den Wünschen der PatientInnen. Allerdings müssen diese meist in einem akuterem Zustand als bisher entlassen werden, so dass für ihre Vorbereitung auf Wohnung, Arbeit, Nachbarschaft, Freizeit, soziale Beziehungen kaum Zeit bleibt. (Übersicht bei Richter 2001, S. 82f.). Gemäss Richter (2003) haben wir eine zunehmend ökonomisch / betriebswirtschaftlich - und abnehmend fachlich - begründete dramatische Reduktion der Behandlungsdauer im stationären Bereich innert knapp 20 Jahren: von 188 Tagen im Jahr 1982 auf 33,2 Tage im Jahr 1997. Alle psychiatrischen Krankheiten wurden im Jahr 1993 46,7 Tage lang behandelt, 1996 während 29,8 Tagen – in den USA zwischen 9 und 11,3 Tagen. Gleichzeitig stieg die Erhöhung der Aufnahmefrequenz – aus Gründen der Drehtür-Psychiatrie oder/und der Zunahme von Erkrankungen (vgl. Wilkinson/Pickett 2010).

Der dänische Psychiater und Epidemiologe Povl Munk-Jorgensen (1999) konnte aufgrund des dänischen psychiatrischen Fallregisters folgendes aufzeigen: Von 1977 bis 1997 ist die Anzahl stationärer Betten in Dänemark um 59 % gesunken. Parallel dazu stieg die Suizidrate von psychotischen Patienten um fast 100 %; es gab einen jährlichen Anstieg von psychisch kranken Personen mit einem kriminellen Delikt um 6,7 %, eine deutliche Zunahme gewalttätiger Aktivitäten und Zwangsmassnahmen sowie keinen Rückgang der Wiederaufnahmeraten bei psychotischen Patienten. (88) Das Suizidrisiko von Patienten im Zeitraum von 5 Tagen nach der Entlassung lag 2,1 mal so hoch wie bei der Aufnahme, bei der die Patienten akuter krank sind (bei psychisch Kranken ist es 9mal so hoch wie bei Gesunden).

Eine britische Studie zeigt: Von 10'000 Personen, die sich suizidierten, hatten nur ein knappes Viertel innerhalb eines Jahres vor der Tat Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen. Die hauptsächlichsten Diagnosen dieser Personen waren: Depression, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung und Alkoholabhängigkeit. Von diesen suizidierten sich 16 Personen während

des Klinikaufenthaltes. Knapp ein Viertel der Suizide geschahen innert drei Monaten, die höchste Zahl eine Woche nach der Entlassung, wobei die meisten am ersten Tag nach der Entlassung. Ein erheblicher Teil hatte den Kontakt zu den psychiatrischen Diensten verloren. (Richter 2003:89) Eine Studie von Appleby et al. (1999) zur Suizidrate mit Fall-Kontroll-Design zeigt ähnliche Ergebnisse in Bezug auf den nur spärlichen Kontakt zur psychiatrischen Einrichtung. (op.cit. 89)

Eine *schweizerische Studie* von Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein (2006) untersuchte die Re-Integrationsprozesse nach stationären Aufenthalten (u.a. in der Psychiatrie). In jedem der untersuchten Fälle zeigte sich, dass die sozialen und kulturellen Determinanten als Mitverursacher psychischer Erkrankungen im Hinblick auf den miss- oder gelingenden Re-Integrationsprozess zentral sind, was mit andern Worten heisst, dass bei einer Entlassung nicht nur mit den KlientInnen, sondern auch an der Veränderung dieser sozialen und kulturellen Faktoren gearbeitet werden muss. Entscheidend ist also, wie die Entlassenen wieder in einen Familien-, Ausbildungs-, Arbeitsprozess oder auch (nur) nachbarschaftlichen Kontext eingebunden werden. Wenn diese Einbindung beispielsweise wie vor dem Klinikeintritt mit Verschuldung, fehlender sozialer Anerkennung, Vorurteilen, erneuter Stigmatisierung, Diskriminierung, Ausgrenzung oder gar Mobbing seitens des sozialen Umfeldes einhergeht, und es während des Klinikaufenthaltes nicht gelang, neue psychische Verarbeitungs- und Verhaltensmuster zu entwickeln und zu festigen, sind soziale Konflikte, Zusammenbrüche, Rückfälle zu erwarten. Dass eine Aufenthaltsdauer von ein paar Wochen oder gar Tagen dazu nahezu nichts beiträgt, dürfte evident sein. Die sozialen Determinanten und psychischen Krisen, die zu einem Aufenthalt in der Psychiatrie führen, stehen also unmittelbar mit der konkreten Form der (Re)Integration in relevante soziale Systeme in Verbindung.

Das heisst, dass ein Hilfs- und Massnahmenplan von Anbeginn immer auch die Frage der sozialkulturellen (Re)Integration zu berücksichtigen hat. Dabei ist je nach „Entlassungsdiagnose“ zu entscheiden, was von Tageseinrichtungen und damit der Gemeindepsychiatrie geleistet werden kann und wo eine direkte, personbezogene Begleitung und Wiedereingliederung in das bestehende soziale Umfeld des Klienten angezeigt ist und entsprechend in den Zuständigkeitsbereich der klinischen SozialarbeiterInnen gehört, welche die Entlassenen bereits in der Klinik kennengelernt und begleitet haben. Ihre Aufgabe wäre, einen zentralen Beitrag sowohl an die (Weiter)Entwicklung und Stabilisierung konstruktiver Verarbeitungsmuster als auch an der Veränderung der belastendsten Faktoren des sozialen Umfeldes zu leisten. Studien von Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein (2008) und Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger (2010) zeigen, dass Stabilisierungsbedingungen im Zusammenhang mit einem professionellen Arbeitsbündnis (z.B. Zusicherung materieller Sicherheit, verlässliche, respektvolle soziale Beziehungen), wie auch die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und erfolgreicher Beeinflussung des sozialkulturellen Kontextes bzw. der relevanten sozialen Systeme, sich in Bezug auf Re-Integrations- bzw. Gesundungsprozesse positiv auswirken.

Allgemein kann man festhalten (alle nachfolgend aufgeführten Studien in Richter 2003:86), dass „leicht beeinträchtigte Personen“ die Gewinner, „schwer beeinträchtigte Personen“ und „chronisch Kranke“ die Verlierer der Deinstitutionalisierung sind. (Forster 1999:62). Eine grosse Meta-Analyse von Studien zur Evaluierung von Casemanagement in der Psychiatrie kommt zu einer sehr zurückhaltenden Bewertung (Marshall et al. 1999). Eine weitere Studie mit einer Laufzeit von 5 Jahren (Leff et al. 2000) zeigt keine Kostenreduktion, aber für die Betroffenen mehr Vor- als Nachteile. Andere Studien zeigen: Wenn Patienten oft aus ökonomischem Druck ohne Begleitung/Nachsorge aus der Klinik entlassen werden, verbessern sich die Lebensbedingungen nicht (Busfield 1998:22) (S. 84). Bei privater Versorgungsform ist zudem die Qualität nur schwer überprüfbar. Weitere Studien ergaben das - auf dem Hintergrund unserer Argumentation nicht erstaunliche Ergebnis -, dass der Klinikaufenthalt im Erleben der Betroffenen nicht zur Verbesserung ihres sozialen Status in ihrer Umwelt beigetragen hat. Er kann sogar dazu führen, dass dieser Status als noch tiefer erfahren wird als er vor und während des Klinikaufenthaltes war (Wright et al.). (S. 58) Viele entlassene Patienten versuchen zudem, die Krankheit geheim zu halten, so wie Sozialhilfeempfänger dies

ebenfalls bezüglich ihrer Sozialhilfeabhängigkeit tun (Mohr/Richter 2008). Dabei leben sie mit der Befürchtung, sie könnte dennoch entdeckt werden, was, wie sie richtig antizipieren, erwiesenermassen meistens mit nachteiligen Folgen für sie verbunden ist. Dadurch wird die Rekonvaleszenz der Betroffenen, wie eingangs erwähnt, durch strukturelle Determinanten bzw. die neuen, betriebswirtschaftlichen – problemverstärkenden - Steuerungsvorgaben der Gesundheitspolitik und –einrichtungen gefährdet, verzögert oder gar verhindert: Wer in einem teilweise psycholabilen Zustand ständig befürchten muss, negativen Erfahrungen innerhalb seines sozialen Umfeldes, auch eines lokalen Gemeinwesens ausgesetzt zu sein und deshalb Sozialkontakte und den Versuch, tragende Beziehungen aufzubauen, vermeidet, kann sich nicht „hoffnungs- und vertrauensvoll“ in dieses integrieren. Dies ist letztlich die wichtigste Begründung für eine „postklinische Begleitung“ von Psychiatrieentlassenen durch eine, während des Klinikaufenthaltes aufgebaute tragende professionelle Vertrauensbeziehung, die den KlientInnen mittels verschiedener Methoden diese Ängste zu überwinden hilft, indem auch die sozial bedrohlichen, stress- und angsterzeugenden Faktoren des sozialen Umfeldes einbezogen werden.

Diese „postklinische Begleitung“ durch die „Klinische Soziale Arbeit“ dürfte letztlich im Vergleich mit den Kosten der Tageseinrichtungen und der teilweise mehrfachen klinischen Neuweisungen sogar kostensparend sein, was allerdings wissenschaftliche Evaluationsstudien notwendig machen würde.

Das Fazit: Die Deinstitutionalisierung der Psychiatrie hat sicher ihre Berechtigung, doch braucht es Studien, die auch auf diesbezügliche Probleme aufmerksam machen. Besondere Beachtung verdient die Erhebung der Folgen verkürzter Behandlungsdauer aufgrund rein betriebswirtschaftlicher Kriterien sowie der Folgen von Kontaktabbrüchen zu den ambulanten Diensten oder im sozialen Umfeld, denen nicht durch aufsuchende Kontaktnahme nachgegangen wird. (Richter 2003:89; Labonté-Roset et al. 2010) Professionelle Soziale Arbeit kann also nicht vor den Klinikoren Halt machen. Sie wird deshalb bei der Beurteilung einer Entlassung zwingend gleichberechtigt beigezogen werden müssen, um die vorhandene oder fehlende „soziale und kulturelle Qualität“ der Lebenssituation des Patienten ausserhalb der Klinik als Entscheidungskriterium einbeziehen zu können und um zu beurteilen, was durch nachsorgende Arbeit in diesem Umfeld verändert werden muss. Überdies muss ihr die Aufgabe zugesprochen werden, die Gründe für vorzeitige, sich als problematisch erweisenden Therapie-/Kontaktabbrüche abzuklären und die allenfalls notwendigen Schritte einzuleiten.

2.5. Ein interdisziplinäres Erklärungsmodell – ein Diskussionsvorschlag

Im Folgenden versuchen wir, die verschiedenen Teilerklärungen zusammenzufassen, genauer: *interdisziplinär* zu ordnen, was heisst, dass die Beiträge der verschiedenen Bezugswissenschaften bzw. Teildisziplinen zur Erklärung psychischer Erkrankungen in einer vereinfachten Übersicht dargestellt werden sollen. Diese bildet nicht nur die Grundlage für ihre Weiterentwicklung in Richtung *transdisziplinärer* Zusammenhänge als „mehrstufige Erklärungen“ (Maurer/Schmid 2010), sondern auch für die Gestaltung *interprofessioneller* Kooperation (Obrecht 2007).

Den „Link“ bzw. die intervenierende Variable zwischen sozial externen und psychisch internen Determinanten psychischer Erkrankung ist „Stress“, definiert als Ungleichgewicht zwischen inneren und äusseren *Anforderungen und Belastungen* einerseits und den innerpsychischen wie *sozialen und kulturellen Ressourcen* andererseits, die dem Individuum und seinem sozialen Umfeld zur Verfügung stehen, um dieses Ungleichgewicht im Hinblick auf grösseres Wohlbefinden zu korrigieren. Die aufgeführten und weiteren Stressdeterminanten können, aber müssen nicht zwingend zu psychischen Erkrankungen führen. Ob dies der Fall ist, hängt von ihrer Kumulation und von innerpsychischen wie sozialen und kulturellen Umweltfaktoren ab, welche die krankmachende Verarbeitung von Stress verhindern oder begünstigen.

Inter- und transdisziplinäres Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen

Kulturelle Determinanten

- Klassen-/schichtspezifische sowie ethnisch/religiöse, geschlechtsspezifische Deutungssysteme bezüglich Gesundheit/Krankheit und Gesundheits-Krankheitsverhalten;
- Biologisch-familiendynastische versus leistungs- und bedürfnisbezogene Verteilungsgerechtigkeitskriterien: Refeudalisierungstendenzen in den modernen Gesellschaften

Soziale Determinanten

Gesellschaftliche Makroebene:

- Ausbau und Qualität des Bildungssystems (u.a. Zugangsregeln, Diskriminierung, Dropouts)
- Ausbau und Qualität des Beschäftigungssystems (u.a. diskriminierende Strukturen; Massenentlassungen)
- Einkommens- und Vermögensverteilung – verbunden mit sozialem Sicherheitsniveau (Zunehmende soziale Einkommens- und Vermögensungleichheit)
- Gesellschaftlich/partecipolitisch/medial - teilweise unterstützter Ethnozentrismus /Rassismus / Klassismus / Sexismus

Soziale Mesoebene (Gemeinwesen/Organisationen)

- Sozial problematische Arbeits-, Wohnumwelt
- Fehlende, mangelhafte Infrastruktur u.a. im Gesundheits-, Sozial-, Freizeit/Kulturbereich
- Fehlende oder mangelhafte soziale Unterstützungsnetze und Gemeinwesenaktivitäten
- Vorzeitige Entlassungen aus klinischen und andern stationären Einrichtungen

Soziale Mikroebene – Individuelle Ebene:

Tiefes Bildungs-, Beschäftigungs- Einkommensniveau; Soziale Abwärtsmobilität

Sozial-Psychische Determinanten

Kritische Lebensereignisse; Anerkennungs-/Gratifikationskrisen

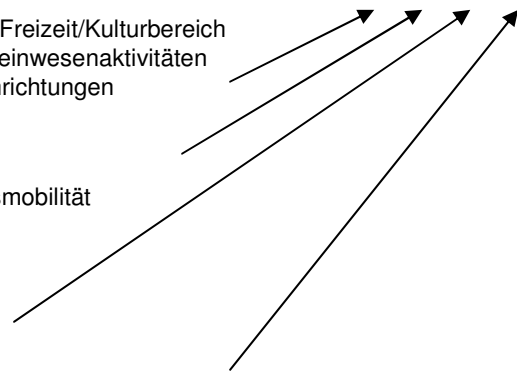
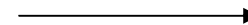
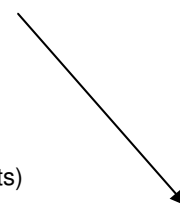
Psycho-Biologische Determinanten

Unbefriedigte biologische, biopsychische, biopsychosoziale Bedürfnisse und Wünsche

Intervenierende Variable

Psychosoziale/psychische Belastungsfaktoren: **Stress** (betreffend Leistungserfordernisse Konkurrenz, Ungerechtigkeits-erfahrungen, Stigmatisierung usw.)

