

Zwischenbericht II

Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit

Olten, Januar 2012

Dällenbach, Regula

Sommerfeld, Peter

Rüegger, Cornelia

Integrierte psychiatrische Behandlung:

Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit

Forschungsteam: Roland Baur, lic.phil. dipl. Sozialarbeiter; Prof. Dr. Edgar Baumgartner; Prof. R. Dällenbach, lic.phil. dipl. Sozialarbeiterin; Joel Gautschi, M.A. Soziale Arbeit, Cornelia Rügger, M.A. Soziale Arbeit; Prof. Dr. Peter Sommerfeld

Praxispartner: ipw Winterthur-Zürcher Unterland; Psychiatrische Dienste Solothurner Spitäler AG; Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern; PUK Zürich

Laufzeit: August 2009 bis Dezember 2012

Finanzierung: Förderagentur für Innovation KTI (KTI Nr. 10376.1 PFES-ES); Praxispartner

1. Ausgangslage

Die Anerkennung sozialer Wirkfaktoren für die Genese, die Ausprägung und den Verlauf psychischer Störungen findet im bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis der WHO¹ und in den interprofessionellen Handlungsansätzen der modernen integrierten Psychiatrie ihren Ausdruck². Mit diesem Wandel verbunden ist die Beeinflussung der sozialen Dimension von psychischen Störungen zentral geworden (vgl. Dällenbach/Rügger/Sommerfeld 2010). Die mit dieser Entwicklung verbundenen Handlungsanforderungen haben dazu geführt, dass Soziale Arbeit heute integraler Bestandteil der psychiatrischen Praxis ist.

Dessen ungeachtet, zeigen sich im **Hinblick auf die Frage nach einer optimalen Gestaltung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie mehrere Problemfelder:**

- Eine Arbeitsfeldanalyse in einer psychiatrischen Klinik in der Deutschschweiz hat aufgezeigt, „dass die Soziale Arbeit zwar auf der einen Seite aufgrund ihrer fachlichen Inputs und ihres Fachwissens wertgeschätzt wird, zugleich aber auf der Ebene der Fallbearbeitung eine *Hilfsfunktion* im therapeutischen Prozess zugewiesen bekommt. Trotz hoher Anerkennung bildet sie keinen eigenständigen und zum medizinisch-therapeutischen Zuständigkeitsfeld komplementären Funktionsbereich. Vielmehr bleibt die soziale Dimension grundsätzlich in der Zuständigkeit des/der fallführenden Therapeut/in, der/die als umfassende/r Expert/in im Zuge der Anamnese, Diagnose und Indikation alle Problemfaktoren, also auch soziale, zu erfassen in der Lage scheint.“ (Hollenstein/Sommerfeld 2010, S. 5)
- Die Folge der Reduktion der Sozialen Arbeit auf eine Hilfsfunktion ist, dass ein wesentlicher Teil der wertgeschätzten Expertise der Sozialen Arbeit nicht verwertet und damit die *soziale*

Dimension – also die Dimension, für welche die Soziale Arbeit naheliegender Weise Zuständigkeit reklamieren könnte – *ungenügend bearbeitet* wird (vgl. Dehmel 2008; Hollenstein/Sommerfeld 2010; Ortmann/Schaub 2002; Schaub 2008; Schunke 2003). Insbesondere wird die Komplexität der psychosozialen Falldynamik weder wahrgenommen noch adäquat in der Interventionsplanung berücksichtigt.

- Dass die Erfassung und Bearbeitung der sozialen Dimension als Teil psychiatrischer Behandlungsplanung unterkomplex konzipiert ist und in der Praxis unterschätzt wird, untermauert schliesslich den Blick auf die *schlechte Ressourcenausstattung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*: ein Blick auf die neusten Zahlen des Bundesamt für Statistik (BFS) zeigt, dass in den psychiatrischen Krankenhäusern die Sozialdienste im Total der behandelnden Angebote (Ärztenschaft, Pflegepersonal, Medizinisch-therapeutisches Personal und Sozialdienste) nur gerade 4.2 % ausmachen (BFS 2011, S. 15).
- Die skizzierte Ausgangslage beeinträchtigt die *Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit* (interdisziplinäre Expertise, koordinierte und synchronisierte Behandlungsplanung, Wirkung der Interventionen) erheblich und führt schliesslich dazu, dass die Hilfen dem Fall in seiner zeitlichen, dynamischen und systemischen Komplexität nicht gerecht werden können.
- Insbesondere der Mangel an Kooperation zwischen den Akteur/innen im Gesundheitswesen und eine eingeschränkt medizinische Herangehensweise, so zeigt eine Befragung von Expert/innen in Europa³, sind Ursachen für gewichtige Reibungsverluste, die zu inadäquater oder zumindest ineffizienter Versorgung führen. Die Ergebnisse der erwähnten Arbeitsfeldanalyse zeigen auf, dass sowohl *interne als auch externe Koordinations- und Kontinuitätsprobleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit* bestehen (vgl. Sommerfeld et al. 2008), welche sich negativ auf die Re-Integration der psychisch kranken Menschen und somit auf den weiteren Verlauf der psychischen Erkrankung und die Genesungsprozesse auswirken.
- Unsere Studien zur Dynamik von Integrations- und Ausschlussprozessen (Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein 2006) haben gezeigt, dass nach dem Austritt aus dem psychiatrischen Setting bei vielen Klient/innen eine kritisch-instabile Phase eintritt, während der sie sich im gewohnten Umfeld mit seinen je spezifischen Bewältigungsaufgaben bewähren müssen. Während dieser sensiblen Phase treten gehäuft Rückfälle auf. Um diese zu vermeiden, sind die bekannten Stabilisierungsbedingungen (bspw. materielle Sicherheit, gesicherte Nachsorge), insb. aber auch die Dynamik zwischen psychischen und sozialen Prozessen - damit verbunden die Erfahrung von Sinn und Selbstwirksamkeit in den relevanten sozialen Systemen - von grösster Bedeutung. Aus diesem Grund ist an dieser Schnittstelle die Kontinuität der Begleitung von besonderer Bedeutung und bei komplexeren Fällen

