

ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVEN DER SOZIALEN ARBEIT IN DER INTEGRIERTEN PSYCHIATRIE WINTERTHUR

BERICHT EINES KOOPERATIVEN ENTWICKLUNGSPROJEKTS

GEFÖRDERT VON:

DORE, SCHWEIZERISCHER NATIONALFONDS

PETER SOMMERFELD
LEA HOLLENSTEIN
MARCEL KREBS

APRIL 2008

n|w

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

IPW

Institut für Professionsforschung
und kooperative Wissensbildung

Fachhochschule Nordwestschweiz
Riggenbachstrasse 16
Postfach
CH-4601 Olten
Tel. +41 0848 821 011
www.fhnw.ch

Inhalt

	Einleitung	S. 2
Thema 1:	Methodisches Vorgehen: Praxis-Optimierungs-Zyklus	S. 4
Thema 2:	Einbettung in die Entstehungsgeschichte der ipw: Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für Vernetzung und Koordination	S. 5
Thema 3:	Soziale Arbeit als anerkannter Teil aufgrund fachlicher Inputs und Wissensfunktion	S. 6
Thema 4:	Problemfeld 1: Fehlen interprofessionell integrierter Denk- und Handlungsmodelle	S. 7
Thema 5:	Problemfeld 2: Unterbelichtung der sozialen Dimension	S. 8
Thema 6:	Problemfeld 3: Soziale Arbeit als Hilfsfunktion im Modell der therapeutischen Fallführung	S. 9
Thema 7:	Problemfeld 4: Fehlende Koordination und Kontinuität der Hilfeleistungen	S. 10
Thema 8:	Integrierter Prozessbogen	S. 11
Thema 9:	Synchronisierung der auf psychische und soziale Prozesse bezogenen Hilfen	S. 13
Thema 10:	Case Management als Modell für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit?	S. 15
Thema 11:	Allgemeine Entwicklungsperspektiven ipw	S. 17
Thema 12:	Entwicklungsperspektiven Soziales & Netzwerk	S. 18
Thema 13:	„Soziales & Netzwerk 2010“ - Organisation und Dienstleistungen	S. 19
Thema 14:	„Soziales & Netzwerk 2010“ – Behandlungsprozess	S. 22
Thema 15:	Soziales & Netzwerk 2010 - Ausblick	S. 23

Einleitung

Die Soziale Arbeit und die soziale Dimension psychischer Erkrankung wurden im Zuge der Entstehung sozial- und gemeindepsychiatrischer Konzepte und Angebote seit den 1970er Jahren zu einem integralen Bestandteil der Psychiatrie. Einen wichtigen Modernisierungsschritt in diesem Zusammenhang stellen die WHO-Gesundheitsdefinition und das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell dar. Im Zuge dieser Perspektivenerweiterung gewann die interprofessionelle Zusammenarbeit an Bedeutung, so auch diejenige mit der Sozialen Arbeit. Damit rückten zwei Fragen in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit: Zum einen die Frage nach dem Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Erkrankungs- und Genesungsprozesse, zum anderen diejenige danach, wie denn Hilfeprozesse interinstitutionell und interdisziplinär so gestaltet werden können, dass möglichst gute Behandlungserfolge zu erzielen sind; und damit verbunden die Frage nach einer optimalen Gestaltung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie.

Das Interesse, auf diese Fragen aus Sicht der Wissenschaft und Praxis angemessene Antworten zu finden, war der Ausgangspunkt einer Kooperation zwischen dem Angebot Soziales & Netzwerk (S&N) der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) und der Hochschule für Soziale Arbeit (HSA) der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)¹. In dem Forschungs- und Entwicklungsprojekt wurden daher parallel wissenschaftli-

che und praxisbezogene Zielsetzungen verfolgt:

Praxisbezogene Zielsetzung: Die Soziale Arbeit in der ipw soll durch die Entwicklung eines zugleich wissenschaftlich fundierten und praxistauglichen Gesamtkonzeptes auf eine solide, zukunftssträchtige und möglicherweise wegweisende konzeptionelle Basis gestellt und in ihrer Leistungsfähigkeit für die Patient/innen und damit auch für die ipw optimiert werden.

Wissenschaftliche Zielsetzung: Es wird in der ipw eine Arbeitsfeldanalyse zur Gestaltung der Sozialen Arbeit und ihrer Schnittstellen zu anderen professionellen Leistungserbringern durchgeführt. Damit verbunden ist die Absicht, Wissensgrundlagen für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie zu schaffen; zum einen konkret im Hinblick auf die Praxisentwicklung in der ipw, zum anderen aus wissenschaftlichem Interesse, um die Ergebnisse der Arbeitsfeldanalyse mit den Resultaten einer Vorgängerstudie der HSA² zusammenzuführen und für die Theoriebildung zu nutzen.

Der hier vorliegende Bericht ist das erste Produkt, das aus dieser Zusammenarbeit hervorgegangen ist. Er ist das Resultat einer über mehrere Monate andauernden kooperativen Entwicklungsarbeit eines Teams aus Sozialarbeitenden der ipw und Wissenschaftler/innen der HSA. Der vorliegende Bericht ist von den Mitgliedern des Forschungsteams geschrieben worden. Das ist zweifellos eine

¹ Das Projekt trägt den Titel „Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Integrierten Psychiatrie Winterthur“ und wird von DORE, dem Förderinstrument für praxisorientierte Forschung an Fachhochschulen des Schweizerischen Nationalfonds finanziert.

² Sommerfeld, Peter/ Calzaferri, Raphael/ Hollenstein, Lea (2007): Die Dynamiken von Integration und Ausschluss. Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und sozialen Systemen nach stationären Aufenthalten. Online: www.nfp51.ch/d_module.cfm?kati=1

Einleitung

sinnvolle Arbeitsteilung. Es ist uns aber ein Anliegen, darauf hinzuweisen, dass das Ergebnis der Entwicklungsarbeiten zu grossen Teilen von den Kolleg/innen im Projektteam erarbeitet worden ist. Ziel des Berichtes ist es, die wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse und die auf die Entwicklung der Sozialen Arbeit bezogenen modellhaften Überlegungen zur Verfügung zu stellen, um damit *Entscheidungsgrundlagen* dafür zu liefern, wie die Soziale Arbeit und damit die Behandlung psychisch kranker Menschen in der ipw verbessert werden kann.

Die Forschungsergebnisse aus der Arbeitsfeldanalyse werden daher an dieser Stelle nur in Kurzform dargestellt; auch zur Methodik sei hier nur darauf hingewiesen, dass in zwei Feldphasen Dokumentenanalysen, Beobachtungen, Gruppendiskussionen und Interviews mit Sozialarbeiter/innen, Vertreter/innen anderer Professionen der ipw und externen Kooperationspartner/innen durchgeführt worden sind. Im noch ausstehenden Forschungsbericht als zweitem Produkt werden die Forschungsmethodik und -resultate detailliert, umfassend und mit konsequentem Bezug zum Datenmaterial präsentiert.

Wegweisend für das gesamte kooperative Entwicklungsprojekt, von dem wir hier berichten, ist der sogenannte „Praxis-Optimierungs-Zyklus“ (POZ), der daher zuerst kurz beschrieben wird. Damit wird die Projektorganisation und –anlage nachvollziehbar. Danach werden in einem zweiten Schritt die für die Praxisentwicklung relevanten Resultate der Arbeitsfeldanalyse dargelegt, die aus unserer Sicht einen Handlungsbedarf anzeigen. Als Drittes werden einige aus unserer Sicht weiterführende Ergeb-

nisse aus der bereits erwähnten Vorgängerstudie der HSA vorgestellt. Schliesslich skizzieren wir die Ergebnisse der kooperativen Entwicklungsarbeit, die auf der Grundlage der Auseinandersetzung mit den hier in Kurzform präsentierten Ergebnissen der wissenschaftlichen Arbeiten entstanden sind. Wir beenden den Bericht mit einigen wenigen Ausblicken auf die Konsequenzen, die sich aus dieser Arbeit ergeben und mögliche Entwicklungsschritte, die sich im Hinblick auf die Umsetzung jetzt schon abzeichnen.

Noch ein kleiner Hinweis zum Lesen dieses Berichts: Es ist möglich, sich sehr schnell einen Überblick über den Inhalt zu verschaffen, wenn man nur die Überschriften und die Sidelines (ohne Zitate) und die Hervorhebungen im Text liest. Der jeweils dazu gehörende Text mit den Grafiken fasst dann in möglichst kurzer Form zusammen, was bezogen auf das in der Überschrift benannte Thema erarbeitet wurde. Im Inhaltsverzeichnis können Sie sich einen Überblick über die behandelten Themen machen und von daher auch selektiv lesen. Wir empfehlen natürlich den gesamten Text zur Lektüre.

Methodisches Vorgehen: Praxis-Optimierungs-Zyklus

Thema 1

Der Praxis-Optimierungs-Zyklus (POZ) zielt auf forschungsbasierte Praxisentwicklung durch gezielte Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis bei der Entwicklung innovativer Konzepte

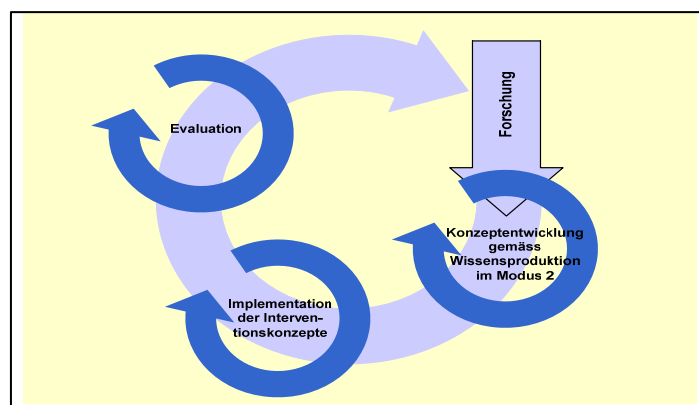
In der ipw wurden mit der Arbeitsfeldanalyse und der Konzeptentwicklung die ersten zwei Phasen des POZ abgeschlossen. Entscheidet sich die ipw für eine Umsetzung der entwickelten Konzepte folgen die Phasen der Implementation und der Evaluation

Das hier skizzierte Projekt schliesst unmittelbar an dem Vorhaben der HSA an, durch neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis den Wissenstransfer zu verbessern. Oder mit anderen Worten: durch forschungsbasierte Praxisentwicklung und kooperative Wissensbildung in verschiedenen Arbeitsfeldern die Professionalisierung der Sozialen Arbeit voran zu treiben. Wegweisend dafür ist der Praxis-Optimierungs-Zyklus (POZ), der vier Phasen unterscheidet:

Die **Forschungsphase** zielt darauf, das in der Praxis vorhandene Wissen und Know-how in Bezug auf das gewählte praktische Problem systematisch zu erfassen und mit forschungs- und theoriegestütztem Wissen über Handlungsbedarfe und Wirkdimensionen erfolgreicher Intervention zu konfrontieren. Die folgende **Phase der Konzeptentwicklung** kennzeichnet sich dadurch, dass Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen ihr je spezifisches Wissen in einer gleichberechtigten Kommunikationssituation in einen kooperativ gestalteten Entwicklungsprozess einbringen, so dass durch die Verschränkung der unterschiedlichen Wissensbestände so-

wohl forschungsbasierte als auch praxistaugliche Innovationsmodelle entstehen können. Der Entwicklungsphase folgen die **Implementationsphase** durch die Praxis und die **Evaluationsphase**, in der sowohl die Bewährung der Umsetzung als auch die Wirksamkeit untersucht werden.

