

Die klinische Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Legitimation und Überflüssigkeit

Eine theoretische sowie empirische Auseinandersetzung zum Nutzen der Sozialen Diagnose am Beispiel der Systemmodellierung, bei der interprofessionellen Begleitung und Behandlung von Menschen mit komorbiden Erkrankungen, in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie.

Vorgelegt von:

Kuster Caroline, 16-649-923

Wiedmer Sabrina, 16-650-905

Eingereicht bei:

Lic. phil. I Bernadette Wüthrich

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten.

Vorgelegt im Juli 2020, zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit.

Menschen deren Denken über die binäre Geschlechtlichkeit hinausgeht, sollen in der vorliegenden Arbeit eingeschlossen werden. Deshalb wird die Schreibweise *Gender-Gap* zur geschlechtergerechten Sprache verwendet.

Abstract

Sabrina Wiedmer

Die Dauer von suchtspezifischen Entwöhnungstherapien wird aufgrund der Kostenexplosion im Gesundheitswesen zunehmend verkürzt. Trotzdem müssen dieselben Therapieeffekte erzielt werden. Abhängigkeitserkrankungen haben körperliche, psychische und soziale Auswirkungen. Diese Mehrdimensionalität bedingt eine interprofessionelle Kooperation der Medizin, Psychotherapie und klinischen Sozialen Arbeit. Die Fachsozialarbeit ist am wenigsten etabliert und nimmt keine eigenständige Diagnostik vor. Die vorliegende Bachelor-Thesis zeigt auf, wie sich die Soziale Diagnostik auf die Intensität von Entwöhnungstherapien auswirkt. Im Mittelpunkt stehen die Chancen und Risiken für Menschen mit komorbiden Erkrankungen. Mehrfacherkrankungen bedürfen einem integrativen Therapiesetting, welches das soziale Umfeld miteinbezieht. Professionelle müssen auf Augenhöhe interagieren und ihre Expertise bedarfsorientiert einbringen. Die Soziale Diagnostik dient der Koordination dieser Kooperation. Deshalb werden die Chancen und Risiken auch hinsichtlich der interprofessionellen Kooperation und der Mehrperspektivität untersucht.

Zuerst wird geklärt, welches Gesundheitsverständnis der Fachsozialarbeit zu Grunde liegt. Danach werden die Therapieziele der Praxisorganisationen des Kantons Aargau erschlossen. Es wird aufgezeigt, welche Kooperationsbeteiligten mit welchen Zuständigkeiten vertreten sind. Das Grundlagenwissen wird durch die Betrachtung der Phänomenologie ausgewählter Komorbiditäten komplettiert. Auf diesem Wissen baut der Exkurs zur allgemeinen Sozialen Diagnostik auf, welcher mittels der Systemmodellierung vertieft wird. Anhand der theoretischen Erkenntnissen werden Thesen zu den Chancen und Risiken abgeleitet. Sie werden durch schriftliche Befragungen in den Aargauer Suchtfachkliniken modifiziert.

Die Ergebnisse der Bachelor-Thesis zeigen, dass die Soziale Diagnostik einen Mehrwert generiert. Sozialkulturelle Lebensbedingungen lösen (bio-)psychische Problemdynamiken aus und tragen zu deren Aufrechterhaltung bei. Die Soziale Diagnostik ergänzt das Fallwissen, indem die (psycho-)sozialkulturellen salutogenetischen und pathologischen Fallanteile erfasst werden. So entsteht ein ganzheitliches, synchronisiertes Fallverständnis. Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Ressourcen werden einbezogen, was die Adhärenz und Veränderungsprozesse fördert. Es gelingt, die integrationshemmenden Bedingungen bereits während der Therapie zu entschlüsseln. Das Risiko erneuter Ausschlussprozesse wird minimiert und die Therapieintensität verbessert. Die empirische Erhebung macht entgegen der Theorie sichtbar, dass die Fachsozialarbeit nicht für die Koordination der Kooperation zuständig ist.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Die klinische Soziale Arbeit in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie.....	12
2.1. Das Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit.....	12
2.1.1. Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen	12
2.1.2. Objektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen.....	16
2.2. Das biopsychosozial(kulturelle) Modell	17
2.3. Die klinische Soziale Arbeit.....	21
2.4. Die Therapieziele der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie ..	23
2.5. Die interprofessionelle Kooperation	26
2.5.1. Die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten	28
2.6. Komorbide Erkrankungen in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie	33
3. Die Soziale Diagnose in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie.....	38
3.1. Die Soziale Diagnose.....	38
3.1.1. Die Ziele der Sozialen Diagnose.....	42
3.2. Die Systemmodellierung	43
3.2.1. Die Theorie Integration und Lebensführung.....	43
3.2.2. Das Konzept der Systemmodellierung.....	51
3.2.3. Die Indikation der klinischen Sozialen Arbeit	51
3.2.4. Die Soziale Diagnose im Konzept der Systemmodellierung.....	52
3.2.5. Die deskriptive Systemmodellierung	53
3.2.6. Die idiografische Systemmodellierung	56
3.3. Die Auswirkungen der Systemmodellierung auf die interprofessionelle Kooperation	64
3.3.1. Die Auswirkungen der Systemmodellierung auf die Koordination der Kooperation	66
3.4. Die Auswirkungen der Systemmodellierung auf die Mehrperspektivität.....	67
3.5. Die Auswirkungen der Systemmodellierung auf die Therapieintensität	68
4. Zwischenfazit auf der Grundlage der theoretischen Erkenntnisse: Chancen und Risiken der Sozialen Diagnose.....	71
4.1. Die Auswirkungen der Sozialen Diagnose auf die interprofessionelle Kooperation	71
4.1.1. Die Auswirkungen der Sozialen Diagnose auf die Koordination der Kooperation	75
4.2. Die Auswirkungen der Sozialen Diagnose auf die Mehrperspektivität	76
4.3. Die Auswirkungen der Sozialen Diagnose auf die Therapieintensität.....	77

4.4.	Thesen zu den Chancen und Risiken der Sozialen Diagnose in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie	79
4.4.1.	Thesen zur interprofessionellen Kooperation und der Koordination der Kooperation	80
4.4.2.	Thesen zur Mehrperspektivität.....	81
4.4.3.	Thesen zur Therapieintensität	81
5.	Forschungsdesign	82
5.1.	Das Experteninterview als Datenerhebungsverfahren.....	82
5.2.	Darstellung des Vorgehens zur Datenerhebung.....	83
5.3.	Auswahl des Samplings und Beschreibung des Feldzugangs.....	84
5.4.	Anpassung des Datenerhebungsverfahrens aufgrund des COVID-19	86
6.	Zwischenfazit auf der Grundlage der empirischen Erkenntnisse: Chancen und Risiken der Sozialen Diagnose.....	89
6.1.	Befragungsergebnisse zu den Thesen zur interprofessionellen Kooperation und der Koordination der Kooperation	89
6.2.	Befragungsergebnisse zu den Thesen zur Mehrperspektivität	92
6.3.	Befragungsergebnisse zu den Thesen zur Therapieintensität.....	92
7.	Fazit	94
7.1.	Gegenüberstellung der theoretischen, empirischen Ergebnisse und Beantwortung der Leitfrage.....	94
7.2.	Reflexion des methodischen Vorgehens.....	101
7.3.	Weiterführende Gedanken	102
8.	Literaturverzeichnis	104
9.	Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis	111
Anhang	112

1. Einleitung

Komorbide Erkrankungen:

Sabrina Wiedmer

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) besonders häufig von komorbiden Krankheitsbildern betroffen. Der Begriff Komorbidität umschreibt das gleichzeitige Vorhandensein von zwei oder mehr Erkrankungen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung. Diese können ausschliesslich die Psyche oder den Körper betreffen, aber auch in Mischformen auftreten. Im Bereich der rein psychischen Komorbiditäten werden überdurchschnittlich häufig Kombinationen von Abhängigkeitserkrankungen mit affektiven Indispositionen sowie Angststörungen diagnostiziert (vgl. BAG 2015: 18). Deshalb befasst sich die vorliegende Thesis ausschliesslich mit Komorbiditäten, die mindestens eine Substanzabhängigkeit in Verbindung mit affektiven Erkrankungen oder Angststörungen umfassen. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass die Begriffe Störung und Erkrankung synonym verwendet werden. Je nach Quelle finden sich verschiedene Begründungen, weshalb nur der eine oder der andere Begriff zur Anwendung kommt. Die semantische Trennschärfe der Begrifflichkeiten steht nicht im Fokus dieser Thesis, weshalb auf eine Differenzierung verzichtet wird. Ebenfalls werden die Bezeichnungen Sucht und Abhängigkeit synonym verwendet. Wenn immer möglich wird der Ausdruck Abhängigkeit genutzt, da dieser das fokussierte Erkenntnisinteresse klarer umschreibt. In der zeitgenössischen Fachsprache werden unter dem Begriff Abhängigkeit sämtliche substanzgebundene Abhängigkeiten subsumiert (vgl. Uchtenhagen 2011: 12).

Epidemiologie der komorbiden Erkrankungen:

Sabrina Wiedmer

Komorbide Erkrankungen lassen keinen Rückschluss auf einen Kausalzusammenhang zwischen den einzelnen zu Grunde liegenden Störungen zu. In Fachkreisen werden Erklärungsansätze diskutiert, welche für das vermehrte Auftreten von bestimmten Krankheitskombinationen in Frage kommen. Dementsprechend wurden Hypothesen, zu den eingangs thematisierten psychischen Komorbiditäten formuliert. Nachfolgend werden drei Theorien erläutert, welche sich unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstands bis heute gehalten haben: Die erste Vermutung umfasst die Ansicht, dass die zuerst vorhandene psychische Grunderkrankung (affektive Störung oder Angsterkrankung), die Manifestation der sekundär auftretenden Abhängigkeitserkrankung begünstigt. Mittels Substanzkonsum versuchen Betroffene die Symptome der Grunderkrankung zu lindern, wodurch sich eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt. In der Folge werden die Symptome der psychischen Grunderkrankung noch verstärkt. Im Praxisfeld der Suchthilfe wird in diesem Zusammenhang vom Modell der (fehlgeleiteten) Selbstmedikation gesprochen. Eine Abhängigkeitserkrankung kann aber auch als primäre

Störung auftreten und dazu führen, dass sich eine sekundär auftretende affektive Indisposition oder Angststörung eher ausprägt. Die Vermutung liegt nahe, dass sich die Symptome der beiden Störungsbilder wechselseitig aufrechterhalten und sogar verstärken. Letztlich liefert auch das Vorhandensein von ätiologischen Faktoren einen möglichen Erklärungsansatz. Exemplarisch hierfür kann die Vererbung genannt werden. Es besteht die Möglichkeit, dass bei einem Menschen günstige Voraussetzungen für die Entwicklung beider Störungsbilder gegeben sind (vgl. Ridinger-Johann/Walter 2014: 4-6).

Die nicht gesicherten Entstehungszusammenhänge der komorbiden Erkrankungen stehen sinnbildlich für die eher spärliche Anzahl von wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema. Dies wurde während den Recherchen insbesondere in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Prävention ersichtlich (vgl. Ridinger-Johann/Walter 2014: 4). Liegt als Grunderkrankung eine Substanzabhängigkeit, eine affektive Erkrankung oder eine Angststörung vor, kann die Wahrscheinlichkeit an einer der Komorbiditäten zu erkranken, jedoch relativ präzise eingeschätzt werden. Der Durchschnitt aus fünf repräsentativen epidemiologischen Studien¹ ergibt eine Lebenszeit-Komorbidität von 42 bis 60% (vgl. Tholen 2006: 39f.). Das komorbide Erkrankungsrisiko ist beim Vorhandensein einer der genannten Grunderkrankungen demnach hoch.

Der gesellschaftspolitische Kontext:

Sabrina Wiedmer

Die hohe Auftretenswahrscheinlichkeit lässt den Rückschluss zu, dass diese Formen von Mehrfacherkrankungen zunehmend Einzug in den Therapiealltag halten. Diese logische Folgerung bestätigt sich mit Blick in die fachspezifische Literatur. Komorbiditäten haben in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen (vgl. Ridinger-Johann/Walter 2014: 4). Die Gründe dafür sind mannigfaltig. Massgebend sind insbesondere gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und die Deklarationen dessen, was als gesund oder krank gilt. Die gesellschaftspolitischen Bedingungen unterscheiden sich je nach Land erheblich. Deshalb beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen ausschliesslich auf die Schweiz (vgl. Hämmig 2014: 8).

Die Therapiemöglichkeiten von Komorbiditäten, welche eine Abhängigkeitserkrankung beinhalten, werden von der vorherrschenden Suchtpolitik mitgeprägt. Heutzutage wird eine Substanzabhängigkeit als psychische Störung und somit als Krankheit anerkannt. Dieser Paradigmenwechsel führte mitunter zu Veränderungen in der Finanzierungs- und Therapielogik. Früher wurden Abhängigkeitserkrankungen ausschliesslich als Probleme auf der sozialen Ebene erfasst. Die Therapien wurden vorderhand von der staatlichen Fürsorge finanziert und das zuständige Helfernetz setzte sich aus Personen der sozialen Berufskreise zusammen. Heute

¹ National Comorbidity Survey (NCS), Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey (MHS-OHS), Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), Epidemiologic Catchment Area Study in Sao Paulo (ECA-SP).

hingegen werden die Therapiekosten grösstenteils von der Grundversicherung der Krankenkasse getragen. Dementsprechend finden die ersten Therapieschritte in der Regel im klinischen *Setting* statt. In dieser Therapieumgebung ist die Profession der Medizin fallführend. Sie ist mit der Aufgabe betraut, die klinisch relevanten Erkrankungen festzustellen. Es ist davon auszugehen, dass Komorbiditäten im medizinischen Therapieumfeld häufiger erkannt werden. Zudem ist das Phänomen, aufgrund der klar definierten medizinischen Kategorie, in der Wissenschaft präserter vertreten. Ebenfalls erwähnenswert erscheint, dass Abhängigkeitserkrankungen bei der Zusprache von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) lange Zeit nicht berücksichtigt wurden. Der Substanzkonsum wurde als fahrlässiges Verhalten eingestuft, weshalb Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung keine Unterstützungsleistungen beziehen konnten. Gleichzeitig wurde eingeräumt, dass bei einer erheblichen Belastung durch zusätzliche Erkrankungen eine Zusprache von Leistungen möglich ist. Der Schlüssel zum Bezug von IV-Versicherungsleistungen war demnach eine Komorbidität (vgl. Hämmig 2014: 8-10). Dieser historische Exkurs zeigt, welche Einflüsse gesellschaftspolitische Veränderungen auf die statistischen Auftretenshäufigkeiten, die Finanzierungs- und Therapiemöglichkeiten von Erkrankungen haben.

Das Therapiesetting:

Sabrina Wiedmer

Das Therapiesetting von Menschen mit Mehrfacherkrankungen kann sich auch heute noch erheblich unterscheiden. Die Grunderkrankungen des komorbiden Störungsbilds müssen als eigenständige und voneinander abgegrenzte Erkrankungen verstanden werden. Eine Therapie der vermeintlichen Primärstörung führt nicht automatisch zu einer Besserung der Sekundärstörung. Darin begründet sich auch die Schwierigkeit der richtigen Wahl des Therapiesettings. Suchtspezifische Begleitungen und Behandlungen sind meist gleichermassen indiziert wie störungsspezifische Therapien (vgl. Ridinger-Johann/Walter 2014: 5). Die Entscheidung, ob die Therapie in einer Suchtfachklinik oder einer Psychiatrie stattfindet, obliegt häufig den Betroffenen und birgt Herausforderungen.

Die Autorinnen der vorliegenden Thesis sind beruflich in Stiftungen tätig, die Therapien für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen anbieten. Es sind die zwei einzigen Anbieter im Kanton Aargau (Schweiz). Dadurch ist ein Feldzugang für den empirischen Teil der Thesis gegeben. Das theoretische Wissen aus dem ersten Teil der Thesis, kann in einem zweiten Schritt empirisch überprüft werden. Um die Praxisressourcen zu nutzen, erarbeiten die Autorinnen die Thematik aus der Perspektive der suchtspezifischen Therapieangebote. Das erörterte Wissen bezieht sich ferner spezifisch auf den Kanton Aargau. Diese Eingrenzung erscheint sinnvoll aufgrund der föderalistischen Struktur der Schweiz. Die unterschiedlichen

politischen Gegebenheiten in den Kantonen führen zu verschiedenen Rahmenbedingungen für die Therapieanbieter.

Wird bei einer Komorbidität ausschliesslich die Ebene der Abhängigkeitserkrankungen betrachtet, ergibt sich bereits ein komplexes Bild. Der Mensch ist in seiner Gesamtheit betroffen. Die Auswirkungen sind im somatischen, psychischen wie auch im sozialen Bereich spürbar. In der Schweiz werden Entwöhnungstherapien deshalb meist in Spezialkliniken durchgeführt. In der Regel ist eine Aufnahme unabhängig davon möglich, ob neben einer oder mehrerer Abhängigkeitserkrankungen weitere psychische Störungen vorliegen. Es liegt jedoch auf der Hand, dass mit Mehrfacherkrankungen besondere Therapieherausforderungen einhergehen.

Das Finanzierungssystem:

Sabrina Wiedmer

Komplexe Störungsbilder bedürfen einer hohen Investition an professionellen Ressourcen. Dieser Umstand steht dem politischen und gesellschaftlichen Wunsch nach tieferen Gesundheitskosten gegenüber. Der Kostendruck im Schweizer Gesundheitssektor ist und bleibt ein Dauerbrenner. Seit dem 01. Januar 2018 kommt in psychosomatischen und psychiatrischen Institutionen die Tarifstruktur für stationäre Psychiatrie (TARPSY) zur Anwendung. Ziel der Tarifstruktur ist es, klarere Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Vergleichbarkeit von Leistungen, Kosten und Qualität soll gefördert werden. Kostenabrechnungen werden deshalb neu, anhand von leistungsbezogenen Tagespauschalen vorgenommen. Die Höhe dieser Tagespauschalen ergibt sich durch die Fallzuteilung in eine von zehn *Base Psychiatric Cost Groups* (Base-PCGs). Sie wird unter Berücksichtigung der jeweiligen Hauptdiagnose vorgenommen. Weitere Differenzierungen erfolgen anhand des Alters, einer allfälligen Nebendiagnose und der Intensität der vorliegenden Symptomatik. Die Intensität wird anhand folgender Kriterien festgestellt: Es wird ermittelt, ob ein aggressives, hyperaktives oder unruhiges Verhalten, eine zusätzliche körperliche Erkrankung/Behinderung oder ein selbstverletzendes Verhalten vorliegt. Aus der Summe dieser Informationen erfolgt die Einteilung in eine von insgesamt 22 *Psychiatric Cost Groups* (PCGs). Die PCG-Einteilung und die Aufenthaltsdauer sind schlussendlich massgebend für die effektive Höhe der Tagespauschale. Innerhalb einer PCG kann die Tagespauschale bei einem kürzeren Aufenthalt gleich hoch oder höher sein als bei einer längeren Therapie. Die Logik der Tarifstruktur gründet auf der Annahme, dass jede Therapie eine ähnliche Verlaufsstruktur aufweist. In den ersten Tagen wird ein hoher Aufwand prognostiziert, der kontinuierlich abnimmt, bis schliesslich die Stabilisierung erreicht wird. Basierend auf dieser Vorhersage enthält die Tarifstruktur stetig abnehmende Tagespauschalen. Die Kosten, welche sich während den ersten zwei Therapiephasen degressiv verhalten, verharren ab der dritten Stufe (vgl. Morger et al. 2018: 3f.). Anders als beim Tarifsystem *Swiss Diagnosis Related Groups* (SwissDRG), welches in der Akutsomatik zur Anwendung kommt, wurde beim

TARPSY auf Fallpauschalen verzichtet. Die Entscheidung zu Gunsten von Tagespauschalen erscheint folgerichtig. Die Prognosen zum Therapieverlauf von psychischen Störungen sind weniger zuverlässig als diejenigen von somatischen Erkrankungen. Risiken sind beim TARPSY jedoch hinsichtlich des Datenkatalogs zur Erfassung von Nebendiagnosen ersichtlich. Die Erfassungsoptionen lassen relevante Krankheitsbilder aussen vor, wodurch sie der Realität nicht gerecht werden. Darüber hinaus kann nicht abgebildet werden, inwiefern multiple Nebendiagnosen Mehraufwände generieren (vgl. Meyer/Rohner 2016: 1404-1406). Dieser Umstand ist insbesondere hinsichtlich der Therapie von Komorbiditäten problematisch. Eine allfällige Unterfinanzierung birgt die Gefahr, dass zu kurze, einseitige und oberflächliche Therapien durchgeführt werden. Die Genesungschancen werden bei schweren sowie chronifizierten Erkrankungen geschmälert. Die Koppelung der Tagespauschalen an Diagnosen, welche nicht umfassend deklariert werden können, wirkt sich auf die vulnerabelsten Gruppen negativ aus. Ein Blick in den SwissDRG der Akutsomatik zeigt, dass es in diesem Katalog rund 1000 mögliche Diagnosegruppen gibt. Im TARPSY sind es zum Vergleich lediglich zehn Base-PCGs (vgl. Pro Mente Sana 2016: 7f.). Durch zu kurze, standardisierte sowie vorwiegend pharmakologische Therapien wird der sogenannte «Drehtüreffekt» begünstigt. Auf Klinikaustritte folgen zeitnahe Wiedereintritte anlässlich derselben Problematik, wodurch die Kosten nur kurzfristig und scheinbar eingedämmt werden. Die Kürzung der Aufenthaltsdauer ist ein sensibles Thema, welches einer sorgfältigen Abwägung bedarf. Der Einfluss auf die Therapiequalität und die langfristigen Kosten müssen mitberücksichtigt werden. Die Ausführungen zeigen, dass den Suchtfachkliniken ein komplexes Finanzierungssystem zu Grunde liegt. Die Autorinnen haben nicht den Anspruch, das System allumfassend zu beleuchten. Die kritische Auseinandersetzung mit der Tarifstruktur zeigt jedoch die Aktualität und die Relevanz des Themas auf.

Der Zusammenhang zwischen der Therapieintensität und dem -erfolg:

Sabrina Wiedmer

Die empfohlene Entwöhnungstherapie dauert bei einer Alkoholabhängigkeit drei bis sechs Monate. Bei einer Drogenabhängigkeit erhöht sie sich um ein bis drei Monate. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Kürzungen der Therapiedauer bis zu diesen Grenzen nicht mit Verlusten von Therapieerfolgen einhergehen. Diese Aussage gilt jedoch nur bei einer durchschnittlichen Krankheitsausprägung. Sie trifft somit nicht zwangsläufig auf Menschen mit einem komorbiden Störungsbild zu. Kürzungen sollten zudem mit einer Steigerung der Therapieintensität einhergehen, damit derselbe Effekt erreicht werden kann. Ferner gilt es, individuelle und flexible Therapien durchzuführen (vgl. Sonntag/Künzel 2000: 93f.). Die besten Ergebnisse werden erfahrungsgemäss mit integrativen Ansätzen erzielt. Sie berücksichtigen die Abhängigkeitssymptomatik gleichermassen wie die psychischen Erkrankungen und kombinieren die je spezifischen Therapieansätze. Ebenfalls wird darauf hingewiesen, dass das soziale Um-

feld der Menschen angemessen in die Therapie miteinzubeziehen ist (vgl. Moggi 2014: 18). Fachpersonen, welche mit der Therapie von Komorbiditäten betraut werden, müssen Expert_innen für mehrere Erkrankungen gleichzeitig sein. Es bedarf einer sensiblen sowie flexiblen Vorgehensweise, um der individuellen Eigendynamik der Mehrfachproblematik zu entsprechen. Die Frage kommt auf, inwiefern die Suchtfachkliniken diesen Ansprüchen im eng geschürzten Korsett des TARPSY noch gerecht werden können?

Die interprofessionelle Kooperation und ihre Mehrperspektivität:

Sabrina Wiedmer

Der ökonomische Druck auf das Gesundheitswesen wird auch in Zukunft bestehen bleiben. Gleichzeitig muss der Zunahme an komplexen Erkrankungen Rechnung getragen werden. Dabei gilt es, negative Folgen wie den Drehtüreffekt zu vermeiden. Individuelle, flexible sowie integrative Therapien versprechen den nachhaltigsten Therapieerfolg. Die Fachmedizin allein kann dieser multidimensionalen und komplexen Aufgabe jedoch nicht gerecht werden. Eine interdisziplinäre Kooperation mit den Fachdisziplinen Psychologie und Soziale Arbeit ist angezeigt. Diese Form der Zusammenarbeit knüpft an das vorherrschende professionelle Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit an. Ende der 1970er Jahre publizierte der Psychiater George Engel erstmals das biopsychosoziale Modell. Es gründet auf der Annahme, dass sowohl biologische, psychische wie auch soziale Faktoren Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit haben. 1986 fand das Modell Einzug in die Ottawa-Charta. Sie wurde nach einer internationalen Konferenz, mit dem Themenschwerpunkt Gesundheitsförderung, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht (vgl. Pauls 2013a: 17-21). Heute bildet das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis den Konsens zwischen den Fachdisziplinen. Die Soziale Arbeit ist gemäss dem Modell für die soziale Falldimension zuständig und der Logik folgend fester Bestandteil des interdisziplinären Arbeitskreises. Gleichwohl handelt es sich um die jüngste der beteiligten Professionen, weshalb die Betrachtung ihrer aktuellen Stellung in der Suchthilfe von Interesse erscheint. Die gegenwärtige Entwicklung im Arbeitsfeld zeigt eine Tendenz zu einem Verdrängungsmechanismus. Während die medizinische Domäne an Bedeutung gewinnt, verliert die soziale Dimension an Stellenwert. Eine mögliche Erklärung liefert die Fülle von Gesetzgebungen, die der Suchthilfe zu Grunde liegen. Die Rahmenbedingungen führen zu komplexen Finanzierungssystemen, welche die Kooperation zwischen den Disziplinen hemmen und ein Konkurrenzdenken fördern (vgl. Sommerfeld 2019: 4). Die vorherrschende Finanzierungsstruktur vernachlässigt die soziale Fallebene, da sie auf medizinische Leistungen ausgerichtet ist. In der Folge entsteht ein erheblicher Kostendruck, welcher sich negativ auf die Therapieintensität auswirkt. Besonders Menschen mit Abhängigkeits- und Mehrfacherkrankungen sind auf eine intensive soziale Unterstützung angewiesen (vgl. NAS-CPA 2017: 2f.). Die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe scheint trotz der langen

biopsychosozialen Tradition bis heute nicht geklärt. Dieser Umstand muss auch kritisch aus der Perspektive der Profession hinterfragt werden. Sozialarbeiterische Fachpersonen treten oft reichlich diffus auf, wenn es um ihre eigenen Fähigkeiten geht. Diese Unschärfe wirkt sich negativ auf ihr Durchsetzungsvermögen aus (vgl. Sommerfeld/Krebs 2019: 3). Die Profession muss ihr Profil schärfen, wenn sie ihr Mitspracherecht zu Gunsten einer interprofessionellen Therapie geltend machen will.

Die Relevanz der Sozialen Arbeit in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie:

Caroline Kuster, Sabrina Wiedmer

Der erste Ort, an dem Betroffene mit dem interprofessionellen Helfernetz in Berührung kommen, ist meist eine stationäre Therapieeinrichtung. Das vorgegebene Entwöhnungstherapieziel der Abstinenz setzt einen körperlichen Entzug voraus. Zuerst muss der Substanzeinfluss gestoppt, die akuten somatischen Beschwerden gelindert und eine Verbesserung des Allgemeinzustands erreicht werden. Die Entzugsphase ist durch einen biomedizinischen Interventionsschwerpunkt geprägt. Danach folgt die Entwöhnungstherapie und mit ihr die umfassende Bearbeitung der (bio-)psychosozialen Einflussfaktoren. Während dieser Phase ist die Soziale Arbeit adressiert, die soziale Dimension der Erkrankung zu erfassen und bei Bedarf zu intervenieren. Dieser frühe Kontakt im Therapieprozess ist entscheidend, da im stationären Kontext die Gefahr der unterkomplexen Problemlösung besteht. Das Setting weist einen künstlichen Charakter auf, weil Kontakte zu ungünstigen sozialen Milieus wie der Drogenszene, unterbunden werden. Diese Isolation ist einerseits notwendig, um die Abstinenz zu stabilisieren. Andererseits wird dadurch die Bearbeitung der individuellen sowie sozialen Mustern, die als destruktiv erlebt werden, begünstigt. Die tiefgreifenden Entwicklungsprozesse benötigen jedoch Zeit und können meist nicht während der stationären Therapie abgeschlossen werden. Zudem sind die Veränderungsprozesse davon abhängig, ob nach dem Austritt stützende soziale Resonanzen erzielt werden, zum Beispiel durch Akzeptanz, Zuspruch und Rücksichtnahme des sozialen Umfelds. Das Erkennen und Bearbeiten von integrationshemmenden Bedingungen soll bereits während der Therapie begonnen und darüber hinaus weiterverfolgt werden. Es bedarf einer sensiblen Vorgehensweise, die auf die persönliche sowie soziale Entwicklung abgestimmt ist. Ziel ist es, durch den Einbezug der sozialen Ebene erneute Ausschlussprozesse zu vermeiden. Die Fachsozialarbeit kann als Bindeglied fungieren, indem sie die Funktion des langen Arms nach draussen einnimmt. Sie stellt die Brücke zwischen der stationären und der realen Welt dar (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 27f.). Während der Entwöhnungstherapie werden die Weichen für eine ganzheitliche, individuelle und intensive Begleitung und Behandlung gestellt. Es handelt sich um einen Schlüsselmoment im Prozessbogen, der sich vom Entzug bis zur Nachsorge erstreckt. Bereits zu Beginn gilt es, die sozialen Einflussfaktoren in- und ausserhalb der Suchtfachklinik miteinzubeziehen. Eine

gründliche und nachhaltige Problembearbeitung ist indiziert, wodurch sich die Erfolgchancen einer nachhaltigen Reintegration erhöhen. Deshalb wird die Entwöhnungsphase in den Fokus der Thesis gestellt.

Die Soziale Arbeit kann einen wertvollen Beitrag zur Steigerung der Therapienachhaltigkeit leisten. Zu diesem Zweck muss sie in der Lage sein, den Gesundheitszustand der Betroffenen einzuschätzen. Die sozialarbeiterischen Fachpersonen der Suchthilfe ordnen ihre Tätigkeit der klinischen Sozialen Arbeit zu, da sie sich spezifisch mit gesundheitsbezogenen Aspekten auseinandersetzen. Die Profession ist beauftragt, herauszufinden, wie, wo und weshalb der Gesundheitszustand beeinträchtigt wird. Dies bedingt mehr als das blosses Auswendiglernen von medizinischen Diagnosen. Insbesondere der mentale und seelische Zustand der Betroffenen sowie die fallrelevanten sozialen Faktoren werden erschlossen (vgl. Cannon 2018: 141f.). «[...] Die Fachkompetenz der Sozialarbeiterinnen ist ihre Fähigkeit, die sozialen Verhältnisse der Patienten präzise zu diagnostizieren, intelligent zu verordnen und dasjenige wirkungsvolle Vorgehen zu finden, welches am besten zur spezifischen sozialen Situation passt.» (ebd.: 159) Will sich die klinische Soziale Arbeit im anspruchsvollen Arbeitsfeld der Suchthilfe etablieren, müssen die Professionellen über spezifische Fachkenntnisse und -termini verfügen. Feldspezifische Kenntnisse über Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten bilden die Basis. Zudem ist eine aufgeschlossene Haltung gefragt, damit eine gelingende interprofessionelle Kooperation stattfinden kann. Die Professionellen der Medizin und der Psychologie müssen die Erkenntnisse und Interventionen auf der sozialen Ebene verstehen und umgekehrt. Alle Kooperationsbeteiligten befinden sich in einer lernenden und lehrenden Rolle (vgl. ebd.: 218). Die Fachsozialarbeit ist beauftragt, Verbindungspunkte zwischen den Kooperationsbeteiligten zu schaffen und den Überblick zu behalten. Gleichzeitig fungiert sie als Übersetzer zwischen dem professionellen und dem Laiensystem, wodurch sie die Brücke zurück zur Gesellschaft schlägt (vgl. Hüttemann/Rüegger/Wüsten 2015: 334-339). Die Fachsozialarbeit ist für die Begleitung der Betroffenen im Umgang mit der Krankheit sowie die Unterstützung bei der Bewältigung und Genesung zuständig. Dabei muss sie um die Bedürfnisse der Organisation sowie des Individuums wissen und Interventionen gezielt danach ausrichten. Im klinischen Umfeld braucht sie die Entschlusskraft, das Vorstellungsvermögen und die Bestimmtheit, dass medizinische, psychologische sowie soziale Sichtweisen für den Prozess bedeutend sind (vgl. Cannon 2018: 216). Mit ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten ist sie aber keinesfalls wichtiger als andere Kooperationsbeteiligte, sondern stellt eine Ergänzung dar (vgl. ebd.: 238).

Die biopsychosoziale Diagnostik in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie:

Sabrina Wiedmer

Die klinische Soziale Arbeit gerät, trotz dem geschilderten Potenzial, zunehmend unter Druck. Diese Feststellung bestätigt sich mit Blick auf die Personalbesetzung der Aargauer Suchtfach-

kliniken. Die Fachsozialarbeit ist im Vergleich zu den medizinisch-psychologischen Disziplinen deutlich untervertreten. Einerseits mag dies auf die Finanzierungsschwierigkeiten zurückzuführen sein. Andererseits erscheint die von Sommerfeld und Krebs formulierte Kritik naheliegend: Der Profession fehlt es an Durchsetzungsvermögen, aufgrund ihrer unspezifischen Selbstbeschreibung (vgl. Sommerfeld/Krebs 2019: 3). Die Medizin und die Psychologie verfügen im Vergleich über klare Profile, gekennzeichnet durch fundierte (teil-)standardisierte Diagnose- und Therapieverfahren (vgl. Stalder 2020: 156). Diese Vorgehensweisen fördern Transparenz und die Abgrenzung von Kompetenzen. Um eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu erreichen, muss sich die Fachsozialarbeit in die bestehende Struktur des biopsychischen Therapieprozesses einfügen. Es liegt nahe, das professionelle Handeln nach dem Vorbild der medizinisch-psychologischen Disziplinen zu gestalten. Sozialarbeiterische Prozessgestaltungsmodelle stellen geeignete Werkzeuge dar, um das professionelle Handeln zu strukturieren. Dennoch bleibt der notwendige Spielraum erhalten, für die Individualitätspassung im Einzelfall. Dreh- und Angelpunkt der Prozessgestaltung ist die Soziale Diagnostik. Sie bildet die Basis, um sozialarbeiterische Handlungsweisen nachvollziehbar auf die Entwicklungsziele der Betroffenen abzustimmen. Zeitgleich kann den sozialen Fallaspekten, durch die fachlich fundierte Vorgehensweise, angemessen Rechnung getragen werden (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 27f.). Basierend auf diesen Überlegungen wird der Prozessschritt der Sozialen Diagnostik in der Thesis prioritär behandelt.

Die WHO stellt indes ein sozialarbeiterisches Prozessgestaltungsmodell als Brückenkonzept für das Gesundheitswesen zur Verfügung. Ziel ist es, die biopsychosozialen Ebenen in Einklang zu bringen. Die medizinischen Diagnosen werden mit der *German Modification* Version der internationalen statistischen Klassifikationen der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD-10) kodiert (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft o.J.: o.S.). Mit dem ICD-10 werden Gesundheitsprobleme rein deskriptiv und defizitorientiert entlang von Symptomen klassifiziert. Das biomedizinische Manual eignet sich somit vorderhand als Basisinstrument für ein Finanzierungssystem. Ein repräsentatives Gesamtbild des Menschen bedarf jedoch einer Erweiterung, durch eine ressourcenorientierte Sichtweise. Hierfür kommt die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) zum Einsatz. Die ICF-Klassifikation soll eine psychosoziale Falleinschätzung sowie deren Kodierung ermöglichen. Zudem soll der Austausch zwischen den Fachdisziplinen des Gesundheitswesens und der internationale Datenvergleich gefördert werden. Die ICF-Klassifikation gründet auf dem Konzept der funktionalen Gesundheit (vgl. INSOS Schweiz 2009: 25). Die Funktionale Gesundheit wird als Resultat der Wechselwirkungen zwischen der teilhabenden Person, ihrer Erkrankung und ihren Kontextfaktoren verstanden. Als funktional gesund gilt, wer möglichst kompetent und somatisch gesund an normalisierten Lebensbereichen teilnimmt und -hat. Als Bezugspunkt für die Bewertung dient der Vergleich mit Menschen desselben Alters, die kein Gesundheits- oder

Integrationsdefizit aufweisen (vgl. ebd.: 21). Die Hilfeplanungen der klinischen Sozialen Arbeit, welche konkrete Handlungsanleitungen für die Praxis liefern, werden entlang dieses Konzepts erarbeitet. Die ICF-Klassifikation stellt jedoch keine Kodierungsmöglichkeit zur Verfügung, um die Wechselwirkungen des menschlichen Lebens abzubilden. Individuen entwickeln sich in der Auseinandersetzung mit sich selbst sowie ihrer sozialen und materiellen Umwelt. Diesen Entwicklungsprozessen liegt eine individuelle Dynamik zu Grunde, welche das menschliche Leben zu dem macht, was es ist. Für ein differenziertes Verständnis der sozialen Gesundheitsdimension muss die Eigenlogik dieser Wechselbeziehungen abgebildet und verstanden werden (vgl. ebd.: 21-29). Hier zeigt sich das folgeschwerste Manko der ICF-Klassifikation: Die sichtbaren Klassifikationskomponenten werden zwar vollständig erfasst, ihre Wechselwirkungen aber nicht. In der Folge resultiert eine additive Auflistung des sichtbaren Fallwissens. Diese Auflistung lässt keine Aussage darüber zu, wie sich die einzelnen Komponenten in Interaktionen verhalten. Die Erfassung dieser tieferliegenden Dynamik ist jedoch notwendig, um ein aussagekräftiges Gesamtbild zu erstellen. Nur so kann die Struktur von Systemen und ihre sich selbst reproduzierende Ordnung entschlüsselt werden (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 95f.). Da diese Informationen nicht operationalisiert werden, ist auch die primäre Zielabsicht der ICF nicht eingelöst. Der Schwerpunkt wird nicht auf die Fähigkeiten der Menschen gelegt. Die ICF liefert zwar zentrale Anknüpfungspunkte, muss für eine gewinnbringende Praxisanwendung jedoch weiterentwickelt werden (vgl. INSOS Schweiz 2009: 29f.).

Trotz dieser Kritik ist die ICF ein konkurrenzloses Klassifizierungssystem. Aufgrund dessen haben sich die Autorinnen entschieden, ein Prozessgestaltungsmodell heranzuziehen, dass daran anschlussfähig ist. Die funktionale Gesundheit wird nicht beigezogen, da sie den Fokus auf die Teilhabe an normalisierten Lebensbereichen legt. Die gesellschaftliche Normalität ist einerseits jedoch kaum feststell- und operationalisierbar. Andererseits ist es zeitgemäss, die Zielrichtung anhand der Emanzipation der Menschen festzulegen, im Sinne der Wiederherstellung der subjektiven Handlungsfähigkeit. Dadurch wird bewusst das Individuum mit seiner subjektorientierten Perspektive in den Blick genommen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 95f.).

Basierend auf der Theorie Integration und Lebensführung wurde ein entsprechendes Prozessgestaltungsmodell entwickelt. Das Konzept der Systemmodellierung fokussiert die Wiederherstellung der subjektiven Handlungsfähigkeit der Menschen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 56). Zudem wird der Schwerpunkt auf die Erfassung der psychosozialen Fallkomplexität gelegt. Dadurch gelingt es, die Mehrdimensionalität der Abhängigkeits- und Mehrfacherkrankungen zu erfassen. Die diagnostische Einschätzung der sozialen Falldimension erfolgt anhand der idiografischen und deskriptiven Systemmodellierung. Die erzielten Erkenntnisse fliessen in Aushandlungsprozesse mit den Betroffenen und den interprofessionellen Kooperationsbeteiligten ein (vgl. FHNW 2020b: o.S.). Diagnostikverfahren, welche im Kontext einer interdisziplinären Zusammenarbeit Anwendungen finden, müssen speziellen Anforderungen gerecht

werden. Sie sollten auf geteilte Wissensbezüge der involvierten Fachdisziplinen zurückgreifen, um Verbindungspunkte zu schaffen. Die Systemmodellierung bezieht sich auf das biopsychosoziale Modell, welches Bestandteil des interdisziplinären Wissenskorporus ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 86). Die Schnittstellen zwischen den Professionen müssen im interprofessionellen Arbeitsfeld ebenfalls bewusst gestaltet werden. Das Erreichen einer Multiperspektivität setzt voraus, dass die Blickwinkel aller Professionen sowie diejenigen der Betroffenen in den Prozess einfließen. Die dafür notwendigen Kooperations- und Aushandlungsprozesse sollten fest im Prozess verankert sein. Spezifische Arbeitsinstrumente gewährleisten, dass die Art und Weise der Kooperation geregelt ist, wodurch Synergien zwischen den Sichtweisen gefördert werden (vgl. ebd.: 346f.). Die Systemmodellierung ist ursprünglich im Fachbereich der Psychiatrie angesiedelt. Das Konzept kann aufgrund seiner Wurzeln, der Zunahme an psychischen Erkrankungen in der Suchthilfe und dem multiprofessionellen Arbeitsfeld gerecht werden. Somit weist die Systemmodellierung wesentliche Eigenschaften auf, die für eine Anwendung im Suchtbereich sprechen. Die Autorinnen ziehen deshalb die Diagnostikverfahren der Systemmodellierung beispielhaft zur Bearbeitung der Fragestellung bei.

Ziel der Bachelor-Thesis ist es herauszufinden, ob die klinische Soziale Arbeit in der Lage ist, während der Entwöhnungstherapie eine fundierte sowie differenzierte Soziale Diagnose zu erstellen. Dabei werden insbesondere die Chancen und Risiken für Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern, hinsichtlich der Therapieintensität untersucht. Ferner wird ausgearbeitet, welche Auswirkungen mit Blick auf die Mehrperspektivität sowie die Gestaltung der interprofessionellen Kooperation zu erwarten sind. Der erste Teil der Thesis wird anhand von Fachliteratur, unter beispielhaftem Einbezug der Systemmodellierung erarbeitet. Aus den theoretischen Erkenntnissen werden Thesen zur Beantwortung der Fragestellung abgeleitet. Im darauf aufbauenden empirischen Teil werden die Thesen im Rahmen von Experteninterviews überprüft und anschliessend gegebenenfalls modifiziert. Die Befragungen werden mit Fachpersonen der Medizin, Psychotherapie und klinischen Sozialen Arbeit aus den Aargauer Suchtfachkliniken durchgeführt. Die Thesis befasst sich im Kern, auf der Grundlage dieser Überlegungen und Ziele, mit der nachfolgenden Fragestellung:

Welche Chancen und Risiken resultieren für Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern hinsichtlich der Therapieintensität, durch die Anwendung von sozialen Diagnosekonzepten, bei der Begleitung und Behandlung während einer stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie und welche Chancen und Risiken sind im Hinblick auf die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten, unter besonderer Berücksichtigung der Mehrperspektivität und der Koordination der Kooperation, zu erwarten?

2. Die klinische Soziale Arbeit in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie

Caroline Kuster

Im nachfolgenden Kapitel werden grundlegende Kontexte und Wissensbestände erschlossen. Zuerst werden das subjektive und objektive Verständnis von Gesundheit und Krankheit erläutert und anschliessend im biopsychosozialen Modell erklärt. Weiter werden die Soziale Arbeit, ihre primären Aufgaben und ihr Gegenstandsbereich, mit spezifischem Fokus auf die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, erfasst. Folgend werden die Praxisorganisationen, in welchen die Befragungen durchgeführt werden, vorgestellt und auf dieser Basis die Ziele der Entwöhnungstherapie aufgezeigt und festgehalten. In einem weiteren Schritt wird die interprofessionelle Kooperation beleuchtet und die Akteure Medizin, Psychotherapie und Soziale Arbeit erfasst. Zum Schluss werden die ausgewählten komorbiden Krankheitsbilder erklärt.

2.1. Das Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit

Sabrina Wiedmer

Zunächst ist es wichtig zu unterscheiden, ob Gesundheitsvorstellungen aus einer subjektiven oder objektiven Perspektive betrachtet werden. Anhand dieser Differenzierung erfolgt eine Begriffsschärfung. In einem zweiten Schritt wird die Relevanz der Thematik dargelegt. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschliesslich auf erwachsene Personen. Die Gesundheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen sind entwicklungsbedingt nicht gleich ausgeprägt (vgl. Faltermaier 2005: 32-37).

2.1.1. Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Sabrina Wiedmer

Subjektive Gesundheitsvorstellungen:

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird im Volksmund heterogen definiert und erklärt. Jeder Mensch verfügt über eine individuell-konstruierte Vorstellung davon, was gesund und krank ist. Diese Vorstellung ergibt sich aus persönlichen Lernprozessen während des Lebenslaufes. Sie umfasst gesundheitsbezogene Wahrnehmungen, Überzeugungen, Überlegungen und Ideen. Die Gesamtheit dieses Wissens wird in der deutschsprachigen Fachliteratur unter dem Begriff subjektive Gesundheitsvorstellungen zusammengefasst. Im englischen Sprachraum ist der Begriff *lay health beliefs* geläufig. Die subjektive Sichtweise eines Menschen entspricht einer sogenannten Laienperspektive. Der Begriff Laie ist keineswegs abwertend zu verstehen. Vielmehr soll dadurch die Abgrenzung zur objektiven Sichtweise von Fachpersonen betont werden. Das Laienwissen ist ein wertvolles Alltagswissen, welches aktiv, relativ eigenständig und unsystematisch erworben wird. Die Abbildung 1 zeigt, dass subjektive

Gesundheitsvorstellungen in Konzepte und Theorien unterteilt werden. Das dort verankerte Wissen wird im lebensweltlich-sozialen Kontext erworben. Subjektive Gesundheitsvorstellungen sind deshalb nicht nur individuell, sie werden auch sozial geteilt (vgl. Faltermaier 2005: 31-35).

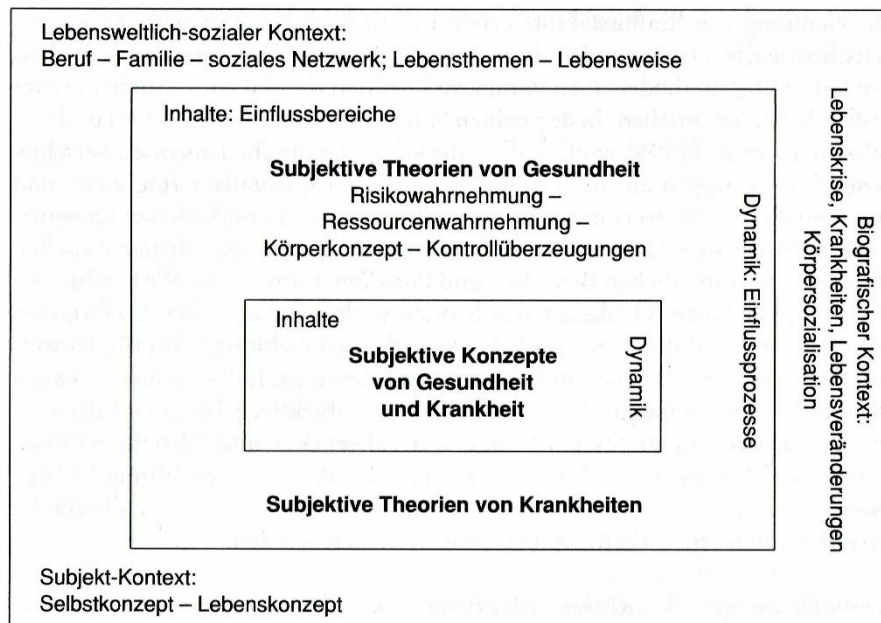


Abb. 1: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Kontext (in: Faltermaier 2005: 43)

Subjektive Gesundheitskonzepte:

Im Kern der subjektiven Gesundheitsvorstellungen befindet sich das Gesundheitskonzept. Hier ist verankert, was ein Mensch unter Gesundheit versteht. Der Bezug zur eigenen Gesundheit steht dabei im Mittelpunkt. Menschen verfügen über ein differenziertes Gesundheitsverständnis. Sie sind in der Lage, die einfache Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit in Frage zu stellen. Bereiche zwischen gesund und krank können aktiv wahrgenommen werden. Das Gesundheitsempfinden ist mehrdimensional und wird auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene bewertet. Deshalb schliessen körperliche Beschwerden das gleichzeitige Vorhandensein von psychischem Wohlbefinden nicht aus. Trotz der individuellen Ausprägung der Gesundheitskonzepte lassen sich inhaltliche Gemeinsamkeiten erkennen. Menschen beurteilen ihre Gesundheit eher entlang von positiven Kriterien. Befragungen zeigen, dass das Vorhandensein von psychischem Wohlbefinden der wichtigste Gesundheitsindikator ist. Danach folgt die funktionale Leistungsfähigkeit, die körperliche Fitness und die Energie. Erst im Anschluss wird Gesundheit anhand der Abwesenheit von Krankheit bestimmt. Die Gesundheitskonzepte von Menschen mit einer Erkrankung weichen im Vergleich nur geringfügig ab. Da gesunde und kranke Anteile differenziert wahrgenommen werden, ist die Gesundheitsförderung bei erkrankten Personen ebenfalls sinnvoll. Menschen nehmen ihren Gesundheits-

zustand als dynamische Grösse wahr, welche sich während des Lebenslaufs verändert (vgl. Faltermaier 2005: 35-41). Diese Entwicklung wird entweder als allmählicher Abbau- oder Regenerationsprozess erlebt, im Sinne einer kontinuierlichen Reduktion und Regeneration (vgl. Faltermaier 2016: 231f.).

