

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit, Olten
Masterstudium in Sozialer Innovation
MA11 Entwicklungsprojekt

Eine Erhebung des Bedarfs an Sozialer Arbeit in der psychiatrischen Klinik Königsfelden

Wissenschaftlicher Artikel zum Entwicklungsprojekt

Leistungsnachweis von
Laura Stierlin und Tobias Reichel

Olten, 23.01.2018

Abstract

Im vorliegenden Beitrag wurde aufgrund wirtschaftlicher und politischer Entwicklungen im Kanton Aargau eine Bedarfserhebung zur Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Klinik Königsfelden in Brugg durchgeführt. Anhand einer qualitativen Erhebung wurde (im Jahr 2017) untersucht, welcher *Bedarf* an Sozialer Arbeit aus Sicht der Geschäftsleitung und der Professionellen der Sozialen Arbeit besteht und welche *Bedürfnisse* Klientinnen und Klienten während einer stationären Hospitalisierung in der Psychiatrie haben. Ziel war, auf der Grundlage der Bedarfserhebung in einem kooperativ angelegten Prozess mit der Geschäftsleitung, den Sozialarbeitenden und auch den Klientinnen und Klienten mögliche Positionierungen und Massnahmen zu entwickeln. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Psychiatrie ohne Soziale Arbeit nicht denkbar ist. Die Soziale Arbeit wird als integraler Bestandteil der Behandlung betrachtet und soll vor Ort in der Psychiatrie stattfinden. Optimierungen der Sozialen Arbeit hinsichtlich einer Produktivitätssteigerung oder einer Konzentration auf die Kernkompetenzen werden als mögliche Antworten auf den wirtschaftlichen Druck gesehen. Dem stehen teilweise die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen entgegen, die in der Behandlung während des Klinikaufenthalts zu berücksichtigen sind.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
Inhaltsverzeichnis	3
1 Ausgangslage	1
2 Empirische und theoretische Bezüge	4
2.1 Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten	4
2.2 Bedarf aus Sicht der Sozialen Arbeit als Disziplin	5
2.3 Organisationstheorien: Ein Überblick nach Wöhrle	5
2.4 Professionstheoretische Zugänge	6
3 Methodisches Vorgehen	8
4 Ergebnisse der Datenerhebung	12
4.1 Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten	12
4.2 Bedarf aus Sicht der Organisation	13
4.3 Bedarf aus Sicht der Sozialen Arbeit	14
4.4 Strategien und Massnahmen	14
5 Ergebnisse der kooperativen Wissensbildung	17
5.1 Ergebnisse Workshop I und II	17
5.2 Kooperativ entwickelte Positionierungen und Massnahmen	20
5.3 Diskussion und kritische Würdigung	21
6 Fazit	24
Literaturverzeichnis	0
Abbildungsverzeichnis	1

1 Ausgangslage

Der vorliegende Beitrag resultiert aus einer Erhebung des Bedarfs an Sozialer Arbeit in der psychiatrischen Klinik Königsfelden in Brugg. Vorgestellt werden zum einen die Ergebnisse zum Bedarf aus Sicht der Sozialarbeitenden und der Klinikleitung sowie zu den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten, zum andern verschiedene Positionierungen und Massnahmen, die in Kooperation mit den beteiligten Akteuren, namentlich Sozialarbeitenden, der Klinikleitung sowie Klientinnen und Klienten¹, entwickelt wurden.

Die Klinik Königsfelden ist Teil der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG). Sie ist zuständig für die stationäre und ambulante Untersuchung, Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen aller Altersgruppen mit sämtlichen psychiatrischen Krankheitsbildern (vgl. PDAG 2017: o. S.). Die Klinik Königsfelden steht aufgrund unterschiedlicher wirtschaftlicher und politischer Entwicklungen im Kanton Aargau, wie sie sich analog auch in anderen Kantonen und im Ausland beobachten lassen, vor einschneidenden Veränderungen. Im Januar 2018 wird gesamtschweizerisch das neue Tarifsysteem (TARPSY) in der stationären Psychiatrie eingeführt, das eine einheitliche Tarifstruktur zur Folge hat (Swiss Diagnosis Related Groups 2016: o. S.). Als wichtige Neuerung sind Tagessätze vorgesehen, die degressiv angelegt sind. Die Tarifstruktur setzt aus Sicht der SwissDRG (2016) Anreize für eine medizinisch und ökonomisch sinnvolle Behandlung. Indessen wird die Einführung von TARPSY von Verbänden wie Pro Mente Sana (2014: 1f.) scharf kritisiert, da sie eine Verschlechterung der Qualität in der stationären Versorgung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zur Folge habe. Die PDAG ihrerseits befürchten, dass die Einführung des TARPSY den Drehtüreffekt begünstigen wird, da die Aufenthaltsdauer der Klientinnen und Klienten in der Psychiatrie tendenziell verkürzt oder optimiert wird.

Zeitgleich sind im Kanton Aargau Sparmassnahmen von rund 245 Millionen geplant, die auch in den PDAG finanzielle Kürzungen zur Folge haben. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden für das Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr massiv gekürzt (vgl. PDAG 2016a: o. S.). Die PDAG werden in Anbetracht der Ökonomisierung im Gesundheitswesen und des steigenden Spardrucks den bisher eingeschlagenen Weg einer marktorientierten Weiterentwicklung konsequent weiterführen (vgl. PDAG 2016b: 13). Diese Einsparungen führen dazu, dass unter anderem die Leistungen des Sozialdiensts in der Klinik Königsfelden

¹ In der Arbeit wird aufgrund der Disziplin der Sozialen Arbeit von Klientinnen und Klienten gesprochen, während in der Praxis der Terminus Patientinnen und Patienten verwendet wird.

von einer externen Firma, die den Fokus auf die Optimierung von Prozessen legt, kritisch überprüft werden.

Dass die Soziale Arbeit bisher nicht als Gesundheitsberuf anerkannt wurde, ist ein weiterer Faktor, der den ökonomischen Druck auf sie in der Psychiatrie verstärkt. Die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf würde aus Sicht der Fachkonferenz Sozialdienste Psychiatrie (2014: o. S.) auf rechtlicher Ebene schweizweit zu einer Gleichstellung der Sozialen Arbeit mit den anderen Gesundheitsberufen führen. Zudem könnte sich die Soziale Arbeit in der Organisationsstruktur besser positionieren, und möglicherweise könnten von ihr mehr Leistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgerechnet werden. Die Quersubventionierung der Sozialen Arbeit würde dadurch wegfallen, und der ökonomische Druck könnte gesenkt werden. Bis zur Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf sind allerdings hohe Hürden zu überwinden, da es einer spezialisierten Ausbildung zur Sozialen Arbeit im Bereich Gesundheit bedarf und dazu eine Gesetzesänderung notwendig wäre. Diese Entwicklungen werden von unterschiedlichen Fachverbänden der Sozialen Arbeit unterstützt.

Die geschilderte Problematik hat zur Folge, dass sich die Soziale Arbeit in der Klinik Königfelden durch den politisch und wirtschaftlich bedingten Kostendruck mit der Frage auseinandersetzen muss, welchen Bedarf sie in der Klinik abzudecken hat und wie auf die Entwicklungen im Gesundheitswesen reagiert werden kann, wenn ihr Stellenwert in der Psychiatrie nicht übermässig gefährdet werden soll. Darin spiegelt sich ein Widerspruch zwischen ökonomischen Werten und den professionellen Werten der Sozialen Arbeit. Spieker (2004) kritisiert am Beispiel der Psychiatrie, dass ein erhobener Bedarf oftmals nicht den Bedürfnissen der Betroffenen entspreche, da diese nicht befragt würden (vgl. a.a.O.: 7). Zudem werden in marktwirtschaftlich orientierten Organisationen häufig aus Bedürfnissen Bedarfe gemacht (vgl. a.a.O.: 96). Folglich ist es von Relevanz, zwischen Bedarf und Bedürfnissen zu unterscheiden und beide Aspekte zu explorieren. Der Bedarf wird jeweils aus einer Aussenperspektive – also gesellschaftlich und institutionell – als Leistungsumfang definiert, den Betroffene in ihrer Lage beanspruchen können. Bedürfnisse werden von den Betroffenen selbst definiert, und es geht dabei um die Frage, welche Unterstützung sie für sich selbst als notwendig erachten (vgl. Gahleitner/Hahn 2009: 24).

Im vorliegenden Beitrag wird deshalb den folgenden beiden Fragen nachgegangen:

Welcher Bedarf an Sozialer Arbeit wird von der Organisation und der Sozialen Arbeit als Profession formuliert? Welche Bedürfnisse haben Klientinnen und Klienten aus ihrer eigenen Perspektive, und was soll die Soziale Arbeit abdecken?