eine wiederum interprofessionell abgestimmte *Nachsorge durch die Soziale Arbeit* zwingend notwendig.

2. Entwicklungsbedarf

Der Wunsch, die genannten Problemfelder zu bearbeiten und so zu einer qualitativen und funktionalen Verbesserung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie sowie – damit verbunden – zur Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit beizutragen, hat die Kooperationspartner zusammengeführt. Dabei war die Idee leitend, durch Kooperation von Wissenschaft und Praxis wissenschaftliches Wissen für die Praxis nutzbar zu machen (Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger 2010) und für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie sowohl forschungsbasierte als auch praxistaugliche Konzepte, Methoden und Instrumente zu entwickeln, die auf die gestellten Problemfelder reagieren und den damit verbundenen Anforderungen gewachsen sind. Im Einzelnen wurden die folgenden vier Entwicklungsschwerpunkte gesetzt:

1. **Die Kernkompetenz der Sozialen Arbeit ist benannt**, d.h. es gibt eine klare Definition des Zuständigkeitsbereichs und der Angebote der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie über Institutionsgrenzen hinweg.
2. **Das Verständnis der sozialen Dimension ist hinreichend geklärt** und bildet die Basis
...
3. ... für **forschungs- und wissenschaftsgestützte Diagnostik und Prozessgestaltung** der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie.
4. **Lösungen für das Kontinuitäts- und Koordinationsproblem in der Versorgung** liegen vor.

Die Ergebnisse des kooperativen Entwicklungsprozesses (Konzept- und Verfahrensentwicklung) werden im Folgenden dargestellt.

3. Kernkompetenz und Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Die Funktion der Sozialen Arbeit wird mit den Begriffen der "Integration" und „Lebensführung“ gefasst (Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri 2011) und die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit auf dieser Grundlage für die Phase der Re-Integration begründet. „Die gesellschaftliche Funktion der Sozialen Arbeit besteht (...) darin, das gesellschaftsstrukturell induzierte Integrationsproblem zu bearbeiten, insbesondere dort, wo es sich im Widerspruch zur demokratischen Semantik in gesellschaftlich randständigen, psycho-sozial problembeladenen, im Sinne von eingeschränkter Teilhabe und Ressourcenausstattung unterprivilegierten Lebenslagen und Lebensformen zeigt, die unmittelbar mit den Integrationsmodalitäten dieser Gesellschaft gekoppelt sind.(...)“ (Sommerfeld et al. 2011, S. 271) Soziale Arbeit ist damit zuständig für problematisch gewordene Lebensführungssysteme und die Herstellung von Integration.

Für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie bedeutet dies, dass sie aufgrund ihrer spezifischen professionellen Kompetenzen die Hauptverantwortung für Interventionen, die das Leben eines Menschen ausserhalb der psychiatrischen Settings betreffen. **„Soziale Arbeit ist in diesem Verständnis demnach zuständig für die Bearbeitung der sozialen Dimension der psychischen Krankheit und somit auch für die Begleitung der Re-Integration der psychisch kranken Menschen in ihre Lebenswelt.“** (Sommerfeld et al. 2010) Diese Funktionsbestimmung deckt sich mit Überlegungen zu einem „Positionspapier zum Beitrag der Sozialen Arbeit bei psychischen Störungen und psychischen Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich“ (unveröffentlichtes Manuskript): Soziale Arbeit in der Psychiatrie wird verstanden als Profession, die (1) an der Schnittstelle zwischen Individuen mit psychischen Störungen und ihrer sozialkulturellen Umwelt sowie (2) an der Schnittstelle zwischen Klinik, gesundheitsbezogenen oder sozialen Diensten und der konkreten sozialen Umwelt der Adressat/innen tätig wird. Das bedeutet, dass sie die Hauptverantwortung für die Koordination und Synchronisation der psychiatrischen Hilfeleistungen im Hinblick auf die Integration der psychisch Kranken in ihre Lebenswelt und letztlich in die Gesellschaft übernimmt. Damit kommt ihr eine Schlüsselfunktion im Zusammenhang mit der Realisierung von integrierten Versorgungskonzepten⁴ zu.

