

Zwischenbericht

Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit

Dällenbach, Regula
Sommerfeld, Peter
Rüegger, Cornelia

Olten, Mai 2010

Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit

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

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

Laufzeit: August 2009 bis Februar 2012

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

1. Ausgangslage

Der Bedarf an Kosten senkenden Innovationen im Psychiatriebereich ist evident. Psychische Krankheit wird von der WHO als eine der grössten Herausforderungen im Bereich public health ausgegeben. In Europa macht jede vierte Person in ihrem Leben mindestens eine psychische Krankheitsepisode durch (Weltgesundheitsorganisation 2009). In der Schweiz sieht die Situation vergleichbar aus: rund die Hälfte der Bevölkerung in der Schweiz leidet mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung. Jedes Jahr erkranken ca. 25 bis 30% der Bevölkerung erstmals oder wiederholt an einer psychischen Störung (Meyer 2009, S. 215). Da psychische Erkrankungen oft früh im Leben beginnen und nicht selten einen längerfristigen Verlauf zeigen, sind ihre persönlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen markant. Der Einfluss der sozialen und kulturellen Determinanten, wie der sozioökonomische Status, Bildung, soziale Ressourcen, familiäres und soziales Umfeld auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung ist signifikant (vgl. Meyer 2009, S. 341). Dies zeigt sich z.B. bei der Erwerbsarbeit: „Erwerbsarbeit ist in unserer Gesellschaft einer der wichtigsten psychischen Schutzfaktoren überhaupt. Die Daten der Patientenstatistik der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal (BL) zeigen exemplarisch, dass erwerbstätige Patienten unabhängig vom Schweregrad ihrer psychischen Erkrankung eine deutlich kürzere Hospitalisierungsdauer aufweisen als erwerbslose oder in geschütztem Rahmen (meist in IV-Werkstätten) arbeitende Patienten.“ (Meyer 2009, S. 223)

Die Anerkennung sozialer Wirkfaktoren für die Genese, die Ausprägung und den Verlauf psychischer Störungen findet im bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis der WHO¹ und in den interprofessionellen Handlungsansätzen der modernen integrierten Psychiatrie ihren Ausdruck. Damit einhergehend ist die Beeinflussung des Umfeldes bzw. der sozialen Dimension der psychisch kranken Menschen zentral geworden. Die mit dieser Entwicklung

verbundenen Handlungsanforderungen haben dazu geführt, dass Soziale Arbeit heute integraler Bestandteil der psychiatrischen Praxis ist. Dennoch wird die soziale Dimension psychischer Erkrankungen - so zeigen unsere Studien (Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein 2006; Sommerfeld/Hollenstein/Krebs 2008) - in der psychiatrischen Behandlungsplanung weiterhin unter- bzw. geringgeschätzt. In den Blickpunkt der Aufmerksamkeit rücken damit für die Soziale Arbeit zwei Fragen: (1) Wie kann die soziale Dimension als Teil des Zusammenspiels biologischer, psychischer und sozialer Erkrankungs- und Genesungsprozesse theoretisch gefasst werden. (2) Wie sehen fundierte und zukunftsfähige konzeptionelle Grundlagen und Vorgehensweisen (Instrumente und Verfahren) der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie aus? Das von der Förderagentur für Innovation des Bundes KTI² mitfinanzierte kooperative Entwicklungsprojekt "Integrierte psychiatrische Behandlung. Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit" knüpft an unseren Vorstudien an und versucht, Antworten auf diese Fragen zu geben.

1.1 Die Vorstudien

Die im Rahmen des NFP 51 durchgeführte Studie zu „Dynamiken von Integration und Abschluss“ (Sommerfeld et al. 2006) untersuchte die Re-Integrationsprozesse von Klient/innen nach einem Aufenthalt im Gefängnis bzw. in einer psychiatrischen Klinik. Die Untersuchungsergebnisse, die aus der Rekonstruktion von Fallverläufen gewonnen wurden, machen deutlich, dass die soziale Dimension im Hinblick auf Re-Integrationsprozesse, Rehabilitation und Recovery zentral ist, die diesbezüglich angebotenen Hilfen die rekonstruierte zeitliche, dynamische und systemische Komplexität der Fälle - insbesondere das dynamische Zusammenspiel zwischen psychischen und sozialen Musterbildungsprozessen - jedoch verfehlen. Die an diese Studie anschliessende, von DORE mitfinanzierte "Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung" (Sommerfeld et al. 2008) in der ipw Winterthur³ hat aufgezeigt, dass im Arbeitsfeld Psychiatrie sowohl interne Koordinations- und Kontinuitätsprobleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit, als auch externe Koordinations- und Kontinuitätsprobleme bestehen (vgl. Sommerfeld et al. 2008). Das bedeutet, dass an der erfolgskritischen Schnittstelle zwischen Therapie und Sozialer Arbeit Defizite bestehen, deren Behebung Lösungen für die internen und externen Koordinations- und Kontinuitätsprobleme bieten und so zu einer qualitativen Verbesserung der "integrierten psychiatrischen Versorgung" führen können. Die an die Erkenntnisse der Arbeitsfeldanalyse anschliessende, kooperativ mit den Praxispartner/innen durchgeführte Konzeptentwicklung hat zur Skizzierung eines wissenschaftlich fundierten Gesamtkonzepts der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie geführt, welches Möglichkeiten aufzeigt, (1) das Kontinuitäts- und Koordinationsproblem anzugehen, (2) die soziale Dimension für die interprofessionelle Zusammenarbeit und Handlungsplanung angemessen abzubilden und (3) die Leistungen der Sozialen Arbeit im Kontext der psychiatrischen Versorgung zu spezifizieren. Das Konzept