Subjektive Gesundheitstheorien:

Die subjektiven Theorien sind breiter angelegt als die individuellen Konzepte. Sie umfassen die Vorstellungen eines Menschen, welche Einflussfaktoren sich positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken. Der Mensch ist in der Lage, komplexe Erklärungsstrukturen zu Zusammenhängen zwischen den Einflussfaktoren und der eigenen Gesundheit herzustellen. Zudem werden Überlegungen zur Entstehung von Gesundheit und den Ursachen von Krankheit angestellt (vgl. Faltermaier 2005: 35-43). Die massgebendsten Einflussfaktoren können einerseits am Arbeitsplatz und im familiären Kontext lokalisiert werden, andererseits im Rahmen des eigenen Lebensstils und der Umwelt. Im Zentrum steht die Frage nach möglichen Risiken, Belastungen und Unterstützungsmöglichkeiten sowie einem riskanten oder umsichtigen Gesundheitsverhalten. Manche Menschen rücken eher die Risiken, andere die Ressourcen in den Vordergrund. Die Fähigkeit verknüpft zu denken, kommt in Theorien zum Verhältnis zwischen den gesundheitlichen Risiken und Ressourcen zum Tragen. Befragungen zeigen, dass teilweise auch die Annahme vertreten wird, die Gesundheit sei vom Zufall, der Vorsehung oder dem Lebensalter abhängig (vgl. Faltermaier 2016: 232).

Der lebensweltlich-soziale, biografische und Subjekt-Kontext:

Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen werden sowohl vom biografischen Lernprozess des Individuums, seiner Lebenswelt sowie den darin stattfindenden sozialen Prozessen mitgeprägt. Ein Individuum steht stets im Verhältnis zur Gesellschaft und ist in ein soziales Umfeld eingebettet. Diesem Umstand trägt das Konzept der sozialen Repräsentation Rechnung. Es betont, dass die Gesellschaft durch Werte, Normen und Wissensbestände (die Aufzählung ist nicht abschliessend) einen Bezugsrahmen für eine breite Masse an Individuen schafft. Dieser Bezugsrahmen führt je nach Interpretation zu Anteilen in Gesundheitsvorstellungen, die nicht nur individuell sind. Der beschriebene makrosoziologische Einfluss kann anhand der unterschiedlichen Umgangsformen von Bevölkerungsgruppen mit dem Thema Gesundheit aufgezeigt werden. Eine mikrosoziologische Einwirkung findet durch den Kontakt zu Bezugspersonen statt. Menschen gleichen ihren alltäglichen Gesundheitsumgang sozial ab, was sich auf ihre gesundheitsbezogenen Vorstellungen und Handlungen auswirkt. Gesundheitsbezogenes Handeln ist deshalb auch immer eine Form des sozialen Handelns (vgl. Faltermaier 2005: 33-35).

Subjektive Krankheitstheorien:

Die subjektiven Krankheitstheorien müssen als eigenständiger Gegenstandsbereich verstanden werden. Es handelt sich nicht um das bloße Antonym der Gesundheitstheorien. Die Krankheitstheorien gestatten es dem Menschen, Vorhersagen über Krankheits- und Therapieverläufe zu machen sowie etwaige Konsequenzen für den Lebensalltag abzuschätzen. Dadurch bleibt die Fähigkeit erhalten, die eigenen Handlungsmöglichkeiten zu steuern trotz einer Krankheit. Die individuellen Theorien beeinflussen die Krankheitsverarbeitung und das Krankheitsverhalten sowie die sozio-emotionale Passung an die Situation (vgl. Faltermaier 2005: 46f.). Was Menschen im Umgang mit einer Krankheit unternehmen, ist im Konzept des Krankheitsverhaltens verankert. Fühlt sich ein Mensch subjektiv krank, wird eine breite Palette an möglichen Aktivitäten abgerufen: Die körperlichen Veränderungen werden bewertet und oftmals mit Bezugspersonen des nahen sozialen Umfelds validiert. Eine sogenannte Laiendiagnose wird erstellt. Basierend auf dieser Einschätzung wird entschieden, ob und wie eine Selbstbehandlung erfolgt oder professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Das Krankheitskonzept hat Einfluss auf den Umgang mit der Krankheit und ist ausschlaggebend für die Art und Weise der Kommunikation mit dem professionellen Hilfesystem (vgl. Faltermaier 2016: 234).

Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und Adhärenz:

Die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen haben einen signifikanten Einfluss auf das gesundheitsbezogene Handeln. Sie wirken sich wesentlich auf den Verlauf, die Therapie und die Genesung einer Krankheit aus (vgl. Faltermaier 2005: 31). Es ist Teil einer professionellen Begleitung und Behandlung, dass Therapieziele mit den Betroffenen ausgehandelt werden. Die Bereitschaft der betroffenen Person zur Einhaltung dieser Ziele wird im Fachjargon als Compliance bezeichnet. Der Begriff Compliance wird jedoch zunehmend von der Bezeichnung Adhärenz abgelöst. Der neuzeitlichere Begriff der Adhärenz betont explizit den Aushandlungsprozess von Therapiezielen. Dadurch wird bewusst von einer *Top-down* Interaktionsstruktur zwischen Betroffenen und Fachpersonen abgerückt. Die Begriffsanpassung kann als Ausdruck eines gesellschaftlichen Wandels hin zu einer stärkeren beidseitigen Verantwortung für Therapieerfolge interpretiert werden. Dem Wandel rund um das Thema Therapietreue soll mit der Verwendung des Begriffs Adhärenz Rechnung getragen werden (vgl. Schäfer 2017: 15f.). Die individuellen Krankheitstheorien bilden die kognitive Basis des Verhaltens einer erkrankten Person. Sie bestimmen, ob und wie sich ein Mensch adhärent verhält (vgl. Faltermaier 2016: 234). Eine wichtige Voraussetzung für Adhärenz ist, dass sich die professionelle Begleitung und Behandlung an den jeweils individuellen Krankheitstheorien orientiert. Hierfür bedarf es einer professionellen Praxis, die den Stellenwert dieses subjektiven Wissens anerkennt und das Laienwissen respektiert. Die Erfassung der individuellen Gesund-

heits- und Krankheitsvorstellungen gibt einerseits Aufschluss über das gesundheitsbezogene Wissen, die Aktivitäten und Fähigkeiten einer Person. Andererseits können Informationen über die spezifische Lebenswelt generiert werden. Dieses Wissen ist relevant, weil sich Betroffene nur temporär im Gesundheitswesen aufhalten. Die Fortschritte, welche im professionellen Kontext erzielt werden, müssen erfolgreich in den Alltag transferiert werden. Entscheidungen zu Gunsten der Gesundheit sollen deshalb möglichst aus eigener Überzeugung getroffen werden. So steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Massnahmen langfristig umgesetzt werden. Der Einbezug der subjektiven Gesundheitsvorstellungen wirkt sich positiv auf dieses Vorhaben aus. Zum einen wird die Identifikation und Passung mit den Interventionen gefördert. Zum anderen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Massnahmen nachhaltig in die Lebenswelt integriert werden. Die Menschen werden dort abgeholt, wo sie stehen, indem das Krankheitsverhalten und die Bewältigungsstrategien gezielt in die Begleitung und Behandlung einbezogen werden. Im Fokus steht der Umgang mit der Krankheit im Alltag, die Vermittlung von Selbsthilfegruppen und die Gestaltung von familiärer sowie professioneller Unterstützung. Ziel ist es, zwischen dem professionellen Gesundheitssystem und dem Laiensystem Berührungspunkte herzustellen. So entstehen wirksame Verbindungen zwischen den subjektiven und objektiven Gesundheitsvorstellungen (vgl. ebd.: 236-238).

2.1.2. Objektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Sabrina Wiedmer

Im Jahr 1948 ist in der Schweiz die Verfassung der WHO in Kraft getreten. Die beteiligten Staaten anerkennen mit der Verfassung die Gesundheitsdefinition der WHO (vgl. WHO 2014: 1). Diese lautet: «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.» (ebd.) Die WHO Definition erntet in Fachkreisen nicht nur Anerkennung, sondern stösst auch auf Kritik. Zum einen, weil Gesundheit als idealer und statischer Zustand dargestellt wird. Dabei ist es fraglich, inwiefern das vollständige körperliche, geistige sowie soziale Wohlergehen als Zielgrösse realistisch ist. Zum anderen, weil Gesundheit als grösstes Gut anstatt als beste Ausgangslage für einen gelingenden Lebensentwurf dargestellt wird (vgl. Flatscher/Liem 2012: 19). Für die klinische Soziale Arbeit ist die Dichotomisierung von Gesundheit und Krankheit zudem nur wenig brauchbar. Menschen werden entweder als gesund oder krank eingestuft, obwohl sie sich häufig mit Belastungen konfrontiert sehen, die in unterschiedlichen Lebensbereiche auftreten und verschieden stark ausgeprägt sind. Die Dichotomisierung führt zu einer Generalisierung, wodurch eher die Defizite fokussiert werden. Die Ressourcen sowie die gesellschaftliche Einbettung der Menschen bleibt dabei häufig aussenvor (vgl. Pauls 2013b: 97).

Die Definition hat aber auch Vorteile. So wird das soziale Wohlbefinden auf dieselbe Ebene wie die physische und psychische Gesundheit gestellt (vgl. Stalder 2020: 156). Dadurch wird

ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit gefördert und die Bedeutsamkeit der sozialen Dimension betont. Die Formulierung «Wohlergehen» hebt zudem die Wichtigkeit des subjektiven Empfindens dieses Zustands hervor (vgl. Flatscher/Liem 2012: 18f.). Die WHO Definition entspricht lediglich einem Grundsatz, der von den unterzeichnenden Staaten akzeptiert wird (vgl. WHO 2014: 1). Ein Grundsatz kann als Zielabsicht verstanden werden, wobei es sich nicht um einen Zustand handelt, der erreicht sein muss. Vielmehr sollen sich die Handlungen der beteiligten Staaten an den formulierten Grundsätzen orientieren. Das in diesem Zusammenhang eher zu grosse Ziele formuliert werden, ist nachvollziehbar.

Kritisch hinterfragt werden kann, ob ein differenziertes Konzept von Gesundheit und Krankheit angewendet werden sollte. Die salutogenetische Sichtweise besteht zum Beispiel aus mehr Komponenten als das Gesundheits- und Krankheitskontinuum. Statt die Gesundheit an einem Ideal zu messen, wird differenziert nach Zusammenhängen, Widerstandsressourcen sowie Belastungs- und Spannungszuständen gefragt (vgl. Pauls 2013b: 105).

Das hier beschriebene Wissen wird in der Kategorie der objektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen gefasst. Es zeichnet sich nicht durch eine vollständige Objektivität aus, da diese dem Menschen per se verwehrt bleibt. Das objektive Wissen ist vielmehr daran erkennbar, dass es systematisch erworben wird und auf eine professionelle Erfahrungs- und Wissensbasis zurückgreift (vgl. Faltermaier 2005: 32). Die Gesundheitsvorstellungen von medizinischen und gesundheitlichen Expert_innen werden ebenfalls dieser Kategorie zugeordnet. Die objektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen können als Reservoir des vorhandenen Fachwissens zum Thema Gesundheit und Krankheit verstanden werden.

Objektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und Adhärenz:

Fachpersonen sind die Expert_innen ihres Fachgebiets sowie Laien die Expert_innen ihrer Lebenswelt sind. Keine der beiden Wissensformen ist der anderen überlegen. Diese Haltung muss bereits während den Gesundheitsberufsausbildungen vermittelt werden. Ein wertschätzender Austausch über Gesundheit und Krankheit ist von gegenseitigem Respekt geprägt. Sobald die differenten Wissensformen und Handlungslogiken anerkannt werden, kann eine Diskussion auf Augenhöhe stattfinden. Dieser gegenseitige Respekt bildet die Basis, für ein stabiles Arbeitsbündnis und eine tragfähige Zusammenarbeit (vgl. Faltermaier 2016: 236f.).

2.2. Das biopsychosozial(kulturelle) Modell

Sabrina Wiedmer

Die ganzheitliche, biopsychosoziale Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit wurde mittels der WHO Definition bereits eingeführt. Diese Denkweise wird mit dem biopsychoso-

zialen Modell nach Engel (1977)² weiter konkretisiert. Es beschreibt, was unter Ganzheitlichkeit im engeren Sinn verstanden wird. Der Grundgedanke besteht darin, dass die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren des Menschen in einer andauernden, sich verändernden Wechselbeziehungen zueinanderstehen. Die biopsychosozialen Bedingungen eines Menschen umfassen im Wesentlichen das individuelle Erleben und Verhalten (psycho), die leibliche Existenz (bio) und das soziale Zusammenleben (sozial). Die komplexen Wechselbeziehungen zwischen diesen Bedingungen werden in der Abbildung 2 anhand von Pfeilen dargestellt (vgl. Pauls 2013a: 18-20).

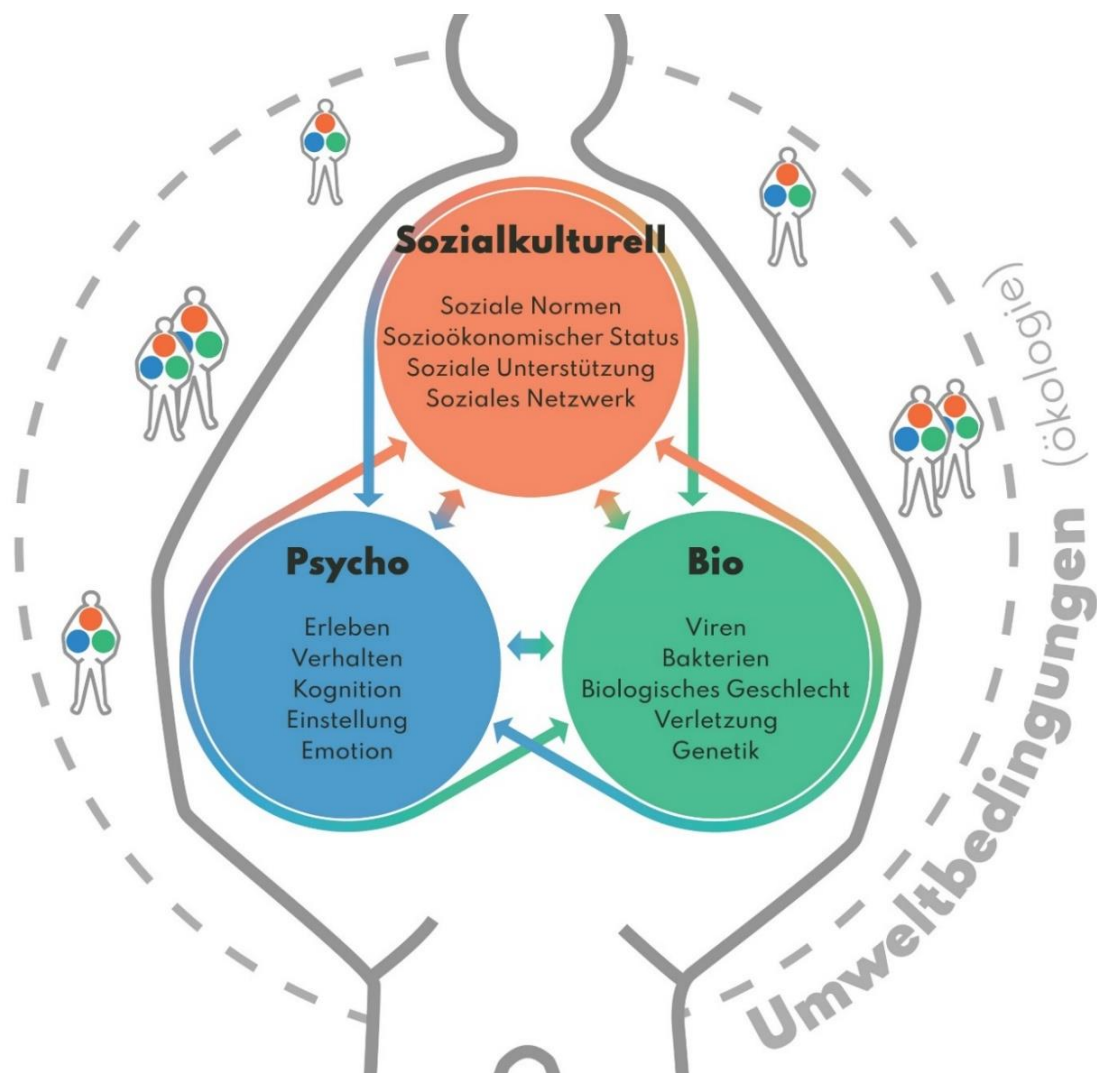


Abb. 2: Das biopsychosozial(kulturelle) Modell (in Anlehnung an: Engel 1977: 129-136)

Treten Störungen im Zusammenspiel dieser Faktoren auf, führt dies zu einer Krankheitsanfälligkeit. Sowohl die Entwicklung wie auch der Verlauf einer Erkrankung kann anhand der biopsychosozialen Faktoren und deren Veränderungen erklärt werden. Die psychischen und die

² Engel, George, Libman (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. In: *Science*. 196. Jg. (4286). S. 129-136.

sozialen Faktoren kommen dabei ebenso für die Entstehung einer Krankheiten in Frage, wie die biologischen Bedingungen (vgl. Pauls 2013a: 18-20).

Menschen, welche die Unterstützung der klinischen Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen, leiden häufig an Befindlichkeits- und Selbstwertdefiziten. Diese stellen eine Art Brücke zwischen den problemverursachenden sozialen Lebensbedingungen und den somatischen Erkrankungen dar. Veränderungen in den sozialkommunikativen Strukturen eines Menschen bedingen, dass die psychische Ebene miteinbezogen wird und umgekehrt. Dysfunktionale soziale Strukturen sind demnach ersetzbar, wenn die Wahrnehmung, die Bewertung und die Integration der Erfahrungen in das Selbstkonzept aktiv bearbeitet wird (vgl. Pauls 2013b: 43). Selbst die beste medizinische Behandlung ist somit abhängig von den sozialen und emotionalen Bewältigungsfähigkeiten der Betroffenen sowie ihrem sozialen Umfeld. Dabei kommen dem familiären Helfernetz und der allgemeinen sozialen Umgebung, wie zum Beispiel dem Arbeitsplatz, zentrale Rollen zu. Ein wesentlicher Erfolgsindikator für die Genesung ist, dass allfällige soziale Unterstützungsmöglichkeiten oder Hindernisse erkannt und miteinbezogen werden (vgl. Pauls 2013a: 19).

Ohne die biologischen Abläufe können Prozesse auf der psychosozialen Ebene aber ebenso nicht existieren. Sie sind von ihrer Funktionsfähigkeit abhängig (vgl. Pauls 2013b: 38). Erstaunlicherweise können psychosoziale Erlebnisse aber auch zu Veränderungen im Zentralnervensystem und dem Gehirn führen. Dieses Phänomen wird synaptische Plastizität oder Neuroplastizität genannt (vgl. Pauls 2013b: 34). Die synaptische Plastizität erklärt, wie psychosoziale Erlebnisse sowie gesellschaftliche Lebensverhältnisse die funktionalbiologischen Abläufe beeinflussen. An dieser Stelle ist insbesondere die Erkenntnis von Interesse, dass dadurch das Zentralnervensystem sowie das Gehirn tiefgreifend geprägt wird (vgl. ebd.: 38). Gelingt es, die einzelnen biopsychosozialen Bedingungen mit ihren einzigartigen Interaktionen auszumachen, können die biopsychosozialen Prozesse entschlüsselt und beeinflusst werden.

Person In Environment:

Menschen sind Teil umfassender Systeme, die in der Abbildung 2 als Umweltbedingungen oder Ökologie bezeichnet werden. Eine einzelne Person stellt darin ebenfalls ein eigenes System dar. Dies wird anhand der visualisierten biopsychosozialen Dynamik erkennbar. Das System Mensch beinhaltet aufs Neue eine Vielzahl von Subsystemen. Sie umfassen die einzelnen biopsychosozialen Faktoren sowie deren Eigendynamik (vgl. Pauls 2013a: 18). Die psychosozialen Erlebens- und Verhaltensweisen eines Menschen werden massgeblich durch Situations- und Umweltbedingungen mitgeprägt. Das menschliche Handeln wiederum hat Einfluss auf den Situations- und Umgebungskontext. Mit der Bezeichnung *Person In Environment* wird diese Feststellung prägnant zum Ausdruck gebracht. Psychosoziale Veränderungen gelingen nur, wenn sowohl das menschliche Erleben und Verhalten wie auch die soziale Umgebung

berücksichtigt wird. Sie sind sowohl vom Sozialverhalten des Menschen wie auch von dessen Sozialverhältnissen abhängig (vgl. Pauls 2013b: 64f.).

Die soziokulturelle Dimension:

Die soziale Dimension des Modells nach Engel kann aus Sicht der klinischen Sozialen Arbeit auch als soziokulturelle Dimension bezeichnet werden. Die Gesamtgesellschaft setzt sich aus einer Vielzahl von Bevölkerungsgruppen zusammen. Sie unterscheiden sich wesentlich voneinander, beispielsweise hinsichtlich ihrer Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Diese kulturellen Differenzierungsmechanismen sowie weltweite Migrationsprozesse führen zu Gesellschaften, die von Multikulturalität geprägt sind. Die explizite Erfassung der kulturellen Dimension kann deshalb, je nach Fall, relevant sein. Dabei löst die kulturelle Komponente weitere Differenzierungsformen wie diejenigen nach Ethnie, Sozialraum, Gesellschaftsschicht oder dem konstruierten sowie biologischen Geschlecht keineswegs ab. Sie ergänzt diese. In der Abbildung 2 wird die soziale Dimension deshalb als soziokulturelle Dimension bezeichnet. Dadurch soll der gegenwärtigen Bedeutungszunahme der kulturellen Falldimension Rechnung getragen werden (vgl. Staub-Bernasconi et al. 2012: 10).

Das biopsychosozialkulturelle Modell:

Der beste Schutzfaktor sowie das beste Heilmittel für körperliche und psychische Erkrankungen stellen stabile psychosozialkulturelle Integrationsarrangements dar. Genesung bedeutet (Re-)Integration in die soziale Umgebung, um das psychische und soziale Wohlbefinden wiederzuerlangen. Krankheiten gehen häufig mit einem Mangel an sozialer Einbettung und psychosozialen Wohlbefinden einher. Ein solches Defizit wird allein durch den Einsatz von Medikamenten nicht ausreichend behandelt. Vielmehr muss der soziokulturellen Falldimension im Gesundheitswesen sowie im privaten Umfeld genügend Bedeutung beigemessen werden. Das biopsychosozialkulturelle Modell fördert eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen. Die biophysiologicalen, neuropsychologischen sowie die soziokulturellen Anteile werden in einen logischen Sinneszusammenhang gebracht (vgl. Pauls 2013b: 32). Die erzielten Erkenntnisse fließen in dialogische Aushandlungsprozesse mit den Betroffenen ein, wodurch sich eine personenzentrierte und beziehungsorientierte Vorgehensweise ergibt (vgl. Pauls 2013a: 18).

Die genetischen Faktoren sowie die Umgebungsbedingungen wirken weitgehend psychisch vermittelt auf den Menschen ein. Treten Störungen in diesen Beziehungen auf, kann daraus eine Erkrankung resultieren. Das Verhältnis zwischen den einzelnen Bedingungen ist dabei nicht additiv. Vielmehr weist es den Charakter einer komplexen dynamischen Wechselbeziehung auf (vgl. Pauls 2013b: 33). Ob nun den genetischen Faktoren oder den Umgebungsbedingungen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, ist in Fachkreisen auch heutzutage noch umstritten. Dieser Disput ist beizulegen. Die WHO leitet, basierend auf dem biopsychosozialkulturellen Modell die Forderung ab, Gesundheit als multiperspektivischen Gegenstand

zu bestimmen. Sie plädiert für eine arbeitsteilige und interdisziplinäre professionelle Praxis, um allen Dimension gerecht zu werden (vgl. Pauls 2013a: 21).

2.3. Die klinische Soziale Arbeit

Caroline Kuster

Die Soziale Arbeit:

Die Profession der Sozialen Arbeit unterstützt mit ihrem Wissen, ihren Modellen und Möglichkeiten, wenn ein Individuum in Konflikt mit der Gesellschaft gerät oder sich in einer persönlichen Krise befindet. Sie strebt auf konstruktive Art und Weise die Unabhängigkeit der Zielgruppe an, auch der eigenen Disziplin gegenüber: Betroffene werden motiviert, das zu tun, wozu sie selbst fähig sind, um dadurch vorhandene Ressourcen zu aktivieren (vgl. Cannon 2018: 222). Die selbständige Lebensführung, Autonomie und Integrität des Individuums stellen zentrale Zielgrößen der Sozialen Arbeit dar (vgl. AvenirSocial 2014: 3).

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen:

Die Haltung, die der Fachsozialarbeit im Gesundheitswesen zu Grunde liegt, stützt sich auf das Berufsbild der Sozialen Arbeit. Sie folgt, nach Definition von AvenirSocial, einem humanistischen Bild des Menschen und orientiert sich streng an Menschenrechten und ethischen Prinzipien. Dabei ist der Wert und die Würde des Menschen, Gerechtigkeit, Solidarität, Gleichheit und Demokratie zentral verankert (vgl. AvenirSocial 2014: 5). Die klinische Soziale Arbeit setzt sich ein, dass nach dem Recht auf Gesundheit der diskriminierungsfreie Zugang zu Versorgung und Einrichtungen gewährleistet ist (vgl. SAGES/AvenirSocial 2018: 5).

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit oder die klinische Sozialarbeit bildet dabei die Expertise zwischen Individuum und sozialem Umfeld. Die Leistungen, Unterstützungsmöglichkeiten und Angebote richten sich an Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die von einer Erkrankung bedroht sind und an das soziale System inklusive den Angehörigen. Ihr Auftrag lautet, Individuen vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen zu schützen, den bereits Betroffenen oder davon Bedrohten eine soziale Teilhabe und gelingende Lebensführung zu ermöglichen, diese zu fördern und so den Genesungsprozess zu unterstützen. Weitere Aufgaben sind, Menschen bei der Bewältigung sozialer Probleme, die auf Grund von Erkrankungen und von gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen können, zu unterstützen und zu schützen (vgl. SAGES/AvenirSocial 2018: 1-3).

Klinische Soziale Arbeit als Fachsozialarbeit:

Der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) geht davon aus, dass die Entstehung von Gesundheit und Krankheit vom Zusammenspiel der biopsychosozialkulturellen Faktoren abhängig ist (vgl. SAGES 2020: o.S.). Die klinische Soziale Arbeit strebt mit Hilfe zur Selbsthilfe an, dass die Unabhängigkeit der Betroffenen gewahrt und

gefördert wird. Die klinische Fachsozialarbeit hängt von der Wirksamkeit ihrer Interventionen ab. Eine erfolgreiche Begleitung und Behandlung kann erreicht werden, wenn die Professionellen angemessen geschult sind. Aufgrund der Komplexität der Fälle und der Sensibilität der Zielgruppe bedarf es einer spezifischen, fachlichen und methodisch begründeten Weiterbildung. Ferner stellt die interdisziplinäre Kooperation und die darin enthaltenen Entfaltungsmöglichkeiten eine zentrale Grundlage für die Qualität und den Erfolg dar (vgl. Cannon 2018: 138). SAGES steht dafür ein, dass die klinische Soziale Arbeit in der Gesundheitsversorgungslandschaft an Anerkennung gewinnt (vgl. SAGES 2020: o.S.).

Methoden der klinischen Sozialarbeit:

Die klinische Soziale Arbeit denkt systemisch. Mit dieser Eigenschaft und den ihr übergeordneten Grundsätzen bildet sie einen integrativen Bestandteil in der Begleitung und Behandlung von Beeinträchtigungen somatischer und psychischer Herkunft. Die klinische Soziale Arbeit richtet ihren Fokus auf die Mobilisierung der individuellen Ressourcen in der jeweiligen Lebenslage und -welt, aber auch auf die Unterstützung des gesamten sozialen Systems. Sie erhellt die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit. Aufgaben im Sinne der gesamten Gesellschaft sind ebenso Teile der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Zum Beispiel die Förderung von Chancengleichheit, den Zugang zu Organisationen des Gesundheitswesens und Schutzmassnahmen für Betroffene und deren sozialen Systemen (vgl. SAGES/AvenirSocial 2018: 3).

Grundsätzlich folgen die Methoden und Modelle der klinischen Sozialen Arbeit folgenden Schritten: Zuerst wird mit einer Situationserfassung die jeweilige Lebenswelt eines Individuums erfasst und aufgezeigt. Anhand einer Analyse dessen können Soziale Diagnosen gestellt werden. Somit soll die Problemstellung herausgearbeitet werden, um eine Interventionsplanung unter Einbezug des gesamten sozialen Systems, zu erstellen. So können in der Interventionsdurchführung und in der abschliessenden Evaluation die Ergebnisse ausgewertet werden. Bei allen benannten Schritten werden das soziale System eines von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffenen oder bedrohten Menschen und die jeweiligen Einrichtungen und Unterstützungsstellen stets dialogisch miteinbezogen. Diese Form von Modellen finden sich beispielsweise in Psychoedukation, psychosozialer Beratung, Case Management, sozialer Therapie, Angehörigenarbeit, Kriseninterventionen und in interprofessioneller Kooperation (vgl. SAGES/AvenirSocial 2018: 3).

Die klinische Soziale Arbeit setzt sich für eine ganzheitliche, ressourcenorientierte und kooperative Betrachtungsweise des Individuums ein. Diese Voraussetzung erfüllt sie unter anderem mit der Anwendung der Methode *Recovery*. Der Recovery-Ansatz geht von einer personenorientierten und -zentrierten, selbstbestimmten und respektierenden Haltung aus. Er stellt den betroffenen Menschen ins Zentrum der Therapie. Dabei werden allerdings nicht

Abnormalitäten fokussiert. Recovery leitet weg vom defizitorientierten Behandlungsverständnis hin zu einer durch *Empowerment* und Selbstbefähigung geprägten Ressourcenorientierung. Der Recovery-Ansatz ist eine aktuelle Methode, welche die interdisziplinäre Zusammenarbeit begünstigt und sogar verlangt. Dabei orientiert sich der Ansatz an den Bedürfnissen der Individuen. Er ist darauf zugeschnitten, dass die Partizipation von Klient_innen das tragende Element im Hilfsplan bildet. Die Gesundheitsdefinition liegt durch die personenorientierte Haltung bei den Betroffenen selbst. Der Recovery-Ansatz ist vorwiegend in der Psychiatrie bekannt. Erfahrungen lassen vermuten, dass der gesamte medizinische Bereich von dieser Haltung profitiert (vgl. Kammer-Spohn 2013: 1450).

Tätigkeitsfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit:

Die klinische Soziale Arbeit ist in diversen Bereichen und Angebotslandschaften des Gesundheitswesens zu finden. In den unterschiedlichen Feldern, beispielsweise in somatischen Krankenhäusern, Spezialkliniken, Rehabilitationskliniken, Psychiatrien, Suchttherapien, Beratungsstellen und weiteren, werden verschiedene Aufgaben und Aufträge an die klinische Soziale Arbeit herangetragen. Diese Aufgaben hängen zum einen mit den jeweiligen Leitbildern der Organisationen zusammen, zum anderen mit den Bedürfnissen der Zielgruppen. Weiter spielen Faktoren wie ambulantes oder stationäres Umfeld eine Rolle und der spezifische Bedarf an Fachwissen in den unterschiedlichen Feldern.

Die spezifischen Aufgaben und Zuständigkeiten der klinischen Sozialarbeit werden im Kapitel 2.5. genauer erläutert.

2.4. Die Therapieziele der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie

Caroline Kuster

Eine Entwöhnungstherapie unterstützt Personen mit einer Abhängigkeit die Kontrolle über den Konsum wieder zu erhalten oder ganz aus der Sucht auszusteigen. Diese Angebote und Massnahmen sind für Betroffene ohne jegliche Ausgrenzung auf Grund von Alter, Geschlecht oder kulturellem Hintergrund zugänglich. Das Ziel von Therapien ist es ferner, die Lebensqualität, die körperliche wie psychische Gesundheit zu verbessern und eine berufliche und soziale Integration zu sichern (vgl. BAG 2019: o.S.).

Die beiden betrachteten Therapieeinrichtungen in der Angebotslandschaft der Suchthilfe im Kanton Aargau werden anonym behandelt. Sie werden in der folgenden Arbeit Organisation A und Organisation B genannt. Beide Organisationen sind stationäre Einrichtungen und gehen aus einer Stiftung hervor. Im folgenden Kapitel werden die Leitbilder und Therapiekonzepte, erfasst und darauf schliessend die Behandlungsziele in der Entwöhnungstherapie als gemeinsamer Nenner herausgearbeitet.

Organisation A:

Die erste Organisation, die vorgestellt wird, ist eine Klinik, spezialisiert auf die Behandlung von Menschen mit Alkohol- und anderen Suchtkrankheiten sowie von psychischen Folge- und Begleiterkrankungen. Die leistungssensible Suchttherapie baut auf evidenzbasierter Medizin auf, folgt den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen über Suchtkrankheiten und verweist auf qualifiziertes Fachpersonal mit viel Erfahrung. Sie beinhaltet ein ressourcenorientiertes und vielseitiges Therapieangebot, das Betroffene nach ihren individuellen Möglichkeiten auf dem Weg in eine suchtfreie Zukunft professionell unterstützt. So ist auch die Behandlungsdauer anhand der persönlichen Situation angelegt. Die Komplexität einer Erkrankung und die Bedürfnisse der Betroffenen entscheiden über Kurz- oder Langzeittherapie. Eine Kurzzeittherapie ist intensiv und dauert acht Wochen. Diese Form der stationären Therapie bietet den Patient_innen die Möglichkeit, berufliche, private und soziale Verhältnisse zu wahren. Im Therapieprogramm gehören nebst Einzeltherapien, intensive Gruppentherapien, die Arbeit mit Angehörigen und dem sozialen Umfeld dazu. Das Programm folgt einem achtsamkeitsbasierten Ansatz. Die eigene Körperwahrnehmung wird verbessert, die Stresstoleranz gestärkt und das Wohlbefinden gefördert.

Die Langzeittherapie, die besonders bei schweren und komplexen Erkrankungen oder bei Komorbiditäten indiziert ist, dauert zwischen acht bis 24 Wochen. Sie bietet Betroffenen die Möglichkeit, sich umfassend und tiefgreifend mit ihrer Situation zu befassen. In der Langzeittherapie wird davon ausgegangen, dass die psychischen und sozialen Belastungen Ursachen und Folgen von Abhängigkeitserkrankungen sind. Sie erfordern Entlastung, Reflexion und Aufarbeitung. Die stationäre Langzeittherapie stärkt mittels verschiedenen Programmen die gesunden Anteile im Betroffenen, um den Ausstiegsprozess aus der Abhängigkeit mit professioneller Hilfe, aber aus eigener Kraft erfolgreich zu bewältigen. Durch Einzel- und Gruppentherapie werden individuelle Probleme bearbeitet und eine realistische, gesunde Haltung gegenüber der Erkrankung und sich selbst gefördert. Diese Prozesse werden unterstützt durch komplementärtherapeutische Angebote. Auch in der Langzeittherapie werden Angehörige und das soziale Umfeld miteinbezogen. Sie setzen sich dafür ein, Patient_innen eine Perspektive zu bieten, auch in Form von Nachbetreuungsangeboten. Hilfe im Umgang mit Behörden und Finanzen sowie sozialrechtliche Beratung finden Patient_innen beim klinikinternen Sozialdienst.

Organisation B:

Die zweite Organisation ist ebenfalls eine Klinik, die stationäre Entwöhnungstherapie anbietet. Sie berücksichtigt zudem die Traumatisierungen und Folgen, die daraus entstehen. Die Zielgruppe bilden Menschen mit Abhängigkeiten und psychosozialen Problemen. Das Therapieprogramm zeigt Betroffenen einen Ausweg aus der Abhängigkeit auf und unterstützt sie dabei, eine selbständige und lebensbejahende Zukunft aufzubauen. Auch die Organisation B

versteht diesen Weg als prozesshaft und richtet sich im Behandlungsplan stark an den Bedürfnissen der Betroffenen. Wobei sich auch hier die Dauer der Therapie nach den persönlichen Voraussetzungen und dem individuellen Therapieverlauf richten. Die Begleitung und Behandlung selbst gliedert sich in drei Phase: Stabilisierungs- und Abklärungsphase, Neuorientierungs- und Trainingsphase und die Aussenorientierungsphase. Die Entwicklungen im Therapieverlauf werden regelmässig überprüft und weitere Ziele und Vorgehen mit den Betroffenen ausgehandelt. Das Angebot der Psychotherapie umfasst Einzel- sowie Gruppentherapien und verfolgt eine lösungs- und ressourcenorientierte Haltung. Angehörige und das soziale Umfeld werden in die Therapie miteinbezogen. Des Weiteren werden in der Organisation Tagesstrukturen, sozialtherapeutische Elemente und sinnvolle Freizeitgestaltung thematisiert und angeboten. Grundsätzlich wird mit einer Dauer von vier bis sechs Monaten gerechnet. Über Verlängerungen oder Verkürzungen wird schliesslich gemeinsam mit den Patient_innen, den Behandlungspartner_innen und den Kostenträgern entschieden.

Das integrative und prozessorientierte Therapiemodell der Organisation B geht davon aus, dass den Belastungen im psychosozialen Bereich Verhaltens- und Beziehungsmuster zugrunde liegen, die eine aktive eigenständige Lebensgestaltung erschweren und das Verhalten beeinträchtigen. Dementsprechend sollen Patient_innen unterstützt werden, achtsam Verhaltensmuster zu erkennen und zu verändern, damit ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben, den sozialen und rechtlichen Gegebenheiten angepasst, möglich ist. Durch die Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen wird den Patient_innen ein umfassendes Hilfsangebot zur Verfügung gestellt. Insbesondere eine individuelle berufliche und soziale Rehabilitation wird als Ziel verfolgt. Der Therapieplan berücksichtigt individuelle Probleme, Ressourcen und Möglichkeiten und unterstützt darauf aufbauend eine sinnstiftende, befriedigende Lebensperspektive. Das Behandlungsziel der Organisation B umfasst die Ansicht, je mehr Eigenverantwortung für das eigene Leben übernommen wird, desto selbständiger kann der Alltag gestaltet werden. Wobei Selbständigkeit nicht nur Freiheit und Unabhängigkeit bedeutet, sondern auch achtsames und zuverlässiges Wahrnehmen von Pflichten und Verantwortung.

Therapieziele:

Zuvor wurden die der Suchthilfe zugrundeliegenden Rahmenbedingungen sowie die Leitbilder und Portraits der besagten Organisationen aufgegriffen und zusammenfassend vorgestellt. Die Angebote der beiden Organisationen ähneln sich in ihren Konzepten und erfüllen somit die übergeordneten Kriterien für Suchthilfe. Beide sehen vor, gemeinsam mit den Betroffenen einen Ausweg aus der Abhängigkeit zu finden und dabei zu unterstützen. Sie streben einen achtsamen Umgang mit Gesundheit und Krankheit an, um schliesslich eine nachhaltige berufliche sowie soziale Integration als Ziel und Perspektive zu erarbeiten. Die Organisationen A

bietet nebst der kongruenten Langzeittherapie auch Kurztherapieformen an. Die übergeordneten Ziele der stationären Suchttherapie werden im Folgenden nochmals aufgelistet:

- Abstinenz: Einen kontrollierten Umgang mit Suchtmitteln, der eigenen Betroffenheit und Krankheit fördern oder Betroffene beim Ausweg aus der Abhängigkeit und der Verbesserung der Lebensqualität unterstützen.
- Durch Angebote, Therapien, und Massnahmen vorhandene Ressourcen aktivieren, neue Verhaltensmuster und Kompensationsstrategien kennenlernen, um mit der Krankheit und die dadurch erlebten Beeinträchtigungen achtsam umzugehen.
- Die professionell begleitete Aufarbeitung, Reflexion und Entlastung von psychosozialen Problemen und Folgen der Abhängigkeit.
- Die Orientierung an und der Miteinbezug von Bedürfnissen und Anliegen der Betroffenen und somit die Garantie auf eine individuelle Therapie, auf Grund von der eigenen Situation und Bedarfslage.
- Die Eigenverantwortung der Betroffenen für ein selbständiges, achtsames und pflichtbewusstes Leben fördern und unterstützen.
- Umfassende Suchtarbeit: Miteinbezug von und Zusammenarbeit mit dem sozialen System und Angehörigen.
- Gemeinsam eine nachhaltige berufliche und soziale Integration erarbeiten, um Perspektiven für eine lebensbejahende Zukunft zu haben. Dazu gehören auch Nachsorge- und Vernetzungsmöglichkeiten nach der stationären Therapie.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern, durch gezielte Weiterbildungen des Personals.
- Qualitätssicherung QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol), um obengenannte Ziele und Behandlungskriterien zu gewährleisten (vgl. BAG 2019: o.S.).

2.5. Die interprofessionelle Kooperation

Caroline Kuster

Die Problem- und Lebenslagen der Klientel der klinischen Sozialen Arbeit werden immer umfassender. Die komplexen psychosozialen Störungsbilder und deren Auswirkungen auf den Alltag implementieren eine fachlich fundierte, multidisziplinäre und mehrperspektivische Begleitung und Behandlung. Mit dieser Aufgabenkomplexität ergeben sich grosse Herausforderungen, welchen nur durch eine mehrperspektivische Problemanalyse und -diagnose entgegengetreten werden kann. Diese Herausforderungen können mittels einer entsprechenden Reflexion gemeistert werden. Die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Professionen im Fall bedeutet, dass spezifische Methoden, Ziele und Abläufe nebeneinander ablaufen. So entstehen gleichzeitig immer neue Anforderungen und es werden neue Aufgaben an sämtliche

Fallbeteiligte herangetragen. Um die Behandlungsziele in der stationären Entwöhnungstherapie zu erreichen und den Klient_innen eine umfassende Unterstützung anzubieten, ist eine gelingende Kooperation essenziell (vgl. Merten/Amstutz 2015: 35-60, Merten et al. 2015: 21-34).

Kooperation an sich ist ein interprofessionelles Zusammenarbeiten unterschiedlicher Fachdisziplinen. Jede Disziplin wird somit Teil des Ganzen. Die Disziplinen sind eigenständig und handeln in sich autonom, gleichzeitig sind jedoch alle voneinander abhängig. Sie werden schliesslich in Kooperationsgefässen zusammengeführt, um Sinn und Zweck im Prozessbogen erfüllen zu können (vgl. Merten et al. 2015: 34). Professionelle Kooperation zeichnet sich durch kompetente Bearbeitung des gemeinsamen Gegenstandes in den jeweiligen Tätigkeitsfeldern aus. Dabei sind gegenseitige Unterstützung, Abstimmung und Partizipation genauso zu beachten wie die jeweiligen Denk- und Handlungslogiken, die professionsspezifischen Wertvorstellungen und die Zielperspektiven der beteiligten Disziplinen. Durch Kooperation können die fachlichen oder personalen Ressourcen im Behandlungsprozess koordiniert und Doppelspurigkeit verhindert werden. Klientelbezogene Handlungsmöglichkeiten werden optimiert, Problemlösungskompetenzen der Fachpersonen verbessert und die Zielerreichung sowie die Ergebnisqualität verbessert. Um dies zu gewährleisten, bedarf es einigen Grundvoraussetzungen. Kooperation ist freiwillig. Sie ist eine bewusst gewählte, beabsichtigte, fachlich fundierte professionelle Zusammenarbeit in Form von Koproduktion, die ethisch begründet und zeitlich begrenzt ist. Kooperation verhält sich reziprok. Die Kooperationsbeteiligten orientieren sich an der Professionsherkunft und beziehen sich auf den organisationalen Kontext. Kooperation zielt auf das Erreichen von eigenen und gemeinsamen Zielen ab. Sie ist wirkungsorientiert, erfüllt eine gemeinsame Aufgabe und bearbeitet einen Gegenstand. Kooperation ist immer Partizipation. Sie bezieht alle Sichtweisen mit ein und garantiert Teilhabe. Somit ist sie auch multiperspektivisch: die Sichtweisen und Handlungslogiken müssen integriert werden. Kooperation ist kompetenzorientiert. Sie erfordert Kommunikations- und Konfliktfähigkeiten, Empathie, Offenheit und die Bereitschaft zur Kooperation selbst. Weitere Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation sind nebst einer realistischen Arbeitsplanung, den Informationsfluss zu garantieren und Zielperspektiven zu klären, respektive zu überprüfen, ob die Kooperationsbeteiligten dieselben Ziele verfolgen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Wissen übereinander, bezogen auf Aufträge, Zuständigkeiten, Kompetenzen, Ziele, Arbeitsweisen sowie auch über die eigene Profession (vgl. Merten/Amstutz 2015: 35-60).

Das diffuse Mandat der Allzuständigkeit für komplexe Problemlagen der klinischen Sozialen Arbeit legt nahe, dass die eigenen Zuständigkeiten im Fall immer wieder überprüft und neu geklärt werden müssen. Themen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der klinischen Sozialen Arbeit fallen, werden weitervermittelt. Diese Abklärung impliziert, dass Sozialarbeitende zielorientiert und aufgabenbezogen mit anderen Professionsgruppen zusammenarbeiten. Aufgabe der klinischen Sozialen Arbeit ist es, interprofessionelle Kooperationsprozesse auf-

zugleisen und zu koordinieren (vgl. Merten et al. 2015: 33). Professionelle Kooperation ist Strukturmerkmal und gleichzeitig Handlungsmaxime der Sozialen Arbeit (vgl. Merten/Amstutz 2015: 60).

2.5.1. Die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten

Caroline Kuster

Um die genannten übergeordneten Behandlungsziele zu erreichen und möglichst nachhaltig zu vertiefen, ist eine interprofessionelle Kooperation unabdingbar. Sie garantiert eine ganzheitliche Therapie. Im Folgenden werden die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten mit ihren Zuständigkeiten, Aufgaben und Rolle beschrieben. Die untenstehende Darstellung visualisiert beispielhaft eine stationäre suchtspezifische Entwöhnungstherapie. Das Haus an sich stellt die Organisation dar. Die Wegweiser links und rechts davon zeigen den vorgegangenen und nachfolgenden Weg. Das Dach des Hauses symbolisiert das Angebot und die organisationalen Rahmenbedingungen. Auf der obersten Etage im Haus steht immer das Individuum. Die Begleitung und Behandlung orientierten sich anhand und unter Berücksichtigung dessen Bedürfnissen. Die Basis darunter bilden die wichtigen Kooperationsbeteiligten: Medizin, Psychotherapie und die klinische Soziale Arbeit.

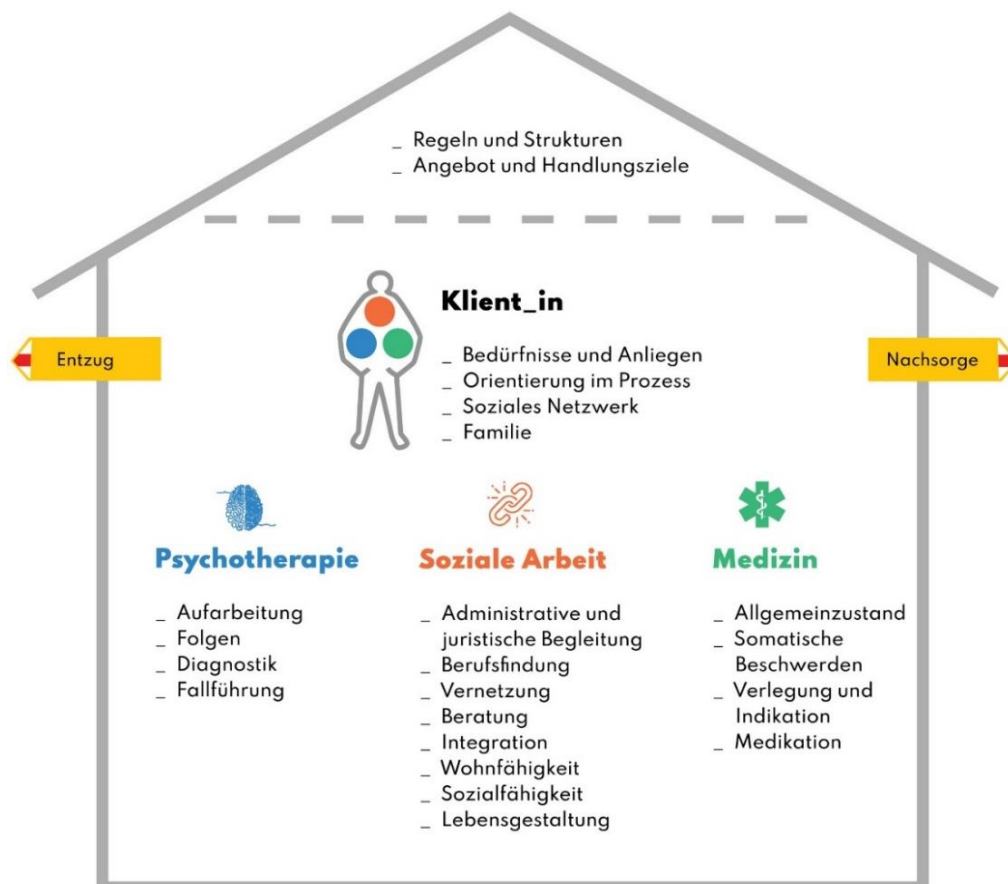


Abb. 3: Die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie und ihre Zuständigkeiten (eigene Darstellung).