4. Die soziale Dimension psychischer Störungen

Die theoretischen Grundlagen für die Bestimmung der sozialen Dimension psychischer Störungen lassen sich an dieser Stelle nur grob skizzieren – genauere Angaben dazu finden sich im ersten Zwischenbericht zum Projekt (Dällenbach et al. 2010). Ausführlich werden die theoretischen Grundlagen und deren forschungsgestützte Verarbeitung im Hinblick auf eine Theorie der Sozialen Arbeit in Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri (Sommerfeld et al. 2011) vorgestellt. Um die in der Folge präsentierten Instrumente und Verfahren zu verstehen, müssen an dieser Stelle dennoch wenige aber zentrale Aspekte unseres Verständnisses der sozialen Dimension aufgeführt werden.

Die soziale Dimension psychischer Erkrankungen wird mit dem Modell der WHO ausdrücklich als gleichrangig zur biologischen und psychischen Ebene eingeführt (Pauls 2004, S. 77). Das Modell der WHO bleibt allerdings additiv und lässt damit die entscheidende Frage unbeantwortet, in welcher Art und Weise die drei Ebenen zusammenwirken. Zu klären ist demnach, wie sich die dynamische Interdependenz der biopsychischen (Mensch) mit der sozialen Dimension (Mensch in der von ihm gleichzeitig mit[re]produzierten gesellschaftlich organisierten Welt) und deren Bedeutung für die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung psychischer Störungen erfassen lässt. Auf der Basis des von uns gewählten systemtheoretischen Zugangs der Synergetik (Haken/Schiepek 2005) wird verstehbar, wie sich komplexe dynamische Systeme, wie z.B. Psychen oder soziale Systeme, selbst bzw. spontan bilden und dann stabil reproduzieren. Damit steht uns ein theoretisches und empirisch operationalisierbares Werkzeug zur Verfügung, das uns ermöglicht, die biologische, psychische und soziale Systemebene als dynamisches Geschehen miteinander zu verknüpfen und diesen Zusammenhang in der (interprofessionellen und sozialarbeiterischen) Diagnostik und Intervention zu nutzen. Die Merkmale der sozialen Dimension psychischer Krankheit/Gesundheit können folglich beschrieben werden als die Integrationsbedingungen – also die Art und Weise wie ein Mensch über Position und Interaktion in seine sozialen Handlungssysteme eingebunden ist und darin sein Leben führt. Dieser abstrakte theoretische Zugang ist mit Blick auf den Auftrag der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, die Begleitung der Re-Integration der psychisch kranken Menschen in ihre Lebenswelt, zu konkretisieren. **Die Figur des Lebensführungssystems** (Bourgett/Brülle 2000; Sommerfeld et al. 2011) **dient uns als Grundlage, die soziale Dimension und damit verbunden die (bio-psycho-)soziale Falldynamik und die Integrationsbedingungen herauszuarbeiten.** Das Lebensführungssystem eines Menschen ist in unserem Verständnis ein konkretes System, welches durch das dynamische Zusammenspiel der Menschen mit den von ihnen zum Zweck des (Über-)Lebens geschaffenen und kulturell eingebetteten sozialen Handlungssystemen (z.B. Familie, Schule, Fabrik, Sportverein, Militär, Sozialdienst) charakterisiert ist. Das Individuum führt, vermittelt durch seine Integration in verschiedene soziale Handlungssysteme,

sein Leben auf eine ganz bestimmte Art und Weise (Lebensführung). Soziale Arbeit als «Kerndisziplin der sozialen Integration» (Böhnisch 1994) hat demzufolge ihren Ausgangspunkt in der Rekonstruktion des Lebensführungssystems und den in ihm zutage tretenden Aufgaben der Lebensbewältigung sowie den damit verbundenen Schwierigkeiten der Lebensführung – diese können sich unter anderem als psychische Krankheit materialisieren und als manifeste psychische Störung auf die Integration in die diversen relevanten Handlungssysteme zurückwirken.“ (Dällenbach/Sommerfeld 2010, S. 54f.)

5. Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie

An diesem Punkt setzte die Entwicklung von Instrumenten und darauf bezogenen Verfahren für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie – und damit verbunden von Lösungsmöglichkeiten für die Koordinations- und Synchronisationsproblematik der interprofessionell ausgerichteten, integrierten Versorgung – an. Soziale Arbeit muss, will sie gelingendere Integration – und damit verbunden Recovery und Wohlbefinden – ermöglichen, zu einer differenzierten sozialen Diagnose gelangen, die das Herausarbeiten der bio-psycho-sozialen Falldynamik ermöglicht und als wichtige Expertise in die synchronisierte interprofessionelle Diagnostik und Handlungsplanung einfließt. Gefordert ist eine über den gesamten Behandlungsverlauf angelegte, an Fachlichkeit orientierte Vorgehensweise, die sich mit den Stichworten „ambulant vor stationär“, „integrierte Versorgung“ oder „Interdisziplinarität“ umschreiben lässt und konsequent interdisziplinär angelegt ist. Die von uns in einem kooperativ gestalteten Entwicklungsprozess mit unseren Praxispartnern erarbeiteten Instrumente und Verfahren zielen darauf, (1) **die soziale Dimension des Falles zu erkennen** und diese (2) in einem **kooperativ gestalteten Modell der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen** des Gesundheitswesens systematisch für Re-Integrations- und damit auch Genesungsprozesse zu nutzen. Dieser Ausrichtung folgend berücksichtigen die Instrumente und Verfahren die zwei zentralen Ebenen der sozialarbeiterischen Prozessgestaltung.