sieht vor, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie aufgrund ihrer spezifischen professionellen Kompetenzen die Hauptverantwortung für Interventionen übernimmt, die das Lebensführungssystem (siehe unten) eines Menschen ausserhalb der psychiatrischen Settings betreffen, und die psychiatrischen Hilfeleistungen im Hinblick auf die Integration der psychisch Kranken in ihre Lebenswelt und letztlich in die Gesellschaft koordiniert und synchronisiert. Damit würde die Soziale Arbeit einen erheblichen Beitrag zur Realisierung der Idee der Sozialpsychiatrie leisten (vgl. z.B. Ciompi 2001). Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, braucht es Instrumente und darauf bezogene Verfahren für die sozialarbeiterische Fallarbeit und deren Synchronisation mit der therapeutisch-medizinischen Behandlung (Hollenstein/Sommerfeld 2009). Dieser Entwicklungsschritt soll mit dem kooperativen Entwicklungs- und Innovationsprojekt "Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit" realisiert werden.

1.2 Die Zielsetzungen des Projekts

Das Hauptziel des laufenden Entwicklungsprojekts besteht in der Optimierung der integrierten Versorgung durch das Erzielen von Fortschritten an der Schnittstelle zwischen Therapie (medizinischer Herangehensweise) und Sozialer Arbeit und - damit einhergehend - der qualitativen und funktionalen Verbesserung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit. Neben strukturellen Lösungen für das festgestellte Kontinuitätsproblem in der psychiatrischen Versorgung und der interdisziplinären Zusammenarbeit, werden neue Instrumente und darauf abgestimmte Verfahren entwickelt. *Erstens* ist ein auf die soziale Dimension abgestimmtes automatisiertes Patient/innen-Screening zur Indikationserstellung für die Soziale Arbeit erforderlich, so dass der Einbezug der Sozialen Arbeit strukturell verankert und mit dem "psycho-sozialen Risiko" begründet werden kann. *Zweitens* ist ein sozialarbeiterisches Assessment zu entwickeln, das die für die Re-Integration entscheidende, soziale Dimension des Falles abbilden und die Komplexität der psychosozialen Falldynamik erfassen kann. Schliesslich wird *drittens* ein Verfahren der Hilfeplanung bzw. der interprofessionellen Prozessgestaltung konzipiert. Gelingen diese instrumentell-technischen Entwicklungsschritte, so kann die forschungsba-sierte Konzeption der Sozialen Arbeit in der integrierten Psychiatrie (Hollenstein/Sommerfeld 2009) angereichert und ein entscheidender Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, zur Optimierung der Re-Integrationsprozesse bei psychisch kranken Menschen und damit zur Verminderung von Invalidierungsprozessen geleistet werden.

2. Methodisches Vorgehen

Diese Zielsetzungen werden in einem zweiphasigen, kooperativen Entwicklungsprozess zwischen der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW und den Praxispartnern, der ipw Winterthur-Zürcher Unterland, den Psychiatrischen Diensten Solothurner Spitäler AG, der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern und der PUK Zürich, realisiert. In der *ersten Projektphase*, die bis Ende August 2010 abgeschlossen sein wird, entwickeln wir in Kooperation mit unseren Praxispartnern sowohl Instrumente, als auch darauf bezogene Verfahren, die dazu geeignet sind, die Re-Integrationsprozesse bei psychisch kranken Menschen und damit die integrierte Versorgung zu optimieren. In der *zweiten Projektphase* wird ein explorativ angelegter Pilotversuch durchgeführt. Er dient in erster Linie der Erprobung der entwickelten Instrumente und Verfahren unter Praxisbedingungen und der Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens der Prozessgestaltung, das von den Bedingungen des Falles ausgeht - damit also erstens den professionellen Zugang betont, zweitens die in den Psychiatriekonzepten gesetzte "Patientenorientierung" (siehe z.B. das Psychiatriekonzept Kanton Zürich⁴) aufgreift und ihr methodischen Nachdruck verleiht sowie drittens eine enge Vernetzung der medizinischen und der sozialarbeiterischen Perspektive ermöglicht.

Das Projekt folgt in der Gestaltung dem an der Hochschule für Soziale Arbeit entwickelten „Modell der kooperativen Wissensbildung“, das der Erzeugung und Nutzung von lösungsorientiertem Wissen dienen soll. Kennzeichnend für das Modell ist der Grundsatz, dass in einem kooperativen und zeitlich beschränkten Prozess von unterschiedlichen Akteur/innen neues forschungsbasiertes und zugleich handlungsleitendes Wissen produziert wird. Mit anderen Worten: das wissenschaftliche Wissen (personifiziert durch Angehörige der Hochschule) wird mit dem Wissen der Praxis (personifiziert durch Vertreter/innen der Praxispartner) in einem zielgerichteten Entwicklungsprozess verschränkt.