Medizinisch-Psychiatrische Fachpersonen:

Die Medizin prägt das Gesundheitswesen und wird zeitgleich davon beeinflusst. Diese Wechselwirkung findet immer in bestimmten sozialen Strukturen statt. Die Profession der Medizin beschäftigt sich mit der Wechselwirkung von Gesundheit und Krankheit. Zusammengefasst lässt sich ihre Zuständigkeit als das Heilen und Lindern von Beschwerden definieren. Die wichtigsten Bereiche, in denen sie ihre Aufgaben finden, sind Behandlung von Kranken, Lehre und Forschung. Ihre drei Standbeine lassen sich in Folgende gliedern: das biologisch-somatische (biologische Systeme, Genetik, Pathophysiologie), das psychische (Psychopharmakologie, Psychotherapie, Entwicklungspsychologie) und das soziale Standbein (Ökologie, Sozialmedizin, Kommunikationswissenschaften). Die Tätigkeiten der Medizin umfassen die Prävention von Krankheiten, deren Diagnose sowie, unter Berücksichtigung ihres Umfeldes, die Behandlung von Kranken. Die Fachpersonen verfügen über ein fundiertes medizinisches Wissen, welches naturwissenschaftliche und geisteswissenschaftliche Anteile beinhaltet, besitzen spezifische Fertigkeiten, Fähigkeiten, Erfahrungswissen und vertreten eine ethische Grundhaltung gegenüber dem Individuum und der Gesellschaft (vgl. SAMW et al. 2004: 20-22).

Wird diese Definition mit den konkreten Alltagsaufgaben aus den spezifischen Organisationen abgeglichen, lassen sich die Zuständigkeitsbereiche und Aufgaben wie folgt fassen: Medizinisch-psychiatrische Fachpersonen sind in den besagten Organisationen zuständig für den Allgemeinzustand von Klient_innen, für sämtliche somatische Beschwerden und die entsprechende Linderung der Symptome. Sie sind auch verantwortlich für die entsprechende Verschreibung von Medikamenten zur Unterstützung, für Indikationen und Überweisungen zu Fachärzt_innen (beispielsweise Zahnärzt_innen, Gynäkolog_innen). Weiter überprüft diese Instanz die psychotherapeutische Diagnostik und segnet die Berichte ab.

Psychotherapie:

Die Psychotherapie ist ein Fachbereich, der sich in Form von psychologischer Behandlung durch differenzierte Methoden, Modellen und Konzepten, mit den psychischen und psychosomatischen Krankheiten eines Menschen befasst. Damit werden vor allem Störungen im Denken, Fühlen, Erleben und Verhalten angesprochen. Aber auch das Behandeln von psychischen Problemen als Folgen von somatischen wird im Zuständigkeitsbereich der Psychotherapie miteingebunden. Weiter werden vor allem im klinischen Bereich, Themen wie Diagnostik, Psychoedukation, Intervention, Rehabilitation und Prävention bearbeitet (vgl. Pauls 2013b: 22). Die klinische Psychologie lässt sich vor allem auf der intra- und interpsychischen Ebene sowie der psychosomatischen Ebene verorten (vgl. ebd.: 113). Mit Hilfe der Psychotherapie können Klient_innen, durch behutsames Erfassen der eigenen Lebens- und Lerngeschichte individuelle Stärken und Schwächen besser verstehen und annehmen. Durch gezieltes Üben

kann trainiert werden, wie durch dieses Wissen besser mit Alltagsproblemen umgegangen und der Leidensdruck verringert werden kann (vgl. ebd.: 78).

Die Psychotherapeut_innen in den besagten Organisationen decken die beschriebenen Aufgaben vollumfänglich ab. Sie sind zuständig für das Aufarbeiten von (belastenden) Erlebnissen in der Vergangenheit, das Behandeln der Abhängigkeit und deren Folgen, für Diagnostik und Psychoedukation. Sie übernehmen präventive sowie reflektierende Aufgaben, im Sinne der Gesundheitsprävention und Gesundheitserhaltung (Aufrechterhaltung der Abstinenz). Sie bieten Einzeltherapiesitzungen sowie Gruppentherapien, zum Umgang mit der eigenen Krankheit, zu Strategien und Gesundheitsfragen an. Weiter sind sie in beiden Organisationen die fallführende Instanz und Zuständig für das Verfassen von Berichten.

Klinische Soziale Arbeit:

Die klinische Soziale Arbeit als Profession wurde im Kapitel 2.3. bereits erklärt. An dieser Stelle werden die Zuständigkeiten erfasst und die Aufgaben in den Organisationen praktisch verortet.

Die grundsätzliche Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht darin, Unterstützung für Menschen anzubieten, die in ihrer gesellschaftlichen Integration beeinträchtigt oder bedroht sind. Das bedeutet, dass der Alltag von psychosozial-kulturellen Problemen belastet ist, damit eine eingeschränkte Teilhabe und Ressourcenausstattung einhergehen und sich Betroffene schliesslich in einer benachteiligten gesellschaftlichen Situation wiederfinden und massgebend unter der Situation leiden. Wie bereits einleitend erwähnt kann eine Abhängigkeitserkrankung zu einem sozialen Problem werden, denn sie kann Ursache und Folge von beeinträchtigter gesellschaftlicher Integration zu gleichen Teilen sein. Ab dem Moment, wenn Abhängigkeit zu einem sozialen Problem wird und zu einer gesellschaftlichen Exklusion führt, wird die klinische Soziale Arbeit zuständig. Sie versteht ihre Arbeit darin, Betroffene dahingehend zu unterstützen, ein befriedigendes Leben realisieren zu können (vgl. Sommerfeld 2019: 8-10). Die zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit bildet zugleich die Zieldimension der klinischen Sozialen Arbeit. Nämlich eben diese Integration zu begleiten und die Klient_innen in ihrer individuellen Lebenswelt zu betreuen und zu unterstützen. Die individuelle Lebensführung soll durch diese Unterstützungsmöglichkeiten so gestaltet werden, dass ein befriedigendes, in sozialen Beziehungen verankertes Leben angemessen gestaltet und realisiert werden kann. Die Rede ist hier von langfristigen, nachhaltigen (Re-)Arrangements von Integrationsbedingungen. Damit verändert sich auch die psychosoziale Problematik, die Menschen im Gesundheitswesen, spezifisch in der stationären Entwöhnungstherapie, mit sich bringen. Nach Recovery bedeutet dies, dass Betroffene ein gesellschaftlich sowie individuell akzeptables Leben führen und dies trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung eigenmächtig gestalten können. Das beinhaltet, dass neben spezifischen Hilfsangeboten in alltäglichen Angelegenheiten, Unterstützungen bei der Ausgestaltung von sozialen Verhältnissen wichtig sind. Aus Sicht der stationären Entwöh-

nungstherapie entwickeln Professionelle der klinischen Sozialen Arbeit gemeinsam mit Klient_innen eine Anschlussversorgung nach der Therapie. Solche Anschlusslösungen können beispielsweise betreute Wohnformen, Vernetzungen mit ambulanten professionellen Angeboten oder Selbsthilfegruppen sein. Eine weitere Zuständigkeit der klinischen Sozialen Arbeit ist es, das System der sozialen Sicherheit zu gewährleisten. Gemeint sind finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, wie sie durch materielle Hilfe oder Renten, beispielsweise der IV, abgedeckt werden können. Aber auch ein sicherer Arbeitsplatz und eine Wohnoption, eine Schuldenanierung und die (Re-)Aktivierung von sozialen Netzen müssen zur Aufrechterhaltung von Integrationsarrangements sichergestellt sein. So können die Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen und sozialen Leben gefördert und erhalten werden. Auch die Entwicklung und Realisation von subjektiv sinnstiftenden Tätigkeiten und Freizeitbeschäftigungen gehört zu den Aufgaben der klinischen Sozialen Arbeit. Schliesslich geht es aus Sicht der klinischen Sozialen Arbeit darum, einen möglichst gelingenden, nachhaltigen Integrationsprozess zu gestalten, strukturieren und begleiten (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 2-9).

Physische, psychische und soziale Symptome stehen in Wechselwirkung zueinander. Ebenso abhängig voneinander sind demnach auch die beteiligten Kooperationspartner im Fall. Sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Behandlung (vgl. Cannon 2018: 51). Die klinische Soziale Arbeit ist dabei besonders für die soziale Dimension der Klient_innen und der Erkrankung zuständig. Die Foki liegen dabei auf Krankheitsursachen durch soziale Gegebenheiten, und Prozessen sowie auf den krankheitsbedingten sozialen Folgen (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 10). Sie erkennt die beschriebene Not von Betroffenen und sucht nach Ursachen, um die Hilfe sinnvoll zu gestalten. Sie widmet sich aufmerksam den individuellen Umständen und beschleunigt dadurch den Heilungsprozess (vgl. Cannon 2018: 51).

Die wesentliche Funktion der klinischen Sozialen Arbeit liegt darin, das Integrationsproblem, dass gesellschaftsstrukturell induziert ist, zu bearbeiten. Diese Problematik zeigt sich in unterprivilegierten Formen der Lebensführung im Sinne von beschränkter Teilhabe und Ressourcenausstattung seitens der Klient_innen. Gemeint ist somit das Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft, woraus die klinische Soziale Arbeit ihren Auftrag erhält. Die Profession der klinischen Sozialen Arbeit hat sich auf diese dynamischen komplexen Wechselwirkungen spezialisiert und beschäftigt sich mit den auftretenden Integrationsproblemen (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 8-11). Die klinische Soziale Arbeit verfügt über das spezifische Wissen zu den sozialen Faktoren, ist vertraut mit den Zielen der Medizin und Psychologie und versteht gleichzeitig die sozialen Schwierigkeiten der Betroffenen (vgl. Cannon 2018: 102). Den Sozialarbeitenden ist es durch anamnestische Arbeit möglich, Informationen über Verhaltensweisen, Vererbungen sowie psychologischen Eigenschaften zu gewinnen und damit auf relevante Sachverhalte hinzuweisen. Wichtige Informationen, die anderen beteiligten Fachbereichen vorenthalten bleiben, kann die klinische Soziale Arbeit einholen. Auch weil sie dem

Alltag der Klient_innen nähersteht als andere beteiligte Fachdisziplinen. Solche Daten sind in psychologischen Untersuchungen, Diagnosestellungen und beim Erarbeiten eines Behandlungsplans notwendig (vgl. ebd.: 124). Das Wissen über mögliche soziale Einflüsse und Auswirkungen, kombiniert mit der medizinischen und psychologischen Expertise, bildet eine solide Basis für möglichen Interventionen (vgl. ebd.: 138). Den Beitrag, den die klinische Soziale Arbeit leistet, liegt darin, die Mehrperspektivität auf die Situation zu garantieren und ein zu bringen (vgl. Sommerfeld 2019: 8-10). Medizinischen und psychologischen Behandlungen werden dadurch sinnvoll ergänzt.

Dabei setzt die klinische Soziale Arbeit auf Bildung der Klient_innen. Dieser Fokus beinhaltet, die Verbesserung von personellen und kulturellen Ressourcen, die Verbesserung von materiellen und finanziellen Ressourcen und auf die sozialkulturellen Interventionen. Sie zielt darauf ab, diese Verhältnisse und so die Integrationsarrangements positiv zu beeinflussen (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 9). Im Fokus stehen weiter Ressourcen bezüglich des sozialen Beziehungsnetzes und dessen (Wieder-)Aufbau und Erhaltung (vgl. Cannon 2018: 51). Die beschriebene Komplexität des Zusammenspiels von klinischer und sozialer Gesundheit, bedarf mehreren Berufsgruppen, um eine gelingende sozialkulturelle Integration und Lebensgestaltung zu erreichen (vgl. ebd.: 33f.). Es braucht eine gute medizinische Versorgung, damit die Bestrebungen der klinischen Sozialen Arbeit wirken können. Ebenso bedarf es einer guten klinischen Sozialen Arbeit, damit die medizinischen Interventionen greifen können. Die Medizin sowie die klinische Soziale Arbeit besitzen grosse Macht und üben Einfluss auf die Begleitungs- und Behandlungsprozesse aus. Sie vermögen es durchaus, die jeweiligen berufsfremden Interventionen nutzlos werden zu lassen (vgl. ebd.: 35-37).

Die spezifischen Zuständigkeiten der klinischen Sozialen Arbeit in den besagten Organisationen sind vielseitig. Dazu gehören Wohn- und Sozialkompetenzen, die unterstützt, überprüft und gefördert werden. Der Fokus liegt dabei sehr stark darauf, Ressourcen zu erschliessen und Stärken aufzuzeigen. Sinnstiftende Freizeitgestaltung und eigenmächtige Lebensgestaltung sind Themen, die begleitet werden. Der Umgang mit gesellschaftlichen Normvorstellungen, administrativen Angelegenheiten und Kontakten wird indes trainiert. Schliesslich zählen alle Massnahmen und Interventionen dazu, die Betroffenen zu unterstützen, eine gelingende Integration in soziale Systeme, wie Familie, soziales Netz, Arbeit, Wohnen, gelingende Alltagsstrukturen und konstruktive Freizeitgestaltung, zu realisieren. Wichtige Kriterien dabei sind das Betrachten der Faktoren, die zur Exklusion aus sozialen Systemen geführt haben und wie Alternativen trainiert werden können.

Klient_in:

Klient_innen selbst sind nicht zuletzt die wichtigsten Akteur_innen in der Kooperation. Sie stehen im Zentrum der Zusammenarbeit. Ziel ist es, durch Methoden und Verfahren der jeweiligen

Professionen die psychosozialen Belastungen und Probleme von Klient_innen zu erfassen. Anhand ihrer Bedürfnisse, Anliegen, Themen, und Sichtweisen wird der Therapieplan von den Beteiligten ausgestaltet und situationsspezifisch angepasst. Die Klient_innen und ihr soziales Umfeld, bestehend aus Familie, Freunde und möglicherweise auch aus externen Professionellen (Beistand, Sozialamt, Suchtberatung und weitere) werden nach Möglichkeit in den Fall miteinbezogen.

Weitere interprofessionelle Kooperationspartner_innen können beispielsweise herausgehen aus Fachbereichen und Disziplinen der Arbeitsagogik, der Ergotherapie, aus der Kunst- und Maltherapie, der Physiotherapie und vielen weiteren. Die vorliegende Bachelor-Thesis befasst sich im Wesentlichen mit den genannten Kooperationsbeteiligten der Medizin, der Psychotherapie und der klinischen Sozialen Arbeit. Die Gründe für diese Einschränkung liegen zum einen darin, dass die besagten Professionen alle Diagnosemanuale in ihrer Arbeit verwenden und in der Lage sind, Diagnosen zu stellen. Zum anderen übernehmen die drei ausgewählten Kooperationspartner_innen der Fachmedizin, Fachpsychologie und der Fachsozialarbeit alle eine fallbezogen längerfristige und institutionsübergreifende Zuständigkeitsrolle. Die Professionen sind in beiden Organisationen vertreten. Besonders nach dem Fokus auf eine biopsychosozialkulturelle Diagnostik empfinden die Autorinnen die Wahl der drei benannten Professionen als massgebend. Auf eine Ausführung der möglichen weiteren Kooperationsbeteiligten wird deshalb an dieser Stelle verzichtet.

2.6. Komorbide Erkrankungen in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie

Sabrina Wiedmer

Für Mehrfacherkrankungen kommen alternativ zur Bezeichnung Komorbidität, die Begriffe Doppel- oder Dualdiagnose zur Anwendung. Diese Begrifflichkeiten können jedoch irreführend sein. Eine Komorbidität kann mehrere psychische Störungen sowie Abhängigkeitserkrankungen umfassen. Die Bezeichnungen Doppel- und Dualdiagnose implizieren allerdings, dass jeweils nur eine Abhängigkeitserkrankung oder psychische Störung vorliegt. Im Rahmen der Entwöhnungstherapie werden allfällige somatische Zusatzerkrankungen separat erfasst und als Nebendiagnosen aufgeführt. Sie werden in Kombination mit psychischen Störungen nicht unter den Komorbiditäten im engeren Sinn gefasst. Das zeitgleiche Vorliegen mehrerer Abhängigkeitserkrankungen wird ebenfalls nicht als Komorbidität bezeichnet. Die verschiedenen Abhängigkeitsdiagnosen werden einzeln aufgelistet und spezifisch deklariert, beispielsweise als Alkohol- oder Opiatabhängigkeit. Ein multipler Substanzmissbrauch wird optional als Mehrfach- oder Polyabhängigkeit ausgewiesen (vgl. Ridinger-Johann/Walter 2014: 4f.).

Die medizinische Differentialdiagnostik:

Sowohl bei der Abhängigkeitssymptomatik wie auch bei den psychischen Störungsbildern muss ein deutlicher Krankheitswert vorhanden sein, damit von einer Komorbidität die Rede ist (vgl. Ridinger-Johann/Walter 2014: 4f.). Die korrekte differenzialdiagnostische Einschätzung der einzelnen Krankheitsbilder stellt jedoch eine Herausforderung dar. Die Unterscheidung zwischen abhängigkeitsinduzierten Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten und denjenigen Symptomen, welche auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind, ist anspruchsvoll. Bei einem Diagnostikverfahren während dem Entzug muss zudem berücksichtigt werden, welche Substanz wann konsumiert wurde und welche Wirkung sie hat. Schlafstörungen zählen zum Beispiel als Symptom einer affektiven Störung wie auch einer Angsterkrankung, treten aber auch als Entgiftungserscheinung auf. Die medizinischen Diagnostikinstrumente können einen falschen Eindruck vermitteln, dadurch dass Symptome nicht als entzugsbedingt und temporär wahrgenommen werden. Beschwerden, die zeitlich begrenzt auftreten, legitimieren die Diagnose einer psychischen Störung nicht. Um Fehldiagnosen zu vermeiden, soll die differentialdiagnostische Einschätzung im Optimalfall erst nach einer abstinenter Phase durchgeführt werden. Durch den zeitlichen Abstand zum körperlichen Entzug nehmen die Entgiftungserscheinungen stetig ab oder fallen sogar weg (vgl. Soyka 2014: 11). Die Feststellung, welches der Störungsbilder die Grunderkrankung einer Komorbidität darstellt, erweist sich vielfach ebenfalls als komplex oder gar unmöglich (vgl. Ridinger-Johann/Walter 2014: 4). Umso zentraler erscheint es, dass nachfolgend zuerst ein Überblick über die einzelnen Krankheitsbilder gewährt wird. In einem zweiten Schritt kann sodann die individuelle komorbide Störungsdynamik verstanden werden.

Abhängigkeitserkrankungen:

Eine Abhängigkeitserkrankung kann sich sowohl auf eine einzelne Substanz wie auch auf eine Substanzklasse beziehen. Das Rauschmittel Alkohol wird zum Beispiel den einzelnen Substanzen zugeordnet. Opiate hingegen werden zu den Substanzklassen gezählt. Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung nehmen häufig verschiedene Konsummittel zu sich. Treten aufgrund des Konsums klinisch relevante Symptome auf, wird diejenige Substanz(-klasse) mittels ICD-10 erfasst, welche unmittelbar zum Auftreten der Beschwerden führt. Der Schweregrad des Konsums wird ebenfalls eingeschätzt und im Rahmen der Erfassung differenziert. Unterschieden wird zwischen einem seltenen, jedoch massiven Konsum, einem gelegentlichen aber bereits schädlichen Substanzgebrauch sowie einer manifestierten Abhängigkeitserkrankung. Erfolgt der Substanzkonsum chaotisch und durchmischt, wird wenn immer möglich die Hauptkonsumsubstanz ausfindig gemacht. Die sekundären Konsummittel werden als Nebendiagnosen erfasst, was die Einschätzung präzisiert. Verläuft die Substanzaufnahme

untrennbar vermischt, wird eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch kodiert (vgl. DIMDI 2017a: o.S.).

Betroffene, die eine stationäre suchtspezifische Entwöhnungstherapie absolvieren, sind an einer oder mehreren Substanzabhängigkeiten erkrankt. Sämtliche Formen von substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen weisen gewisse Gemeinsamkeiten auf. Entlang dieser Gleichartigkeiten wurden die ICD-10 Kriterien ausgearbeitet, welche der medizinischen Diagnostik und Klassifikation dienen: Betroffene verspüren typischerweise den starken Wunsch oder eine Art Zwang, die Substanz(en) zu sich zu nehmen. Sie haben Schwierigkeiten, den Anfang und das Ende des Konsums zu steuern sowie die Menge zu kontrollieren. Die Substanz(en) werden, trotz schädlicher Folgen, weiter konsumiert. Der Substanzkonsum hat Vorrang vor allen anderen Interessen. Alltägliche Aktivitäten und Verpflichtungen werden vernachlässigt. Von Zeit zu Zeit entsteht eine Toleranzentwicklung. Die Konsummenge muss erhöht werden, um weiterhin die gewünschte Wirkung zu erzielen. Wird der Konsum eingestellt, reagiert der Körper mit Entzugssymptomen (vgl. DIMDI 2017a: o.S.).

Affektive Störungen:

Die Gruppe der affektiven Störungen umfasst Krankheitsbilder, deren Hauptsymptomatik aus einer Veränderung der Stimmung, der Emotionen und der Motivation besteht. Das Gemüts- und Gefühlsleben ist temporär oder dauerhaft zu depressiven oder manischen Episoden geneigt. Je nach Krankheitsbild lösen sich die extremen Stimmungslagen gegenseitig ab. Ein solcher Verlauf kann beispielsweise bei den bipolaren affektiven Störungen beobachtet werden. Die Gefühlswechsel werden meist von einer Veränderung des Aktivitätsniveaus begleitet. So gehen depressive Episoden häufig mit einem verminderten Antrieb einher. Ebenfalls bekannt ist, dass Menschen mit einer Depression von Angstzuständen berichten. Der Leidensdruck der Betroffenen wird entweder durch die Stimmungswechsel selbst oder durch die Veränderungen im Aktivitätsniveau ausgelöst. Der Krankheitsverlauf von affektiven Störungen ist von häufigen Verhaltensrückfällen geprägt. Der Ursprung einer Episode findet sich oftmals in einem Ereignis, das subjektiv als belastend wahrgenommen wird (vgl. DIMDI 2017b: o.S.).

Angststörungen:

Die ICD-10 Gruppe der Angststörungen umfasst ein breites Spektrum an Krankheitsbildern. Die phobischen Angststörungen rufen Angst in eindeutig definierten Situationen hervor. Für Aussenstehende handelt es sich meist um Situationen, die scheinbar ungefährlich wirken. Die Befürchtungen der Betroffenen beziehen sich entweder auf einzelne Symptome wie Herzrasen oder Schwindel. Sie können sich aber auch in Furcht vor Kontrollverlust oder gar Todesangst äussern. Allein die Vorstellung, dass die Situation eintritt, erzeugt eine Erwartungsangst. In der Folge wird die Situation entweder vermieden oder mit Panik ertragen. Phobische Ängste treten häufig in Kombination mit Depressionen auf. Ob beide Diagnosen notwendig sind, rich-

tet sich nach dem zeitlichen Krankheitsverlauf und der Einschätzung der behandelnden Fachperson (vgl. DIMDI 2017c: o.S.).

Demgegenüber gibt es Störungsbilder, bei denen die Angstmanifestation an sich das Hauptsymptom darstellt. Die Furcht ist hier nicht oder weniger stark auf eine spezifische Umgebungssituation bezogen. Diese Symptomatik trifft beispielsweise auf die generalisierte Angststörung zu. Das Hauptmerkmal des Störungsbilds ist die sogenannte «frei flottierende» Angst. Sie wird als omnipräsent und willkürlich wahrgenommen (vgl. DIMDI 2017c: o.S.).

Ebenfalls zur Obergruppe der Angststörungen gehören die Zwangsstörungen. Die Symptomatik äussert sich in immer wiederkehrenden Zwangsgedanken und -handlungen. Sie beschäftigen die Betroffenen stark und werden teilweise als quälend empfunden. Widerstände gegen das Zwangshandeln erweisen sich oftmals als zwecklos. Die Zwangsgedanken werden als zur eigenen Person dazugehörig erlebt. Selbst dann, wenn sie zeitgleich als willkürlich und abstossend empfunden werden. Zwangshandlungen oder -rituale werden ständig wiederholt und als unangenehm empfunden, weil sie keinen direkten Nutzen haben. Sie werden oftmals präventiv praktiziert, als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, welches Unheil bringen könnte. Die Angst wird zum ständigen Begleiter. Werden die Zwangshandlungen unterdrückt, verstärkt sich die Furcht meist deutlich (vgl. DIMDI 2017c: o.S.).

Traumatische Erfahrungen in der Biografie können ebenfalls mit einer Angstentwicklung einhergehen. Exemplarisch hierfür kann die posttraumatische Belastungsstörung genannt werden. Im Gegensatz zu den oben genannten Angststörungen ist der Ursprung der Belastungs- und Anpassungsstörungen jedoch bekannt. Sie entstehen als kausale Folge einer akuten oder anhaltenden Belastungssituation. Es entwickelt sich ein Trauma, dass zu Problemen in der sozialen Funktionsfähigkeit führt. Bewältigungsstrategien können nicht mehr wie gewohnt aktiviert werden. Das Krankheitsbild hebt sich somit, sowohl hinsichtlich der Symptomatik wie auch des Krankheitsverlaufs, von den bereits genannten Störungsbildern ab (vgl. DIMDI 2017c: o.S.).

Auf eine differenzierte Erläuterung des ICD-10 Kapitels vier F44 bis F48 - zu den dissoziativen, somatoformen sowie anderen neurotischen Störungen - wird an dieser Stelle verzichtet. Das Grundsymptom dieser Störungsbilder ist ebenfalls Angst. Die Codes beinhalten jedoch Erkrankungen, welche zusätzlich zur psychischen Komponente eine (vermeintliche) körperliche Funktionsbeeinträchtigung beinhalten. Zur Veranschaulichung wird lediglich beispielhaft auf die Charakteristika der somatoformen Störungen eingegangen: Wiederholt treten körperliche Symptome auf, in Verbindung mit der beharrlichen Forderung nach medizinischen Untersuchungen. Obwohl bereits Abklärungen durchgeführt wurden und Fachpersonen zusichern, dass die Symptome körperlich nicht begründbar sind. Die Krankheitsursache ist dementsprechend in den meisten Fällen ebenfalls psychisch bedingt. Auf eine differenzierte Auseinandersetzung mit dieser divergenten Form von Angststörungen wird an dieser Stelle verzichtet. Zur

selbständigen Vertiefung bei Interesse wird auf den ICD-10 verwiesen (vgl. DIMDI 2017c: o.S.).

Die Komorbidität - Abhängigkeitserkrankungen, affektive Störungen und Angststörungen:

Komorbiditäten können entlang der zeitlichen Abfolge, in der die Symptome auftreten, aufgeschlüsselt werden. Liegt eine Abhängigkeitserkrankung und eine psychische Störung vor, wird entweder zuerst die psychische Erkrankung oder die Abhängigkeitssymptomatik gezeigt. Das heisst, dass die psychische Störung entweder dem Beginn des Konsums vorausgeht oder sekundär auftritt und dem Konsum folgt. Die zweite der chronologischen Varianten kommt deutlich häufiger vor. Angststörungen verhalten sich typischerweise genau entgegengesetzt. Die Abhängigkeitssymptomatik manifestiert sich nach der Angsterkrankung (vgl. Soyka 2014: 11). Der Begriff Komorbidität ist grundsätzlich rein deskriptiver Natur. Er lässt keine Aussage über die Ursache oder den Schweregrad der Erkrankungen zu. Weder mit Bezug auf die einzelnen Erkrankungen noch im Hinblick auf die Gesamtkonstellation des Störungsbilds (vgl. Ridinger-Johann/Walter 2014: 5). Die Symptome der jeweiligen Grunderkrankungen sowie deren wechselseitiger Einfluss führen zu Krankheitsausprägungen, die ein hohes Mass an Individualität aufweisen. Diese Eigendynamik führt unter Umständen zu einer erheblichen Symptomlast, weil die professionelle Begleitung und Behandlung erschwert wird (vgl. Moggi 2014: 16). Die Wechselwirkung zwischen den Erkrankungen ist komplex, so dass die Therapieprognose im Vergleich zu «einfachen Störungen» eher negativ ausfällt (vgl. Soyka 2014: 13). Diese Prognose widerspiegelt sich auch im Krankheitsverlauf von Menschen mit komorbiden Erkrankungen. Therapieversuche erstrecken sich häufig über mehrere Jahre und umfassen unzählige Klinikaufenthalte. Umso länger sich die Krankheitsgeschichte hinzieht, desto grösser ist die Gefahr, dass sich die Symptomatik chronifiziert. Deshalb ist für Betroffene langfristig eher die Stabilisierung des Zustands das Ziel (vgl. Moggi 2014: 16). Eine grosse Herausforderung liegt in der Entscheidung, ob die Störungen nacheinander oder mittels integrierten Behandlungsmodellen therapiert werden. Diverse Befunde sprechen für die integrierten Modelle. Allzu stark vereinfachte Behandlungsansätze reichen für eine erfolgreiche Therapie meist nicht aus. Eine Kombination aus erkrankungsspezifischen Therapieansätzen erweist sich bis dato als am vielversprechendsten (vgl. Soyka 2014: 12f.). Die künftige Entwicklung der gestuften Therapieprogramme wird zeigen, wie diese konkret ausgestaltet werden. Zu erwarten sind Teile des *Motivational Interviewings* (suchtspezifisch), in Kombination mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen (störungsspezifisch) sowie Massnahmen zur Verbesserung des Substanzkonsums (suchtspezifisch). Ferner gilt es, nicht zu vergessen, das soziale Umfeld angemessen in die Therapie miteinzubeziehen (vgl. Moggi 2014: 18).

3. Die Soziale Diagnose in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie

Caroline Kuster

Nachfolgend wird die Soziale Diagnose als Schlüsselmoment im Prozessbogen der Begleitung und Behandlung aufgegriffen und erklärt. Es wird dargelegt, welchen Nutzen die Soziale Diagnose zu leisten vermag und welche Ziele sie verfolgt. Im Blick der Darlegung liegen stets die Handlungsmethoden und Ressourcen der klinischen Sozialen Arbeit. Anschliessend folgen Möglichkeiten zur Diagnosestellung, in Form der spezifisch ausgewählten Methode der Systemmodellierung, als Methode zur Erfassung der Fallkomplexität. Zuletzt wird das methodische Handeln spezifisch im Hinblick auf die in der Fragestellung enthaltene interprofessionelle Kooperation, die Mehrperspektivität sowie die Begleitung und Behandlung von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern thematisiert.

3.1. Die Soziale Diagnose

Caroline Kuster

Gesund zu sein bedeutet viel mehr als lediglich die Abwesenheit von Krankheit und damit einhergehend die Freiheit von Symptomen. Es bedeutet auch, dass positive Emotionen, Gefühle und ein umfassendes Wohlbefinden vorhanden sind (vgl. Faesch-Despont 2020: 11). Um die vollständige Gesundheit als Zustand des Wohlergehens bestmöglich herzustellen, bildet das Fernziel einer jeder medizinischen oder therapeutischen Begleitung und Behandlung. Um nachhaltige Interventionen und Massnahmen zu gewährleisten, muss die biopsychosozialkulturelle Falldynamik, welche die Probleme verursacht, verstanden sein. Das bedeutet, dass nicht nur die biologischen und psychischen Dimensionen im Fall abgebildet, sondern auch die soziale Dimension umfassend aufgegriffen und dargelegt wird. Nur auf diese Weise kann die gesamte komplexe Falldynamik dargestellt und verstanden werden (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 27). Die meisten Therapieformen konzentrieren sich demnach zuallererst auf Symptome, Defizite und Störungen (vgl. Faesch-Despont 2020: 11). Um allerdings zu wissen, welche Belastungen explizit bestehen und wie ein Zustand des Wohlbefindens hergestellt werden kann, muss der Grund oder die Ursache bekannt, fassbar und verortbar sein. Von dieser Basis ausgehend können, mit Klient_innen und ihrem sozialen Umfeld, ergänzt mit professionellen Unterstützungsangeboten und den Kooperationsbeteiligten, nachhaltigen fallspezifischen Veränderungsmöglichkeiten und Problemlösungen gesucht werden (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 27). Um dies herauszufinden, braucht es im ersten Schritt eine Sammlung von Daten aus unterschiedlichen Quellen und durch verschiedene Methoden. Die Daten werden in einem nächsten Schritt verglichen und ausgewertet, um so das Problem möglichst in seiner gesamten Dimension und mit allen Auswirkungen zu erkennen und klar zu

benennen. Auf diese Weise kann, der vom Individuum erlebte, Notstand ermittelt werden. Abschliessend liefert die Deutung und Interpretation dieser Daten eine Hypothese: die Soziale Diagnose (vgl. Buttner et al. 2018: 11). Das Ergebnis eines solchen diagnostischen Prozessbogens soll demnach sowie ursprünglich nach Alice Salomon (1926)³ die vorliegenden Schwierigkeiten darlegen und die Gründe dafür erfassen. Sowohl die individuellen Umstände, Besonderheiten und Ressourcen des Individuums erhellen und schliesslich mögliche Unterstützungsansätze sowie -hindernisse aufzeigen (vgl. ebd.: 13). Die Soziale Diagnostik kann individuelle Musterbildungsprozesse in der wechselseitigen Entstehung und deren Eingebundenheit rekonstruieren und verstehen. Eine Soziale Diagnose muss die aktivierenden Einflussfaktoren und Elemente im Lebensführungssystem eines Individuums erkennen und darlegen, wie diese für vereinbarte Ziele und Veränderungen nutzbar sein können. Sind solche Einflussfaktoren in der Falldynamik unbekannt, laufen viele Unterstützungsangebote ins Leere (vgl. ebd.: 28).

Die klinische Soziale Arbeit versteht Gesundheit, Beeinträchtigung und Krankheit verankert in biografischen und soziokulturellen Milieus. Sie ist dazu verpflichtet, die Schnittstelle zwischen medizinischen, psychischen, sozialen und alltags-situativen Dimensionen zu beleuchten. Die Unterstützungsmethoden der klinischen Sozialen Arbeit setzen an diesem Punkt und unter diesem Verständnis an. Defizitäre Strukturen im Alltag der Klientel sollen durch Kompensation mobilisiert werden. Ohne adäquate Betrachtung der individuellen Faktoren kann dies nicht zielführend wirken. Damit die Chancenstruktur, die Bewältigungs- und Verarbeitungsstrategien, die mit der psychosozialen Beeinträchtigung einhergehen, erfasst werden können, ist eine psychosoziale Diagnostik notwendig (vgl. Gahleitner 2008: 17). Zu Beginn jeder diagnostischen Arbeit steht die Grundfrage, was die zu bearbeitenden Thematiken sind. Es werden relevante Merkmale erfasst, um sie in der klassifikatorischen Diagnostik zu verorten. «Die klassifikatorische Diagnostik gibt Einteilungen vor, um Symptome jeweils einer oder mehreren Diagnosen zuordnen zu können und damit eine Suchrichtung für wichtige störungsspezifische Behandlungsentscheidungen und Vorgehensweisen.» (ebd.). Klassifikationsschemata sind meist unumgänglich und bergen in der alltäglichen Praxis auch Gefahren wie beispielsweise Etikettierung und Stigmatisierung. Ausserordentlich wichtig dabei ist demnach die Kompetenz, diagnostische Situationen und Arbeit so zu gestalten, dass die lebensweltlichen Selbstdeutungen der Klientel berücksichtigt und miteinbezogen werden. Denn zuletzt müssen Interventionen an diesem Punkt anknüpfen, um für Klient_innen wirksam zu sein. In einem zweiten Schritt gelangen dann die Interventionen in den Fokus. Mit einer subjekt-, lebens-, und situationsnahen Diagnose werden die Elemente der klassifikatorischen Diagnostik mit den Aspekten der Biografie und der individuellen Lebenswelt verbunden. (vgl. ebd.: 17f.).

³ Salomon, Alice (1926). Soziale Diagnose. Die Wohlfahrtspflege in Einzeldarstellung. Band 3. Berlin: Carl Heymann Verlag. S. 296.

Soziale Diagnostik bewegt sich immer auf der Gratwanderung zwischen einfühlerischem und nachvollziehendem Verstehen und erklärendem, systematischem Durchblicken der Fallthematik. Es geht darum, Menschen in der individuellen Lebenssituation und mit Einbezug ihrer Umwelt zu verstehen und darum, objektiv zu erfassen, welche Lebensumstände sind, welche Problematiken erlebt werden und Strukturen analytisch zu durchschauen. Wichtig dabei zu beachten bleibt, dass das subjektive Verstehen des Falles letztlich eine objektive Distanz und Analyse erfordert (vgl. Buttner et al. 2018: 19). Diese Gegebenheiten stehen in Abhängigkeit zueinander, denn das Objektive ist immer auf das Subjektive angewiesen, um die Fallthematik gänzlich verstehen zu können. Dem Erkennen möglicher Fakten sind subjektive Wahrnehmungsprozesse in der Rolle der Professionellen der klinischen Sozialen Arbeit zugrundeliegend. Nicht zuletzt stehen diese diagnostizierenden Fachkräfte in Beziehung mit der betroffenen Person. Diese Beziehungen haben Einflüsse auf die Ergebnisse. Die Erfassung von objektiven Elementen hat Einflüsse auf das Subjekt, auf dessen Wahrnehmung und Bewertung (vgl. ebd.: 20). Im gesamten Prozessbogen bildet die dialogische Erarbeitung der Sozialen Diagnose einen wichtigen Moment. «Unter Sozialer Diagnostik verstehen wir in einem weiten Sinn die auf Verstehen und analytisches Durchdringen gerichteten professionellen Handlungsmuster für Praxis und Forschung der Sozialen Arbeit, also die systematisierten und/oder methodisch definierten Prozesse, mit denen Fachkräfte der Sozialen Arbeit und verwandter psychosozialer Professionen Antworten auf die konkreten Fragen in der Praxis [...] suchen.» (ebd.: 22) Bezüglich der Lage der Klient_innen bildet Soziale Diagnostik eine Methode, Informationen zu sammeln und zu bewerten. Die Ergebnisse dieser Prozesse bestimmen schließlich die Einschätzung der Notwendigkeit, Intensität und Dringlichkeit möglicher Interventionen und Massnahmen (vgl. ebd.: 22). Die Soziale Diagnostik bildet dabei das Mittel zum Zweck, das abhängt von der Frage im Fall, dem Ziel der gewonnenen Erkenntnisse und den zu lösenden Problemen. Die Ergebnisse sollen dabei in Kooperation zwischen Klient_innen und Professionellen herausgefunden und besprochen werden. Die Rahmenbedingungen im objektiven Sinn sollen bei der diagnostischen Verständnisarbeit stets miteinbezogen werden, um die subjektive Sicht, Bewertung und der persönlichen Lage der Betroffenen erfassen zu können (vgl. ebd.: 22f.). Der Einbezug der Klient_in in den diagnostischen Prozess ermöglicht andere und neue Einsichten in die subjektive Situation und zeigt auf, dass die Betroffenen nicht nur Defizite und Störungen haben, sondern dass auch Ressourcen vorhanden sind, auf die sie zurückgreifen können (vgl. ebd.: 20). Eine Soziale Diagnostik ist somit im optimalen Fall ein systematischer, kontext- und subjektberücksichtigender Prozess, der in sich strukturierte und intuitive Prozesse erlaubt. Das dialogische Vorgehen der klinischen Sozialen Arbeit ermöglicht dabei Transparenz, Kontrolle, Mitsprache und Evaluation als massgebliches Element (vgl. Gahleitner 2008: 20).

Die klinische Soziale Arbeit ist auf verlässliche empirisch und methodisch fundierte Aussagen für die zielführenden Interventionen angewiesen. Dazu ist die Soziale Diagnostik in der Lage (vgl. Gahleitner 2008: 18). Sie konzentriert sich in ihren zugrundeliegenden Prinzipien an folgenden:

- Soziale Diagnostik soll dialogisch sein und dabei das gemeinsame Aushandeln in den Vordergrund rücken. So wird die Beurteilung der Betroffenen als Koproduktion im dialogischen Prozess partizipativ gefördert.
- Die Problemstellungen werden kontextabhängig betrachtet, damit eine naive Eigenschaftenzuschreibung verhindert wird.
- Durch die mehrperspektivische Orientierung hilft die Soziale Diagnostik dabei, die Komplexität im Fall adäquat zu beleuchten und zu erfassen.
- Die Ergebnisse diagnostischer Prozesse sollen laufend reflexiv überprüft werden und somit auch eine Überarbeitung getroffener Schlussfolgerungen zu ermöglichen und Fallibilitäten durch festgeschriebene Diagnosen bewusst zu verhindern (vgl. Buttner et al. 2018: 23).

Dabei anzumerken ist, dass Soziale Diagnostik einen Prozess- und Hypothesencharakter aufweist und somit revidierbar und nicht endgültig ist. Die Komplexität eines Falls, die individuellen und sozialen Verhältnissen können nur durch die, komplementären Sichtweisen und Zugängen der Möglichkeiten zur Sozialen Diagnostik angemessen erfasst und verstanden werden. Klinische Soziale Arbeit kann somit fallverstehend, systematisch-kategorisierend, individualisierend und generalisierend fungieren (vgl. Buttner et al. 2018: 23-32).

Die klinische Soziale Arbeit konzentriert sich in ihren Kernaufgaben auf das Wohl des einzelnen Menschen und dessen Integrität. Diese Menschen in ihrer Lebenswelt, Lebenssituation und in Bezug auf ihre soziale Umwelt zu sehen und zu verstehen, ist ein zentrales Element und Anliegen der Sozialen Diagnostik. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit einer multiperspektivischen Erfassung von Lebenslagen, sozialer Problemstellungen und Phänomenen. Ihre allgemeine Funktion liegt darin, dialogisch eine Antwort auf eine konkrete Frage in einer spezifischen Situation zu erarbeiten. Wobei die gängigste Frage dabei nach der richtigen Intervention sucht (vgl. Buttner et al. 2018: 33).

Ganz allgemein lässt sich die Funktion der Sozialen Diagnostik definieren als Steuerungs- und Strukturierungselement sozialarbeiterischen Unterstützungs- und Hilfsangebote (vgl. Buttner et al. 2018: 24). Sie versucht, die subjektiven Perspektiven der Betroffenen nachzuvollziehen und zu verstehen. Aber auch objektive Lebensumstände, das Erkennen und Durchschauen von Strukturen und Situationen stellen ein tragendes Element dar. Einerseits sind die am Subjekt orientierten, auf das Verstehen des Menschen zielenden Aspekte wichtig. Andererseits ist, die, auf empirische Tatsachen gerichtete, objektivierende Seite, wesentlich. Diese

beiden Seiten sind für das Verstehen des Falles sowie für die objektivierende Analyse notwendig und kommen nicht ohneinander aus (vgl. ebd.: 22).

Soziale Diagnostik gehört zu den zentralen Aufgaben der klinischen Sozialen Arbeit. Durch sie können Rahmenbedingungen wie Auftrag und Zielsetzung der klinischen Sozialen Arbeit festgelegt werden. Sie stellt die Grundlage für Entscheidungen, Interventionen und deren Ausgestaltung dar (vgl. FHNW 2020a: o.S.). Unter Sozialer Diagnostik versteht die Fachhochschule Nordwestschweiz folgendes:

- Einen Prozess, soziale Problemlagen und biopsychosozioökulturelle Problemstellungen multiperspektivisch, wissens- und methodengestützt und wertebasierend zu erfassen, zu verstehen und zu erklären. Der Fokus dabei liegt besonders auf der Sozialen Dimension und mittels einer dialogischen Verständigung werden Klient_innen miteinbezogen.
- Das Ergebnis gilt als die Soziale Diagnose selbst. Sie sind erklärend, handlungsleitend und prognostisch. Sie bilden die Basis, um fallspezifische Zielformulierungen und Interventionen erarbeiten zu können. Grundsätzlich werden Soziale Diagnosen als Hypothesen verstanden, die laufend überprüft und angepasst werden müssen.
- Die Lehre über den auf Grund von Forschungsentwicklungen erweiternden, methodischen Wissensbestand (vgl. FHNW 2020a: o.S).

3.1.1. Die Ziele der Sozialen Diagnose

Caroline Kuster

«Menschen agieren in sozialen Systemen und lebensweltlichen Bezügen, sie konstruieren und dekonstruieren ihre Lebenswelt, leben in teils widersprüchlichen kulturellen, sprachlichen oder handlungsbezogenen Mustern und handeln individuell oder kollektiv in einem Geflecht aus Deutungen und Strukturen.» (Buttner et al. 2018: 32) Diese Fallkomplexität und der damit einhergehende Anspruch der Mehrperspektivität an Sozialer Diagnostik, lässt sich nur durch die Erfassung wechselseitiger komplementärer Sichtweisen und Zugänge angemessen erstehen und somit erfüllen. Der Sinn und Zweck Sozialer Diagnostik liegt darin, fallverstehend und individualisierend oder generalisierend zu fungieren. Dabei können verschiedene themenbezogene, theoretische und methodische Perspektiven aus der klinische Sozialen Arbeit zur Erfassung verwendet werden. Ressourcenperspektive, soziale Netzwerke, Sozialraumorientierung, lebensweltliche Perspektiven, Person In Environment-Modell sind nur einige Möglichkeiten der besagten Datensammlungsmöglichkeiten. Ziel der Sozialen Diagnostik ist es schliesslich, soziale Fälle, Lebenslagen und Phänomene multiperspektivisch zu erfassen und zu verstehen. Der multiperspektivische diagnostische Zugang liegt dabei immer sowohl bei der individuellen Person als Klient_in (Mikroebene) als auch bei der dazugehörigen sozialen Gruppe

(Mesoebene) und bei den gesellschaftlichen Zusammenhängen (Makroebene). Ohne diese Erfassung und ohne dieses Verständnis kann die klinische Soziale Arbeit keine Aufträge im Fall ableiten und die Bearbeitung von sozialen Problemen der Lebensführung ist nicht möglich (vgl. ebd.: 32f.). Zudem bildet Diagnostik im Prozessbogen zwischen allen beteiligten Kooperationspartner ein zentrales Schlüsselmoment, um Klarheit und Orientierung im Fall zu garantieren (vgl. Schmidt 2020: 19). «Dieser Prozessbogen erfordert die Kontinuität und Synchronisation der professionellen Hilfen und einen diagnostischen Blick, der biopsychosozialen Falldynamik in ihrem lebensgeschichtlichen Gewordensein, erfasst.» (Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 27) Wichtig anzumerken ist hierbei, dass Diagnosen konzeptbezogene Konstrukte darstellen und keine objektiven Wirklichkeiten. Es sind Etikettierungsmöglichkeiten, die stets verbunden sind mit komplexen Zuschreibungen. Diagnosen an sich können gefasst werden in sogenannten Klassifikationsmanualen, wie dem bereits erwähnten ICD-10 oder der ICF. Sie beinhalten inhaltlich spezifische Aufträge, zum Beispiel Ängste transformieren, und sie dienen übergeordneten Metazielen, wie Selbstwirksamkeitserfahrung der Klientel, Stärkung der Autonomie, Selbstbestimmung, Kohärenzerleben und Selbstwertstärkung. Die Aufgabe der Professionellen liegt darin, zu überprüfen, ob die Diagnose der Erreichung der Metazielen dient oder diese behindert. Diagnosen dienen dazu als Mittel zum Zweck und als Instrument (vgl. Schmidt 2020: 19).

3.2. Die Systemmodellierung

Sabrina Wiedmer

Das Konzept der Systemmodellierung dient der Prozessgestaltung. Im Fokus steht das methodische Handeln der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Ziel ist es, Interventionen nachvollziehbar auf die individuelle (psycho-)soziokulturelle Falldynamik abzustimmen. Zudem soll der Prozess der sozialen Fallbegleitung mit den Leistungen der Psychotherapie und Medizin synchronisiert werden. Nachfolgend wird zuerst die Theorie Integration und Lebensführung eingeführt. Sie ist dem Fachbereich der klinischen Sozialen Arbeit zuzuordnen und ermöglicht zentrale Einblicke in den theoretischen Bezugsrahmen der Systemmodellierung. Dieses Wissen wird mit der Figur des Lebensführungssystems zusammengefasst, die im Mittelpunkt des Konzepts steht. Darauf aufbauend wird der Prozessablauf sowie diejenigen Instrumente und Verfahren näher beleuchtet, welche der diagnostischen Einschätzung der (psycho-)soziokulturellen Falldynamik dienen.

3.2.1. Die Theorie Integration und Lebensführung

Sabrina Wiedmer

Die klinische Soziale Arbeit befasst sich mit dem Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft. Gegenstand der Profession sind die Dilemmas, welche auf und zwischen diesen Eb-

enen entstehen. Die Theorie Integration und Lebensführung setzt sich einerseits mit der individuellen und der gesellschaftlichen Ebene des menschlichen Daseins auseinander. Sie thematisiert die Formen und Strukturen der Gesellschaft, die darin enthaltene Spannungen sowie ihren Handlungs- und Lebensspielraum. Andererseits wird erklärt, wie die Mikro-, Meso- und Makro-Ebene des Lebens in Beziehung zueinanderstehen. Die Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft wird dabei bewusst in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses gerückt. Die klinische Soziale Arbeit widmet sich vorderhand Problemen, welche der individuellen Ebene zuzuordnen sind. So zum Beispiel, wenn ein Mensch psychisch krank ist und seine Arbeitsstelle verliert. Entwicklungen dieser Art sind jedoch sowohl in individueller wie auch in sozialer Hinsicht problematisch. Es gilt zu beachten, dass Menschen stets in soziale Beziehungsnetze eingebettet sind. Die wechselseitigen Beziehungen zwischen Individuen und ihren sozialen Netzwerken können sich negativ auf den Einzelfall auswirken und umgekehrt. Aus diesem Grund setzt sich die Profession nicht nur mit individuellen Problemen auseinander. Sie befasst sich ebenso mit der Gestaltung des Sozialen. Dadurch stellt sie sicher, dass ihr Gegenstand nicht einseitig betrachtet wird. Im Zentrum steht zum einen die Frage, welche individuellen Eigenschaften die Menschen und ihre soziale Umgebung mitbringen. Zum anderen wird die Wechselwirkung zwischen diesen Ebenen untersucht (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 47-49).