In der ipw wurden bisher die ersten zwei Phasen des POZ umgesetzt: Die Forschungsphase wurde mit der Arbeitsfeldanalyse abgeschlossen. Der Entwicklungsprozess erfolgte in zwei Gefässen: Zum einen im **Projektteam**, das als kleines arbeitsfähiges Team aus Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen die Aufgabe hatte, die konzeptionellen Arbeiten zu leisten; zum anderen im **Projektforum**, das aus Expert/innen und leitenden Personen zusammengesetzt und damit beauftragt war, (Zwischen-)Ergebnisse des Forschungs- und Entwicklungsprozesses zu diskutieren und dem Projektteam Feedbacks zu geben. Die Ergebnisse dieser Forschungs- und Entwicklungsarbeit werden im vorliegenden Bericht dargestellt. Entscheidet sich die ipw für eine Umsetzung, folgen gemäss dem POZ die Implementations- und gegebenenfalls die Evaluationsphase.



Einbettung in die Entstehungsgeschichte der ipw: Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für Vernetzung und Koordination

Thema 2

Die Soziale Arbeit erhält im Modellprojekt „Integrierte Psychiatrie Winterthur“ einen neuen Zuständigkeitsbereich (Vernetzung und Koordination) und wird zu einem eigenständigen Fachbereich

„Von Anfang an hat der soziale Teil im Konzept der integrierten Versorgung eine grosse Bedeutung gehabt. Auch wenn noch nicht ganz klar war, welche Form das genau annehmen würde, zeichnete sich bald ab, dass es so etwas wie eine spezialisierte Koordinationsfunktion geben müsste. Sehr bald wurde die Koordinationsstelle geschaffen und auch gedanklich der Sozialen Arbeit zugeordnet (...). Es ging dabei um die Aufgabe der Kulturbildung, der Netzwerkbildung, um sozusagen Voraussetzungen zu schaffen, auf denen die integrierte Arbeit überhaupt funktionieren konnte. Das war also eine wichtige Funktion, die der Sozialen Arbeit zukam. Ausserdem war auch schon sehr früh klar, dass in dem Zusammenhang auch das Case Management angesiedelt sein müsste, (...). Das bildete den Kern des späteren S&N und somit des Sozialdienstes als eigenständigem Fachbereich (...). Das geht weit über das bisherige Denken hinaus, wie die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wahrgenommen wird.“

Die heutige Stellung und Situation der Sozialen Arbeit in der ipw kann nur mit Blick auf die Entwicklung der ipw als Ganzes nachvollzogen werden. Die ipw war ein Modellprojekt zur Umsetzung des Psychiatriekonzeptes des Kantons Zürich und dessen Versorgungsmaximen: Patientenorientierung, Integration, Gemeindenähe, Betreuungskontinuität, Spezialisierung. Als „politisches Prestigeobjekt“ erhielt sie daher von Beginn weg den notwendigen politischen und finanziellen Support. Die Frage ist dann: Wie gelang es der ipw im Kontext dieses fachlichen, ökonomischen und politischen Spannungsfeldes, einen erfolgreichen Reform- und Organisationsentwicklungsprozess anzustossen? Die Antwort lautet zusammenfassend: Durch eine von Beginn weg an Fachlichkeit in einem umfassenden Sinne orientierte Psychiatriekonzeption, die sich mit den Stichworten „ambulante vor stationär“, „integrierte Versorgung“, „Patienten-nähe“, „Behandlungskontinuität“, „Interdisziplinarität“ umschreiben lässt. Die Vision bestand aber nicht nur darin, die psychiatrische Versorgung wissenschafts-gestützt auf ein herausragendes Niveau zu bringen, sondern gerade dadurch zugleich die politisch gesetzten ökonomischen Herausforderungen zu bewältigen. Diese Orientierung wurde als Referenzpunkt für die Organisationsentwicklung gesetzt. Zugleich aber war der Prozess konsequent breit und interdisziplinär angelegt, so dass sich die Vision zu einer einenden und das Gefühl von Aufbruch hervorrufenden Kraft entfalten konnte.

Richten wir den Blick nun erneut auf die Soziale Arbeit, so ist ein weiterer Punkt relevant, der mit dieser Ent-

wicklung einherging³: Das Konzept der ipw ging, in dem es die „integrierte Versorgung“ als Eckpfeiler setzte, über das kantonale Konzept hinaus und wies damit von Beginn weg der sozialen Dimension und der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie eine hohe Bedeutung zu. *Durch Zuweisung der in einer „integrierten Versorgung“ zentralen Funktion der Koordination der Hilfen, wurde sie in der Umsetzung der Konzeption an einer erfolgskritischen Stelle institutionalisiert: Keine integrierte Versorgung ohne Koordinations- und Netzwerkarbeit, d. h. ohne die Soziale Arbeit.* Als Folge dieser Konstruktion wurde die Soziale Arbeit direkt dem Chefarzt unterstellt und konnte im Kontext der Übernahme der Koordinationsfunktion mit der Koordinations- und Beratungsstelle (KoBe) und dem Casemanagement (CM) eigene Angebote entwickeln. Während der KoBe die Aufgabe zukam, Vernetzung herzustellen und damit die für die integrierte Arbeit notwendigen kulturellen Voraussetzungen zu schaffen, wurde mit dem CM ein Angebot geschaffen, dessen methodischer Zuschnitt es ermöglicht, für eine bestimmte Patient/innengruppe eine koordinierte und Kontinuität ermöglichende Hilfeleistung zu erbringen. Der konzeptionellen Bedeutung einer eigenständigen Funktion entspricht die Bildung eines eigenständigen Angebots und Fachbereichs. Beides wurde durch die Integration des Sozialdienstes in S&N im Zuge der Einführung der Matrixorganisation geschaffen.

³ Die Zitate in der linken Spalte illustrieren die Aussagen. Aus Anonymitätsgründen ist ihre Herkunft nicht gekennzeichnet.

Soziale Arbeit als anerkannter Teil aufgrund fachlicher Inputs und Wissensfunktion

Thema 3

Der Sozialen Arbeit gelingt es im Kontext der Umsetzung der integrierten Versorgung, sich als grundsätzlich wertgeschätzte Profession zu etablieren

„Die Betonung der Fachlichkeit war der entscheidende Punkt, mit dem sich die Soziale Arbeit in der ipw positionieren konnte. Es wurden immer Impulse zur fachlichen Entwicklung eingegeben. (...) Diese fachlichen Impulse gingen auch über das engere Verständnis von Sozialer Arbeit hinaus, wie beispielsweise die Patientenvereinbarung. Case Management ist dabei natürlich der Parade Fall. Dies ist auch allgemein anerkannt. Ist klar, weil es Erfolg hat, weil damit Preise gewonnen werden konnten.“

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

Wohin hat sich die Soziale Arbeit⁴ vor dem Hintergrund der geschilderten hohen konzeptionellen Wertigkeit entwickelt? Und welchen Beitrag leistet sie als zuständige Profession für die Kooperations- und Netzwerkarbeit in der interprofessionellen und interinstitutionellen Zusammenarbeit tatsächlich?

Die Entwicklung der ipw hat auf der Grundlage von Vision und Konzeption ein Konglomerat von Angeboten hervorgebracht, das den Leitprinzipien des Psychiatriekonzeptes in vielerlei Hinsicht entspricht. Zu nennen sind insbesondere die Zugänglichkeit und Integration verschiedener spezialisierter Angebote unter einem Dach. Darüber hinaus fällt auf, dass in der ipw auf der Basis der Vision und im Verlauf ihrer Umsetzung eine Dynamik des Aufbruchs sowie eine produktive Arbeitsatmosphäre entstanden sind, von denen auch die Soziale Arbeit profitieren konnte, indem sie sich am Aufbau konstruktiv mit diversen fachlichen Inputs beteiligt hat. Dies schlägt sich in einer grundsätzlich hohen Wertschätzung und Anerkennung innerhalb der ipw nieder. Drei Punkte sind in Bezug auf diesen Zusammenhang von Fachlichkeit, Wertschätzung und Positionierung zu nennen:

Mit der Koordinationsfunktion war *erstens* eine enge Zusammenarbeit mit der Leitung der ipw verbunden. Diese Position hat die Soziale Arbeit in die Lage versetzt, einen wahrnehmbaren fachlichen Beitrag zur

konzeptionellen und wissensgestützten Weiterentwicklung der ipw insgesamt zu leisten. Mit der *Netzwerkarbeit* durch die KoBe wurde eine Dienstleistung für die Psychiatrie geschaffen, die in dieser Form anderswo nicht realisiert wird. Andere Beispiele sind das *Casemanagement* oder die *Patient/innenvereinbarung*, die das Angebot der ipw bereichert haben. Die darin zum Ausdruck gebrachte *fachliche Kompetenz der Sozialen Arbeit* erklärt einen Teil der ihr entgegengebrachten *Wertschätzung*.

Ein anderer Teil der Wertschätzung gilt *zweitens* dem *spezifisch sozialarbeiterischen Wissen*, das für die Gewährleistung einer patient/innenbezogenen Versorgungskette und die Re-Integration nach stationären Behandlungen und damit verbunden die Umsetzung des Leitsatzes „ambulant vor stationär“ notwendig scheint. So werden Sozialarbeiter/innen in den Interviews z. B. als „Wissensmenschen für die Kontakte nach aussen“ oder „wandelnde Lexika“ bezeichnet. Ihre Expertise wird aufgrund dieser Wissensfunktion in hohem Masse anerkannt; dies v. a. in Bezug auf Wohnen, Arbeit, Finanzen, Sozialversicherungen.

Darüber hinaus ist *drittens* ein weiterer Meilenstein wichtig: Mit S&N und dem Zusammenschluss der in KoBe, CM und SD tätigen Sozialarbeitenden ist ein *eigenständiger Fachbereich entstanden*, der es ermöglicht hat, die professionelle Identität der Sozialen Arbeit und der Sozialarbeitenden in der Psychiatrie zu festigen. Die Soziale Arbeit als Fach und Profession wurde damit besser wahrnehmbar, womit sich ein weiterer Teil der Wertschätzung erklärt.

⁴ Wenn wir im Folgenden von Sozialer Arbeit sprechen, ist nur von S&N die Rede. Dazu gehören die Koordinations- und Beratungsstelle (KoBe), der Sozialdienst (SD) und das psychiatrische Casemanagement (CM).