5.1. Interprofessionell orientierte Prozessgestaltung

Auf der horizontalen Ebene folgt die Instrumentenentwicklung der **Logik des integrierten Prozessbogens**, der die stationäre Arbeit am „Fall“ mit der ambulanten Arbeit am „Fall“ und dem Lebensführungssystem verbindet und durch Kontinuität in der interprofessionellen Hilfeplanung gekennzeichnet ist (Sommerfeld et al. 2006). Die damit verbundene Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit ermöglicht die Erhöhung sowohl der Effektivität wie auch der Effizienz der Lösung praktischer Probleme von Individuen (Obrecht 2005, S. 16). Da *inter-*

professionelle Kooperation auf Augenhöhe nicht selbstverständlich realisiert wird, ist sie in Form eines gestalteten sozialen Prozesses, in dessen Rahmen unterschiedliche Professionelle im Hinblick auf die Lösung komplexer Probleme zusammenarbeiten (vgl. Obrecht 2005), auszugestalten. Dieser Erfordernis wird in der Psychiatrie i.d.R. mit regelmässigen, interprofessionell ausgerichteten Fallbesprechungen entsprochen. Strukturell müssen diese Austauschgefässe hingegen stärker als bisher darauf ausgerichtet werden, sowohl die biologische, wie auch die psychische und soziale Dimension - und damit verbundene Interdependenzen - einer Krankheit im diagnostischen Prozess gleichberechtigt zu berücksichtigen und die unterschiedlichen fachspezifischen Expertisen in einem gemeinsamen Fallverständnis zu resümieren. Nur auf der Basis eines gemeinsamen Fallverständnisses ist eine interprofessionell und zeitlich abgestimmte Handlungsplanung, die den Bedürfnissen der Klient/innen gerecht wird, realisierbar.

Entlang des integrierten Prozessbogens gestaltet sich die *interprofessionell ausgerichtete Prozessgestaltung der Sozialen Arbeit* in den Elementen Klient/innen-Screening, Assessment, soziale Diagnose, koordiniertes Fallverständnis, synchronisierte Hilfe- und Austrittsplanung sowie anschliessender Nachsorge durch die Soziale Arbeit.