**Psychische Erkrankungen/
Krankheiten**



Aufgrund des in diesem Papier behandelten Themas der „sozialen und kulturellen Dimension“ wurde das Schwergewicht auf die sozialen und kulturellen Determinanten und damit Erklärungen gelegt – dies im Wissen, dass die biologisch-neuronalen, gehirnorganischen Determinanten eine ebenso komplexe, wenn nicht komplexere strukturelle, niveaunale und prozessuale Ausdifferenzierung von Variablen erfordern. Dabei gilt: Dieses Modell stellt nichts Endgültiges dar, sondern muss interprofessionell diskutiert und aufgrund neuer Studien revidiert oder ergänzt werden. Das Modell selber muss wie folgt gelesen werden:

- Die *abhängige, zu erklärende Variable* ist „Psychische Gesundheit/Krankheit“, die man aufgrund von biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Merkmale *beschreiben* kann.
- Die *interdisziplinär* erklärenden Variablen sind die kulturellen und sozialen/sozialpsychischen wie biologischen Determinanten aus den Einzeldisziplinen (Grundlagen- oder Bezugswissenschaften), wobei es sich in den meisten Fällen um Wechselwirkungen zwischen psychischer Erkrankung und deren Determinanten handelt, die sich gegenseitig verstärken, blockieren oder aufheben können.
- Die *transdisziplinär* erklärenden Variablen, welche die verschiedenen einzeldisziplinären Determinanten untereinander verknüpfen, sind Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen (Wirklichkeits)Ebenen/Determinanten, also bio-psychische, psycho-biologische; psycho-soziale, sozial-psychische; sozial-kulturelle wie kultur-soziale Wechselwirkungen (Mechanismen) unterschiedlicher Stärke. Dabei gibt es auch niveau-übergreifende Erklärungen, z.B. solche, die kulturelle mit psychischen Determinanten verknüpfen.
- *Als intervenierende Variable* (Determinanten) zwischen abhängigen und unabhängigen, erklärenden Variablen geht es um sozialpsychische/psychosoziale Faktoren, zusammenfassbar als über Interaktionen kulturell und sozial erzeugter, innerpsychischer „Stress“ (vgl. oben).

Die Grundlogik dieser „Mechanismen“ oder „Muster“ folgt explizit dem bio-psycho-sozial-kulturellen Modell des Menschen und die Diskussion/Zusammenschau in Bezug auf bestimmte Beschreibungsmerkmale, Determinations- und damit Struktur- und Dynamikmuster bei PatientInnen wird dann zu einer der wichtigsten Leistungen eines interprofessionell zusammengesetzten Teams.

3. Zielsetzungen der Sozialen Arbeit – ihr Beitrag zur Bestimmung der Genesungsziele: psychisches Wohlbefinden und psychosoziale, sozioökonomische und sozialkulturelle Reintegration

Aufgrund der bisherigen Ausführungen ist davon auszugehen, dass sich professionelle Soziale Arbeit vor allem um die Bestimmung von Zielen befassen muss, die an der gesellschaftlichen Reintegration der AdressatInnen in Sozialsysteme mit möglichst fairen sozialen Regeln, d.h. mit einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Rechten und – bezogen auf den psychischen Zustand der Betroffenen - zumutbaren (Rollen)Pflichten orientiert sind (Staub-Bernasconi 2010: 374-418). Das zur Zeit modische Begriffspaar zu diesem Thema heisst „Exklusion“ als Problem und „Inklusion“ als Ziel der Sozialen Arbeit (stellvertretend Bomes/Scherr 2000). Wird dieses auf Luhmanns Systemtheorie zurückgeführt, in welcher Menschen „ausserhalb“ der funktional differenzierten, sozialen Teilsysteme „angesiedelt“ sind, weiss man *weder* welche AkteurInnen ein Individuum aus welchem Grund und anhand welcher sozialer Regeln ausgeschlossen (haben) *noch* welche AkteurInnen die Voraussetzungen mitbringen, dieses Individuum wieder zu „inkludieren“. Konsequenter weitergedacht, müssten Luhmann zufolge die entlassenen PsychatriepatientInnen vor den „Toren der gesellschaftlichen Teilsysteme“ darauf warten, bis sie im Hinblick auf ihre funktionale Verwertbar-

keit zur Stabilisierung dieser Teilsysteme beitragen können und entsprechend „adressiert“ werden. Der Denkfigur „Exklusion/Inklusion“ liegt ein klares Top-Down-Theoriemodell zugrunde, das sich zum Teil in den funktionalistisch konzipierten ICD- und IICF-Diagnosesystemen wieder findet, aber mit dem hier dargelegten Theorieverständnis des „bio-psycho-sozial-kulturellen Modell des Menschen“ kollidiert, ja geradezu unvereinbar ist.

3.1. Allgemeine Zielsetzung

Die Zielsetzung „Klinischer Sozialer Arbeit“ muss auf allgemeinstem Niveau eine doppelte sein, nämlich

- die *soziale (Re)Integration der Individuen* in ihre relevanten sozialen *Teilsysteme*, die ihr *Wohlbefinden* so gut als möglich zu gewährleisten vermögen - sowie
- im Fall hoher sozialer Beeinträchtigungen durch die Umwelt *die Veränderung oder Anpassung* krankheitsrelevanter sozialer Akteure/Rollenträger *der sozialen Umwelt/Teilsysteme* an die individuelle Situation der AdressatInnen.

Beide Ziele und die damit verbundenen Prozesse, wie hier mehrfach belegt und gefordert, müssen allerdings in der Regel bereits *während des stationären Klinikaufenthaltes in die Wege geleitet und nach der Entlassung begleitet werden*, sofern sie erfolgreich sein sollen.

Unter Bezugnahme auf das bio-psycho-sozial-kulturelle Modell des Menschen und die entsprechenden Bedürfnisse, wird Soziale Arbeit schwerpunktmässig einen Beitrag zur *Befriedigung der menschlichen, insbesondere soziokulturellen Bedürfnisse* leisten (Vgl. Anm. 14, Anhang 5). Parallel dazu gilt es, die umweltbezogenen Hindernisse im Hinblick auf diese Zielsetzung - soweit sie der Sozialen Arbeit zugänglich sind - abzubauen. Dabei wird sie sich auch mit weiteren professionellen, freiwilligen und organisationellen AkteurInnen vernetzen müssen.

3.2. Ein mehrdimensionales Integrationskonzept zur differenzierten Zielbestimmung

Gesellschaftliche Integration ist ein mehrdimensionales Konzept, was heisst, dass auch die individuellen Integrationsziele mehrdimensional formuliert werden müssen. Soziale Arbeit betrachtet Menschen als sozial integriert, wenn

- a) *auf der körperlichen Ebene*
 - sie bei körperlicher Behinderung über die notwendigen materiellen und personellen Ressourcen verfügen, die ihnen z.B. Fortbewegung, Kommunikationschancen und mithin die Teilnahme an möglichst vielen gesellschaftlichen Aktivitäten und sozialen Systemen ermöglichen (= soziale Integration dank körperlicher (auch sensorischer) Integration).
- b) *auf der psychischen/psychosozialen Ebene*
 - sie ihre kurz-, mittel- und eventuell langfristigen Lebensziele mittels gesellschaftlicher Ressourcen als prinzipiell erfüllbar betrachten (= Abbau von wahrgenommener Anomie/Regellosigkeit);
 - sie sich von mindestens einer Person, als Mitglied mindestens eines sozialen Systems als vorbehaltlos akzeptiert und respektiert erfahren;²⁰
 - sie, bezogen auf die Verhaltensdimension die verfassungsmässigen, rechtsstaat-

²⁰ In vielen Fällen ist dies zunächst „nur“ der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin oder weitere Professionelle.

lichen, und je nachdem kontextspezifischen Verhaltensnormen²¹ kennen und einhalten (= psychosoziale und normative Integration);

- sie sich im öffentlichen Raum und öffentlichen Einrichtungen angstfrei bewegen können, insbesondere keiner öffentlichen Stigmatisierung ausgesetzt sind oder/und verbale oder körperliche Gewaltattacken befürchten müssen (= psychosoziale Integration).

c) *auf der gesellschaftlichen Ebene*

- sie in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld befriedigende Interaktionsbeziehungen pflegen können (= soziale Integration);
- auf den Statuslinien/Rangdimensionen Bildung, Erwerbsarbeit, Einkommen – im Sinn der Teilhabe am Bildungs- und Wirtschaftssystem einer Gesellschaft, eine mittlere Position innehaben oder erwerben können, die es erlaubt, sofern Geldleistungen dafür notwendig sind, ihre Bedürfnisse und legitimen Wünsche zu befriedigen und für die von ihnen Abhängigen (Kinder, Betagte, Kranke usw.) zu sorgen (= sozioökonomische Integration);
- sie in einer relativ diskriminierungsfreien sozialen Umwelt (Nachbarschaft, Schule, Arbeitsplatz, Freizeit, Öffentlichkeit usw.) leben (= Integration in verschiedene Funktionssysteme);
- sie – ob BürgerIn oder Zugewanderte mit längerem Aufenthaltsstatus – an politischen Prozessen oder zumindest an der öffentlichen Artikulation von sozialen/politischen Themen, z.B. über Aktionsgruppen, NGOs usw. teilnehmen können (= politische Integration);
- sie sich sozialkulturellen Interaktionsfeldern und Teilsystemen ihrer Wahl anschließen und bisherige, bedürfnisbefriedigungsverletzende soziale Systeme kritisieren, neu mitgestalten oder verlassen können, ohne dadurch die Existenzgrundlage zu verlieren (= sozial abgesicherte Chance der Integrationsverweigerung).

d) *auf der Ebene des Sozial- und Gesundheitswesens*

- sie nicht nur über ihre Pflichten, sondern auch über ihre Rechte im Sozial- und Gesundheitswesen informiert sind und zu denjenigen Instanzen und Einrichtungen niederschweligen Zugang haben, die nach Bedarf eine anwaltschaftliche Funktion für sie übernehmen können (z.B. Ombudsstellen, Patientenorganisationen für Patientenrechte, insbesondere bei Freiheitsentzug; Spezialstellen in der Klinik oder im teilstationären Bereich; Professionelle von Menschenrechtsorganisationen usw.) (= sozialpolitische Integration) (Kaufman 2011).

Welche(s) dieser *allgemeinen Ziele* prioritär sind/ist, welche vernachlässigt werden können, muss, unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs, im interprofessionellen Team – unter möglichst breiter Partizipation der Betroffenen – für jedes Individuum und sein soziales Umfeld festgelegt und im Verlauf des Unterstützungsprozesses allenfalls abgeändert werden. Dies gilt umso mehr für die Formulierung *spezieller, massgeschneiderter Teilziele*. Damit es nicht zu einer Überforderung sowohl der KlientInnen wie der Professionellen kommt, müssen unterschiedliche Grade der Zielerfüllung möglich sein, die mit unterschiedlichsten Ressourcen und Methoden erreicht werden können.

²¹ Ein besonderes Problem, auf das hier nicht eingegangen werden kann, besteht dann, wenn diese kontextbezogenen Werte und Normen Grundrechte und Menschenrechte verletzen (vgl. dazu die Aussagen in den „Global Standards for the Education and Training of the Social Work Profession“, In: Supplement 2007, S. 12-41, in welchen festgehalten wird, dass subkulturelle Werte und Normen zu tolerieren sind, sofern sie die Menschenwürde und Menschenrechte nicht verletzen).

4. Spezielle Handlungstheorien/Methoden Sozialer Arbeit im Rahmen „integrierter klinischer Hilfeleistung“ und „sozialer, gemeindenaher Unterstützung“

Die Soziale Arbeit hat, beginnend mit ihrer Professionalisierung vor mehr als 100 Jahren ein grosses Methodenangebot entwickelt. Ein besonderes Merkmal dieser Entwicklung ist, dass sie aufgrund der Komplexität sozialer Probleme Interventionen auf verschiedenen sozialen Niveaus, namentlich Individuen, Familien, Kleingruppen/Peers/Gangs, lokalen und grösseren Gemeinwesen, (Träger)Organisationen, und nicht zuletzt im Rahmen der Öffentlichkeit und (Sozial)Politik als notwendig erachtet, was Arbeitsteilung auch im Rahmen der Sozialen Arbeit voraussetzt (z.B. Kirst-Ashman/Hull 1994; Soydan 1999, Gil 2006, Staub-Bernasconi 2010a). Daraus ergab sich, historisch betrachtet, die Ausdifferenzierung von Methoden nach sozialer Interventionsebene oder Interventionssystem, namentlich Soziale Arbeit mit Individuen, Familien, Kleingruppen/Streetwork sowie mit Gemeinwesen, ergänzt durch Social Policy- und organisationsbezogenen Sozialmanagement-Methoden als Schnittstelle zwischen Sozialer Arbeit und Sozialpolitik. Generell muss gelten, dass in einer Profession die Probleme und deren Erklärungen – und nicht die gerade modischen Methoden - die Wahl von wissenschaftsbasierten Handlungsleitlinien und Interventionsverfahren bestimmen.²²

Bezogen auf die Klientel stationärer wie ambulanter klinischer Einrichtungen wird die Soziale Arbeit ihre Methoden/speziellen Handlungstheorien schwerpunktmässig im Hinblick auf die Gestaltung psychosozialer (Stressabbau), sozialer und kultureller Aspekte wählen. Dabei kommen sowohl personbezogene als auch umwelt-, auf soziale Systeme bezogene Methoden und deren Kombination in Frage (vgl. dazu Staub-Bernasconi 1986, 2010, von Spiegel 2004, Thole/Galuske 2006, Galuske 2007, Zwilling 2008, Michel-Schwartz 2009).