Die Lehre der Synergetik und das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft:

Eine rein holistische oder atomistische Ansicht reicht nicht aus, um das komplexe Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft zu beschreiben. Holistische Theorien erlauben zwar eine differenzierte Erfassung der Gesellschaft. Sie messen jedoch den einzelnen Individuen, die Teil der Gesellschaft sind, zu wenig Geltung bei. Dies wird anhand der Ansicht deutlich, dass Menschen lediglich in der Lage sind, den vorgegebenen Gesellschaftsstrukturen zu folgen. Im Atomismus hingegen wird das Individuum als vollkommene Einheit dargestellt. Die Gesellschaft wird als Resultat individueller Handlungen interpretiert, wobei übersehen wird, dass sie das Ergebnis des Zusammenwirkens der Menschen ist (zur Vertiefung «Atomismus und Holismus» im Kontext der Sozialen Arbeit, siehe Staub-Bernasconi). Beide Theorien sind somit nicht geeignet, um das vielschichtige Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft zu erfassen. Die Bezugsgrößen werden losgelöst voneinander betrachtet, wodurch wesentliche Faktoren aussenvor bleiben (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 51).

Die Lehre der Synergetik ermöglicht einen akribischeren Zugang. Sie gründet auf der Idee, dass jede Sache mit einer anderen zusammenhängt und somit entweder ein System oder die Komponente eines Systems ist. Die Gesellschaft stellt zum Beispiel ein System dar, welches auch als Makrosystem bezeichnet wird. Es umfasst die Summe der sozialen Systeme, die durch das Zusammenwirken von Menschen erschaffen wird. Die sozialen Systeme sind Teil

des Makrosystems und fungieren als dessen Komponenten. Ein Beispiel für Komponenten dieser Art sind Familiensysteme. Ein einzelnes Familiensystem stellt wiederum ein eigenes System dar, wobei es Teil des grösseren Makrosystems bleibt. Als Element des Makrosystems ist das Familiensystem der Gesellschaft untergeordnet und wird als Mesosystem bezeichnet. Dieser Logik folgend sind die Komponenten des Mesosystems die einzelnen Familienmitglieder_innen. Als biopsychische Wesen sind sie Teil des Familiensystems und bilden zeitgleich Mikrosysteme (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 31-58).

Systeme der gleichen Art, zum Beispiel mehrere biopsychische Lebewesen, bilden ein ontologisches Niveau. Die Komponenten von Systemen desselben ontologischen Niveaus können in wechselseitigen Beziehungen zueinanderstehen und interagieren. Durch solche Interaktionen kann ein neues System herausgebildet werden. Es ist möglich, dass das neue System eine Eigenschaft besitzt, die seinen Systemelementen also den ursprünglichen Systemen nicht zukommt. Trifft dies zu, wurde eine emergente Eigenschaft hervorgebracht. Es dient der erleichterten Verständlichkeit diesen Vorgang anhand eines Beispiels aufzuzeigen: Eine Interaktion zwischen zwei oder mehr Individuen entspricht einer Interaktion von Systemen der gleichen Art und somit des gleichen ontologischen Niveaus. Individuen können auf der sozialen Ebene interagieren, wodurch sich ein neues soziales System herausbildet. Dieses System verfügt nun über die emergente Eigenschaft «des sozial integriert seins». Sie ist emergent, weil sie nur dem sozialen System zukommt. Ein einzelnes Element des sozialen Systems hingegen, also ein Mensch allein, kann nicht sozial integriert sein (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 31-58).

Der systemische Zugang positioniert sich somit zwischen dem Atomismus und dem Holismus, indem Individuen und die Gesellschaft nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. Sie werden in Relation zueinander gesetzt, weil zwischen dem gesellschaftlichen Makrosystem und den Individuen als Komponenten des Makrosystems zwangsläufig Interdependenzen bestehen. Diese Abhängigkeitsbeziehungen führen zu einer wechselseitigen Verknüpfung, die untrennbar ist, weil sich Individuum und Gesellschaft stets gegenseitig beeinflussen. Der emergentische Systemismus berücksichtigt diese wechselseitigen Beziehungen und wird somit sowohl dem spezifischen Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft wie auch dessen Ordnungsbildung und Reproduktion gerecht (zur Vertiefung der systemischen Denkweise in der Sozialen Arbeit, siehe Bunge oder Obrecht) (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 31-58).

Integration:

Mithilfe der systemischen Denkweise wurde eingeführt, dass die Ebenen Individuum und Gesellschaft untrennbar sind. Dieser Pfad wird weiterverfolgt, dadurch dass Ansichten die ur-

sprünglich von Norbert Elias (1986)⁴ stammen, in die Theoriebildung einfließen. Der Soziologe gelangte zu der Erkenntnis, dass Kinder erst dann zu Individuen werden, wenn sie sich in ein dynamisches soziales Netzwerk integrieren. Sobald ein Mensch Teil einer sozialen Gruppe ist, ergibt sich daraus eine Abhängigkeit zu den Gruppenmitgliedern. Diese Abhängigkeit, die durch soziale Zusammenschlüsse entsteht, wird zum Beispiel anhand der Gesellschaftsnormen deutlich. Prinzipiell entspricht sie jedoch dem Wesen eines jeden sozialen Beziehungskonstrukts, da Individuen in sozialen Netzwerken aufeinander angewiesen sind. Menschen führen ihr Sozialleben in Systemen, die als soziale Figurationen bezeichnet werden. Erst diese sozialen Figurationen ermöglichen ein Leben in Sozialität, was per se nicht von Geburt an gegeben ist. Vielmehr stellt die Integration in soziale Figurationen eine Seite des Lebensprozesses dar. Die zweite Seite dieses Prozesses wird als Individuation bezeichnet. Sie umfasst die Entwicklung des Selbst, die von statten geht, wenn Menschen in Sozialität leben und sich in diesem Kontext bilden. Die zwei Seiten dieses Prozesses sind untrennbar verwoben und müssen stets miteinander gedacht werden (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 51-64). Sie stehen sinnbildlich dafür, dass Menschen zutiefst soziale Wesen sind, die zur Erhaltung ihrer Art miteinander in Kontakt treten (vgl. Sommerfeld 2019: 5). Die soziale Integration entspricht einem menschlichen Instinkt, wobei jede Eingliederung individuelle Herausforderungen birgt. Allfällige Hindernisse führen dazu, dass die Menschen ihr Denken und Handeln mit den Akteur_innen der sozialen Gruppe abgleichen. Diese Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben stösst wiederum Schritte der persönlichen Entwicklung an, die Voraussetzung für eine Subjektwerdung sind. Die fortwährenden Integrationsprozesse bilden die Grundlage, dass Menschen in sozialen Figurationen Entwicklungsschritte durchlaufen. Dieser Prozess wird zu keinem Zeitpunkt des Lebens abgeschlossen, weshalb sich auch das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft stetig weiterentwickelt. Integration ist somit eine der wesentlichen Kategorien des menschlichen Lebens. Sie stellt die notwendige Brücke zwischen der individuellen und der gesellschaftlich-sozialen Lebensdimension dar (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 51-64).

Lebensführung:

Die menschliche Lebensform wird nicht nur durch den Vorgang der Integration geprägt. Der Philosoph Helmuth Plessner (1961)⁵ stellte fest, dass sie auch dadurch gekennzeichnet ist, dass Menschen einen Bezug zur Umwelt herstellen müssen. Das individuelle und kollektive Verhältnis zur Welt ergibt sich aus zwei wesentlichen Vorgängen: Zum einen aus der Suche nach Erkenntnis und zum anderen aus dem Lösen praktischer Probleme, wodurch Menschen

⁴ Elias, Norbert (2006). Figuration, sozialer Prozess und Zivilisation: Grundbegriffe der Soziologie. In: Gesammelte Schriften III. Band 16. Aufsätze und andere Schriften. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 100-117. Erstveröffentlichung: 1986.

⁵ Plessner, Helmuth (2003). *Conditio Humana*. Die Frage nach der *Conditio Humana*. In: Gesammelte Schriften in zehn Bänden. VIII *Conditio Humana*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 136-217. Erstveröffentlichung: 1961.

lernen, ihre Lebensverhältnisse zu formen. Sie erstellen subjektive Theorien, die dazu dienen, Schritt für Schritt ihre Biografie zu gestalten. Weil sie ihr Leben tatkräftig führen, sind sie eigenständig handelnde Subjekte. Die zweite Kategorie, die das menschliche Leben charakterisiert, ist deshalb die Lebensführung. Die Lebensführung ist jedoch, wie bereits eingeführt, an das Vorhandensein einer sozialen Mitwelt gebunden. Die Reproduktion dieser sozialen Umwelt wiederum ist vom Bestehen einer Masse an Subjekten abhängig. Diese Abhängigkeit zwischen dem Menschen und seiner sozialen Mitwelt wird als strukturelle Koppelung bezeichnet (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 52).

Das Lebensführungssystem:

Das Lebensführungssystem eines Menschen zu verstehen, setzt voraus, dass die Prozesse beider Daseinsebenen einbezogen werden. Einerseits diejenigen des Individuums, welche die biologischen und psychischen Aktivitäten umfassen und andererseits jene der sozialen Umgebung. Die individuelle Umwelt einer Person besteht aus ihren sozialen Handlungssystemen und deren Integrationsbedingungen. Jedes Lebensführungssystem setzt sich somit aus einem inneren biopsychischen Kern und einem äusseren sozialen Mantel zusammen. Die inneren und äusseren Prozesse laufen einzeln ab. Sie sind zeitgleich, aber auch untrennbar. Sie verfügen über dynamische Wechselbeziehungen, die sie verknüpfen und dazu führen, dass sie sich gegenseitig bedingen. Dadurch sind sie strukturell gekoppelt. Ungeachtet dessen, dass die Prozesse Bedingung füreinander sind, bestimmen sie sich jedoch nicht gegenseitig. Ihr Verhalten wird deshalb auch als zirkulär kausal bezeichnet. Diese Eigenschaft ist typisch für vielschichtige, agile sowie sich selbst organisierende Systeme. Dieser Systemart sind auch Lebensführungssysteme zuzuordnen. Die zwei menschlichen Daseinsebenen bilden zusammen mit der zirkulären Kausalität, das individuelle Lebensführungssystem. Es wird in der Abbildung 4, anhand der gestrichelten Linien visualisiert (vgl. Sommerfeld 2019: 5-8).

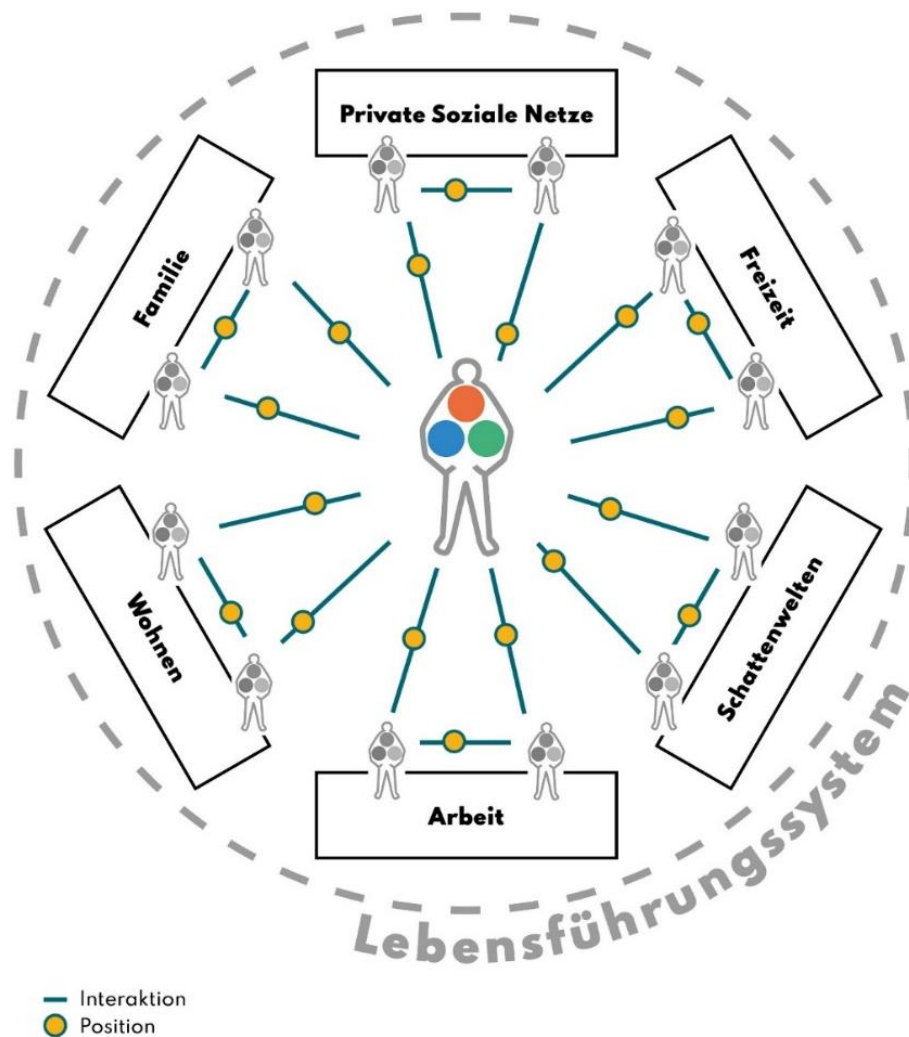


Abb. 4: Das Lebensführungssystem (in Anlehnung an: Sommerfeld 2019: 8).

Das Individuum befindet sich im Mittelpunkt des Lebensführungssystems und wird als aktiv handelndes Wesen interpretiert. Es verfügt über eine persönliche Ausstattung, die auch als Vermögen bezeichnet wird. Die individuelle Ausstattung beinhaltet sowohl die Ressourcen wie auch die Probleme des Menschen (vgl. Sommerfeld 2019: 5-8).

Ein Lebensführungssystem zeigt auf, in welche Handlungssysteme der Mensch integriert ist: zum Beispiel in ein Familien-, ein Wohn- oder Arbeitssystem. Genauso aufschlussreich ist es zu eruieren, in welche Systeme ein Individuum nicht integriert ist. Ausschlüsse aus Systemen können ebenso markante Auswirkungen auf die Lebensqualität haben, wie Systemein-schlüsse. Integration ist zudem kein Schalter-Modell und unterliegt nicht dem *on-off* Prinzip. Deshalb lässt sie sich nicht lediglich anhand dessen erklären, ob jemand dazugehört oder nicht. Vielmehr bedarf es einer Interpretation des spezifischen Integrationsarrangements, weil Integration sowohl positiv wie auch negativ sein kann. In die Schattenwelt der Drogenszene integriert zu sein, kann zum Beispiel negative Folgen für das Individuum haben. Das System kann von Beschaffungskriminalität und damit einhergehender Gewalt geprägt sein. Nebst der

Zugehörigkeit ist deshalb entscheidend, welche Position das Individuum im Verhältnis zu weiteren Systemakteur_innen einnimmt und wie die Art und Weise der Interaktion von statten geht. Daraus resultiert schlussendlich das subjektive Empfinden, ob die Lebensführung als positiv-gelingend wahrgenommen wird oder nicht (vgl. Sommerfeld 2019: 5-10).

Die zirkuläre Kausalität der (bio-)psychosozialkulturellen Prozesse:

Mittels den Erläuterungen zum theoretischen Bezugsrahmen wurde eingeführt, dass psychische und soziokulturelle Prozesse strukturell gekoppelt sind. Zudem lösen sie wiederum eine Resonanz auf der biologischen Daseinsebene aus. Dieser Effekt wurde im Kapitel zum biopsychosozialkulturellen Modell bereits angesprochen. An dieser Stelle wird nun nochmals die Lehre des emergentischen Systemismus beigezogen, um darauf aufbauend die zirkuläre Kausalität der psychischen und soziokulturellen Prozesse zu rekonstruieren. Die psychosozialkulturelle zirkuläre Kausalität wird vertieft behandelt, weil sie Einfluss auf die Ordnungsbildung der sozialen Ebene des menschlichen Lebens nimmt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 97f.).

Die psychischen Prozesse einer Person umfassen im Wesentlichen ihre kognitiv-emotionalen Verhaltensmuster. Das menschliche Verhalten wird aber nicht nur durch diese Muster bestimmt. Es hängt genauso von den Ordnungsparametern ab, die in den sozialen Systemen vorherrschen, in denen die Person integriert ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 97f.). Ein soziales System entsteht aus der Interaktionen von Individuen und organisiert sich selbst, wodurch Ordnungsparameter und Strukturen hervorgebracht werden. Sie enthalten die Bedeutungs-, Kommunikations-, und Handlungsmuster, die sich von Zeit zu Zeit festigen und das Leben im System regulieren. Zeitgleich bilden die Menschen während ihren Aktivitäten in den sozialen Räumen ihre psychischen Strukturen aus. Diese Gleichzeitigkeit führt dazu, dass die Ordnungsparameter eines sozialen Raums und die psychischen Muster des darin integrierten Individuums in Beziehung zueinanderstehen. Menschen erschaffen durch Aktivitäten in sozialen Räumen ihre Lebensverhältnisse. Diese Verhältnisse finden sie wiederum als ihre eigene Umwelt vor. Sie integrieren sich von Geburt weg in soziale Figurationen, denen bestimmte Verhältnisse zu Grunde liegen, die nicht sofort veränderbar sind. Soziale Systeme reproduzieren sich aber, wodurch sie langfristig durchaus beeinflusst werden können. So ist das Resultat einer Systemreproduktion immer auf die Aktivitäten der jeweiligen Akteur_innen zurückzuführen (vgl. ebd.: 60f.).

Die sozialen Ordnungsparameter bestimmen die Freiheitsgrade, welche dem Menschen im Rahmen seiner Lebensführung zukommen und können diese empfindlich einschränken. Die Not, die daraus entsteht, führt zu einer Bildung und Aktivierung von darauf bezogenen Handlungsmustern. Aus subjektiver Sicht sind diese immer sinnvoll, unabhängig davon ob sie funktional oder dysfunktional sind. Insbesondere die dysfunktionalen Muster entsprechen jedoch häufig nicht den Erwartungen des Systems und tragen dadurch unmittelbar dazu bei, dass die

vorhandene Ordnung reproduziert wird. Diese gegenseitige Bedingtheit der psychischen und sozialkulturellen Prozesse wird als zirkuläre Kausalität bezeichnet. Solange sich das System auf diese Weise reproduziert, bleiben die psychischen und sozialkulturellen Prozesse strukturell gekoppelt und stabilisieren sich gegenseitig (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 97f.). Da sich das Zusammenspiel zwischen der Bildung menschlicher Verhaltensmuster und der Reproduktion sozialer Systeme zirkulär kausal verhält, müssen psychische Prozesse bei der Bearbeitung sozialer Probleme berücksichtigt werden. Gleiches gilt auch in entgegengesetzter Richtung, weil die Prozesse untrennbar verwoben sind (vgl. ebd.: 187).

Die soziale Falldimension:

Anhand des Lebensführungssystems können die Menschen während ihrer Reise durch den sozialen Raum beobachtet werden. Kommt es währenddessen zu sozialen Problemen, ist die Fachsozialarbeit adressiert zu intervenieren (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 57). Ziel der Profession ist es, dass Menschen mindestens ein subjektiv und gesellschaftlich akzeptables Leben führen (vgl. ebd.: 174). Je besser dies gelingt, desto weniger innere Spannungszustände entstehen. Eine soziale Krise tritt auf, wenn die Art und Weise wie das Individuum in ein soziales Handlungssystem eingebunden ist, ein individuell problematisches Muster auslöst und Bedürfnisse nicht mehr befriedigt werden können (vgl. ebd.: 137). Entsprechend nimmt die Profession das Lebensführungssystem in den Blick. Sie betrachtet das System aber nicht losgelöst und achtet sensibel auf mögliche Auslöser von dysfunktionalen Verhaltensmustern. Deshalb sind sowohl die Bedingungen des Individuums, diejenigen seines sozialen Umfelds wie auch die daran gekoppelten Verhaltensmuster von Interesse. Nebst dem Individuum stehen im Rahmen der sozialarbeiterischen Begleitung aber sicherlich die sozialen Handlungsräume im Zentrum. Sie bestimmen die Freiheitsgrade des Individuums, indem sie ein gewisses Verhalten ermöglichen oder einschränken, wodurch die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten definiert werden (vgl. ebd.: 64). Die soziale Dimension wird somit nicht anhand blosser Versorgungsmerkmale bestimmt, wie dem Vorhandensein einer Wohnung oder Beziehung. Auch tieferliegende Thematiken wie Integrationsarrangements, damit einhergehende Verhaltensmuster sowie die individuelle Lebensführung des Menschen werden erfasst (vgl. ebd.: 97).

Zur Bearbeitung der beschriebenen Komplexität werden im Konzept der Systemmodellierung konkrete Instrumente und Verfahren zur Verfügung gestellt. Weitere Instrumente und Verfahren, die mit dem theoretischen Referenzrahmen der Systemmodellierung zu vereinbaren sind, lassen sich bei Bedarf flexibel integrieren. Diese Feststellung ist wichtig, um nicht fälschlicherweise den Eindruck zu erwecken, dass die nachfolgenden Ausführungen zur Systemmodellierung abschliessend sind (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 29).

3.2.2. Das Konzept der Systemmodellierung

Sabrina Wiedmer

Das Gesamtkonzept der Systemmodellierung strukturiert sich entlang von Modulen, die aufeinander aufbauen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 298f.). Sie umfassen die Arbeitsschritte des Indikations-Assessments, des Fallverstehens, der Sozialen Diagnostik, der synchronisierten Hilfe- und Austrittsplanung sowie der Nachsorge und Evaluation (vgl. ebd.: 315). Die modulare Struktur ist nützlich, weil je nach Fallkomplexität Arbeitsschritte beigezogen oder ausgelassen werden können (vgl. ebd.: 298f.). Sämtliche Prozessschritte werden in der Praxis stets in Kooperation mit den Betroffenen durchgeführt. Nachfolgend wird der Konzeptablauf entlang einer linearen Abfolge erläutert. Die Arbeitsschritte sind jedoch als zirkulärer Prozess zu verstehen. Diese Offenheit ist wichtig, weil beispielsweise auch während der Interventionsphase diagnostische Erkenntnisse erzielt werden können. Ist dies der Fall, muss die notwendige Flexibilität gegeben sein, um dieses Wissen trotzdem einzubeziehen (vgl. ebd.: 302). Bevor der Prozessschritt der Sozialen Diagnostik vertieft behandelt wird, muss zuerst geklärt werden, wie es zu einer Fallzuweisung an die klinische Soziale Arbeit kommt.

3.2.3. Die Indikation der klinischen Sozialen Arbeit

Sabrina Wiedmer

Zu Beginn des Prozesses kommt ein standardisiertes *Screening*-Instrument zum Einsatz. Es dient der Einschätzung, ob die Zuständigkeit der klinischen Sozialen Arbeit gegeben ist. Die Indikationsstellung erfolgt anhand eines standardisierten Fragebogens, der bis spätestens drei Tage nach Klinikeintritt ausgefüllt werden muss. Mit dem Fragebogen wird zum einen der Bedarf ermittelt und zum anderen die Dringlichkeit des professionellen Handelns zum Ausdruck gebracht. Die Fragen sollen von den Betroffenen selbst ausgefüllt werden. So wird das Risiko minimiert, Antworten zu verfälschen. Das Screening umfasst insgesamt 23 Fragen. Die Antworten sind jeweils mit einer Gewichtung zwischen null bis drei Punkten versehen. Der Fragebogen wird durch das einfache Setzen von Kreuzen beantwortet, wobei es zusätzlichen Raum gibt, um Bemerkungen festzuhalten. Die Fragen nehmen insbesondere die sozialen Lebensbereiche in den Blick, wie Arbeit, Wohnen, Administration, Finanzen und das soziale Netzwerk. Die Antwortpunkte werden nach dem Ausfüllen addiert. Die Höhe des Resultats bringt sodann das vorliegende soziale Risiko zum Ausdruck. Der sogenannte *Cut-Off-Wert* legt fest, ab welcher Punktezahl die Indikation der Fachsozialarbeit gegeben ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 303-306). Die Indikation kann sich auch dadurch ergeben, dass eines der neun *Cut-Off-Kriterien* angekreuzt wird. Die *Cut-Off-Kriterien* können im Anhang eingesehen werden (siehe Anhang 1, die *Cut-Off-Kriterien*, S. 111).

Zur Einschätzung des Handlungsbedarfs kann optional auch das Kurzassessment genutzt werden. Es ist ebenfalls ein genormtes Instrument, das grundsätzlich dieselben Informationen abfragt wie der Screening-Fragebogen. Auf die Erhebung einer Punktezahl wird jedoch verzichtet. Zudem können beim Assessment flexibel Fragen eingebaut oder ausgelassen werden, um die Erhebung auf das jeweilige Setting abzustimmen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 308). Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass sich dieses Instrument vielerorts durchsetzt (vgl. ebd.: 356). Das Assessment kann bei Interesse ebenfalls im Anhang eingesehen werden (siehe Anhang 2, das Screening-Instrument, S. 112f.).

Die Instrumente zur Einschätzung der Indikation sowie des Handlungsbedarfs leisten einen wertvollen Beitrag. Die Zuweisung kann professionell und auf ressourcenschonende Art und Weise durchgeführt werden. Die Basis bilden standardisierte Instrumente, welche Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Fällen ermöglichen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 308). Diese Erstbeurteilung ist entscheidend, ob Menschen Unterstützung durch die Fachsozialarbeit erhalten oder nicht. Die Indikationsstellung nimmt somit direkt Einfluss auf die Soziale Diagnostik. Sie ist ausschlaggebend, ob es überhaupt zum Prozessschritt kommt oder nicht. Deshalb wurde das Eingangs-Screening bewusst vertieft behandelt.

3.2.4. Die Soziale Diagnose im Konzept der Systemmodellierung

Sabrina Wiedmer

Sobald eine Indikation gegeben ist, folgt die Kernkompetenz der klinischen Sozialen Arbeit, die Soziale Diagnostik (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 312). Das Konzept der Systemmodellierung enthält insgesamt drei Diagnostikbausteine (vgl. ebd.: 298f.). Sie sind integrativ konzipiert, wodurch problemlos divergente Vorgehensweisen integriert werden können. Zusätzliche Methoden werden beigezogen, wenn das Fallverständnis einer Präzisierung bedarf und dies durch die integrierten Verfahren nicht leistbar ist. Die Diagnostik stellt die Zeitspanne seit Beginn des Problems bis zum Erfassungszeitpunkt in den Fokus. Ziel ist es, die Entstehungsgeschichte der psychosozialkulturellen Musterbildung sowie die aktuelle Dynamik des Problems zu rekonstruieren. Zudem soll eine Prognose zum Fallverlauf erstellt werden, um abzuschätzen, wie sich ein allfälliges Handeln oder nicht Handeln auswirkt. Die Soziale Diagnostik ist eine Fremdeinschätzung und muss stets mit der Sichtweise der betroffenen Person abgeglichen werden. Diejenigen Menschen, welche ihr eigenes Lebensführungssystem verstehen, verfügen über den wirkungsvollsten Faktor für eine nachhaltige Veränderung. Deshalb ist der Hauptauftrag der Sozialen Diagnostik das beidseitige Fallverstehen. Dabei werden vier wesentliche Punkte berücksichtigt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 312f.): (1) Die Diagnostikverfahren fokussieren die individuelle Lebensführung. Sowohl die Ausstattungsmerkmale wie auch die zentralen biografischen Informationen werden erfasst. Dieses Wissen bildet die Basis, um die jeweilige Form der Lebensführung nachzuvollziehen. (2) Darauf aufbauend wird explizit

das individuelle Lebensführungssystem in den Blick genommen. Zum einen um festzustellen, welche Elemente das System enthält. Zum anderen wird hinterfragt, wie sich die Komponenten des Systems organisieren. Diese Informationen werden genutzt, um das Integrationsarrangement zu entschlüsseln. (3) Ferner wird das vorhandene Hilfesystem und der bisherige sowie künftigen Prozessverlauf erschlossen. (4) Die daraus resultierenden Informationen werden gegebenenfalls mit weiteren fallrelevanten Sichtweisen ergänzt (vgl. ebd.: 289). Die Soziale Diagnose während der Entwöhnungstherapie ist Bestandteil einer interprofessionellen Diagnostik. Das gesamte Wissen, das auf den unterschiedlichen Fallebenen erzielt wird, muss in die Fallarbeit einfließen. Hierfür bedürfen die Wissensbestände einer sensiblen Abstimmung aufeinander, damit sie in einem gemeinsamen Fallverständnis münden. Diese kooperative Form des Fallverstehens vermag es am ehesten, die biopsychosozialkulturelle Dynamiken sichtbar zu machen und bildet die Grundlage für eine synchronisierte Interventionsplanung (vgl. ebd.: 313). Nach diesem Überblick über das Grundverständnis der Sozialen Diagnostik im Konzept der Systemmodellierung, werden nachfolgend die konkreten Diagnostikverfahren vertieft.

3.2.5. Die deskriptive Systemmodellierung

Sabrina Wiedmer

Der erste deskriptive Diagnostikbaustein:

Die deskriptive Systemmodellierung strukturiert sich entlang von zwei Bausteinen. Mit dem ersten Baustein wird die individuelle Ausstattung der Person erfasst. Das personenbezogene Wissen umfasst Informationen zum Alltag, der Wohnform, der Arbeits- oder Ausbildungssituation, dem sozialen Netzwerk, der somatischen Gesundheit, dem Hilfesystem, der administrativen, rechtlichen sowie finanziellen Ausgangslage, einem allfälligen Migrationshintergrund, der Kultur und Religion sowie den Recovery-Faktoren. Diese Ausstattungsmerkmale geben Hinweise auf denkbare Ressourcen, welche einer Systemintegration dienen und verweisen zeitgleich auf allfällige Defizite. Der erste Baustein ist als Assessment konzipiert, wodurch eine effiziente Erfassung der Ist-Situation möglich wird. Es kann rasch ermittelt werden, ob es einer unmittelbaren Massnahme bedarf. Eine allfällige Intervention muss kurzfristig umsetzbar sein und darf keinen einschneidenden Eingriff darstellen. Ein abrupter Wohnungswechsel würde zum Beispiel eine sorgfältigere Abklärung und somit mindestens die Anwendung der Diagnostikbausteine zwei und drei voraussetzen. Der erste Baustein der deskriptiven Diagnostik wird genutzt, um die Notwendigkeit eines sofortigen Handelns abzuschätzen und festzustellen, ob weitere Abklärungen notwendig sind (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 323-325).

Mit dem Ausstattungs-Assessment werden zuerst die Personalien erhoben. Sie umfassen den Namen, das Alter, das Geschlecht und den Wohnort der Person. Danach folgt ein Erstgespräch, das der tiefgründigen Ausstattungserhebung dient. Die Informationen zu den Lebensbereiche werden mittels W-Fragen ermittelt. Je nach Bedarf kann das Wissen laufend durch

Erkenntnisse aus weiteren Beratungsgesprächen ergänzt werden. Das Instrumentarium der deskriptiven Diagnostik ist multiperspektivisch ausgerichtet, weshalb auch die Sichtweise der Betroffenen und diejenige der Angehörigen erhoben wird. Ferner fließen Fremdauskünfte in Form von Verlaufsdokumentationen oder Berichten in die Erhebung ein. Die Summe dieser Informationen wird schlussendlich genutzt, um eine Situationsbeschreibung anzufertigen, die als erste Beurteilung des Ist-Zustandes dient. Die erzielten Erkenntnisse werden im Arbeitsblatt eins dokumentiert (siehe Anhang 3, das Arbeitsdokument Ausstattung, Recovery und Sofortmassnahmen, S. 114-116) (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 323-325).

Der zweite deskriptive Diagnostikbaustein:

Mit dem zweiten Baustein wird der Lebenslauf der Person erfasst sowie eine Prognose zum weiteren Verlauf der Biografie ausgearbeitet. Der Baustein wird eingesetzt, wenn sich der Fall aufgrund des personenbezogenen Ausstattungs-Assessments komplex darstellt. Das jeweilige Lebensführungssystem wird erkundet, mit dem Ziel, die psychischen und sozialkulturellen Lebensbedingungen samt ihren Abhängigkeitsbeziehungen zu verstehen. Diese Absicht bedingt, dass das Zusammenspiel zwischen dem biopsychischen Wesen und seiner sozialkulturellen Lebensführungsdimension rekonstruiert werden kann. Die Daten, welche hierfür erforderlich sind, werden in mehreren Beratungsgesprächen erhoben. Die Gesprächssequenzen sind offen gestaltet, wobei zur Strukturierung und Orientierung vordefinierte Fragen beigezogen werden. Durch diese Form der stetigen Wissensgewinnung kann die Skizze des Lebensführungssystems laufend konkretisiert werden. Die systemische Gesprächsführung ist dabei zwingend am kognitiven Niveau der Person anzupassen. Unter Umständen können hierfür Fotos oder andere visualisierende Mittel als Hilfestellungen beigezogen werden. Wichtig ist, dass die Fachperson solange nachfragt, bis sie wirklich das Gefühl hat verstanden zu haben. Persönliche Vorannahmen oder Bilder zu Situationen, welche die Wahrnehmung der Person beeinflussen, werden gemeinsam bewusst gemacht und festgehalten. Ziel ist es, dass die Betroffenen verstehen, was in ihrem Leben passiert und wie sie damit zurechtkommen. Es soll ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, wie sie ihre Ziele unter den gegebenen Umständen erreichen können (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 323-329).

Das Lebensführungssystem der Person wird rekonstruiert, indem die Integrationsbedingungen sichtbar gemacht werden. Zu diesem Zweck werden die aktuellen und vergangenen Handlungssysteme erschlossen. In einem nächsten Schritt wird die Person befragt, wie zufrieden sie mit den einzelnen Lebensbereichen ist. Die Bewertung erfolgt auf einer Skala von null bis zehn und kann bildlich dargestellt werden. Die Abbildung wird durch die Zufriedenheit ergänzt, welche sich die Person im jeweiligen Lebensbereich wünscht. Daraus ergibt sich ein erstes vorläufiges Abbild der individuellen Integrationsbedingungen (vgl. Sommerfeld et al. 2016:

329-332). Die Abbildung 5 zeigt, wie eine solche Erfassung und Bewertung des Lebensführungssystems aussehen kann.

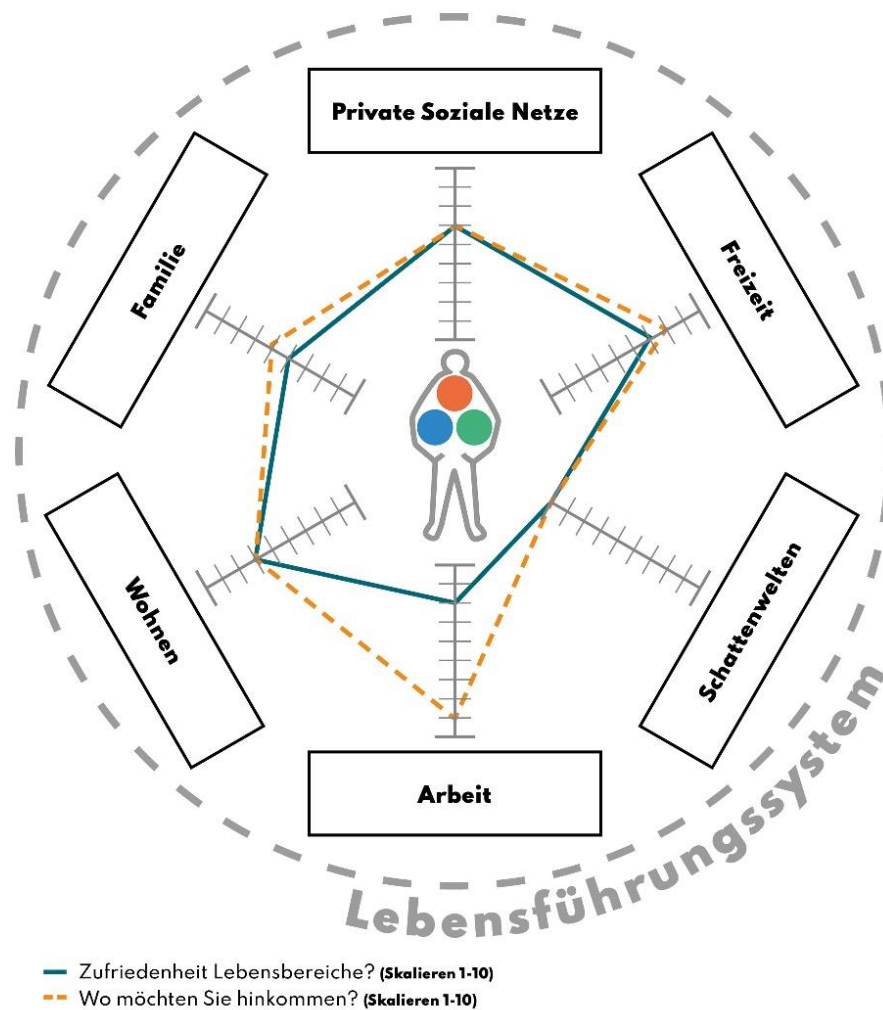


Abb. 5: Die deskriptive Systemmodellierung, Baustein zwei, Erkundung des Lebensführungssystems (in Anlehnung an: Sommerfeld et al. 2016: 360).

Danach folgt eine intensiviertere Erkundung von einem oder mehreren Lebensbereichen, um darin allfällige Probleme aufzudecken. Hinweise, welche auf Belastungen in Systemen hindeuten, ergeben sich meist bereits aus dem Baustein eins und der Erfassung des Lebensführungssystems. Die intensiviertere Erkundung der problembelasteten Systeme findet ebenfalls während nichtstandardisierten Gesprächen statt. Sie strukturieren sich entlang der orientierungsleitenden Fragen und den Arbeitsdokumenten. Dadurch kann die Gesprächsführung flexibel auf den Einzelfall abgestimmt werden. Grundsätzlich wird empfohlen, zuerst diejenigen Lebensbereiche zu erkunden, welche einen funktionalen Eindruck hinterlassen. Fachpersonen sollten sich stets zuerst an Dingen orientieren, die gut laufen. Die dortigen Fähigkeiten, Handlungsstrategien und Beweggründe der Menschen geben Aufschluss über Systembedingungen, welche

einen positiven Effekt auf die Lebensqualität haben. Diese Bedingungen sollen gezielt gefördert und aktiviert werden. Zudem werden dadurch meist beinahe automatisch auch die Probleme sichtbar. Tieferliegende Problemdynamiken können durch gezieltes Nachfragen aufgedeckt werden. Dabei werden jedoch bewusst keine problemzentrierten, sondern offene Fragen gestellt. Sie führen die Person entweder an eine Auseinandersetzung mit Aspekten heran, die bis anhin nicht angesprochen wurden oder greifen einen bestimmten Teil der Erzählung auf (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 329-332).

Die Erfassung des zweiten Bausteins komplettiert sich, indem die spezifische Organisation der Handlungssysteme in den Blick genommen wird. Eine Kombination aus direkten und zirkulären Fragen eignet sich, um die Regeln und Interaktionsmuster der Systeme sowie deren Funktion und Sinnhaftigkeit in Erfahrung zu bringen. Ebenfalls werden die Rollen, Beziehungen und die Verteilung der Positionsmacht zwischen den Systemakteur_innen erfasst. Zu guter Letzt wird die sogenannte kognitiv-emotionale Landkarte erschlossen. Sie besteht aus den Werten, Ideen, Wünschen und Erwartungen des Handlungssystems. Die Landkarte kann als Bezugspunkt verstanden werden, für die Handlungen der Systemteilnehmenden. Aus der Gesamtheit dieser Informationen kann nun ein umfassendes Bild des Lebensführungssystems erstellt werden. Die Erhebungen machen deutlich, welche Qualitäten und Potentiale enthalten sind. Das entschlüsselte systemische Zusammenwirken wird laufend dokumentiert. So können die Interpretationen zu den Beziehungen, den sozialen Ordnungsbildungsprozessen und den vorherrschenden Handlungsmustern festgehalten werden (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 329-332).

3.2.6. Die idiografische Systemmodellierung

Sabrina Wiedmer

Die Problemdynamiken, welche mittels der deskriptiven Diagnostik ausgearbeitet wurden, sind bei Bedarf noch vertieft zu analysieren. Dazu wird das Verfahren der idiografischen Systemmodellierung genutzt. Es dient der Abbildung eines einzelnen Lebensbereichs, einschliesslich seiner Systemeigenschaften sowie den darin enthaltenen Verhaltensmustern. Die visuelle Darstellung eines einzelnen Handlungssystems ermöglicht es, systemische Zusammenhänge in verdichteter Form aufzuzeigen. Die Durchführung des Arbeitsschrittes wird empfohlen, wenn es mit der deskriptiven Diagnostik nicht gelingt, die Entwicklung der psychosozialkulturellen Muster sowie die daraus resultierenden sozialen Struktur- und Ordnungsbildungsprozesse fassbar zu machen. Das Verfahren wird somit insbesondere bei komplexen Fällen angewendet (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 333-335). Das konkrete Vorgehen wird nachfolgend anhand eines Beispiels erklärt. Zu diesem Zweck wird das Handlungssystem von Mareike untersucht, die an einer Komorbidität erkrankt ist. Ihr komorbides Krankheitsbild ergibt sich aus einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie einer affektiven Störung. Die affektive Erkrank-

ung tritt zudem gepaart mit Symptomen einer Angststörung auf. Aufgrund des Alkohol- und Drogenkonsums ist Mareike in die Schattenwelt der Drogenszene integriert. Ansonsten weist sie ein normalisiertes Integrationsarrangement auf. Sie figuriert vorderhand in den Systemen Arbeit, Wohnen, Familie, private Kontakte und Freizeit (siehe Abbildung 5).

Erläuterung der Problemdynamik im Handlungssystem Arbeit:

Der Abbildung 5 kann entnommen werden, dass Mareike mit ihrer Arbeitssituation eher unzufrieden ist. Im Beratungsgespräch erzählt sie, dass sie sich am Arbeitsplatz unwohl fühlt. Ihr Unbehagen führt sie auf ihre affektive Erkrankung zurück, da die Störung immer wieder massive Stimmungsschwankungen auslöst. Während den manischen Phasen verhält sich Mareike überengagiert, wodurch sie sich anspruchsvolle Projekte aufhals. Diese Episoden erstrecken sich meist über mehrere Tage. Sobald die Euphorie abflacht, schleicht sich ein beklemmendes Angstgefühl ein. Mareike gibt an, plötzlich zu befürchten, dass sie dem Arbeitsdruck und den Anforderungen nicht mehr gerecht werden kann. Die Angstgefühle sind meist auch das erste Anzeichen dafür, dass eine depressive Verstimmung im Anmarsch ist. Die Angst und die depressive Verstimmung wirken sich in der Folge negativ auf ihre Arbeitsleistung aus, was dazu führt, dass sie vermehrt stimmungsaufhellende Substanzen konsumiert. Der Konsum erweist sich als funktionale Strategie, um die Sorgen für einen Moment zu vergessen. Typischerweise geht der Substanzkonsum jedoch mit einem vermeidenden Verhalten einher. Dieses Muster zeigt sich, indem Mareike nicht mehr zur Arbeit erscheint. Das Fernbleiben löst wiederum ein Gefühl des Versagens aus, was schlussendlich zur Unzufriedenheit im sozialen Handlungssystem führt. Die geschilderte Dynamik erklärt die verminderte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, welche aktuell sogar als Kündigungsgrund diskutiert wird. Die Situation wird zusätzlich verschärft, da Mareike mehrere Klärungsgespräche mit den Arbeitgebenden versäumt hat. Zeitgleich bewertet sie das System Arbeit als wichtig und gibt an, dass sie sich in diesem Lebensbereich eine deutliche Zufriedenheitssteigerung erhofft (siehe Abbildung 5).

Begründung der Auswahl des Handlungssystems:

Im Arbeitssystem von Mareike herrscht ein deutliches Spannungsfeld zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand. Diese Diskrepanz liefert den Grund, um den Lebensbereich genauer unter die Lupe zu nehmen. Sie entsteht, weil Mareike ihre Bedürfnisse nicht mehr zufriedenstellend befriedigen kann. Spannungen, die durch eine problematische Form der Integration und Lebensführung verursacht werden, können sich ebenfalls negativ auf das biopsychische Potential von Mareike auswirken. Dementsprechend ist es möglich, dass das soziale Problem sowohl das Auftreten wie auch das Aufrechterhalten ihrer psychischen Erkrankungen begünstigt. Durch die idiografische Systemmodellierung soll nun geklärt werden, inwiefern das soziale Arbeitssystem die psychischen Muster von Mareike auszulösen oder aufrechtzuerhalten vermag (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 362).

Die Datenerhebung zur idiografischen Diagnostik:

In den biografischen Erkundungsgesprächen berichtet Mareike über ihren Lebenslauf. Sie erzählt, dass sie als Jugendliche häufig mit der Aufgabe betraut wurde, ihre Geschwister zu beaufsichtigen. Die Kinderbetreuung überforderte sie jedoch, da die Mutter genaue Vorstellungen hatte, wie sie ablaufen muss. Da sie diesen Vorstellungen nicht genügen konnte, durfte sie die Geschwister nach einiger Zeit nicht mehr beaufsichtigen. Mareike erwähnt, dass ihrerseits das Bedürfnis bestand, ein klärendes Gespräch mit der Mutter zu führen. Sie hatte den Eindruck, dass ihre Mutter über ihr Unvermögen verärgert war und sie als Versagerin betrachtete. Als sie das Gespräch suchte, liess sich die Mutter aber nicht darauf ein und verliess jeweils den Raum. Nach einiger Zeit fragte Mareikes Mutter aus der Not heraus erneut für die Kinderbetreuung an. Die Zusage von Mareike habe sie zwar gefreut, zeitgleich sprach sie jedoch eine Ermahnung aus, dass sie sich gefälligst bemühen soll. Leider kam es trotz allen Anstrengungen von Mareike zu einem unglücklichen Vorfall: eines ihrer Geschwister wollte unbedingt Süßigkeiten essen. Süßkram sei jedoch strikte verboten gewesen, weshalb Mareike auf das Verbot beharrte. Daraufhin verhielt sich ihre Schwester unmöglich. Mareike entschied, ihre Schwester trotzen zu lassen. Sie widmete ihre Aufmerksamkeit einem der anderen Geschwister. Plötzlich hörte sie laute Schreie. Sie stürmte zu ihrer Schwester und sah, dass sie sich das heisse Teewasser über den Körper gekippt hatte.

Mareike verbalisiert in den Beratungsgesprächen, dass ihr dieser Vorfall bis heute zu schaffen macht. Auch deshalb, weil sich seither die Beziehung zur Mutter nochmals jäh verschlechtert hat. Eine Möglichkeit die Situation zu klären gab es nie. Mareike sagt, dass sie nach diesem Ereignis keine elterliche Liebe mehr erfahren hat.

Analyse der Problemdynamik im Handlungssystem Arbeit:

In den Beratungsgesprächen berichtet Mareike mehrfach über Situationen, die der obigen Sequenz ähneln. Das Ereignis steht sinnbildlich für beinahe analoge Situationen, welche Mareike als Auslöser für ihr Verantwortungsdefizit sieht. Das Defizit zeigt sich heute auch am Arbeitsplatz. Mareike gelingt es nicht, Verantwortung für ihre Projekte zu übernehmen. Zeitgleich spürt sie von sich selbst wie auch von ihrem Umfeld eine diesbezügliche Erwartungshaltung. Es kann vermutet werden, dass Mareike im Verlauf ihrer Biografie gelernt hat, **verantwortungsvolle Aufgaben zum eigenen Schutz zu meiden**. Das Bedürfnis nach Verantwortung kann dadurch auch nicht in Situationen befriedigt werden, die eigentlich adäquat dafür wären. Mareike wendet automatisch eine Vermeidungsstrategie an, wodurch das Muster aufgrund des vermehrten Gebrauchs, leichter abrufbar ist. So hat es sich gefestigt und überaktiviert. Nebst dieser Tendenz zeigt sich ein weiteres Verhaltensmuster, das speziell in Konfliktsituation auftritt. Am Modell der Mutter hat Mareike möglicherweise gelernt, einem Disput aus dem Weg zu gehen. Entsprechend nimmt sie nicht an den Klärungsgesprächen mit den Arbeitge-

benden teil. Dieses Fernbleiben führt aber nicht zu einer Lösung, sondern zu einer Verschärfung des Problems. Ferner führt das Verhalten zu einer Rückzugstendenz, weil Mareike alles mit sich selbst ausmacht. **Sie hat nicht gelernt, Verantwortung für die Klärung einer Konfliktsituation zu übernehmen** (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 363-369).

In ihrer Herkunftsfamilie hat Mareike unter Umständen auch ein sogenanntes Vermeidungsziel entwickelt. Es umschreibt einen Zustand, den Mareike tunlichst vermeiden will. Die vermeintliche Bewertung der Mutter als Versagerin sowie die gestörte Beziehung kann dazu beigetragen haben, dass das Vermeidungsziel **Statusverlust** entwickelt wurde. Die Mutter ist eine nahe Bezugsperson, weshalb ihre Abwertung Spuren hinterlassen kann. Gleichzeitig wird bei Mareike das Motiv «Streben nach Respekt» aktiviert, im Sinne eines Gegenpols. Diese beiden Prägungen könnten erklären, weshalb Mareike tendenziell **zu anspruchsvolle Projekte annimmt und sich überengagiert**. Anerkennung, so wurde es gelernt, geht mit der erfolgreichen Bewältigung von Aufgaben einher. Sind die Ressourcen jedoch zu knapp, gerät Mareikes System sofort in ein Ungleichgewicht. Es tritt eine **Angst** auf, die mit dem Bewusstsein gekoppelt ist, dass die gewünschte Anerkennung nicht erzielt werden kann. Daraus resultiert eine **Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand**, wodurch das Vermeidungsziel Statusverlust wirksam wird und ein **Versagensgefühl** eintritt. So zum Beispiel, wenn Mareike zum Klärungsgespräch eingeladen wird, um ihre mangelnde Arbeitsleistung zu besprechen. Dieser direkte Hinweis, dass Mareike den Anforderungen nicht genügt, aktiviert bei ihr Lösungsstrategien. Da **keine funktionalen Strategien vorhanden** sind, setzt zunächst der **Substanzkonsum** ein und danach eine Vielzahl an **Beschönigungsmustern**. Der Konsum ist insofern funktional, dass es Mareike gelingt, die Probleme zu verharmlosen. Diese Realitätsverzerrung gewährleistet, dass Mareikes System vorerst aufrechterhalten bleibt. Greifen diese Strategie nicht mehr, werden die Schwierigkeiten ignoriert, wie es im Familiensystem gelernt wurde. Hier ist das Muster des **nicht darüber sprechen Wollens** dominant. Im Zusammenhang mit der Kommunikation wird zudem noch ein weiteres Verhaltensmuster reproduziert. Die **Informationen** der Arbeitgebenden werden **anstatt auf dem Sach- auf dem Beziehungsrohr** gehört. Mareike hat nicht gelernt, diesen Unterschied zu differenzieren. Dadurch führen sachliche Rückmeldung im Arbeitskontext zu einer persönlichen Kränkung (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 363-369).