3. Theoretische und empirische Grundlagen

Die Erfassung der sozialen Dimension eines Falles erfordert den strukturierten Einbezug unterschiedlicher empirischer wie auch theoretischer Wissensbestände. Von besonderer Bedeutung für die Soziale Arbeit in einem medizinischen Setting ist die Klärung des zugrundeliegenden Modells von Gesundheit und Krankheit. Dieses Gegenstandswissen⁵ wird ergänzt um Erklärungswissen über die Wechselwirkungen von psychischen Erkrankungen- bzw. Gesundungsprozessen mit sozialen Wirkfaktoren. Schliesslich ist eine fundierte Vorstellung der Sozialen Arbeit in Bezug auf ihre Werte und Ziele bei der Bearbeitung der sozialen Dimension und eine Klärung ihrer Zuständigkeit und Funktion innerhalb der interdisziplinären Kooperation im Feld der Psychiatrie notwendig.

3.1 Das bio-psycho-soziale Modell

Für eine erfolgreiche interprofessionelle Kooperation ist ein geteiltes Bezugssystem, also ein gemeinsames Modell über verschiedene Dimensionen und Teilzuständigkeiten hinweg, notwendig (vgl. Obrecht 2006). Ein solches Bezugssystem ist im Gesundheitswesen das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO, das ausdrücklich die soziale Dimension des Phänomens eingeführt und die Gleichrangigkeit der drei Ebenen bio-psycho-sozial postuliert (Pauls 2004, S. 77). In diesem Modell sind die biologische, psychische und soziale Ebene als jeweilige Faktorenbündel weitgehend voneinander getrennt beschrieben. Damit die einzelnen Systeme im Modell abgebildet werden können, ist diese operative Trennung grundsätzlich notwendig, sie führt aber dazu, dass die für das Krankheitsgeschehen entscheidende Dynamik zwischen der biologischen, der psychischen und der sozialen Dimension nicht sichtbar wird. Grundsätzlich sind die Systeme jedoch dynamisch ineinander verwoben und damit in einem übergreifenden Modell auch so abzubilden. Es muss gelingen, über die additive Auflistung von biologischen, psychischen und sozialen Wirkfaktoren für das Krankheitsgeschehen hinauszukommen. Zu fragen ist im Feld der Psychiatrie nach der dynamischen Interdependenz der bio-psychischen (Mensch) mit der sozialen Dimension (Mensch in der von ihm gleichzeitig mit(re)produzierten Welt) und deren Bedeutung für die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung psychischer Störungen in diesem dynamischen Gefüge. Für eine adäquate Bearbeitung der sozialen Dimension muss die Komplexität dieses Zusammenspiels erschlossen werden - nur so kann der manifesten und festgestellten Unterschätzung der sozialen Dimension entgegengewirkt werden. Wir haben für die dynamische Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit einen systemtheoretischen Zugang gewählt, der die Ebenenübergänge in den Mittelpunkt stellt.

3.2 Die Synergetik

Der systemtheoretische Zugang, der unseren Arbeiten zugrunde liegt, ist die Synergetik (Haken 1990), eine Theorie der Selbstorganisation komplexer dynamischer Systeme. Der Kerngedanke der Synergetik besagt, dass sich komplexe dynamische Systeme - wie z. B. Psyche oder soziale Systeme - durch das Strukturprinzip der "zirkulären Kausalität" spontan selbst bilden und, sofern der Systembildungsprozess gelingt, sich stabil reproduzieren. Das Prinzip der "zirkulären Kausalität" beschreibt die vielfach empirisch bestätigte Beobachtung, dass sich Ordnungsbildungsprozesse dann einstellen, wenn Elemente in Beziehung zueinander treten und sodann die Bewegungen bzw. Aktivitäten der Teilkomponenten synchronisiert werden. Diese Synchronisation der Teilkomponenten eines komplexen Systems impliziert notwendig eine übergeordnete Musterbildung, welche die Synchronisation der Teilkomponenten über die Zeit und dadurch eine stabile Ordnung gewährleistet.

Das übergeordnete Ordnungsmuster entsteht also aus der Aktivität der Teile und umgekehrt entsteht die synchronisierte Aktivität der Teile aus der strukturierenden Kraft des (Ordnungs-) Musters. Damit steht uns ein theoretisches und empirisch operationalisierbares Modell zur Verfügung, das es uns ermöglicht, die biologische, psychische und soziale Systemebene so miteinander zu verknüpfen, dass damit z.B. der dynamische Zusammenhang zwischen einer spezifischen Ausprägung einer psychischen Krankheit und den spezifischen Integrationsverhältnissen in den für diesen Fall relevanten sozialen Systemen rekonstruierbar wird - und so der (interprofessionellen und sozialarbeiterischen) Diagnostik und möglicherweise der (interprofessionellen und sozialarbeiterischen) Intervention zugänglich gemacht werden kann. Um diesen abstrakten theoretischen Zugang greifbar zu bekommen, sind zwei weitere theoretische Bezüge aus unserer Sicht notwendig, die nun ganz kurz skizziert werden.