4.1. Personbezogene Methoden mit dem Fokus auf den Alltag der Individuen und ihren aktuellen Erfahrungen

Die aufgeführten Methoden sind teilweise im Rahmen des Klinikaufenthaltes einsetzbar, teilweise sind sie darauf ausgerichtet, Probleme der Alltagsstrukturierung, des Zugangs zu Entwicklungschancen anzugehen. Die konkrete Methodenwahl berücksichtigt die individuelle und interprofessionelle Diagnose, ihre Veränderungen über die Zeit hinweg sowie die aktuelle Lebenssituation der AdressatInnen. In Frage kommen u.a.:

- Sozio-ökonomische *Ressourcenerschliessung* im sozialen Umfeld der AdressatInnen sowie im Hinblick auf die bestehenden staatlichen Sozialsicherungs- und privaten Dienstleistungssysteme
- Methoden der *Bewusstseinsbildung* über die Art und Weise der Verarbeitung von Stress im Alltag (z.B. durch öffentliche Stigmatisierung, Diskriminierung, Sexismus, Fremdenfeindlichkeit, Mobbing) sowie in sozialen Bewertungssituationen; Methoden zur *Stärkung der angemessenen Informationsverarbeitung und damit der psychischen Autonomie*
- Methoden der positiven *Identitätsentwicklung* über soziale Anerkennung
- Methoden der *Entwicklung und Förderung von Handlungskompetenzen, Erfüllung von Rollenpflichten wie der Einlösung von Rechten*
- *Methoden der Entwicklung und Förderung von Sozialkompetenzen der Beziehungs-*

²² Für die Transformation von disziplinärem Wissen in handlungswissenschaftliches Wissen vgl. Staub-Bernasconi 2010a, S. 287-418; dasselbe am Beispiel von Erwerbslosigkeit oder der Bildung rechter Jugendcliquen vgl. Bormann 2005, Staub-Bernasconi 2011, 2012).

gestaltung

- Methoden der tragfähigen *sozialen Vernetzung* von KlientInnen in der unmittelbaren Nachbarschaft oder im grösseren Gemeinwesen
- Methoden der *inter- und transkulturellen Verständigung* und/oder *Mediation* bei interkulturellen Konflikten
- Methoden im *Umgang mit erlittener Machtlosigkeit und Gewalt*
- Methoden der Befähigung zur Überwindung von Hilf- und Machtlosigkeit im Hinblick auf die Kontrolle der eigenen Lebensumstände: a) *Empowerment* als Erschliessung von und Umgang mit Machtquellen; b) *Advocacy/Anwaltschaftlichkeit* als stellvertretender Prozess zwecks Einklagung von legitimen Ansprüchen und (Sozial)Rechten

Der rechtliche Status von psychisch kranken Menschen ist in der Schweiz durch eine Vielzahl von Normen auf Verfassungs-, Gesetzes-, und Verordnungsstufe bei Bund, Kantonen und Gemeinden geregelt. Als Inhalte der Regelungen stehen Fragen der Existenzsicherung, der Selbstbestimmung, der Behandlung und Betreuung sowie der sozialen und beruflichen Integration im Vordergrund.

4.2. Methoden zur Veränderung der sozialen Umwelt der aus der Klinik entlassenen Klientel

Die umweltbezogenen Methoden legen das Schwergewicht auf die Veränderung von unfairen sozialen Regeln der Interaktion oder/und der Sozialstruktur von adressatenrelevanten Teilsystemen. Dazu gehören Diskriminierung (Sexismus, Rassismus, Klassismus), Repression, Ausgrenzung, Willkür, strukturelle und direkte Gewalt usw.

Zur sorgfältigen Gestaltung des Entlassungsprozesses (vgl. Abschnitt III 2.4) gehören u.a.

- Aufbau, Aktivierung, Unterstützung *eines gemeinwesenbezogenen sozialen Netzwerks als zentraler Aspekt der Gemeindepsychiatrie* – in diesem Zusammenhang Beratung, Unterstützung von und Kooperation mit NachbarInnen, LehrerInnen, ArbeitgeberInnen, SeelsorgerInnen, Polizei, Protagonisten von interkulturellen Konflikten, Mitgliedern von Ausländerbehörden, Integrationsbeauftragten usw.
- Institutionalisierung von *Mediation* und *interkultureller Verständigung* bei Konflikten in diesem Netzwerk (z.B. zusammen mit niederschweligen Anlauf-, Ombuds-, Kriseninterventionsstellen)
- Methoden des Abbaus von Vorurteilen, stigmatisierendem, diskriminierendem, repressivem Verhalten in Machtverhältnissen (Eltern, Arbeitgeber, Lehrer, Gemeinwesen usw.)
- Methoden im Umgang mit interkulturellen Konflikten und Gewalt im Gemeinwesen
- Öffentlichkeitsarbeit, Vernehmlassungen im Hinblick auf die sozialen Aspekte und Ursachen von psychischen Erkrankungen, Lobbying usw. zu Handen von Politik, Behörden, Aktionsgruppen usw.
- die Mitarbeit bei der Schaffung von massgeschneiderten Tagesstrukturen (Aufgaben, Tätigkeiten) in Kooperation mit den nicht mehr erwerbsfähigen AdressatInnen unter Berücksichtigung der Funktionseinschränkungen; wenn nötig partizipative Verbesserung der Wohnsituation

Die Reduktion der Verfahren/Methoden Sozialer Arbeit auf Casemanagement als Koordinierung von Dienstleistungen „aus einer Hand“, ferner auf möglichst schnelle Erwerbsarbeitsintegration, oder/und auf die prioritäre Abklärung von Sozialversicherungsansprüchen - auch wenn dies wichtige Teilaufgaben der Ressoucenerschliessung sind - kann nicht die zentrale Aufgabe, sondern höchstens eine Teilfunktion von professionell ausgebildeten SozialarbeiterInnen in der Psychiatrie sein. Dabei wird nicht davon ausgegangen, dass die Sozialarbeitenden das ganze, hier dargestellte Methodenspektrum bereits mitbringen. Auch methodische Spezialisierungen, die sich ergänzen, müssen möglich sein. Es geht vielmehr darum, dass dieses Spektrum im Hinblick auf das methodische Gesamtkonzept der klinischen Einrichtung abgestimmt wird und sich damit auch eine systematische, verpflichtende Weiterbildung und Supervision verbindet.

III. STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN KLINISCHER SOZIALER ARBEIT

Professionelle Soziale Arbeit im klinischen Bereich ist auf organisationell-strukturelle Unterstützung angewiesen. Dazu gehört ein der „Klinischen Sozialen Arbeit“ angemessenes Zuständigkeits- und Aufgabenprofil, das auf die „soziale und kulturelle Dimension“ sowie die Gestaltung von „paritätischen“ interprofessionellen Kooperationsstrukturen zwischen PsychiaterInnen/ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, professionellen Pflegekräften und SozialarbeiterInnen besonderes Gewicht legt.

1. Folgerungen im Hinblick auf das Zuständigkeits- und Aufgabenprofil „Klinische Soziale Arbeit“

Das Pflichtenheft sollte das in diesem Positionspapier skizzierte Profil reflektieren. Dies gilt ebenso für Stellenausschreibungen. Dabei müsste die Doppelstruktur der Aufgaben – innerhalb und ausserhalb der Klinik – klar beschrieben und mit dem entsprechenden Zeitbedarf versehen werden. Allerdings sind auch arbeitsteilige Aufgabenstrukturen zwischen Drinnen und Draussen und eventuell sogar ein Rotationsprinzip denkbar – letzteres um die „Schnittstelle“ zwischen Klinik und Aussenwelt sachgemässer und zielführender gestalten zu können

2. Folgerungen für die Gestaltung von Kooperationsstrukturen

Die Folgerungen aus diesen Ausführungen für teambezogene Kooperationsstrukturen zwischen den verschiedenen Professionen lassen sich wie folgt formulieren: Sofern akzeptiert 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 (vgl. Grawe weiter oben) oder gar erst bei Entlassungen zugezogen werden.

- *Teambeitrag der Sozialen Arbeit während des Klinikaufenthaltes:*
Aufgrund des vorausgesetzten, konsensualen „bio-psycho-sozial-kulturellen Modells“ des Menschen muss gefolgert werden, dass die Soziale Arbeit als „Spezialistin fürs Soziale“ und je nachdem „Kulturelle“ bei allen Phasen der Behandlungskette beizuziehen ist. Das heisst: bei der Diagnosestellung (einem allenfalls vorgeschalteten Intake-Screening); der hypothesengeleiteten Diskussion im Sinne der (Mit)Bestimmung und Gewichtung der wichtigsten Determinanten und Folgen der individuellen psychischen Erkrankung; ferner bei der Diskussion und Bestimmung der Zielsetzungen; der in Frage kommenden Methoden; der Art und Weise der Überprüfung ihrer Wirksamkeit sowie bei der Bestimmung des Entlassungszieles und -zeitpunktes. Wünschbar ist eine „paritätische Zusammensetzung von Teams, was hiesse, dass die Sozialarbeitenden an jeder interdisziplinären Besprechung (Standort, Rapport, etc.) teilnehmen, an welcher es um Patienteninformationen und -besprechungen geht.
- *Teambeitrag der Sozialen Arbeit nach der Entlassung aus der Klinik:*
Für die geschilderten Aufgaben nach der Entlassung ist die Soziale Arbeit federführend, informiert allerdings laufend das Klinikteam über die Entwicklungen der Klientel in ihrem sozialen Umfeld und bespricht alle wichtigen Belange und Entscheidungen mit dem Team oder mit den dafür als verantwortlich bestimmten Mitarbeitenden.

Die Teams bestimmen gemeinsam das Verfahren, nach welchem sie Informationen einbringen, interpretieren, verschriften und Entscheidungen fällen.

3. Folgerungen für die Stellung der Sozialen Arbeit in der Organisationsstruktur

Zur Zeit unterstehen die Sozialdienste der Ärzte-, Pflege- oder Verwaltungsdirektion. In grösseren Kliniken mit mehreren SozialarbeiterInnen wäre zu überlegen, ob sie nicht eine eigene Organisationseinheit mit entsprechender fachlichen Leitung bilden sollten, vor allem wenn es darum geht, die ambulante, gemeindenahere Versorgung und Nachsorge zu stärken und zu optimieren. Dort, wo es nur ein bis zwei SozialarbeiterInnen in einer Klinik gibt, könnten sich diese in einem klinikübergreifenden Verbund organisieren.

4. Folgerungen für Forschungsprojekte

In der sozialarbeitswissenschaftlichen Forschungspraxis überwiegt bisher das qualitative Methodenelement, insbesondere als hermeneutische Fallstudien (Oevermann, Schütze u.a.). Das hat u.a. mit der relativ jungen Forschungstradition in Feldern klinischer Sozialer Arbeit, aber auch mit fehlenden zeitlichen wie finanziellen Ressourcen zu tun – ist aber keine Entscheidung grundsätzlicher Art. Grössere Forschungsprojekte mit quantitativen Daten müssten deshalb die Mitarbeit von Sozialarbeitenden ermöglichen.

Im Rahmen der Psychiatrie kommen beispielsweise folgende, sozialarbeitsbezogene Forschungsthemen in Frage, die aber interdisziplinär und interprofessionell angegangen werden müssten: Studien zur Lebenssituation von PatientInnen/KlientInnen; zu subkulturellen Unterschieden im Krankheitsverständnis; zur Ermittlung der für eine soziale Reintegration wirksamsten sozialen Bedingungen und Methoden – unter spezieller Berücksichtigung von geschlechts-, schicht-, kulturspezifischen Merkmalen; zur Analyse von interprofessionellen Kooperationsstrukturen innerhalb und ausserhalb der Klinik; Evaluationsforschung usw. Aber für die Teilnahme an oder gar eigenständige Durchführung solcher Studien braucht es zweifellos eine entsprechende, systematische und kontinuierliche Weiterbildung.

5. Folgerungen für die Weiterbildung der SozialarbeiterInnen

Spätestens hier ist nochmals daran zu erinnern, dass die „Klinische Soziale Arbeit“ in Europa, insbesondere im deutschen Sprachkontext erst in Entwicklung begriffen ist. Dies heisst, dass sie in Bezug auf ihre Ausbildungsstandards einiges zu klären und aufzuholen hat. Diese Klärung muss allerdings in erster Linie durch die Ausbildung an den Hochschulen und Universitäten erfolgen. Dabei muss klar sein, dass gemäss internationaler Standards erst ein Masterabschluss – ob an einer Fachhochschule oder Universität - für die Ausübung „klinischer Sozialer Arbeit“ berechtigt und durch mehrjährige Weiterbildung und Supervision ergänzt werden muss.