Problemfeld 1: Fehlen interprofessionell integrierter Denk- und Handlungsmodelle

Thema 4

Die Organisationsentwicklung ist noch nicht vollständig auf der operativen Ebene angekommen. Neue Orientierungen und alte Muster bilden ein Spannungsfeld

„Biopsychosoziales Menschenbild und zu was wir das bekennen. Also ich finde das als Definition gut, aber wenn wir unsere 450 Mitarbeiter/innen befragen, dann haben wir 450 verschiedene Antworten. Es hat Keine/r eine Ahnung, was damit gemeint ist, ausser dass es sich gut macht. Ich finde die Absicht dahinter ja gut, dass man so was hat, aber das muss mit Inhalten gefüllt werden.“

„Eine eigentliche Organisationsentwicklung gab's ja. Aber das wurde auf sehr, sehr hohem Niveau gemacht, so wie stellt sich die Klinik auf und wie wirken wir nach aussen. (...). Eine interdisziplinäre Organisationsentwicklung im Mikrobereich, sprich patientenorientiert, das wäre sehr, sehr, also das wäre eigentlich die nächste grosse Herausforderung, der sich die Klinik stellen muss.“

Die im vorangehenden Abschnitt dargestellten Errungenschaften der Sozialen Arbeit im Gesamtprozess der ipw sind die eine Seite. Auf der anderen Seite konnten im Zuge der Auswertung Problemfelder erkannt werden, die direkt mit der Gestaltung der interdisziplinär organisierten Fallarbeit in der ipw zusammenhängen, die die Entfaltung der Sozialen Arbeit direkt betreffen.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird einerseits durch formal festgelegte Strukturen und Prozesse gesteuert. Dazu zählen Gefässe wie z. B. Rapporte, Kernteams, Standorte, Fachkonferenz. Andererseits werden diese aber auch wesentlich dadurch gesteuert, wie die Akteure der unterschiedlichen Berufsgruppen die Zusammenarbeit im Alltag kodieren, deuten und gestalten, also durch die informelle Seite der Prozesssteuerung. Diese entscheidet letztlich, wie die formellen Strukturen tatsächlich gelebt werden.

In der Analyse wurde deutlich, dass in der ipw interprofessionell integrierte Denk- und Handlungsmodelle auf der Prozessebene fehlen, bzw. dass es kein fundiertes und v.a. geteiltes Modell (wie das biopsychosoziale) als Grundlage der Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit gibt. Weder kann somit das dynamische Zusammenspiel der relevanten Systemebenen hinreichend erfasst, noch die interdisziplinäre Zusammenarbeit hinreichend strukturiert werden. Vielmehr zeigte sich in den Interviews und vor allem in den Gruppendiskussionen, in denen die interdisziplinäre Fallbearbeitung simuliert wurde, dass sowohl innerhalb der einzelnen Professionen als auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen grundsätzliche Unterschiede beste-

hen, die eine interdisziplinäre Verständigung erschweren bzw. teilweise sogar unmöglich machen.

Davon ausgehend kann man sagen, dass die Organisationsentwicklung noch nicht ganz auf der operativen Prozessebene angekommen ist. *Die Vision der Interdisziplinarität und in diesem Sinn der integrierten Versorgung ist trotz aller struktureller Massnahmen und Anstrengungen nicht vollständig umgesetzt.* Wir meinen damit v.a., dass eine Bearbeitung der psychosozialen Falldynamik nicht stattfindet und wegen des fehlenden interdisziplinären Modells auch nicht in einem umfassenden Sinn stattfinden kann.

Stattdessen setzen sich im informellen Geschehen des Klinikalltags eher traditionelle Muster beispielsweise angebotszentrierte Interaktion durch. So konnten wir u.a. beobachten, dass die Gestaltung und Qualität des interdisziplinären Hilfeprozesses primär von persönlichen Arbeitsstilen abhängig ist. Die Daten zeigen, dass die beteiligten Professionellen oft unabhängig voneinander Empfehlungen aussprechen und die Verantwortung für die Abstimmung der Hilfen dem/der Patient/in überlassen. Die informelle Strukturierung läuft insgesamt darauf hinaus, dass sich im interprofessionellen Zusammenspiel die medizinisch-therapeutische Perspektive letztlich als dominante Orientierung durchsetzt. Dies ist aus unserer Sicht dann problematisch, wenn damit die soziale Dimension unterbelichtet bleibt und Probleme der Koordination und Kontinuität nicht gelöst werden (vgl. die folgenden Kapitel, insbesondere Themen 5 und 7).

Problemfeld 2: Unterbelichtung der sozialen Dimension

Thema 5

Die soziale Dimension wird wenig präzise und als zusätzliche Dimension beschrieben, die allenfalls bei Bedarf hinzu genommen wird

„Ein wichtiger Aspekt ist v. a. die Frage nach der Machbarkeit und da zeigt sich dann je nachdem, dass es draussen an Strukturen fehlt und dass es darum geht, diese Strukturen zu schaffen, (...). Da geht es um soziale Faktoren. Also auch zu schauen, was sind die Bedürfnisse der Patient/innen, welche Bedürftigkeit besteht auf welcher Ebene? Und da ist es dann Aufgabe der Sozialen Arbeit, auf der administrativen Ebene die Dinge zu organisieren.“

„Nach wie vor wird die Soziale Arbeit, v. a. der Sozialdienst überwiegend ins Boot geholt, wenn soziale Probleme als zusätzliche Dimension eines Falles von einem/r Ärzt/in wahrgenommen werden. Die Frage ist natürlich, ob und wann dies überhaupt wahrgenommen wird. Die Soziale Arbeit kommt also zu ihrem Fall aufgrund der Einschätzung des/der behandelnden Ärzt/in.“

„Es fehlt der Blick aufs Ganze, auch interprofessionell. (...) In der Klinik ist die zentrale Frage: Wie mache ich die Therapie? Dabei ist die zentrale Frage für die Sozialen Arbeit: wie leben Menschen überhaupt zusammen und wie können wir sie dabei unterstützen. Und wie kann man diese beiden grundlegenden Perspektiven miteinander verschränken.“

Das Fehlen eines integrierten Denk- und Handlungsmodells wirkt sich vor allem im Hinblick auf die Bearbeitung der sozialen Dimension negativ aus. Dabei halten alle von uns Interviewten die soziale Dimension für wesentlich bei der psychiatrischen Behandlung. Genau in dieser Selbstverständlichkeit liegt das Problem, weil ebenso selbstverständlich alle davon ausgehen, dass sie selbst die soziale Dimension angemessen erfassen und teilweise auch selbst (mit-)bearbeiten.

Richten wir also die Aufmerksamkeit zunächst darauf, was unter der sozialen Dimension in der ipw verstanden wird, so fällt auf, dass der sozialen Dimension eine geradezu ungeheure Bedeutsamkeit im Behandlungsprozess zugewiesen wird. Auf der anderen Seite fällt auf, dass in den Interviews in der ipw niemand - weder andere Professionen noch Sozialarbeitende - genau darlegen kann, was denn genau unter der sozialen Dimension zu verstehen ist und wie sich soziale Faktoren im Detail auf psychische Erkrankungs- und Genesungsprozesse auswirken. Vielmehr erscheint die soziale Dimension in der Regel als eine Grösse, die wenig präzise beschrieben wird, die allenfalls im Hinblick auf Wohnen, Finanzen etc., also auf Versorgung im eher materiellen Bereich, präzisiert wird. Diesen Befund vorgefundener eingeschränkter Vorstellungen des sozialen Krankheitsgeschehens fassen wir in der Kategorie „Unterbelichtung der sozialen Dimension“ zusammen.

Die gleichzeitige hohe Bedeutsamkeit und Diffusität der sozialen Dimension hat unmittelbare Folgen für die Soziale Arbeit, weil dies Auswirkungen auf ihre Funktion und Position in der ipw hat. Wenn nicht geklärt

ist, worum es sich handelt, und wenn sich grundsätzlich jeder kompetent fühlt auf diesem Terrain, dann wird die Soziale Arbeit nicht als eigenständige Profession, sondern als etwas Zusätzliches wahrgenommen. Die soziale Dimension wird bei Bedarf als zusätzlich zu bearbeitende Dimension eines Falles hinzugenommen und dann der Sozialen Arbeit zugeordnet. Dieser Bedarf wird in der Regel nicht aus der sozialarbeiterischen, sondern aus der medizinisch-therapeutischen Perspektive heraus festgestellt und z.T. damit begründet, selbst keine Zeit dafür zu haben. Sonst könnte man es auch selbst machen. Entsprechend werden dann aus der therapeutischen Perspektive heraus die sozialen Massnahmen definiert und an die Soziale Arbeit delegiert. Damit geht ein rudimentäres Verständnis sozialer Probleme einher, denn diese werden als zusätzliche Probleme und nicht als integraler Bestandteil psychischer Erkrankung kodiert. Die soziale Dimension wird im Hinblick auf die Stichworte „Versorgungskette“ und darauf bezogene „Sachhilfe“ oder „Administration“ anstatt auf Stichworte wie z. B. „Integration“ oder „Lebenswelt“ kodiert. Eine fundierte Erfassung der sozialen Verhältnisse und deren Zusammenspiel mit dem psychischen Geschehen, wie das grundsätzlich in einem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit angelegt wäre, bleiben daher weitgehend aus. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, die von interdisziplinärer Expertise getragen wird, kommt auf der Ebene der operativen Fallarbeit in der Regel nicht zu zustande.

Problemfeld 3: Soziale Arbeit als Hilfsfunktion im Modell der therapeutischen Fallführung

Thema 6

Die Soziale Arbeit bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen wertgeschätzter Expertise und untergeordneter Hilfsfunktion. Damit wird das Potential zur Bearbeitung der sozialen Dimension nicht ausgeschöpft

„Der Sozialdienst ist ‚der lange Finger nach draussen‘, der die geplanten Interventionen im Hinblick auf die Machbarkeit draussen und im ambulanten Bereich überprüft (...). Alles ausserhalb der Klinik ausser Psychotherapie. Die Pflege ist mehr der ‚Arm nach innen‘, sie ist quasi für das ‚Leben auf der Station‘ zuständig, (...).“

Interviewer/in: „Wie kommt es in Ihrem Bereich eigentlich dazu, dass die Soziale Arbeit eingeschaltet wird?“
Expert/in „Das ist automatisiert. Es gibt eine Weisung, dass dies automatisch bei Eintritt bei der Anamnese abgeklärt werden muss. In der Krankengeschichte, in der Rubrik Probleme, gibt es ein Feld, welches Sozialarbeit heisst. Die fall-führende Person muss dieses Feld ausfüllen, d. h. sie muss entweder angeben, dass es keinen Bedarf gibt, oder Angaben zu Ursachen, Zielen, Massnahmen machen.“

Aus dem bisher Dargelegten geht hervor, dass die Soziale Arbeit gleichzeitig ein hoch geschätztes Fachwissen hat und auf der Ebene der Fallbearbeitung eine Hilfsfunktion im therapeutischen Prozess einnimmt. Weil in der ipw ein (inter-)professionell geteiltes Modell von Gesundheit und Krankheit fehlt, in dem die soziale Dimension angemessen einbezogen wäre, und weil die soziale Dimension zwar als sehr wichtig eingestuft, aber zu-gleich nur sehr eingeschränkt erfasst wird, ist die Soziale Arbeit eine Ressource, die zusätzlich bei Bedarf hinzugeholt werden kann oder auch nicht. Die Fälle werden in der traditionell medizinisch-therapeutischen Sichtweise bearbeitet. Diese ist in diesem Sinn die dominante Perspektive.