3.3 Soziale Figuration

Norbert Elias (Elias 1970) beschreibt und zeigt mit anderen theoretischen und begrifflichen Mitteln ebenfalls, dass psychische Strukturen bzw. psychische Strukturbildung mit sozialen Strukturen bzw. sozialer Strukturbildung untrennbar verbunden sind. Er geht davon aus, dass der Mensch niemals als individuelles Einzelwesen existiert und handelt, sondern immer auf andere Menschen ausgerichtet und angewiesen ist. Der zentrale Begriff, den wir von Elias entlehnen, ist die "soziale Figuration". Menschen als soziale Wesen bilden mit ihrer ganzen Person, ihrem ganzen Tun und Lassen in ihrer Beziehung zueinander notwendig sich wandelnde, Interdependenzgeflechte - sogenannte "soziale Figurationen" wie Familien, Schulen, Städte, Sozialschichten oder Staaten, um ihr Leben zu führen. Der Begriff der „sozialen Figuration“ bringt die soziale Form der menschlichen Lebensführung und die unmittelbare Gleichzeitigkeit von Sozialität und Individualität noch einmal pointiert auf den Punkt. Soziale Figurationen lassen sich in ihrer Struktur und Dynamik von der Persönlichkeitsstruktur des einzelnen Individuums zwar unterscheiden, sie sind mit dem Aufbau der Persönlichkeit aber auf das Engste verzahnt. „Menschen allein bilden Figurationen. Die Art ihres Zusammenlebens in kleinen und grossen Gruppen ist in gewisser Weise einzigartig. Es wird immer durch Wissensübertragung mitbestimmt, also durch den Eintritt des Einzelnen in die spezifische Symbolwelt einer schon vorhandenen Figuration von Menschen. (...) Das Hereinwachsen eines jungen Menschenwesens in menschliche Figurationen als Prozess und Erfahrung und so auch das Erlernen eines bestimmten Schemas der Selbstregulierung im Verkehr mit anderen Menschen ist eine unerlässliche Bedingung der Entwicklung zum Menschen. Sozialisierung und Individualisierung eines Menschen sind daher verschiedene Namen für den gleichen Prozess." (Elias 1995, S. 75f.) Psycho-genese und Soziogenese können demnach verstanden werden als zwei verschiedene Perspektiven auf den gleichen Menschen, die interdependent und verflochten sind und

sich interdependent und verflochten entwickeln bzw. verändern. Mit dem Theorem der "zirkulären Kausalität" wird dieser Gedanke aus unserer Sicht noch präzisiert und in der Terminologie der Systemtheorie beschreibbar. Es ist aber derselbe Gedanke.

3.4 Das Lebensführungssystem

Der zweite für die Instrumentenentwicklung bedeutsame und damit zu explizierende Begriff ist der des "Lebensführungssystems". Der Begriff beschreibt denselben Grundgedanken wie ihn Elias mit dem Begriff der "sozialen Figuration" gefasst hat, legt die Perspektive nun aber so, dass die sozial figurierte menschliche Lebensform vom Individuum aus operationalisiert werden kann. Diese individuumorientierte Perspektive ist für die Instrumentenentwicklung notwendig, da Soziale Arbeit in der Psychiatrie mit individuellen Klient/innen (in sozialen Figurationen) arbeitet. Wir beziehen uns bei diesem Begriff auf eine Arbeit von Bourgett & Brülle (Bourgett/Brülle 2000). Die beiden Autoren untermauern mit ihrem Zugang die in Bezug auf Elias bereits genannte anthropologische Begründung menschlicher Sozialität evolutionstheoretisch: Menschen sichern ihr Überleben, indem sie sogenannte Lebensführungssysteme bilden. Der Mensch als sozio-biologisches System (die Psyche wird als Teil des biologischen Systems verstanden) bildet mit anderen seiner Gattung sozio-kulturelle Systeme, um sein Überleben als Individuum und als Gattung zu sichern, und zwar in der Form der Lebensführung, also einer aktiven, gestalterischen Form der Sicherung des Überlebens als Individuum und als Gattung. Die Lebensführung eines Menschen ist demnach charakterisiert durch das dynamische Zusammenspiel der Menschen mit den von ihnen zum Zweck des (Über-)Lebens geschaffenen sozialen Handlungssystemen (z.B. Familie, Freizeit/Kultur, Hilfesysteme). Konkrete Handlungssysteme sind damit die eine Seite eines Lebensführungssystems, das sozio-biologische System Mensch die andere. Die beiden Seiten sind über Interaktion, also soziales Handeln inklusive symbolgestützter Kommunikation miteinander verknüpft: das Zusammenspiel psychosozialer Prozesse auf der Basis bio-psychischer Prozesse auf Seiten des Menschen mit sozio-kulturellen Prozessen in sozialen Handlungssystemen ist strukturell gekoppelt, d.h. beide Sphären sind jeweils Voraussetzung füreinander und wirken aufeinander ein. Psyche und Sozialität bilden eine Einheit in ihrer Differenz.

In unserem systemtheoretischen Verständnis ist ein Lebensführungssystem ein konkretes System, in welchem ein Individuum, vermittelt durch seine Integration in verschiedene soziale Handlungssysteme, sozial figuriert ist und sein Leben auf seine bestimmte Art und Weise führt. Soziale Arbeit als „Kerndisziplin der sozialen Integration“ (Böhnisch 1994) hat in einem solchen Verständnis ihren Ausgangspunkt in der Rekonstruktion von Lebensführungssystemen und den in ihnen zu Tage tretenden Aufgaben der Lebensbewältigung und den damit verbundenen Schwierigkeiten der Lebensführung, die sich u.a. als psychische

Krankheit materialisieren und die als manifeste psychische Krankheit markant auf die Integration in die diversen relevanten Handlungssysteme zurückwirkt.