Für diejenigen, die bereits in der Psychiatrie arbeiten, aber natürlich auch zukünftige Sozialarbeitende, heisst dies jährliche obligatorische Weiterbildung, so wie sie auch von den ÄrztInnen, PsychologInnen, Pflegefachkräften verlangt wird. Dabei muss hier auf die sehr spärliche Ressourcenausstattung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie hingewiesen werden. Nur ca. 3,5 % der Leistungen sind nichtärztliche Behandlungsangebote (Bundesamt für Gesundheit 2004, S. 41, zit. in: Sommerfeld et al. 2010:13). Mit anderen Worten, gilt es hier, einen gesundheitspolitischen Grundsatzentscheid zu fällen, welchen Stellenwert der professionelle Umgang mit der empirisch nachweisbaren, sozialen und kulturellen Dimension bei psychischen Erkrankungen haben soll.

Zur Stärkung der Interprofessionalität von Kooperation müsste auch ein Anteil gemeinsamer Weiterbildung und damit die systematisch-methodische Einübung in inter- und transdisziplinäres Denken sowie interprofessionelles Handeln (Obrecht 2007) geplant werden. Solche Weiterbildungsangebote könnten zwecks Kostensenkung auch im Verbund mit Universitäten und Hochschulen, dem Berufsverband Avenir Social – hoffentlich für alle gewinnbringend - konzipiert und realisiert werden.

Abschliessend:

Selbstredend kann nicht erwartet werden, dass all diese Forderungen möglichst schnell und zeitgleich erfüllt werden. Sie sind allerdings Diskussions- Kristallisationspunkte und Kriterien, nach denen sich entscheidet, ob die „Klinische Soziale Arbeit“ mit ihrem „sozialen und kulturellen Schwerpunkt“ auch im deutschen bzw. schweizerischen Kontext eine Zukunft hat. Insofern wünschen wir uns eine wohlwollende Aufnahme und zugleich kritisch-konstruktive Diskussion dieses Positionspapiers und verbinden damit die Hoffnung, dass auf seiner Grundlage ein Prozess angestossen wird, der die Situation der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie befriedigender als bisher zu gestalten vermag.

Literaturverzeichnis

- Adams, Maurianne/Blumenfeld, Warren J./Castaneda, Rosie et al.* (2000): Readings for Diversity and Social Justice. An Anthology on Racism, Antisemitism, Sexism, Heterosexism, Ableism, and Classism, London
- Birgmeier, Bernd/Mührel, Eric* (Hg.) (2009): Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Bittlingmayer, Uwe H./Sahrai, Diane* (2010): Gesundheitliche Ungleichheit. Plädoyer für eine ethnologische Perspektive, In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 45, Nov., S. 25-31
- Bommes, Michael/Scherr, Albert* (2000): Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktionen organisierter Hilfe, Juventa, Weinheim/München
- Borrmann, Stefan* (2005): Soziale Arbeit mit rechten Jugendcliquen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Bourdieu, Pierre* (1983): Die feinen Unterschiede, Suhrkamp, Frankfurt/M
- Brack, Ruth/Geiser, Kaspar* (2009): Aktenführung in der Sozialen Arbeit, Vorschläge für eine klientenbezogene Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung, Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, 4. völlig überarbeitete Auflage
- Briner, David* (2009): „Die Ausgrenzung kann zu dramatischen Situationen führen“ – Psychiatrische Arbeit in den Zürcher Sozialzentren, In: Sozial Aktuell, Nr. 11, Nov. 2009:8-10
- Bundesamt für Statistik* (2002) (Hg.): Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995, Neuenbenburg.
- Bunge, Mario/Ardila, Rubén* (1990): Philosophie der Psychologie, J.C.B. Mohr, Tübingen
- Bunge, Mario/Mahner, Martin* (2004): Über die Natur der Dinge, Hirzel, Stuttgart/Leipzig
- Cheung, Monit/Leung, Patrick* (2008): Multicultural Practice and Evaluation. A case Approach to Evidence-Based Practice, Love Publ. Co., London
- Cinkl, Stephan/Gedik, Kira/Krause, Hans Ullrich* (2011): Praxishandbuch Sozialpädagogische Familiendiagnosen. Verfahren, Evaluation, Praxis und Anwendung im Kinderschutz, Budrich, Opladen/Farmington Hills
- Damasio, A.R.* (1998): Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn, Deutscher Taschenbuchverlag, Stuttgart
- De Schweinitz, Karl* (1924): The Art of Helping People out of Trouble, Riverside Press, Cambridge, Houghton Mifflin Co., Boston/New York
- Dragano, Nico* (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf, In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 42, S. 18-25
- Engelke, Ernst/Borrmann, Stefan/Spatscheck, Christian* (2004): Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, 4. Aufl., Lambertus, Freiburg/Br.
- Frey, Bruno S./Frey Marti Claudia* (2010): Glück. Die Sicht der Ökonomie, Rüegger, Zürich
- Follett, Mary Parker* (1949): Freedom and Co-ordination, Management Publications Trust, London School of Economics, London
- Fook, Janis* (1993): Radical Casework. A Theory of Practice, Allen & Unwin, St. Leonards, Australia

- Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot* (Hg.) (2009): *Klinische Sozialarbeit – Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis*, Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Gahleitner, Silke/Miethe, Ingrid* (2009): *Forschungsethik in der Klinischen Sozialarbeit*, In: Gahleitner S./Hahn G. (Hg.): S. 59-69
- Galuske, Michael* (2007): *Methoden der Sozialen Arbeit*, Juventa, Weinheim/München, 7. Aufl.
- Galuske, Michael/Thole, Werner* (2006): *Vom Fall zum Management*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Geiser, Kaspar* (2009): *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung*, Interact/Lambertus, Luzern/Freiburg Br., 4. Auflage
- Geissler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut* (2005): *Klinische Sozialarbeit*, Reinhardt, München
- Gil, David G.* (2006/1998): *Gegen Ungerechtigkeit und Unterdrückung. Konzepte und Strategien für Sozialarbeiter*. Kleine Verlag, Bielefeld
- Goffman, Ervin* (1972): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt/M
- Graham, Hilary* (2005): *Building an Interdisciplinary Disciplen of Health Inequalities: the examples of lifecourse research*, In: *Social Science and Medicine*, 55, S. 2005-2016
- Grawe, Klaus* (2004): *Neuropsychotherapie*, Hogrefe, Göttingen
- Gredig, Daniel/Sommerfeld, Peter* (2010): *Neue Entwürfe zur Erzeugung und Nutzung lösungsorientierten Wissens*, In: Otto, Hans-Uwe/Polutta, Andreas/Ziegler, Holger (Hg.): *What Works*, Barbara Budrich, Opladen/Farmington Hills, S. 83-98
- Heiner, Maja* (2004a): *Professionalität in der Sozialen Arbeit*, Kohlhammer, Stuttgart
- Heiner, Maja* (2004b): *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch*, Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin
- Heiner, Maja* (2010): *Kompetent Handeln in der Sozialen Arbeit*, Reinhardt, München/Basel
- Hollenstein, Lea/Sommerfeld, Peter* (2010): *Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*. In: Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot (Hg.): *Jahrbuch Klinische Sozialarbeit II*. Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 189-213
- ICD-10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien*, hg. von Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H., Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto, 1991.
- ICD-10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien*, hg. von Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H., Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto, 2011. 8. Aufl.
- ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*, hg. vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, World Health Organization, Genf, deutsche Version 2005
- Jahoda, Marie/Lazarsfeld, Paul/Zeisel, Hans* (1975/1933): *Die Arbeitslosen von Marienthal*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Karls, James N./Wandrei, Karin E.* (1992): *PIE Manual: Person-In-Environment System: The PIE Classification System for Social Functioning Problems*, Washington, NASW Press

- Kaufmann, Claudia* (2011): Ombudsarbeit mit Zukunft, hg. Stadt Zürich (info.omb@zuerich.ch)
- Kirst-Ashman, Karen K./Hull, Grafton H.* (1994): Understanding Generalist Practice, Nelson-Hall Publ. Chicago
- Kissling, Hans* (2008): Reichtum ohne Leistung. Die Feudalisierung der Schweiz, Rüegger, Zürich
- Klassen, Michael* (2004): Was leisten Systemtheorie in der Sozialen Arbeit? Ein Vergleich der systemischen Ansätze von Niklas Luhmann und Mario Bunge, Haupt, Bern/Stuttgart/Wien
- Kunstreich, Timm/Langhanky, Michael/Lindenberg, Michael/May, Michael* (2004): Dialog statt Diagnose, In: Heiner, Maja (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Berlin, S. 26-39
- Labonté-Roset, Christine/Hoefert Hans-Wolfgang/Cornel, Heinz* (Hg.) (2010): Hard to Reach – Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit, Alice Salomon Hochschule Berlin, Schibri Verlag Berlin
- Lynch, John/Smith, George, Davey* (2005): A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology, In: Annual Review of Public Health, 26, S. 1-35
- Meyer, Katharina* (Hg.) (2008): Nationaler Gesundheitsbericht, 2008, Hans Huber, Zürich
- Mackenbach, Johan P. et al.* (2001): *Socioeconomic Inequalities in Health in Europe – An Overview*, In: *ders./Backer, Martijntje J.* (Eds.): Reducing Inequalities in Health: A European Perspective, London
- Mäder, Ueli/Streuli, Elisa* (2002): Reichtum in der Schweiz, Portraits - Fakten - Hintergründe; Rotpunktverlag, Zürich
- Mäder, Ueli/Aratnam, Ganga Jey/Schilliger, Sarah* (2010): Wie die Reichen denken und lenken, Rotpunktverlag, Zürich
- Maurer, Andrea/Schmid, Michael* (2010): Erklärende Soziologie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Michel-Schwarze, Brigitta* (Hg.) (2009): Methodenbuch Soziale Arbeit, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2. Aufl.
- Mielck*, (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern
- Miller, David* (2008): Grundsätze sozialer Gerechtigkeit, Campus, Frankfurt/New York
- Mohr, Gisela/Richter, Peter* (2008): Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit – Interventionsmöglichkeiten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 40-41, S. 25-32
- Mühlum, Albert* (Hg.) (2004): Sozialarbeitswissenschaft – Wissenschaft der Sozialen Arbeit, Lambertus, Freiburg/Br
- Mühlum, Albert* (2009): Der wissenschaftliche Ort Klinischer Sozialarbeit: Sozialarbeitswissenschaft, In: Gahleitner S./Hahn G. (Hg.): 20-31
- Müller, B.* (2008): Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, Universität Zürich, Zürich
- Obrecht, Werner* (2005): Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus – Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit, In: Hollstein-Brinkmann, H./Staub-Bernasconi, S. (Hg.): Systemtheorien im Vergleich, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 93-172
- Obrecht, Werner* (2007): Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode, In: Schmocker, Beat (Hg.): Liebe, Macht, Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Sozialer Ar-

beit, Interact/Lambertus, Luzern/Freiburg/Br

Obrecht, Werner (2009): Was braucht der Mensch?, Grundlagen einer biopsychosozio-kulturellen Theorie menschlicher Bedürfnisse und ihre Bedeutung für eine erklärende Theorie sozialer Probleme, Erweiterte Fassung eines Vortrags, gehalten an der Konferenz zum 100-jährigen Jubiläum der Ligue Médico- Sociale Luxemburg, 1. Oktober 2008. Niederwil, (Wattwil), 5.10. 2009.

Obrecht, Werner (2011): Ein biopsychosozio-kulturelles Modell des Menschen als integrative Theorie sozialer Akteure. Eine Grundlage der Bild-Code-Theorie der Orientierung, der Theorie menschlicher Bedürfnisse und sozialer Probleme und einer allgemeinen erklärenden Handlungstheorie, Unveröffentlichtes Manuskript, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Zürich.

Ortmann, Karl-Heinz/Röh, Dieter (2008): Klinische Sozialarbeit. Konzepte-Praxis-Perspektiven, Lambertus, Freiburg/Br

Pantucek, Peter/Röh Dieter (Hg.) (2009): Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards, LIT, Münster

Pantucek, Peter (2006): Soziale Diagnostik Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Böhlau, Wien.

Pauls, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung, Juventa, Weinheim

Papart, J.P. (2001): La santé, le modèle théorique du lien social, In: Annales de psychologie et des sciences de l'éducation, o. 2:17-18

Reichert, Elisabeth (2003): Social Work and Human Rights, Columbia University, New York

Richmond, Mary (1917): Social Diagnosis, Macmillan, New York

Richter, Dirk (2003): Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen, In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 42, S. 3-10

Rüegger, Cornelia (2010): Soziale Diagnostik als Kern des professionellen Handelns – Ein Orientierungsrahmen, In: Schweiz. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Nr. 8-9, 2010. S. 35-52

Rüegger, Cornelia (2011): Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Masterthesis. Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Olten

Sahrai, Diana (2009): Healthy Migrants oder besondere Risikogruppe? Zur Schwierigkeit des Verhältnisses von Ethnizität, Migration, Sozialstruktur und Gesundheit, In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Nr. 45, S. 70-94

Salomon, Alice (1926): Soziale Diagnose, Carl Heymanns Verlag, Berlin

Schoen, Donald A. (2005): The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action, Ashgate, Aldershot

Schroedter, Mark (2003): Zur Unhintergebarkeit von Diagnose – Klassifikation in der Sozialen Arbeit. In: Widersprüche. 88. Jg. S. 85 - 100

Sennett, Richard (1985): Autorität, Fischer, Frankfurt/M

Snowdon, Christopher (2010): The Spiritual Delusion, Little Dice, GB

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. URL:

<http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/schlussbericht> Dynamik Integration [Zugriffsdatum: 10.03.2011].

- Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia* (2010): Entwicklung durch Kooperation. Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit – Einblicke in ein kooperatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt, In: Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit, H. 8/9, S. 8-34
- Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael* (2012): Integration und Lebensführung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Soydan, Haluk* (1999): The History of Ideas in Social Work, Venture Press, Birmingham
- Staub-Bernasconi, Silvia* (1986): Soziale Arbeit als eine besondere Art des Umgangs mit Menschen, Dingen und Ideen. Zur Entwicklung einer handlungstheoretischen Wissensbasis Sozialer Arbeit, In: Sozialarbeit, Schweiz. Berufsverband dipl. Sozialarbeiter, H. 10, Oktober 1986, S 2-70
- Staub-Bernasconi, Silvia* (1998): Soziale Probleme – Soziale Berufe – Soziale Praxis, In: Heiner, M./Meinhold, M./von Spiegel, H., Staub-Bernasconi, S.: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit, Lambertus, Freiburg/Fr., 4. Auflage
- Staub-Bernasconi, Silvia* (2003): Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders, In: Widersprüche, H.88, Nr. 2: S. 33-40
- Staub-Bernasconi, Silvia* (2007): Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat – Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit, In: Sozialarbeit in Österreich (SIÖ). Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Juni 2007, S. 8-17
- Staub-Bernasconi, Silvia* (2010/2007a): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch, UTB/Haupt, Bern/Stuttgart/Wien
- Staub-Bernasconi, Silvia* (2010c): 15 Jahre Auseinandersetzung mit Theorien, Professionsverständnis und Wissenschaft Sozialer Arbeit, In: Gahleitner Silke/ Effinger, Herbert/Kraus, Björn et al. (Hg.) (2010): Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven, Band 1 der Reihe *Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit*, Budrich, Opladen & Farmington Hills: S. 45-60
- Staub-Bernasconi, Silvia* (2011): Wissenschaftsbasierung professioneller Methoden Sozialer Arbeit. Der „transformative Dreischritt“ als Vorschlag zur Überwindung der Dichotomie von wissenschaftlicher Disziplin und praktischer Profession, In: Becker-Lenz, Roland/Ehlert, Gudrun/Müller-Herman, Silke (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Die gesteuerte „Produktion“ von Professionalität – Möglichkeiten und Grenzen des Studiums der Sozialen Arbeit, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: S. 168 - 180
- Staub-Bernasconi, Silvia* (2012): Der transformative Dreischritt als „Brücke“ zwischen den allgemeinen, bezugswissenschaftlichen Disziplinen und wissenschafts- sowie kontextbasierter, professioneller Problemlösung, in: Kraus, Björn et al. (Hg.): Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung, Barbara Budrich, Opladen, Farmington Hills: S. 165-180
- Stoecker, Ralf* (2010): Die Pflicht, dem Menschen seine Würde zu erhalten, In: Zeitschrift für Menschenrechte, Nr. 1, 2010:98-116
- Supplement Journal of International Social Work* (2007): International Definition of the Social Work Profession – Ethics in Social Work – Global Standards for the Education and Training of the Social Work Profession, Sage, Birmingham/UK (ISSN 0021-8728)
- Szasz, Thomas* (1997): Grausames Mitleid. Über die Aussonderung unerwünschter Menschen, Frankfurt/M
- Tomasello, Michael* (2010): Warum wir kooperieren, Suhrkamp, Berlin
- Turner, Francis J.* (Ed.) (1983): Differential Diagnosis and Treatment in Social Work, Free Press, Macmillan, New York

von Spiegel, Hiltrud (2004): *Methodisches Handeln in der sozialen Arbeit*, Reinhardt, München/Basel

Warren, Ronald L. (1965/1945): *Studying Your Community*, Free Press, New York

Wilkinson, Richard/Pickett, Kate (2010): *Gleichheit ist Glück – Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*, Tolkemitt-Verlag bei Zweitausendundeins, Berlin

Zwicky, Heinrich (2010): *Verschiedenheit und Ungleichheit in der Migrationsgesellschaft Schweiz*, In: Benz, Petra/Meier-Kressig, Marcel/Riedi, Anna/Zwilling, Michael (Hg.): *Soziale Arbeit in der Schweiz.*, Haupt, Bern/Stuttgart/Wien

Zwilling, Michael (2007): *Handlungsmethoden in der Sozialen Arbeit. Zur Entwicklung eines integrativen Modells*. Dr. Kovač, Hamburg

Anhänge

Anhänge 1 – 7

<i>Anhang</i>	<i>Bezeichnung</i>
Anhang 1	Einzelbeiträge zum theoretischen Selbstverständnis Sozialer Arbeit
Anhang 2	Irrwege des Psychatriediskurses - Eine kurze Theorie- und Forschungsgeschichte zum Zusammenhang zwischen sozialen Determinanten und psychischer Erkrankung
Anhang 3	Studien zur psychischen, sozialen und kulturellen Verursachung psychischer Erkrankungen
Anhang 4	Die Bedürfnisliste nach Werner Obrecht
Anhang 5	Leitthemen und Fragen zur sozialen und kulturellen Feindiagnostik klinischer Sozialer Arbeit
Anhang 6	Arbeitsteilung und Kooperationschnittstellen zwischen ÄrztInnen/PsychiaterInnen, Pflegekräften und SozialarbeiterInnen
Anhang 7	Weiterbildungskonzepte in Klinischer Sozialer Arbeit: <ul style="list-style-type: none">- Masterstudiengang der Fachhochschule Nordwestschweiz- Themen für klinikinterne Weiterbildungen

Anhang 1

Einzelbeiträge der Arbeitsgruppenmitglieder zum theoretischen Selbstverständnis Sozialer Arbeit als Handlungswissenschaft

- Ulrike Harder:
Menschen- und Gesellschaftsbild in der Sozialen Arbeit / Wissenschaftsverständnis Sozialer Arbeit
- Franz Hierlemann:
Wissenschaftsverständnis / Grundverständnis „Soziale Probleme“ – „Soziale Integration“ – „Gesundheit“
- Eva Mäder:
Determinanten psychischer Gesundheit: Psychosoziale, sozio-ökonomische, sozio-kulturelle und institutionelle Determinanten
- Silvia Staub-Bernasconi:
Das Tripelmandat der Sozialen Arbeit und die Dimensionen sozialer Integration
- Michaela Wegmann:
Soziale, psychosoziale Gesundheit als Zuständigkeitsbereich Klinischer Sozialer Arbeit / neun mögliche Rollenverständnisse Sozialer Arbeit
- Marlis Baumeler und Franz Hierlemann:
Disziplin- und professionbezogene Fragestellungen und Handlungsschritte / Methoden Sozialer Arbeit:
 - a) *Direkte, klientenbezogene Konzepte und Methoden:* u.a. Ressourcenerschließung, psychosoziale Beratung, Mediation, Casemanagement, Empowerment;
 - b) *Umfeldbezogene Konzepte und Methoden:* Soziale Arbeit mit Gruppen, Gemeinwesen, Organisationen
 - c) *Professionsbezogene Konzepte und Methoden:* u.a. Selbstevaluation, Fremdevaluation, Evaluationsforschung; Supervision und Coaching; Sozialmanagement
- Carlo Bornemann:
Psychiatrische Handlungsfelder/Angebote / Organisationelle Strukturen, aktuelle Pflichtenhefte Sozialer Arbeit und interprofessionelle Kooperation in der Psychiatrie
- Franz Hierlemann:
Weiterbildungskonzepte in klinischer Sozialer Arbeit
- Marlis Baumeler: Vorarbeiten zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in der Psychiatrie (integriertes Arbeitspapier)

Anhang 2

IRRWEGE DES PSYCHIATRIEDISKURSES

Zwei verbreitete Hypothesen (S. 40)

- Psychiatrie als eine „Ordnungsmacht“ zur Aufrechterhaltung einer moralischen und politisch-ökonomischen Sozialstruktur (Foucault).
- Geisteskrankheit als sozial abweichendes Verhalten, das man mit medizinischen Mitteln zu korrigieren versucht.

Psychische Krankheiten als soziale Konstrukte

Die Tatsache der sozialen Konstruktion als erkenntnistheoretischer Prozess ist nicht mit der Nicht-Existenz von Objekten als ontologische Aussage gleichzusetzen.

KonstruktivistInnen gehen davon aus, dass wenn etwas ein „Konstrukt“ ist, es das, was es bezeichnet, nicht real ist, dass also psychische Krankheiten nicht existieren und deshalb die Psychiatrie abgeschafft werden kann (vgl. Szasz)

Die Unterscheidung zwischen „konstruierter Realität“ und „realer (faktischer, StB) Realität“ ist unzulässig. Mentale Konstruktion von X ist kein Argument für die Nicht-Existenz von X. (66-68) Auch mentale Konstrukte sind real.

Die Einflussnahme von Interessengruppen auf die Diagnosestellung

Sie war und ist in der Psychiatrie eher möglich als in der Medizin, weil bis heute für die meisten Krankheiten keine eindeutigen Ätiologien/Erklärungen möglich waren. Beispiele: Streichung von Homosexualität, Onanie, Hysterie als Krankheit; Einführung der Diagnose posttraumatische Belastungsstörung u.a.). Dazu kommen Unschärfen zwischen Angststörungen und Depressionen, Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen (Clark et al. 1995) Validitätsstudien bezüglich Schizophrenien nach DSM zeigten nur mässigen Erfolg (Nathan/Langebuecher 1999). Familienangehörige wehren sich gegen die These vom Familienklima, das Psychosen auslösen soll.

Foucault: Die Medikalisierung des Wahnsinns

Geisteskrankheit ist Foucault zufolge eine begriffliche Umschreibung elementarer Wahrheiten des Menschen. Sie enthülle die einfachsten Wahrheiten, die primitiven Wünsche und Leidenschaften. Mit der psychiatrischen Diagnose geraten diese aus dem Blick. Insofern bezähmt der Arzt nur den Wahnsinn, ohne ihn zu kennen: „Je weiter sich die Vernunft mit den moralischen Vorstellungen der Gesellschaft verbindet, desto mehr werde der Arzt zur ausübenden Person der absoluten Macht.“ (op.cit.:39) „Psychiatrie und Psychologie konstituieren bzw. konstruieren die Geisteskrankheit im Zusammenhang mit moralischer und vernunftgemässer Machtausübung. Das Konstrukt der Geisteskrankheit führt zu einer weiteren Entfremdung des Menschen von sich selbst, da Unvernunft und andere elementare Wahrheiten hierdurch unterdrückt werden ...“ (Richter 2003:40)

Szasz: Geisteskrankheit als Mythos (S. 40-43)

Auch bei ihm steht die Verbindung von Macht, Moral und medizinischen Diagnosen im Mittelpunkt. Konsequenz lehnt er die Annahme ab, dass psychische Erkrankungen Störungen des Gehirns zugrundeliegen würden. Während die Medizin bestimmte Symptome wie Fieber usw. berücksichtige, beziehe sich die Psychiatrie nur auf die Aussagen des Patienten über sich selbst, andere, die Welt. Wenn der beobachtende Psychiater nicht daran glaube, dass der Patient Napoleon sei oder verfolgt werde, zeige dies die soziale Kontextabhängigkeit einer psychiatrischen Diagnose. Der Gegenstand der Psychiatrie ist „nicht die psychische Krankheit, sondern sind vielmehr die Probleme des täglichen Lebens wie Armut und Überschuldung oder Obdachlosigkeit“ und ihre Folgen (S. 41) Szasz lehnt Zwangseinweisungen auch bei Fremd- oder Selbstgefährdung ab. Suizidgefährdete müssen das Recht haben, sich selbst zu töten. Aggressive und paranoide Menschen, die zu Gewalttätigkeit neigen, müssen wie reguläre Straftäter behandelt werden, wobei es dafür Gefängnis Kliniken geben müsse (S. 41f.). Die Hilfsangebote sieht Szasz als „Ausdruck eines grausamen Mitleids, das die Hilfesuchenden entmündigt und ihnen die Möglichkeit der selbständigen Lösung ihrer persönlichen und sozialen Probleme und Konflikte vorenthalte (Szasz 1997).“ (S. 42). Dabei wird die Verantwortlichkeit

des Einzelnen auch für die Verhaltensweisen betont, die unter juristischen Gesichtspunkten heute als Hintergrund einer Schuldunfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit gesehen werden.

Scheff: das Etikett „Geisteskrankheit“ – der Labelling-Ansatz

Er beschäftigt sich mit der Frage der Auswirkungen des Labels der psychischen Krankheit für die Betroffenen. (Scheff 1973) Während Szasz die als Symptome einer Geisteskrankheit definierten Verhaltensweisen als persönlich übernommene Programme in eigener Verantwortung betrachtete, betont Scheff die Unfreiwilligkeit der Übernahme des Labels sowie deren bereitwillige Übernahme, d.h. die Selbstbeschreibung als psychisch krank. Auch Scheff spricht von „Regelverletzung“ im Sinne einer sozialen Normverletzung, die öffentlich und offiziell als solche etikettiert worden sind (zurückgehend auf Howard Becker). Dazu zählen sozialer Rückzug, die Reaktion auf Halluzinationen und Selbstgespräche. Und diese seien soziologischen Untersuchungen zugänglich. (S. 43) Für Scheff ist die Reaktion der sozialen Umwelt gegenüber auch wirksamen biologischen und psychischen Faktoren prioritär. Dazu kommt im Speziellen der Einfluss der durch die Medien transportierten Stereotypen über Geisteskrankheiten und die damit verbundenen Labels, der von empirischen Untersuchungen immer wieder bestätigt wurde. Deren Übernahme erfolgt in der Regel bei einer Krise, wenn die Hilfspersonen im gleichen Sinne auf die Symptome reagieren. (Scheff 1973:69) (S. 44). Verstärkend ist auch die Struktur psychiatrischer Versorgung: Patienten, die ‚Einsicht‘ in die Krankheit zeigen, werden für die Anerkennung des Labels von der Institution belohnt, erhalten z.B. bestimmte Privilegien wie Ausgang. Sofern sie aber in ihre früheren Lebensverhältnisse und Rollen zurückkehren wollen, werden sie von ihrer Umwelt bestraft, da diese in ihnen nur den Kranken sehe. (S. 44)