Von positiven biographischen Ereignissen berichtet Mareike, wenn es um **Autonomie** geht. Sie erzählt, dass sie mit achtzehn Jahren den Führerschein erlangte. Dadurch wurde sie unabhängiger von der Mutter, was sie glücklich machte. Aktuell wird Mareike trotz ihrem Autonomiebedürfnis, aufgrund ihrer Unzuverlässigkeit zunehmend kontrolliert (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 366f.).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Art und Weise wie Mareike in das System Arbeit integriert ist Stress verursacht. Somit ist es naheliegend, dass die Situation am Arbeits-

platz ein Wirkfaktor ist, der zum Auftreten oder zur Aufrechterhalten der psychischen Symptome beiträgt. Subjektiv erlebt Mareike ihr Verhalten als zweckmässig, weil sie dadurch ihre Bedürfnisbefriedigung sichern kann. Die Verhaltensweisen führen aber nicht zur Lösung und es handelt sich um Strategien, die nicht für das System Arbeit geeignet sind. Früher oder später kommt es wahrscheinlich zur **Kündigung**, die **als negative Eskalation** des Systems angesehen werden kann. Die Kündigung wird, aufgrund von Mareikes Verhaltensmustern, zu einer persönlichen Kränkung und einem subjektiven Gefühl von Statusverlust führen. Somit ist eine negative Rückkoppelung im System gegeben. Die beschriebene Dynamik wird anhand der Abbildung 6 visualisiert. Die Darstellung zeigt, dass die Systemdynamiken und die psychischen Symptome von Mareike weitgehend erklärbar sind: Die orange unterlegten zirkulären Pfeile machen sichtbar, dass die psychischen Prozesse Teil des sozialen Handlungssystems sind, wobei sie sich stetig reproduzieren (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 368f.).

Die Erkenntnisse, welche mittels der Systemmodellierung erzielt wurden, bedürfen nun einer Validierung. Durch die diagnostischen Verfahren wird eine Komplexitätsreduktion erzielt, die Risiken birgt. Es besteht die Gefahr, dass fallrelevante Aspekte nicht einbezogen werden. Im Gespräch mit den Betroffenen lässt sich leicht klären, ob die Problemdynamik erfasst wurde. Der Austausch dient dabei nicht ausschliesslich einem Wahrnehmungsabgleich. Die Validierung kann ebenso zu wegweisenden Feststellungen führen, indem die subjektive Sicht auf die eigenen Probleme erschlossen wird (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 314).

Die Abbildung 6 zeigt, dass die Kündigung eine negative Eskalation auslöst. Einem stationären Klinikaufenthalt gehen in der Regel mehrere negative Eskalationen voraus. Treten sie in verschiedenen Lebensbereichen zeitgleich auf, kann dies zu einer erheblichen Steigerung des Stresslevels und zu einer Aktivierung von destruktiven Verhaltensmustern führen. In der Folge wird eine akute Krise ausgelöst, die einer professionellen Begleitung und Behandlung bedarf (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 185).

Sind die Problemdynamiken nun entweder durch die schriftliche oder bildliche Erfassung klar greifbar, kann die diagnostische Datenerhebung abgeschlossen werden. Die Analyse wird im Optimalfall noch durch eine explizite Erfassung der Fähigkeiten des Menschen ergänzt. So kann eine ganzheitliche Fallerhebung gewährleistet werden. Zu diesem Zweck wird das Ressourceninterview beigezogen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 335). Darauf aufbauend kommt nun der dritte Diagnostikbaustein zum Zug, mit dem die bisherigen Erkenntnisse gesamthaft beurteilt werden.

Der dritte Baustein der Sozialen Diagnostik:

Mit dem dritten Baustein werden die analytischen Erkenntnisse zusammengefasst und zusätzlich mit theoretischen sowie empirischen Bezügen in Verbindung gebracht. Ziel ist es, beschreibende, erklärende und prognostische Hypothesen zu bilden, um zu klären, was der Fall ist. Die wesentlichen Dynamiken sowie ihre Ursachen werden in prägnanter Form gefasst. In einem ersten Schritt wird dazu die Komplexität reduziert. Die zentralen Ursachen und Wirkungszusammenhänge, die das dynamische Systemgeschehen erklären, werden sichtbar gemacht. Es werden Annahmen gebildet, die aufzeigen, wie die Menschen leben und warum sie so leben. Zudem soll geklärt werden, welche psychosozialkulturellen Problemdynamiken mit dieser Form von Lebensführung einhergehen. In einem Lebensführungssystem reproduzieren sich meist dieselben Verläufe und Verhaltensweisen. Sie werden mit der Systemmodellierung rekonstruiert, da es sich als am effizientesten erweist, an diesen Stellen mit Intervention anzusetzen. In einem zweiten Schritt wird daraus die Fallthematik abgeleitet, zwecks einer weiteren Komplexitätsreduktion. Die Folgerungen, welche aus diesem Prozess resultieren, sind temporärer Natur und müssen laufend überprüft werden. Zum einen kann sich die Fallthematik, welche die Richtung des professionellen Handelns vorgibt, genauso verändern

wie der Mensch. Zum anderen gelten Hypothesen lediglich als eine Annäherung an die Realität, da die Vielschichtigkeit des menschlichen Lebens nicht abschliessend erfasst werden kann. Die individuellen Muster und Dynamiken sind nicht unmittelbar beobachtbar, weshalb sie rekonstruiert werden müssen. Der Wert dieser Rekonstruktion zeigt sich erst auf der Ebene der Interventionen. Folglich hat die Soziale Diagnostik zum Ziel, wirksame und passgenaue Interventionen zu konzipieren. Hierfür muss während dem gesamten Prozess kritisch hinterfragt werden, ob die Fallthematik noch aktuell ist. Die Soziale Diagnose bildet die Brücke zwischen dem erkenntnistheoretischen und handlungstheoretischen Wissen, indem die Problemerkennung in Verbindung zu handlungsorientierten Methoden gebracht wird (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 339-346).

Ergänzend zu den Veränderungshypothesen werden prognostische Annahmen abgeleitet. Sie werden genutzt, um die Freiheitsgrade eines Menschen in seinen sozialen Räumen zu beurteilen. Dieser Blick in die Zukunft gestattet es, festzustellen, wie und wo Veränderungen möglich sind. Prognostische Hypothesen werden im Hinblick auf das Lebensführungssystem, die Biografie, den Fallverlauf, das Hilfesystem und die individuellen Merkmale des Menschen formuliert. Dabei müssen sämtliche Daseinsebenen berücksichtigt werden, damit die Hypothesen ihren Zweck erfüllen. Dies kann anhand eines Beispiels zum Thema Mobbing eingängig erläutert werden: Die biologische Dimension dient der Erfassung sowie der Therapie von somatischen Mobbingfolgen, wenn beispielsweise körperliche Gewalt angewendet wurde. Die Psychotherapie vermag es, allfällige seelische Schäden wie Angstzustände sichtbar zu machen und zu bearbeiten. Auf der sozialen Ebene wird der Lebensbereich, in dem das Mobbing stattgefunden hat sowie die dazugehörige Mobbingdynamik erfasst. Werden diese Sichtweisen nun zusammengeführt, sind Fachpersonen in der Lage, sowohl jede einzelne Ebene wie auch ihr Zusammenwirken zu verstehen. Bestenfalls kann ermittelt werden, welche Umstände dazu führen, dass die biologischen, psychischen oder sozialen Bedürfnisse der Person nicht mehr befriedigt werden können. Hypothesen haben ihren Nutzen, indem sie Zusammenhänge begründet herstellen. Auf der Grundlage dieses diagnostischen Wissens können mit Betroffenen Perspektiven und Ziele erarbeitet werden. Der Baustein drei dient der vorläufigen Zusammenfassung der Problembeschreibung und -erklärung, die als Soziale Diagnose im Dokument vier festgehalten wird (siehe Anhang 4, das Arbeitsdokument zur Sozialen Diagnose, S. 117-119). Anhand dieser Zusammenfassung können erste Handlungsplanungen abgeleitet werden (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 339-346).

Der Baustein vier wird zur Planung und Durchführung von Unterstützungsleistungen genutzt. Der Baustein fünf dient der Ausgestaltung der Nachsorge. Diese Prozessschritte stehen nicht im Fokus der Thesis, weshalb sie nicht vertieft behandelt werden. Die wesentlichen Verbindungspunkte zur Sozialen Diagnostik werden in den nachfolgenden Unterkapiteln gezielt thematisiert.

3.3. Die Auswirkungen der Systemmodellierung auf die interprofessionelle Kooperation

Sabrina Wiedmer

Die interprofessionelle Kooperation der klinischen Sozialen Arbeit, der Psychotherapie und der Medizin ergibt sich in der Entwöhnungstherapie aus mehreren Beweggründen: Zum einen auf der Grundlage des biopsychosozialkulturellen Modells und dem Grundverständnis von Gesundheit, dass dieser Konzeption zu Grunde liegt. Zum anderen handelt es sich bei psychischen Erkrankungen um mehrdimensionale Störungsbilder. Sie wirken sich auf die körperliche, psychische und sozialkulturelle Lebensdimension aus (vgl. Sommerfeld 2019: 4-9). Diese mehrdimensionalen Krankheitsauswirkungen werden am Beispiel der Abhängigkeitserkrankung in der Abbildung 7 aufgezeigt.



Abb. 7: Beispielhafte Auswirkungen einer Abhängigkeitserkrankung auf die biopsychosozial-kulturellen Lebensdimensionen des Menschen (in Anlehnung an: Solèr/Süsstrunk 2019: 21)

Die Kooperation zwischen den Disziplinen ist somit keine unnütze Steigerung der Komplexität. Sie ist funktional, weil sie auf ihren Gegenstand bezogen zweckmässig ist. Die Herausforderung besteht jedoch darin, dass die Disziplinen nicht bloss nebeneinander, sondern miteinander agieren. Dieser Anspruch setzt voraus, dass Verbindungspunkte zwischen den Professionen hergestellt werden. Erst dadurch gelingt es, ein Miteinander zu gestalten, dass beinahe intuitiv vonstattengeht. So wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Kooperation auch langfristig erhalten bleibt. Die Figur des Lebensführungssystems eignet sich als übergeordneter Bezugspunkt für alle Disziplinen. Einerseits werden darin sämtliche Ebenen des menschlichen Daseins abgebildet, was bedeutet, dass alle Fallbeteiligten mit der Figur arbeiten können. Andererseits ist sie anschlussfähig an das Gesundheits- und Krankheitsverständnis der WHO sowie das biopsychosozialkulturelle Modell. Diese Passung ist von bedeutendem Wert, da es die theoretischen Bezüge sowie die daraus resultierenden Grundhaltungen sind, welche die Disziplinen verbinden (vgl. Sommerfeld 2019: 4-9).

Die klinische Soziale Arbeit ist, genauso wie die anderen involvierten Professionen, auf die interprofessionelle Zusammenarbeit angewiesen. Nur so kann sie ihr Potenzial vollends entfalten. Ziel der Fachsozialarbeit ist es, Hilfeplanungen auszuarbeiten, welche die Leistungen aller Disziplinen synchronisieren. Zu diesem Zweck muss der gesamte Prozess entsprechend konzipiert werden. Das Konzept der Systemmodellierung sieht deshalb vor, dass die Modellierungen und Visualisierungen der sozialen Falldimension fachlich verifiziert werden. Die Feststellungen der Fachsozialarbeit werden zur Diskussion gestellt, um sie durch das Wissen der weiteren involvierten Disziplinen zu ergänzen. Die Austauschgespräche finden zu unterschiedlichen Zeitpunkten während des Fallverlaufs statt und tragen dazu bei, dass die divergenten Wissensformen zu einem Fallverständnis vereint werden. Erst dadurch wird es möglich, die biologischen, psychischen und sozialkulturellen Aspekte mit ihren dynamischen Interdependenzen sichtbar zu machen. Das daraus resultierende Fallverständnis dient als Grundlage, um die Diagnostik zu synchronisieren und darauf aufbauend eine koordinierte interprofessionelle Handlungsplanung auszuarbeiten (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 345f.).

Mit dieser Absicht fließen zuallererst die Dokumentationen des Bausteins zwei in eine interprofessionelle Fallbesprechung ein. Zur Gestaltung dieser Fallbesprechung eignen sich Methoden wie die Fallsupervision oder die kollegiale Beratung (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 335-345). Die Daten aus den systemisch-biografischen Gesprächen mit den Betroffenen können aber auch gemeinsam im Rahmen der interdisziplinären Arbeitsgruppen ausgewertet werden. Dieser Arbeitsschritt ersetzt sodann die bisherigen Sozialassessments und Fallbesprechungen. So können Mehraufwände, die in der Praxis nie willkommen sind, vermieden werden (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 29).

Der vierte Konzeptbaustein sieht vor, dass die Fachpersonen einander ihre Fallperspektive und Diagnose präsentieren. Dieser Austausch findet ebenfalls im Rahmen einer Fallbespre-

chung statt, wofür ausdrücklich ein Zeitfenster reserviert wird. Sobald das geteilte Fallverständnis zu Stande kommt, wird es als Grundlage genutzt, um darauf aufbauend die Zielplanung zu entwickeln. Den Zielen werden die notwendigen Unterstützungsleistungen der Professionen zugeordnet. Dadurch wird geklärt, wer welche Leistungen erbringt. Zudem kann anhand dessen die Fallführung festgelegt werden, die bestimmt, wer für die Koordination sowie die Kontinuität der Leistungen zuständig ist. Im weiteren Fallverlauf werden die Ziele und Unterstützungsleistungen stetig, im Rahmen eines interprofessionellen Austausches evaluiert und angepasst. Das Vorgehen wird systematisch im internen Dokumentationssystem festgehalten. Eine gelingende Hilfeplanung wird nicht nur gemeinsam ausgearbeitet, sondern auch zusammen erprobt, ausgewertet und weiterentwickelt. Die erbrachten Leistungen sowie die dadurch erzielten Erkenntnisse sollen transparent und nachvollziehbar sein, damit alle profitieren können (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 347-350). Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, ein gemeinsames Monitoring einzurichten. Dadurch können Reflexionen und Evaluationen ebenfalls synchron gestaltet werden (vgl. Sommerfeld 2019: 11). Auch der Klinikaustritt wird kooperativ geplant. Es gilt, die Festlegung des Zeitpunkts, die Organisation der Nachsorge sowie die damit einhergehende Vernetzung der Betroffenen sensibel auf den biopsychosozialkulturellen Fallverlauf abzustimmen. Alle diese Arbeitsschritte müssen prozesshaft erschlossen werden, um durch gemeinsame Dokumentationssysteme, Handlungs- und Arbeitskonzepte kooperationsfördernde Strukturen zu schaffen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 348-350). Die Anschlussfähigkeit der Systemmodellierung an die ICF wirkt sich ebenfalls positiv auf die interprofessionelle Kooperation aus. Dadurch kann eine gemeinsame Sprache eingearbeitet werden, welche die Kommunikation erleichtert (vgl. ebd.: 96).

3.3.1. Die Auswirkungen der Systemmodellierung auf die Koordination der Kooperation

Sabrina Wiedmer

Eine gelingende Kooperation setzt ein bestimmtes Mass an vordefinierten Strukturen voraus. Die Art und Weise der Interaktion wird festgelegt, um zu regeln, wer, wann, wie viel Raum einnimmt. Solche Absprachen werden idealerweise auf den jeweils spezifischen organisationalen Kontext angepasst. Die klinische Soziale Arbeit ist aber auf jeden Fall ein fixes Bestandteil dieser Arbeitsgruppe. Einerseits, weil die Profession für die sozialkulturelle Falldimension sowie die Nachsorge in diesem Bereich zuständig ist. Andererseits ist es naheliegend, die Profession mit der Prozesskoordination zu betrauen. Die Fallführung kann selbstverständlich, wie zuvor vorgeschlagen, flexibel zugeteilt werden. Ebenso sinnvoll erscheint es jedoch, sie derjenigen Profession zu übergeben, die den gesamten Fallverlauf im Blick hat. So kann sichergestellt werden, dass die professionellen Hilfeleistungen die notwendige Beständigkeit aufweisen. Die klinische Soziale Arbeit ist in der Klinik vertreten und zeitgleich richtet sie ihr

Augenmerk auf das Leben draussen. Durch diese Umsichtigkeit qualifiziert sich die Profession für die Koordination der Kooperation. Ebenso verfügt sie mit der Netzwerkarbeit, der psychosozialen Beratung sowie dem sozialtherapeutischen Case Management über die Methoden, um dem Auftrag gerecht zu werden (vgl. Sommerfeld 2019: 10f.).

Mit dem Konzept der Systemmodellierung strukturiert die Fachsozialarbeit ihren Prozess entlang des integrierten Prozessbogens. Sie stimmt ihre Interventionen auf die Kurve des Fallverlaufs und die jeweilige Problemgenese ab. Die vergangene, die gegenwärtige wie auch die künftig vermutete Fallentwicklung werden sensibel berücksichtigt. Durch diese Umsicht ist die Profession wie geschaffen, um die Kontinuität der Hilfeleistungen zu gewähren (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 312).

3.4. Die Auswirkungen der Systemmodellierung auf die Mehrperspektivität

Sabrina Wiedmer

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit erweist sich im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen als unumgänglich. Mehrere Perspektiven auf denselben Fall ergeben meist differente Sichtweisen, die sich gegenseitig ergänzen. Der Grund wird mitunter deutlich, wenn die Ziele der involvierten Disziplinen abgeglichen werden. Die Psychotherapie und die Medizin beabsichtigen die Heilung. Die Fachsozialarbeit hingegen strebt eine Verbesserung der Lebensführung an, so dass ein subjektiv gelingender Alltag möglich ist. Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Einschätzung des nahen sozialen Umfelds eingeholt werden. Es wird in Erfahrung gebracht, wie die Bezugspersonen der Betroffenen die Lebensführung wahrnehmen. Die Fachsozialarbeit ist auf diese Wissensquelle angewiesen, um die soziale Lebensdimension umfassend zu erheben (vgl. Sommerfeld 2019: 10f.). Das Instrumentarium der Systemmodellierung ist auch hinsichtlich der interprofessionellen Kooperation multiperspektivisch ausgelegt. Fremdauskünfte wie Informationen von involvierten Fachpersonen werden einbezogen, damit ein repräsentatives Gesamtbild entsteht (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 324).

Veränderungen zu Gunsten eines befriedigenden Lebens gehen häufig mit einem langfristigen (Re-)Arrangement des Lebensführungssystems einher (vgl. Sommerfeld 2019: 10). Solche tiefgreifenden Veränderungen lösen auch Belastungssituationen aus. Diese müssen den Betroffenen, ihrem nahen sozialen Umfeld wie auch der Gemeinschaft zumutbar sein (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 348). Bestenfalls empfinden Betroffene die ermittelte Problemdynamik ebenfalls als behandlungsbedürftig. Die Problemeinsicht verspricht einen positiven Effekt auf die Adhärenz, da sie häufig mit einem Willen zur Veränderung einhergeht. Die Fachsozialarbeit orientiert sich deshalb, wenn immer möglich, am Leidensdruck der Betroffenen und an ihrem subjektiven Gesundheitsverständnis (vgl. Sommerfeld 2019: 10). Die sorgfältige Datenerhebung, die im Konzept der Systemmodellierung anhand narrativer systemisch-biographischer Interviews erfolgt, erzeugt hierzu wertvolle Informationen (vgl. Sommerfeld et al. 2016:

260). Die Annahmen und Ansichten der Person werden in Erfahrung gebracht, wobei sich der intensive Prozess der Wissensgewinnung positiv auf den Aufbau einer Arbeitsbeziehung auswirkt (vgl. Solèr/Süsstrunk 2019: 23). Im Gespräch kann ein Gefühl des Verstehens und verstanden Werdens erzeugt werden, woraus sich ein Vertrauensverhältnis bildet (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 28). So wird die notwendige Basis geschaffen, damit die Fachsozialarbeit die Interessen der Betroffenen in Erfahrung bringen und mitvertreten kann (vgl. Solèr/Süsstrunk 2019: 23). Die Betroffenen wiederum können die professionelle diagnostische Einschätzung nachvollziehen, wodurch sie selbst verstehen und gemeinsam realistische Ziele ausgehandelt werden können (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 28).

Das Wissen, welches aus den Erhebungen auf den biopsychosozialkulturellen Fallebenen entsteht, wird in einem partizipativen Prozess beurteilt und bewertet. Die Ziele und Handlungsmöglichkeiten bauen darauf auf, weshalb die Prozessbeteiligung der Betroffenen von wesentlicher Bedeutung ist. Die Visualisierungen der Systemmodellierung entstehen prozesshaft im Dialog. Dadurch eignen sie sich optimal, um Differenzen zwischen der professionellen Perspektive und der Laiensichtweise aufzudecken. Da sämtliche Erkenntnisse mit den Betroffenen diskutiert und abgeglichen werden, müssen die Fallhypothesen stets wertschätzend formuliert sein. Die Soziale Diagnose muss sich dabei aber nicht zwingend mit allen Sichtweisen decken. Die ermittelten Widersprüche werden festgehalten, um sie transparent zu machen. Die Fachsozialarbeit hat zum Ziel, die Menschen bestmöglich zu verstehen, um ihnen hilfreich zur Seite zu stehen. Sie will ihnen nicht ihre eigene Sichtweise aufzwingen. Die interprofessionelle Hilfeplanung orientiert sich an den Bedürfnissen und Zielen der Betroffenen, um dadurch die grösstmögliche Selbstregulation und Autonomie zu erreichen. Sämtliche Eingriffe in das Lebensführungssystem eines Menschen werden entsprechend sorgfältig abgewogen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 345-348).

3.5. Die Auswirkungen der Systemmodellierung auf die Therapieintensität

Sabrina Wiedmer

Die klinische Soziale Arbeit hat zum Ziel, dass sich die Teilnahmechancen der Menschen verbessern. Entsprechend bezweckt die Profession, dass soziale Beziehungen (re-)aktiviert werden. Sie fördert die Menschen im Aufbau sozialer Kompetenzen, damit sie in der Lage sind, konfliktreiche Beziehungen erfolgreich zu bearbeiten. Zudem werden Ressourcen erschlossen, wie zum Beispiel eine neue Wohnung, um den nötigen Raum für die sozialen Beziehungen zu schaffen (vgl. Solèr/Süsstrunk 2019: 23f.) Die Fachsozialarbeit begünstigt dadurch, dass Fortschritte erzielt und aufrechterhalten werden. Ihre Interventionen zielen auf die Reorganisation der sozialen Lebensbereiche, wodurch sichergestellt wird, dass positive Entwicklungen auch über den Klinikaufenthalt hinaus bestehen. Damit langfristige Veränderungen gelingen, müssen die Menschen über ein bestimmtes Mass an innerer und äusserer Sicherheit

verfügen. Ein Gefühl der inneren Sicherheit ist beispielsweise gegeben, wenn sich ein Mensch als psychisch stabil wahrnimmt. Die äussere Sicherheit dagegen betrifft eher das Vorhandensein von finanziellen Mittel, die es zum Leben braucht. Erst diese Kombination von innerer und äusserer Sicherheit lässt es zu, dass Menschen mit Destabilisierungen umgehen können, die zuerst mit Musterveränderungen einhergehen. Die Menschen lernen einen Umgang mit Krisen, wobei die tiefgreifenden Veränderungsprozesse zweifellos Selbstwert, Motivation und Energie voraussetzen (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 28). Die Arbeit an der soziokulturellen Falldimension kann, die dafür notwendige salutogenetische Kraft anregen. Verschollene Ressourcen werden sichtbar gemacht, und tragen dazu bei, dass positive biopsychische Entwicklung hervorgebracht werden (vgl. Sommerfeld 2019: 11f.).

Die Symptomen einer komorbiden Erkrankung können durch das soziale Umfeld ausgelöst oder aufrechterhalten werden. In diesem Zusammenhang wird häufig von sogenannten *Trigger* gesprochen. Trigger sind Auslöser, die in den sozialen Systemen auftreten. Sie reproduzieren sich, da ein bestimmtes Verhaltensmuster fixer Bestandteil eines sozialen Systems ist. Wird das soziale System während der Therapie nicht bearbeitet, steigt die Rückfallgefahr markant an. Der Drehtüreffekt wird begünstigt, weil es die professionelle Hilfe nicht vermag, die Interdependenzen der psychosozialkulturellen Problemlagen nachhaltig zu bearbeiten. Die Gefahr, dass die soziokulturellen Defizite unterkomplex bearbeitet werden, ist besonders während einer stationären Therapie hoch. Die problemverursachenden sozialen Bedingungen sind nicht präsent, wodurch Belastungssituationen weniger intensiv auftreten. Das Konzept der Systemmodellierung eignet sich, um die soziokulturelle Falldimension in angemessener tiefe und samt ihren Interdependenzen zu bearbeiten. Es beinhaltet drei modulare Bausteine zur Sozialen Diagnostik, mit denen die Fallarbeit beliebig vertieft oder verkürzt werden kann. Diese Eigenschaft erweist sich besonders bei komplexen Fällen als nützlich. Die Intensität der Sozialen Diagnostik kann flexibel auf den Fall und die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden. Durch die gezielte Synchronisation der Fachperspektiven kann der Multidimensionalität von Mehrfacherkrankungen Rechnung getragen werden. Zwecks integrativer Therapie wird es möglich, die je spezifischen Behandlungsansätze miteinzubeziehen. Der Begleitungs- und Behandlungsprozess ist langfristig angelegt, was hinsichtlich dem Drehtüreffekt grosses Potential verspricht. Phasen der kritischen Instabilität treten meist auf, wenn Menschen aus der Klinik austreten und ihre neu erlernten Muster in der Lebenswelt umsetzen (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 27f.). Der Nachsorge kommt somit eine besondere Bedeutung zu. Die Therapieprozesse müssen beständig sein, indem Betroffene über mehrere Therapiephasen hinweg von denselben Fachpersonen begleitet werden. Dort wo dies nicht möglich ist, bleiben sie bis zu einem Über- oder Austritt zuständig und die Beständigkeit wird durch eine Fallübergabe gewährt. So wird sichergestellt, dass das professionelle Wissen nicht versickert. Diese Form der langfristigen Zusammenarbeit, die bei komorbiden Erkrankungen häufig von Nöten

ist, begünstigt den Aufbau eines stabilen Arbeitsbündnisses (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 348). Das Vertrauensverhältnis gewährt Stabilität in Phasen der kritischen Instabilität, zumal sie Risiko und Chance zu gleich sind. Sie gehen nicht nur mit einer erhöhten Rückfallgefahr einher. Der Zeitpunkt ist ebenfalls günstig, um die Neuorganisation des Systems zur Etablierung frisch erlernter Verhaltensmuster zu nutzen. Die sensiblen Übergänge müssen jedoch angemessen begleitet werden, um eine positive Entwicklung zu ermöglichen (vgl. Dällenbach Bechtel/Hollenstein 2019: 28). Entscheidend für eine erfolgreiche Reintegration ist, dass adäquate soziale Erfahrungsräume zur Verfügung stehen. Die sozialen Lebensbereiche müssen Rahmenbedingungen aufweisen, welche die Internalisierung neu erlernter Muster gestatten (vgl. Sommerfeld 2019: 11). Allfällige Krisen können durch eine Begleitung von Übergangsphasen und eine professionelle Nachsorge frühzeitig erkannt werden. Durch die fundierte Soziale Diagnostik sind die Ressourcen bekannt, welche zur Krisenbewältigung aktiviert werden können (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 348f.).

An dieser Stelle wird erneut das Beispiel von Mareike aus dem Kapitel 3.2.6. aufgegriffen. Mit wenigen Worten wird skizziert, wie die Hilfeplanung von Mareike aussehen könnte. So wird eine Idee vermittelt, wie sich die Systemmodellierung auf die Fallarbeit auswirkt: Die Medizin startet mit einer medikamentösen Therapie, um Stabilität hinsichtlich der Stimmungsschwankungen zu erzeugen. Diese Stabilität bildet die Voraussetzung, damit sich Mareike auf die psychosoziale Therapie einlassen kann. Die Psychotherapie setzt parallel an den überhöhten Erwartungshaltungen und den damit einhergehenden Angst- und Versagensgefühlen an. In den Therapiegefässen werden funktionale Bewältigungsstrategien entwickelt und eingearbeitet. Die klinische Soziale Arbeit begleitet Mareike zum Krisengespräch mit den Arbeitgebenden und unterstützt sie, realistische Vereinbarung zu treffen. Die Arbeitssituation soll am Genesungsverlauf angepasst werden. Vorerst wird der Leistungsdruck reduziert und die Arbeitszeit verkürzt. Die Projektzuteilung wird zurückhaltend vorgenommen und Mareike erhält Aufgaben, die sie in kurzer Zeit erledigen kann. So kann ein Gefühl der Selbstwirksamkeit erzeugt werden. Zudem werden Feedbackgefässe in den Arbeitsalltag integriert, welche über die Genesungsphase hinaus genutzt werden sollen. Es wird besprochen, wie die professionelle Nachsorge von Mareike gestaltet wird und an wen sich die Arbeitgebenden wenden können, falls eine Verschlechterung eintritt. Zuletzt wird vereinbart, wie sich die Rückkehr von Mareike gestaltet und abgesprochen, wem, was, wie kommuniziert wird (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 321).

4. Zwischenfazit auf der Grundlage der theoretischen Erkenntnisse: Chancen und Risiken der Sozialen Diagnose

Caroline Kuster

In diesem Kapitel werden die, aus den vorhergehenden theoretisch hergeleiteten Kontexten und die wesentlichen Chancen und Risiken der Sozialen Diagnose zusammengefasst. Die Erklärungen sind gegliedert in: die Auswirkungen der Sozialen Diagnostik auf die Klientel, die interprofessionelle Kooperation, die Mehrperspektivität und der Therapieintensität bei der Begleitung und Behandlung von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern.

Anhand der nachfolgenden Ausführungen werden Thesen abgeleitet, die schliesslich Strukturierungs- und Orientierungsfunktionen für die Ausgestaltung des Fragenkatalogs geben.

4.1. Die Auswirkungen der Sozialen Diagnose auf die interprofessionelle Kooperation

Caroline Kuster

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein grosses Thema der klinischen Sozialen Arbeit. Bei der Bewältigung von Krisen arbeiten oft verschiedene Disziplinen eng zusammen. Das bringt Herausforderungen mit sich. Genannt wird die Problematik der sich unterscheidenden Fachsprache, die Explosion des unterschiedlichen Fachwissens oder Statusproblemen. Diese können sich beispielsweise in fehlender Anerkennung der jeweiligen Professionen in der Gesellschaft und die falschen Erwartungen an die andere Disziplin äussern (vgl. Merten et al. 2015: 27). Die Chancen, die die Soziale Diagnostik im Prozessbogen der interprofessionellen Kooperation hervorbringt, wirken diesem Risiko entgegen. Denn sie verbindet. Dadurch, dass Diagnosen in sogenannten Klassifikationsmanualen kodiert, erfasst und definiert sind, wird ein gemeinsames transparentes Fallverständnis gefördert. Dieser Kontext wirkt unterstützend. Auf diese Weise können die unterschiedlichen Fachsprachen vereint werden. So kann die Kommunikation unter den Kooperationsbeteiligten verständlich und symbiotisch gestaltet werden.

Oft herrscht in der interdisziplinären Zusammenarbeit eine Bring- und Hol-Pflicht beim Informationsaustausch. Dies kann den Informationsfluss hemmen, da es sehr aufwendig sein kann, sich diese zu beschaffen. Um dieses Risiko zu verbessern, sollte der Austausch zwischen den Disziplinen gefördert und Reflexionsmöglichkeiten geboten werden (vgl. Bucher 2015: 313-323). Regelmässig stattfindende Austauschsitzen, Kooperationsgespräche und Besprechungen wirken dieser Problemstellung entgegen. Durch einen kontinuierlichen fachlichen Austausch kann zudem gewährleistet und stetig überprüft werden, welche Thematiken im Fall vorhanden sind, wie sich Problemstellungen verändern und was prioritär zu behandeln ist. Zudem kann sichergestellt werden, dass alle Kooperationsbeteiligten in die gleiche Richtung zusammenarbeiten.

Die subjektive Vorstellung von Gesundheit und Krankheit steuert das gesundheitsbezogene Handeln eines Menschen (siehe dazu Kapitel 2.1.2.). Gesund oder krank zu sein, hängt stark mit den soziokulturellen Faktoren zusammen. Es bestehen komplexe wechselseitige Abhängigkeiten zwischen den biologischen, psychischen und soziokulturellen Elementen. Sie sind sowohl Ursache wie auch Folge von Erkrankungen. Es ist empirisch evident, dass die soziokulturellen Faktoren hinsichtlich des Verlaufs der Begleitung und Behandlung und schliesslich der Genesung, bedeutend sind. Diese Tatsache begründet eine interprofessionelle Kooperation gemäss einem Gesundheitsverständnis, dass sich biopsychosozialkulturell darstellt (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 1-12). Denn auch die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten sind abhängig voneinander. Durch die Soziale Diagnostik können sämtliche Systemebenen umfassend betrachtet, erschlossen und schliesslich vereint werden. Dabei sind die jeweiligen Kooperationsbeteiligten für ihre Dimension zuständig. Für die soziokulturelle Dimension ist die klinische Soziale Arbeit zuständig. Sie sucht im dialogischen Prozess mit den Klient_innen nach der Ursache und der Äusserung für die Beeinträchtigungen sowie die Problematiken, die sich in der Lebensführung gezeigt haben. Sie erfragt die individuellen Umstände, erhebt die besonderen Schwierigkeiten im Alltag und kann die individuellen wechselseitigen Muster der Klientel aufzeigen und dadurch aktivierende Faktoren ausmachen. Ihre Fachkompetenzen liegen darin, die Situation genau zu erfassen, die Erkenntnisse zu transportieren. Ziel ist es schliesslich, das wirkungsvollste Vorgehen in der jeweiligen sozialen Lebenssituation der Klient_innen zu finden und diese in ihrer Alltagsbewältigung zu unterstützen. Diese Vorgehensweise kann allerdings nicht zielführend gestaltet werden ohne die Kooperation mit wichtigen weiteren Fachdisziplinen. Denn damit Interventionen wirkungsvoll sind, müssen sie alltags-tauglich sein. Dazu müssen zunächst die individuellen Bedürfnisse der Klient_innen berücksichtigt und Interventionen darauf zugeschnitten werden. Auch müssen diese dialogisch und partizipativ ausgehandelt werden. Um Interventionen schliesslich umsetzbar zu modellieren, bedarf es Professionellen aller Dimensionen des biopsychosozialkulturellen Modells. Eine fundierte Soziale Diagnostik kann nicht adäquat erfasst werden, wenn diese Voraussetzung, im Speziellen bei Menschen mit komorbiden Erkrankungen in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie, nicht abgedeckt wird. Die Soziale Diagnostik bildet die Grundlage für Handlungsansätze und Interventionen aller beteiligten Fachdisziplinen. Durch eine interprofessionelle Kooperation erhält der Begleit- und Behandlungsprozess schliesslich die grosse Chance, dass Interventionen adaptierbar, umsetzbar, zielführend, nachhaltig und wirkungsvoll sind.

Jedoch ist die Anerkennung der Disziplin klinischen Sozialen Arbeit oftmals eine Herausforderung. Das Einbeziehen von Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist noch wenig etabliert (vgl. Bucher 2015: 313). Viele Berufsgruppen wissen nicht, was die konkreten Aufgaben der klinischen Sozialen Arbeit sind. So kann es sein, dass Sozialarbeiter

_innen den interdisziplinären Arbeitspartner_innen verständlich machen müssen, welche Aufgabenbereiche die klinische Soziale Arbeit abdeckt und wie wichtig das sozialkulturelle Denken in der interdisziplinären Zusammenarbeit ist (vgl. Merten/Amstutz 2015: 35). Das vorgehende Risiko, das die Soziale Diagnostik mitbringt, ist, dass die Dimension des Sozialkulturellen zu wenig ausgeprägt, differenziert und komplex betrachtet wird. Durch diese Tatsache kann die Fallkomplexität, insbesondere die psychosozialen Verknüpfungen und Abhängigkeiten, nicht angemessen dargelegt werden. Die Bearbeitung der sozialen Dimension von komorbiden Krankheiten kann so nicht gewährleistet werden (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 11). Aus der Erfassung dieser und dem Miteinbezug der klinischen Sozialen Arbeit in die Kooperation der Sozialen Diagnostik resultieren viele Chancen. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit übernimmt mit ihrem Beitrag der Sozialen Diagnose die Schnittstellenkoordination und unterstützt in konfliktreichen Situationen mit Klient_innen. Sie bildet das wichtige Brückenelement zwischen Professionellen, Organisationen, der Gesellschaft und den Betroffenen. Zudem schafft sie Verbindungspunkte. Weiter kann die klinische Soziale Arbeit Ansprechpartner für eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe sein, beispielsweise bei psychosozialkulturellen Fragestellungen, systemischen Zusammenhängen und der Reflexion von aktuellen Problemstellungen. Durch einen regelmässigen Austausch können das Fachwissen, die Methodenkompetenz und die fachlichen Ressourcen aller beteiligten Kooperationspartner_innen aufgefasst, zu Gunsten der Klientel und der Zielerreichung eingesetzt werden. Der Miteinbezug der sozialkulturellen Dimension in den Prozess der Diagnostik ist ebenso wichtig und abhängig, wie es die klinische Soziale Arbeit und am Ende die Diagnosen von den anderen beteiligten Disziplinen sind. Wie im Kapitel 2.5.1. ausgeführt, ist die Fachsozialarbeit unter anderem zuständig für die Anschlussversorgung nach dem stationären Aufenthalt und für die soziale Sicherung. Der Zugang zu Leistungen von Sozialversicherungen wie beispielsweise der IV legitimiert sich durch medizinische Gutachten. Es ist an der klinischen Sozialen Arbeit zu erkennen und in Erfahrung zu bringen, dass für Klient_innen Leistungen unterstützend sein könnten. Diese Erkenntnisse können in die interprofessionelle Kooperation einfließen, um so den Begleit- und Behandlungsplan, spezifisch im Hinblick auf die Reintegration zu ergänzen.

Auswirkungen auf die Klient_innen:

Diagnosen können von Betroffenen als Etikettierung wahrgenommen werden. Diese Stigmatisierung kann, mit all ihren implizierten komplexen Zusammenhängen, zum Verhalten und Erleben der Klientel beitragen und somit schliesslich auch den Umgang mit der diagnostizierten Krankheit beeinflussen. Diagnosen wirken für Klient_innen in diesem Sinne als Abweichung von einer gesellschaftlichen Norm und können entwürdigend sein. Damit wird deutlich, dass Soziale Diagnosen grosse Risiken mit sich bringen. Gleichzeitig, was wiederum Chancen für Soziale Diagnostik darstellt, besteht gleichermassen die Möglichkeit, dass eine Diagnose

als Entlastung wahrgenommen werden kann und Betroffene sich dadurch verstanden und abgrenzbar fühlen (vgl. Schmidt 2020: 19f). Um dieser möglichen negativen Verknüpfung entgegenzuwirken, macht die Betrachtung der soziokulturellen Dimension in der diagnostischen Arbeit Sinn. Diese konzentriert sich in einem ersten Schritt ebenfalls auf die Problemlagen in der Lebensbewältigung von Klient_innen: Sie konzentriert sich auf Symptome, Probleme und Defizite (vgl. Faesch-Despont 2020: 11). Diagnosen können, nebst Orientierung im Fall und einer adäquaten Erfassung der Fallkomplexität, Verständnis für das Unbekannte und zugleich Denkanstösse liefern. Und trotzdem bleibt diagnostische Arbeit ein notwendiges defizitbetrachtendes Instrument, da eben dieses für den Zugang zu diversen Unterstützungssystemen, wie beispielsweise Leistungen der IV und weiteren, nötig ist. Menschen mit Problemen in ihrer Lebensgestaltung werden so zu Patient_innen mit Krankheiten (vgl. Berthoud 2020: 23f.). Eine gleichzeitige konkrete Fokussierung auf die Ressourcen, konstruktiven Bewältigungsstrategien und Kompetenzen von Betroffenen wirkt dieser Tatsache entgegen (vgl. Faesch-Despont 2020: 11). Zudem fördert diese Fokussierung, einen Sinn in der eigenen Krankheit zu erkennen, sie zu verstehen und schliesslich einen konstruktiven Umgang damit zu finden (vgl. Berthoud 2020: 24). Liegt der Fokus in der diagnostischen Arbeit auch auf den individuellen Ressourcen von Klient_innen, können diese ihr Leben aktiv gestalten und schwierige Situationen besser überwinden. Eine dieser wichtigen Methoden ist der Recovery-Ansatz. Das Ziel hierbei ist es, dass Menschen nach vorne schauen und sich auf die individuellen Kompetenzen und Stärken konzentrieren (vgl. Faesch-Despont 2020: 12f.). Dazu gehört nach Andreas Maercker, Professor für Psychopathologie und Klinische Interventionen an der Universität Zürich, eben genau diese Fokussierung. Seit Jahren kann beobachtet werden, dass Klient_innen, deren Ressourcen im gesamten diagnostischen Prozess, deren soziale Anamnese und soziales Netzwerk, miteinbezogen werden, grundsätzlich besser versorgt werden. Unter anderem können anhand dieses Fokus Bewältigungsstrategien erarbeitet werden, die zu einem späteren Zeitpunkt in schwierigen Situationen hilfreich sein können (vgl. Frei 2020: 17).

Mit dem Instrument der diagnostischen Arbeit muss sorgsam umgegangen werden. Denn Diagnosen können im Prozess für Klient_innen Risiken mitbringen. Um die Chancen von diagnostischer Arbeit hervorzuheben, braucht es einen differenzierten achtsamen Umgang seitens der Professionellen. Nebst dem, dass Diagnosen stetig zu überprüfen und niemals endgültig sind, muss das Bewusstsein für die Stigmatisierungsmöglichkeit vorhanden sein. Es bedarf einen transparenten und erklärenden Umgang mit der Diagnose und was sie bedeutet, um dieser Etikettierung vorzubeugen. Es geht darum, eine Diagnose zu übersetzen, indem die eigene Wertschätzung gefördert, der Fokus auf Ressourcen und Stärken gelegt und Bedürfnisse beachtet werden (vgl. Schmidt 2020: 21). Somit kann den Risiken, die mit Sozialer Diagnostik einhergehen, entgegengewirkt und die Chancen hervorgehoben werden.

4.1.1. Die Auswirkungen der Sozialen Diagnose auf die Koordination der Kooperation

Caroline Kuster

Die Soziale Diagnostik bildet im Prozessbogen des jeweiligen Falls das strukturierende und Orientierung gebende Element. Anhand einer fundierten Diagnostik können Interventions- und Handlungsmöglichkeiten abgeleitet und schliesslich umgesetzt werden. Eine adäquate Diagnostik ist nur in Zusammenarbeit mit Expert_innen der Dimensionen, abgeleitet aus dem biopsychosozialkulturellen Modell, und nur mit grösstmöglichem Einbezug der Klientel als Experte seiner Selbst möglich. Diese Voraussetzungen können nur erfüllt werden, wenn ein psychosoziales Assessment organisiert wird. Dieses muss methodisch strukturiert, folglich auf fallbezogenem Wissen basieren, um so die Grundlage der Koordination der interprofessionellen Kooperation zu schaffen. Der Austausch der beteiligten Kooperationspartner muss sowohl als auch über der konkreten Fallarbeit aufgebaut und gepflegt werden. Denn Sinn und Zweck einer interprofessionellen Zusammenarbeit liegt in der Organisation eines strukturierten sozialen Prozesses. Der Bedarf an Koordination der interprofessionellen Kooperation steigt mit dem stetig fortschreitenden und sich entwickelnden Gesundheitssystem. Die fallbezogenen Leistungen werden dadurch umfassender und begründen eben diese Kooperation (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 5-11).

Wird die interprofessionelle Kooperation vor diesem Hintergrund in der Praxis betrachtet, lassen sich die Chancen und Risiken ableiten. Kooperationsprozesse sind zeitintensiv. Auch wenn es fixe Austauschgefässe gibt und die Kooperationselemente im Verlauf des stationären Aufenthalts geregelt sind, kann es mitunter schwierig sein, Zeitfenster für diesen Austausch zu finden. Diese Schwierigkeit vergrössert sich exponentiell mit der Grösse des Kooperationsbeteiligten. Ein weiteres Risiko hinsichtlich der Koordination birgt sich in der Lenkung der Kooperation. Damit ist gemeint, wer die Fallführung, wer die Koordination der Kooperation übernimmt, wer delegiert und wer auf Delegation arbeitet. Wenn diese Kriterien gemäss den Rahmenbedingungen der Organisation geregelt sind, folgt ein weiteres mögliches Risiko: Kompetenzüberschreitung. Kooperation zeichnet sich dadurch aus, dass sie freiwillig, zielorientiert und partizipativ gestaltet ist. Alle Kooperationsbeteiligten sind im Fall eigenständig und autonom, jedoch auch abhängig voneinander, um den Sinn und Zweck im Prozessbogen zu erfüllen. Gerade das Kompetenzprofil der klinischen Sozialen Arbeit ist oftmals zu unscharf und sie kann sich dadurch nicht klar abgrenzen. In einer Zusammenarbeit von unterschiedlichen Fachdisziplinen ist es wichtig, die Arbeitsmethoden, Zieldefinitionen und Kompetenzen der eigenen sowie der jeweils anderen Professionen zu kennen. Fehlt dieses Wissen, kann es durchaus passieren, dass Kompetenzen überschritten werden. Dies kann im Rahmen der interprofessionellen Kooperation zu Unstimmigkeiten führen, was schliesslich auch negative Auswirkungen

für Klient_innen bedeuten kann. Dieser mögliche Verlauf bildet somit ein sehr grosses Risiko in der Zusammenarbeit.

Im Austausch mit Kooperationsbeteiligten können der Verlauf und die Prozessziele regelmässig überprüft werden. Komorbiditäten bedeuten oftmals, dass eine hohe Komplexität im Fall besteht. Die Begleitung und Behandlung muss, spezifisch bei dieser Adressat_innen-gruppe, möglichst umfassend und ganzheitlich sein und eine gelingende Kooperation voraussetzen. Die Beteiligten arbeiten in ihren fachspezifischen Dimensionen an feldspezifischen Zielen und Themen. Diese Prozesse laufen im Bereich der soziokulturellen, der psychischen und der medizinischen Dimension gleichzeitig und nebeneinander ab. Diese Multidimensionalität bringt der interprofessionellen Kooperation einen Mehrwert. Durch den regelmässigen Austausch können weiter auch Aufgaben und Zuständigkeiten im Fall aufgeteilt werden, um Aufwand und Ressourcen bestmöglich einzusetzen. Allerdings verbirgt sich in dieser Aufgabenverteilung auch ein Risiko. Für die Rolle der Koordination der Kooperation birgt sich die Gefahr des Machtmissbrauchs. Ziel der Kooperation ist es, im Sinne der Bedürfnisse der Klient_innen, deren Ziele gemeinsam und unterstützend zu erreichen. Die Aufgaben im Fall aufzuteilen macht Sinn. Dies soll jedoch in einem gemeinsamen, auf Augenhöhe stattfindenden Aushandlungsprozess geschehen und nicht von vorgesetzter Stelle delegiert werden. Denn, dass sich verschiedene Wissenssysteme um einen Mehrwert der Kooperationswillen verbinden, soll in einer Beziehung stattfinden und schliesslich den Klient_innen dienen, nicht sich selbst (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2011: 11).

Da die Soziale Arbeit in ihrem grundlegenden Verständnis die Brücke zwischen Individuum, Gesellschaft, Hilfsnetz und Organisationen bildet, ist sie prädestiniert dazu, die Koordination der Kooperation zu leiten. Zumal die Kooperation für die Soziale Arbeit das entscheidende Struktur- und Handlungsmerkmal bildet.

4.2. Die Auswirkungen der Sozialen Diagnose auf die Mehrperspektivität

Caroline Kuster

Gesundheit ist mehrdimensional. Aus diesem Grund muss auch die Therapie von Menschen im Gesundheitswesen mehrdimensional gestaltet sein. Das Wissen um die soziokulturellen Faktoren und Gegebenheiten eines Falles, kombiniert mit dem Wissen über körperliche und psychische Aspekte eines Menschen, ergeben eine solide Basis für medizinische, psychische und soziokulturelle Interventionen (vgl. Cannon 2018: 138). Durch den Einbezug der soziokulturellen Dimension in die diagnostische Arbeit und dem Individuum selbst, als Expert_in seiner eigenen Lebenswelt, kann eine umfassende Soziale Diagnose gestellt und dadurch die gesamte Fallkomplexität abgebildet werden. Diese muss zwingend bekannt sein, um die Bedürfnisse der Klient_innen zu erkennen und aufzunehmen. Im Verlauf des gesamten Prozessbogens muss angemessen und flexibel auf diese Bedürfnisse eingegangen werden können.