Das Ziel der hier vorgestellten Bedarfserhebung ist die Erarbeitung von Grundlagen für ein Positionspapier zugunsten des Sozialdiensts in der Klinik Königsfelden. Die damit zusammenhängenden Zielsetzungen sind je nach Ebene – der Organisation, der Profession und der Klientinnen und Klienten – unterschiedlich. Auf organisationaler Ebene ist das Ziel, Kenntnisse über den Bedarf aus Sicht der Geschäftsleitung zu erlangen und ihr eine Wissensgrundlage für das Treffen strategischer Entscheidungen zu vermitteln. Auch auf professioneller Ebene wird das Ziel verfolgt, den Bedarf aus der Perspektive der Sozialarbeitenden zu kennen und den Sozialdienst auf die wirtschaftlichen und politischen Entwicklungen vorzubereiten. Auf der klientenzentrierten Ebene ist das Ziel, Wissen über die Bedürfnisse der Betroffenen zu generieren, um es in die Positionierungen und Massnahmen miteinbeziehen zu können.

2 Empirische und theoretische Bezüge

Die empirischen und theoretischen Bezüge, die im Folgenden dargestellt werden, beziehen sich schwerpunktmässig auf die drei interessierenden Perspektiven: die klientenzentrierte, die professionelle und die organisationale Sicht. In den ersten beiden Abschnitten wird deshalb der Forschungsstand zu den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten und zum Bedarf an Sozialer Arbeit dargestellt. Im dritten Abschnitt werden theoretische Bezüge zu Organisationstheorien hergestellt, und der vierte Abschnitt enthält eine professionstheoretische Verortung.

2.1 Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten

Die Recherche hat deutlich gemacht, dass eher wenig Datenmaterial zu den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorliegt. Baer, Domingo und Amsler (2003: 45) haben in ihrer Studie qualitative Interviews mit 53 psychisch kranken Personen und 16 Angehörigen geführt. Ziel der Interviews war die Erfassung der Lebenssituationen und der Faktoren, die das Wohlbefinden beeinflussen (vgl. a.a.O.: 38). Die Ergebnisse zeigen, dass es nicht *die* Lebensqualität oder *die* psychisch Kranken gibt. Es handelt sich um jeweils sehr individuelle Lebensgeschichten und Ziele. Die Betroffenen denken dabei ihre Situation nicht entlang von sozialen Bereichen wie Arbeit, Freizeit und Wohnen; dies stellt ein Denkmuster von Fachpersonen dar. Subjektives Erleben und die Qualität von Beziehungen nennen die Betroffenen als ausschlaggebend für ihre Lebensqualität. Klientinnen und Klienten haben das Bedürfnis, sich kompetent, autonom, verstanden und ernst genommen zu fühlen. Weiter wird die Sinnhaftigkeit einer Tagesstruktur als deutlich relevanter bewertet als das reine Vorhandensein einer Beschäftigung (vgl. a.a.O.: 419). Eine weitere Erkenntnis der Studie ist, dass das Erleben von psychisch kranken Menschen sehr dynamisch ist. Die Bedürfnisse der Betroffenen können folglich in den Spannungsfeldern von Abhängigkeit und Autonomie, Krankheit und Stabilität oder Leistungsfähigkeit und Überforderung sehr schnell variieren, was von den Fachpersonen während der Behandlung tendenziell zu wenig berücksichtigt werde (vgl. a.a.O.: 420).

Die Ergebnisse von Spieker (2004) bestätigen die eben genannten Bedürfnisse von psychisch beeinträchtigten Menschen. Eine wertschätzende, respektvolle, nicht stigmatisierende Haltung gegenüber den Betroffenen sowie klare Strukturen und Informationen, um sich orientieren zu können, ist den Betroffenen von Bedeutung (vgl. a.a.O.: 105).

In einer Längsschnittstudie hat Müller (2008) die subjektive Lebensqualität von 183 Menschen mit einer psychischen Erkrankung erfasst. Die Studie hat gezeigt, dass die Verbesse-

rung des Wohlbefindens in einem ersten Schritt auf den Rückgang der psychopathologischen Symptomatik zurückgeführt werden konnte. Danach fand häufig keine Verbesserung der Lebensqualität statt, da sich die Lebensumstände wie beispielsweise Arbeit, Wohnen und Existenzsicherung der Betroffenen verschlechterten. Die Studie bestätigt, dass eine Erwerbstätigkeit, soziale Unterstützung, Stigmatisierungsprozesse und belastende Lebensereignisse die subjektive Lebensqualität beeinflussen (vgl. a.a.O.: 1f.).

2.2 Bedarf aus Sicht der Sozialen Arbeit als Disziplin

Laut Sommerfeld et al. liegt die Kernaufgabe der Sozialen Arbeit und somit der Bedarf an Sozialer Arbeit in der Psychiatrie in der Bearbeitung der sozialen Dimension innerhalb des bio-psycho-sozialen Systems. Im Sinne der Orientierung an der Lebenswelt soll sich die Soziale Arbeit um die Integration von psychisch Kranken in die Gesellschaft kümmern (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 173f.). Illustriert wird diese Vorstellung anhand des Lebensführungssystems (vgl. a.a.O.: 174, 58f.), das die Inklusion in die Teilsysteme der professionellen Hilfesysteme, der Beschäftigung, der Familie, der privaten sozialen Netze, der Schattenwelten sowie der Kultur/Freizeit bildlich darstellt, die ihrerseits wiederum in übergeordnete Systeme und die Weltgesellschaft eingebunden sind (vgl. a.a.O.: 56–65). Das Positionspapier von Staub-Bernasconi et al. verortet als allgemeines Ziel der Klinischen Sozialen Arbeit, dass erkrankte Personen (wieder) in für sie wichtige Teilsysteme integriert werden oder dass sich auch Akteure aus dem Umfeld an die Situation der Betroffenen anpassen (vgl. Staub-Bernasconi et al. 2012: 29). Konkretisiert wird dieser Bedarf anhand eines mehrdimensionalen Integrationskonzepts auf den Ebenen des Körpers, der Psyche und des psychosozialen Bereichs, des Sozial- und Gesundheitswesens und der Gesellschaft. Das Konzept beinhaltet zudem eine differenzierte Zielbestimmung (vgl. ebd.).

2.3 Organisationstheorien: Ein Überblick nach Wöhrle

Wöhrle (2013a) unterscheidet in seinem Lehrbuch zum Management in der Sozialwirtschaft zwischen verschiedenen Ansätzen. Aus Sicht der Autorschaft dieses Beitrags sind Überlegungen aus dem Bereich der verhaltenswissenschaftlichen und der systemtheoretischen Ansätze wichtig. In Letzteren spielen die Leitkategorien Kommunikation, Handeln, Strukturen, Prozesse und Regeln sowie ein Verständnis von Menschen als Einpassungen² in Systeme eine wichtige Rolle. Auch die Organisation als Kultur mit dem Eisbergmodell («Kulturebenen

² Diese Einpassungen sind mit den angrenzenden Systemtypen erkennbar. Beim Menschen sind dies die drei Typen: biologische Systeme, psychische Systeme und soziale Systeme (vgl. Luhmann 1973, 1984, zit. nach Wöhrle 2013a: 161).

und ihr Zusammenhang» von Wöhrle [2013a: 163]) ist ein wichtiger Aspekt. Die Nähe zur Sozialen Arbeit mit dem Lebensweltansatz fällt auf (vgl. Wöhrle 2013a: 157–162). Neuere Zugänge zu Organisationstheorien sind im Vergleich zu den älteren Maschinenmodellen genauer und komplexer. Aufgrund der Komplexität sind jedoch Vorhersagen, wie sich steuernde Interventionen vonseiten der Leitung in grösseren Organisationen auswirken, viel schwieriger zu treffen. Darum müssen Managementmodelle beigezogen werden (vgl. Wöhrle 2013a: 165).

Aus der Managementlehre könnten folgende Strategien Anregung bieten:

- Die «Delphin-Strategie» soll als Bild für Steuerung in chaotischen Systemen stehen. Die Gewichtung liegt auf Aussenbezügen und der Ausrichtung der Gesamtorganisation, wobei die Einmischung in innere Vorgänge abgelehnt wird (vgl. Lynch/Kordis, zit. nach Wöhrle 2013a: 172).
- Ein anderes Bild sind die «Ozean-Riesen», die zu kleinen, wendigen Booten umkonzipiert werden, die zwar vom Kurs abweichen, jedoch die Gesamtrichtung der Organisation nicht entscheidend beeinträchtigen können.
- Weitere Überlegungen gehen in Richtung der lernenden Organisation und der Schwierigkeit, revolutionäre Veränderungen einzuführen.
- Zentral erscheint bei neueren Modellen die stärkere Einbindung der Mitarbeitenden auf den Ebenen Entscheidung, Entrepreneurship, Qualifikation und Erfolgsbeteiligung (vgl. Wöhrle 2013a: 172).

2.4 Professionstheoretische Zugänge

Nach Sommerfeld et al. (2016) braucht es eine eigene, empirisch erarbeitete Professions-
theorie, da bestehende Theorien den Dualismus von Individuum und Gesellschaft unzu-
reichend auflösen (vgl. a.a.O.: 49f.). Das Verständnis von Integration wird wie folgt einge-
führt: «Menschen (Kinder) [...] werden durch Integration in soziale Figurationen zu
menschlichen Individuen. Sie sind also nicht Individuen und werden dann integriert, sondern
Individuation und Integration sind zwei Seiten *eines* [Hervorhebung im Original] Prozesses»
(a.a.O.: 51). Im untrennbaren Verhältnis von Individuum und Gesellschaft sind Individuen
erkennend und tätig in der Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt. Daher wird der Begriff der
Lebensführung hinzugezogen, um eine Theorie von «Integration und Lebensführung» auf-
zustellen (vgl. a.a.O.: 51f.). Weitere Elemente dieser Theorie sind die Synergetik (Prinzip der
Selbstorganisation aller Systeme und ihrer Teile als Metatheorie) (vgl. a.a.O.: 52–56) und
das Lebensführungssystem. Als Wertebezug fügen Sommerfeld et al. der eingeführten Pro-
fessionstheorie die Werte Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit bei und beziehen sich auf

die Idee des «guten Lebens für alle» (vgl. a.a.O.: 69f.). Weiter wird vertreten, dass die Umsetzung der sozialen Gerechtigkeit Sache der Politik sei, wohingegen die Soziale Arbeit ihren Beitrag darin leisten solle, konkret auszuarbeiten, was soziale Gerechtigkeit bedeutet (vgl. a.a.O.: 75). Bischkopf et al. (2017) stützen sich in ihrem Sammelband schwerpunktmässig auf den Lebenslagenansatz nach Thiersch als Grundlagentheorie ab (vgl. dazu den Artikel von Walther/Deimel 2017: 48). Die aus Sicht der Autorschaft wichtigsten Differenzen liegen in der konkreten Ausarbeitung der Theorie, die nach Sommerfeld et al. (2016) näher an der Praxis verortet werden darf, und bei der Annahme, dass sich die Soziale Arbeit nach Thiersch sozialpolitisch einmischen soll (vgl. a.a.O.: 52–54).

Im Anschluss an diese empirischen und theoretischen Bezüge wird nachfolgend das methodische Vorgehen erläutert.

3 Methodisches Vorgehen

Das Projekt stützt sich auf die theoretische Grundlage des Praxis-Optimierungs-Zyklus (POZ), der als Modell der kooperativen Wissensbildung dient (vgl. Büschi/Roth 2013: 12). In einem ersten Schritt erfolgte die Aufarbeitung des Wissensstands aus Empirie und Theorie. In einem zweiten Schritt wurde eine qualitative Datenerhebung durchgeführt, die der Generierung neuer Wissensbestände diene. Die Grundlagen, die in einem kooperativ angelegten Prozess entwickelt wurden, sollen schliesslich die Erstellung eines Positionspapiers ermöglichen.

Als Ausgangspunkt der Bedarfserhebung diente eine Stakeholderanalyse, um die Interessen und Rollen der unterschiedlichen Akteure inner- und ausserhalb der Organisation der PDAG zu erfassen. In der Folge wurde eine qualitative Datenerhebung durchgeführt. Da die Folgen der in der Ausgangslage beschriebenen wirtschaftlichen und politischen Entwicklungen im Gesundheitswesen noch nicht absehbar waren, eignete sich ein offenes qualitatives Vorgehen besonders gut. Das Convenience Sample wurde mittels sechs Interviews mit Klientinnen und Klienten (vier Frauen und zwei Männer im Alter zwischen 25 und 50 Jahren), je einem Interview mit dem Chefarzt des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie (grösstes Zentrum innerhalb der Klinik) und dem CEO als Vertreter der Perspektive der Geschäftsleitung sowie einer Gruppendiskussion mit Sozialdienstleitenden kantonaler Psychiatrien aus der Deutschschweiz zusammengestellt. Der Entscheid für dieses Sample wurde unter Berücksichtigung der gegebenen Ressourcen gefällt, um die drei Perspektiven (Klientel, Sozialarbeitende, Geschäftsleitung bzw. organisationale Ebene) möglichst umfassend erheben zu können. Für die Klientinnen und Klienten war die Teilnahme an den Interviews freiwillig, um den persönlichen Umständen der Betroffenen Rechnung zu tragen. Weiter waren eine gewisse Stabilität sowie bereits ein erster Kontakt oder eine Zusammenarbeit mit dem internen Sozialdienst Voraussetzung für die Teilnahme an den Interviews. Um eine gewisse Varianz zu erzielen, wurden sechs Stationen mit schwerpunktmässig unterschiedlichen Krankheitsbildern angeschrieben. Die ursprünglich geplanten Kontrastkriterien des Alters und Geschlechts wurden schliesslich nicht berücksichtigt, um den Zugang zum Feld nicht zusätzlich zu erschweren. Um die Forschungsethik zu wahren, wurde das Projekt von der kantonalen Ethikkommission überprüft und gutgeheissen. Sie gab vor, dass keine Daten zur Diagnose der Betroffenen erhoben werden sollten.

Die Datenerhebung mit den sechs Klientinnen und Klienten erfolgte mittels problemzentrierten, teilstrukturierten Interviews. Massgebend für die Wahl der geeigneten Interviewform ist die Gegenstandsangemessenheit. Das gewählte Verfahren muss sich somit dafür eignen, dem Forschungsgegenstand angemessene Daten zu liefern (vgl. Helfferich 2011: 26). Das

problemzentrierte Interview eignete sich für die Klientinnen und Klienten gut, da offene, nicht-direktive Fragen gestellt werden, die auf ein bestimmtes Problem fokussieren, sodass die Betroffenen über ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen dazu erzählen können (vgl. a.a.O.: 36). Die teilstrukturierten Interviews mit der Klinikleitung wurden mit einem stärker strukturierten Leitfaden durchgeführt, da sie deutlicher auf den informativen Gehalt abzielten (vgl. ebd.). Der Feldzugang liess sich über den Auftraggeber, der intern sehr gut vernetzt ist, gewährleisten. Ein aktives Vorgehen mit schriftlichen Anfragen und mündlichen Nachfragen bei den Stationsleitungen erwies sich dabei als zielführend, sodass alle Interviews wie geplant durchgeführt werden konnten.

Um die Perspektive der Sozialen Arbeit zu erfassen, wurde eine Gruppendiskussion mit Sozialdienstleitenden kantonaler Psychiatrien durchgeführt. Die ausgewählten Sozialdienstleitenden sind Expertinnen und Experten mit langjähriger Praxiserfahrung im Bereich des Forschungsgegenstands. Die Methode der Gruppendiskussion wurde ausgewählt, um die Ressourcen im gegebenen Rahmen sinnvoll einzusetzen und um unterschiedliche Sichtweisen in der Diskussion einander gegenüberstellen zu können. Nach Niessen (1977, zit. nach Lamnek 2005: 58f.) kann die Gruppendiskussion als aussagekräftig betrachtet werden, weil sie realitätsnah an alltäglichen sozialen Situationen zu verorten ist. Niessen fordert sogar, dass die Gruppe auch im Alltag als solche konstituiert ist (vgl. Niessen 1976, zit. nach Lamnek 2005: 59). Bohnsack betont zudem die kollektiv entstehende und aufbauende Gruppenmeinung (vgl. Bohnsack 2000, zit. nach Lamnek 2005: 60). Die Sozialdienstleitenden waren in der Fachkonferenz Sozialarbeit Psychiatrie (FKSP) bereits «als Gruppe konstituiert» und zeigten grosses Interesse an einer Kooperation. Insgesamt nahmen fünf der zwölf angefragten Sozialdienstleitenden an der Diskussion teil. Die Diskussion dauerte zwei Stunden und fand aufgrund der zentralen Lage der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW in Olten dort statt. Die Diskussion wurde mit einem Leitfaden strukturiert, wobei der aktuelle Forschungsstand, theoretische und neue empirische Erkenntnisse in die Strukturierung einfließen. Die Durchführung, Erfassung und Analyse der Gruppendiskussion lehnte sich an Lamnek (2005) an. Die Gruppendiskussion wurde protokolliert, aufgezeichnet und anschliessend transkribiert.

Die Auswertung der transkribierten Interviews und der Gruppendiskussion erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) unter Einsatz der Software «F4/F5». Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich um eine systematische, regel- und theoriegeleitete Methode der Textanalyse, welche die Strukturierung und Ordnung des Datenmaterials zum Ziel hat (vgl. a.a.O.: 13). Dabei finden in der Methode die drei Grundverfahren der Zusammenfassung, der Explikation und der Strukturierung Anwendung (vgl. a.a.O.: 68). Aus dem in den Interviews und der Gruppendiskussion entstandenen Material wurden mithilfe

von deduktiven und induktiven Codes Kategorien für die Bedürfnisse und den Bedarf gebildet. Die deduktiven Codes wurden anhand des Forschungsstands und des Leitfadens gebildet, während die induktiven Codes aus dem Datenmaterial selbst gewonnen wurden (vgl. a.a.O.: 85–87, 97–103). Für die deduktiven Codes wurde das Lebensführungsmodell nach Sommerfeld et al. (2016: 56–65) sowie der Prozessbogen nach Sommerfeld, Hollenstein und Calzaferri (2011: 336) herangezogen. Die Auswertung der Interviews und der Gruppendiskussion führte zur Entwicklung unterschiedlicher Modelle, welche die Ergebnisse veranschaulichen. Die entwickelten Modelle zu den Bedürfnissen, dem Bedarf und der Hybridisierung stellen eine relevante Grundlage für die folgenden Workshops dar, wobei im Beitrag aufgrund des begrenzten Umfangs nur das letzte Modell gezeigt wird.

Die Ergebnisse der Datenauswertung wurden in einem Prozess der kooperativen Wissensbildung diskutiert und weiterbearbeitet, mit dem Ziel der Hybridisierung. Hybridisierung meint das In-Beziehung-Setzen von Kontextwissen, Handlungswissen, Erfahrungswissen und wissenschaftlichem Wissen, um so neue Interventionen oder in diesem Fall Positionierungen zu entwickeln, die praxistauglich und wissenschaftlich fundiert sind (vgl. Parpan-Blaser 2011: 114f.). Die Hybridisierung erfolgte in einem ersten Schritt zwischen den Forschenden unter Anwendung der Methode des Intervention Mapping und fünf von deren sechs handlungsleitenden Fragen (vgl. Sommerfeld 2016: 6f.). Dabei wurden während der Zusammenführung der Wissensbestände erste Entwicklungsimpulse erkannt und in den darauffolgenden beiden Workshops zur Diskussion gestellt.

Der erste Workshop fand mit dem Chefarzt und dem CEO, dem fachlichen Leiter des Sozialdiensts und der Teamleiterin des Sozialdiensts des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen statt. Die Ergebnisse der Datenauswertung wurden kritisch diskutiert und die von den Forschenden vorgestellten Entwicklungsimpulse zum einen verworfen, zum anderen bestätigt. In einem kooperativen Prozess wurden zusätzlich neue Interventionsmöglichkeiten entwickelt.

Der zweite Workshop erfolgte mit zehn in der Klinik Königsfelden stationär hospitalisierten Klientinnen und Klienten. Ziel dieses Workshops war es, neben der Diskussion der Forschungsergebnisse und der Validierung der entwickelten Modelle auch die Interventionsmöglichkeiten aus dem Workshop zu prüfen. Während des Workshops wurde die Methode des Placemats (Reich 2010: 1–11) in zwei Kleingruppen unter Anleitung der Forschenden angewendet. In Erwartung teilweise erschwerter Bedingungen wurden beim zweiten Workshop die vier Dimensionen der Niederschwelligkeit von Mayrhofer (2012: 160–176) wegweisend berücksichtigt, um die kooperative Wissensbildung zu gewährleisten. Der Workshop war für zwei Stunden veranschlagt, jedoch stand es den Betroffenen offen, später zu kommen oder früher zu gehen (zeitliche Dimension). Der Workshop fand im Begegnungszentrum

der Klinik statt, das den Betroffenen bekannt und gut zugänglich war (räumliche Dimension). Weiter wurde der Inhalt des Workshops in einfacher und klarer Sprache vermittelt, sodass die Klientinnen und Klienten folgen und mitdiskutieren konnten (sachliche Dimension). Schliesslich wurden die Aspekte der Freiwilligkeit und der Anonymität gewährleistet (soziale Dimension) (vgl. a.a.O.: 160–176). Ein kleiner Imbiss diente zudem als Anreiz zur Teilnahme am Workshop. Die wertschätzende, offene und unvoreingenommene Haltung der Forschenden ermöglichte in beiden Workshops die Entstehung reger Diskussionen, an denen die Teilnehmenden sich aktiv beteiligten.

4 Ergebnisse der Datenerhebung

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den Bedürfnissen, dem Bedarf sowie zu den Positionierungen und Massnahmen aus der Datenerhebung dargestellt. Anschliessend folgen die Ergebnisse zur Hybridisierung.

4.1 Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten

Die aus dem Datenmaterial abgeleiteten Bedürfnisse wurden nach den drei Behandlungsphasen Eintritt, Behandlung und Austritt geordnet. Dies ist insofern begründbar, als sich die Bedürfnisse je nach Phase verändern. Eine angemessene Dauer für eine stationäre Behandlung wird von Klientinnen und Klienten auf drei bis fünf Wochen geschätzt. Die Bedürfnisse wurden im Rahmen ihrer persönlichen Lebensgeschichte als sehr dynamisch und individuell interpretiert.

In der *Eintrittsphase* erscheint das Bedürfnis nach Sicherheit (sowohl materiell als auch immateriell) sehr wichtig, wobei dieses Bedürfnis unterschiedliche Ausprägungen hat. Beim Klinikeintritt bewerten die Klientinnen und Klienten die Orientierung in Form von klaren Informationen zu Eintritt und Abläufen als für sie sehr relevant. Weiter ist zu Beginn die persönliche Sicherheit im Sinne der Abwendung von Selbst- und Fremdgefährdung elementar. Das Bedürfnis nach professioneller Hilfe, namentlich einer kompetenten Beratung und Begleitung sowie Transparenz und Verbindlichkeit, ist den Betroffenen ebenfalls ein wichtiges Anliegen. Während der *Behandlungsphase* verschiebt sich die vonseiten der Professionellen gewünschte Aktivität von der Orientierung zunehmend in Richtung Triage, Mediation und Befähigung der Betroffenen. Sie wollen entlastet werden, indem beispielsweise Termine, Transporte und Therapien gut koordiniert und organisiert werden. Diese Hilfestellungen sollen zu einer Reduktion des Leidensdrucks führen und den Klientinnen und Klienten eine Entschleunigung ermöglichen. Auch eine für sie gute Einstellung der Medikamente erachten sie als zentrales Bedürfnis. Ein weiteres Anliegen aller Interviewten stellt die Stabilität in Bezug auf ihre Gefühle und ihre Gesundheit dar, da sie sich mittelfristig eine gute Befindlichkeit wünschen. Dies beinhaltet neben einem guten Wohlbefinden auch einen wertschätzenden Umgang des Personals sowie gute Kontakte zu anderen Klientinnen und Klienten.

In der *Austrittsphase* werden die Entwicklung einer Perspektive und das Wissen, wie es nach dem Austritt wie auch im Leben im Allgemeinen weitergeht, zentral. Es werden unterschiedliche Motivationen in diesem Zusammenhang sichtbar, wobei diese kein Bedürfnis als solches darstellen. Bedürfnisse nach (unterstützenden) sozialen Kontakten und Beziehungen spielen hierbei eine ganz wesentliche Rolle (Familie, Partner- und Freundschaften usw.). Im Hinblick auf den Austritt ist die Struktur im Alltag, eine Beschäftigung oder eine berufliche

Wiedereingliederung wie auch eine geklärte Wohnsituation für die Betroffenen von Wichtigkeit.

Als Querschnittskategorien über die ganze Behandlungsdauer lassen sich die Bedürfnisse, ernst genommen und akzeptiert zu werden, deutlich erkennen. Wenn ein gewisses Mass an Stabilität erreicht ist, wollen die Klientinnen und Klienten zudem mehr Autonomie im Sinne einer gewissen Selbstständigkeit und einen gesteigerten Selbstwert erreichen.

4.2 Bedarf aus Sicht der Organisation

Nachfolgend werden die Interpretation der Daten, deren Gewichtung und die zentralen Kategorien beschrieben. Letztere sind jeweils kursiv gesetzt. Das ergebnisreiche Datenmaterial aus den Interviews mit dem CEO und dem Chefarzt der PDAG weist auf den wichtigsten Punkt hin, der in der Deutlichkeit der Aussagen überrascht, da hierzu im Vorfeld keine spezifische Haltung bekannt war: Die *Soziale Arbeit* wird *als integraler Bestandteil der Psychiatrie* betrachtet. Beide Teilnehmende bekräftigten, dass eine Psychiatrie ohne Soziale Arbeit nicht denkbar und auch nicht sinnvoll sei. Daher wurde dies als übergeordnete Kategorie und Erkenntnis interpretiert. Weiter erwähnte der CEO das Konzept der integrierten Versorgung, was eine gesamtheitliche Sicht mit allen Berufsgruppen beinhaltet. In der Optik einer Sozialen Arbeit als tragende Säule der psychiatrischen Versorgung sind zwei Teile zu unterscheiden:

1. *Unterstützung der sozialen und beruflichen Integration*

Der CEO und der Chefarzt hoben beide die Bereiche Arbeit und Wohnen hervor, die Bezüge zur sozialen Dimension psychischer Erkrankungen darstellen. Der CEO sprach die *berufliche Wiedereingliederung* im Sinne einer Quote an, weitere Anschlusslösungen, die bezüglich der Wohnsituation mit den Klientinnen und Klienten gefunden werden müssen. Der Chefarzt deutete die Wichtigkeit der Arbeitsintegration an, womit eine positive Auswirkung auf die Befindlichkeit der Klientinnen und Klienten angesprochen wurde. *Anschlusslösungen* hielt auch er für zentral, da die ungelöste *Wohnsituation* ein Haupteinflussfaktor für lange Aufenthaltsdauern ist. *Vernetzungsarbeit und Case Management*: Die Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden, Angehörigen und Organisationen wurde als Kernkompetenz und -aufgabe der Sozialen Arbeit definiert. Die Bearbeitung der sozialen Dimension ermöglicht aus Sicht der Klinikleitung im besten Fall die soziale Integration, *eine höhere Lebensqualität sowie kürzere Aufenthaltsdauern*. Die Soziale Arbeit unter-

stützt aus Sicht der Klinikleitung auch die Bedürfnisse der Klientel, indem sie auf die *Förderung ihrer Autonomie* und *Sinnhaftigkeit* achtet. Der Bedarf müsse auch aus Sicht der Klientinnen und Klienten gedacht werden.

2. *Expertise der Sozialen Arbeit*

In einem Interview wurde explizit gewünscht, dass die Soziale Arbeit ihre Expertise einbringt und damit eine *aktive Rolle* im Behandlungsprozess einnimmt. Beide Interviewpartner sahen als möglichen Ausgang der wirtschaftlichen Entwicklung eine Aufwertung der Sozialen Arbeit.

Weiter gedacht, könnten diese Vorschläge Empfehlungen der Sozialen Arbeit für *Strukturanpassungen* hinsichtlich einer *Produktivitätssteigerung* begründen. Die Klinikleitung erklärte eine Produktivitätssteigerung für nötig.

Wenn die Soziale Arbeit ihre Expertise einbringen soll, geht dies aus Sicht der Autorin und des Autors nicht ohne *ganzheitliche Sichtweise*. Damit ist gemeint, dass auch sozioökonomische Ursachenzusammenhänge (beispielsweise Erklärungen entsprechend der Theorie des Sozialen Raums nach Bourdieu) miteinbezogen werden sollten. Die ganzheitliche Sichtweise wurde von der Autorschaft als Kategorie hinzugefügt, da sie aus deren Sicht für die Soziale Arbeit unverzichtbar ist.

4.3 Bedarf aus Sicht der Sozialen Arbeit

Im Rahmen der Gruppendiskussion wurde festgehalten, dass sich die Soziale Arbeit in psychiatrischen Kliniken um den Bereich der sozialen Probleme kümmert. Mittels sozialer Diagnostik soll der Bedarf individuell abgeklärt werden. Diese Aufgabe fällt der Sozialen Arbeit zu, weil die ärztliche und die pflegerische Seite (v.a. biologischer Aspekt) sowie die psychologischen Fachkräfte die sozialen Probleme einerseits nicht oder nur beschränkt erkennen. Andererseits fragen die medizinisch-therapeutischen Fachkräfte gezielt auch bei den Sozialarbeitenden nach, was im interprofessionellen Kontext deren Zuständigkeit verdeutlicht. Die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Kontext der Psychiatrie wird mit folgendem Zitat eines Sozialdienstleitenden beschrieben: «Ich glaube, der grösste Teil der Begründung ergibt sich einfach dadurch: Wenn die Soziale Arbeit nicht da ist, dann gibt es ein Problem.»

4.4 Strategien und Massnahmen

Bei der Gruppendiskussion mit den Sozialdienstleitenden wurden ausser dem Bedarf auch Überlegungen und Erfahrungen zu Strategien für den Umgang mit anstehenden, vor allem ökonomisch bedingten Veränderungen erhoben. Folgende Punkte wurden genannt:

- *Öffentlichkeitsarbeit*: Sozialdienstleitende erwähnten verschiedene Projekte, wie eine Kunstversteigerung, die Herausgabe einer Zeitschrift oder den Betrieb eines Treffpunkts in Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten. Durch diese Projekte soll für die Soziale Arbeit geworben werden. Dies kann auch bedeuten, dass sich die Soziale Arbeit in Felder ausbreitet, in denen sie sonst keinen direkten Auftrag hat.
- *Profilschärfung/Kernkompetenzen*: Die Soziale Arbeit soll sich durch gute, klar erkennbare und unverzichtbare Arbeit unentbehrlich machen. Eine Variante dieser Bestrebung könnte sein, aufzuzeigen, was die Soziale Arbeit zu einer guten Benchmark-Positionierung beitragen kann.
- *Berufliche Qualifikation*: Professionelle mit Bachelorabschluss absolvieren Weiterbildungen oder streben den Masterabschluss an, um für den beruflichen Alltag gut gerüstet zu sein. Die jeweiligen, aktuellen oder neu erworbenen Kompetenzen sollen sie im operativen und interprofessionellen Alltag entsprechend zeigen.
- *Interprofessionelle Positionierung*: Eine wichtige Erkenntnis schien zu sein, dass sich die Soziale Arbeit selbst Aufträge erteilen oder diese aktiv einholen können soll. In einzelnen Kliniken besteht das Problem, dass die Soziale Arbeit ausschliesslich über Aufträge von Ärztinnen und Ärzten (z.B. über die Softwareschnittstelle Orbis) aktiv werden kann. Der Tendenz zur Ausbreitung der Pflegeberufe in die psychosozialen Bereiche standen die Beteiligten eher gelassen gegenüber. Sie sahen eher die Chance, dass die Soziale Arbeit im Sinne der Interdisziplinarität/Sozialpsychiatrie mehr Aufgaben und Verantwortung als bisher übernehmen kann, zum Beispiel im Bereich von Fallführungen. Dies ergibt wiederum Profilierungsmöglichkeiten.
- *Wissenschaft*: Die Zusammenarbeit mit Fachhochschulen wurde als wichtig und zukunftsweisend betrachtet.
- *Leistung der Sozialen Arbeit ausweisen*: Um den neuen betriebswirtschaftlichen Steuerungs- und Überprüfungsformen für die Einsetzung von Mitteln entgegenzukommen, schlugen die Sozialdienstleitenden die Mittel der Wirksamkeitsforschung, Leistungserfassung und die Erhebung von statistischen Daten vor.
- *Netzwerkarbeit*: Die Initiierung einer Ethikkommission in der Psychiatrie, einer Kooperationsvereinbarung im Wohnbereich oder eines Rechtsdiensts sind Beispiele, um im interprofessionellen und interorganisationalen Kontext die Kompetenzen der Sozialen Arbeit wirkungsvoll einzusetzen und aufzuzeigen. Zur Netzwerkarbeit werden auch die Fachkonferenz Sozialdienste in der Psychiatrie (FKSP) gezählt sowie Apika, ein innovatives Instrument für die Suche von Institutionen und Angeboten für psychisch kranke Menschen, deren Angehörige und Fachpersonen im Kanton Aargau.

- *Politisches Engagement:* Zum Zeitpunkt der Diskussion waren die Lancierung einer Interpellation betreffend die Finanzierung der Sozialen Arbeit oder deren Verankerung im Gesundheitsgesetz denkbar.
- *Strukturanpassungen:* Die Soziale Arbeit soll sich für ambulante (vor stationären) Angeboten einsetzen und dafür, dass die Angebote am Aufenthaltsort der Klientinnen und Klienten bestehen. Weiter wurde empfohlen, die Gefässsstrukturen im Sinne der Institutionalisierung des Einbezugs der Sozialen Arbeit anzupassen (Visite, Soziale Arbeit im Kernteam der Behandlung). Auf höherer Organisationsebene wurde empfohlen, die Soziale Arbeit in der Geschäftsleitung zu installieren, was beispielsweise in den UPD Bern bereits gelungen sei.

5 Ergebnisse der kooperativen Wissensbildung

Nachfolgend werden die Ergebnisse der kooperativen Wissensbildung aus den beiden Workshops mit den Professionellen und den Klientinnen und Klienten präsentiert. Anschliessend werden die kooperativ entwickelten Positionierungen und Massnahmen vorgestellt und wird eine kritische Würdigung geleistet.

5.1 Ergebnisse Workshop I und II

Als Vorbereitung auf die Workshops wurden die bestehenden Daten aufgrund der Fülle und Komplexität vorstrukturiert, indem die Autorschaft ein Modell aus den Ergebnissen zu den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten, dem Bedarf an Sozialer Arbeit sowie dem empirisch und theoretisch aufgearbeiteten Wissen erstellte. In beiden Workshops, dem mit den Professionellen und dem mit den Betroffenen, wurden die Modelle zu Bedürfnissen, Bedarf und Hybridisierung vorgestellt und diskutiert. Bei den Professionellen war der Fokus bewusst auf das Modell des Bedarfs und der Hybridisierung gerichtet, bei den Klientinnen und Klienten auf das Modell der Bedürfnisse.

Im Workshop mit den Professionellen konnte eine Hybridisierung erreicht werden. Die im Modell dargestellten Kategorien liessen sich alle bestätigen. Dass das Modell nicht in Kritik geriet, wird von der Autorschaft darauf zurückgeführt, dass die Perspektiven der Teilnehmenden durch die zuvor durchgeführten Interviews bereits sehr gut ins Modell eingearbeitet worden waren. Weiter wurden zwei Entwicklungsimpulse zur Diskussion gestellt, welche die Autorschaft im Vorfeld aufgrund des Intervention Mapping formuliert hatte. Die erste Hypothese, wonach es eine strukturelle Anpassung auf organisationaler Ebene braucht, indem die Soziale Arbeit einen Sitz in der Geschäftsleitung erhält, wurde von allen Beteiligten einstimmig verworfen. Die Soziale Arbeit sei bereits gut vertreten durch die bisherige Besetzung mit dem Leiter Pflege, Fachtherapien und Sozialdienst (der aus der Pflege kommt). Zudem würde die Geschäftsleitung zu gross werden, wenn alle Berufsgruppen darin vertreten wären. Allerdings wird die Überprüfung der Organisationsstruktur hinsichtlich der Matrix als sinnvoll erachtet, sodass der Sozialdienst wieder zentralisiert organisiert werden könnte. Die zweite These beinhaltete einen Vorschlag zur Anpassung auf operativer/professioneller Ebene insofern, als die Soziale Arbeit neu als Teil des Kernteams gelten soll, während dies heute häufig Aushandlungssache von einzelnen Mitarbeitenden auf den jeweiligen Abteilungen ist. Das Plenum bestätigte, dass dieser Entwicklungsimpuls umgesetzt werden soll. Der

Chefarzt schlug ausserdem vor, dass die Sozialarbeitenden in Zukunft standardmässig an Visiten teilnehmen sollten, was auf allgemeine Zustimmung stiess.

Anhand des Workshops mit den Klientinnen und Klienten konnten die Modelle zu den Bedürfnissen und zur Hybridisierung validiert werden, wobei Letzteres trotz vereinfachter Aufarbeitung und Erklärung tendenziell zu komplex war. In der Diskussion bestätigten die rund acht Klientinnen und Klienten, dass «sich ernst genommen fühlen» als übergeordnet zentrales Bedürfnis zu bewerten ist und dass die Themen Arbeit und Wohnen sowie das Entwickeln einer Perspektive bestätigt werden können. Als neuer Aspekt wurde das Bedürfnis nach Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre thematisiert, was beim Klinikaufenthalt zu wenig gegeben sei. Der Wunsch nach Zuständigkeiten über den Klinikeintritt und -austritt hinaus, im Sinne eines Case Management, wurde im Workshop ebenfalls genannt. Zudem wurde der Änderungsvorschlag eingebracht, analog zu zwei psychologischen Fachkräften neu auch zwei Sozialarbeitende auf der jeweiligen Abteilung zu haben. Den Mehrwert, den sich die Klientinnen und Klienten dadurch erhoffen, konnten sie nicht klar benennen. Zudem würde eine etwas freundlichere Einrichtung innerhalb der Klinik die Lebensqualität der Betroffenen während des Aufenthalts etwas erhöhen.

Anhand der Ergebnisse aus den Workshops I und II wurde das Modell nochmals angepasst (vgl. Abbildung 1).

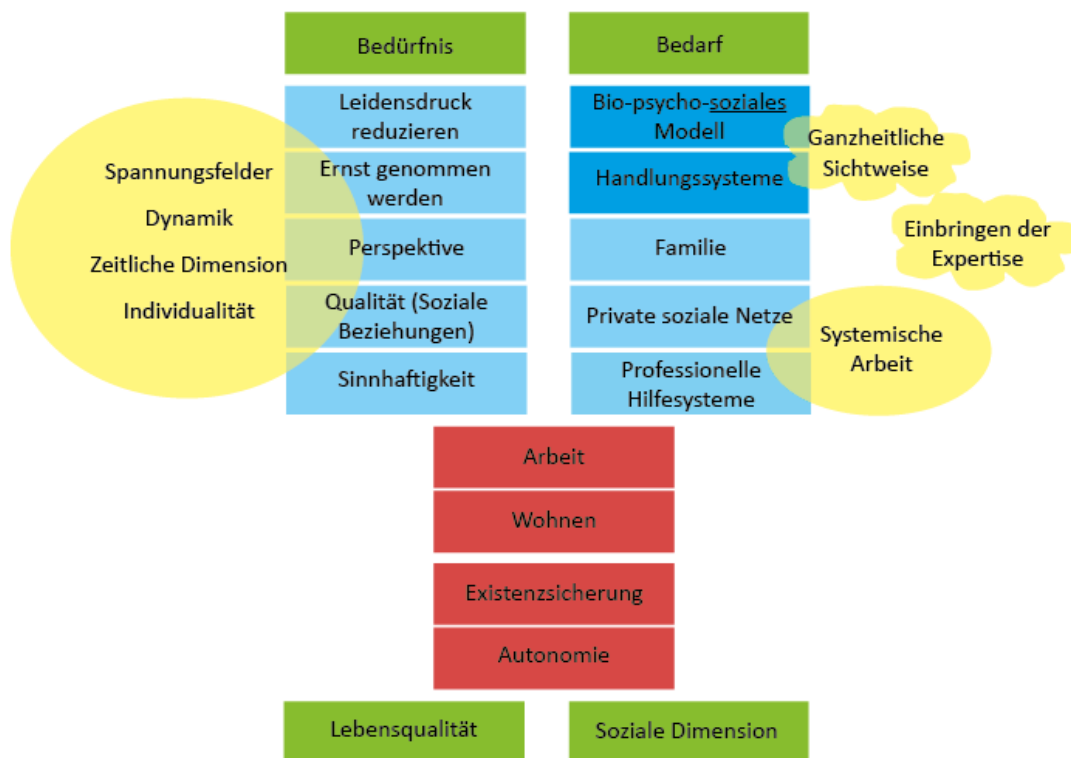


Abbildung 1: Modell Hybridisierung (eigene Darstellung)

Das Modell stellt das Zusammenspiel der Wissensbestände dar, namentlich des professionellen Wissens, des systematischen Wissens aus Theorie und Forschung sowie des praktischen Handlungswissens. Im Modell sind zwei Hauptstränge ersichtlich (grün): links die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten, die, wenn sie gedeckt werden, zu einer höheren Lebensqualität führen, und rechts der Bedarf an Sozialer Arbeit, die für die Bearbeitung der sozialen Dimension zuständig ist. Darunter sind jeweils die Hauptkategorien aus der Empirie ersichtlich (blau), wobei die Kategorien, die aus der Theorie stammen, farblich abgehoben sind (dunkelblau). Die in der Mitte dargestellten Kategorien bilden die Schnittmenge von Bedürfnissen und Bedarf (rot). Ganz links im Kreis wird der Kontext der Bedürfnisse angegeben (gelb), der sowohl in den Workshops als auch in der Empirie klar benannt wurde. Rechts bildet die systemische Arbeit als Methode den Kontext für die Vernetzungsarbeit und das Case Management. Die ganzheitliche Sichtweise und das Einbringen von Expertise wurden ebenfalls als relevant für die Abdeckung des Bedarfs an Sozialer Arbeit erachtet und entsprechend abgebildet (alles ebenfalls gelb).

5.2 Kooperativ entwickelte Positionierungen und Massnahmen

In diesem Abschnitt werden nun die kooperativ (weiter-)entwickelten Positionierungen und Massnahmen geordnet dargestellt, die zum Teil sowohl in der Gruppendiskussion als auch im Workshop mit den Professionellen zur Sprache kamen. Die Ordnung lehnt sich an Wendt (2013: 29) an, der eine Soziale Arbeit mit einer transdisziplinären Perspektive fordert. Er plädiert dafür, dass Soziale Arbeit und soziales Management sich an umfassenden Kriterien orientieren (vgl. a.a.O.: 33). Das entsprechende Management soll auf der Makro-, Meso- und Mikroebene stattfinden (vgl. a.a.O.: 34). Diese Struktur wird nachfolgend auf die gesammelten Positionierungen und Massnahmen angewendet. Zu berücksichtigen ist hierzu die Kritik von Wöhrle, der ein soziales Management nur auf der Mesoebene als solches betrachtet und für die Ebenen unter- und oberhalb einzig Impulse als mögliche Interventionen anerkennt (vgl. Wöhrle 2013b: 225).

Makroebene: Im Workshop mit den Professionellen wurde auf der Makroebene vor allem der Bereich des politischen Engagements besprochen. Einem Vorstoss auf kantonaler Ebene wurde keine Chancen eingeräumt. Im Sinne einer Zielorientierung und Priorisierung wurde vorgeschlagen, vorderhand auf die Gemeinden zuzugehen, um die Finanzierung der Sozialen Arbeit über die Gemeinden zu initiieren, da dies grundsätzlich in deren Zuständigkeit fällt. Längerfristig wäre das Ziel zu verfolgen, die Soziale Arbeit auf Bundesebene als Gesundheitsberuf anerkennen zu lassen. Öffentlichkeitsarbeit als Massnahme wurde im Workshop mit den Professionellen nicht besprochen.

Mesoebene: Auf der Mesoebene konnten verschiedene Bereiche andiskutiert werden. Mit der Idee, dass die Soziale Arbeit institutionalisiert an Visiten in den PDAG teilnimmt und in die Kernteams eingebunden wird, eröffnet sich eine deutlich bessere klinikinterne professionelle Positionierung. Den Nachweis der Wirksamkeit der Sozialen Arbeit könnte in (forschender) Kooperation mit den Fachhochschulen erbracht werden. Die Aktivitäten auf der Mesoebene können als Profilschärfung der Sozialen Arbeit verstanden werden, insofern, als mit einer Leistungserfassung und konkretisiert definierter Zuständigkeit sowie besserer Einbindung in Klinikstrukturen der Stellenwert und die Aufgabenerledigung deutlichere Konturen erlangen. Besonders hervorzuheben sind Strukturanpassungen: Die Klinik Königsfelden ist nach dem Matrix³-Organisationsmodell konstituiert, das mit zwei Autoritätslinien arbeitet (Li-

³ Die Unternehmensorganisation in Form einer Matrix ist eine Antwort auf negative Entwicklungen in grösseren Unternehmen. Die zunehmende Spezialisierung im Wissensbereich und die stärkere Internationalisierung führten zu internen und externen Problemen im Bereich fehlender Abstimmung und ungenügender Zusammenführung von Prozessen, worunter auch Kundenbeziehungen litten. Dem sollte damit begegnet werden, dass zwei Autoritätslinien eingeführt wurden (vgl. Schreyögg/Geiger

nie Funktion und Linie Produkt) (vgl. Schreyögg/Geiger 2016: 89). Im Workshop wurde diskutiert, dass es denkbar wäre, die organisatorische Anbindung der Sozialen Arbeit umzuformen. In einer solchen Anpassung sieht das Projektteam die Chance, mit einer Umgruppierung von Ressourcen die Aufgaben der Sozialen Arbeit dem erhobenen Bedarf anzupassen. *Mikroebene:* Die Anpassung der bestehenden Gefässe (Visite, Kernteams) setzt natürlich voraus, dass die Soziale Arbeit sich weiterhin als kompetente und transdisziplinär wichtige Profession präsentiert und professionelle Arbeit leistet, was auf der Mikroebene von einzelnen Mitarbeitenden umgesetzt werden muss. Dies würde auch berufliche Qualifikationen (Masterabschluss oder spezialisierte Weiterbildungen) beinhalten, was im Workshop nicht erörtert wurde.

5.3 Diskussion und kritische Würdigung

Die erläuterten und kooperativ entwickelten Inhalte zu Bedürfnissen, Bedarf sowie Positionierungen und Massnahmen ergaben aus Sicht des Projektteams ein stimmiges Gesamtbild, das inhaltlich keine Widersprüche aufwies. Die Soziale Arbeit kann mit diesem Vorgehen ihren Beitrag zur Behandlung von Klientinnen und Klienten der Psychiatrie auf mehreren Ebenen gut aufzeigen. Die erfreuliche Erkenntnis, dass die Soziale Arbeit von der Klinikleitung sehr geschätzt wird, trifft auf die eigene Einschätzung, wonach sie eine wichtige Rolle einnimmt.

Auf der Werteebene besteht ein Konflikt zwischen dem Wert der ökonomischen Sicherheit oder dem entsprechenden Gleichgewicht der Klinik gegenüber der Lebensqualität der Klientinnen und Klienten. Die Lebensqualität der Klientinnen und Klienten erscheint im Verhältnis als ethischer Wertebezug. Dieser Wertebezug und damit der Verweis auf vitale Notwendigkeiten wurde implizit einbezogen, indem das Projektteam immer wieder auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten und den Bedarf hinwies. Explizit wurde das Dilemma jedoch nicht gelöst. Die Diskussion und die Positionierung der Sozialen Arbeit bewegt sich zwischen einer Kompromisshaltung (Soziale Arbeit ist für die Ökonomisierung eine hilfreiche Profession, da sie, wenn sie gut arbeitet, zum Teil Aufenthalte verkürzen kann) und einer Polarisierung (die Lebensqualität steht der Ökonomisierung entgegen).

2016: 86f.). Diese ergeben eine gitternetzartige Struktur, die sich zwischen den Linien eröffnet (Matrix). Häufig ist eine Aufteilung zwischen den Führungslinien Funktion und Produkt/Projekt (vgl. a.a.O.: 89). Das Ziel ist die «Institutionalisierung des Konfliktes» zwischen der Spezialisierung und der Koordinationsnotwendigkeit in der Annahme, das gute Argument und die Kooperation möchten sich durchsetzen (vgl. a.a.O.: 91).

Für die Weiterentwicklung der Organisation des Sozialdienstes können nun erste Überlegungen angestellt werden: Die Matrix-Organisationsform ist nicht per se problematisch. Auch die Stossrichtung, dass in einer grossen Organisation vieles Aushandlungssache ist und eine entsprechende Unternehmenskultur gefördert wird, ist zu begrüßen. Vor dem Hintergrund des erhobenen Bedarfs sowie der Positionierungen und Massnahmen stellt sich die Frage, ob die derzeitige Struktur diesem Bedarf gerecht wird: Die 24 angestellten Sozialarbeitenden sind in vier verschiedenen Bereichen als Teams organisiert, von denen jedes über eine eigene Leiterin oder einen eigenen Leiter verfügt. Zusätzlich gibt es Teamsitzungen mit dem gesamten Sozialdienst sowie den einzelnen Bereichen. Unter Berücksichtigung der aktuellen Organisationsstruktur erscheint eine stärkere Zentralisierung des Sozialdiensts sinnvoll, um mehr Ressourcen zu generieren. Welche Strukturen es jedoch braucht, um dem erhobenen Bedarf gerecht zu werden, wäre noch weiter zu klären. Für die neu zu etablierenden Aufgaben in Case Management und Vernetzungsarbeit sind die frei werdenden Ressourcen in Zukunft nutzbar. Je eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter soll diese Aufgabenbereiche besetzen. Dafür ist ein Konzept zu erstellen. So kann dem Anliegen Rechnung getragen werden, dass sich die Soziale Arbeit verstärkt um die Organisation der Schnittstellen vor dem Austritt und die Übergaben an Home Treatment oder andere Anschlusslösungen kümmern soll, um zu künftig kürzeren Aufenthaltsdauern entscheidend beitragen zu können. Diese Entwicklungsimpulse auf der Ebene der Organisation des Sozialdiensts konnten nicht mehr für eine Weiterentwicklung mit den Professionellen des Sozialdiensts genutzt werden, auch wenn dies angesichts des Modells der kooperativen Entwicklung im Sinne der Sozialen Innovation als ein nächster Schritt vorzuschlagen wäre. Trotz des insgesamt kooperativen und in diesem Sinne innovativen Charakters des Projektes ist an dieser Stelle zu fragen, ob dieses Desiderat nicht bereits bei der Planung hätte erkannt werden müssen. Das kooperativ angelegte Vorgehen erweist sich nichtsdestotrotz als äusserst sinnvoll, weil die Professionellen der Sozialen Arbeit mit der Klinikleitung in einen guten und ergebnisreichen Austausch treten konnten. Ohne die äusserst wertschätzende Haltung der Klinikleitung gegenüber den ihr unterstellten Mitarbeitenden wäre dies nicht umsetzbar gewesen. Durch dieses Vorgehen bedingt, darf der Sozialdienst hoffen, dass die entwickelten Positionierungen und Massnahmen auf wohlwollende Haltungen stossen werden. Die kreativ entwickelten Modelle zu Bedürfnissen und Bedarf, transformiert in das hybridisierte Modell, erwiesen sich in diesem Prozess und in den Workshops als gelungene Veranschaulichung der Wissensbestände und stellen damit ein besonders innovatives Element dar.

Die Frage, ob die Soziale Arbeit in der Psychiatrie sich eher auf Kernkompetenzen und Profilschärfung konzentrieren oder sich vielmehr der Öffentlichkeitsarbeit widmen soll, ist weiterhin offen. Die Autorschaft empfiehlt, den Schwerpunkt in dieser Frage eher im Sinne einer Profilschärfung zu setzen, da es bei schwindenden finanziellen Ressourcen schwieriger sein dürfte, eine Ausweitung (im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit in neue Felder) zu begründen. Zumindest ist kritisch zu hinterfragen, ob der Sozialdienst über die erwähnten Massnahmen wie Netzwerkarbeit oder Besetzung von ursprünglich durch andere Professionen ausgefüllte Stellen durch Sozialarbeitende hinausgehen soll.

6 Fazit

Zum Schluss wird die Frage beantwortet, welcher Bedarf aus Sicht der Organisation und der Professionellen der Sozialen Arbeit formuliert wird. Andererseits werden die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten aus deren Perspektive geklärt und erläutert, was die Soziale Arbeit diesbezüglich abzudecken hat. Weiter wird dargelegt, was die vorgelegten Grundlagen zur Erstellung eines Positionspapiers beitragen.

Beim Bedarf fällt auf, dass die Annahmen des Forschungsstandes nicht von denen der Klinikleitung und der Sozialdienstleitenden abweichen. Von den Professionellen besonders betont werden die Bereiche Arbeit, Wohnen und Existenzsicherung. Neu hinzu kamen die Aufgabengebiete des Case Management und der Vernetzung (im Modell als systemische Arbeit zusammengefasst). Das Modell und die Ergebnisse der Bedarfserhebung hat das Projektteam vereinfacht dargestellt. Diese Ergebnisse können jedoch dazu dienen, die Aufgabe der Sozialen Arbeit besser zu umreißen und ihre erhoffte Wirkung im Kontext von wirtschaftlich und politisch schwierigen Entwicklungen aufzuzeigen. Die Soziale Arbeit muss trotzdem die komplexen Zusammenhänge, zum Beispiel die über das Gehirn gekoppelten, grossen inneren bio-psychischen und äusseren psycho-sozialen, kreislaufartigen Prozesse berücksichtigen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 132–134), reflektieren und auch transportieren.

Bei der Erhebung der Bedürfnisse stellte das Projektteam keine neuen, unerwarteten Ergebnisse fest. In der Diskussion mit Klientinnen und Klienten im zweiten Workshop zeigten sich jedoch einige neue Aspekte. Neben dem Wunsch nach mehr Privatsphäre und freundlicherer Einrichtung betonte die Klientel, dass sie die Soziale Arbeit in der Klinik ausbauen möchte und sich (im Sinne des Case Management) eine bessere Gestaltung von Übergängen bei Schnittstellen (z.B. vor und nach dem Aufenthalt) wünschen würde. Wie bereits erkannt wurde, stimmen die Bedürfnisse und der Bedarf in den Handlungssystemen Wohnen, Arbeit und Existenzsicherung (professionelles Hilfesystem) mehrheitlich überein, wobei der Autonomie von allen Seiten grosses Gewicht beigemessen wird.

Diese Erkenntnisse aufzunehmen und wenn möglich in der Praxis anzuwenden, liegt trotz den erschwerten Bedingungen durch den Spardruck am Sozialdienst der Klinik Königfelden. Die dargelegten Erkenntnisse stellen gute Grundlagen dar, um die Soziale Arbeit neu zu positionieren. Neben der Zuständigkeit für die konkrete Bearbeitung der sozialen Dimension zeichnet sich die Soziale Arbeit durch ihre ganzheitliche Sichtweise aus. Diese beinhaltet höhere und umgebende Systemebenen sowie den Einbezug der biologischen, der psychologischen und psychosozialen Ebene. Die Positionierungen und Massnahmen können

vor dem Hintergrund der Bedarfserhebung – in der Hoffnung auf baldmöglichste Umsetzungsformen – auch selbstbewusst vertreten werden.

Bereits die Art und Weise, wie das Projekt angelegt war, hat einen Beitrag dazu geleistet, dass der Sozialdienst diesen Weg nun umgehend einschlagen kann. Die innovative Herangehensweise scheint sich auszuzahlen: Bereits der Austausch über den Bedarf an Sozialer Arbeit in der Klinik hat zum einen die Klinikleitung sensibilisiert und zum anderen zugunsten des Sozialdiensts die Kenntnisse über die Perspektive der Geschäftsleitung erweitert. Ebenso werden die Ergebnisse vom Projektteam als fundiert betrachtet, da sie nicht bloss aus der Literatur und der bestehenden Empirie, sondern ebenfalls in der Praxis erhoben wurden.

7 Literaturverzeichnis

- Baer, Niklas/Domingo, Anna/Amsler, Felix (2003). Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens. Darstellung, Auswertung, Konsequenzen. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bischkopf, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hg.) (2017). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag.
- Büschi, Eva/Roth, Claudia (2013). Innovationsimpulse in der Sozialen Arbeit. Beiträge zu kooperativen, forschungs- und theoriebasierten Praxisprojekten. Opladen: Budrich UniPress.
- Fachkonferenz Sozialdienste Psychiatrie (2014). Aktive Positionierung und Möglichkeiten des Sozialdienstes. Unveröffentlichte quantitative Kurzbefragung, Oktober 2014. Brugg.
- Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot (2009). Klinische Sozialarbeit: Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Helfferich, Cornelia (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamnek, Siegfried (2005). Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. 2. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Mayrhofer, Hemma (2012). Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS.
- Mayring, Phillip (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Müller, Brigitte (2008). Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungsprozessen und Recovery. Ergebnisse einer Längsschnittstudie mit Methodentriangulation. Dissertation, Universität Zürich. URL: https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/14599/1/Mueller_Diss_2008V.pdf [Zugriffdatum: 19. Dezember 2017].
- Parpan-Blaser, Anne (2011). Innovation in der Sozialen Arbeit. Zur theoretischen und empirischen Grundlegung eines Konzepts. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- PDAG (2016a). Zwischenbericht Szenarien «Wegfall von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)». Unveröffentlichtes Dokument, 14. November 2016. Brugg.
- PDAG (2016b). Geschäftsbericht 2016. Psychiatrische Dienste Aargau AG. URL: https://www.pdag.ch/fileadmin/customer/Dokumente/Geschaeftsbericht/20170327_PDAG_GB_2016.pdf [Zugriffdatum: 11. Dezember 2017].
- PDAG (2017). Psychiatrische Dienste Aargau AG. URL: <https://www.pdag.ch/> [Zugriffdatum: 11. Dezember 2017].
- Pro Mente Sana (2014). Positionspapier der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana. Nein zu Fallteilpauschalen «TarPsy» in der stationären psychiatrischen Versorgung. URL: www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Politisches_Medien/Positionspapiere/PMS_Positionspapier_TARPSY.pdf [Zugriffdatum: 11. Dezember 2017].
- Reich, Kersten (2010). Methodenpool. Placemat-Methode. URL: <http://methodenpool.uni-koeln.de/download/placemat.pdf> [Zugriffdatum: 12. Dezember 2017].
- Schreyögg, Georg/Geiger, Daniel (2016). Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. 6. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferrri, Raphael (2011). Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Sommerfeld, Peter (2016). *Evidence-based Social Work/Forschungsbasierte Soziale Arbeit? Verwendung von Wissen (Forschungsergebnissen) in der Praxis der Sozialen Arbeit*. Folienset aus dem Modul MA07 HS 2016/17 vom 25.10.2016 an der HSA FHNW. Olten: FHNW.
- Spieker, Susanne (2004). *Bedarf oder Bedürfnis?! Alternative (zur) Psychiatrie*. [2.], vollständig überarbeitete Auflage. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- Staub-Bernasconi, Silvia/Baumeler, Marlis/Bornemann, Carlo/Harder, Ulrike/Hierlemann, Franz/Mäder, Eva/Philipp, Pablo/Rüegger, Cornelia/Wegmann, Michaela (2012). *Soziale Arbeit und Psychiatrie. Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich*. Zürich. URL: https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Positionspapier%20Soziale%20Arbeit_14_11_2014.pdf [Zugriffsdatum: 17. Januar 2020].
- Swiss Diagnosis Related Groups (2016). *Das Wichtigste zu TARPSY auf einen Blick. Mission und Vision*. URL: https://www.swissdrg.org/application/files/2114/8104/2944/Die_wichtigsten_Ziele_von_TARPSY-d.pdf [Zugriffsdatum: 11. Dezember 2017].
- Walther, Christoph/Deimel, Daniel (2017). *Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie*. In: Bischkopf, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hg.). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag. S. 38–58.
- Wendt, Wolf Rainer (2013). *Die transdisziplinäre Perspektive*. In: Uebelhart, Beat/Zängl, Peter (Hg.). *Praxisbuch zum Social-Impact-Modell*. Baden-Baden: Nomos. S. 29–35.
- Wöhrle, Armin (2013a). *Organisationslehre und Managementlehre*. In: Wöhrle, Armin/Beck, Reinhilde/Grundwald, Klaus/Schwarz, Gotthard/Wendt, Wolf Rainer (Hg.). *Grundlagen des Managements in der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden: Nomos (UTB). S. 157–190.
- Wöhrle, Armin (2013b). *Sozialmanagement und Management in der Sozialwirtschaft*. In: Wöhrle, Armin/Beck, Reinhilde/Grundwald, Klaus/Schwarz, Gotthard/Wendt, Wolf Rainer (Hg.). *Grundlagen des Managements in der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden: Nomos (UTB). S. 191–233.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Modell Hybridisierung (eigene Darstellung)