Die Soziale Arbeit bildet also trotz Wertschätzung und Anerkennung ihrer prinzipiellen Bedeutsamkeit keinen eigenständigen und zum medizinisch-therapeutischen Zuständigkeitsfeld komplementären Funktionsbereich. Ihr wird hingegen die Position zugewiesen, innerhalb des Einrichtens einer psychiatrischen Versorgungskette bei Bedarf unterstützend zu wirken, so dass die betreffende Person nach dem Klinikaufenthalt versorgt ist. Damit bleibt die soziale Dimension grundsätzlich in der Zuständigkeit des/der fallführenden Therapeut/in bzw. Mediziner/in als umfassender/m Expert/in, der/die im Kontext von Anamnese, Diagnose und Indikationsstellung alle Problemfaktoren, also auch soziale, zu erfassen und als Teil der Behandlung zu bearbeiten in der Lage zu sein scheint. Damit wird vielleicht nachvollziehbar, dass die Soziale Arbeit auf eine Hilfsfunktion reduziert wird, wie das auch in den nebenstehenden Zitaten

zum Ausdruck kommt. Oder, um es pointiert auszudrücken: Ein wesentlicher Teil der sozialarbeiterischen Kompetenz wird fremdbestimmt, was einer Entwertung ihrer Expertise gleichkommt, die auf der anderen Seite hoch geschätzt wird. Damit ist das Spannungsfeld beschrieben, in dem sich die Soziale Arbeit in der ipw bewegt. Damit ist zugleich beschrieben, dass ein grosser Teil der wertgeschätzten Expertise der Sozialen Arbeit nicht verwertet wird. Und damit ist ein Optimierungsbedarf festgestellt. Mit der Figur des/der Fallführenden, die auch ein Kernteam sein kann, setzt sich eine hierarchische Strukturierung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch, die das Potential auf der Seite der sozialen Dimension der psychischen Krankheit und der darauf bezogenen Heilungsoptionen nicht annähernd nutzt. Wir betrachten dies nicht als „böswilligen Imperialismus“ einer dominanten Medizin (oder der Pflege darin), um das ganz deutlich zu formulieren, sondern einfach als Folge der noch nicht angemessen ausgebauten sozialen Dimension und der entsprechend fehlenden interprofessionellen Prozesse und Strukturen der Zusammenarbeit.

Problemfeld 4: Fehlende Koordination und Kontinuität der Hilfeleistungen

Thema 7

Die Vision der „integrierten Versorgung“ wurde auf der Makrostruktur, aber (noch) nicht auf der operativen Ebene der Fallarbeit wirkungsvoll umgesetzt

„Eine Schwierigkeit in unserer Organisationsform, in der wir sind, ist dass die Behandlungslinie nicht gewährleistet ist, dass es zu viele Brüche gibt. (...) Was ist jetzt sinnvoll, dass der/die Sozialarbeiter/in stationär bereits beginnt alles aufzugleisen und dann der/die Patient/in aus welchem Grunde auch immer (...) entlassen wird, manchmal schneller als geplant, und dann ist alles, was aufgegleist worden ist, muss man so ‚heb kleb‘ schnell dem Nächsten übergeben, und wie wir wissen funktionieren die Übergaben einfach nicht, das ist der Bruchpunkt, dort gehen uns die Leute verloren, dort wird viel investierte Arbeitszeit vernichtet.“

„Also eine Optimierung der Koordination und manchmal weiss ich aber nicht, wie das besser gelingen könnte. Das ist so die Problemstellung, die ich nie lösen kann. Aber was ich jetzt bei dieser Diskussion hier merke, es würde mich enorm entlasten.“

Rücken wir nun an dieser Stelle die in den Interviews mit externen Kooperationspartner/innen eingefangene Sicht von aussen auf die ipw in den Mittelpunkt, so bestätigt sich das bisher gezeichnete Bild weitgehend: Obwohl die ipw, u.a. aufgrund der Integration aller Angebote unter einem Dach oder der angebotenen Netzwerkarbeit und Weiterbildungen, insgesamt eine hohe Wertschätzung genießt, überwiegen in unseren Interviews die Kritikpunkte. Es finden sich zahlreiche Hinweise im Datenmaterial, dass es an der Schnittstelle nach „draussen“, also mit der Entlassung aus den stationären Angeboten der ipw zu Problemen der Kontinuität und Koordination der Hilfe kommt: Als Ansprechpartner/innen werden v. a. Oberärzt/innen genannt, andere Kanäle erscheinen als nicht vertrauenswürdig. Der Zugang zu und die Erreichbarkeit der zuständigen Personen wird als schwierig bezeichnet, wichtige Informationen (z. B. über einen Austritt) fehlen bzw. werden zu spät oder unvollständig (z. B. ärztlich verfasste Austrittsberichte) weitergegeben, eine Koordination und Abstimmung der involvierten Hilfeleistungen findet selten statt bzw. wird den Patient/innen - wieder stabilisiert - als Aufgabe mit auf den Weg gegeben. Die hier genannten Punkte treffen weniger auf das Angebot Ambulanz & Krise zu.

Insgesamt verweisen die Resultate auf eine „Logik der Behandlungskette“, die darauf zielt, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ eher durch schnelle Stabilisierung psychischer Krisen anstatt mit Fokus nachhaltiger Problemlösung umzusetzen. In der ipw geht es so gesehen darum, eine Stabilisierung zu erreichen, um

den Fall danach wieder weiter- bzw. zurück zu reichen, *allerdings ohne dass im Übergang nach draussen eine systematische Koordination der Hilfen stattfinden würde*. Ein damit zusammenhängendes Problem, auf das wir in den Interviews gestossen sind, ist, dass die Unterstützung durch den Sozialdienst - eigentlich zuständig für den Austritt und das Draussen - mit Ende des Aufenthaltes in der ipw abgebrochen wird.

Auch innerhalb der Angebote der ipw – das zeigten insbesondere die Fallsimulationen – kann keine Kontinuität und Koordination der Hilfeleistungen durchgängig gewährleistet werden. Die Komplexität und Differenziertheit der Angebotsstruktur der ipw ermöglicht zwar eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten, zugleich stellt sich aber damit systematisch das Problem, wie die Kontinuität der Behandlung sichergestellt werden kann. Hier kommt es zu multiplen Brüchen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Patient/innen mehrfach die Angebote der ipw wahrnehmen. Die in den vorhergehenden Kapiteln dargestellte Problematik der interprofessionellen Zusammenarbeit tritt in diesen Fällen noch einmal pointierter hervor.

Insgesamt müssen wir aufgrund der Resultate den Schluss ziehen, dass die Vision der integrierten Versorgung zwar auf der Ebene der Makrostruktur (z. B. Netzwerkarbeit), nicht aber auf der Ebene der operativen Fallarbeit durchsetzen konnte. Es fehlt eine gezielte und kontinuierliche Koordination der auf psychische und soziale Prozesse bezogenen involvierten Hilfen sowohl innerhalb der ipw als auch an der Schnittstelle nach draussen.

Thema 8

Die Problemfelder der ipw widerspiegeln allgemeine Problemlagen des Hilfesystems:

Die Komplexität der Fälle wird weder hinreichend erfasst noch bearbeitet

Es bestehen im Hilfeprozess Kontinuitäts- und Koordinationsprobleme

Der integrierte Prozessbogen eignet sich als Modell für die Gestaltung der Sozialen Arbeit und ihrer Schnittstellen in der Psychiatrie

Die Problemfelder, auf die wir in der Arbeitsfeldanalyse in der ipw gestoßen sind, sind uns bereits in der genannten Studie zu Re-Integrationsprozessen nach stationären Aufenthalten begegnet. Wir gehen daher davon aus, dass es sich dabei um Problemfelder handelt, für die es nicht nur in der ipw, sondern allgemein noch wenige Lösungsansätze gibt. Gemeint sind zum einen die eher rudimentären oder unterkomplexen Vorstellungen im Hinblick auf die soziale Dimension und ihr Zusammenwirken mit individuellen Dynamiken und darauf bezogen die Herausforderung, interdisziplinäre Modelle, Verfahren und Instrumente zu schaffen, die es erlauben, die Komplexität der Fallverläufe angemessen zu erfassen und im Hinblick auf eine Problemlösung zu bearbeiten. Zum anderen zeigte sich in dieser Studie, dass die Hilfesysteme (z. B. Kliniken, Sozialhilfe, RAV) einen Fall entlang ihrer spezifischen Perspektive jeweils auf einen Ausschnitt der realen Komplexität reduzieren. Weil es kein geteiltes Verständnis des Falles in seiner gesamten Komplexität gibt, entstehen Koordinat-

ions- und Kontinuitätsprobleme im Hilfeprozess. Wir haben im Kontext dieses Forschungsprojektes Modelle entwickelt, die unseres Erachtens wertvolle Impulse liefern, um auf diese Probleme Lösungen zu finden.

Wenn wir die Resultate aller untersuchten 16 Fälle, die wir ein Jahr lang mit verschiedenen Methoden beobachtet haben, maximal verdichten, dann ergibt sich daraus ein Bild, wie wir es in der Grafik unten veranschaulicht haben.

Als *Erstes* zeigt die Grafik, dass Menschen soziale Wesen insofern sind, dass sie sowohl vor als auch nach dem stationären Aufenthalt in verschiedene soziale Systeme (z. B. die Familie, den Arbeitsplatz) eingebunden sind. Und: Die Art und Weise dieser Einbindung in soziale Systeme, also zum Beispiel die Rolle und Position, die eine Person in der Interaktion in den Systemen einnimmt, trägt wesentlich dazu bei, welche individuellen Muster, Ressourcen, Strategien ein Mensch im Laufe seines Lebens entwickelt, kranke wie gesunde.

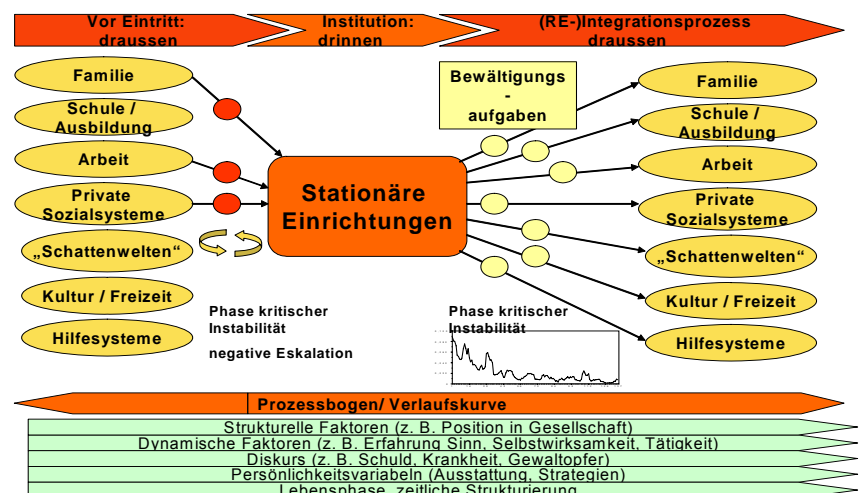


Abb. 2: Prozessbogen

Thema 8

Krisen entstehen aus der Art und Weise, wie die Akteure in soziale Systeme eingebunden sind und welche Elemente ihrer psychischen Struktur von den Prozessen in diesen Systemen aktiviert werden

Die Ursachen der psychischen Erkrankungen in den sozialen Systemen verflüchtigen sich nicht mit dem stationären Aufenthalt

Durch Behandlung und Therapie neu erlernte individuelle Strategien müssen in der Lebenswelt gefestigt werden, indem dort Erfahrungsräume für die Erfahrung von Sinn, Selbstwirksamkeit, Selbstwert und Motivation geschaffen werden

Zweitens konnten wir beobachten, dass die Krisen, die schlussendlich in einen stationären Aufenthalt mündeten, unmittelbar mit der Art und Weise der Integration der Betroffenen in subjektiv relevante soziale Systeme zu tun hatten. Dem stationären Aufenthalt gehen „negative Eskalationen“ voraus. Diese finden meistens parallel in mehreren sozialen Systemen statt und bringen eine Steigerung der Spannung mit sich, so dass auf der psychischen Ebene problematische Muster (re-)aktiviert werden.