Dabei ist auch die Fach- und Methodenkompetenz der beteiligten interprofessionellen Fachpersonen von entscheidender Wichtigkeit für die Qualität der Begleitung und Behandlung. Die Mehrperspektivität kann den Behandlungsplan gewinnbringend modifizieren (vgl. ebd.: 138-140). Eine mehrperspektivische Betrachtung kann nur durch gelingende Kooperation geleistet werden und nur Kooperation bietet die Möglichkeit zielführende, verstandene, adaptierbare und auf mehreren Ebenen kreierten Interventionen zu realisieren. Diesen Mehrwert der Modifikation stellt allerdings auch immer ein Risiko dar. Durch das Erweitern mit mehreren Sichtweisen, Methoden, Instrumenten und unterschiedlichen Fachwissen, wird die Komplexität im Fall stets erhöht. Dies kann dazu führen, dass die Fokussierung verloren geht. Die auftretenden Themen und Problemstellungen im Fall können dadurch ausufern und grösser gemacht werden. Nebst der Erhöhung der Komplexität bedeutet das auch, dass Klient_innen kränker gemacht werden als sie sind und dass die Ressourcenbetrachtung untergeht. Weiter kann es vorkommen, dass die einzelnen Professionen anhand ihres Wissens und Verständnisses Thematiken anders bewerten und unterschiedlich priorisieren. So können schlimmstenfalls Interventionen nicht zielführend, sondern einander entgegenwirken. Deswegen bedarf es einer differenzierten sorgfältigen Auswertung und eine gemeinsame Aushandlung sachdienlicher und systemrelevanter Themenbereiche, Ziele und Handlungsansätze. Eine funktionierende Kommunikation ist dazu unabdingbar. Die beschriebene Aushandlung soll dabei immer individuell betrachtet und spezifisch an den Bedürfnissen der Klient_innen festgemacht werden.

Auch die kontextbezogenen Rahmenbedingungen der Organisation wie beispielsweise zeitliche Vorgaben, personelle Ressourcen bringen Hindernisse bezüglich der Mehrperspektivität Sozialer Diagnostik mit sich. So können individuelle Umstände wie persönliche Krisen, Rückfälle, Therapiedauer in diesem Zusammenhang risikobehaftet sein. Worin allerdings eine multiperspektivische Betrachtung und Aushandlung durchaus sinnvoll sein kann. Die Geschehnisse können auf unterschiedlich Ebenen gleichzeitig, mit leicht anderen Foki betrachtet und ausgewertet werden. Zudem steigern Austauschverhandlungen über aktuelle Geschehnisse die Kongruenz aller interprofessionellen Kooperationsbeteiligten. Für die Klient_innen bringt diese Einheitlichkeit die Chance, aktuelle Situationen selbst multiperspektivisch zu betrachten und mögliche Muster darin zu erkennen. Schliesslich müssen Interventionen, um Muster zu durchbrechen, Ressourcen zu entdecken und Fertigkeiten zu entwickeln, immer alltagstauglich und anwendbar sein. Ohne Kooperation geht das nicht, wie auch nicht ohne umfassende Mehrperspektivität.

4.3. Die Auswirkungen der Sozialen Diagnose auf die Therapieintensität

Sabrina Wiedmer

Die Therapieintensität wird durch eine fundierte Soziale Diagnostik erhöht, weil nicht ausschliesslich die biopsychische Falldimension bearbeitet wird. Die sozialkulturellen Lebensbe-

dingungen können sich integrationsfördernd oder -hemmend auswirken, weshalb sie ebenso in den Mittelpunkt gerückt werden. Eine Entwöhnung ist so erfolgreich wie die Qualität, welche die Reintegration in die Lebenswelt aufweist. Deshalb ist die vollständige Erhebung der psychosozialen Fallkomplexität im künstlichen sozialen Therapiesetting von wesentlicher Bedeutung. Die sozialkulturelle Falldimension muss samt ihren Interdependenzen erschlossen und beurteilt werden, um eine vorläufige Soziale Diagnose abzuleiten. Dieses Wissen fließt in die multiprofessionelle Arbeitsgruppe zurück, wo es in einem partizipativen und kooperativen Prozess ergänzt wird, um daraus ein gemeinsames Fallverständnis zu bilden. Das geteilte Fallverständnis stellt die Grundlage dar, um professionelle Hilfeleistungen aufeinander abzustimmen. Sie sollen wie Zahnräder ineinandergreifen, damit sie sich gegenseitig ergänzen und nicht bloss einzeln nebeneinander herlaufen. Die sozialkulturelle Falldimension wird von Beginn weg bearbeitet, um Phasen der kritischen Instabilität aufzufangen und sie als Chance zu nutzen. Ziel ist es, den gesamten Prozess einschliesslich der Nachsorge auf die individuellen Bedürfnisse und die Problemgenese abzustimmen. Die Erfolgsquote wird erhöht, weil die Menschen professionelle Unterstützung erhalten, um neu erlernte Muster in der Lebenswelt zu integrieren. Die Hilfeleistungen müssen bei Menschen mit komorbiden Erkrankungen tiefgreifend und intensiv angelegt sein. Eine differenzierte Diagnostik sämtlicher Fallebenen und deren sensibler Abgleich aufeinander erlaubt es zu erhellen, welche Symptome zu welchem Krankheitsbild gehören. In einem zweiten Schritt kann sodann hinterfragt werden, weshalb die Symptome auftreten und wie sie sich aufrechterhalten. Dieses Wissen wird genutzt, um massgeschneiderte und integrative Therapien auszuarbeiten, die einer individuellen komorbiden Symptomatik gerecht werden. Die Verkürzung von stationären Entwöhnungstherapien bedingt, dass die Intensität ebenso durch eine optimale Koordination zwischen stationären und ambulanten Angeboten gewährt wird. So kann sichergestellt werden, dass die erzielten Fortschritte nicht ins Leere laufen. Die Therapie muss von Beginn weg ganzheitlich gestaltet werden, um bis zum Schluss passgenaue Leistungen zu erbringen. Die darauf aufbauende Nachsorge trägt dazu bei, dass durch beständige professionelle Unterstützung Drehtüreffekte vermieden werden. Drehtüreffekte sind nicht problematisch, weil sie mehrere stationäre Klinikaufenthalte auslösen. Vielmehr sind die negativen Ausschlusseffekte dort auszumachen, wo wiederkehrende Krisen entstehen. Sie wirken sich negativ auf die Selbstwirksamkeit der Betroffenen aus und erhöhen dadurch das Risiko einer Chronifizierung der Symptomatik. Die negative Kostenentwicklung des Gesundheitswesens ist nicht auf die Therapiedauer oder den Umstand zurückzuführen, dass mehrere Aufenthalte notwendig sind. Sie steht sinnbildlich dafür, dass die psychosozialkulturellen Lebensbedingung auch heute noch weitgehend ignoriert werden (vgl. Pauls 2013b: 95). Langfristig lohnt sich die Intensivierung der Therapien, um nachhaltige Leistungen zu generieren und die Kosten nicht nur scheinbar einzudämmen. Die klinische Soziale Arbeit bezieht gezielt Ressourcen ein, wodurch das natürliche Potential zur Salutogenese

hervorgebracht und die Handlungsfähigkeit wiederhergestellt wird. Selbst wenn keine Heilung erzielt wird, soll zu Gunsten aller Beteiligten ein subjektiv gelindes Leben möglich sein.

Die idiographische Diagnostik der Systemmodellierung ist eines der einzigen Verfahren, dass die Dynamik von Systemen überschaubar erfasst. Es punktet mit bildlichen Darstellungen, wodurch die Komplexität reduziert wird. Deshalb ist es insbesondere für komplexe Fälle vorgesehen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 299f.). Die enthaltenen Arbeitsschritte zeigen jedoch, dass viel Zeit und ein hohes Mass an professionellem Wissen notwendig sind. Die Schlüsselqualifikationen stellen Gesprächsführungs- und Beratungskompetenzen dar (vgl. ebd.: 337). Es ist unklar, ob der Zeitaufwand für die Praxis zu gross ist und die notwendigen Kompetenzen überhaupt vorhanden sind. Aus diesem Grund wurden die Bausteine eins und zwei zur deskriptiven Diagnostik entwickelt. Die Gefahr besteht jedoch, dass die deskriptive Diagnostik sowie ähnliche Verfahren die psychosozialkulturelle Dynamik nicht zu erfassen vermag. Bleibt die Diagnostik Mangels Zeit und Ressourcen unterkomplex, besteht das Risiko, dass kein positiver Effekt hinsichtlich der Therapieintensität erzielt wird (vgl. ebd.: 299f.).

4.4. Thesen zu den Chancen und Risiken der Sozialen Diagnose in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie

Caroline Kuster

Auf der Basis der zugrundeliegenden Fragestellung und aus den theoretisch erarbeiteten Wissensaspekten werden nachfolgend die Thesen vorgestellt. Um die Logik der Arbeit beizubehalten, wird einleitend graphisch dargestellt, wie sich der Prozess der Operationalisierung gestaltet hat: Nachdem sich die Komplexität der Thematik in den vorangehenden Kapiteln erhöht hat, wird sie im Folgenden eingegrenzt. Die essenziellen Begriffe, welche in der untenstehenden Abbildung angedeutet sind, wurden anhand der zusammengefassten Chancen und Risiken abgeleitet. Sie finden sich in der Ausformulierung der Thesen wieder. Diese Thesen bilden die Orientierung im weiteren Verlauf der Arbeit.

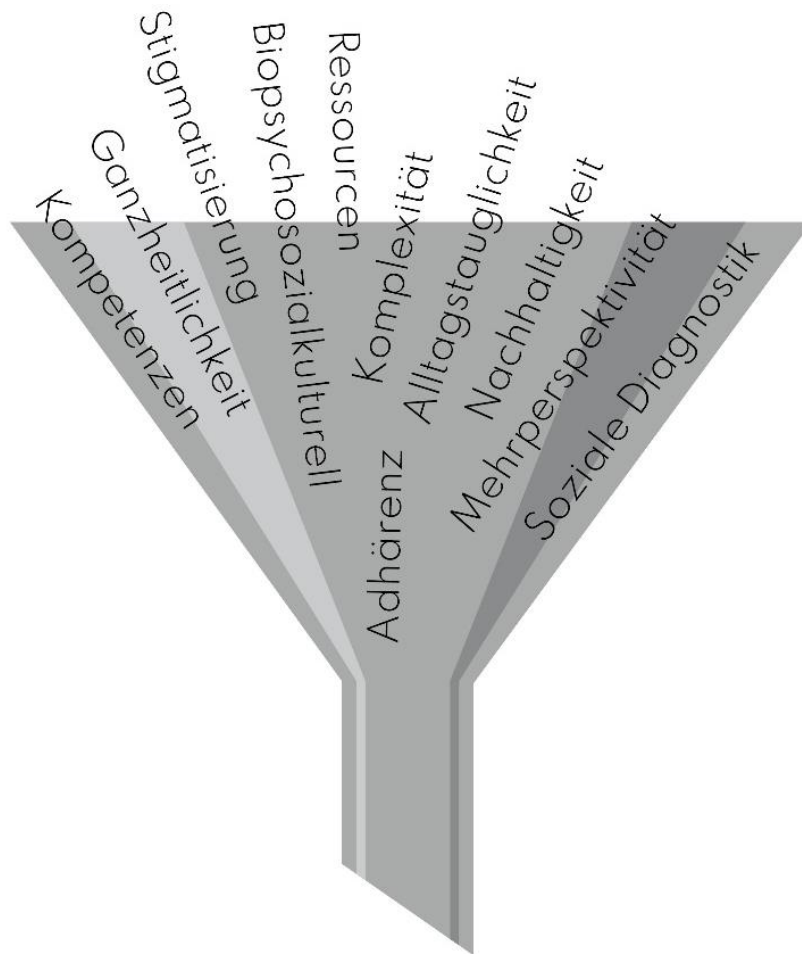


Abb. 8: Die theoretisch hergeleiteten Chancen und Risiken werden zusammengefasst, um daraus Thesen abzuleiten (eigene Darstellung).

4.4.1. Thesen zur interprofessionellen Kooperation und der Koordination der Kooperation

Caroline Kuster, Sabrina Wiedmer

- a) Durch (teil-)standardisierte Soziale Diagnostikkonzepte werden die Behandlungs- und Begleitprozesse im Rahmen der biopsychosozial(kulturellen) Diagnose ergänzt.
- b) Die Koordination der Kooperation wird durch die Soziale Diagnostik erschwert, weil eine künstliche Komplexität erzeugt wird, wobei das Pflichtenheft der klinischen Sozialen Arbeit von anderen Fachpersonen abgedeckt werden kann.
- c) Die Etablierung der klinischen Sozialen Arbeit wird durch Soziale Diagnostik begünstigt, weil die Zuständigkeiten und die Kompetenzen der Profession klar abgegrenzt werden.

- d) Wenn die klinische Soziale Arbeit die interprofessionelle Kooperation koordiniert, fördert dies die Zusammenarbeit, weil die Kompetenzen sinnvoll mit Blick auf die Betroffenen genutzt werden und sich die Fachpersonen von Machtstrukturen distanzieren können.

4.4.2. Thesen zur Mehrperspektivität

Caroline Kuster, Sabrina Wiedmer

- e) Die Mehrperspektivität wird durch die Soziale Diagnostik gefördert, weil dadurch die subjektiven Gesundheitsvorstellungen des Individuums in den Begleitungs- und Behandlungsprozess einfließen können. Diese Mehrperspektivität wirkt sich positiv auf die Adhärenz aus.
- f) Die Mehrperspektivität wird durch die Soziale Diagnostik nicht gefördert, weil es den Fachpersonen der klinischen Sozialen Arbeit nicht gelingt, die Relevanz ihrer Erkenntnisse in Aushandlungsprozessen zu benennen, um dadurch den Einbezug des Wissens zu gewährleisten.

4.4.3. Thesen zur Therapieintensität

Caroline Kuster, Sabrina Wiedmer

- g) Die Therapieintensität wird durch die Soziale Diagnostik verbessert, weil dadurch die integrationshemmenden Bedingungen während der Entwöhnungsphase gezielt bearbeitet werden. Auf diese Weise wird die Nachhaltigkeit der Therapie gefördert und das Risiko eines erneuten Ausschlussprozesses reduziert.
- h) Die Therapieintensität wird durch die Soziale Diagnostik gefördert, denn die psychosozialen Probleme werden während der Entwöhnungsphase fundiert eingeschätzt und die Arbeit an Ressourcen und Problemen der psychosozialen Dimension wird während dem gesamten Prozessbogen fortgesetzt.
- i) Die Soziale Diagnostik hat keinen Einfluss auf die Therapieintensität, weil die Erfassung der psychosozialen Fallkomplexität nicht gelingt und die Diagnostik deshalb unterkomplex bleibt.

5. Forschungsdesign

Caroline Kuster

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der empirischen Untersuchung beschrieben. Bei der vorliegenden Befragung handelte es sich zuerst um eine qualitative Untersuchung, die in Form von einem Gruppeninterview mit Expert_innen durchgeführt hätte werden sollen. Da sich zum Zeitpunkt der Befragung die Situation mit dem Covid-19 in der Schweiz stark veränderte, war diese geplante Methode nicht mehr durchführbar. Im Nachfolgenden werden die gewählte Methode und die getroffenen Anpassungen kurz beschrieben.

5.1. Das Experteninterview als Datenerhebungsverfahren

Caroline Kuster

Dem Datenerhebungsverfahren liegt ein qualitatives Forschungsdesign vor, welches in Form von Experteninterviews durchgeführt wird. Die Form des qualitativen Experteninterviews eignet sich besonders, da das Datenerhebungsverfahren systematisch und theoriegeleitet ist. Im Interview werden Personen befragt, die über exklusives Wissen, darin über Entscheidungs- und Verhandlungsprozesse, Instrumente, Strategien und Wirkungsweisen eines spezifischen Themenbereichs verfügen (vgl. Kaiser 2014: 6). Von besonderem Interesse ist dabei die subjektive Dimension des besagten Expertenwissens: Der Fokus liegt auf dem Deutungswissen der Expert_innen. Diese werden in theoriegenerierenden qualitativen Experteninterviews als Vertreter_innen einer bestimmten Gruppe angesprochen. Obschon auch das jeweilige subjektive Wissen, welches für den professionellen Behandlungsrahmen relevant ist, von Interesse ist. Damit gemeint sind beispielsweise Alltagsweisheiten, -erfahrungen oder Bauernregeln. Theoriegenerierend bedeutet, dass durch analytische und interpretative Konfrontation aus empirischem Material, Zusammenhänge ableitbar und zu Theorien generierbar sind. Durch diese Kausalitäten schliesst diese Form des Interviews an die Methodik der *Grounded Theory* an (vgl. Bogner et al. 2014: 25). Der typische Einsatz eines qualitativen theoriegenerierenden Experteninterviews lässt sich im Begriff der Fallstudie zusammenfassen. Fallstudien sind Untersuchungen, die sich lediglich auf einzelne Fälle, die jedoch vielfach vergleichbar sind, beziehen. Die Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse bleibt dabei sekundär. Es geht um das Verständnis jener Fälle, wie in der vorliegenden Thesis beispielsweise hinsichtlich der ausgewählten Komorbiditäten. Mit diesem Konzept wird eine wichtige Voraussetzung geschaffen, nämlich Theorien zu modifizieren und zu entwickeln. Diese Form der Datenerhebung wird dazu eingesetzt, Informationen, Merkmale und Eigenschaften von Prozessen einer institutionellen Ordnung zu erhalten oder um kausale Mechanismen, die einen Wandel erklären, zu rekonstruieren. Um dies zu erreichen, verarbeiten Fallstudien komplexe theoretische Ansätze und Erklärungen. Diese Erklärungsansätze werden vor der Interviewsituation in die jeweilige

Erfahrungswelt der Expert_innen übersetzt. Somit werden also die Expert_innen nicht mit der realen Forschungsfrage, sondern mit operationalisierten Fragen konfrontiert, die den Wirkungskontext real abbilden. Die Gesprächspartner_innen werden als «Informationslieferant_innen» befragt. Der Leitung des Interviews obliegt die Aufgabe, das Gespräch so zu steuern, dass die erwarteten Informationen auch generiert werden können. Weiter ist es Aufgabe der Forschenden, den Datenerhebungsprozess, die Analyse und die Interpretation der gewonnenen Erkenntnisse so offenzulegen, dass die Schritte der Vorgehensweise erkennbar und zu bewerten sind. So wird der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit des gesamten Interviews Rechnung getragen, obschon trotz identischer Instrumente und Vorgehensweisen keine gleichen Ergebnisse generiert werden könnten. Diese theoriegeleitete Vorgehensweise beschreibt, dass an bereits vorhandenes Wissen anschliessend in der Analyse angeknüpft werden kann. Diese Ergebnisse werden wiederum am theoretischen Kontext festgemacht. Diese Rückkoppelung bedingt, dass die Forschungsfrage, deren Operationalisierung in interviewtaugliche Fragen und die Interpretation des generierten Datenmaterials ebenfalls theoretisch hergeleitet und anschlussfähig an das bereits vorhandene Theoriewissen sind. Ein weiteres wichtiges Merkmal für Experteninterviews ist die Offenheit und Neutralität gegenüber neu gewonnenen Erkenntnissen, Relevanzsystemen und Deutungsmustern. Die gewonnenen Daten können wegen der geringen Standardisierung der Datenerhebungsinstrumente und der Offenheit nicht statistisch ausgewertet werden. Deshalb werden interpretative Methoden und Verfahren zur Datenanalyse verwendet (vgl. Kaiser 2014: 2-7).

5.2. Darstellung des Vorgehens zur Datenerhebung

Caroline Kuster

Um die Deutungen, Ansichten und Handlungslogiken der Expert_innen aus den jeweiligen Reihen des biopsychosozialkulturellen Modells zu erfassen, wird ein teilstrukturiertes Experteninterview durchgeführt. Um diesen Ansprüchen Rechnung zu tragen, wird zunächst ein Leitfaden entwickelt. Dieser hat mehrere Funktionen. Er dient als Strukturierungs- und Orientierungselement. Bei der Datenerhebung dient der Fragebogen als konkretes Hilfsmittel, als Gedächtnisstütze und zur Kontrolle, damit dabei keine relevanten Informationen vergessen gehen. Dieser Leitfaden besteht aus verschiedenen Themenblöcken, welche wiederum jeweils Hauptfragen und abhängige Unterfragen zur allfälligen Präzisierung beinhalten. Um einen konkreten Leitfaden für das Interview herzuleiten, vollführen die Autorinnen zuerst den Schritt der Operationalisierung. Dies bedeutet, dass die Leitfrage der vorliegenden Bachelor-Thesis in ein spezifisches Erhebungsinstrument umgewandelt wird. Dazu werden auf der Basis der erarbeiteten wissenschaftlichen Kausalitäten Thesen formuliert. Diese sammeln die Autorinnen, um sie anschliessend zu systematisieren und dadurch zu reduzieren. Die Thesen ordnen die Autorinnen in Themenblöcke, welche durch die Fragestellung der vorliegenden Thesis vorge-

geben sind: Kooperation, Mehrperspektivität und Therapieintensität (siehe dazu Kapitel 4.). Durch die Sammlung und Zuordnung kann die Forschungsfrage theoretisch abgeleitet und zugespitzt werden. Die Thesen unterstützen dabei, die zu überprüfenden Thematiken konkret zu beleuchten. Durch eine Methodenspezifizierung wird getestet, welche Thesen wie beantwortet werden können. Anhand davon können spezifische abhängige Unterfragen generiert werden, um schliesslich im Interview Gesprächssituationen herzustellen (vgl. Bogner et al. 2014: 28-32). Die Autorinnen überprüfen das Repertoire an Fragen, um herauszufinden, welche Frage eine Haupt- und welche Unterfragen sein können und bestimmen die Reihenfolge. Dazu dienen ihnen zudem die möglichen Fragetypen im Experteninterview nach Kaiser (vgl. Kaiser 2014: 52-68). Dies ermöglicht die Überprüfung der besagten Thesen und letztlich der Fragestellung (vgl. Bogner et al. 2014: 32). Das Ergebnis zeigt sich in Form eines Fragenkatalogs, der die empirischen Zusammenhänge und Deutungen erfragt. Das Interview dient dazu, Material zu generieren und zu sammeln, die diese Beantwortung ermöglicht. Anhand der empirischen und theoretischen Zusammenhänge und Aussagen kann dies fundiert begründet werden. Das Experteninterview dient schliesslich zur Vermittlung zwischen Theorie und Empirie. Ein qualitatives Interview bleibt allerdings trotz Leitfaden immer unvorhersehbar. Deswegen wird der Leitfaden den Expert_innen vor dem Interview nicht schriftlich zugestellt. Dieses Vorhaben soll ermöglichen, dass spontane Äusserungen aus der alltäglichen Praxis und Anwendung erfassbar sind und somit das Interview selbst dem Gespräch anpassbar bleibt (vgl. ebd.: 32-34).

5.3. Auswahl des Samplings und Beschreibung des Feldzugangs

Caroline Kuster

Die Expert_innen:

Der Titel «Expert_in» ist eine Zuschreibung, die Personen als Kenner oder Fachleute charakterisiert, die sachkundig sind und über Spezialwissen verfügen. Expert_innen sind konkrete soziale Darsteller, die spezifische Professions- und Handlungslogiken besitzen. Sie befinden sich zudem in herausgehobener Position, was impliziert, dass sie über ein hohes Mass an Einfluss und Prestige verfügen. Diese Charakterisierung bedeutet in der Praxis, dass wegen des besonderen Forschungsinteresses spezifisch Personen aufgrund ihres Wissens als Expert_innen adressiert werden. Diese Expert_innen werden nicht allein aufgrund ihres spezifischen Wissens interviewt, sondern da dieses Wissen durch die besondere Reflexivität oder Kohärenz speziell praxiswirksam ist. Expert_innen vermögen mit ihren Deutungen das Handlungsfeld, auf das sie sich beziehen, sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren und darauf Einfluss zu nehmen. Durch diesen Zugang gewinnt das Expert_innenwissen an Macht und Einflussmöglichkeiten auch auf andere (expertisenfremde) Berufsbereiche. Die Expert_innen sind für Untersuchungen relevant, da sie in einer organisationalen oder sozialen Position sind,

woraus sie das eigene Wissen und die eigenen Deutungen für viele Kontexte relevant hervorzuheben vermögen (vgl. Bogner et al. 2014: 4-17).

Das Sampling:

Das Sampling der vorliegenden Datenerhebung orientiert sich bei der Expert_innenauswahl an den Forschungsfragen. Die Autorinnen suchen dementsprechend Personen, die über das spezifische Fachwissen verfügen, um differenzierte und fundierte Aussagen und themenbezogene Deutungen zu machen. Der Expert_innenstatus beinhaltet durch die Expert_innenposition dementsprechend Durchsetzungs- und Entscheidungskompetenzen (vgl. Bogner et al. 2014: 34f.). Im Ersten Schritt des Samplings suchen die Autorinnen gestützt auf die theoretische Herleitung der Empirie relevante Expert_innen. Im gesamten Prozess des Samplings erarbeiteten die Autorinnen Kriterien, die potenzielle Expert_innen herausarbeiten lassen. Die teilnehmenden Expert_innen des Interviews werden anhand folgender Kriterien ausgesucht:

- Die angefragten Expert_innen sind in einer der beiden ausgewählten stationären sucht-spezifischen Entwöhnungstherapien im Kanton Aargau tätig.
- Jeweils eine Vertretung der Dimensionen des biopsychosozialkulturellen Modells werden zum Interview eingeladen: Expert_innen der biologischen Dimension, das heisst, aus dem Fachbereich der Medizin, Expert_innen mit der Zuständigkeit für die psychische Dimension, demnach aus der Psychotherapie und Expert_innen aus dem Fachbereich der sozialkulturellen Dimension: der klinischen Sozialen Arbeit.
- Die Expert_innen verfügen über mindestens fünf Jahre Berufserfahrung im Bereich der Suchthilfe und auf der vertretenden Profession und sind ebenfalls mindestens fünf Jahre in den besagten Organisationen tätig.
- Die Expert_innen verfügen über spezifische Ausbildungen und können ihre Dimension bestmöglich vertreten.

Aus Gründen des Datenschutzes und der Anonymität werden keine weiteren Angaben zu den ausgewählten Expert_innen gemacht. Sämtliche im Anhang hinterlegten Dokumente sind aus gleichen Gründen nicht ausgefüllt beigelegt. Einzig die Autorinnen haben Kenntnisse über die soziographischen Daten der befragten Personen.

Der Feldzugang:

Die anhand der genannten Kriterien ausgewählten Expert_innen werden in einem persönlichen Gespräch oder mittels einem Schreiben angefragt (siehe Anhang 10, Kurzbrief Versand Unterlagen Befragung, S. 126). Diese persönliche Kontaktaufnahme wird als grosser Vorteil erachtet. Es ist den Autorinnen möglich, da sie zum Zeitpunkt der Datenerhebung in den ausgewählten Organisationen tätig sind. Zur Anfrage nutzen die Autorinnen konkrete Dokumente und vorbereitete Unterlagen, die im Anhang eingesehen werden können (siehe Anhang 5,

Checkliste Erstkontakt, S. 120). Darin erklären die Autorinnen knapp das Thema der Bachelor-Thesis, das empirische Vorhaben und die Wichtigkeit der Thematik. Zusätzlich wird die Bestätigung zur Teilnahme erfragt und nach möglichen Terminen gesucht. Das zweite Dokument erfasst konkret die Einwilligung der Expert_innen (siehe Anhang 6, Einwilligungserklärung S. 121). In diesem Dokument wird der Zweck des Interviews erläutert und erklärt, wie der Datenschutz gewährleistet wird. Mit der Unterschrift willigen die Expert_innen ein, dass ihre Aussagen zu besagtem Zweck verwendet werden dürfen. Zudem erhalten die Teilnehmenden die Möglichkeit zu wählen, ob sie eine transkribierte Fassung des Interviews erhalten möchten. Die angefragten Personen zeigen sich durchaus interessiert an der Thematik der Bachelor-Thesis und am Vorhabend er Autorinnen. Auch die gewählte Form des Gruppenexperteninterviews begrüßen die Teilnehmenden sehr.

In einem zweiten Schritt erarbeiten die Autorinnen weitere Dokumente, die für die Durchführung des Interviews notwendig sind. Von den teilnehmenden Expert_innen werden soziodemographische Daten erfasst. So können die gesetzten Expert_innenkriterien überprüft und nachgewiesen werden (siehe Anhang 8, Angaben und Deklaration Expert_in, S. 123). Mit der Abgabe des Deklarationsbogens erhalten die Expert_innen ebenfalls ein Thesenpapier. Darauf werden die inhaltlichen Aspekte der Bachelor-Thesis nochmals erfasst und schliesslich die erarbeiteten Thesen abgebildet (siehe Anhang 13, Thesenpapier, S. 128f.). Parallel dazu erstellen die Autorinnen eine Checkliste für das Interview mit den wichtigen Eckdaten (siehe Anhang 7, Checkliste, S. 122) und ein Postskript (siehe Anhang 9, Beobachtungsraster, S. 124).

5.4. Anpassung des Datenerhebungsverfahrens aufgrund des COVID-19

Caroline Kuster

Ende Januar erreicht die neuartige Erkrankung COVID-19 verursacht durch das Virus SARS-CoV-2 die Schweiz. Die Lage wird als besonders eingestuft. Die WHO erklärt die weltweite Situation als Pandemie. In der Schweiz tritt der *Lockdown* in Kraft. Durch die ausserordentliche Lage ist das geplante Vorhaben zur Datenerhebung nicht mehr umsetzbar. Zumal auch die angefragten Organisationen den Besuch von externen und das Zusammenkommen von mehr als fünf Personen zurzeit nicht erlauben. Um die Organisationen zu respektieren, die Lockdown-Massnahmen ernst zu nehmen und aus Gründen der eigenen und fremden Gesundheitsprävention, entscheiden sich die Autorinnen die Methodik anzupassen. Zur Auswahl stehen mehrere Optionen. Zum Beispiel das Gruppeninterview mittels Telefon- oder Video-Konferenz abzuhalten oder anstelle eines Interviews den Expert_innen einen Fragebogen zukommen zu lassen. Die telefonisch geführten Interviews bergen viele Risiken. Zum einen gehen viele Informationen, wie zum Beispiel die nonverbale Kommunikation verloren. Es können unerwünschte Störungen auftreten durch Ablenkungen, technische Störungen oder durch Dritte.

Der persönliche Bezug, wie Blickkontakt, flexibel auf Gesprächspartner_innen einzugehen, fällt weg (vgl. Bogner et al. 2014: 39). Die Möglichkeit zur Diskussion, den die Autorinnen hinsichtlich des Gruppeninterviews begrüssen, könnte sich schwierig gestalten. Auch ein Gruppeninterview in Form einer Videokonferenz bringt Risiken mit sich. Nebst Verbindungsstörungen gestaltet sich auch hier eine fachliche Debatte als schwierig, da Reaktionen auf Aussagen nicht natürlich angemessen vorgenommen werden können. Aus den genannten Gründen entscheiden sich die Autorinnen für ein Datenerhebungsverfahren mittels Fragebogen. Wobei auch hier die Möglichkeit zur Diskussion wegfällt. Doch bietet sie den Teilnehmenden eine hohe Flexibilität, was in dieser besonderen Zeit am praktischsten scheint.

Die bereits erarbeiteten Dokumente werden folglich dementsprechend angepasst (siehe Anhang 11, Checkliste Erstkontakt Befragung, S. 126 und Anhang 12, Einwilligungserklärung Befragung, S. 127). Zusätzlich zu den teilweise bereits versandten Unterlagen (Einwilligungserklärung, Deklaration der Expert_innen und Thesenpapier (siehe Anhang 13, Thesenpapier zur Befragung, S. 128-130)) erarbeiten die Autorinnen eine Begriffsklärung. Darin wird die biopsychosozialkulturelle Komplexität eines Falls ausgehend vom Verständnis der Sozialen Diagnostik erklärt. Dieses Dokument soll den Expert_innen Aufschluss darüber geben, was die Grundlage der anstehenden Datenerhebung darstellt (siehe Anhang 14, Begriffserklärungen zur Befragung, S. 131-133). Der Leitfaden des Interviews respektive der Fragenkatalog wird anschliessend gemäss den geänderten Bedingungen angepasst. Die Fragen sind nun so abgeändert, dass sie im Kontext eines Fragebogens verständlich und beantwortbar sind (siehe Anhang 15, Fragebogen S. 134f.). Zudem sind die Fragen neu angeordnet, um eine logische Reihenfolge zu generieren. Um die Wirksamkeit und die Zielführung des Fragebogens zu überprüfen, veranlassen die Autorinnen einen Standardbeobachtungspretest. Mittels Pretest wird die Verständlichkeit der Fragen, deren Reihenfolge, Kontexteffekte, mögliche Antworten, mögliche Probleme die Expert_innen mit den Fragen haben könnten, das jeweilige Interesse und die Aufmerksamkeit bei den Fragen erfragt. Aber auch Probleme, die die Autorinnen mit dem Fragebogen erleben könnten, möglich technische Probleme und ob die Zeitdauer für die Beantwortung der Fragen angemessen erscheint, kann überprüft werden (vgl. Porst 2014: 185). Die Rückmeldungen aus dem Pretest fliessen in den Fragebogen ein.

Die Datenerhebung umfasst schliesslich sechs Befragungen. Zielgruppe der Datenerhebung sind jeweils zwei Vertreter_innen aus den Professionen der Medizin, der Psychologie und der klinischen Sozialen Arbeit. Für die Beantwortung des Fragebogens stehen drei Wochen Zeit zur Verfügung. Für Rückfragen und Unklarheiten stehen die Autorinnen jederzeit persönlich, per Mail sowie per Telefon zur Verfügung. Der Vorteil, dass sich Autorinnen und Expert_innen persönlich kennen, soll im späteren Verlauf unterstützend wirken.

Auswertung:

Zunächst werden die retournierten Fragebögen ausgelegt und nach Fachdisziplinen geordnet. Danach können die Antworten auf die einzelnen Fragen übereinandergelegt werden. Die Antworten werden wortwörtlich betrachtet, die wichtigen Aussagen herausgestrichen und auf ein separaten leeren Bogen notiert. Damit die Analyse, die in einem zweiten Schritt vorgenommen wird, sich einfach gestaltet, nutzen die Autorinnen unterschiedliche Farben. Diese lehnen sich an die Darstellung der interprofessionellen Kooperationsbeteiligten in Kapitel 2.5. an. Diese Methode macht die einzelnen Professionen kenntlich und erleichtert das weitere Vorgehen. Im nächsten Schritt vergleichen die Autorinnen die Antworten der Professionellen. Sie fokussieren sich dabei auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Abschliessend werden die Ergebnisse dieser Analyse wertfrei zusammengefasst, um möglichst genau die Deutungen und Empfindung der Befragten abzubilden. Die Antworten auf die jeweiligen Fragen sind anschliessend rückführbar auf die dem Fragekatalog vorhergehenden Arbeitsthesen. Zuletzt werden die empirischen Erkenntnissen mit den theoretischen verglichen und schliesslich interpretiert.

6. Zwischenfazit auf der Grundlage der empirischen Erkenntnisse: Chancen und Risiken der Sozialen Diagnose

Caroline Kuster

Ziel des empirischen Vorgehens ist es, die Thesen, welche aus der Theorie und der übergeordneten Fragestellung abgeleitet wurden, durch die Ergebnisse der Fragebögen zu überprüfen beziehungsweise zu modifizieren. Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Fragebögen dargelegt. Anschliessend lassen sich die empirischen Antworten mit den theoretisch erarbeiteten Chancen und Risiken abgleichen, um letztlich die Fragestellung im Kapitel 7. zu beantworten. Von insgesamt sechs versandten Fragebögen sind lediglich drei ausgefüllt zurückgekommen. Diese stammen alle aus derselben Organisation.

6.1. Befragungsergebnisse zu den Thesen zur interprofessionellen Kooperation und der Koordination der Kooperation

Caroline Kuster

Alle befragten Professionellen haben angegeben, dass es die klinische Soziale Arbeit in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie unbedingt braucht. Die klinische Soziale Arbeit ist in der Lage, die Lebenswelt, die Handlungssysteme und die soziale Dimension der Betroffenen zu erfassen und professionell miteinzubeziehen. Sie ist zuständig für die Exploration des sozialen Feldes und erfasst dabei Bedürfnisse und Ressourcen. Sie begleitet und berät Klient_innen in ihrem Alltag, unterstützt bei administrativen Angelegenheiten und im Kontakt mit Ämtern und Behörden. Die klinische Soziale Arbeit hilft bei der Lösung sozialer Probleme und arbeitet somit an den Schnittstellen zu Systemen der individuellen Lebenswelt von Klient_innen. So bereitet sie diese, durch und mit verhaltensverändernden Massnahmen darauf vor, in ihren Handlungssystemen (nach der Therapie) besser zu funktionieren. Die sozialen Aspekte spielen unter Berücksichtigung des biopsychosozialkulturellen Modells bei der Reintegration eine tragende Rolle. Um eine gelingende langfristige Reintegration zu gewährleisten, sind sowohl sozialkulturelle Umstände wie auch Verhaltensveränderungen zu berücksichtigen. Der Miteinbezug der sozialkulturellen Dimension bildet die ideale Ergänzung zur Psychotherapie, die im Fall für innerpsychische Vorgänge und der Medizin, die für somatische Gegebenheiten zuständig ist. Die klinische Soziale Arbeit steht im interprofessionellen Austausch mit der Psychotherapie und der Medizin und informiert dieselben, wenn Klient_innen beispielsweise psychische Auffälligkeiten zeigen oder sich im Widerstand befinden. Durch diese interprofessionelle Zusammenarbeit kann eine Arbeitsteilung möglich gemacht werden: Die Zeit kann sinnvoll genutzt werden und durch den spezifischen Wissensfundus von Spezialist_innen ist effektiveres Arbeiten möglich. Wobei zu erwähnen ist, dass die Zuständigkeiten und Kompetenzen nicht statisch zugeschrieben sind, sondern vielmehr in einem Aushand-

lungsprozess definiert und verteilt werden. Dies führt allerdings auch dazu, dass es zu Unklarheiten in der interprofessionellen Kooperation kommt. Das Profil der klinischen Sozialen Arbeit ist nicht klar abgrenzbar. Was allerdings, anhand der Befragung auch fraglich bleibt, ob eine deutliche Abgrenzung und Definition der klinischen Sozialen Arbeit überhaupt möglich ist.

Die Koordination der Kooperation wird in der besagten Organisation wie folgt abgehalten: Es finden regelmässig Standortgespräche mit dem Behandlungspartner_innen und den Betroffenen, Sitzungen, Vernetzungsgespräche, Rapporte und Fallbesprechungen statt, die die Koordination steuern. Die beschriebenen Kooperationsgefässe sind interdisziplinär gehalten. Je nach Thematik, Schwerpunkt und Interesse variiert die zeitliche Beteiligung der einzelnen Professionsangehörigen. Es steht grundsätzlich allen Beteiligten der gleiche Zeitrahmen zur Verfügung, wobei dieser allerdings immer knapp ist. In diesen Gesprächen und Gefässen selbst werden die aktuellen Fälle besprochen sowie die jeweiligen Kompetenzen und Zuständigkeiten zugeteilt. Die Kompetenzen im Helfernetz gestalten sich sehr fliessend, lassen sich nicht immer eindeutig abgrenzen und hängen von dem Interesse der jeweiligen Fachpersonen ab. In den besagten Gefässen wird die Kooperation koordiniert und die Massnahmen dahingegen überprüft, dass sie sich nicht widersprechen, sondern sich die Interventionen und Massnahmen in ihrer Zieldimension decken. In der stationären Entwöhnungstherapie macht es durchaus Sinn, liegt die Fallführung bei der Psychotherapie, da der psychische Aspekt in diesem Setting der Wichtigste darstellt. Natürlich ist es in der Behandlung sehr wichtig, die biologischen und sozialkulturellen Aspekte zu berücksichtigen und einfließen zu lassen, wobei eine offene und intensive Kommunikation unabdingbar sind. Die Psychotherapie meint ergänzend, dass es wohl eine differenziertere Verteilung von Mitsprache- und Entscheidungsrecht bräuchte. Die klinische Soziale Arbeit unterstreicht, dass interprofessionelle Zusammenarbeit geprägt ist von Reibungen durch Machtstrukturen und, dass diese in Form von Fallführung je nach dem mehr oder weniger einschränkend sein kann. Im Verlauf der Zusammenarbeit würden Professionelle sich allerdings aneinander gewöhnen und gefühlte Einschränkungen hängen von persönlichen Punkten ab. Wie sich die Delegation in der Organisation gestaltet, wird unterschiedlich wahrgenommen. So meint die Medizin, dass die Psychotherapie der leitenden Mediziner_in/Psychiater_in unterstellt ist und Fachbereiche der Sozialtherapie (klinische Soziale Arbeit) ebenfalls in einem indirekten Sinne. Die Psychotherapie sagt aus, dass die Delegation oft gegenseitig verläuft; die klinische Soziale Arbeit, dass sich die jeweiligen Professionen ihre Aufträge durch die Klient_innen selbst geben. Spezifisch die klinische Soziale Arbeit erhält einiges delegiert, vermag allerdings auf Grund ihrer eigenen Diagnostik Handlungsbedarf zu benennen und bearbeiten. Als Vorteil der Delegation durch die leitende Medizin wird ein einheitliches Vorgehen genannt. Die sozialarbeiterische Fallführung wird klar abgelehnt. Die Psychotherapie meint dazu allerdings, dass es klare Zuständigkeitsbereiche und zuge-sprochene Kompetenzen bedarf. Eine allgemeine Fallführung ist ohnehin nicht zweckführend.

Die Medizin entgegnet, dass die Fallführung je nach Auftrag der Organisation definiert werden muss. In einer Klinik mit psychiatrischen/psychotherapeutischen Auftrag kann keine klinische Soziale Arbeit die Fallführung übernehmen, da ihre Kompetenzen im Bereich der Medizin und der Psychotherapie fehlen. Die klinische Soziale Arbeit stimmt dem zu und meint, dass sie selbst in den derzeitigen Strukturen, die in einer Klinik auch von den Versicherungen gegeben sind, die richtige Nutzung ihrer Profession nicht erwarten kann. Eine Fallführung durch die klinische Soziale Arbeit könnte allerdings bewirken, dass sie sich in ihrer Profession entfalten kann und sie hätte eine andere Rolle, was als Vorteil zu betrachten ist. Ein Nachteil wäre, dass die klinische Sozialarbeit überlastet wäre. Es bräuchte personell mehr Kapazitäten und dies wäre zu Lasten anderer Professionen.

Psychotherapie und Medizin sind sich einig: es gibt einen grossen Nutzen der Sozialen Diagnostik für die Zuteilung von Kompetenzen und Zuständigkeiten. Durch die Reflexion, die diagnostische Arbeit mit sich bringt und durch deren Leitlinien, können Kompetenzen besser verteilt und Zuständigkeiten geklärt werden. Auch wird die klinische Soziale Arbeit erwähnt, als die am besten geeignete Profession, um durch viel Einübung in den Alltag Verhaltensmuster zu verändern. Der Fachsozialarbeit ist durch das Konzept der Sozialen Diagnostik ein höherer Grad an Selbstverantwortlichkeit zuzusprechen. Obschon diese Prozesse in enger Absprache mit der Psychotherapie stehen müssen, um zu gewährleisten, dass die beteiligten Berufsgruppen im Fall am gleichen Strang ziehen. Die klinische Soziale Arbeit meint, dass die Soziale Diagnostik in der interprofessionellen Fallarbeit nicht dazu beiträgt, die Kompetenzen und Zuständigkeiten zu definieren. Sie sieht den Nutzen der Sozialen Diagnostik vor allem für Klient_innen: Der Bezug zur Lebenswelt wird gefördert und Betroffene können sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit entfalten. Zudem soll eine professionelle Soziale Diagnostik, wenn immer möglich gemacht werden.

Ein ganzheitlicher Behandlungsplan ist für die Befragten die Orientierung am biopsychosozialkulturellen Modell. Es müssen alle drei Bereiche von Anfang an in die Zusammenarbeit miteinfließen und so gut wie möglich synchronisiert werden. Wichtig für eine gelingende Zusammenarbeit ist die Fokussierung auf das Entwickeln langfristiger Perspektiven und der Mitinbezug aller Bereiche. Dabei ist ein multiprofessioneller Austausch, klar definierte Kompetenzen aber auch individuell verteilbare Schnittflächen und genügend Humor und Arbeitskollektivbildung genannt. Das biopsychosozialkulturelle Gesundheitsverständnis findet Einigkeit: es wirkt sich sehr positiv auf den Begleit- und Behandlungsplan von Menschen, mit komorbiden Krankheitsbildern aus, wenn dieses denn umgesetzt wird. Mögliche Hürden können hierbei Hierarchiestrukturen sein. Dennoch wird dieses Verständnis als sehr wesentlich für den Therapieplan erachtet und beschwingend für die klinische Soziale Arbeit. Denn dadurch gewinnt die sozialkulturelle Komponente an Gewicht. Eine Soziale Diagnostik führt zu einem besseren Verstehen des Betroffenen selbst von sich und seiner Lebenswelt. Sie führt auch

zum besseren Fallverstehen durch die anderen Professionen und so zur Integration der soziokulturellen Dimension in die Begleit- und Behandlungspläne. Dadurch rückt der soziokulturelle Bereich vermehrt in den Fokus und etabliert sich im Gesundheitswesen. Idealerweise durch explizite, an der Diagnostik orientierten Leitlinien und Zuständigkeitsbereichen. Auf diese Weise werden, die zirkuläre Kausalität beziehungsweise die Individuum-Feld-Interaktion zusammen mit den anderen Bereichen mehr zur Diskussion gestellt. Da in der Regel bei schweren Komorbiditäten auch die Beeinträchtigungen im soziokulturellen Bereich deutlich ausgeprägt sind, ist gerade hierbei die Soziale Diagnostik und darauf angepasst Therapieplanung von grosser Bedeutung. Die Soziale Diagnostik kann hierbei in Einklang mit den psychotherapeutischen und medizinischen Massnahmen zum Tragen kommen.

6.2. Befragungsergebnisse zu den Thesen zur Mehrperspektivität

Caroline Kuster

Die klinische Soziale Arbeit ist eine Unterstützung, indem sie einen nicht wertenden Beitrag zur Individuum-Feld-Interaktion beitragen kann, der im Gesamtarbeitskreis zu mehr Bewusstsein für das Umfeld der Klientel führt. Sie stellt somit einen wesentlichen Teil in der Suchtbehandlung dar. Ihr Grundsatz, die Perspektive der Betroffenen zu berücksichtigen, was die Adhärenz zweifellos fördert, sollte nicht nur in der klinischen Sozialen Arbeit Anwendung finden, sondern in allen anderen Bereichen. Wenn die Übernahme von Anwaltschaften zur Wahrung der Integrität der Betroffenen in lebensweltlichen Begriffen auch in Therapiepläne einfließt, sind diese nicht mehr steril und müssen weniger übersetzt werden. Wer sich verstanden fühlt, entwickelt leichter eine höhere Adhärenz. Die Professionellen der klinischen Sozialen Arbeit werden bezüglich der Grenzen ihrer Zuständigkeitsbereiche auch unter dem Fokus der Mehrperspektivität teilweise zu unklar wahrgenommen. So werden beispielsweise organisationsintern im sozialtherapeutischen Bereich bislang kaum empirisch validierte Instrumente genutzt, welche jedoch der klinischen Sozialen Arbeit zur Verfügung stünden. Diese könnten sich in der Gesamttherapie durchaus als sehr hilfreich erweisen. Die klinische Soziale Arbeit ergänzt, dass sich die Professionellen manchmal nicht äussern können, weil die Interventionsplanung auf einer anderen Diagnostik beruht. Die anderen Fachbereiche bleiben darin zu dominant und letztlich stellen Zeitgründe Probleme dar, weswegen gar keine ausreichende, professionelle soziale Diagnostik gemacht werden kann.

6.3. Befragungsergebnisse zu den Thesen zur Therapieintensität

Caroline Kuster

Die integrationshemmenden Bedingungen werden in der Behandlungsgruppe gemeinsam mit den Betroffenen interprofessionell besprochen und bearbeitet. In der Aussenorientierungsphase wird der Unterstützungsbedarf beziehungsweise die entsprechenden Aufgaben verteilt,

mit den Betroffenen erarbeitet und konkrete Anschlusslösungen aufgegleist. Gemeinsam werden Integrationsfaktoren exploriert: Wohnsituation, des Betreuungsverhältnisses (beispielsweise allein, begleitetes oder betreutes Wohnen), Tagesstruktur, sozialen Umfeldes, ambulante Therapie, die Analyse von erlerntem stets wieder neu inszenierte Verhaltensmuster der Klient_innen und deren «Passung» zum Umfeld. Es wird beispielsweise eine Diagnose von biologischen Faktoren vorgenommen, nach konsumfreien und somit stabilisierenden Freundeskreisen gesucht, fehlende oder ungünstige berufliche Perspektiven oder Gegebenheiten durchleuchtet und schwierige familiäre Bedingungen oder Partnerschaften differenziert. Diese und viele weitere Themen werden fachbereichsübergreifend thematisiert, berücksichtigt und in unterschiedlicher Intensität betrachtet, um schliesslich integrationsunterstützende Faktoren aufzugleisen.