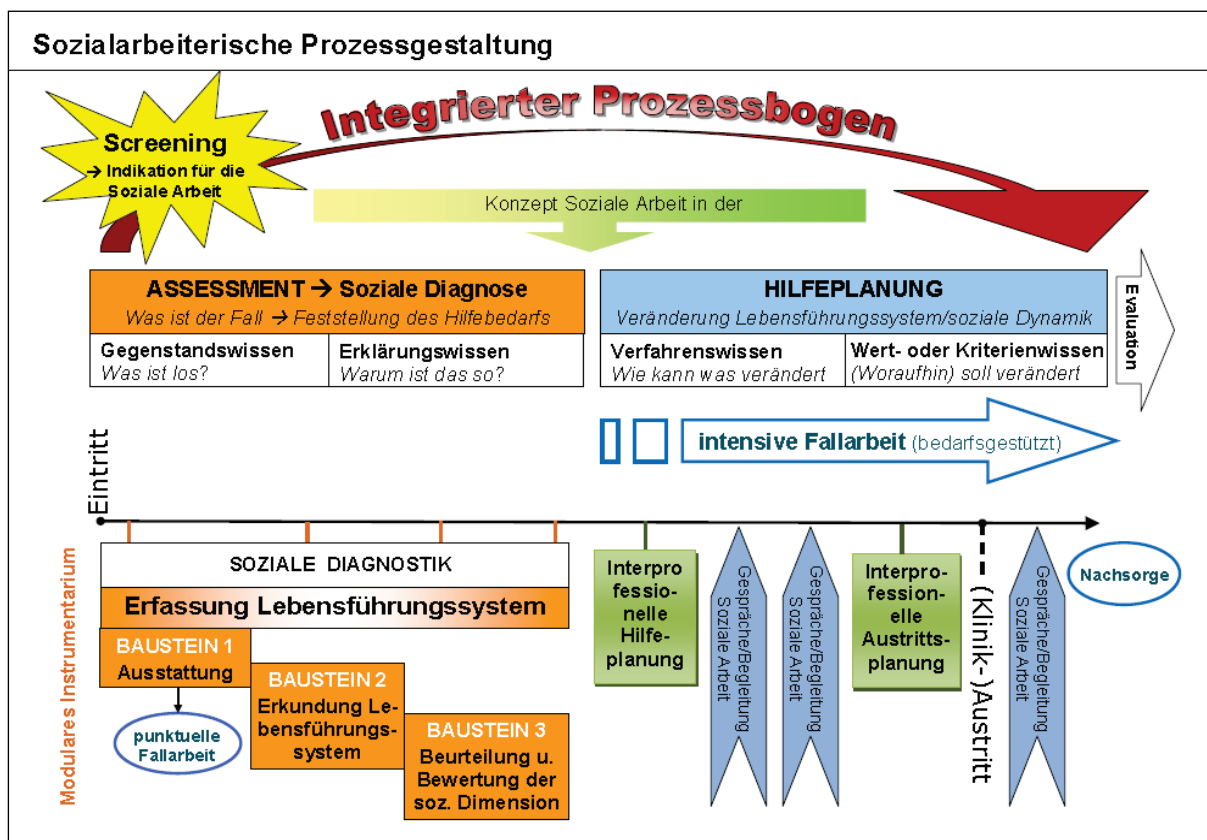


Abbildung 1: sozialarbeiterische Prozessgestaltung

5.2. Instrumente und Verfahren

Auf der vertikalen Ebene sind die Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit als **mehrstufige, modulare Bausteine** konzipiert. Sie vermögen damit die knappe Ressourcenausstattung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, die teilweise kurze Aufenthalts- und Behandlungsdauer als auch die unterschiedliche Komplexität der Fälle zu berücksichtigen.

Das Screening-Instrument zur Selbstbeurteilung von Patienten/innen

In der bisherigen psychiatrischen Praxis werden die Patient/innen in den meisten Fällen aufgrund der Einschätzungen von Ärzt/innen, Pflege, Psycholog/innen oder weiterer Berufsgruppen der Sozialen Arbeit zu einem Erstgespräch – oft bereits gekoppelt mit einem konkreten Auftrag – überwiesen. Diese Überweisungspraxis lässt eine fachlich fundierte, daten- oder zumindest kriteriengeleitete Indikationsstellung vermissen und führt – so ist anzunehmen – zu einem ineffektiven Einsatz der sozialarbeiterischen Ressourcen. Das von uns entwickelte forschungs- und erfahrungsbasierte, standardisierte Screening-Instrument zur Selbstbeurteilung von Patienten/innen im Kontext der Psychiatrie ermöglicht eine Einschätzung des sozialen Risikos in den zentralen sozialen Dimensionen Wohnen, Beschäftigung (Arbeit/Hausarbeit/Ausbildung), Finanzen und soziales Netz. Das Screening-Instrument ist als Fragebogen konzipiert, den die Patient/innen der Erwachsenenpsychiatrie selbständig ausfüllen. Das Instrument ist in 3 Probeläufen getestet und anschliessend optimiert worden. Mit dem nun vorliegenden Endprodukt wurden akzeptable Werte bezüglich Reliabilität und Validität erreicht. Das Screening-Instrument hat sich ausserdem – unter Berücksichtigung bestimmter Rahmenbedingungen⁵ – in unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken und Settings in der Praktikabilitätsprüfung bewährt.

Assessment und soziale Diagnostik: die Erfassung des Lebensführungssystems

Das von uns entwickelte, auf den theoretischen und empirischen Grundlagen basierende sozialarbeiterische Assessment ermöglicht die Rekonstruktion und Dokumentation der Komplexität der psychosozialen Falldynamik und – damit verbunden – der sozialen Dimension des Falles. Das Assessment ist die Grundlage für eine differenzierte Falleinschätzung durch die Soziale Arbeit (soziale Diagnose), welche das Herausarbeiten der problemverursachenden und -verstärkenden sozio-psycho-dynamischen Komponenten im Lebensführungssystem der Klient/innen erlaubt.