Die für den stationären Aufenthalt relevanten Ursachen in den sozialen Systemen verflüchtigen sich *drittens* nicht durch den stationären Aufenthalt. In den stationären Einrichtungen durchlaufen die Betroffenen, unterstützt durch die Behandlung und entlastet von den problemverursachenden Dynamiken in den sozialen Systemen, in der Regel Lernprozesse bzw. es kommt zur Aktivierung anderer psychischer Areale. Diese individuelle Entwicklung wird nach Entlassung einem Realitätstest unterzogen. Die damit verbundenen Bewältigungsaufgaben in den verschiedenen sozialen Systemen führen in den meisten Fällen zu einer Phase kritischer Instabilität.

Um in dieser sensiblen Phase nach Austritt, Rückfälle zu verhindern, und durch die Hilfe zu einer nachhaltigen positiven Eskalation beizutragen, haben sich *viertens* die dynamischen Faktoren als sehr wichtig erwiesen: Dies sind neben Stabilitätsbedingungen (z. B. materielle Sicherheit) die Erfahrung von Sinn und Selbstwirksamkeit in relevanten sozialen Systemen. Denn erst diese erzeugen Selbstwert und Motivation, die notwendig sind, um eine Musterveränderung über längere Zeit zu

verfolgen und zu stabilisieren. Dieses Zusammenspiel von psychischen Prozessen und sozialen Systemen nennen wir „positive Eskalation“. Es geht in diesem Verständnis bei Re-Integrationsprozessen darum, in Ergänzung zur medizinstherapeutischen Behandlung, in der an den individuellen Mustern gearbeitet wird, in der Lebenswelt der Akteure Erfahrungsräume zu schaffen, in denen die neu erlernten individuellen Muster und Strategien ausprobiert und gefestigt werden können.

Da sich die sozialen Systeme, in deren Kontext die Krise entstanden ist, in der Regel während des Aufenthaltes nicht verändern, kommt es im Zuge der Re-Integration in diese Systeme meistens zu Spannungen, die auf der individuellen Ebene der Betroffenen Stress auslösen und eine hohe Rückfallgefahr beinhalten. Die Betroffenen brauchen daher in der sensiblen Phase der Rückkehr in diese Systeme Unterstützung, damit es gelingen kann, dort Erfahrungsräume für positive Eskalationen zu schaffen. Das ist das, was wir meinen, wenn wir von der Arbeit an Integrationsbedingungen sprechen, die sich nicht darin erschöpfen kann, durch Sachhilfe Stabilitätsbedingungen zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass aus unserer Sicht ein integrierter Prozessbogen im Sinne einer kontinuierlichen Abstimmung der auf psychische und soziale Prozesse bezogenen involvierten Hilfen eine Voraussetzung für langfristig nachhaltige Problemlösungen darstellen muss. Ansonsten wird die Komplexität der Fälle systematisch verpasst.

Synchronisation der auf psychische und soziale Prozesse bezogenen Hilfen

Thema 9

Im Zuge der Integration von Menschen in soziale Systeme kommt es zu einer Koppelung zwischen psychischen und sozialen Prozessen

Nachhaltige Problemlösungen erfordern eine fallbezogenen Synchronisation der auf psychische und soziale Prozesse bezogenen Hilfeleistungen

Der integrierte Prozessbogen betont die Relevanz von Kontinuität und Koordination, geht aber gleichzeitig darüber hinaus, in dem er die Synchronisierung der auf individuelle und soziale Prozesse bezogenen Hilfeleistungen als Dreh- und Angelpunkt nachhaltiger Hilfeprozesse in den Vordergrund rückt. Weshalb?

Wir fassen unter dem Begriff der „sozialen Dimension“ die Integrationsbedingungen bzw. die Art und Weise, in welcher eine Person in verschiedene soziale Systeme integriert wird. In den untersuchten Fallgeschichten zeigte sich, dass diese je spezifische Form der positionalen und interaktionalen Einbindung den Bezugspunkt der individuellen Musterbildung darstellt. Zugleich tragen die Akteure durch die Realisierung ihrer individuellen Muster im Zuge ihrer Einbindung zur Entstehung bzw. Reproduktion der Ordnungsstruktur in den sozialen Systemen bei.

Diese zirkulären Prozesse des Zusammenspiels von individueller Musterbildung und Reproduktion sozialer Systeme führen zu einer weitgehenden Koppelung zwischen psychischen und sozialen Prozessen. Die psychische Entwicklung ist mit sozialen Ordnungsbildungsprozessen **synchronisiert**. Wenn eine psychische Krankheit oder Krise also aus dem synchronisierten Zusammenspiel sozialer und psychischer Prozesse heraus entsteht, dann ist es sinnvoll auch die Behandlungsdimensionen Therapie und Soziale Arbeit in ähnlicher Weise miteinander zu verschränken, oder: die Therapien mit der Arbeit an den Formen der Integration so zu koppeln, dass „positive Eskalationen“ entstehen. Deshalb kommt der sozialen Dimension im Hinblick auf gelingende Prozesse der Re-Integration aus unserer Sicht ein zentraler Stellenwert zu. Synchronisierung ist in diesem Sinn eine Steigerung von Koordination.

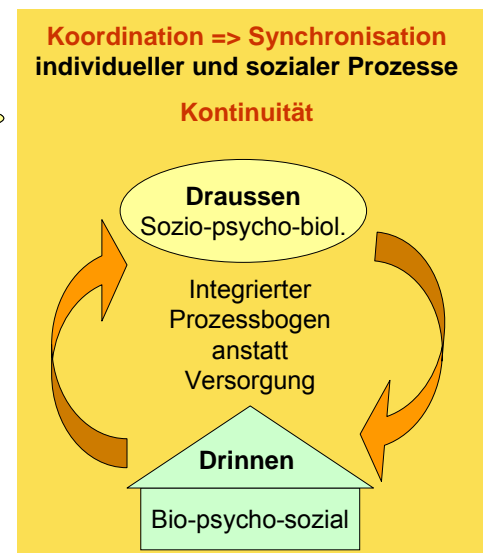
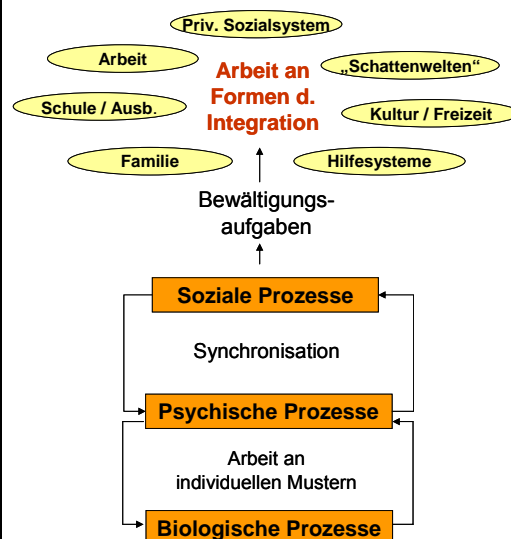


Abb. 3: Synchronisation in der Psychiatrie

Synchronisation der auf psychische und soziale Prozesse bezogenen Hilfen

Thema 9

Für die Soziale Arbeit muss die Integration in soziale Systeme im Vordergrund stehen. Dies einerseits um die in der Therapie laufenden Entwicklungsprozesse in der Lebenswelt der Akteure zu unterstützen, andererseits um präventiv Krisen zu verhindern, bzw. um sie rechtzeitig zu bearbeiten

Neben der therapeutischen, auf die individuellen Muster bezogenen Arbeit, braucht es eine Soziale Arbeit, die in der Lebenswelt zusammen mit den Akteuren an den Integrationsbedingungen arbeitet bzw. dort Erfahrungsräume schafft, in denen die Betroffenen neu erlernte individuelle Strategien durch Erleben von Sinn, Selbstwirksamkeit, Selbstwert und de daraus entstehender Energie (Motivation) festigen können.

Damit lässt sich auch begründen, weshalb für die Soziale Arbeit das „Draussen“ bzw. die „Lebenswelt“ bzw. die „Integration in soziale Systeme“ und darauf bezogene Interventionen im Vordergrund stehen müssen. Dies einerseits in einem präventiven Sinne, um Krisen und damit verbundene Einweisungen zu verhindern; andererseits um durch eine gezielte Nachsorge in der kritischen Phase der Entlassung zu einer „positiven Eskalation“ und langfristig wirksamen Problemlösungen beizutragen. Hier stehen in Ergänzung zur Therapie Hilfen im Vordergrund, die auf eine gelingende (Re-)Integration zielen.

Auf nachhaltige Problemlösungen zielende Hilfeprozesse müssen also am Fall und seiner psychosozialen Dynamik ansetzen und von dort aus verschiedene, auf individuelle und soziale Prozesse bezogene Hilfeleistungen nicht nur nebeneinander laufen lassen (Addition), sondern aufeinander abstimmen (Koordination) und im Idealfall zeitlich und inhaltlich so ineinander verschränken, dass eine sich gegenseitig befruchtende, gleichgerichtete Dynamik zwischen sozialen und psychischen Prozessen entsteht (Synchronisation). Dazu braucht es Verfahren und Instrumente, die es erlauben, die dynamische Komplexität der psychosozialen Falldynamik zu erfassen und zu bearbeiten. Im Anschluss daran braucht es ein Fallmonitoring und einen interprofessionellen und interinstitutionellen dynamischen Hilfeplan, der Phasen intensiverer und weniger intensiver Betreuung entsprechend dem zeitlichen Verlauf und der psycho-sozialen Falldynamik gestalten kann.

Casemanagement als Modell für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit?

Thema 10

Das Casemanagement könnte dann als gutes Modell für die Soziale Arbeit in der ipw gelten, wenn es um einen integrierten Prozessbogen und um synchronisierte Formen der Hilfe ergänzt würde

„Im CM geht es dann darum, einerseits mit ihnen die Situation zu erfassen, andererseits Zukunftsbilder zu generieren, Ziele zu definieren und sie auf dem Weg in Richtung dieser Ziele schrittweise zu begleiten mittels Vernetzung des Umfeldes und Auswählen, Vermitteln, Koordinieren von Leistungen; konkreten Unterstützungen, z. B. durch Handreichung im Haushalt, Begleitung an eine Fachstelle; anwaltschaftlichem Einsetzen.“

„Die Hauptarbeit findet also in der Sozialen Arbeit statt, natürlich unter der Berücksichtigung der medikamentösen Therapie. Das heisst, das CM findet in Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen statt. (...) Vor Ort wird abgeklärt: Wie lebt da jemand? Was ist möglich? Was nicht? Welche Ressourcen sind vorhanden? Anhand einer guten Planung kommt man dann dem Ziel schrittweise näher. Das ist der Job des/der Casemanager/in, so das ‚Step-by-Step‘ dem Ziel näher zu kommen. Der Gewinn ist ein höheres Selbstvertrauen bei den Klient/innen und im Idealfall das Gefühl, dass er niemanden mehr braucht, der ihn/sie begleitet.“

Im Zwischenbericht haben wir die Frage aufgeworfen, ob das Casemanagement (CM) als Modell für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit dienen könnte. Dies deshalb, weil das CM nicht nur das Koordinations- und Kontinuitätsproblem zu lösen versucht, sondern weil sich das CM zugleich durch eine Methodik und Form der Fallbearbeitung kennzeichnet, die einen im Vergleich zur Therapie differenteren Zugang markiert:

Das CM ist aus dem Bereich S&N heraus als Angebot der Sozialen Arbeit für Fälle entwickelt worden, in denen aufgrund einer Mehrfachproblematik in mehreren sozialen Feldern eine intensivere und kontinuierlichere Form der professionellen Begleitung und Koordination im Helfernetz notwendig ist, um die betreffenden Personen draussen – in der Lebenswelt – zu stabilisieren und ihnen dort eine möglichst hohe Lebensqualität zu gewährleisten. Dazu gehört auch die Verhinderung stationärer Aufenthalte. Eine Zielsetzung, die dem Leitwert „ambulant vor stationär“ der ipw und auch der Gesundheitsdirektion entspricht, weil damit Aufenthaltstage und Kosten reduziert werden können.