3.5 Die Dynamiken sozialer (Re-)Integration

In der oben erwähnten Vorgängerstudie (Sommerfeld et al. 2006) haben wir rekonstruiert, dass der Mensch als interdependentes Individuum im Verlauf seiner Lebensgeschichte in verschiedene, auch wechselnde Handlungssysteme eingebunden ist. Die jeweils spezifische Form dieser Einbindung (*Integration in das System*) drückt sich in der Positions- und Interaktionsstruktur aus und bildet einerseits den dynamischen Bezugspunkt der individuellen, psychosozialen Musterbildungsprozesse, strukturiert und reproduziert andererseits die soziale Ordnung der Handlungssysteme (*Integration des Systems*). Diese zirkulären Prozesse des Zusammenwirkens von individuellen Musterbildungsprozessen mit sozialen Strukturierungen bilden die bereits erwähnte strukturelle Koppelung psychischer und sozialer Prozesse. Die Studie hat ausserdem deutlich gemacht, dass die Krise vor einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie aus der Form entsteht, wie die Klient/innen in konkrete Handlungssysteme integriert sind und welche Elemente ihrer psychischen Potentiallandschaft⁶ von den dort laufenden Prozessen aktiviert werden. Diese Ursachen im Lebensführungssystem verflüchtigen sich während einem stationären Aufenthalt nicht. Zwar kommt es in stationären Settings durch fachliche Hilfestellung und in Folge der Entlastung von der problemverursachenden/-verstärkenden Dynamik in den Handlungssystemen zu Stabilisierungs- und Lernprozessen bei den betroffenen Menschen, die sozialen Handlungssysteme und die zur psychosozialen Problematik beitragenden inhärenten Bedingungen im Lebensführungssystem eines Menschen verändern sich aber während des stationären Aufenthalts in der Regel nicht. Somit werden die Stabilisierungs- und Lernprozesse nach Austritt aus dem stationären Setting⁷ quasi einem Realitätstest unterzogen. Die Realität wird durch die Ordnungsmuster der konkreten sozialen Handlungssysteme gebildet, in die der betreffende Mensch zum Zwecke seiner Lebensführung integriert ist, und auf die er/sie angewiesen ist, um das Leben zu führen, also zu überleben. Während dieser sensiblen Phase treten gehäuft Rückfälle auf. Um diese zu vermeiden, sind die bekannten Stabilisierungsbedingungen (bspw. materielle Sicherheit, gesicherte Nachsorge), insb. aber auch die Dynamik zwischen psychischen und sozialen Prozessen - damit verbunden die Erfahrung von Sinn und Selbstwirksamkeit in den relevanten sozialen Systemen - von grösster Bedeutung.

Wenn also die Funktionalität der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie so definiert wird, dass sie für die Re-Integrationsprozesse zuständig ist, dass sie mithin die Lebensführung der Psychiatriepatient/innen vor dem Hintergrund der faktischen psychischen Erkrankung unterstützen soll, dann wird deutlich, dass erst ein umfassendes Verständnis der psychoso-

zialen Dynamik eines Falles gelingende, auf das Lebensführungssystem eines/einer Klient/in ausgerichtete, sozialarbeiterische Interventionen ermöglichen kann. Im Zentrum der Projektarbeit steht folglich die Frage, wie sich die Form der sozialen Integration und damit einhergehende soziale Probleme aus der Perspektive der Sozialen Arbeit konzeptualisieren lassen, damit sie als inhaltlich spezifizierbare und empirisch zusammenhängende soziale Dimension des Falles erkannt und kommuniziert werden können. Damit verbunden ist die Frage, wie die individuelle Form der Integration eines Individuums im Hinblick auf seine Gesundheit bzw. seinen Gesundungsprozess zu bewerten ist. An dieser Stelle soll das Konzept des „mental health recovery“ (Onken et al. 2004) genutzt werden, mit dem Faktoren herausgearbeitet wurden, welche die Erholung von einer psychischen Krise bzw. das Weiterleben mit einer psychischen Erkrankung positiv oder negativ beeinflussen.

4. Entwicklung von Instrumenten und Verfahren: erste Ergebnisse

In der Sozialen Arbeit besteht in Bezug auf die Thematik der sozialen Diagnose weder ein Konsens über die angemessene Kennzeichnung der Aufgabe, die damit bezeichnet wird, noch über die Vorgehensweise bei der Diagnosenfindung - zwischen den Polen von Fallverstehen und standardisierter Diagnostik werden die unterschiedlichsten Positionen vertreten. Der Blick auf die kontrovers geführte Diskussion zu einer standardisierten sozialen Diagnostik untermauert, dass die Soziale Arbeit im deutschsprachigen Raum nicht über ein tätigkeitsfeldübergreifendes, erfolgreich erprobtes und konsensfähiges Diagnoseverfahren verfügt - es besteht diesbezüglich dringender Weiterentwicklungsbedarf (vgl. Rügger 2009). Wir gehen davon aus, dass es einer komplexen *integrativen Diagnose* in Form einer wissensgestützten und wertbasierten, methodisch multiplen Herangehensweise bedarf, in welcher unter Berücksichtigung der vier sogenannten Aufmerksamkeitsfoci⁸ Verfahren einer stärker empirisch fundierten Kriterienorientierung um fallrekonstruktive Formen sozialer Diagnostik ergänzt werden.