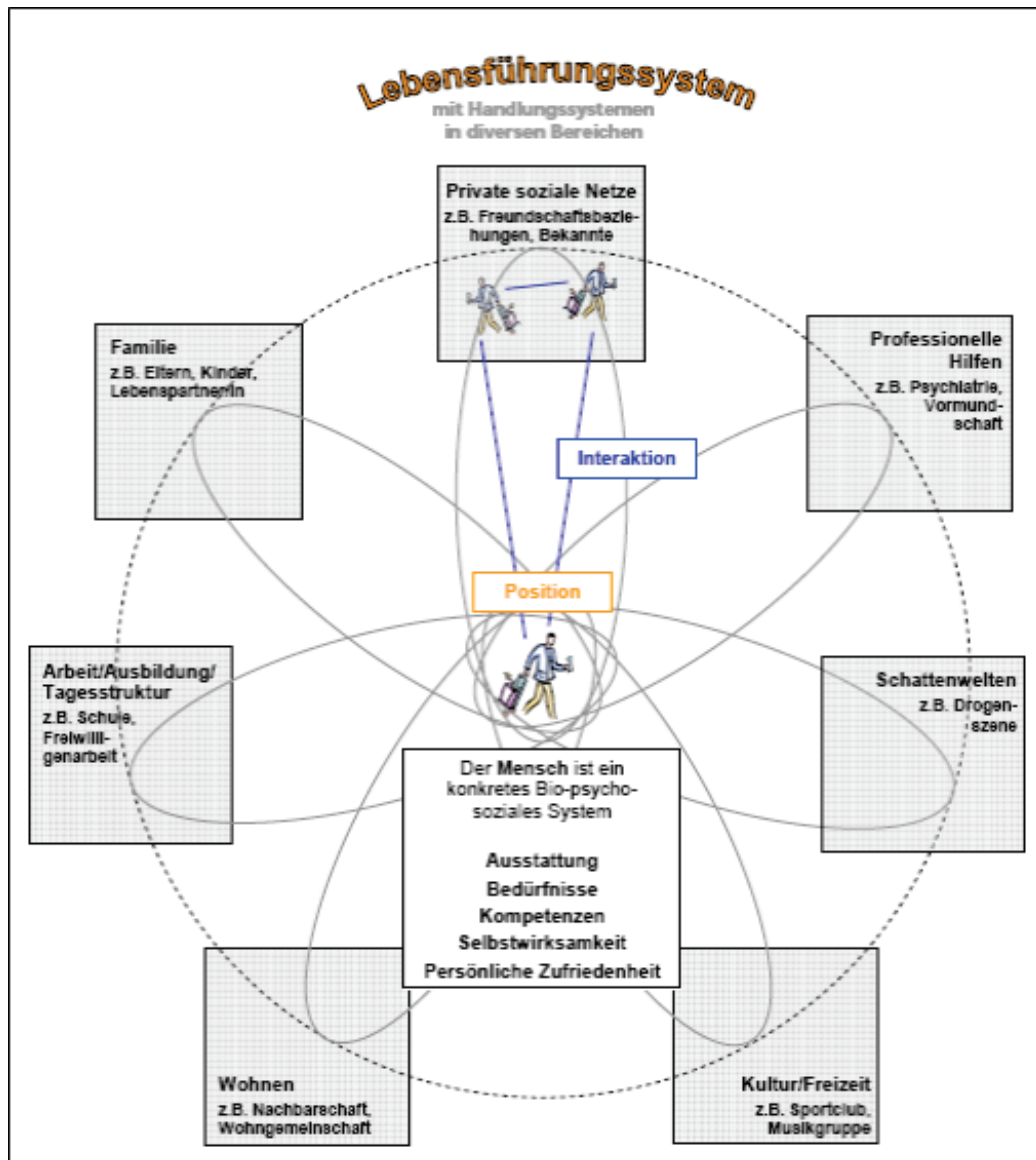


Abbildung 2: das Lebensführungssystem

Das Instrumentarium setzt sich aus 3 Bausteinen zusammen:

- *Baustein 1* ist als **personenbezogenes Kurz-Assessment** für die Soziale Arbeit konzipiert und wird bei allen Klient/innen, die der Sozialen Arbeit überwiesen werden, eingesetzt. Das Instrument ermöglicht (1) eine effiziente Erfassung der Ist-Situation in den Ausstattungsdimensionen Wohnen, Arbeit/ Ausbildung/Alltag, Finanzen/Administration, Rechtliche Situation, soziales Netz, Helfer/innen-Netz, körperliche Ausstattung, Migration/Kultur/Religion sowie die Erfassung personenbezogener Recovery-Faktoren; (2) rasche Entscheide in Bezug auf notwendige Sofortmassnahmen (→ punktuelle Fallarbeit insb. im Bereich der Sachhilfe) und (3) Entscheide in Bezug auf die Notwendigkeit weiterer Abklärungen.
- *Baustein 2* wird dann eingesetzt, wenn sich ein Fall komplexer darstellt und auch entsprechende Ressourcen für die falladäquate sozialarbeiterische Begleitung und Beratung zur Verfügung stehen. Dieser Baustein dient dazu, **das Lebensführungssystem eines Menschen zu erkunden** und die inliegende problemverursachende und-verstärkende

(bio)psycho-soziale Dynamik zu verstehen. Beschrieben (und operationalisiert) werden die folgenden Elemente eines Lebensführungssystems:

I	Komponenten des Lebensführungssystems, also relevante Handlungssysteme und Personen
II	Relationen, Beziehungen, Abhängigkeiten und Zusammenhänge zwischen den Komponenten des Lebensführungssystems also Interaktionen/soziales Handeln, Beziehungen, Wechselwirkungen und damit verbundene Muster (Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster als Produkte des psychischen Geschehens eines Menschen, Handlungsmuster, soziale Ordnungsmuster)
III	Funktionen bzw. Sinn dieser Relationen mit Hinweisen auf bedeutsame individuelle Muster (Bewältigungs-Strategien, Art und Weise der möglichen Bedürfnisbefriedigung etc.) sowie soziale Ordnungsbildungsprozesse in einzelnen Handlungssystemen

In den Fällen, in denen es mit dem Instrument der deskriptiven Systemmodellierung (Baustein 2) nicht gelingt, individuelle psychische und soziale Musterbildungsprozesse und dominante soziale Strukturierungs- und Ordnungsmuster als Momente der Integration sichtbar zu machen, kann als weiterer Baustein mit der so genannten „idiographischen Systemmodellierung“ (Schiepek et al. 1998) ein fallrekonstruktives Verfahren herangezogen werden.