Im Zentrum des CM stehen, wie die Zitate zeigen, die betroffenen psychisch Kranken selber als grundsätzlich zu respektierende Subjekte einer autonomen, wenn gleich beschädigten oder belasteten Lebenspraxis. Entsprechend geht es dann darum, die Situation im Hinblick auf Ressourcen und Entwicklungspotentiale zu erfassen und dann schrittweise, d. h. in einem längerfristigen und methodisch gestützten Prozess, zur Entfaltung im Hinblick auf eine Ver-

besserung der sozialen Lebenssituation zu bringen. Vertrauen und eine längerfristige Beziehungsgestaltung werden als Voraussetzung dafür angesehen. Damit wird erstmals die Unterstützung bei der Gestaltung ausserklinischer Lebensverhältnisse und damit verknüpft die Funktion der Koordination zum Thema. Die Diskussion um die Entwicklung angemessener Instrumente des Assessments verweisen darauf, dass dies als anspruchsvolle Aufgabe wahrgenommen wird.

Mit dem CM wird damit eine Form der Hilfe beschreibbar, die eindeutig nicht Therapie ist und die daher als gut abgrenzbar und zugleich komplementär zum medizinisch-therapeutischen Handeln angesehen werden kann. Werfen wir vor diesem Hintergrund gleichwohl einen kritischen Blick auf das CM, dann fällt auf, dass die Form der Koordination, insbesondere mit der medizinisch-therapeutischen Behandlung nicht sehr präzise beschrieben wird. Dies legt die Interpretation nahe, dass auch hier kein integrales Verständnis im Sinne eines biopsychosozialen Modells verfolgt wird, in dem die soziale Dimension im Hinblick auf eine synchronisierte Form der Problematik eigenständig vertreten werden könnte. Gelänge dies, könnte das CM unseres Erachtens als gutes Modell für eine Soziale Arbeit in der Psychiatrie dienen.

Die Bearbeitung der sozialen Dimension psychischer Krankheit geht aber unseres Erachtens über die bislang praktizierte Form des Case Managements hinaus. Dies bezieht sich einerseits auf die bereits angesprochene Synchronisierung des Hilfeprozesses, die mehr

Casemanagement als Modell für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit?

Thema 10

und anspruchsvoller ist, als die Koordination der Hilfen. Ohne ein diagnostisch erworbenes Bild der Integrationsverhältnisse und der sozialen Dynamik in den relevanten sozialen Systemen bleibt auch dieser Ansatz unterkomplex. Andererseits stellen sich also Fragen in Bezug auf das in diesem Bereich bereits eingeführte Assessment und dessen Anwendung. Und es bleibt die Frage zu klären, die mit der interprofessionellen Zusammenarbeit angesprochen wurde: Wie und in Bezug auf welches geteilte Modell werden die Hilfen faktisch koordiniert bzw. im Idealfall synchronisiert? Unsere Ergebnisse zeigen, dass auch im CM diesbezüglich Entwicklungsbedarf besteht.

Ausserdem stellt sich die Frage, ob die aufwändige Form, in der das CM an der ipw derzeit praktiziert wird, nicht der Differenzierung bedarf. Für die SI-Patient/innen ist diese Form zweifellos angemessen. Es gibt aber durchaus noch andere Patient/innengruppen, die ebenfalls eine soziale Dimension haben, die zu bearbeiten lohnenswert erscheint, die andere zeitliche Verläufe haben, und die andere Formen der Betreuung bzw. der sozialen Problembearbeitung benötigen.

Ein weiterer kritischer Punkt aus unserer Sicht bezieht sich auf die Frage nach der Arbeitsteilung zwischen Pflege und Sozialer Arbeit im CM. Wir gehen davon aus, dass es ebenso wie in Bezug auf das medizinisch-therapeutische Handeln einen Unterschied geben muss, wenn von interprofessioneller Zusammenarbeit die Rede ist. Wenn alle dasselbe machen würden, dann wäre dies ein Hinweis darauf, dass es in diesem Tätigkeitsfeld keine spezifische Kompetenz braucht. Es sollte mindestens nach den bisherigen Ausführungen deutlich geworden sein, dass wir das Spezifikum der Sozialen Arbeit in der Bearbeitung der sozialen Dimension der psychischen Krankheit sehen. Man kann zwar pragmatisch diese Unklarheiten lange Zeit mitlaufen lassen. Für die Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit scheint es uns allerdings sinnvoll, diese Schnittstelle zu klären. Ein Vorschlag könnte sein, die Alltagsbegleitung der Pflege zuzuordnen. Das ist aber nur ein mehr oder weniger spontaner Gedanke, der zu diskutieren ist.

Allgemeine Entwicklungsperspektiven ipw

Thema 11

Die ipw hat die Vision einer „integrierten Versorgung“ u. a. durch Integration aller Angebote unter einem Dach und Netzwerkarbeit auf der Makroebene umgesetzt

Zur Umsetzung der Vision auf der Ebene der operativen Fallarbeit bedarf es der Entwicklung eines interdisziplinär geteilten Modells von Krankheit und Gesundheit und darauf bezogener Prozessstrukturen

Eine Orientierung an einem integrierten Prozessbogen verspricht die Umsetzung der „integrierten Versorgung“ auf der Fallebene und damit nachhaltige Problemlösungen

Der Einblick in die ipw durch die Arbeitsfeldanalyse gibt Hinweise zu Stärken und Entwicklungsfeldern der ipw. Betrachten wir zunächst die Stärken, so zeigt sich folgendes Bild: Die ipw kennzeichnet sich durch eine hervorragende Konzeption und ein Konglomerat von Angeboten, die den Leitprinzipien des Zürcher Psychatriekonzeptes in vielerlei Hinsicht entsprechen. Darüber hinaus ist es ihr auf der Ebene der Makrostruktur gelungen, die Vision einer „integrierten Versorgung“ umzusetzen, dies sowohl durch Integration der eigenen Angebote unter einem Dach als auch durch Netzwerk- und Weiterbildungsarbeit. Die ipw wird aufgrund dieser Qualitäten im professionellen Umfeld sehr geschätzt.

Das für die weitere Entwicklung zu bearbeitende Problem besteht im Wesentlichen in der konsequenten Umsetzung der Vision der Fachlichkeit und Interdisziplinarität auf der operativen Ebene der Fallarbeit: Dazu bedarf es aus unserer Sicht *erstens struktureller Veränderungen*. Zu nennen sind hier v. a. Umstrukturierungen, die Lösungen für das *Kontinuitäts- und Koordinationsproblem* liefern, sowie das Schaffen verbindlicher Prozessstrukturen für eine *gelingende interdisziplinäre Gestaltung der Fallarbeit*. Veränderungen auf der strukturellen Ebene sind aber so lange nicht hinreichend, als das dahinter liegende Problem fehlender (inter-)professioneller kompatibler Denk- und Handlungsmodelle nicht gelöst ist. Eine Grundbedingung dafür, dass interprofessionelle Zusammenarbeit gelingen kann, ist daher *zweitens ein gemeinsames Modell von Krankheit und Gesundheit*, welches das Zusam-

menspiel zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren fassen kann. Dabei geht es unseres Erachtens um einen Kompetenzaufbau, der interprofessionell angelegt sein muss, das heisst die gesamte ipw involvieren würde.

Die Zielrichtung beider bisher genannter Punkte, der modellhaften und strukturellen Entwicklungsarbeit ergibt sich aus den vorangehenden Erläuterungen: Es gilt aus unserer Sicht einen *integrierten Prozessbogen* zu erzeugen, der eine koordinierte und kontinuierliche Hilfeleistung in Bezug auf die psychosoziale Falldynamik erlaubt. Weil komplementär zur Therapie und Behandlung die Arbeit an den Integrationsbedingungen notwendig ist, kann dies nur dann gelingen, wenn die bislang unterbelichtete soziale Dimension und damit verbunden die Soziale Arbeit in der ipw stärker gewichtet werden. Damit erhält „Sozialpsychiatrie“ eine erweiterte Bedeutung und eventuell neue Perspektiven.

Als Gewinn ist erwartbar, dass mit der Implementation eines solchen Modells, wie wir es mit dem integrierten Prozessbogen entwickelt haben, die Idee der „integrierten Versorgung“ auch auf der Ebene der Fallarbeit umgesetzt werden kann. Damit können prinzipiell die Fragen im Zusammenhang mit Koordination und Kontinuität konstruktiv angegangen werden. Damit verbindet sich schliesslich die Hoffnung auf nachhaltige Problemlösungen in der Lebenswelt der Betroffenen und eine wirkungsvollere Umsetzung des Leitsatzes „ambulant vor stationär“.

Thema 12

Aus der Koppelung psychischer und sozialer Prozesse geht hervor: Jeder Fall in der Psychiatrie hat eine soziale Dimension

Die Soziale Arbeit ist zuständig für die Arbeit an den Integrationsbedingungen, die Koordination der auf verschiedene soziale Systeme bezogenen Hilfeleistungen und deren kontinuierliche Synchronisation mit auf die individuelle Dynamik bezogenen Hilfen innerhalb und ausserhalb der ipw

Entwicklungsprozesse müssen auf Strukturveränderung und Kompetenzaufbau zielen

Wie kann die Soziale Arbeit vor dem Hintergrund der erläuterten Erkenntnisse optimiert werden? Wie müsste sie gestaltet sein, um die vorhandenen Errungenschaften zu stärken und für die Problemfelder angemessene Lösungen anzubieten? Welche Aufgaben und Funktionen kommen ihr bei der Realisierung eines integrierten Prozessbogens zu? Dies waren die Fragen, die uns in der kooperativen Entwicklungsarbeit im Projektteam beschäftigt haben. Die vorliegenden Entwicklungsvorschläge sind das Ergebnis dieser gemeinsamen Entwicklungsarbeit.

Auf der Basis der Ergebnisse der Arbeitsfeldanalyse und der Überlegungen zum integrierten Prozessbogen und zur Synchronisierung von psychischen und sozialen Prozessen lassen sich folgende Prämissen für die Entwicklung der Sozialen Arbeit in der ipw formulieren: jeder Fall hat eine mit den biologisch-psychologischen Prozessen unmittelbar gekoppelte soziale Dimension. Diese muss stärker berücksichtigt und besser bearbeitet werden. Es braucht Verfahren, welche die Koordination der Hilfen und die Gewährleistung von Kontinuität und Synchronisation prinzipiell gewährleisten können. Die Schnittstellen zwischen Sozialer Arbeit und den anderen Professionen müssen geklärt werden. Dazu bedarf es einer Klärung der Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit und die Benennung eines präzise eingrenzbaeren Funktionsbereichs der Sozialen Arbeit. Unser Vorschlag für den letzten Punkt ist:

- Soziale Arbeit ist für das „Draussen“ bzw. die „Lebenswelt“ und damit für die Gestaltung der Integrationsbedingungen zusammen mit den Patient/innen zuständig.
- Damit verknüpft ist notwendigerweise (wenn die Soziale Arbeit vom klinischen Zentrum, also vom „Draussen“ her konzipiert wird) die Funktion der Koordination der sozialen Hilfeleistungen und deren Synchronisation mit den therapeutischen Interventionen, die auf die psychische Dynamik zielen.