Komorbide Krankheitsbilder beinhalten meist auch chronifizierte Anteile. Krankheiten können zwar behandelt werden, die sozialen Komponenten gehen aber nicht einfach weg und heilen auch nicht einfach schnell ab. Teilweise sind Drehtüreffekte nötig zur Stabilisierung und zeigen positive Wirkung. Wichtig bei Wiedereintritten ist eine Verbesserung im Sinne einer eng aufeinander abgestimmten psychiatrischen, psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Begleitung. Soziale Diagnostik soll zusammen mit psychiatrischer Diagnostik frühzeitig in die Therapieplanung einfließen, um dem Effekt des Wiedereintritts entgegenzuwirken. Es gibt allerdings noch weitere Möglichkeiten, um Übergänge zu verbessern. Zum einen soll eine transparente und offene Kommunikation und ausreichend Gefässe den interprofessionellen Austausch fördern. Dies ist nämlich besonders beim Wechsel der Settings von grosser Bedeutung. Weiter werden bessere diagnostische Dokumentationen der Sozialen Arbeit genannt und als Idee dazu, einen Teil im Austrittsbericht, der der klinischen Sozialen Arbeit zusteht und hilfreich ist, um relevante Informationen an künftige Behandelnde weiterzugeben. Auch eine leichtere Finanzierbarkeit von Anschlusslösungen und eine weniger umständliche Verwaltung der Betroffenen wird genannt, um Übergänge im Prozessbogen zu verbessern. Grundsätzlich stimmen die befragten Professionellen der Aussage zu, dass die Soziale Diagnostik sich eignet, den Zusammenhang zwischen der psychischen und der sozialkulturellen Falldimension zu bearbeiten, um einen Mehrwert für die interdisziplinäre Fallarbeit zu generieren. Eine weitere Ergänzung dazu ist, dass der Mehrwert für die Fälle mit interdisziplinärem Behandlungsgruppe darin besteht, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt wird und dass dadurch den Bedürfnissen Betroffenen am besten entsprochen werden kann.

7. Fazit

Caroline Kuster

In diesem Kapitel wird die Leitfrage abschliessend beantwortet, die angewandte Methode evaluiert und ein Fazit gezogen. Bei der vorliegenden Thesis handelt es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe. Demnach sind die empirischen Ergebnisse und die vorliegende Gegenüberstellung nicht auf die Gesamtmenge an interprofessionellen Kooperationsbeteiligten und Vertreter_innen der befragten Dimensionen rückführbar.

7.1. Gegenüberstellung der theoretischen, empirischen Ergebnisse und Beantwortung der Leitfrage

Caroline Kuster

Bei der Gegenüberstellung der theoretischen und empirischen Ergebnisse lassen sich grundsätzlich keine grossen Abweichungen feststellen. Auch der Vergleich der empirischen Ergebnisse zeigt, dass die Meinungen der Expert_innen, obwohl sie aus unterschiedlichen Professionen stammen, einander sehr ähnlich sind. Sie decken sich mehrheitlich und ergänzen sich gegebenenfalls. Diese Erkenntnis spricht für eine gelingende interprofessionelle Kooperation, worin sämtliche Beteiligte mitsamt ihres fachspezifischen Wissens, professionsbezogenen Werten und Normen sowie individuell als Person gänzlich miteinbezogen werden. Im Abgleich von theoretischen und empirischen Erkenntnissen besteht der grösste Unterschied in der Rolle der Fallführung. Die Befragten sprachen sich allesamt gegen eine sozialarbeiterische Fallführung aus. Eine weitere wichtige Erkenntnis ist, dass die interprofessionelle Kooperation die Basis für Aspekte der Mehrperspektivität und der Therapieintensität bildet und diese darauf aufbauen. Dementsprechend gestaltet sich auch der theoretisch und der empirische Argumentationsverlauf der Thesis.

Die Legitimation der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen:

Im Rahmen der theoretischen Erarbeitung sowie den empirischen Untersuchungen wird klar deutlich, wie bedeutsam die klinische Soziale Arbeit, deren Fähigkeiten und Kompetenzen für die interprofessionelle Kooperation und schliesslich für den Begleit- und Behandlungsprozess von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern in der stationären Entwöhnungstherapie ist. Ihre Zuständigkeit für die sozialkulturelle Dimension von Klient_innen und deren Miteinbezug ist unumstritten wichtig für eine nachhaltige Unterstützung. Die klinische Soziale Arbeit konzentriert sich auf Zusammenhänge zwischen der Mikro- und der Makroebene des menschlichen Seins und nimmt dabei das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft in den Fokus. Durch Soziale Diagnostik werden alle Ebenen eines Systems umfassend betrachtet und miteinbezogen. Diese Betrachtungsweise bringt der interprofessionellen Therapie einen gewinnbringenden Mehrwert, um diese nachhaltig und wirkungsvoll zu gestalten. Denn damit

eine gelingende und langfristige Reintegration in gesellschaftliche Strukturen gewährleistet ist, müssen sowohl soziokulturelle Umstände wie auch Verhaltensveränderungen berücksichtigt und miteinbezogen werden. Diese Tatsache begründet eine interprofessionelle Kooperation gemäss eines biopsychosozialkulturellen Gesundheitsverständnisses. Im Kontext der suchtspezifischen Entwöhnungstherapie und in einer interprofessionellen Begleit- und Behandlung ist somit das Miteinbeziehen der soziokulturellen Dimension die ideale Ergänzung zu medizinischen und psychotherapeutischen Ansätzen. Die klinische Soziale Arbeit repräsentiert sich als geeignet, diesen Ansprüchen Rechnung zu tragen. Sie ist in der Lage, die soziokulturelle Dimension durch fachlich und methodisch fundierte Vorgehensweisen in sogenannte Soziale Diagnosen zu fassen und diese in die Kooperation gewinnführend einfließen zu lassen. Durch die Berücksichtigung der soziokulturellen Dimension in Form von Sozialen Diagnosen gewinnt der Begleit- und Behandlungsplan an Ganzheitlichkeit und wird umfassender.

Die Klient_innen:

Diagnosen können für Betroffene entlastend sein. Denn sie können, nebst dem, dass sie handlungsanleitend fungieren, Verständnis für das Unbekannte und Denkanstösse geben. Damit die Arbeit mit Diagnosen zielführend ist, muss transparent und erklärend damit umgegangen werden. Sie müssen übersetzt werden und der Fokus in der diagnostischen Arbeit seitens der Professionellen muss immer auch auf den individuellen Ressourcen, konstruktiven Verhaltensweisen und Kompetenzen liegen. Die klinische Soziale Arbeit kann Betroffene so unterstützen, dass sie ihr Leben aktiv gestalten und persönlich schwierige Situationen besser überwinden. Betroffene, die in den gesamten diagnostischen Prozess miteinbezogen, deren Bedürfnisse erfasst und Partizipation gefördert wird, sind grundsätzlich besser versorgt. Auf diese Weise können auch im künstlichen Umfeld einer stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie Bewältigungsstrategien erarbeitet werden, die zu späterem Zeitpunkt in schwierigen Alltagssituationen hilfreich sind.

Diagnosen bringen allerdings auch Risiken mit sich. So können sie für Betroffene als Etikettierung wirken. Sie stigmatisieren im Sinne einer Abweichung von der Normalität und wirken so entwürdigend. Trotzdem bleibt diagnostische Arbeit ein defizitbetrachtendes, aber notwendiges Instrument, da es mögliche Zugänge zu Unterstützungsmöglichkeiten öffnet. Die Risiken, die Diagnosen für Betroffene mit sich bringen, sind stets professionell zu reflektieren. Ansonsten kann es vorkommen, dass Menschen mit Problemen in ihrer Lebensführung schnell zu Patient_innen mit Krankheiten werden.

Chancen der interprofessionellen Kooperation und der Koordination der Kooperation:

Eine ganzheitliche Therapie orientiert sich am biopsychosozialkulturellen Modell. Dieser theoretisch fundierten Annahme stimmen auch die befragten Professionellen geschlossen zu. Das biopsychosozialkulturelle Gesundheitsverständnis wirkt sich äusserst positiv auf den Begleit-

und Behandlungsprozess im speziellen von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern in der stationären Entwöhnungstherapie aus. Um dies zu gewährleisten, müssen alle Bereiche von Anfang an in die Kooperation einfließen und so gut wie möglich synchronisiert sowie abgestimmt werden. Es müssen langfristige Ziele entwickelt und alle Bereiche, inklusive die grösstmögliche Partizipation der Klient_innen, berücksichtigt werden, um die Zusammenarbeit gelingend zu gestalten. Im Kooperationsprozess ist diese Fokussierung wichtig. Aber auch der multiprofessionelle Austausch, klar definierte Kompetenzen, darin aber auch individuell verteilbare Schnittmengen, offene Kommunikation und wertschätzende Zusammenarbeit sind essenziell wichtig für eine gelingende interprofessionelle Kooperation.

Komorbiditäten bedeuten, dass eine hohe Komplexität im Fall besteht. Der Begleit- und Behandlungsplan muss deswegen möglichst umfassend, ganzheitlich und flexibel sein. Bei Menschen mit schweren komorbiden Krankheitsbildern sind in der Regel auch die Beeinträchtigungen im sozialkulturellen Bereich sehr ausgeprägt. Gerade deswegen ist hierbei die Soziale Diagnostik und darauf abgestimmte Therapien von zentraler Bedeutung. Anhand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung wird erkenntlich, dass Soziale Diagnostik im Prozess Orientierung und Strukturierung bietet. Durch fundierte diagnostische Arbeit können Interventions- und Handlungsmöglichkeiten abgeleitet und umgesetzt werden. Angemessene Diagnostik ist nur in Kooperation mit allen Dimensionen und Bereichen aus dem biopsychosozial-kulturellen Modell und dem Miteinbezug der Betroffenen möglich. Komplexe Fälle bedingen eine gelingende Kooperation. Dabei ist wichtig, dass die Kooperationsbeteiligten, als Expert_innen ihrer Dimension zwar feldspezifisch und eigenständig arbeiten, jedoch in gewissem Masse abhängig voneinander sind. Denn diese Prozesse laufen gleichzeitig und nebeneinander, in jeglichen fallinternen interprofessionellen Dimensionen ab, müssen aber unbedingt aufeinander abgeglichen sein, um wirkungsvoll zu bleiben. Denn Ziel von Kooperationsprozessen ist es, mit stetiger Orientierung an den Bedürfnissen von Betroffenen, deren Ziele gemeinsam und unterstützend zu erreichen. Dies soll stets auf Augenhöhe, transparent und immer in einem Aushandlungsprozess geschehen.

In der befragten Organisation stehen verschiedene Gefässe für einen fachlichen Austausch zur Verfügung. In ihnen wird Kooperation koordiniert, Massnahmen, Interventionen und Handlungsansätze dahingehend überprüft, dass sie sich in ihrer Zieldimension decken. Durch die Möglichkeit der interprofessionellen Kooperation kann eine Arbeitsteilung vorgenommen werden, um Zeit und Ressourcen sinnvoll zu nutzen und durch den spezifischen Wissensfundus der Kooperationsbeteiligten ist effektiveres Arbeiten möglich. Die Befragten sind sich einig und bestätigen die aus der Theorie abgeleiteten These: Es entsteht einen gewinnbringenden Mehrwert für die interprofessionelle Kooperation durch die Multidimensionalität der Fallarbeit. Die Befürchtung, dass Machtstrukturen und Kompetenzüberschreitungen die gemeinsame Fallarbeit beeinträchtigen, wird deutlich abgeschlagen. Dass sich verschiedene Wissenssysteme

und Professionen vereinen, soll zu einem Mehrwert der Kooperation und schliesslich einen Gewinn für Betroffene darstellen, und nicht damit Professionelle Macht ausüben können. Die Fallführung in der befragten Organisation liegt ganz bei der Psychotherapie. Dies macht Sinn, da die Organisation einen psychiatrischen/psychotherapeutischen Auftrag hat. Obwohl die klinische Soziale Arbeit gemäss der theoretischen Ausführungen, da sie die Brücke zwischen Individuum und Gesellschaft bildet und Kooperationsprozesse Handlungs- und Strukturmerkmale der Sozialen Arbeit sind, als prädestinierte Profession gilt. Ihr fehlen laut der praxisnahen Befragung diesbezüglich Kompetenzen im Bereich der Medizin und der Psychotherapie. Es könnte für die klinische Soziale Arbeit allerdings auch Vorteil sein: Durch eine sozialarbeiterische Fallführung könnte sie sich möglicherweise in ihrer Profession entfalten und erhalte eine andere Rolle. Allerdings wäre die klinische Soziale Arbeit möglicherweise überlastet und bräuchte personell mehr Ressourcen, was zu Lasten anderer Professionen wäre.

Dennoch ist die klinische Soziale Arbeit in der suchtspezifischen Entwöhnungstherapie und in der interprofessionellen Kooperation unabdingbar. Obschon sie und ihre Kompetenzen oftmals zu unscharf definiert wahrgenommen werden. Medizinische und psychologische Expert_innen meinen, dass Soziale Diagnostik an diesem Punkt hilfreich sein kann: Kompetenzen und Zuständigkeiten können zugeteilt werden. Die Auswertung der befragten Expert_in der klinischen Sozialen Arbeit präzisiert diesen Punkt. Der Nutzen der Sozialen Diagnostik dient vor allem den Betroffenen, nicht um die Kompetenzen und Zuständigkeiten der eigenen Profession abgrenzbar zu machen. Soziale Diagnostik führt zum Verstehen der Betroffenen und deren Lebenswelt. Dieser Bezug wird gefördert und Betroffene können sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit entfalten. Und dennoch: Sie führt zu besserem Fallverstehen und so zur Integration der soziokulturellen Dimension in die Begleit- und Behandlungspläne. Dadurch rückt dieser Bereich vermehrt in den Vordergrund und etabliert sich im Gesundheitswesen. Auf diese Weise können gemeinsam mit anderen Fachbereichen zirkuläre Kausalitäten beziehungsweise die Individuum-Feld-Interaktion mehr zur Diskussion gestellt werden.

Risiken der interprofessionellen Kooperation und der Koordination der Kooperation:

Das wohl grösste Risiko der interprofessionellen Kooperation ist, theoretisch sowie empirisch mehrfachgenannt, der Faktor Zeit. Der Informationsfluss kann gehemmt sein, da es zeitintensiv auch sehr aufwändig ist, sich die nötigen Informationen zu beschaffen. Um dem entgegenzuwirken, sind Austauschmöglichkeiten und -gefässe hilfreich. Doch auch hier gestalten sich Probleme. Im Fall sind Professionelle unterschiedlicher Fachbereiche vertreten und jeder dieser Bereiche hat seine spezifische Fachsprache. Die diagnostische Arbeit sowie das Fördern der Austauschprozesse können diesem zwar entgegenwirken, dennoch ist das Bewusstsein für diese Problematik wichtig.

Ein weiteres beachtliches Risiko verbirgt sich im Thema Kompetenzen. Die Befragten aus den Fachbereichen der Psychotherapie und Medizin kritisieren, dass sich das Kompetenzprofil der klinischen Sozialen Arbeit zu unscharf abgrenzt und dass dadurch Kompetenzüberschreitungen vorkommen können. Obschon in der empirischen Untersuchung herausgefunden werden konnte, dass sich die Zuständigkeiten und Kompetenzen nicht statisch zugeschrieben verhalten, sondern eher in einem Aushandlungsprozess definiert werden, führt zu Unklarheiten. Laut den Expert_innen ist interprofessionelle Kooperation geprägt von Machtstrukturen. Diese können mehr oder weniger einschränkend sein. Denn dass eine interprofessionelle Kooperation mit verschiedenen Wissenssystemen möglich sein kann, soll schliesslich einen Mehrwert für den Kooperationswillen bilden und immer den Betroffenen dienen. Interprofessionelle Kooperation darf nicht missbräuchlich genutzt werden, die Fähigkeiten der eigenen Profession oder auch der eigenen Person zu demonstrieren. Dieses Wissen ist im Rahmen interprofessioneller Kooperationsprozesse wichtig zu bedenken. Obschon sich Kooperation dadurch abzeichnet, dass sie freiwillig, zielorientiert und partizipativ gestaltet ist. Die Kooperationsbeteiligten handeln im Fall autonom, sind aber immer auch abhängig voneinander, um einen ganzheitlichen Zweck zu erfüllen.

Chancen der Mehrperspektivität:

Da Gesundheit mehrdimensional ist, müssen auch Begleit- und Behandlungspläne mehrdimensional sein. Eine mehrperspektivische Betrachtung kann die interprofessionelle Kooperation gewinnbringend modifizieren. Die Chancen der Mehrperspektivität können nur durch gelingende Kooperation geleistet werden. Nur in Kooperation bieten sich schliesslich die Möglichkeiten, zielführende und adaptierbare, durch mehrere Dimensionen modifizierte Massnahmen zu realisieren. Der Miteinbezug der sozialkulturellen Dimension zeigt sich auch hier unumstritten wichtig. Durch diese Vertretung in der diagnostischen Arbeit und schliesslich durch die Partizipation der Betroffenen als Expert_innen ihrer Lebenswelt kann eine umfassende Soziale Diagnose gestellt und dadurch die gesamte Komplexität des Falls abgebildet werden. Die Befragten ergänzen an diesem Punkt, dass die klinische Soziale Arbeit eine wertvolle Unterstützung ist, indem sie einen wertfreien Beitrag zur Person In Environment-Interaktion leistet, der wiederum zu mehr Bewusstsein für das Umfeld der Klient_innen beitragen kann. Auch im Sinne der Betroffenen ist dieser Beitrag wichtig. Denn wer sich verstanden fühlt, kann leichter eine höhere Adhärenz entwickeln. Das Wissen über die sozialen Gegebenheiten und Faktoren im Fall, kombiniert mit dem Wissen über psychische und körperliche Aspekte ergeben eine solide Basis für Interventionen. Schliesslich müssen diese alltagstauglich und anwendbar sein, um Muster durchbrechen zu können, Ressourcen zu entdecken und neue Fertigkeiten zu entwickeln. Ohne Betrachtung des Alltags in Form der Sozialen Dimension ist dies nicht

möglich. Auch ohne Kooperation gelingt dies nicht und auch nicht, ohne ganzheitliche Mehrperspektivität.

Risiken der Mehrperspektivität:

Mehrperspektivität erhöht stets die Komplexität im Fall. Die negativen Folgen dessen können sein, dass der Fokus verloren geht. Auch können aufkommende Themen ausufern und grösser werden. Klient_innen werden somit kränker gemacht, als sie sind. Auch die Fokussierung auf Ressourcen kann dabei leicht verloren gehen. Weitere mögliche Risiken stellen sich dar, wenn die Kooperation nicht gelingend ist. So können beispielsweise die einzelnen Professionen anhand ihres Wissens Sachverhalte unterschiedlich bewerten und priorisieren. Interventionen können auf diese Weise nicht mehr zielführend sein, sondern möglicherweise einander entgegenwirkend. Auch kontextbezogene Rahmenbedingungen können Hindernisse im Rahmen der Mehrperspektivität darstellen. Genannt werden hier beispielsweise zeitliche und personelle Ressourcen. Der Aspekt der zeitlichen Problematik wird auch in der Befragung aufgefasst: aus zeitlichen Gründen kann keine ausreichende professionelle Soziale Diagnostik gemacht werden.

Ein weiteres Risiko als Ergebnis aus der empirischen Untersuchung stellt hier erneut das unscharfe Kompetenzprofil der klinischen Sozialen Arbeit dar. Im Praxisalltag der befragten Organisation werden bislang kaum validierte Instrumente zur Sozialen Diagnostik genutzt. Wo hingegen die klinische Soziale Arbeit ergänzt, dass die Professionellen der klinischen Sozialen Arbeit eine adäquate Soziale Diagnostik nicht durchführen und äussern können, da die Interventionsplanung auf einer anderen Diagnostik beruht und darin andere Fachbereiche zu dominant sind.

Chancen der Therapieintensität:

Um dem Anspruch, den komplexe komorbide Krankheitsbilder mit sich bringen, Rechnung zu tragen, muss die Therapie von Beginn an ganzheitlich gestaltet werden. Hierbei bildet die interprofessionelle Kooperation mit der Möglichkeit des geteilten Fallverständnisses die Grundlage, um Hilfeleistungen abzustimmen. Dabei sollen diese Leistungen ineinandergreifen, um ganzheitliche Unterstützung und nachhaltige Therapieergebnisse anzubieten. Dennoch können Drehtüreffekte vorkommen. Manchmal sind diese auch nötig für die Stabilisierung und zeigen positive Effekte. Speziell bei Wiedereintritten ist es wichtig, dass die Therapie eng aufeinander abgestimmt verbessert wird. Um diesen vorzubeugen, muss die Soziale Diagnostik zusammen mit der psychiatrischen frühzeitig in die Therapieplanung einfließen. Das umfassende Erheben der psychosozialen Fallkomplexität ist besonders im künstlichen Therapiesetting wichtig. Dieser Prozess rückt die sozialkulturellen Bedingungen in den Mittelpunkt, da diese sich integrationsfördernd oder eben -hemmend auswirken. Durch die Fokussierung auf Ressourcen durch die klinischen Sozialen Arbeit kann in diesem Zusammenhang die

Salutogenese hervorgebracht und die Handlungsfähigkeit begünstigt werden. Um Ausschlussprozesse zu minimieren, ist auch die Nachsorge wichtig. In der Phase der Aussenorientierung werden Anschlusslösungen aufgegleist und Integrationsfaktoren exploriert. Hierbei werden vor allem sozialkulturellen Faktoren beleuchtet und thematisiert. Schliesslich hat diese Fokussierung das Ziel, Integrationsfördernde Bedingungen aufzugleisen und schützende Faktoren zu installieren. Hierbei eignet sich die Soziale Diagnostik besonders, um durch die Zusammenhänge zwischen psychischen und sozialen Falldimensionen einen Mehrwert für die interdisziplinäre Fallarbeit zu generieren.

Speziell die professionelle Arbeit an und mit Übergängen gilt es zu verbessern. Dazu soll eine transparente und offene Kommunikation und genügend Gefässe, die den interprofessionellen Austausch fördern, stattfinden. Die befragten Professionellen denken diesbezüglich weiter. Die Profession der Psychotherapie entwirft die Idee, dass die klinische Soziale Arbeit mehr und dadurch bessere diagnostische Dokumentation, möglicherweise in Form eines Teils im Austrittsbericht, zur Verfügung hat. Dadurch könnten relevante Informationen, die insbesondere auch den sozialen Bereich betreffen, an künftige Behandler weitergegeben werden. Seitens der Profession der klinischen Sozialen Arbeit wird eine leichtere Finanzierbarkeit von Anschlusslösungen und eine weniger umständlichere Verwaltung als Chance genannt, Übergänge im Prozessbogen zu verbessern.

Risiken der Therapieintensität:

Grundsätzlich sind Wiedereintritte kein Risiko, da sie mehrere stationäre Klinikaufenthalte auslösen. Wichtig dabei ist, die negativen Faktoren, die Krisen begünstigen, ausfindig zu machen. Diese wirken sich negativ auf die Selbstwirksamkeit von Betroffenen aus und erhöhen somit das Risiko eine Chronifizierung auszulösen. Ein weiteres Risiko birgt sich in den stetig steigenden Kosten des Gesundheitswesens. Diese zeigen auf, dass die psychosozialkulturellen Bedingungen des Menschen noch immer weitgehend ignoriert werden. Somit kann nicht gesagt werden, ob eine Therapie zu kurz oder zu lang war. Diese Ausführung deckt sich in gewissen Massen mit der Kritik der Professionellen der klinischen Sozialen Arbeit, dass die Finanzierbarkeit von Anschlusslösungen, die integrationsfördernd wirken können, zu schwierig ist.

Bezogen auf die ausgewählte Methode der Systemmodellierung bleibt zu vermerken, dass diese ein hohes Mass an professionellem Wissen, Fertigkeiten und viel Zeit voraussetzen, um die idiographische Diagnostik leisten zu können. Dieser Anspruch birgt ein grosses Risiko, denn es bleibt unklar, ob dies im Alltag überhaupt umsetzbar ist. Auch, ob die entsprechenden Kompetenzen dafür vorhanden sind. Letztlich bleibt die Gefahr, dass deskriptive Diagnostik und andere Modelle die Fallkomplexität insbesondere die psychosoziale Dynamik nicht erfassen können. Bleibt Soziale Diagnostik auf Grund von fehlender Zeit und Ressourcen ganz aus,

besteht die Gefahr, dass der Fall unterkomplex behandelt wird und dass kein positiver Effekt bezüglich der Therapieintensität erzielt werden kann.

7.2. Reflexion des methodischen Vorgehens

Caroline Kuster

Ziel der qualitativen Befragung von Expert_innen aus den Fachbereichen entlang des biopsychosozialkulturellen Modells war es, herauszufinden, ob die theoretisch erarbeiteten Erkenntnisse bestätigt oder widerlegt werden. Das ursprüngliche Vorhaben lautete, Experteninterviews in Form von Gruppeninterviews durchzuführen. Durch diese Methode sollte die Diskussion angeregt und der interprofessionellen Austausch von Expert_innen gefördert werden. Gemäss diesen Erwartungen verlief die Planung der methodischen Umsetzung. Das Coronavirus, das Anfang Frühjahr die Schweiz erreichte und drastische Massnahmen auslöste, veränderte auch den Plan der empirischen Untersuchung der Bachelor-Thesis. Auf Grund der getroffenen Massnahmen war das ursprünglich geplante Gruppeninterview so nicht mehr durchführbar. Eine abgeschwächte Variante eines solchen Interviews durch reduzierte Teilnehmer_innen, Telefonate, *Videomeetings* oder ähnlichem war schwer vorstellbar. Die Befürchtung lag nahe, dass die gewünschten Diskussionsaspekte dadurch verloren gehen, dazu kamen mögliche Kommunikationshindernisse, wie ein grosses Ablenkungspotential, verringerte Steuerbarkeit des Gesprächs durch die Autorinnen und Ungenauigkeiten hinsichtlich der Ausführung von Argumenten. Abgesehen von verlangsamter Sprachübermittlung und verminderte Reaktionsfähigkeit seitens der Expert_innen. Die vorliegende Situation erforderte eine äusserst flexible und spontane Anpassung des Datenerhebungsverfahrens. Eine Erhebung mittels schriftlich beantwortbaren Fragebogen erschien den Autorinnen die effektivste, störungsfreieste und flexibelste Variante. Die bereits erarbeiteten interviewspezifischen Dokumente mussten in kurzer Zeit überarbeitet und angepasst werden. Der Interviewleitfaden wurde zu einem kompatiblen Fragebogen umgewandelt. Um sicherzustellen, dass dieser zielführend wirkt, wurde ein Pretest veranlasst. Dieser erwies sich als sehr dienlich und die Rückmeldungen konnten adaptiert werden. Eine Rückmeldung aus dem Pretest war, dass die berechnete Zeit, um diesen zu beantworten (drei Wochen) womöglich zu viel Zeit sei und es dementsprechend Rückfragen seitens der Autorinnen bedarf, um Rückmeldungen zu erhalten. Dies erwies sich im Verlauf auch als notwendig. Der persönliche Kontakt zu den Expert_innen erwies sich leider nur in einer der beiden Organisationen als hilfreich. Von der zweiten Organisation sind leider keinerlei Rückmeldungen eingetroffen, trotz mehrmaligem Nachfragen. Die Sachlage lässt lediglich Vermutungen anstellen. So ist es denkbar, dass auf Grund der aktuellen Lage in der Schweiz die Expert_innen in der besagten Organisation sehr eingenommen waren. Ein weiterer möglicher Gedanke lautet, dass, da der Kontakt in der zweiten Organisation über elektronische Wege stattgefunden hat, eine gewisse Distanz zu den Autorinnen bestand und

deswegen die Fragebögen nicht beantwortet wurden. Auch konnten in der zweiten Organisation die Expert_innen nicht persönlich angesprochen werden. Sie wurden vermittelt über die Leitung der Organisation. Dies stellt eine weitere mögliche Hemmschwelle dar. Die erhaltenen Ergebnisse stellten sich glücklicherweise sehr differenziert, ausführlich und umfassend dar, so dass es möglich war, mit diesen die theoretischen Erkenntnisse zu überprüfen und schliesslich die Leitfrage abschliessend zu beantworten.

Bei der Auswertung und der Gegenüberstellung der Erkenntnisse war eine Auffälligkeit bemerkbar, die möglicherweise auf die Strukturierung des Fragebogens rückzuführen ist. Der Gewinn an Antworten und Erkenntnissen zu den einzelnen Überbegriffen «Koordination der Kooperation», «Mehrperspektivität» und «Therapieintensität» gestaltet sich unterschiedlich. Die Autorinnen erhielten zum ersten Oberthema sehr viele Antworten und diese nehmen im Verlauf ab. Dies entspricht schliesslich dem Fragebogen, da zu besagtem Kapitel weitaus mehr Fragen gestellt wurden. Schliesslich stellt sich diese Tatsache allerdings auch logisch und aufeinander aufbauend dar. Denn die Mehrperspektivität sowie die Therapieintensität sind kaum möglich ohne eine gelingende Kooperation. Die Themenfelder bauen aufeinander auf und bedingen eine gelingende interprofessionelle Kooperation.

7.3. Weiterführende Gedanken

Sabrina Wiedmer

Die Soziale Arbeit stellt aus Sicht der Autorinnen eine notwendige Ergänzung der interprofessionellen Arbeitsgruppe in der stationären Entwöhnungstherapie dar. Unklar ist, ob sie nun als Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, als klinische Soziale Arbeit oder einfach als Soziale Arbeit betitelt wird. Diese Begriffsunschärfe steht sinnbildlich dafür, dass auch professionsintern Uneinigkeit herrscht, ob und welche Zusatzausbildung für eine Eignung notwendig sind. Das medizinische Berufsfeld bringt ein hohes Mass an fachspezifischem Wissen mit sich. Deshalb ist es denkbar, eine medizinische Fachspezialisierung vorauszusetzen, welche beispielsweise mit einem Masterabschluss erworben wird. Im Rahmen der Bachelor-Thesis wurde mit der idiografische Systemmodellierung sichtbar, dass sich Fachpersonen auch durch die professionseigenen Konzepte mit einer hohen Komplexität konfrontiert sehen. Die dafür notwendigen Kompetenzen sind in der Praxis nicht immer vorhanden. Es gilt zu prüfen, inwiefern die Ressourcen der zahlreichen Hochschulen fruchtbar genutzt werden können. Zum Beispiel, indem sie gezielt mit komplexen Fallanalysen beauftragt werden. Ein fundiertes methodisches Vorgehen ist jedoch, so viel steht fest, unumgänglich. Es stellt die Grundvoraussetzung dar, um auf Augenhöhe mit weiteren Fachdisziplinen zu agieren, eine eigenständige Fallzuweisung vorzunehmen und die Aufgabenfelder sowie den Gegenstand klar abzugrenzen. Das Gesundheitswesen soll durch die mehrperspektivische Diagnostik optimiert werden, um das Risiko einer differenzialdiagnostischen Fehleinschätzungen zu minimieren. Die damit einhergehende

sozialkulturelle Prozessgestaltung verspricht einen positiven Effekt hinsichtlich der Schärfung des Professionsprofils, wobei theoretisch wie auch empirisch belegt wurde, dass sich die Professionskonturen verfeinern müssen. Das Konzept der Systemmodellierung zeigt, dass hierfür die geeigneten Verfahren zur Verfügung stehen. Sie werden in der Praxis laufend erprobt und weiterentwickelt. Schliesslich müssen sie aber auch angewendet werden, um praxistaugliche Fortschritte zu ermöglichen. Es ist aus Sicht der Autorinnen differenziert zu prüfen, was für oder gegen eine Spezialisierung spricht, damit die Professionalisierung im Berufsfeld gezielt vorangetrieben werden kann. Vorerst ziehen die Autorinnen den Schluss, dass sie künftig die Betitelung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen wählen, angelehnt an den Berufsverband AvenirSocial und den Fachverband SAGES.

Die Professionalisierung der Fachdisziplin ist die eine Seite der Medaille. Ihre Kehrseite ist die Anerkennung der Profession als Gesundheitsberuf. Aus Sicht der Autorinnen kann sich die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nur etablieren, wenn sie als Gesundheitsberuf anerkannt wird. Ihre Leistungen müssen äquivalent zu den medizinischen Berufen verrechnet werden, um zu gewährleisten, dass im Verhältnis genügend personelle und zeitliche Ressourcen vorhanden sind. Welche Vor- und Nachteile eine Anerkennung als Gesundheitsberuf mit sich bringt, müsste jedoch ebenfalls vertieft analysiert werden. Auch hier wird auf den Fachverband SAGES verwiesen. Auf dessen Internetseite sind spannende Anregungen zum Thema zu finden, wobei sich SAGES für eine Deklaration als Gesundheitsberuf einsetzt.

8. Literaturverzeichnis

AvenirSocial (2014). Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit. Bern: AvenirSocial - Professionelle Soziale Arbeit Schweiz. Verfügbar unter: <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/> [Zugriff: 27.12.2019].

Berthoud, Laurent (2020). Wie kann psychisches Leid Sinn ergeben? Psychologinnen und Psychologen stehen der Diagnostik ambivalent gegenüber. In: Psychoscope. 41. Jg. (2). S. 23-25.

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014). Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Bucher, Barbara (2015). Soziale Arbeit – Psychosoziale Aspekte. In: Neuenschwander, Hans/Cina, Christoph (Hg.). Handbuch Palliativmedizin. 3. Auflage. Verlag Hans Huber. S. 313-323.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019). Gesund leben. Sucht und Gesundheit. Suchtberatung und -therapie. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie.html> [Zugriff: 14.02.2020].

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-gesundheit.html> [Zugriff: 19.12.2019].

Buttner, Peter/Gahleitner, Silke, Birgitta/Hochuli, Freund, Ursula/Röh, Dieter (2018). A. Soziale Diagnostik. Eine Einführung. Theoretische Perspektiven Sozialer Diagnostik. Einleitung. In: Buttner, Peter/Gahleitner, Silke, Birgitta/Hochuli, Freund, Ursula/Röh, Dieter (Hg.). Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S. 11-33.

Cannon, Ida, Maud (2018). Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine. In: Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Medizin und Soziales verbinden. Übersetzung: Bruno Keel. Norderstedt: BoD – Books on Demand. Erstveröffentlichung: 1913.

Dällenbach, Bechtel, Regula/Hollenstein, Lea (2019). Die Relevanz der Sozialen Diagnostik für nachhaltige Problemlösungen. In: SuchtMagazin. Arbeit am Sozialen. 45. Jg. (3). S. 27-30.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2017a). ICD-10-GM Version 2018. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19). Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f10-f19.htm> [Zugriff: 31.03.2020].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2017b). ICD-10-GM Version 2018. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Affektive Störungen (F30-F39). Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f30-f39.htm> [Zugriff: 02.04.2020].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2017c). ICD-10-GM Version 2018. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48). Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f40-f48.htm> [Zugriff: 02.04.2020].

Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) (2020a). Hochschule für Soziale Arbeit. Soziale Diagnostik. Definition Soziale Diagnostik. Olten/Muttenz: Hochschule für Soziale Arbeit FHNW. URL: <http://www.soziale-diagnostik.ch/definition-soziale-diagnostik> [Zugriff: 20.03.2020].

Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) (2020b). Hochschule für Soziale Arbeit. Soziale Diagnostik. Integration und Lebensführung. Olten/Muttenz: Hochschule für Soziale Arbeit FHNW. URL: <http://www.soziale-diagnostik.ch/methoden-und-instrumente/integration-und-lebensfuehrung> [Zugriff: 31.01.2020].

Faesch-Despont, Aurélie (2020). Wieder handeln können. Der Fokus auf Ressourcen und Kompetenzen trägt viel zur Genesung bei. In: Psychoscope. 41. Jg. (2). S. 11-13.

Faltermaier, Toni (2016). Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.). Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 229-241.

Faltermaier, Toni (2005). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Schwarzer, Ralf (Hg.). Enzyklopädie der Psychologie. Theorie und Forschung. Gesundheitspsychologie. Band 1. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. S. 31-53.

Flatscher, Matthias/Liem, Torsten (2012). Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit? Überlegungen zu einem Problemkomplex. In: Osteopathische Medizin. Elsevier. Jg. 13. (2). S. 18-21.

Frei, Joël (2020). «Kulturelle Überlegungen müssen einfließen». Psychologie Professor Andreas Maercker spricht über kulturspezifische Diagnosen und über die Neuerungen über die ICD-11. In: Psychoscope. 41. Jg. (2). S. 14-17.

Gahleitner, Silke, Birgitta (2008). Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich. In: SuchtMagazin. Gender Mainstreaming. 34. Jg. (4). S. 15-20.

Hämmig, Robert (2014). Doppeldiagnosen: 20 Jahre Suchtdiskurs. In: SuchtMagazin. Komorbidität. 40. Jg. (1). S. 8-10.

Hüttemann, Matthias/Rüegger, Cornelia/Wüsten, Günther (2015). Klinische Sozialarbeit. In: Aebi, Doris/Benz, Bartoletta, Petra/Meier, Kressig, Marcel/Riedi, Anna, Maria/Zwilling, Michael (Hg.). Handbuch Sozialwesen Schweiz. 2. Auflage. Bern: Haupt Verlag. S. 334-339.

INSOS Schweiz (2009). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe. Bern: INSOS Schweiz. Verfügbar unter: <https://insos.ch/dienstleistungen/publikationen/das-konzept-der-funktionalen-gesundheit> [Zugriff: 02.01.2020].

Kaiser, Robert (2014). Einleitung. Konzeptionelle und methodologische Grundlagen qualitativer Experteninterviews. Die Planung und Durchführung qualitativer Experteninterviews. In: Ehrhart, Hans-Georg/Frevel, Bernhard/Schubert, Klaus/Schüttemeyer, Suzanne, S. (Hg.). Qualitative Experteninterviews. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 2-86.

Kammer-Spohn, Michael (2013). Recovery - ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung. 94. Jg. (38). S. 1450-1452.

Merten, Ueli/Amstutz, Jeremias (2015). Zur Notwendigkeit der Kooperation in der Profession Soziale Arbeit. In: Merten, Ueli/Kaegi, Urs (Hg.). Kooperation Kompakt. Kooperation als

Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 35-60.

Merten, Ueli/Kaegi, Urs/Zängl, Peter (2015). Professionelle Kooperation: Eine Antwort auf die Zersplitterung und Ausdifferenzierung sozialer Dienstleistungen. In: Merten, Ueli/Kaegi, Urs (Hg.). Kooperation Kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 21-34.

Meyer, Beatrix/Rohner, Barbara (2016). TARPSY 1.0: Das neue Tarifsysteem für die stationäre Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung. 97. Jg. (41). S. 1404-1406.

Moggi, Franz (2014). Behandlung von Suchtpatienten mit komorbiden psychischen Störungen. In: SuchtMagazin. Komorbidität. 40. Jg. (1). S. 15-19.

Morger, Mario/Jäggi, Jolanda/Stocker, Désirée/Künzi, Kilian (2018). Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS). Verfügbar unter: https://www.buerobass.ch/kernbereiche/projekte/project-view?tx_ncprojects_project%5Bproject%5D=1502&cHash=08f45c743e943be01916549005b18971 [Zugriff: 02.01.2020].

Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik/Coordination politique des addictions (NAS-CPA) (2017). Synthesepapier Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz. Bern: Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik. Coordination politique des addictions. Verfügbar unter: <https://www.nas-cpa.ch/positionen/grundpositionen.html> [Zugriff: 19.12.2019].

Pauls, Helmut (2013a). Das biopsychosoziale Modell - Herkunft und Aktualität. In: Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Biopsychosoziale Dialoge – ‚State of the Art‘, Entwicklungen und Perspektiven. 1. Jg. (1). S. 15-31. Verfügbar unter: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/issue/view/10> [Zugriff: 12.11.2019].

Pauls, Helmut (2013b). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Porst, Rolf (2014). Befragungshilfen. In: Sahner, Heinz/Bayer, Michael/Sackmann, Reinhold (Hg.). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Studienskripten zur Soziologie. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S: 177-188.

Pro Mente Sana (2016). Das geplante Finanzierungssystem TARPSY. Kommerz mit verwundeten Seelen? TARPSY Broschüre. Zürich: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana.

Verfügbar unter: <https://www.promentesana.ch/de/ueber-uns/politisches-medien/medien/detail-medienmitteilungen/news/tarpsy-gefaehrdet-vertrauen.html> [Zugriff: 03.01.2020].

Ridinger-Johann, Monika/Walter, Marc (2014). Sucht und komorbide Störungen. In: Sucht-Magazin. Komorbidität. 40. Jg. (1). S. 4-7.

Schäfer, Christian (2017). Patientencompliance. Adhärenz als Schlüssel für den Therapieerfolg im Versorgungsalltag. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Schmidt, Gunther (2020). Sind Diagnosen hypnotische Massnahmen? Diagnosen wirken nur für eine Minderheit der Klientinnen und Klienten hilfreich. In: Psychoscope. 41. Jg. (2). S. 18-21.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Medizinische Fakultäten der Universitäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich (2004). Projekt «Zukunft Medizin Schweiz». Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Basel/Muttenz: Schwabe & Co. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html> [28.02.2020].

Schweizerische Eidgenossenschaft (o.J.). Instrumente zur medizinischen Kodierung. ICD-10-GM – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification. Bern: Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html> [Zugriff: 24.01.2020].

Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) (2020). Verband. Leitbilder. SAGES - Leitbild. Bern: Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. URL: <https://www.sages.ch/leitbilder/leitbild-sages/> [Zugriff: 08.01.2020].

Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES)/AvenirSocial (2018). Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Bern: Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen/AvenirSocial - Professionelle Soziale Arbeit Schweiz. Verfügbar unter: <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/> [Zugriff: 27.12.2019].

Solèr, Maria/Süsstrunk, Simon (2019). Integrative Suchthilfe als Antwort auf biopsychosoziale Probleme. In: SuchtMagazin. Arbeit am Sozialen. 45. Jg. (3). S. 21-26.

Sommerfeld, Peter (2019). Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe. In: SuchtMagazin. Arbeit am Sozialen. 45. Jg. (3). S. 4-12.

Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Sommerfeld, Peter/Krebs, Marcel (2019). Editorial. Liebe Leserin, lieber Leser. In: *SuchtMagazin. Arbeit am Sozialen*. 45. Jg. (3). S. 3.

Sommerfeld, Peter/Rüegger, Cornelia (2012). Soziale Arbeit in der sozialen Psychiatrie. In: Rössler, Wulf/Kawohl, Wolfram (Hg.). *Handbuch der sozialen Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 1-16.

Sonntag, Dilek/Künzel, Jutta (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Does the Treatment Duration Positively Influence the Treatment Outcome in Alcohol and Drug Dependent Patients? In: *Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*. 46. Jg. (2). S. 88-177.

Soyka, Michael (2014). Suchtmittelkonsum bei Depression und Angsterkrankungen. In: *SuchtMagazin. Komorbidität*. 40. Jg. (1). S. 11-13.

Stalder, Hans (2020). Social Prescribing. In: *Schweizerische Ärztezeitung*. 101. Jg. (5). S. 156.

Staub-Bernasconi, Silvia/Baumeler, Marlis/Bornemann, Carlo/Harder, Ulrike/Hierlemann, Franz/Mäder, Eva/Philipp, Pablo/Rüegger, Cornelia/Wegmann, Michaela (2012). Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich. «Klinische Soziale Arbeit» als Arbeit an der sozialen und kulturellen Dimension des «bio-psycho-sozial-kulturellen Modells des Menschen». Zürich: Netzwerk der SozialarbeiterInnen in Psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich. Verfügbar unter: <http://hdl.handle.net/11654/22308> [Zugriff 03.01.2020].

Tholen, Sven (2006). *Die Komorbidität psychischer Störungen. Eine metaanalytische Untersuchung und die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der strukturellen Komorbidität psychischer Störungen*. Bern: Selbstverlag.

Uchtenhagen, Ambros, A. (2011). Stoffgebundene versus stoffungebundene Süchte. In: *SuchtMagazin. Verhaltenssüchte*. 37. Jg. (3). S. 12-14.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2014). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York/Genf: WHO. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/index.html> [Zugriff: 08.02.2020].

9. Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Kontext. S.13: Faltermaier, Toni (2005). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Schwarzer, Ralf (Hg.). Enzyklopädie der Psychologie. Theorie und Forschung. Gesundheitspsychologie. Band 1. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. S. 31-53.

Abb. 2: Das biopsychosozial(kulturelle) Modell. S.18: Engel, George, Libman (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: Science. 196. Jg. (4286). S. 129-136. Verfügbar unter: <https://www.jstor.org/stable/1743658?origin=JSTOR-pdf&seq=1> [Zugriff: 03.03.2020].

Abb. 3: Die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie und ihre Zuständigkeiten. S. 28: Eigene Darstellung.

Abb. 4: Das Lebensführungssystem. S. 48: Sommerfeld, Peter (2019). Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe. In: SuchtMagazin. Arbeit am Sozialen. 45. Jg. (3). S. 4-12.

Abb. 5: Die deskriptive Systemmodellierung, Baustein zwei, Erkundung des Lebensführungssystems. S. 55: Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Abb. 6: Die idiografische Systemmodellierung der Problemdynamik von Mareike im Handlungssystem Arbeit. S. 61: Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Abb. 7: Beispielhafte Auswirkungen einer Abhängigkeitserkrankung auf die biopsychosozial-kulturellen Lebensdimensionen des Menschen. S. 64: Solèr, Maria/Süsstrunk, Simon (2019). Integrative Suchthilfe als Antwort auf biopsychosoziale Probleme. In: SuchtMagazin. Arbeit am Sozialen. 45. Jg. (3). S. 21-26.

Abb. 8: Die theoretisch hergeleiteten Chancen und Risiken werden zusammengefasst, um daraus Thesen abzuleiten. S. 80: Eigene Darstellung.

Anhang

1. Die Cut-Off-Kriterien:

Item Nr.	Cut-Offs	
1	Möchten Sie Begleitung durch eine/ einen Sozialarbeiter/in der Klinik?	x Ja
2	Sind Sie für die Betreuung von Kindern, Angehörigen, anderen Personen zuständig?	x Ja
3	Haben Sie eine Beiständin, einen Beistand oder eine Vormundin, einen Vormund?	x Ja
4	Können Sie sich in Deutscher ¹⁷⁰ Sprache gut verständigen?	x Nein
5	Haben Sie als Ausländer/in Aufenthaltsstatus F, N oder L ¹⁷¹ , oder sind Sie Sans Papier	x Ja
6	Wohnen: Ich habe Mietrückstände, es droht Kündigung oder ich bin obdachlos	x Ja
9	Arbeit: Kündigung droht oder ich bin/habe gekündigt	x Ja
13	Finanzen: Terminversäumnisse, die zu schwerwiegenden Konsequenzen führen	x Ja
14	Finanzen: Kein eigenes Einkommen	x Ja



Screening-Instrument zur Selbstbeurteilung von Patientinnen und Patienten Angebot/Station:

Worum geht es?

- Mit dem Fragebogen möchten wir Ihre Situation in verschiedenen Lebensbereichen erfahren. Dies dient der Abklärung, ob es der Unterstützung durch die Soziale Arbeit bedarf.
- Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an - es kann pro Frage nur 1 Antwortfeld angekreuzt werden.