Scheff sieht folgende Abfolge: Das Erlernen der Stereotype schon im Rahmen der Sozialisation im Kindesalter; die Fremdetikettierung nach einer Regelverletzung durch die Umwelt und je nachdem auch das Behandlungspersonal; die Etiketten-/Rollenübernahme durch den Geisteskranken in der psychischen Krise bei erhöhter Labilität und Verletzbarkeit: „Das Etikettieren bei Verletzungen residualer Regeln bildet die wichtigste Einzelursache für das Einschlagen von Laufbahnen residualer Abweichung.“ (Scheff 1973:78) (S. 45). Das Label ist demnach für den weiteren Verlauf einer ‚Erkrankung‘ (Patientenkarrieren) wirksamer als die psychische Störung selbst. Epidemiologische Feldstudien finden regelmässig einen deutlich höheren, zu behandelnden Anteil von psychisch Kranken als tatsächlich behandelt werden (Wakefield 1999), was heisst, dass dieser Teil noch keine Etikettierung erfahren hat. (S. 45)

Gemeinsamkeiten der drei Ansätze:

- Bei psychischen Krankheiten und ihren Definitionen wirken überwiegend, wenn nicht ausschliesslich aussermedizinische Faktoren;
- Psychiatrische Diagnosen werden vor dem Hintergrund sozialer, in einer historischen Epoche geltender sozialer Normen formuliert;
- Die Diagnose wird überwiegend am Verhalten der Betroffenen festgemacht; bei sozial abweichendem Verhalten besteht die Gefahr, dass es als psychisch krankhafte Symptomatik definiert wird.
- Die psychiatrische Einrichtung hat den gesellschaftlichen Auftrag, das abweichende Verhalten zu identifizieren, zu behandeln und notfalls zu exkludieren. (Machtaspekt)
- (Normen reflektieren Werte, Interessen und Bedürfnisse, StB, Putnam, S. 50)

Unterschiede:

- Zur Frage, wie real die psychische Störung ist (Foucault: Teil der menschlichen Existenz; Szasz völlige Negierung; Scheff interessieren vor allem die Umweltdeterminanten)
- In der Psychiatrie geht die Krankheit der Diagnose voraus; bei diesen Autoren ist es umgekehrt, d.h. es sind die irrealen Vorstellungen der Psychiatrie über Normalität und Abweichung, welche die Krankheitsbilder erzeugen.
- Mit anderen Worten: „Die Psychiatrie unterliegt den selbsterzeugten Diskursen über psychische Krankheiten, welche ‚real‘ gar nicht existieren.“ (S. 46)

(Aus: Dirk Richter: Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychosozialer Störungen in der Ära der Biowissenschaften, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2003)

Anhang 3

STUDIEN ZUR GENESE VON PSYCHISCHEN STÖRUNGEN UND KRANKHEITEN

1. Klassische Studien zur sozialen Verursachung psychischer Krankheiten

Erste Generation von Studien:

Faris/Dunham (1930er Jahre) – Chicago Schule der Soziologie

August Hollingshead/Frederick Redlich in New Haven

Leo Srole et al. Midtown-Manhattan

Wirtschaftskrise und zweiter Weltkrieg zeigten die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und Armut and veränderten die Vorstellung von genetischer Verursachung.

Sozioökonomische Situation als Stressfaktor, der psychische Reaktionen hervorruft, die sich auf die Wiedereingliederung von Arbeitslosen auswirken (Durham: „one third of the nation ill-clothed, ill-housed, ill-fed“).

Faris/Dunham: Soziale Isolation, der mit dem tiefen Status verbunden ist, fördert die Entstehung von Halluzinationen und unangemessenen Handlungen, zumal die soziale Kontrolle fehlt (!).

Hollingshead/Redlich: postulieren einen Zusammenhang mit der sozialen Schicht und dem Behandlungsmodus (inkl. Einweisungsmodus durch Ärzte versus Polizei und Gerichte) von psychischen Erkrankungen. (vgl. den Sozialschichtindex, S. 101)

Srole: erhob auch den Sozialstatus der Eltern – Frage nach dem Zusammenhang zwischen intergenerationaler Aufwärts- (Rate 12 %), und Abwärtsmobilität (30 %), Stablen (23 %) und Psychopathologie.

Die Verursachung wurde durch den Faktor Stress und sozioökonomische Position erweitert.

Zweite Generation von Studien:

Feldstudien ohne standardisierte Instrumente; Einschätzung/Diagnosen wurden nachträglich von den Psychiatern vorgenommen. Es entstand das *Diagnostic and Statistical Manual (DSM III)* und das *f*

Dritte Generation von Studien (Übersicht bei Kohn et al. 1998):

Dohrenwend et al. 1998 – Israel: Frage nach dem Zusammenhang von Stress, Mobilität, Minderheits-/Mehrheitsstatus und psychischen Störungen. Wenn Stress die Ursache für psychische Erkrankung ist, dann wird eine Minderheitsethnie in jeder Sozialschicht eine höhere Rate von psychischen Erkrankungen aufweisen; Wenn Selektion die Ursache für den Zusammenhang zwischen Sozialschicht und Erkrankung ist, dann werden die Gesunden sozial aufsteigen oder stabil bleiben, die Kranken zur Abwärtsmobilität neigen. Zudem: Gesunde Mitglieder der Minderheitsethnie werden nicht im gleichen Masse wie die Gesunden der Mehrheitsethnie aufsteigen können. Wenn Selektion vorliegt, dann werden die Angehörigen der benachteiligten Ethnie in jeder Sozialschicht eine geringere Krankheitsrate aufweisen (Dohrenwend et al. 1998). Stichprobe: zweite Generation eingewanderte europäische Juden und nordafrikanische Juden. Ergebnisse: Schizophrenie war unter den Juden europäischer Herkunft verbreiteter als unter den nordafrikanischen. (Selektionsthese). Hingegen erfüllten die Depression (bei Frauen), die antisoziale Persönlichkeitsstörung (bei Männern) sowie die Substanzmittelabhängigkeit (bei Männern) – bei den nordafrikanischen Israelis die Hypothese der sozialen Verursachung. Im Unterschied zu diesen Störungsbildern scheint Schizophrenie nicht sozial verursacht zu sein. (S. 106f.) Beide Ursachenkomplexe müssen allerdings erweitert werden.

Fazit: Die Studien zeigen, dass die Relation zwischen Sozialstatus und psychischer Erkrankung nicht übersehen werden kann. Je rigoroser die methodischen Standards sind, desto mehr Differenzierungen ergeben sich. Aber ein direkter, unidirektionaler Einfluss kann nicht mehr unterstellt werden. (109f.)

2. Neuere Studien

Psychische / psychosoziale Determinanten:

- Vulnerable Persönlichkeit (113); Vulnerabilität als (eingeschränkte) Fähigkeit im Umgang mit Stress erzeugenden innerpsychischen und externen, sozialen und kulturellen Faktoren und damit der Problembewältigung (115)
- Fehlende kognitive Ressourcen (114)
- Locus of Control - die Person sieht sich nicht in der Lage, Schwierigkeiten zu meistern (114)
- Art der Verarbeitung von Stress (Neurotizismus) (114)
- Fehlende Bewältigungskompetenz von Krankheitsauswirkungen (Coping) (zum Beispiel die Bewältigung von Alkohol-, Drogenabhängigkeit in Abhängigkeit vom Sozialstatus, insbesondere vom Bildungsniveau) (116)

Soziale Determinanten:

- Niedriger Sozialstatus der Eltern im Kindesalter von 7-8 Jahren verdoppelt das Risiko einer psychischen Störung im Erwachsenenalter (Längsschnittuntersuchung über mehrere Jahrzehnte, Fan/Eaton 2001)
- Armut, soziale Ungleichheit und Gewalt, Wohnungslosigkeit (S. 55)
- Armut und finanzielle Belastung als wichtige Prädiktoren für eine psychische Störung; finanzielle Belastungen tragen zur Aufrechterhaltung der psychischen Krankheit bei (Weich/Lewis 1998)
- Obdachlosigkeit (in den USA sind ein Drittel der Wohnungslosen psychisch krank – meist kombiniert mit der Nicht-Akzeptanz von Behandlung, das Fehlen einer Krankenversicherung)
- Soziale Funktionseinschränkungen und Behinderungen im Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Lebensqualität (Üstün et al. 1998) (S. 64)
- Anzahl der Rollenübernahmen
- Wenig unterstützende, mehrheitlich belastende Beziehungen – gut untersuchter, bestätigter Zusammenhang (Turner/Marino 1994) (118)
- Eine soziale Umwelt, die aus ungewöhnlichem, nicht einsichtig-bizarrem Verhalten besteht, woraus eine Gefahr abgeleitet wird, in eine Klinik eingewiesen zu werden (Sullivan et al. 1997) (56)
- Arbeitsplatzcharakteristika: Stellung in der Hierarchie, die damit verbundene Kontrolle und Bestimmung von oben (ohne Mitsprachemöglichkeit) – gilt vor allem im Zusammenhang mit Depressionen (117)
- Soziale Qualität des Wohnortes (z.B. soziokulturelle und gesundheitliche Infrastruktur); Wohnen in benachteiligten Wohnquartieren (118)

Soziale Folgen psychischer Krankheiten: Sozialer Abstieg

Soziokulturelle Determinanten:

- Stigmatisierung durch das soziale Umfeld vor oder nach dem Klinikaufenthalt, miteingeschlossen Medien (Link 1987; Link et al. 1989; Link et al. 1997; Rosenfield 1997)
- Auf der soziokulturellen Ebene kann die Diversifizierung gesellschaftlicher Werte und Normen/Moralen positiv als Vergrößerung des Freiheitsspielraumes für die Lebensgestaltung oder negativ als Verlust eines verbindlichen Orientierungsrahmens wahrgenommen werden (Papart 2002).

(Alle Studien, mit Ausnahme der letzten, in: Dirk Richter: Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychosozialer Störungen in der Ära der Biowissenschaften, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2003)

3. Ausgewählte Beiträge zur schweizerischen Situation

Sie bestätigen ausnahmslos die oben festgehaltenen Forschungsergebnisse. Allgemein kann folgendes festgehalten werden: Der Einfluss der sozioökonomischen Determinanten, das heisst der sozioökonomische Status von Individuen, operationalisiert als Bildungs-, Beschäftigungsniveau (inkl. Erwerbslosigkeit als Herausfallen aus einem zentralen sozialen Integrationssystem) und Einkommensniveau ... auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung ist signifikant (vgl. Meyer 2009, S. 341; Müller 2008; NGP 2004). So hat sich beispielsweise die inverse Beziehung zwischen einem niedrigen Sozialstatus und einer höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen bis heute in hunderten von Studien gezeigt (für eine Übersicht vgl. z.B.. Fryers/Melzer/Jenkins 2003). Zudem: Sogar wenn die Arbeit als

sehr belastend empfunden wird, wird Erwerbslosigkeit als der grössere Stressfaktor wahrgenommen (Bundesamt für Statistik, 2002)

Auch der Zusammenhang zwischen (befriedigenden) sozialen Beziehungen in Familie, Schule, Arbeit) und psychischer Gesundheit wird seit den 70-er Jahren erforscht und bestätigt (Rüegger 2011); und die gesundheitswissenschaftliche Forschung zeigt, dass soziale Integration und soziale Unterstützung in funktionierenden sozialen Netzen die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung darstellen (vgl. die Forschungsergebnisse des BAG Schweiz 2009, Pauls 2004, S. 35).

In den Unterlagen des Bundesamtes für Gesundheit(BAG) findet sich u.a. folgende Systematisierung von Stressfaktoren:

- Alltagsbelastungen (Zeit- und Termindruck, Lärm, Monotonie etc.)
- Körperbezogene Stressoren (Gewalterfahrung, Verletzung, Schmerz, Krankheit usw.)
- Psychosoziale Stressoren (z.B. mangelnde Selbstachtung, Anzustände, Mangel an Kontrolle über Arbeits- und Privatleben); Leistungsstressoren (Kompetenzdefizite usw.)
- Soziale Stressoren (Stigmatisierung, soziale Isolation, Mobbing; zwischenmenschliche Konflikte und Krisen usw.)
- Kritische Lebensereignisse und biographische Statusübergänge (Schulabschluss, Heirat, Pensionierung, Verlust eines Ehepartners usw.)

Stress wird dabei als Ungleichgewicht zwischen inneren und äusseren Anforderungen und Belastungen einerseits und den innerpsychischen wie sozialen und kulturellen Ressourcen andererseits definiert, die dem Individuum zur Verfügung stehen, um dieses Ungleichgewicht im Hinblick auf grösseres Wohlbefinden zu korrigieren, definiert.

Die genannten und weitere Stressfaktoren können, aber müssen nicht zwingend zu psychischen Erkrankungen führen. Ob dies der Fall ist, hängt von ihrer Kumulation sowie innerpsychischen wie sozialen und kulturellen Umweltfaktoren ab, welche die krankmachende Verarbeitung von Stress verhindern oder begünstigen (vgl. die obenstehende Zusammenstellung).

Der rechtliche Status von psychisch kranken Menschen ist in der Schweiz durch eine Vielzahl von Normen auf Verfassungs-, Gesetzes-, und Verordnungsstufe bei Bund, Kantonen und Gemeinden geregelt. Als Inhalte der Regelungen stehen Fragen der Existenzsicherung, der Selbstbestimmung, der Behandlung und Betreuung sowie der sozialen und beruflichen Integration im Vordergrund.