Damit verbindet sich die Notwendigkeit von Entwicklungsschritten auf zwei Ebenen: *Erstens* braucht es zur Gewährleistung der Kontinuität und Koordination / Synchronisation der Hilfeleistungen und zur besseren Nutzung der Ressourcen der Sozialen Arbeit *strukturelle Veränderungen* im Hinblick auf ihre Leistungserbringung. *Zweitens* leitet sich aus unseren Ergebnissen der Anspruch ab, die Dynamik und die Komplexität des Zusammenspiels der sozialen Dimension mit psychischen Prozessen als Grundlage der Gestaltung des Hilfeprozesses besser zu erfassen und zu bearbeiten. Dazu braucht es unseres Erachtens einen *Kompetenzaufbau* sowie die *Entwicklung angemessener Verfahren und Instrumente*, z. B. für das Assessment, aber auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Form der Dienstleistungen der Sozialen Arbeit, die sowohl für die Patient/innen, als auch für die ipw bzw. deren Angebote zu erbringen sind.

„Soziales & Netzwerk 2010“ -

Organisation und Dienstleistungen

Thema 13

Die Entwicklung zielt zum einen auf eine Stärkung vorhandener Errungenschaften und wertgeschätzter Kompetenzen

Die Entwicklung zielt zum anderen auf eine stärkere Gewichtung der Bearbeitung der sozialen Dimension durch den Ausbau sozialarbeiterischer Fallarbeit / Beratung

Diese Entwicklung bietet eine Antwort auf das Problem der Betreuungskontinuität durch Umstellung von „Angebotsorientierung“ auf „Patientenorientierung“

Im Folgenden wird eine mögliche Form der Umsetzung der oben vorgestellten Leitlinien und Ergebnisse vorgestellt.

Alle Überlegungen gingen davon aus, die vorhandenen Errungenschaften und bisher bereits wertgeschätzten Angebote der Sozialen Arbeit in der ipw, also die Netzwerk-/Bildungsarbeit, die Wissensfunktion und das Casemanagement, zu erhalten, sie aber um Dienstleistungen zu ergänzen, die der Funktionsbeschreibung Rechnung tragen und die Kompetenz der Sozialen Arbeit besser zur Geltung bringen sollen. In erster Linie geht es dabei um die genannten zentralen Punkte, nämlich die Bearbeitung der sozialen Dimension und ihre Synchronisation mit anderen Hilfeleistungen, sowie einen Beitrag zu leisten zu den offenen Fragen nach Koordination und Kontinuität und damit zur Realisierung einer „integrierten Versorgung“ auf der Fallebene.

Im Mittelpunkt stand die Frage, wie die Betreuungskontinuität verbessert werden könnte. Die Antwort ist auch hier ein Weiterdenken des bereits eingeschlagenen Weges:

durch die Umstellung von „Angebotsorientierung“ (Sozialarbeiterin A ist zuständig für Angebot x, y, z) auf „Patientenorientierung“ (Sozialarbeiterin A ist zuständig für Patient x, y, z,...). Damit wird eine Patientin von einer/m Sozialarbeiter/in durch die Angebote der ipw hindurch und zurück in seine/ihre Lebenswelt begleitet. Und bei einem Wiedereintritt setzt sich diese Betreuung fort.

Wir haben einen Überblick der aus diesen Überlegungen abgeleiteten inhaltlichen Schwerpunkte und Dienstleistungsbereiche in der Grafik unten mit den wichtigen Anspruchsgruppen festgehalten. Soziales und Netzwerk wird hier konsequent als Teil der ipw gedacht, der ein definiertes Dienstleistungsangebot nach innen und nach aussen anbietet, mit dem die unten stichwortartig genannten Inhalte abgedeckt werden. Die verschiedenen möglichen Kombinationen zwischen inhaltlichen Aufgaben, Dienstleistungsbereichen und Anspruchsgruppen erzeugen eine hohe Variabilität und fallbezogene Flexibilität.



Abb. 4: Organisationsform

Organisation und Dienstleistungen

Thema 13

Die Netzwerk- und Bildungsarbeit wird weitergeführt

Die Verbesserung der Vernetzung auf der Fallebene wird durch die sozialarbeiterische Fallarbeit gewährleistet

Ein eigenständiges sozialarbeiterisches Assessment und Monitoring des Prozessbogens sowie der daraus entstehenden Wirkungen sind unerlässlich

Es scheint uns notwendig, „S&N“ an einem Ort zu zentralisieren. Damit wird das Spannungsfeld zwischen Supportfunktion und eigenständiger Professionalität produktiv im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Durch die Konzentration der Sozialen Arbeit an einem Ort und durch geklärte Zuständigkeiten und Angebote wird die Soziale Arbeit für Klient/innen, Angehörige, interne und externe Kooperationspartner/innen als zuständig für die soziale Dimension des Falles und Fragen der Koordination erkennbar. Durch diese Form wird die Soziale Arbeit mittelfristig in die Lage versetzt, die Grundlagen der Zusammenarbeit für die „integrierte Versorgung“ zu verbessern. Ausserdem kann damit die Ressourcenallokation besser und eigenverantwortlich gesteuert werden.

Mit der untenstehenden Grafik haben wir die Angebote (dunkelblau) und die untereinander vernetzten und abgestimmten Dienstleistungen (hellblau) dargestellt.

Alle Angebote und Dienstleistungen dienen der interprofessionell

zu erbringenden „integrierten psychiatrischen Versorgung“ und sind notwendig mit den Prozessen der Angebote der ipw abgestimmt. Die **Netzwerk- und Bildungsarbeit**, wie sie bisher schon von der KoBe erbracht wird, muss hier nicht speziell ausgeführt werden. Diese erfolgreiche Arbeit wird weitergeführt und allenfalls vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Entwicklungsprozesses (inklusive Fusion) inhaltlich neu ausgerichtet.

Die **sozialarbeiterische Fallarbeit** ist in der Grafik schematisch dargestellt. Dazu folgt in Thema 14 noch eine konkretere Beschreibung. Wichtig ist hier, dass für die Aufgabenstellung (Bearbeitung der sozialen Dimension und Synchronisierung mit Therapien) ein eigenes Assessment die notwendige Voraussetzung für die sinnvolle Festlegung der Behandlungsziele und des Behandlungsplans ist, und dass es darüber hinaus eines wie auch immer gestalteten Monitoringprozesses über den Verlauf des Prozessbogens bedarf.

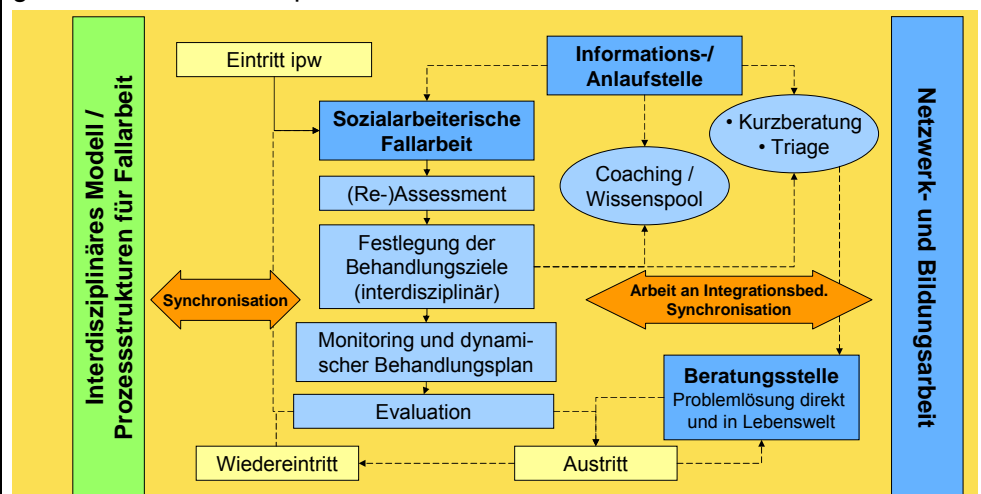


Abb. 5: Angebotsschema

Organisation und Dienstleistungen

Thema 13

Soziales & Netzwerk
2010 bietet einen
Ansatz, um die
Betreuungskontinuität
zu verbessern

Die Beratungsstelle
ergänzt die
Angebotsstruktur der
ipw durch eine
niederschwellige Form
der sozialen
Krisenintervention

In der Anlauf- und
Informationsstelle wird
sozialarbeiterisches
Wissen zur Verfügung
gestellt

Die Idee des Prozessbogens gründet u.a. in der Erkenntnis, dass psychiatrische Fallverläufe in die soziale Lebenswelt eingebettet sind, und dass Heilung oder „recovery“ langwierige Prozesse sind, die eben das Problem der Behandlungskontinuität aufwerfen. Wenn die Soziale Arbeit als zuständig für die Bearbeitung der sozialen Dimension betrachtet wird, dann ist sie zunächst zuständig für die Begleitung oder Beratung im Hinblick auf die Bewältigungsaufgaben in der Lebenswelt sowie für die Synchronisierung mit der Therapie. Wenn nun, wie häufig, ein/e Patient/in wieder eintritt, dann kann die Soziale Arbeit in der Organisationsform, wie wir sie vorschlagen, die *Kontinuität der Behandlung sicherstellen*, weil sie den Prozessbogen im Auge hat und den/die Patient/in durch den Behandlungsprozess in der ipw unabhängig davon begleiten kann, welches Angebot der ipw therapeutisch notwendig ist.

Die **Beratungsstelle** als sozialarbeiterisches Angebot führt das bereits bestehende Beratungsangebot der KoBe fort, allerdings in profilierter und differenzierter Form. Sie wird damit zu einem Kernstück von S&N. Die Beratungsstelle bietet (Kurz-)Beratungen hinsichtlich der Integration von psychisch Kranken an. Zielgruppen sind sowohl psychisch Kranke, als auch deren Angehörige, als auch interne und externe Fachleute. Sie bietet Coaching und Begleitungen bei problematischen Integrationsprozessen an. Sie ist für die Patient/innen der ipw, die von der sozialarbeiterischen Fallarbeit betreut wurden, ein niederschwelliges Angebot, das bei wieder auftretenden

Schwierigkeiten im Umfeld schnell und leicht aktiviert werden kann. Hiermit können mit wenig Aufwand sich anbahnende „negative Eskalationen“ auf der sozialen Ebene durch Beratung verhindert werden.

Das Angebotsspektrum wird von der **Informations-/ und Anlaufstelle** komplettiert. Mit ihr soll die hoch geschätzte Wissensfunktion der Sozialen Arbeit weitergeführt und profiliert werden. Gemeint ist hier die Sammlung und Diffusion von Spezialwissen über Integrationsprozesse und das Sozialwesen (z.B. zu Sozialversicherungen) im Zusammenhang mit psychischer Krankheit. Hierbei handelt es sich insbesondere um eine Dienstleistung nach innen, indem Informationen den anderen Berufsgruppen in der ipw oder auch Patient/innen zur Verfügung gestellt wird. Als Anlaufstelle bedient sie aber auch externe Informationsbedürfnisse von z.B. Angehörigen und externen Fachpersonen. Eine wichtige Funktion in diesem Zusammenhang ist die Triage.