Die Entwicklung der Instrumente und Verfahren ist darauf ausgerichtet, Soziale Arbeit zu einer differenzierten Falleinschätzung bzw. sozialen Diagnose zu befähigen, die das Herausarbeiten der problemverursachenden und -verstärkenden sozio-psycho-dynamischen Komponenten im Lebensführungssystem der Klient/innen erlaubt und somit als wichtige Expertise in die synchronisierte interprofessionelle Diagnose und Handlungsplanung in der Psychiatrie einfließen kann. Damit ist das festgestellte Koordinationsproblem angesprochen: ausgehend von unseren Forschungsarbeiten und den Erfahrungen unserer Praxispartner/innen sind die soziale Diagnose und die Interventionen der Sozialen Arbeit konsequent als Teil einer interprofessionellen Handlungsplanung zu konzipieren und demnach

über den gesamten Zeitraum, während dem eine Person in psychiatrische Hilfesysteme integriert ist, systematisch mit den anderen Professionen zu koordinieren. Theoretischer Bezugspunkt, so haben wir erläutert, ist das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit, ergänzt um die dynamische Perspektive. Um die Dynamik komplexer Systeme zu verstehen und angemessen abzubilden, brauchen Professionelle der Sozialen Arbeit ein diagnostisches Instrumentarium, das in der Lage ist, die psychosoziale Komplexität des Falles zu erfassen und eine fundierte Beurteilung dessen, "was der Fall ist", in dieser Hinsicht zu ermöglichen.

Die von uns in einem kooperativ gestalteten Arbeitsprozess mit unseren Praxispartnern bis zum jetzigen Zeitpunkt entwickelten Instrumente und Verfahren zielen darauf, die soziale Dimension des Falles zu erkennen und diese in einem kooperativ gestalteten Modell der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens systematisch für Re-Integrations- und damit auch Genesungsprozesse zu nutzen. Die Instrumente und Verfahren berücksichtigen die zwei zentralen Ebenen der sozialarbeiterischen Prozessgestaltung. Auf der horizontalen Ebene sind die Instrumente und Verfahren entlang des *integrierten Prozessbogens* angelegt. Unter Prozessbogen verstehen wird die gesamte Zeitspanne, während der eine Person in Hilfesysteme integriert ist: er verbindet die stationäre mit der ambulanten Arbeit am Fall und dem Lebensführungssystem und dient der Herstellung von Kontinuität in der professionellen Hilfeplanung (Sommerfeld et al. 2006). Auf der vertikalen Ebene sind die Instrumente und Verfahren als *mehrstufiges, modulares Instrumentarium* konzipiert. Dieses Design ist auf die bekannterweise knappe Ressourcenausstattung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, die teilweise kurze Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie die unterschiedliche Komplexität der Fälle zurückzuführen. Erste Ergebnisse der Instrumentenentwicklung liegen vor und werden im Folgenden kurz umrissen.

4.1 Das Patient/innen-Screening

Die Ressourcenknappheit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie führt dazu, dass die sozialarbeiterischen Angebote und Hilfen nicht allen Klient/innen zur Verfügung gestellt werden können, auch wenn unstrittig ist, dass jeder Fall (in der Psychiatrie) eine soziale Dimension hat. Um eine verlässliche Indikationsstellung zu erreichen - in der bisherigen psychiatrischen Praxis werden Patient/innen in den meisten Fällen aufgrund der Einschätzungen der Ärzt/innen und allenfalls weiterer Berufsgruppen (Pflege, Psychologie etc.) der Sozialen Arbeit überwiesen, ohne dass diese Berufsgruppen dafür ein daten- oder zumindest kriteriengeleitetes Verfahren zur Verfügung hätten -, ist ein standardisiertes Screening-Instrument entwickelt worden. Das standardisierte Screening-Instrument ermöglicht eine Einschätzung der Problemlagen in den zentralen sozialen Dimensionen Wohnen,

Beschäftigung (Arbeit/Hausarbeit/Ausbildung), Finanzen und soziales Netz. Das Instrument umfasst insgesamt 25 Fragen, die auf einer vierstufigen Likertskala erhoben werden und die Ermittlung des Gesamtscores zur Ausprägung des psychosozialen Risikos (kein/geringes, mässiges, deutliches und hohes Risiko) eines/einer Klient/in hervorbringen. Aufgrund der Erhebung des psychosozialen Risikos in den genannten Dimensionen wird die Indikation für die Soziale Arbeit ermittelt. Das Patient/innen Screening ist in einem ersten Pre-Test auf Reliabilität, Trennschärfe und Scores geprüft worden und hat bereits akzeptable Werte erzielt. Während der Pilotphase wird das Tool systematisch getestet und evaluiert werden. Eine zentrale, dabei zu beantwortende Frage wird sein, ob die Einschätzung der Problemlagen von den Patient/innen selbst (Fragebogen in Papierform oder Computerversion), von den Ärzt/innen bzw. anderen Fachpersonen oder von den Sozialarbeitenden vorgenommen werden soll.