Anhang 4

MENSCHLICHE BEDÜRFNISSE

Biologische Bedürfnisse

1. nach physischer Integrität
2. nach den für die Autopoiese (Reproduktion des Organismus) erforderlichen Austauschstoffe
 - a. verdauliche Biomasse (Stoffwechsel)
 - b. Wasser (Flüssigkeitsgehalt)
 - c. Sauerstoff (Gasaustausch)
3. nach Regenerierung
4. nach sexueller Aktivität (und Fortpflanzung)

Biopsychische Bedürfnisse

5. nach wahrnehmungsgerechter sensorischer Stimulation
 - a. Gravitation
 - b. Schall
 - c. Licht
 - d. Taktile Reize (sensorische Bedürfnisse)
6. nach schönen Formen in spezifischen Bereichen des Erlebens
7. nach Abwechslung / Stimulation
8. nach assimilierbarer Orientierung und handlungsrelevanter Information
9. nach subjektiv relevanten (affektiv besetzten) Zielen und Hoffnung auf Erfüllung
10. nach effektiven Fertigkeiten (Skills), Regeln und (sozialen) Normen zur Bewältigung von (wiederkehrenden) Situationen in Abhängigkeit der subjektiv relevanten Ziele

Biopsychosoziale Bedürfnisse

11. nach emotionaler Zuwendung
12. nach spontaner Hilfe
13. nach Unverwechselbarkeit im Vergleich zu Mitmenschen („Identität“)
14. nach (relativer) Autonomie
15. nach Kooperation
16. nach Fairness (Verfahrensgerechtigkeit)
17. nach Kooperation
18. nach sozialer Anerkennung (Status, Rang)
19. nach (Austausch-)Gerechtigkeit

(Quelle: Werner Obrecht: Was braucht der Mensch? Zur Struktur und Funktion einer naturalistischen Theorie menschlicher Bedürfnisse, Typoscript eines überarbeiteten Referates anlässlich des 100jährigen Jubiläum der Ligue Médico-Sociale Luxembourg, 1. Oktober 2008, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften – Departement Soziale Arbeit, Zürich, 65 Seiten)

ANHANG 5

LEITTHEMEN UND FRAGEN ZUR SOZIALEN UND KULTURELLEN FEINDIAGNOSTIK KLINISCHER SOZIALER ARBEIT

Die untenstehenden Leitthemen und Teilfragen beziehen sich auf psychosoziale Merkmale des Individuums und solche seines Umfeldes, genauer auf die Mitgliedschaften des Individuums in sozialen Subsystemen. Dabei ist es durchaus möglich, dass wichtige Mitgliedschaften fehlen, was für eine soziale Diagnose bezüglich gesellschaftlicher Integration und mögliche Zielsetzungen sehr wichtig ist.

Als erstes geht es um die Frage nach der *sozialen Position der AdressatInnen im Rahmen der gesamtgesellschaftlichen Schichtung* gemäss den Rangdimensionen Bildungsniveau/Ausbildungsniveau; Erwerbsarbeit/Erwerbslosigkeit; Einkommen (fehlendes Einkommen/Schulden) als zentrale diagnostische und zugleich erklärende Variablen für eine soziale Biographie von Individuen.

Welche der folgenden Leitthemen bei der Klientel angesprochen werden bzw. aufgrund der psychischen Erkrankung angesprochen werden können, muss im interprofessionellem Team diskutiert und festgelegt werden.

Als zweites geht es um die Frage nach der subjektiven Einschätzung der AdressatInnen ihrer Person und Situation als „Individuum im sozialkulturellen Kontext“. Die Einstiegsfrage betrifft ihren Tagesablauf, deren Beantwortung ein indirekter Zugang zu diesem Thema und auch entsprechendes Nachfragen erlaubt, aber teilweise auch psychodiagnostisch relevant ist, ohne dass damit psychiatrische Diagnosen anvisiert werden..

Drittens werden die Individuen als Mitglieder von sozialen Systemen (vergleichbar mit dem Lebensführungssystem) befragt und zwar in Bezug a) auf ihre positiven und negativen Befindlichkeiten; b) im Hinblick auf erfahrene Fairness (indirekte Einschätzung der Sozialstruktur des Systems) und menschlichem Respekt (Interaktion); c) deren Interpretation und der Frage, d) ob und was sie bei problematischen Sachverhalten unternommen haben sowie was der Erfolg war.

Viertens schliesst sich die Frage an, bei welchen Themen sie Beratung, aktive Unterstützung möchten und wer diese leisten soll. Der Gesprächsverlauf, so die Hypothese, ist so angelegt, dass die AdressatInnen soweit möglich befähigt werden, ihr bisheriges Problemverständnis und Lösungsverhalten durchzudenken und sie zu motivieren, entsprechende Folgerungen für die Zukunft und Unterstützungsforderungen im Hinblick auf ihre problematische Systemmitgliedschaften zu formulieren.

Fünftens: Pro Gespräch können in der Regel nur eine bis zwei der aufgeführten Thematiken angesprochen und mit Nachfragen ausgeleuchtet werden, wenn es wirklich ein Gespräch und keine „Abfrage“ sein soll. Dabei haben die KlientInnen hier die unwidersprochene Definitionsmacht.

Anschliessend braucht es eine professionelle Beurteilung des Dargelegten aus sozialarbeiterischer Sicht, die Feststellung von Regularitäten/Gesetzmässigkeiten (bei der AdressatIn wie aus wissenschaftlichen Studien) und Überlegungen über die nächsten Handlungsleitlinien für die Soziale Arbeit sowie die sich ergebenden Themen für die interprofessionelle Kooperation.

Dazu gehört folgendes:

- a) Was ergibt sich für die interprofessionelle Kooperation in der Klinik?
- b) Was ergibt sich für die interprofessionelle Kooperation ausserhalb der Klinik und nach der Entlassung?
- c) Welche Abklärungen über die problemverursachenden sozialen Teilsysteme müssen bereits während des Klinikaufenthaltes, welche nach dem Klinikaufenthalt - womöglich zusammen mit der Klientel erfolgen – nicht zuletzt, um zu klären, inwiefern die Situations- und Problemdefinitionen der KlientInnen mit denjenigen der relevanten AkteurInnen ihres sozialem Umfeldes übereinstimmen bzw. divergieren.
- d) Wie man mit grossen Divergenzen umgeht, muss wiederum im interprofessionellen Team besprochen werden.

Für die professionelle Beurteilung habe ich beim ersten Thema einen „Kasten“ eingefügt, der u.a. folgende Dimensionen aufweisen kann:

- a) Bedürfnistheoretische Interpretation des Gesagten, nicht zuletzt als Grundlage dafür, in einem (nächsten) Gespräch verletzte Bedürfnisse anzusprechen.
- b) Einschätzung des Schweregrades des Problems auf einer Skala;
- c) Vermutete Gesetzmässigkeiten – je nachdem unter Beizug von wissenschaftlichen Studien
- d) Kurz-, mittel-, langfristige Ziele
- e) Weiteres Vorgehen innerhalb und ausserhalb der Klinik

Fragen zu Leitthemen, die eventuell aktenmässig, aber vor allem gesprächsweise erhoben werden müssen:

Die Einstiegsfrage muss an die psychosomatische Situation des Adressaten oder der Adressatin angepasst werden. Es gilt also nicht die hier angegebene Reihenfolge.

1. Individuelle Position in der gesellschaftlichen Schichtung (ergibt sich teilweise aus den Akten oder Aufnahmedaten)

- Bildungsniveau/Ausbildungsniveau und Bildungsbiographie
- Beschäftigungsniveau (Arbeitsstellen) und Arbeitsbiographie
- Einkommens-/Schuldenniveau und Einkommens-/Schuldenbiographie
- Die gleichen drei Variablen sollten womöglich für die Mitglieder der Herkunftsfamilie erhoben werden
- Biographische Aufwärts- und Abwärtsmobilität bzw. Verbleiben oder Zurückfallen auf das gleiche Niveau wie dasjenige der Herkunftsfamilie

Diagnostische Beurteilung: Zusammenfassung:
Einschätzung des Schweregrades der sozialen Problematiken:
Vermutete Gesetzmässigkeiten (Hypothesen)/Studien, welche diese Hypothesen stützen:
Prognose:
Ziele: kurz-, mittel-, langfristige:
Fragen an das interprofessionelle Team inkl. gemeinsame Prognose und Zielsetzungen:
Aufgaben der Sozialen Arbeit während des Klinikaufenthaltes:
Aufgaben der Sozialen Arbeit nach der Entlassung im sozialen Umfeld:

2. Wohnsituation und Wohnumgebung

- Wie wohnen Sie? Wie sieht Ihre Wohnumgebung aus? Ist es Ihnen dort wohl? Wenn nicht, woran liegt es? Was gefällt Ihnen an Ihrer Wohnung und Wohnumgebung? Wie sieht Ihre Traumwohnung aus?
- *Möchten Sie an Ihrer Wohnsituation etwas verändern, ev. wegziehen? Wie müsste ein neuer Wohnort aussehen? Wenn Ihnen diese Veränderung nicht gelingt, woran könnte dies liegen? Was oder wer hindert Sie daran?*

3. Finanzielle Situation

- Kommen Sie mit dem Geld, das Ihnen zur Verfügung steht, zurecht? Wenn nicht, was sind die Gründe? Probleme? Wieviel Geld, schätzen Sie, fehlt Ihnen, um keine Sorgen zu haben, ob der Betrag (bis Monatsende) reicht?
- Wenn Sie an die Zukunft denken, sorgen Sie sich um Ihre finanzielle Situation?
- Was würden Sie machen, wenn Sie sehr viel mehr Geld als jetzt hätten?
- Es gibt natürlich Menschen, die sehr viel mehr Geld haben – was denken Sie darüber?

- *Brauchen Sie Unterstützung, um ihre finanzielle Situation zu klären? zu verbessern?*

4. Tagesablauf – Tagesstruktur

- Wie verbringen Sie Ihren Tag? Wenn es Ihnen gut geht? wenn es Ihnen nicht gut geht? ganz schlecht geht?
- Wie verbringen Sie das Wochenende? Die Feiertage?
- *Möchten Sie an Ihrem Tagesablauf etwas verändern? Was haben Sie bis jetzt versucht? Was war das Ergebnis? Wenn Ihnen das nicht gelingt, woran könnte dies liegen? Was oder wer hindert Sie daran?*

5. Selbstwahrnehmung (Selbstbild, Fremdbild, Kompetenzen) (hier muss man die psychiatrische Diagnose berücksichtigen)

- Wenn man Sie bitten würde, sich zu beschreiben, was würden Sie sagen? Im Sinn von „Ich bin ... ! Oder „Ich bin nicht ... ! „Ich kann ... kann nicht!“
- Man könnte aber auch ebenso gut überlegen/fragen, was Sie gerne möchten? Was Sie sich von der Zukunft erhoffen? Welche Hoffnungen, Wünsche und Ziele Sie haben?
- Sehen sie sich eher als ohnmächtige Person oder als Person, die ihre Ziele erreicht, sich wehren kann, z.B. gegen unfaire, respektlose Behandlung?
- Haben sie eine Vorstellung darüber, wie sie andere, Ihnen nahe stehende Personen sehen?
- Würden Sie sagen, dass sie die Erwartungen Ihrer Mitmenschen mehr oder weniger erfüllen können oder ist dies nicht der Fall?

6. Persönliches, soziales Beziehungsnetz

- Wer nimmt mit Ihnen Kontakt auf? Per Telefon, per Mail? Wie häufig? Was ist der Anlass des Kontaktes?
- Kommt bei Ihnen zu Hause jemand vorbei? Wer? Wie häufig? Was machen Sie dann?
- Mit wem nehmen Sie selber Kontakt auf, treffen Sie sich? Per Telefon, Mail, in einem Restaurant usw.? Wie häufig? Was machen Sie dann?
- Mit wem hatten Sie in den letzten Monaten Kontakt?
- *Möchten Sie an Ihren Kontakten etwas verändern? Was haben Sie bis jetzt versucht? Was war das Ergebnis? Wenn Ihnen das nicht gelingt, woran könnte dies liegen? Was oder wer hindert Sie daran?*

7. Familiensituation (muss der aktuellen Situation angepasst werden)

- Wenn Sie an Ihre ursprüngliche Familie zurückdenken , was kommt Ihnen in den Sinn? Sind es gute/frohe oder schlechte/schmerzhaftige Erinnerungen, die Sie immer noch bedrücken? Wütend machen?
- *Wenn letzteres der Fall ist, haben Sie versucht, etwas zu ändern? Mit welchem Erfolg? Konnten Sie sich Trost oder Hilfe holen? bei wem?*
- Wenn Sie an Ihre jetzige familiäre Situation denken, wie würden Sie diese beschreiben? Man kann ganz allgemein davon ausgehen, dass keine Familie nur harmonisch ist. Wie war bzw. ist dies in ihrer Familie? Überwiegen die schönen oder die konfliktiven Momente? Mit welchen Familienmitgliedern?