Information, Beratung sowie Vernetzungs- und Bildungsarbeit sind eng miteinander und (das ist das Neue) mit der sozialarbeiterischen Fallarbeit verknüpft. Sie dienen der besseren Wahrnehmbarkeit der Dienstleistungen und der inhaltlichen Prägnanz. Innerhalb von S&N besteht *ein* Team, das diese Aufgaben arbeitsteilig, aber eng aufeinander bezogen wahrnimmt.

Im Folgenden wollen wir noch kurz den Ablauf des Behandlungsprozesses der sozialarbeiterischen Fallarbeit in der ipw skizzieren.

Thema 14

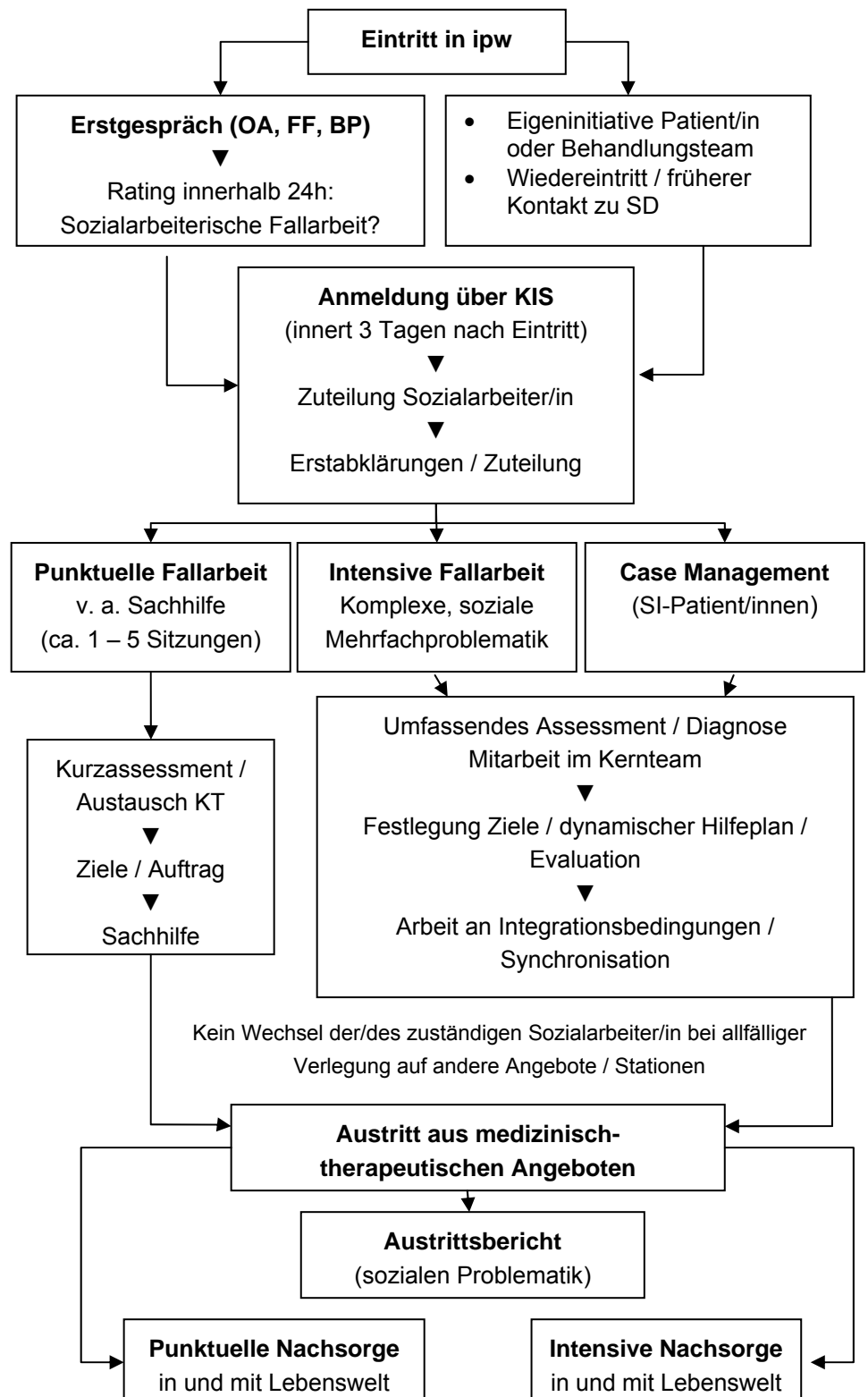
Nach Eintritt in ein stationäres oder ambulantes Angebote der ipw kommt im Rahmen des Erstgesprächs ein standardisiertes Instrument zum Einsatz. Bei Überschreiten eines kritischen Werts erfolgt eine Anmeldung über KIS an S&N. Eine solche kann auch auf Initiative des Behandlungsteams oder des/der Patient/in erfolgen. Auch bei einem Wiedereintritt mit vorausgegangener Betreuung durch S&N kommt es zu einer Anmeldung. Diese erfolgt unmittelbar über das KIS.

Die Zuteilung der Sozialarbeitenden erfolgt z.B. nach folgenden Kriterien: früherer Kontakt zu Sozialarbeiter/in? Bedarf an spezialisiertem Wissen? Dringlichkeit? Kapazität?

Nach einer erster Abklärung mit dem/der Klient/in und dem Netzwerk wird darüber entschieden, ob eine punktuelle oder intensive Fallarbeit bzw. ein Case Management eingeleitet wird. Neuzuteilungen sind bei Bedarf auch später möglich.

Nach dem entsprechenden sozialarbeiterischen Assessment erfolgt in Absprache mit dem interprofessionellen Behandlungsteam die Auftragsklärung oder die dynamische Hilfeplanung. Bei der intensiven Fallarbeit und beim Case Management ist der/ die Sozialarbeitende Teil des Kernteams.

Die sozialarbeiterische Fallarbeit startet mit Eintritt und wird nach Austritt in den Fällen mit intensiver Fallarbeit oder mit CM als Nachbetreuung fortgeführt. Bei Austritt und nach Abschluss der Nachbetreuung wird ein Austrittsbericht zur sozialen Problemlage verfasst.



Der bisherige Entwicklungsprozess hat ein Modell hervorgebracht, von dem wir glauben, dass es adäquate Antworten auf die in der Arbeitsfeldanalyse herausgearbeiteten Problemfelder liefert, die sowohl der Weiterentwicklung der ipw, als auch der Sozialen Arbeit in der ipw dienen würden. Es scheint uns sogar, dass das hier präsentierte Modell nichts weiter ist, als ein konsequentes Weiterdenken der in der Vision und der Konzeption der ipw bereits angelegten Ansätze in Bezug auf die Soziale Arbeit (z.B. Stichwort Koordinationsfunktion). Dieses Weiterdenken orientiert sich allerdings an den festgestellten Problemlagen und deshalb ist es prinzipiell auch in der Lage, einen Beitrag zur Lösung dieser Problemlagen zu leisten. Gleichwohl handelt es sich bisher um ein gedankliches Modell, dessen Umsetzung einige Entwicklungsanstrengungen mit sich bringt.

Für die Umsetzung des hier vorgeschlagenen Modells bedarf es sowohl eines Feinkonzeptes, das die einzelnen Dienstleistungen und Angebote der Sozialen Arbeit im Detail konzipiert. Bei der Entwicklung eines solchen Feinkonzeptes wäre es zwingend, Vertreter/innen der Angebote der ipw aus verschiedenen Professionen mit in der Arbeitsgruppe zu haben, um sicherzustellen, dass deren Bedürfnisse darin eingebaut sind. Ausserdem lässt sich jetzt schon absehen, dass Verfahren und Instrumente für die sozialarbeiterische Fallarbeit und deren Synchronisation mit der therapeutisch-medizinischen Behandlung geschaffen werden müssen, die es erlauben die Komplexität der sozialen Dimension und ihres dyna-

mischen Zusammenspiels mit psychischen Faktoren hinreichend zu erfassen und zu bearbeiten. Es reicht also nicht, die oben erläuterten Strukturen zu schaffen, ohne zugleich diesen Entwicklungsschritt in Angriff zu nehmen. Das bedeutet, dass eine sinnvolle Entwicklung der Sozialen Arbeit gewisse Entwicklungsschritte auf der Ebene der ipw als Ganzes mit sich bringen würde. Wir haben es im Bericht bereits angesprochen: Ein geteiltes Modell der biopsychosozialen Dynamik scheint uns nach wie vor als Voraussetzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit unabdingbar. Die Entwicklung eines dynamischen Prozessbogens, wie wir es vorschlagen, erfordert mindestens die Adaptation bestehender Instrumente der Hilfeplanung.

Unabhängig von diesen übergreifenden Lernprozessen, die sich auch im Laufe der Entwicklung einstellen können, die also im zeitlichen Ablauf der Entwicklung der Sozialen Arbeit nicht vorausgehen müssen, braucht es auf der Ebene der Sozialen Arbeit einige konkrete Weiterentwicklungen des bestehenden Instrumentariums. Konkret bedarf es zunächst einmal der Entwicklung bzw. der Übernahme eines **standardisierten Instruments zur Feststellung der sozialarbeiterischen Indikation**. Denkbar wäre auch, dass statt oder in Ergänzung zu diesem Instrument bestimmte Populationen (z. B. Patient/innen mit minderjährigen Kindern, Jugendliche oder versuchte Suizide) automatisch bei der sozialarbeiterischen Fallarbeit anzumelden sind.

Als zentrales Element braucht es ein sozialarbeiterisches **Assess-**

Thema 15

ment. Das Ziel für dieses Instrument besteht darin, dass es die Sozialarbeitenden in die Lage versetzt in den verschiedenen Lebensbereichen bzw. sozialen Systemen mit den psychischen Prozessen unmittelbar gekoppelte Problem- und Problemlösungsdynamiken zu erfassen. Daran anschliessend wäre über die Form eines **dynamischen und interdisziplinär abgestimmten Hilfeplans** nachzudenken. Damit ist ein weiterer Aspekt angesprochen, derjenige der zeitlichen Dynamik eines Falles. Das heisst es bedarf eines geeigneten **Fallmonitorings**, das auf die unterschiedlichen Bedarfe angepasst werden kann, je nachdem ob es sich um eine punktuelle oder intensive Nachbetreuung handelt oder um ein vollständiges Case Management. Einen letzten Punkt sehen wir in der Entwicklung einer angemessenen Form von **Dokumentation und Berichterstattung** in Bezug auf relevantes Wissen zur sozialen Dimension der Fälle.

Mit all diesen instrumentellen Entwicklungen und den konzeptionellen Weiterentwicklungen im Hinblick auf die Schärfung des Dienstleistungsangebots der Sozialen Arbeit in der ipw sind auch Entwicklungen auf der Kompetenzebene verbunden. Es ist klar, dass mit veränderten Prozessen und Instrumenten Lernprozesse einhergehen müssen, bevor die neue Form sich wieder in eingespielten Abläufen stabilisieren kann.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, für die einzelnen Instrumente und Entwicklungsschritte bereits konkrete Vorschläge zu machen. Wir möchten hier lediglich darauf hinweisen, dass für alle genannten Punkte Möglichkeiten bestehen, die übernommen werden könnten.