4.2 Die deskriptive Systemmodellierung

Mit der deskriptiven Systemmodellierung liegen die Grundsteine eines Assessment-Instruments vor, das eine differenzierte Falleinschätzung, d.h. das Herausarbeiten der problemverursachenden und -verstärkenden sozio-psycho-dynamischen Komponenten und Prozesse innerhalb der relevanten Handlungssysteme des Lebensführungssystems erlaubt. Das Instrument dient dazu, gezielt Hintergrundinformationen zu einzelnen Handlungssystemen und deren Interdependenzen zu sammeln sowie komplexe (auch vergessene) Zusammenhänge im Lebensführungssystem eines Menschen über Verfahren der Informationserzeugung und Modellierung sichtbar zu machen. Die deskriptive Systemmodellierung umfasst personenzentrierte Assessments sowie ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview zur Erfassung der wesentlichen Elemente des zirkulär kausalen und dynamischen Lebensführungssystems. Das Assessment rückt die Selbstdeutungen der Klient/innen und ihre Lebensthemen ins Sichtfeld: es geht darum, in die Welt der Klient/innen einzutauchen, den Sinn ihres Handelns und die subjektiven sozialen und psychischen Prozesse und Muster zu entdecken. Das Instrument baut auf der Kunst des Fragens und Weiterfragens unter Einbezug systemisch-lösungsorientierter Gesprächsführungselemente auf. Die Leitfragen dienen als Anker zur Erkundung der verschiedenen Dimensionen eines Lebensführungssystems bzw. zu den sozialen Figurationen in den relevanten Handlungssystemen. Es geht darum herauszufinden,

- was zum Lebensführungssystem eines/einer Klient/in dazu gehört (Kenntnisse über Komponenten (Personen), Relationen (Handeln, Beziehungen) und Funktionen (Sinn) der verschiedenen Elemente des Lebensführungssystems),
- welche Qualität die einzelnen Bestandteile des Lebensführungssystems für den/die Klient/in haben,

- welche Ressourcen und sozialen Problematiken als Ausdruck der „Integration *in das System*“ wie auch der „Integration *des Systems*“ sich dabei identifizieren lassen und
- im optimalen Fall - dies wird bei der Anwendung des Instruments während der Pilotphase zu prüfen sein - wie diese Aspekte miteinander zusammenhängen, so dass einerseits individuelle psychische und soziale Musterbildungsprozesse und andererseits dominante soziale Strukturierungs- und Ordnungsmuster als Momente der Integration sichtbar werden.
- Welche Faktoren, die im Recovery-Ansatz beschrieben sind, im konkreten Fall tatsächlich wirksame Faktoren sind und wie sie sich im konkreten Lebensführungssystem auswirken.

Mit diesem Zugang sollen die latenten Zusammenhänge und Muster, die das Leben des/der Klient/in bestimmen, sowie die Formen der Integration in den verschiedenen Handlungssystemen fassbar und verstehbar werden, und so eine differenzierte Beurteilung der psychosozialen Falldynamik und der Integrationsbedingungen (soziale Diagnostik) ermöglichen. Ziel der sozialen Diagnose ist, das "was der Fall ist" bzw. die basale Funktionsweise eines Systems möglichst einfach aber präzise abzubilden. Da Lebensführungssysteme komplex, zirkulär kausal und dynamisch sind, lassen sie sich besonders gut bildlich darstellen: die Visualisierung ist nicht den Gesetzmässigkeiten der Sprache unterworfen und ermöglicht es - so haben wir in unserer Studie zu Dynamiken von Integration und Ausschluss (Sommerfeld et al. 2006) zeigen können -, komplexe Tatbestände so zu reduzieren, dass nur noch die zentralen Aspekte bzw. Linien sichtbar bleiben (Systemmodellierung).

4.3 Abschluss der Instrumentenentwicklungsphase

Bis Ende Sommer sind noch viele Problemstellungen zu lösen. An dieser Stelle soll nur auf die wichtigsten Aufgaben hingewiesen werden:

- Ergänzung des mehrstufigen, modularen Instrumentariums um die ideographische Systemmodellierung, die auf der Basis eines biographischen Interviews eine tiefer gehende Analyse insb. des dynamischen Zusammenspiels zwischen psychischen und sozialen Musterbildungsprozessen ermöglichen soll (vgl. Sommerfeld et al. 2006, S. 29).
- Reduktion des komplexen Bildes des Lebensführungssystems und soziale Diagnose (Visualisierung).
- Koordination der sozialen Diagnostik mit anderen professionellen Sichtweisen und darauf aufbauend die interprofessionell synchronisierte Handlungsplanung auf der Folie des integrierten Prozessbogens.
- Monitoring der Nachsorge (Begleitung der Patient/innen in ihre Lebenswelt).

Die eigentliche Bewährungsprobe steht uns noch bevor: erst im Rahmen der explorativ angelegten Pilotphase kann ein an den Bedürfnissen und Gegebenheiten der Praxis orientiertes Verfahren der Prozessgestaltung entwickelt und unter Realitätsbedingungen erprobt werden. Auch wird sich da zeigen, ob die Instrumente und Verfahren geeignet sind, eine differenzierte bio-psycho-soziale Falleinschätzung und darauf aufbauend eine synchronisierte interprofessionelle Handlungsplanung zu ermöglichen.