- **Baustein 3:** Das Instrument liefert den kognitiven Rahmen für eine differenzierte Beurteilung der herausgearbeiteten sozialen Dimension (Lebensführung und Integrationsbedingungen). Unter Bezug auf Theorie und Empirie erfolgt die Herausarbeitung und Dokumentation der **sozialen Diagnose**⁶, d.h. es werden Hypothesen über (1) (latente) Zusammenhänge zwischen den Komponenten und Beziehungen im Lebensführungssystem sowie (2) individuelle und soziale Muster, welche die Wahrnehmung, Deutung und Handlungsorientierung als auch die Integrationsbedingungen des/der Klient/in prägen, gebildet. Die soziale Diagnose ist die Basis dafür, Handlungsoptionen für die interprofessionell koordinierte Hilfeplanung abzuleiten, welche an der bio-psycho-sozialen Falldynamik ausgerichtet sind.

IV	Integrationsbedingungen: Integration <i>in das</i> System und Integrationsbedingungen <i>des</i> Systems (siehe S. 2)
V	Freiheitsgrade und Möglichkeitsräume der Veränderung

Verfahren der interprofessionell synchronisierten Hilfeplanung

Schliesslich wurde ein Arbeitsblatt für die synchronisierte interprofessionelle Diagnostik und Hilfeplanung konzipiert, das die Koordination der sozialen Diagnostik mit anderen professionellen Sichtweisen und darauf aufbauend die koordinierte Handlungsplanung anleiten kann.

Nachsorge

Bei komplexeren Fällen – im Minimum immer dann, wenn die Soziale Arbeit nicht nur auf der Ebene der personenbezogenen Ausstattung gearbeitet hat (Baustein 1) – wird immer eine sorgfältige Austrittsplanung gemacht und i.d.R. werden Nachsorgegespräche angeboten. Die Austrittsplanung wird interdisziplinär abgestimmt, die Vereinbarungen bezüglich Austritt und Nachsorge werden systematisch dokumentiert.

5.3. Erprobung und Evaluation der Instrumente: erste Ergebnisse

Seit Herbst 2010 werden die beschriebenen Instrumente und Verfahren in einem Pilotprojekt eingesetzt und ihre Anwendung evaluiert. Die ersten Erfahrungen (Gautschi/Rüegger erscheint 2012) verweisen auf das Potential und den Mehrwert für die sozialarbeiterische Hilfeplanung. Auch wurde deutlich, dass die erarbeiteten sozialen Diagnosen wichtige, professionell fundierte Hinweise für die interdisziplinäre Diagnose und Hilfeplanung in einem integrierten Prozessbogen leisten könnten. Nebst dem ausgewiesenen Mehrwert durch die Anwendung des Screenings wird insbesondere dem Baustein 2 zur Erkundung des Lebensführungssystem von den am Pilot teilnehmenden Sozialarbeitenden ein grosses, jedoch noch (zu) wenig erkundetes Erkenntnispotential zugeschrieben, welches über ihre bestehende Praxis hinaus geht. Gleichzeitig machen die ersten Evaluationsergebnisse auch Herausforderungen, welche mit der Implementation der Instrumente verbunden sind, deutlich: es sind dies sowohl organisationale Rahmenbedingungen und die damit verbundenen Fragen der Ressourcenallokation und Zuständigkeit Sozialer Arbeit wie auch die für diese anspruchsvolle Form der diagnostischen Herangehensweise erforderliche Kompetenzbildung bei den Sozialarbeitenden. Beide Themenkreise haben dazu geführt, dass die Anwendung der Assessmentbausteine 1 bis 3 deutlich unter den Erwartungen der Projektteilnehmenden lag und auch nicht alle Ziele der Evaluation erreicht werden konnten.

6. Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementation der Instrumente und Verfahren

Um mit den vorgestellten Instrumenten und Verfahren tatsächlich eine qualitative und funktionale Verbesserung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie sowie – damit verbunden – die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der integrierten Versorgung zu erreichen, sind gemäss der erwähnten Evaluationsergebnisse aus der Pilotphase des Projekts, **drei Bedingungen** besonders zu berücksichtigen:

1. Die mit der Implementation verbundenen organisationalen Veränderungsprozesse erfordern einen anspruchsvollen und daher professionell begleiteten Organisationsentwicklungsprozess. Die Implementation der vorgestellten Instrumente und Verfahren ist keine Angelegenheit, welche ausschliesslich die Soziale Arbeit betrifft, noch kann sie von ihr allein getragen werden. Damit die interprofessionelle Zusammenarbeit tatsächlich gelingen und die Soziale Arbeit eine ihrem Selbstverständnis und den Erfordernissen der bio-psycho-sozialen Falldynamik entsprechende Funktion übernehmen kann, müssen alle beteiligten Professionen in den erforderlichen Entwicklungsprozess involviert werden. Gemeinsam sind folgende Aufgaben zu bewältigen: (a) es muss ein interprofessionell geteiltes Handlungsmodell erarbeitet werden, welches die Basis für die professionsübergreifende Diagnostik und Handlungsplanung bietet; (b) der Funktions- und Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit muss, in Abstimmung mit allen involvierten Professionen, klar abgesteckt und (c) die organisationale Verortung der Sozialen Arbeit diesen Erfordernissen entsprechend angepasst werden.
2. Aufgrund der Selbst-Einschätzung der Sozialarbeitenden wird deutlich, dass diese zwar über ein fundiertes Wissen und Können zur Erfassung von personalen Ausstattungsdimensionen sowie zur Ressourcenerschliessung verfügen – also zur Arbeit mit Baustein 1 –, jedoch ein Weiterbildungsbedarf für die daran anschliessenden grundlegenden Arbeitsschritte einer sozialen Diagnose (Baustein 2 und 3) und interprofessionellen Hilfeplanung sowie der damit verbundenen Gesprächsführungskompetenz besteht.
3. Die Instrumente zur Erfassung des Lebensführungssystems (Assessment und soziale Diagnose) sind einer weiteren Erprobung und Evaluation zu unterziehen.