- Was sind die schwierigsten Konflikte? Gab bzw. gibt es Gewalt u.a.? Haben Sie versucht, die Konflikte zu lösen? Wie erfolgreich waren Sie? Möchten Sie nach wie vor versuchen, sie zu lösen? Allein? mit welcher Hilfe?
- Wie reagieren Ihre Kinder, weitere Verwandte/Familienmitglieder darauf, dass Sie in psychiatrischer Behandlung sind? Sprechen Sie mit ihnen darüber?
- Wie würden Sie die Beziehungen zu Ihren Kindern beschreiben? Wie sind Ihre Kinder während Ihres Aufenthaltes in der Klinik versorgt?
- *Möchten Sie Beratung, Hilfe in Bezug auf Ihre familiäre Situation?*

8. Ausbildungssituation

- Was gefällt Ihnen an Ihrer Ausbildung? Was ist schwierig?
- Was können Sie gut? weniger gut? nicht gut? Worin möchten Sie sich verbessern? Haben Sie dies schon mal versucht und was ist dabei herausgekommen?
- Würden Sie sagen, dass Sie von Ihren Lehrern und Lehrerinnen fair, mit Respekt, behandelt werden? Wenn nicht, was stört Sie? was verletzt Sie? Wie reagieren Sie darauf? Was haben sie gesagt, gemacht? Hat sich dann etwas geändert?
- Würden Sie sagen, dass Sie von Ihren MitschülerInnen/Mitstudierenden fair behandelt werden? Wenn nicht, was stört Sie? empört Sie? was verletzt Sie? Wie reagieren Sie darauf? Was haben sie gesagt, gemacht? Hat sich dann etwas –was - geändert? Wenn nicht, was meinen Sie, warum nicht?
- Gibt es in der Ausbildungsorganisation eine Form institutionalisierter Mitbestimmung und im Fall von Ungerechtigkeiten eine Person/Instanz, an die man sich wenden kann?
- Würden Sie von sich sagen, dass Sie ein Mensch sind, der sich wehren, für seine Rechte einsetzen kann? oder eher nicht? oder sogar gar nicht?
- *Möchten Sie Unterstützung/Beratung im Zusammenhang mit Ihrer Ausbildungssituation? Von wem, welcher Stelle?*

9. Arbeitssituation – je nachdem Arbeitssituation in einer psychiatrischen „Tagesstruktur“

- Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden? Was können Sie gut? Weniger gut? nicht gut?
- Was können Sie gut? weniger gut? nicht gut? Worin möchten Sie sich verbessern? Haben Sie dies schon mal versucht und was ist dabei herausgekommen?
- Würden Sie sagen, dass Sie von Ihren Vorgesetzten fair – mit Respekt - behandelt werden? Wenn nicht, was stört Sie? empört sie? was verletzt Sie? wie reagieren Sie darauf? Was haben sie gesagt, gemacht? Hat sich dann etwas – was – zum Besseren oder Schlechteren verändert? Wenn nicht, was meinen Sie, warum nicht?
- Gibt es an der Arbeitsstelle eine Form institutionalisierter Mitbestimmung und im Fall von Ungerechtigkeiten eine Person/Instanz, an die man sich wenden kann?
- Würden Sie sagen, dass Sie von Ihren KollegInnen/MitarbeiterInnen fair behandelt werden? Wenn nicht, was stört Sie? was verletzt Sie? Wie reagieren Sie darauf? Was haben sie gesagt, gemacht? Hat sich dann etwas –was – zum Besseren oder Schlechtern verändert? Wenn nicht, was meinen Sie, warum nicht?
- *Möchten Sie Beratung/Hilfe im Zusammenhang mit Ihrer Arbeitssituation? Von wem, welcher Stelle?*

10. Freizeitsituation

- Wie verbringen Sie Ihre freie Zeit? Mit wem? Sind sie damit zufrieden?
- Treffen Sie Freunde/Freundinnen bzw. Gleichaltrige oder sind Sie Mitglied in einer Gruppe von Gleichgesinnten?
- Sind Sie Mitglied in einem Verein, Partei, Kirche, Religionsgemeinschaft? Was bedeutet Ihnen diese Mitgliedschaft? Können sie dort einiges bewirken?
- Machen sie ab und zu Ferien? Wen ja, wo und wie verbringen Sie diese?
- *Was möchten Sie verändern? Möchten Sie dazu Hilfe?*

11. Öffentlichkeit

- Ich frage mich immer wieder, ob man mir das ansieht oder anmerkt, dass ich „in der Psychi war“, psychische krank bin? Manchmal schauen die Leute so komisch, starren mich an.
- Was tun Sie in dieser Situation? Was könnte Ihnen helfen?

12. Staatsbürgerschaft - Migrationssituation

- Sie haben den Aufenthaltsstatus X – ist das für Sie, Ihren Alltag, ihr Alltagsbefinden wichtig oder unwichtig?
- Eventuell je nach Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer: Was würden Sie sagen: Fühlen Sie sich eher als ... oder als SchweizerIn?
- Eventuell: Wie sind Ihre Sprachkenntnisse (falls nicht evident!)?
- Haben Sie noch Kontakt mit Familienmitgliedern aus demjenigen Land, aus dem Sie zu uns gekommen sind? Mit wem? Wie intensiv sind diese Kontakte? (Mittel)
- Würden Sie sagen, dass diese Familienmitglieder, obwohl sie nicht hier leben, immer noch grossen Einfluss auf Ihr (Familien-)Leben hier in der Schweiz haben? Was wird von diesen entschieden? Ist Ihnen das recht oder möchten Sie es anders haben?
- Würden Sie sagen, dass Sie von den Schweizern und Schweizerinnen, die Sie kennen, fair – mit Respekt - behandelt werden?
- Spielt in Ihrer Ausbildungs-/Arbeitssituation die Tatsache, dass Sie ein Mensch mit Migrationshintergrund sind, eine Rolle? Wenn ja, welche? Haben Sie den Eindruck, dass Sie deswegen schlechter behandelt? benachteiligt? oder gar verachtet werden? Wie zeigt sich das? Welche Gefühle haben Sie, wenn Sie dies feststellen? Haben Sie etwas unternommen? mit denjenigen, die sie unfair behandeln geredet? sich Hilfe geholt?
- Bei Menschen, die in der Öffentlichkeit sehr leicht als „Ausländer“ erkannt werden können (Sprache, Hautfarbe, Name, Kleidung usw.): Wie sicher fühlen sie sich auf der Strasse, im Bus/Tram usw., wenn Sie auf Ämter gehen müssen?
- Haben Sie sich schon überlegt, wie sie mit dieser Angst umgehen können? Was könnte Ihnen dabei helfen?
- Verfolgen Sie das, was man über „die Ausländer und Ausländerinnen“ in der Öffentlichkeit diskutiert? Was wissen Sie darüber? Wie reagieren Sie darauf? Falls Sie verletzt, wütend sind, gegen wen richtet sich ihre Wut? ihr Protest?
- *In welchem Bereich, bei welchen Problemen würden Sie sich Unterstützung, Beratung, Hilfe wünschen?*

13. Klientenstatus in Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens usw.

- Fühlen Sie sich fair und mit Respekt behandelt, wenn Sie auf dem Amt X, bei der Behörde Y, dem Gesundheitsdienst Z vorsprechen?
- Hatten Sie schon mit der Polizei zu tun? Was war der Anlass? Wie ging man mit Ihnen um?
- Sind Ihnen die Patientenrechte (Eltern-, Kinder-, Behinderten- Menschenrechte) bekannt? Haben Sie schon versucht, eine unfaire, benachteiligende Behandlung einzuklagen?
- *Möchten Sie für neue Kontakte mit öffentlichen Stellen eine Beratung oder/und eine Begleitung? Möchten Sie eventuell juristische Beratung bei der Einklagung von PatientInnenrechten?*

14. Ausblick auf die Situation nach der Entlassung

- Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Klinik denken, woran denken Sie? Worauf freuen Sie sich? Was macht Ihnen Sorgen?
- Was wünschen Sie sich für den Neubeginn ausserhalb er Klinik?
- Wir haben über Vieles gesprochen, auch über mögliche Veränderungen und Hilfsmöglichkeiten? Gibt es etwas, das Sie möglichst schnell in Angriff nehmen, verändern möchten? Möchten Sie dabei beraten und unterstützt werden? welche Beratung/Unterstützung in welchem Bereich möchten Sie von wem haben? (Familie, Ausbildung, Arbeit, Freizeit, Öffentlichkeit – finanzielle Situation, Wohnsituation usw.)

Die theoretischen Kategorien, welche den Fragen zugrundeliegen

(Dieser Teil muss noch überarbeitet und ergänzt, d.h. auf die obigen Dimensionen abgestimmt werden!)

1. Sozialdemographische Merkmale
2. Sozioökonomische Position der Adressaten, ihrer Familienmitglieder und ihrer Eltern, ev. Grosseltern (Bildungs-, Beschäftigungs-, Einkommensniveau, ferner Zivilstand) inkl. soziale Aufwärts- und Abwärtsmobilität; Migrationserfahrung der ersten, zweiten, dritten Generation;
3. Ressourcenniveau im Hinblick auf die Befriedigung der biologischen, psychischen und sozial/kulturellen Bedürfnisse
4. Wohnsituation und Wohnumfeld/Nachbarschaft
5. Zugänge zu (niederschweligen) Organisationen/Dienstleistungen im Hinblick auf Defizite, Probleme der Bedürfnisbefriedigung
6. Kinder der AdressatInnen (Sorgekompetenz, Betreuungshilfe im Alltag und in aussergewöhnlichen Situation wie Krankheit, Hospitalisation; Vorhandensein eines körperlich oder psychisch behinderten Kindes)
7. Soziales Beziehungsnetz (informelle Beziehungen und formelle Mitgliedschaften – Anzahl und Qualität)
8. Kulturelle Diversität des nahen und weiteren sozialen Umfeldes
9. Interaktionsbeziehungen in informellen Beziehungen und sozialen Teilsystemen (Qualität; Verhältnis von Rechten und Pflichten; Mitbestimmung, positive und negative Sanktionserfahrungen und -ausübung)
10. Innerpsychische und verhaltensbezogene soziale Rollenkonflikte in Abhängigkeitsbeziehungen
11. Diskriminierungsakteure und -regeln in Bezug auf soziale Herkunft, Geschlecht, Alter, Nationalität, Ethnie, Religion, Hautfarbe, sexuelle Orientierung, Behinderung und (psychische) Krankheiten ... in den sozialen Teilsystemen Familie, Peergruppe, lokales Gemeinwesen, Bildungs-, Wirtschaftssystem, politisches System, kulturelle (Freizeit)Systeme usw.
12. Macht/Ohnmacht-/Gewalterfahrungen und Verfügung über Machtquellen
13. Individuelle Rechte und Pflichten-Balance
14. Medien und Öffentlichkeit (demokratische Teilnahme/Mittel; Stigmatisierungsprozesse)
15. Bilanz der strukturellen Diskriminierung, sozialen Mangellagen (Deprivation), sozialen Bedürfnisfrustration und –Kompensationsmöglichkeiten

Anhang 6

ARBEITSTEILUNG UND KOOPERATIONSSCHNITTSTELLEN ZWISCHEN ÄRZT/INNEN, PFLEGEKRÄFTEN UND SOZIALARBEITER/INNEN Eine Diskussionsgrundlage

	ÄRZTE/ PSYCHIATER	PFLEGE	SOZIALE ARBEIT
Diagnostischer Zuständigkeitsbereich	Medizinische und psychische Probleme von Menschen als psychobiologisches System	Medizinisch-pflegerische Probleme von Menschen als psychobiologisches System im klinischen Sozialkontext	Soziale Probleme von Menschen in ihrer sozialen Umwelt - als von sozialen Systemen abhängige & dadurch verletzbare Individuen im klinischen und sozialkulturellen Lebenskontext
Erklärungs- bzw. Bezugswissenschaften	<i>Psychiatrie</i> Chemie Biologie Neuro-/Psychobiologie Psychologie (Sozialpsychologie)	<i>Pflegewissenschaft</i> Biologie Neuro-/Psychobiologie Psychologie Sozialpsychologie	<i>Sozialarbeitswissenschaft</i> (Psychobiologie) (Psychologie) Sozialpsychologie Soziologie/Ökonomie Kulturwissenschaften
Auftrag Mandat	Hypokratischer Eid	Berufskodex?	Ethikkodex der Profession – Menschenrechte/Sozialrechte
Werte	Gesundheit Heilung/Genesung Psychische und körperliche Leistungsfähigkeit	Gesundheit Genesung Wiedererlangung der körperlichen Funktionsfähigkeit	Versorgungssicherheit Soziale Teilhabe Relative Selbständigkeit Soziale Teilnahme
Ziele	Heilung Lebenserhaltung Leidenslinderung dank medizinischer & psychotherapeutischer Verfahren	(Heilung) Leidenslinderung Psychisches Wohlbefinden während Klinikaufenthalt dank professioneller Pflege & psychischer Unterstützung	Gesellschaftliche (Re)Integration: Materielle Grundsicherung Lebensbewältigung durch Linderung, Lösung sozialer, sozialkultureller Probleme Sozialkulturelle Integration Soziale Gerechtigkeit
Methoden	Medizinische Therapien (Neuro)Psychotherapie Wissenschaftliche Evaluation	Methoden der Pflegewissenschaft	Methoden mit dem Fokus auf die sozialen Probleme von Individuen & auf die Veränderung ihrer sozialkulturellen Umwelt

Vgl. dazu: Albert Mühlum/Sabine Bartholomeyczek/Eberhard Göpel (1997): Sozialarbeitswissenschaft – Pflegewissenschaft – Gesundheitswissenschaft, Lambertus, Freiburg/Br

Zürich, 11.7.2011 / Silvia Staub-Bernasconi

Anhang 7

Gestufte Weiterbildungswege in Arbeitsfeldern Klinischer Sozialer Arbeit (Auswahl)

WBK`s: Weiterbildungskurse

(Anbieter: Verschiedene organisations- oder klinikinterne Angebote sowie solche von spezialisierten Weiterbildungseinrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich)

- Einführungen in das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht
- Einführungen in störungsspezifische Umgangsweisen bei div. psychischen Störungen
- Sozialhilfepraxis
- Migration, Gesundheit, Kultur und psychische Störungen
- Umgang mit Gewalt- und Bedrohungssituationen
- Einführungen in Handlungsformen benachbarter Professionen, u.a. Grundlagen von
- Pflegediagnostik und Pflegeprozessen, Psychopharmakotherapie
-

CAS: Certificate of Advanced Studies

(Anbieter: Verschiedene in- und ausländische Fachhochschulen)

- Funktionale Gesundheit
- Grundlagen der Suchtarbeit
- Grundlagen der Gesundheitsförderung
- Handlungs- und ressourcenorientierte Beratung
- Recht (Erwachsenenschutzrecht, Sozialhilfe- und Sozialversicherungsrecht)
- Zielorientierte Beratung bei Störungen der psychischen Gesundheit
- Dissozialität, Delinquenz und Kriminalität
-

DAS: Diploma of Advanced Studies

(Anbieter: Verschiedene in- und ausländische Fachhochschulen)

- Systemisch-lösungsorientierte Kurzberatung und Therapie
-

MAS: Master of Advanced Studies) - Masterstudiengänge:

- Fachhochschule Nordwestschweiz Olten: Klinische Sozialarbeit
- Studiengang Klinische Sozialarbeit der FH Coburg (D) und AS-Hochschule Berlin (D)
- Fachhochschule Nordwestschweiz Olten: Psychosoziale Beratung
-

Januar 2012/hi