Literatur

- Böhnisch, Lothar (1994). *Gespaltene Normalität*. Weinheim/München: Juventa.
- Bourgett, Jört/Brülle, Heiner (2000). Überlebenssysteme in Konkurrenz. Start zu einer notwendigen Debatte. In: Müller, Siegfried/Sünker, Heinz/Olk, Thomas/Böllert, Karin (Hg.). *Soziale Arbeit. Gesellschaftliche Bedingungen und professionelle Perspektiven*. Neuwied: Luchterhand.
- Ciampi, Luc (2001). Welche Zukunft hat die Sozialpsychiatrie? Hoffnungen, Befürchtungen und Leitbilder. In: Wollschläger, Martin (Hg.). *Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven*. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 755-767.
- Elias, Norbert (1970). *Was ist Soziologie*. München.
- Elias, Norbert (1995). *Figuration*. In: Schäfers, Bernhard (Hg.). *Grundbegriffe der Soziologie*. 4. Aufl: Opladen S. 75-78.
- Haken, Hermann (1990). *Synergetik. Eine Einführung*. Berlin: Springer.
- Hollenstein, Lea/Sommerfeld, Peter (2009). Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. In: Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot (Hg.). *Jahrbuch Klinische Sozialarbeit II*. Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 189-213.
- Meyer, Katharina (2009) (Hg.). *Gesundheit in der Schweiz Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber. URL: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=3353>.
- Obrecht, Werner (2006). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. In: Schmocker, Beat (Hg.). *Liebe, Macht und Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Sozialer Arbeit*. Freiburg i. Br.: Lambertus. S. 408-445.
- Onken, Steven J./Craig, Catherine M./Ridgway, Priscilla/Ralph, Ruth O./Cook, Judith A. (2004). *An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature*. The National Consensus Conference on Mental Health Recovery and Systems Transformation. Rockville, MD.
- Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim & München: Juventa Verlag.
- Rüegger, Cornelia (2009). *Soziale Diagnostik als Teil der professionellen Rationalität Sozialer Arbeit. Skizzierung eines Orientierungsrahmens einer eigenständigen und integrativen sozialen Diagnostik anhand der Diskussion von Sach-, Wert- und Verfahrensfragen*. Bern.
- Sommerfeld, Peter/Calzaferri, Raphael/Hollenstein, Lea (2006). *Die Dynamiken von Integration und Ausschluss. Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und sozialen Systemen nach der Entlassung aus stationären Einrichtungen*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz. URL: <http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/ipw/forschung->

[und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/de/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/schlussbericht_dynamik_integrationsf.pdf](http://www.fhnw.ch/sozialearbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/de/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/schlussbericht_dynamik_integrationsf.pdf).

Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Krebs, Marcel (2008). Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der integrierten Psychiatrie Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit URL: <http://www.fhnw.ch/sozialearbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/laufende-projekte-1/de/forschung-und-entwicklung/laufende-projekte-1/arbeitsfeldanalyse.pdf>.

Weltgesundheitsorganisation (2009). The challenges for mental health in Europe. URL: <http://www.euro.who.int/mentalhealth?PrinterFriendly=1&language=German>.

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

² URL: <http://www.bbt.admin.ch/kti/index.html>

³ Per 1.1.2010 ist die ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur mit dem Psychiatriezentrum Hard zur Integrierten Psychiatrie Winterthur-Zürcher Unterland fusioniert.

⁴ <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/zapa/Publikatione.SubContainerList.SubContainer1.ContentContainerList>

⁵ Zu den Konstruktionselementen einer komplexen Handlungstheorie für die Soziale Arbeit benennt Staub-Bernasconi (1) Gegenstands- bzw. Beschreibungswissen, (2) Erklärungswissen, (3) Werte- oder Kriterienwissen, (4) Verfahrenswissen und (5) Evaluationswissen (vgl. Engelke 2002, S. 367).

⁶ Die psychische Potentiallandschaft“ ist ein Begriff aus der Synergetik in Anlehnung an Haken/Schiepek (2006).

⁷ Wir gehen davon aus, dass dies in abgeschwächter Form auch für das teilstationäre und ambulante Setting gilt.

⁸ Gemäss Rüeegger (Rüeegger 2009) sollte sich der diagnostische Blick in zwei Richtungen öffnen: Einerseits handelt es sich um das Erkennen und Verstehen des Klienten/der Klientin in seinem/ihrer relevanten Kontext bzw. seinen/ihren Handlungssystemen und im Weiteren geht es (2) um das Verstehen der Rolle der beteiligten Helfer/Helferinnen und der Interaktion zwischen Hilfe- und Klienten-/Klientinnensystem. Daraus entwickelt sie die vier Aufmerksamkeitsfoci einer integrativen sozialen Diagnose: (1) die Lebensgeschichte/Lebenlage eines Klienten/einer Klientin, (2) Aspekte der Systemorganisation, (3) die Selbstbeurteilung der Klientel und weitere Sichtweisen sowie der (3) Fokus auf die Hilfesysteme und den Prozessverlauf.