Literatur

- BFS, Bundesamt für Statistik (2011). Krankenhausstatistik 2010: Standardtabellen - Provisorische Resultate. B2: Intern angestelltes Personal in Vollzeitäquivalenten gemäss der Funktion der Beschäftigten, nach Typ des Betriebes. Neuchatel: BFS. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/lex/0.topic.1.html>.
- Böhnisch, Lothar (1994). Gespaltene Normalität. Weinheim/München: Juventa.
- Bourgett, Jörg/Brülle, Heiner (2000). Überlebenssysteme in Konkurrenz. Start zu einer notwendigen Debatte. In: Müller, Siegfried/Sünker, Heinz/Olk, Thomas/Böllert, Karin (Hg.). Soziale Arbeit. Gesellschaftliche Bedingungen und professionelle Perspektiven. Neuwied: Luchterhand. S. 253-277.
- Dällenbach, Regula/Sommerfeld, Peter (2010). Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. In: FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit (Hg.). Soziale Innovation. Forschung und Entwicklung in der Sozialen Arbeit 2010. Olten. S. 51-60. URL: http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/forschung-und-entwicklung/Web_Soz_Inno_10.pdf.
- Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Sommerfeld, Peter (2010). Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. Zwischenbericht. URL: www.fhnw.ch/ppt/content/pub/integrierte-psychiatrische-behandlung/zwischenbericht.
- Dehmel, Stefanie (2008). Klinische Sozialarbeit als professionelle soziale Unterstützung. In: Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 17-33.
- Gautschi, Joel/Rüegger, Cornelia (erscheint 2012). Eine Evaluation der Anwendung neuer diagnostischer Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. In:
- Haken, Hermann/Schiepek, Günther (2005). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. 1. Auflage Aufl. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.
- 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.
- Obrecht, Werner (2005). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. Unveröffentlichtes Manuskript. Dübendorf.
- Ortmann, Karlheinz/Schaub, Heinz-Axel (2002). Klinische Sozialarbeit - eine kritische Einschätzung. URL: http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF_Sammlung/ortmannschaub.pdf [Zugriffsdatum: 17.03.2009].
- Pauls, Helmut (2004). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim & München: Juventa Verlag.
- Schaub, Heinz-Alex (2008). Klinische Sozialarbeit ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung. Göttingen: V&R Unipress. URL: <http://www.socialnet.de/rezensionen/5644.php>

<http://www.socialnet.de/rezensionen/5898.php>

Schiepek, Günter/Wegener, Christoph/Wittig, Dunja/Harnischmacher, Gerrit (1998). Synergie und Qualität in Organisationen. Ein Fensterbilderbuch. Tübingen: dgvt.

Schunke, P. (2003). In: Gesundheit, Bundesamt für (Hg.). Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. S. 27.

Sommerfeld, Peter/Calzaferri, Raphael/Hollenstein, Lea (2006). Die Dynamiken von Integration und Ausschluss. Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und sozialen Systemen nach der Entlassung aus stationären Einrichtungen. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz. URL: http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/de/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/schlussbericht_dynamik_integrationsf.pdf.

Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia (2010). Entwicklung durch Kooperation. Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie - Einblicke in ein kooperatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt. In: Zeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für Soziale Arbeit. 8-9. Jg. S. S. 8-34.

Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael (2011). Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

¹ "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, S. 1)

² „Die integrativen Behandlungskonzepte orientieren sich an international etablierten wissenschaftlichen Leitlinien und berücksichtigen gleichermassen biologische, psychologische sowie soziale Aspekte.“ (URL: <http://www.pukzh.ch> [Zugriffsdatum: 15.11.2011])

³ Vgl. Schunke 2003 in Bundesamt für Gesundheit 2004, S. 27.

⁴ Konzeptionelle Aussagen zur integrierten psychiatrischen Versorgung finden sich in vielen Leitbildern Psychiatrischer Dienste (siehe z.B. URL: <http://www.pukzh.ch/ueber-uns/>; URL: http://www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/ueber_uns.html; URL: http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/ueber-die-upd/ueber-die-upd/portraet/strategie.html;))

⁵ Bedingungen, die sich auf den Erfolg des Einsatzes des Instruments auswirken, sind insbesondere die organisationalen Abläufe in den einzelnen Angeboten, die Kommunikation mit den Patient/innen über Sinn und Zweck des Fragebogens, aber auch die Ausgeprägtheit des Krankheitsgeschehens und die sprachliche Kompetenz der Patient/innen.

⁶ Soziale Diagnosen sind immer vorläufig und im Verlauf der Intervention laufend zu überprüfen.