ALLGEMEINE FRAGEN						Bemerkungen
1	Möchten Sie Begleitung durch eine/einen Diplomierten/in Sozialer Arbeit der Klinik?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
2	Sind Sie für die Betreuung von Kindern, Angehörigen, anderen Personen zuständig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein			
3	Haben Sie eine Bestandir/veinen Beistand oder eine Vormundir/veinen Vormund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein			
4	Können Sie sich in Deutscher Sprache gut verständigen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
5	Haben Sie als Ausländer/in Aufenthaltsstatus F, N oder L ¹ , oder sind Sie Sans Papier	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein			
WOHNEN						Bemerkungen
6	Ist Ihre Wohnsituation gefährdet und /oder belastet?	Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Eher nein	Eher ja	<ul style="list-style-type: none"> • Habe Mietrückstände • Es droht Kündigung • Ich bin obdachlos 	
7	Wie sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?	Sehr zufrieden	<input checked="" type="checkbox"/> Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	
ARBEIT / AUSBILDUNG / ALLTAG						Bemerkungen
8	Haben Sie eine Arbeitsstelle oder sind Sie in Ausbildung?	Nein	-> Weiter zu Frage 10			
9	Sind Sie von Kündigung Ihrer Arbeitsstelle bzw. Auflösung des Ausbildungsverhältnisses bedroht?	Nein bzw. trifft nicht zu	Ich kann es nicht ausschliessen	Ich vermute es, es gibt Anzeichen dafür	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, Kündigung droht • Ich bin/nabe gekündigt 	
10	Haben Sie eine Tagesstruktur bzw. Alltagsbeschäftigung (z.B. Hausarbeit, Freiwilligenarbeit, Tagesklinik, Erwerbsarbeit, Ausbildung)?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Nicht immer, aber regelmässig	Unregelmässig	Nein	Welche Tagesstruktur? nebst dem Job selbstständige Tätigkeit im kreativen Bereich


¹ Ausländerausweis L (Kurzaufenthalter), Ausländerausweis F (Flüchtlinge) und Ausländerausweis N (Asylsuchende)

2. Das Screening-Instrument:

11	Fällt Ihnen die Bewältigung Ihrer alltäglichen Aufgaben wie Haushaltsführung, Körperpflege, Ernährung, Administration etc. schwer?	Nein	Eher nein	Eher ja	Ja	
12	Wie sind Sie mit Ihrer Beschäftigungssituation/Ihrem Alltag zufrieden?	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	
FINANZEN / ADMINISTRATION / KURZFRISTIGE TERMINE UND VERPFLICHTUNGEN						
13	Haben Sie kurzfristige bzw. dringende Termine und/oder Fristen, die finanzielle und/oder rechtliche Konsequenzen haben, wenn Sie diese nicht einhalten?	Nein	Ja, aber Terminversäumnisse haben eher geringe Konsequenzen	Ja, Terminversäumnisse haben eher grob-schwere Konsequenzen	Ja, Terminversäumnisse haben schwerwiegende Konsequenzen	Um was für Termine und/oder Fristen handelt es sich?
14	Womit bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?	Lohn, Rente	Sozialhilfe	Versicherungs- Tagegelder	Kein eigenes Einkommen	
15	Haben Sie Schulden, nicht bezahlbare Rechnungen und/oder Pfändungen?	Nein	Ja, Schulden bzw. nicht bezahlbare Rechnungen in geringerem Umfang	Ja, Schulden bzw. nicht bezahlbare Rechnungen in größerem Umfang	Ich habe laufende Pfändungen	
16	Können Sie mit Ihren finanziellen Mitteln im Moment zu Recht?	Ja	Ja, in der Regel	Eher nein, es fällt mir schwer	Nein	
17	Können Sie Ihre administrativen und finanziellen Angelegenheiten selbständig erledigen?	Ja	Ja, mit punktueller Unterstützung	Eher nein, es fällt mir schwer	Nein, ich kann das nicht selbständig erledigen	
18	Wie sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation zufrieden?	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	
SOZIALES NETZ (FAMILIE, FREUNDE UND FREUNDINNEN, BEZIEHUNGEN, BEKANNTE)						
19	Haben Sie guten Kontakt zu Ihrer Familie?	Ja	Ja, der Kontakt ist meist gut	Nein, der Kontakt ist meist nicht so gut	Nein, ich habe gar keinen Kontakt	Bemerkungen
20	Haben Sie guten Kontakt zu Bekannten/Nachbarn und Freunden?	Ja	Ja, der Kontakt ist meist gut	Nein, der Kontakt ist meist nicht so gut	Nein, ich habe gar keinen Kontakt	
21	Fühlen Sie sich durch Ihre Freunde und/oder Ihre Familie gut unterstützt?	Ja	Ja, meist gut	Nein, selten gut	Nein, gar nicht gut	
22	Gibt es in Ihrem sozialen Umfeld öfters Konflikte, die Sie betreffen?	Nein	Manchmal	Ofters	Sehr oft	
23	Wie sind Sie im Allgemeinen mit Ihren sozialen Beziehungen zufrieden?	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	

Bemerkungen:

3. Das Arbeitsdokument Ausstattung, Recovery und Sofortmassnahmen:

 Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Sozialarbeit		Deskriptive Systemmodellierung: Erfassung Lebensführungssystem Baustein 1: Ausstattung Baustein 1: Ausstattung	
Name: Rademann		Vorname:	
Geb.: 1952		Datum:	
Situationsbeschreibung (ST-Zustand: Was, Wann, Wo, und Warum-Fragen)		Sofortmassnahmen Ausstattung	
Wohnen Wohnsituation (Anzahl Zimmer, Bausubstanz, Gefahrenquellen ...), Wohnform (eine, allein, betreut ...), Haushaltsführung, Wohnortfeld (Nachbarschaft, halboffene und öffentliche Räume, Infrastruktur, Lage, Mobilität ...)		Weitere Abklärungen (Baustein 2)	
Klient:in: 2-Zimmer-Mietwohnung, in N-Stadt	Was:	Bei den Angaben zum Wohnen taucht kurz das Thema Einsamkeit auf, im folgenden Gespräch nochmals aufnehmen.	
Soziale Arbeit: /	<input type="checkbox"/> erledigt am		
Fremdauskünfte: /	<input type="checkbox"/> erledigt am		
Arbeit/Ausbildung/Alltag Erwerbsarbeit, geschützte Arbeit, unbezahlte Arbeit u. Eigenbeschäftigung (Hobbies, Freiwilligenarbeit ...), Ausbildung, Schule, Selbstsorge	Was:	Anmerkung: bei allen Ausstattungsdimensionen gibt Klient kurze Antworten; nur Thema Arbeit produziert sofort Erzählungen zu erheblichen Ungehegkeiten, Kündigungen, schlechten Vorgesetzten. Arbeit scheint wichtig zu sein, aber keine "Erfolgsgeschichten" oder Zufriedenheit werden thematisiert. Alkohol könnte es wieder auf eine Kündigung hinauslaufen. Welche Bedeutung kommt der kreativen Tätigkeit zu? Klient hat zugestimmt das Thema Arbeit und entsprechende Probleme in weiterem Gespräch zu vertiefen. Stehen diese Probleme ebenfalls auch in einem Zusammenhang mit der Krankheit?	
Klient:in: Lehre im technisch-handwerklichen Bereich, Studium im Technikbereich; aktuell Anstellung als Ingenieur in Firma X; Versuch Aufbau selbstständige Tätigkeit im kreativen Bereich	<input type="checkbox"/> erledigt am		
Soziale Arbeit: viele Stoffwechsel, steht aktuell nach eigenen Angaben kurz vor Kündigung; Auftrags: Thema Arbeit nimmt im Gespräch sofort viel Raum ein, Klient scheint dem Thema grosse Bedeutung beizumessen			
Fremdauskünfte: /			
Finanzen/Administration Existenzsicherung (Einkommen, Vermögen), Verpflichtungen (Selbstzahler:in, Lebensunterhalt, Miete ...), Schulden, Bussen, Pfändungen / Admin. selbständig, mit Unterstützung			
Klient:in: im Moment noch Einkommen über Erwerbsarbeit	Was: verschiedene Rechnungen (Miete, Krankenkasse) müssen Ende Monat bezahlt werden		
Soziale Arbeit:	<input type="checkbox"/> erledigt am		
Fremdauskünfte:	<input type="checkbox"/> erledigt am		
Rechtliche Situation Vormundschaft, Massnahme amb./stat., Bewährungshilfe/Schutzaufsicht, Gerichtsverfahren, etc			
Klient:in: es läuft ein Verfahren wegen unbezahlten Parkbussen	Was:		

Name:

Vorname:

Geb.:

Datum:

Situationsbeschreibung (IST-Zustand: Was, Wann, Wo, und Warum-Fragen)	Sofortmassnahmen Ausstattung	Weitere Abklärungen (Baublock 2)
<p>Soziale Arbeit: Klient scheint auf Polizei "alibigisch" zu reagieren - warum?</p> <p>Fremdskünfte:</p> <input type="checkbox"/> erledigt am		Was hat es damit auf sich, Bedeutung?
<p>Soziales Netz (Gross-Ehem, Kinder (Art der Betreuung, alleinerziehend, externe Betreuungsformen), Enkelkinder, Verwandte, Patchwork-Familien-Mitglieder, Ex-PartnerInnen, FreundInnen, KollegInnen, Stammsisch, etc.)</p> <p>KlientIn: geschieden, 2 erwachsene Kinder, kein Kontakt kennt Menschen über Internet kennen</p> <p>Soziale Arbeit: auffallend wenig soziale Kontakte werden erwähnt bzw. scheint keine tragenden Freundschaften zu pflegen, fehlende soziale Unterstützung? Einsamkeit wurde bereits beim Thema Wohnen erwähnt</p> <p>Fremdskünfte: /</p> <input type="checkbox"/> erledigt am	<p>Was:</p> <input type="checkbox"/> erledigt am	<p>Thema Freunde, Beziehungen zu Kommiliten in Folgegespräch nochmals aufgreifen, erzählen lassen um Beziehungsdramatik zu verstehen, Art und Form der Integration ins Familiensystem? Und: wie wird das Bedürfnis nach sozialem Austausch, Anerkennung usw. befriedigt? Strategien? Mutter? Besteht ein Zusammenhang mit der Krankheit?</p>
<p>HelferInnen-Netz involvierte Personen/Erreichungen, Koordinationsbedarf</p>		
<p>KlientIn: immer wieder stationäre Behandlung, sonst kein HelferInnennetz</p> <p>Soziale Arbeit: Misstrauen gegenüber den Ärzten kommt zu Ausdruck, fühlt sich in Klinik ungerecht behandelt</p> <p>Fremdskünfte: /</p> <input type="checkbox"/> erledigt am	<p>Was:</p> <input type="checkbox"/> erledigt am	<p>Auch hier kommt wieder das Thema, dass er sich ungerecht behandelt fühlt, bestehende Strukturen werden vom Klient kritisch beaufschlagt, woher sieht das? Im weiteren Gesprächs fokussieren auf erkrankendes Mutter (fragativ, emotional, ablehnd) und ihre Auslöser im System.</p>
<p>Körperliche Ausstattung Alter, Geschlecht, Haarfarbe, Ernährung, Gesundheitszustand (DSM bzw. ICD) Körperfunktionen und Körperstrukturen (ICF), Vorerkrankt, Wohlbefinden</p>		
<p>KlientIn: fühle sich nicht gut, hat keine Hoffnung, dass es besser wird oder man ihm helfen kann</p> <p>Soziale Arbeit: Klient ist gross, schlank, graues Haar, wirkt attraktiv, kommunikativ, bekannt ist Diagnose Depression, sonst keine weiteren Krankheiten (noch offen: ist Alkohol ein Thema?), scheint unregelmässig zu essen, kocht nicht selber</p> <p>Fremdskünfte:</p> <input type="checkbox"/> erledigt am	<p>Was:</p> <input type="checkbox"/> erledigt am	

Name:

Vorname:

Geb.:

Datum:

Situationsbeschreibung (IST-Zustand Was, Wann, Wo, und Warum-Frage)

Sofortmassnahmen Ausstattung

Weitere Abklärungen (Bewerten Z)

Migration/Kultur/Religion Ethnie, Herkunft/land Religion, Subkultur

Klient/in erwähnt dazu nichts

Was:

Soziale Arbeit /


erledigt am

Fremdsprache: /

Personenbezogene Recovery Faktoren (Risiko- und Schutzfaktoren)

Hoffnung	Ich habe grosse Hoffnung, dass sich meine Lebenssituation verbessert	<input type="checkbox"/> trifft sehr zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft weniger zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu	möchte v.a. herausfinden warum es so schlecht geworden ist und es besser für ihn
Selbstwirksamkeit	Ich habe den Eindruck, dass mein persönlicher Beitrag zur Verbesserung meiner Lebenssituation wirksam ist.	<input type="checkbox"/> trifft sehr zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft weniger zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu	
Selbstbestimmung	Ich habe den Eindruck, dass ich die wichtigsten Dinge in meinem Leben selber bestimmen kann.	<input type="checkbox"/> trifft sehr zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft weniger zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu	weiss noch nicht genug was für mein neues Lebensziel
Sinn/Zweck/Ziel	Ich kann in meinem Leben Dinge tun, die mir etwas bedeuten und mir wichtig sind.	<input type="checkbox"/> trifft sehr zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft weniger zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu	
Bewusstsein & Möglichkeit	Ich habe die Vorstellung, dass eine Veränderung meiner Lebensumstände möglich ist.	<input type="checkbox"/> trifft sehr zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft eher zu <input type="checkbox"/> trifft weniger zu <input checked="" type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu	

4. Das Arbeitsdokument zur Sozialen Diagnose:



n|w
Fachhochschule Nordostschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Erfassung Lebensführungssystem

Baustein 3: Beurteilung und Bewertung der sozialen Dimension

Arbeitsblatt 3

3

Name: Rademann

Vorname:

Geb.: 1952 (60-jährig)

Datum:

1 Zusammenfassende, verdichtete Beschreibung der relevanten Handlungssysteme des Lebensführungssystems – Was? Wann? Wo? Woher? (Grundlage: Bausteine 1 und 2)

Ausstattung (Baustein 1)

- Gewinnendes Auftreten, ist kommunikativ, intelligent und gebildet, verfügt über ein kreatives Potential und scheint nebst den immer wieder auftretenden schweren Depressionen körperlich gesund zu sein.
- Leidensdruck aus der Art und Form der Integration und Lebensführung im Bereich der Arbeit → häufiger Stellenwechsel, aktuell drohen Arbeitslosigkeit und finanzielle Schwierigkeiten.
- Kaum tragende Beziehungen, der Kontakt zu seinen erwachsenen Kindern ist seit Jahren von Konflikten besetzt bzw. abgebrochen.
- Ungünstige Bewertung der Recoveryfaktoren, das Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung ist eher schlecht, er hat wenig Hoffnung.

Beschreibungen des Lebensführungssystems bzw. der zentralen Handlungssysteme (Baustein 2)

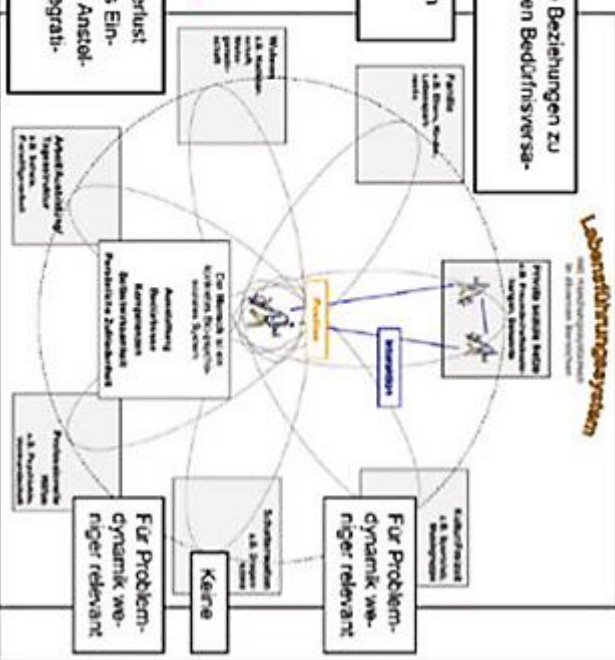
Die **sozialen Netze** sind sehr lose geknüpft: er scheint nicht über länger anhaltende tragfähige nahe Beziehungen zu anderen Menschen zu verfügen, Handlungsmodus: „Vermeidungsstrategien, als Schutz vor wiederholten Bedürfnisversagungen und Verletzungen in Beziehungen zu „ganzen Menschen““

Er ist mit seinem **Familiensystem** nicht zufrieden, misst dem aber im Vergleich zur Arbeit persönlich keine hohe Bedeutung zu → Seine Bedürfnisse nach Kontakt und Nähe werden vermutlich durch Vermeidungsstrategien nicht erfüllt.

Zwei gleichzeitig aktivierte wiederkehrende Spannungszustände im Handlungssystem Arbeit und im Zusammenhang mit den sozialen Beziehungen (Handlungssysteme Familie und Private soziale Netze)

Das **Arbeitssystem** ist für ihn sehr wichtig, aber er ist unzufrieden und aktuell (erneut) von Stellenverlust bedroht (Skalierung zur Wichtigkeit und Zufriedenheit mit dem Bereich der Arbeit): kein realistisches Einschätzen der eigenen beruflichen Fähigkeiten → im Arbeitssystem sucht und findet er immer wieder Anstellungen, die ihn mit seinen ihm zur Verfügung stehenden Kompetenzen überfordern → schwierige Integrationsbedingungen (Position im System schwierig).

Lebensführungssystem





Name: Rademann

Vorname: Geb.: 1952 (60-jährig)

Datum:

<p>III Prognosen - Wohin? Was sind die zentralen Bewältigungsaufgaben des/der Klientin und welche Ressourcen stehen zur Verfügung? Sind die Ziele des/der Klientin realisierbar? Welche Veränderungsmöglichkeiten gibt es? Muss sich etwas verändern? Was könnte geschehen, wenn in den beschriebenen Problembereichen nichts unternommen wird (im besten Fall im schlechtesten Fall) bzw. welche Entwicklungen sind möglich mit gezielter Intervention? Welche Lösungen wurden bereits ergriffen/erprobt? Welche Lösungen sind erfolgreich erprobt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muss sich etwas verändern? Die Spannungszustände und der damit verbundene Leidensdruck aus der Art und Form der Integration und Lebensführung und der mit grosser Wahrscheinlichkeit damit zusammenhängende chronifizierte Krankheitsverlauf von Herrn Rademann machen eine Veränderung nötig. Wenn nicht interveniert wird, könnte Herr Rademann (a) bis zu seiner Pensionierung arbeitslos werden, könnten sich (b) die finanziellen Schwierigkeiten verschärfen und (c) die lösen sozialen Netze ganz auflosen. Die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Chronifizierung seiner Depression würde steigen. • Veränderungsmöglichkeiten: Herr Rademann wird sich voraussichtlich aufgrund seiner viele Jahre praktizierten Handlungsmuster nicht (mehr) grundlegend verändern können. Möglichkeitsspielräume, welche die Integrationsbedingungen zulassen gibt es dennoch: <ul style="list-style-type: none"> a) Veränderung der überfordern Systembedingungen im Handlungsfeld Arbeit (Arbeit an der Form der Integration in das soziale System Arbeit) und Verbesserung seiner Kommunikations- und Konfliktfähigkeit (Arbeit an individuellen Mustern). b) Seine soziale Eingebundenheit ist schwach, aber es gibt durchaus Anknüpfungspunkte – z.B. seine Kinder oder ehemalige Arbeitskollegen – wo sich möglicherweise neue Erfahrungsräume aufbauen könnten (diese Möglichkeitsspielräume sind in weiteren Gesprächen mit Herrn Rademann und ggf. seinen Kindern noch auszuloten). <p>Veränderungsziele: Visionen und Zielsetzungen sind auf der Basis der diagnostischen Erkenntnisse und unter Bezug der Fragestellungen zu einer strukturierten Prognosebildung mit Herrn Rademann zu ermitteln und zu vereinbaren. Eine weiterführende psychologisch-therapeutische Begleitung macht in jedem Fall Sinn.</p>	<p>IV Zusammenfassende Problembeschreibung Diese Probleme bedürfen der Bearbeitung (priorisiert)</p> <p>Gefahren, wenn sich nichts vorandert</p> <p>Überforderung und ungelöste Konflikte im Handlungsfeld Arbeit führen zu negativen Emotionen und Stress und tragen damit zur Aufrechterhaltung seiner depressiven Erkrankung bei.</p> <p>Mögliche Ziele / Handlungsoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veränderung der Verantwortlichkeit von und der Leistungsanforderungen an Herrn Rademann bei seiner jetzigen Arbeitsstelle (oder allenfalls mit einer Neu-Arbeitsstellung → Achtung, das Alter von 60 Jahren macht es schwierig, eine anspruchsvolle Arbeit zu finden!). Ziel: Herr Rademann kann mit seinen Kompetenzen die Anforderungen der Stelle erfüllen, vermeidet so Kritik des Arbeitgebers aufgrund mangelnder Leistung und damit verbundene Konflikte sowie persönliche Überforderungs- und Versagensrisikose. Er erlebt Selbstwirksamkeit, Sinn, Selbstwertsteigerung. - Begleitendes Coaching, um seine Kommunikations- und Konfliktfähigkeit zu verbessern. Ziel: Er kann Schwierigkeiten besser ansprechen und damit zu einer konstruktiven Lösung beitragen, was im besten Fall das für ein zentrale Erleben von Autonomiegewinn stärkt.
<p>1 Konflikt zwischen überhöhten Leistungsanforderungen zur Erlangung von Status/Anerkennung/Respekt und den vorhandenen Fachkompetenzen wie auch ungünstige Strategien der Zielerreichung (nicht-über-Problem-sprechen; Dinge beschönigen...).</p>	

5. Checkliste Erstkontakt mit möglichen Interviewpartner_innen:

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Titel und Untertitel der Bachelor-Thesis: Die klinische Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Legitimation und Überflüssigkeit - Eine theoretische sowie empirische Auseinandersetzung zum Nutzen der Sozialen Diagnose am Beispiel der Systemmodellierung, bei der interprofessionellen Behandlung und Begleitung von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern in der stationären Suchttherapie.

Datum:

Fassung: 25. Februar 2020

Checkliste: Erstkontakt mit möglichen Interviewpartner_innen	
Wer sind wir	Sabrina Wiedmer und Caroline Kuster Student_innen der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.
Was machen wir	Wir erarbeiten im Rahmen des Studiums in Sozialer Arbeit eine Bachelor-Thesis. Ziel der Thesis ist es herauszufinden, ob die Fachpersonen der klinischen Sozialen Arbeit mit ihren Konzepten in der Lage sind, während der <i>Entwöhnungstherapie</i> eine fundierte sowie differenzierte <i>Soziale Diagnose</i> zu stellen. Dabei werden insbesondere die Chancen und Risiken hinsichtlich der Therapieintensität , bei der Begleitung und Behandlung von <i>Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern</i> untersucht. Weiter soll ausgearbeitet werden, welche Auswirkungen durch die Soziale Diagnostik, mit Blick auf die Mehrperspektivität sowie die Gestaltung der professionellen Kooperation zu erwarten sind. Der erste Teil der Thesis wird anhand von Fachliteratur erarbeitet. Entlang der Erkenntnisse aus der Literatur, wurden Thesen zur Beantwortung der Fragestellung abgeleitet. Im zweiten, empirischen Teil der Arbeit, werden diese Thesen im Rahmen von Experteninterviews mit Fachpersonen der Aargauer Suchtkliniken überprüft und ggf. modifiziert. <u>Die Fragestellung der Thesis lautet:</u> «Welche Chancen und Risiken resultieren für Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern hinsichtlich der Therapieintensität, durch die Anwendung von sozialen Diagnosekonzepten, bei der Begleitung und Behandlung während einer stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie und welche Chancen und Risiken sind im Hinblick auf die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten, unter besonderer Berücksichtigung der Mehrperspektivität und der Koordination der Kooperation, zu erwarten?»
Bisherige Kontakte	Die interviewten Fachpersonen der Aargauer Suchtkliniken sind Arbeitskolleg_innen der Studierenden.

Seite 1 von 2

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Wahrung der Anonymität	Die Befragung wird streng vertraulich behandelt.
Vertraulichkeit	Die Ergebnisse werden anonymisiert, d.h. Aussenstehende erfahren nichts über die Identität der befragten Personen oder die Einrichtung.
Tonbandaufnahme	Aus praktischen Gründen muss die Befragung auf Tonband aufgenommen werden. Diese Aufnahme wird ebenfalls vertraulich behandelt.
Nachfragen, ob mitmacht	Wären Sie bereit, uns einige Fragen zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann, wo treffen, Dauer	Wann und wo können wir uns treffen? _____ _____ Adresse Versand Vorbereitungsunterlagen: _____ <u>Mögliche Termine und Zeitfenster:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Das Interview dauert ca. 1.5 - 2 Stunden.

Seite 2 von 2

6. Einwilligungserklärung zum Interview:

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Februar 2020

Einwilligungserklärung

Zweck der Interviews

Die Untersuchung wird im Rahmen der Bachelor-Thesis des Studiengangs der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW durchgeführt. Im Fokus steht die klinische Soziale Arbeit in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie. Der Schwerpunkt wird auf den Prozessschritt der Sozialen Diagnostik gelegt. Einerseits wird untersucht, welche Chancen und Risiken sich durch die Soziale Diagnostik, bei der Begleitung und Behandlung von Menschen mit komorbiden Erkrankungen ergeben. Im Zentrum steht die Frage, nach den Auswirkungen auf die Therapieintensität. Andererseits werden die Chancen und Risiken der Sozialen Diagnostik, hinsichtlich der Koordination der Kooperation des interprofessionellen Helfernetzes sowie der Mehrperspektivität diskutiert. Ziel ist es, die aus der Theorie erarbeitete Thesen zum Thema, empirisch zu überprüfen und ggf. zu modifizieren.

Datenschutz

Das Befragung wird mittels Fragebogen durchgeführt und ausschliesslich von den beauftragten Studierenden durchgeführt, transkribiert und ausgewertet. Die durch die Befragung erhaltenen Daten werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) SR-Nr. 235.1 vom 19. Juni 1992 anonymisiert und nicht an Dritte weitergegeben. Es ist der einwilligenden Person überlassen, ob sie sämtliche Fragen beantworten möchte. Eine nicht oder nur partielle Teilnahme an der Befragung hat keine rechtlichen Folgen und die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die aus dem Fragebogen entstandenen Daten und Transkriptionen werden nach Abschluss der Bachelor-Thesis gelöscht.

- Die unterzeichnende Person wünscht die transkribierte Version der Befragung als PDF-Datei zur Einsicht zu erhalten.
(Bitte ankreuzen, sofern erwünscht)

Die unterzeichnende Person nimmt den Zweck der Befragung zur Kenntnis und stimmt dem Datenschutz zu. Sie willigt ein, an der Befragung teilzunehmen.

Ort, Datum:

Unterschrift:

7. Checkliste Einführung Interview:

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Titel und Untertitel der Bachelor-Thesis: Die klinische Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Legitimation und Überflüssigkeit - Eine theoretische sowie empirische Auseinandersetzung zum Nutzen der Sozialen Diagnose am Beispiel der Systemmodellierung, bei der interprofessionellen Behandlung und Begleitung von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern in der stationären Suchttherapie.

Datum:

Fassung: 25. Februar 2020

Checkliste: Erstkontakt mit möglichen Interviewpartner_innen	
Einleitung sowie Bezug zur ersten Kontaktaufnahme	<p>Wir werden erfragen, ob die Fachpersonen der klinischen Sozialen Arbeit mit ihren Konzepten in der Lage sind, während der <i>Entwöhnungstherapie</i> eine fundierte sowie differenzierte <i>Soziale Diagnose</i> zu stellen. Dabei werden insbesondere die Chancen und Risiken hinsichtlich der Therapieintensität, bei der Begleitung und Behandlung von <i>Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern</i> untersucht.</p> <p>Weiter soll ausgearbeitet werden, welche Auswirkungen durch die Soziale Diagnostik, mit Blick auf die Mehrperspektivität sowie die Gestaltung der professionellen Kooperation zu erwarten sind.</p> <p>Das Interview dauert ca. 1.5 - 2 Stunden.</p> <p>Vorgehen: Wir haben allen Beteiligten vorab ein Thesenpapier zugestellt. Anhand der Thesen wurden die Fragen erarbeitet, welche wir anschliessend stellen. Das Gruppeninterview wird im Sinne einer Fachdiskussion geführt. Die Interviewerin wird die Diskussion ggf. strukturieren, zum Beispiel durch gezieltes Nachfragen.</p>
Hauptfragestellung	<p><u>Im Rahmen unserer Thesis, beantworten wir die nachfolgende Fragestellung:</u></p> <p>«Welche Chancen und Risiken resultieren für Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern hinsichtlich der Therapieintensität, durch die Anwendung von sozialen Diagnosekonzepten, bei der Begleitung und Behandlung während einer stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie und welche Chancen und Risiken sind im Hinblick auf die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten, unter besonderer Berücksichtigung der Mehrperspektivität und der Koordination der Kooperation, zu erwarten?»</p> <p>Ziel ist es, die aus der Theorie abgeleiteten Thesen zum Thema, empirisch zu überprüfen und ggf. zu modifizieren.</p>

Seite 1 von 2

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Rahmenbedingungen	<p>Sind alle Beteiligten einverstanden mit der Tonbandaufnahme?</p> <p>Das Gespräch wird streng vertraulich behandelt, d.h. die Tonbandaufnahme wird nicht an Aussenstehende weitergegeben. Wir werden einzelne Interviewausschnitte als Illustration oder Beleg anonymisiert verwenden, für die Validierung der Thesen und die Beantwortung der Hauptfragestellung der Thesis.</p>
Hauptfragebereich	<p>Gemäss dem Interviewleitfaden.</p>
Abschluss	<p>Wir bedanken uns herzlich für die Teilnahme am Interview und das entgegengebrachte Vertrauen.</p> <p>Bei Interesse stellen wir den Teilnehmenden des Interviews, die Schlussversion der Bachelor-Thesis zur Verfügung (Verweis auf Dokument «Angaben und Deklaration Expert_in», bitte ankreuzen).</p> <p>Die nachfolgenden Dokumente einziehen: Einwilligungserklärung Interview, Angaben und Deklaration Expert_in</p> <p><input type="checkbox"/> (bio) Person 1</p> <p><input type="checkbox"/> (psycho) Person 2</p> <p><input type="checkbox"/> (sozial) Person 3</p>

Seite 2 von 2

8. Angaben und Deklaration Expert_in Interview oder Befragung:

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Angaben und Deklaration Expert_in: Die klinische Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Legitimation und Überflüssigkeit

Fassung: 25. Februar 2020

Name und Vorname	
Alter und Geschlecht	
Gegenwärtiger Arbeitgeber	
Bezeichnung der Stelle/Position in der Organisation	
Titel/Ausbildung	
Weitere erworbene Berufstitel	
Berufserfahrung in Jahren - Arbeitsfeld Suchthilfe oder psychische Erkrankungen	
Berufserfahrung in Jahren - in anderen Arbeitsfeldern (in der Berufsrolle, zu der Sie befragt werden)	

Bitte ankreuzen, ob Sie die Schlussversion der Bachelor-Thesis erhalten möchten. Ja Nein

Hinweis: Das Dokument wird zur Weiterverwendung anonymisiert. Sämtliche Daten die Rückschlüsse auf die Person und/oder die Organisation zulassen, werden unkenntlich gemacht.

Seite | 1 von 1

9. Beobachtungsraster respektive Postskript zum Interview:

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Die klinische Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Legitimation und Überflüssigkeit

Fassung: 25. Februar 2020

Beobachtungsraster resp. Postskript zum Interview	
Interview Nr.:	Interviewer_in:
Name, Vorname interviewte Person:	

Datum Erstkontakt	
Datum Interview	
Dauer Interview	
Erster Eindruck der interviewten Person	
Selbstwahrnehmung Interviewpartner_in	
Situative Aspekte des Interviews	
Gesprächsinhalte vor Tonbandaufnahme	
Anmerkungen zum Gesprächseinstieg	
Hauptgespräch (Tonband), resp. Schwerpunktsetzung der interviewten Person	
Anmerkungen zum Folgegespräch	
Thematische Besonderheiten	
Wir verbleiben	

Bearbeitung: Wenige Stunden nach dem Interview

10. Kurzbrief Versand Unterlagen Befragung:

Sabrina Wiedmer Weihermattstrasse 76 CH-5000 Aarau

Adresse
Adresse
Adresse
Adresse

Sabrina Wiedmer
Caroline Kuster

Tel. +41 79 516 45 24
Tel. +41 79 922 57 39
sabrina.wiedmer@students.fhnw.ch
caroline.kuster@students.fhnw.ch

Unterlagen Expert_innenbefragung

23. März 2020

Sehr geehrte/r **Frau/Herr Name**

Beiliegend erhalten Sie die Unterlagen zur Expert_innenbefragung. Wir bitten Sie, die Unterlagen auszufüllen und uns **per Mail/auf dem Postweg** zurückzusenden:

Bitte ausfüllen und innert 3 Wochen zurücksenden:

- Einwilligungserklärung Befragung
- Angaben und Deklaration Expert_in
- Fragebogen

Zur Kenntnisnahme/zu Ihren Unterlagen:

- Thesenpapier
- Begriffserklärungen (bio-)psychosoziale Komplexität und Soziale Diagnostik

Als kleines Zeichen der Wertschätzung, stellen wir Ihnen gerne die Schlussversion der Bachelor-Thesis zur Verfügung. Bei Interesse bitten wir Sie, auf dem Dokument «Angaben und Deklaration Expert_in», ein entsprechendes Kreuz zu setzen. Wir bedanken uns herzlich für die Teilnahme an der Befragung und das entgegengebrachte Vertrauen.

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Sabrina Wiedmer
i.V. Caroline Kuster

Beilage/n erwähnt:

- **Frankiertes Antwortcouvert (bei Rückversand per Post → Erstkontakt)**

Sabrina Wiedmer
Caroline Kuster
Weihermattstrasse 76
CH-5000 Aarau
Tel. +41 79 516 45 24
Tel. +41 79 922 57 39
sabrina.wiedmer@students.fhnw.ch
caroline.kuster@students.fhnw.ch

11. Checkliste Erstkontakt mit möglichen Expert_innen Befragung:

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Titel und Untertitel der Bachelor-Thesis: Die klinische Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Legitimation und Überflüssigkeit - Eine theoretische sowie empirische Auseinandersetzung zum Nutzen der Sozialen Diagnose am Beispiel der Systemmodellierung, bei der interprofessionellen Behandlung und Begleitung von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern in der stationären Suchttherapie.

Datum:

Fassung: 20. März 2020

Checkliste: Erstkontakt mit möglichen Expert_innen für Befragung	
Wer sind wir	Sabrina Wiedmer und Caroline Kuster Student_innen der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.
Was machen wir	Wir erarbeiten im Rahmen des Studiums in Sozialer Arbeit eine Bachelor-Thesis. Ziel der Thesis ist es herauszufinden, ob die Fachpersonen der klinischen Sozialen Arbeit mit ihren Konzepten in der Lage sind, während der <i>Entwöhnungstherapie</i> eine fundierte sowie differenzierte <i>Soziale Diagnose</i> zu stellen. Dabei werden insbesondere die Chancen und Risiken hinsichtlich der Therapieintensität , bei der Begleitung und Behandlung von <i>Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern</i> untersucht. Weiter soll ausgearbeitet werden, welche Auswirkungen durch die Soziale Diagnostik, mit Blick auf die Mehrperspektivität sowie die Gestaltung der professionellen Kooperation zu erwarten sind. Der erste Teil der Thesis wird anhand von Fachliteratur erarbeitet. Entlang der Erkenntnisse aus der Literatur, wurden Thesen zur Beantwortung der Fragestellung abgeleitet. Im zweiten, empirischen Teil der Arbeit, werden diese Thesen im Rahmen von Expert_innenbefragungen mit Fachpersonen der Aargauer Suchtkliniken überprüft und ggf. modifiziert. <u>Die Fragestellung der Thesis lautet:</u> «Welche Chancen und Risiken resultieren für Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern hinsichtlich der Therapieintensität, durch die Anwendung von sozialen Diagnosekonzepten, bei der Begleitung und Behandlung während einer stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie und welche Chancen und Risiken sind im Hinblick auf die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten, unter besonderer Berücksichtigung der Mehrperspektivität und der Koordination der Kooperation, zu erwarten?»
Bisherige Kontakte	Die befragten Fachpersonen der Aargauer Suchtkliniken sind Arbeitskolleg_innen der Studierenden.

Seite 1 von 2

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Wahrung der Anonymität	Die Befragung wird streng vertraulich behandelt.
Vertraulichkeit	Die Ergebnisse werden anonymisiert, d.h. Aussenstehende erfahren nichts über die Identität der befragten Personen oder die Einrichtung.
Fragebogen	Aus praktischen Gründen wird die Befragung mittels Fragebogen durchgeführt. Der Fragebogen wird ebenfalls vertraulich behandelt.
Nachfragen, ob mitmacht	Wären Sie bereit, uns einige Fragen zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zustellung und Rücksendungen der Unterlagen	Post- oder E-Mailadresse Versand Unterlagen: _____ _____ _____ Bitte um Rücksendungen der Unterlagen bis (Zeitfenster 3 Wochen): _____ Angabe der Post- oder E-Mailadresse für Rücksendung der Unterlagen (Hinweis Begleitbrief): _____ _____

Seite 2 von 2

12. Einwilligungserklärung zur Befragung:

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

März 2020

Einwilligungserklärung

Zweck der Befragung

Die Untersuchung wird im Rahmen der Bachelor-Thesis des Studiengangs der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW durchgeführt. Im Fokus steht die klinische Soziale Arbeit in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie. Der Schwerpunkt wird auf den Prozessschritt der Sozialen Diagnostik gelegt. Einerseits wird untersucht, welche Chancen und Risiken sich durch die Soziale Diagnostik, bei der Begleitung und Behandlung von Menschen mit komorbiden Erkrankungen ergeben. Im Zentrum steht die Frage, nach den Auswirkungen auf die Therapieintensität. Andererseits werden die Chancen und Risiken der Sozialen Diagnostik, hinsichtlich der Koordination der Kooperation des interprofessionellen Helfernetzes sowie der Mehrperspektivität analysiert. Ziel ist es, die aus der Theorie erarbeitete Thesen zum Thema, empirisch zu überprüfen und ggf. zu modifizieren.

Datenschutz

Die Befragung wird mittels Fragebogen durchgeführt und ausschliesslich von den beauftragten Studierenden durchgeführt, transkribiert und ausgewertet. Die durch die Befragung erhaltenen Daten werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) SR-Nr. 235.1 vom 19. Juni 1992 anonymisiert und nicht an Dritte weitergegeben. Es ist der einwilligenden Person überlassen, ob sie sämtliche Fragen beantworten möchte. Eine nicht oder nur partielle Teilnahme an der Befragung hat keine rechtlichen Folgen und die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die aus dem Fragebogen entstandenen Daten und Transkriptionen werden nach Abschluss der Bachelor-Thesis gelöscht.

- Die unterzeichnende Person wünscht die transkribierte Version der Befragung als PDF-Datei zur Einsicht zu erhalten.
(Bitte ankreuzen, sofern erwünscht)

Die unterzeichnende Person nimmt den Zweck der Befragung zur Kenntnis und stimmt dem Datenschutz zu. Sie willigt ein, an der Befragung teilzunehmen.

Ort, Datum:

Unterschrift:

13. Thesenpapier zur Befragung:

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Thesenpapier zur Befragung | 20. März 2020

Thesenpapier zur Befragung

Titel der Bachelor-Thesis:

Die klinische Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Legitimation und Überflüssigkeit

Untertitel der Bachelor-Thesis:

Eine theoretische sowie empirische Auseinandersetzung zum Nutzen der Sozialen Diagnose am Beispiel der Systemmodellierung, bei der interprofessionellen Begleitung und Behandlung von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern, in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie

Was wir machen:

Wir erarbeiten im Rahmen des Studiums in Sozialer Arbeit eine Bachelor-Thesis. Ziel der Thesis ist es herauszufinden, ob die Fachpersonen der klinischen Sozialen Arbeit mit ihren Konzepten in der Lage sind, während der *Entwöhnungstherapie* eine fundierte sowie differenzierte *Soziale Diagnose* zu stellen. Dabei werden insbesondere die Chancen und Risiken hinsichtlich der **Therapieintensität**, bei der Begleitung und Behandlung von *Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern* untersucht. Weiter soll ausgearbeitet werden, welche Auswirkungen durch die Soziale Diagnostik, mit Blick auf die **Mehrperspektivität** sowie die Gestaltung der **professionellen Kooperation** zu erwarten sind.

Der erste Teil der Thesis wird anhand von Fachliteratur erarbeitet. Entlang der Erkenntnisse aus der Literatur, wurden Thesen zur Beantwortung der Fragestellung abgeleitet. Im zweiten, empirischen Teil der Arbeit, werden diese Thesen im Rahmen von Expert_innenbefragungen mit Fachpersonen der Aargauer Suchtkliniken überprüft und ggf. modifiziert.

Im Rahmen unserer Thesis, beantworten wir die nachfolgende Fragestellung:

«Welche Chancen und Risiken resultieren für Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern hinsichtlich der Therapieintensität, durch die Anwendung von sozialen Diagnosekonzepten, bei der Begleitung und Behandlung während einer stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie und welche Chancen und Risiken sind im Hinblick auf die interprofessionellen Kooperationsbeteiligten, unter besonderer Berücksichtigung der Mehrperspektivität und der Koordination der Kooperation, zu erwarten?»

Vorgehen:

Anhand der nachfolgenden Thesen, wurden die Fragen erarbeitet, welche wir im Fragebogen stellen. Sie erhalten Einsicht in das Thesenpapier, zur erleichterten Verständlichkeit. Insgesamt werden 6 Befragungen mit Expert_innen der Fachdisziplinen Medizin, Soziale Arbeit und Psychotherapie durchgeführt. Wir bedanken uns herzlich für die Teilnahme an der Befragung und für das entgegengebrachte Vertrauen.

Seite 1 von 3

Thesen:

Fokus: Koordination der interprofessionellen Kooperation

1. Durch (teil-)standardisierte soziale Diagnostikkonzepte, werden die Behandlungs- und Begleitprozesse im Rahmen der biopsychosozial(kulturellen) Diagnose ergänzt.
2. Die Koordination der Kooperation wird durch die Soziale Diagnostik erschwert, weil eine künstliche Komplexität erzeugt wird, wobei das Pflichtenheft der klinischen Sozialen Arbeit von anderen Fachpersonen abgedeckt werden kann.
3. Die Etablierung der klinischen Sozialen Arbeit wird durch Soziale Diagnostik begünstigt, weil die Zuständigkeiten und die Kompetenzen der Profession klar abgegrenzt werden.
4. Wenn die klinische Soziale Arbeit die interprofessionelle Kooperation koordiniert fördert dies die Zusammenarbeit, weil die Kompetenzen sinnvoll mit Blick auf die Betroffenen genutzt werden und sich die Fachpersonen von Machtstrukturen distanzieren können.

Fokus: Mehrperspektivität

1. Die Mehrperspektivität wird durch die Soziale Diagnostik gefördert, weil dadurch die subjektiven Gesundheitsvorstellungen des Individuums, in den Begleitungs- und Behandlungsprozess einfließen können. Diese Mehrperspektivität wirkt sich positiv auf die Adhärenz aus.
2. Die Mehrperspektivität wird durch die Soziale Diagnostik nicht gefördert, weil es den Fachpersonen der klinischen Sozialen Arbeit nicht gelingt, die Relevanz ihrer Erkenntnisse in Aushandlungsprozessen zu benennen, um dadurch den Einbezug des Wissens zu gewährleisten.

Fokus: Therapieintensität

1. Die Therapieintensität wird durch die Soziale Diagnostik verbessert, weil dadurch die integrationshemmenden Bedingungen während der Entwöhnungsphase gezielt bearbeitet werden. Auf diese Weise wird die Nachhaltigkeit der Therapie gefördert und das Risiko eines erneuten Ausschlussprozess reduziert.

2. Die Therapieintensität wird durch die Soziale Diagnostik gefördert, denn die psychosozialen Probleme werden während der Entwöhnungsphase fundiert eingeschätzt und die Arbeit an Ressourcen und Problemen der psychosozialen Dimension, wird während dem gesamten Prozessbogen fortgesetzt.
3. Die Soziale Diagnostik hat keinen Einfluss auf die Therapieintensität, weil die Erfassung der psychosozialen Fallkomplexität nicht gelingt und die Diagnostik deshalb unterkomplex bleibt.

14. Begriffserklärung zur Befragung (bio)psychosoziale Komplexität und Soziale Diagnostik:

Erklärung zur (bio-)psychosozialen Komplexität eines Falls und dem Grundverständnis von Sozialer Diagnostik

Die (bio-)psychosoziale Komplexität eines Falls:



Abb. 1: Koppelung sozialer mit (bio-)psychischen Prozessen (in: Sommerfeld et al. 2016: 98)

Die sozialen Prozesse umfassen die...

...Integrationsbedingungen eines Menschen:

1. Position des Individuums in seinen Handlungssystemen: Familie, Ausbildung, Arbeit usw.
2. Form der Interaktion in den Handlungssystemen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 62).

Die Integrationsbedingungen bezeichnen die Art und Weise der Integration einer Person, in ihren verschiedenen sozialen Handlungssystemen (vgl. ebd.: 187).

...Lebensführung eines Menschen:

Ziel ist es, ein gesellschaftlich und subjektiv akzeptables Leben zu führen, mit oder ohne psychische Beeinträchtigung. Je besser diese Zielerreichung gelingt, desto weniger innere Spannungszustände entstehen (vgl. ebd.: 174f.).

Die Integrationsbedingungen und die Lebensführung eines Menschen, bilden die soziale Falldimension. Sie umfasst nicht nur objektive Merkmale wie das Alter, das Geschlecht, die Bewältigungsfähigkeiten von Alltagsaktivitäten, das Vorhandensein von Beziehungen oder einer Wohnung (vgl. ebd.: 98).

Die (bio-)psychischen Prozesse umfassen die...

funktionalen und dysfunktionalen individuellen kognitiv-emotionalen Verhaltensmuster eines Menschen (vgl. ebd.: 187).

Die zirkuläre Kausalität besagt, dass die...

...psychischen und sozialen Prozesse gekoppelt sind. Das menschliche Dasein ist geprägt vom Zusammenspiel seiner individuellen Musterbildungen und -reproduktionen, in seinen sozialen Systemen. Die psychische Entwicklung eines Menschen ist synchronisiert mit dem Prozess der sozialen Ordnungsbildung. Psychische Krankheiten oder Krisen entstehen aus dem Zusammenspiel der sozialen und psychischen Prozesse (vgl. ebd.: 187).

Die Bewältigungsaufgaben (Abb. 2, grün), welche mit der Rückkehr in die (dysfunktionalen) sozialen Handlungssysteme einhergehen, müssen bereits während dem Klinikaufenthalt und gegebenenfalls darüber hinaus bearbeitet werden. Wenn sich eine komorbide Symptomatik während einem Klinikaufenthalt verbessert, ist diese Besserung nicht selten dem künstlich-geschützten Setting einer Klinik zu verdanken. Nach einer ersten Stabilisierung der Situation gilt es deshalb, die Synchronisation zwischen den individuellen Verhaltensmuster und den sozialen Handlungssystem zu entschlüsseln, um eine nachhaltige Problembearbeitung zu injizieren. Dadurch kann ein erneuter Ausschlussprozess, durch eine Rückkehr in dieselben problemauslösenden Handlungssysteme, vermieden werden. Ziel ist ein langfristiges (Re-) Arrangement der Integrationsbedingungen und eine Veränderung der damit einhergehenden psychosozialen Problemdynamik (vgl. ebd.: 174). Hierfür benötigt es eine fundierte und differenzierte diagnostische Einschätzung der sozialen Integrationsbedingungen sowie der Lebensführung, welche den Zusammenhang zur (bio-)psychischen Problemdynamik erkennt und im Rahmen einer interdisziplinären Begleitung und Behandlung bearbeitet. Das beschriebene Vorgehen entspricht dem Grundverständnis von Sozialer Diagnostik, mit dem sich die Autorinnen im Rahmen der Bachelor-Thesis auseinandersetzen.

Literatur:

Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS Fachmedien.

15. Fragebogen:

Sabrina Wiedmer, Caroline Kuster

Fragebogen - Die klinische Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Legitimation und Überflüssigkeit - Bachelor-Thesis von Sabrina Wiedmer und Caroline Kuster

Fokus: Die Koordination der interprofessionellen Kooperation zwischen der Psychotherapie, der Medizin und der klinischen Sozialen Arbeit

- a) Braucht es Ihrer Ansicht nach, in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie, eine klinische Soziale Arbeit? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

- b) Was sind Ihrer Meinung nach die Aufgaben, Kompetenzen und Zuständigkeiten der klinischen Sozialen Arbeit?

c) Frage für die Disziplin klinische Soziale Arbeit:

Haben Sie den Eindruck, dass ihre Arbeitskolleg_innen aus den Fachbereichen Medizin und Psychotherapie, die Kompetenzen und Zuständigkeiten der klinischen Sozialen Arbeit kennen und woran stellen Sie das fest?

d) Wie wird die Kooperation des interprofessionellen Helfernetzes in Ihrer Organisation koordiniert und die jeweiligen Kompetenzen abgegrenzt?

- e) Wie wird in Ihrer Organisation die Zuteilung der Fallführung gehandhabt und wer arbeitet wie auf Delegation?

- f) Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern sind besonders auf die Flexibilität des professionellen Helfersystems angewiesen. Durch die Machtstruktur «Fallführung», wird diese Flexibilität eingeschränkt. Wie stehen Sie zu dieser Aussage?

- g) Laut Fachliteratur stellt die klinische Soziale Arbeit das Bindeglied zwischen dem Individuum, der Gesellschaft und den Fachpersonen dar. Demnach ist die Profession prädestiniert für die Fallführung. Wo sehen Sie persönlich Vor- oder Nachteile?

- h) In Ihrer Organisation gibt es gemäss des Therapiekonzeptes keine Soziale Diagnostik. Sehen Sie einen Nutzen der Sozialen Diagnostik, für die Zuteilung von Kompetenzen sowie Zuständigkeiten, im Rahmen der interprofessionellen Fallarbeit?

- i) Welche fixen Kooperationsgefäße gibt es in Ihrer Organisation, damit sich die Beteiligten über ihre Sichtweisen und Möglichkeiten im Rahmen der Fallarbeit austauschen können?

Wie ist in den Gefäßen die Art und Weise der Kooperation geregelt?
(z.B. Formale Regelungen, zeitliche Möglichkeiten)

- j) Was macht für Sie einen ganzheitlichen Begleitungs- und Behandlungsplan, für Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern, in der stationären suchtspezifischen Entwöhnungstherapie aus?

- k) Heutzutage wird im Gesundheitswesen von einem biopsychosozial(kulturellen) Gesundheitsverständnis gesprochen. Inwiefern wirkt sich dieses Gesundheitsverständnis aus Ihrer Sicht, auf den Begleitungs- und Behandlungsplan von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern aus?

- l) Was denken Sie, wie wirkt sich eine Soziale Diagnostik auf den Begleitungs- und Behandlungsplan von Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern aus?

Fokus: Mehrperspektivität der involvierten Fachpersonen, mit Bezug auf die Perspektiven der Betroffenen, der Medizin, der klinischen Sozialen Arbeit und der Psychotherapie

- a) Inwiefern ist die klinische Soziale Arbeit Ihrer Meinung nach eine Unterstützung, um die Sichtweisen der Betroffenen zu Gunsten der Adhärenz, in den Begleitungs- und Behandlungsplan einfließen zu lassen?

- b) Wo sind die Professionellen der klinischen Sozialen Arbeit Ihrer Ansicht nach zu unscharf in ihren Äusserungen, so dass kein Mehrwert für die Fallarbeit generiert werden kann? (z.B. Formulierung von analytischen und diagnostischen Erkenntnissen sowie Begründung der darauf aufbauenden Interventionen)

Fokus: Der Zusammenhang zwischen der Sozialen Diagnostik, der Therapieintensität und der Nachhaltigkeit der Therapie

- a) Wie werden die integrationshemmenden Bedingungen, während einem Klinik-aufenthalt in Ihrer Organisation, nachhaltig mit den Betroffenen bearbeitet?

- b) Der Drehtüreffekt umschreibt das Phänomen, wenn nach einem Klinikaustritt kurzfristig ein Wiedereintritt erfolgt, aufgrund derselben Problematik. Nehmen Sie bei Menschen mit komorbiden Krankheitsbildern eine Tendenz zum Drehtüreffekt wahr?

Ja | Nein

Was muss Ihrer Ansicht nach verbessert werden, um diesen Effekt zu vermeiden?

- c) Der Prozessbogen meint den gesamten Zeitraum während dem eine Person, aufgrund derselben Problematik, professionell begleitet und behandelt wird. Wo sehen Sie Chancen, um Übergänge im Prozessbogen zu verbessern?

- d) Die Soziale Diagnostik eignet sich, dadurch dass der Zusammenhang zwischen der psychischen und der sozialen Falldimension bearbeitet wird, um einen Mehrwert für die interdisziplinäre Fallarbeit zu generieren. Wie stehen Sie zu dieser Aussage?

Wichtige Gedanken zum Thema, die Sie uns noch mitteilen möchten:
